

## Antrag Onkologie

Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten (Anlage 7 Bundesmantelvertrag-Ärzte)

- Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragten Leistungen erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, zu dem Ihnen die Genehmigung erteilt worden ist.
- Fügen Sie dem Antrag bitte die erforderlichen Nachweise bei.
- Bitte senden Sie den vollständigen Antrag an o.g. E-Mail oder alternativ an die KV Bremen, Schwachhauser Heerstraße 26/28, 28209 Bremen.

### I. Angaben zum Leistungserbringer

ggf. Titel, Vorname, Name	
Wohnanschrift (falls die vertragsärztliche Tätigkeit noch nicht aufgenommen wurde)	
E-Mail-Adresse	
Telefonnummer	
Betriebsstätte (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)	
Nebenbetriebsstätte (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)	
weitere Nebenbetriebsstätte	
Im Bereich der KV HB tätig ab/seit	
LANR (falls bekannt)	

- Einzelpraxis
- Berufsausübungsgemeinschaft
- Ermächtigter Krankenhausarzt
- Angestellter Arzt

## II. Leistungsumfang

Kostenpauschale 86510 Behandlung florider Hämoblastosen

Kostenpauschale 86512 Behandlung solider Tumoren

Kostenpauschale 86514 Zuschlag für die intrakavitäre zytostatische Tumorthherapie

Kostenpauschale 86516 Zuschlag für die intravasale zytostatische Chemotherapie

Kostenpauschale 86518 Zuschlag für Palliativversorgung

Kostenpauschale 86520 Zuschlag für die orale medikamentöse Tumorthherapie

Zuschlag zu den Kostenpauschalen 86510 und 86512 für die orale zytostatische Tumorthherapie

Dieser Antrag umfasst nicht die Nachsorge bei behandelten Patienten, die krebskrank waren, sowie die Behandlung von Tumoren, die nach Operationen vollständig rezidiert sind und keiner weiteren tumorspezifischen Therapie und Behandlung bedürfen (QSV § 1 Abs. 2).

## III. Fachliche Anforderungen

Die Berechtigung zur Ausführung und Abrechnung der Leistungen wurde bereits von einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt:

ja (bitte Bescheid beifügen)  nein

Falls ja. Wurde diese Berechtigung bislang zurückgenommen, zurückgegeben oder widerrufen?

ja  nein.

Ich beantrage die Anerkennung als onkologische qualifizierter Arzt und

**III.1**  bin Facharzt für Innere Medizin mit der Zusatzbezeichnung Hämatologie und internistische Onkologie

und

betreue seit 12 Monaten durchschnittlich 120 Patienten/Quartal mit soliden oder hämatologischen Neoplasien, darunter 70 Patienten, die mit medikamentöser Tumorthherapie behandelt werden, davon 30 mit intravenöser und/oder intrakavitärer und/oder intraläsionaler Behandlung

oder

ich bin neu bzw. kürzer als 2 Jahre niedergelassen und werde innerhalb der nächsten 24 Monate die o.g. Anzahl der betreuten Patienten erreichen

oder

**III.2**  habe die Zusatzbezeichnung Medikamentöse Tumorthherapie

und

betreue seit 12 Monaten durchschnittlich 80 Patienten/Quartal mit soliden Neoplasien, darunter 60 Patienten, die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 20 mit intravenöser und/oder intrakavitärer antineoplastischer und/oder intraläsionaler Behandlung

oder

ich bin neu bzw. kürzer als 2 Jahre niedergelassen und werde innerhalb der nächsten 24 Monate die o.g. Anzahl der betreuten Patienten erreichen

oder

III.3

habe eine Facharzt- bzw. Gebietsbezeichnung, die die Inhalte der Zusatzbezeichnung Medikamentöse Tumortherapie erfüllt

und

betreue seit 12 Monaten durchschnittlich 80 Patienten/Quartal mit soliden Neoplasien, darunter 60 Patienten, die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 20 mit intravenöser antineoplastischer und/oder intraläsionaler Behandlung

oder

ich bin neu bzw. kürzer als 2 Jahre niedergelassen und werde innerhalb der nächsten 24 Monate die o.g. Anzahl der betreuten Patienten erreichen.

Bitte fügen Sie die entsprechenden Zeugnisse/Bescheinigungen bei, sofern diese der KV Bremen noch nicht vorliegen.

#### IV. Organisatorische Maßnahmen

Leistungserbringer (Name, Vorname)	
Ort der Leistungserbringung/Betriebsstätte	

Von mir werden folgende organisatorische Maßnahmen sichergestellt:

- ja /  nein      Ständige Zusammenarbeit mit dem Hausarzt, ambulanten Pflegedienst mit besonderer Erfahrung in der Pflege von Patienten mit onkologischen Erkrankungen.
- ja /  nein      Ständige Zusammenarbeit mit Fachabteilungen benachbarter zugelassener Krankenhäuser mit Fachdisziplinen, die in Abhängigkeit von den in der Praxis betreuten Tumorerkrankungen benötigt werden.
- ja /  nein      Ständige Zusammenarbeit mit einem Hospiz (soweit regional vorhanden), welches die Anforderungen der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 erfüllt.
- ja /  nein      Sicherstellung einer 24-stündigen Rufbereitschaft für betreute Patienten zur telefonischen Beratung mit dem Ziel der Vermeidung stationärer Notaufnahmen. Die Rufbereitschaft ist auf Facharztniveau durch Kooperation mit anderen onkologischen Schwerpunktpraxen/Fachabteilungen der Krankenhäuser sichergestellt.
- ja /  nein      Eine ausreichende Anzahl spezieller Behandlungsplätze mit angemessener technischer Ausstattung (inklusive programmierbarer Medikamentenpumpen)

für intravenöse Chemotherapien und Bluttransfusionen, die auch für bettlägerige Patienten erreichbar sind und bei Bedarf auch an Wochenenden und Feiertagen zur Verfügung stehen, sind eingerichtet. Für stark immundefiziente Patienten oder Patienten mit ansteckenden Erkrankungen sind separate Untersuchungs- und Behandlungsräume vorhanden.

ja / nein

Soweit die Zubereitung der zur parenteralen Tumorthherapie benötigten Wirkstoffe in der Praxis des Arztes stattfindet, sind folgende Voraussetzungen erfüllt:

- Qualitätsgesicherte, therapiegerechte verfügbare Zubereitung der zur parenteralen Tumorthherapie benötigten Wirkstoffe unter Leitung eines approbierten Apothekers sowie entsprechendem Fachpersonal (PTA).
- Entsorgung von Medikamentenrückständen nach den Richtlinien der jeweils zuständigen Behörde.
- Gewährleistung und Dokumentation von Sicherungsmechanismen zum Ausschluss von Verwechslungen von Zytostatikalösungen und Blutprodukten.

ja / nein

Pläne (SOP) für typische Notfälle bei Behandlung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen einschl. der schnellstmöglichen Verlegung auf die Intensivstation oder die operative bzw. interventionelle Fachabteilung eines benachbarten zugelassenen Krankenhauses sowie ständige Verfügbarkeit der für Reanimation oder sonstige Notfälle benötigten Geräte und Medikamente sind vorhanden.

ja / nein

Ausgabe von kostenlosem industrieunabhängigem Informationsmaterial für Patienten über deren Tumorerkrankung und Behandlungsalternativen, z.B. „Blaue Reihe“ der Deutschen Krebshilfe.

ja / nein

Zusammenarbeit mit benachbarten Vertragspraxen oder Fachabteilungen benachbarter zugelassener Krankenhäuser, die zeitnah und bei Bedarf täglich die notwendige Labordiagnostik einschließlich mikrobiologischer, zytologischer und histopathologischer Untersuchungen, bildgebende Diagnostik einschließlich CT und MRT und Versorgung mit Blutkonserven ermöglicht.

ja / nein

Mitgliedschaft in einem interdisziplinären onkologischen Arbeitskreis oder Tumorzentrum.

#### V. Personelle Anforderungen (nichtärztlich)

Betriebsstätte- oder Nebenbetriebsstätte	
Straße, Ort, PLZ	

ja / nein

Ich beschäftige qualifiziertes Personal:

Gesundheits- oder Krankenpfleger/in mit staatl. Anerkannter Zusatzqualifikation zur Pflege onkologischer Patienten

Name, Vorname	
---------------	--

und/oder

Gesundheits- oder Krankenpfleger/in mit mindestens dreijähriger Erfahrung in der Pflege onkologischer Patienten in einer onkologischen Fachabteilung

Name, Vorname	
---------------	--

und/oder

Arzthelfer/in/Medizinische Fachangestellte mit Nachweis einer onkologischen Qualifikation von 120 Stunden

Name, Vorname	
---------------	--

Die ausschließliche Beschäftigung von Arzthelfer/innen/Medizinische Fachangestellten mit Nachweis einer onkologischen Qualifikation von 120 Stunden ist nur in begründeten Fällen möglich. In diesem Fall bitte Begründung beifügen!

ja /  nein

Die Qualifikation des Personals wird unmittelbar nach der Einstellung aufgenommen und berufsbegleitend erworben

Name, Vorname	
---------------	--

## VI. Onkologische Kooperationsgemeinschaft

Betriebs- oder Nebenbetriebsstätte

Betriebsstätte- oder Nebenbetriebsstätte	
Straße, Ort, PLZ	

ja /  nein

Es ist eine onkologische Kooperationsgemeinschaft gebildet, in der folgende Kompetenzen vertreten sind:

### Hämatonkologie

Name, Vorname, ggf. Titel	
---------------------------	--

niedergelassener Arzt

Krankenhausarzt

### Pathologie

Name, Vorname, ggf. Titel	
---------------------------	--

niedergelassener Arzt

Krankenhausarzt

### Radiologie

Name, Vorname, ggf. Titel	
---------------------------	--

niedergelassener Arzt

Krankenhausarzt

### Strahlentherapie

Name, Vorname, ggf. Titel	
---------------------------	--

niedergelassener Arzt

Krankenhausarzt

### Palliativmedizin

Name, Vorname, ggf. Titel	
---------------------------	--

niedergelassener Arzt

Krankenhausarzt

ja / nein

Weitere Fachdisziplinen in Abhängigkeit von den in der Praxis betreuten Tumorerkrankungen:

Name, Vorname, ggf. Titel	
Fachrichtung	

niedergelassener Arzt

Krankenhausarzt

Name, Vorname, ggf. Titel	
Fachrichtung	

niedergelassener Arzt

Krankenhausarzt

Name, Vorname, ggf. Titel	
Fachrichtung	

niedergelassener Arzt

Krankenhausarzt

Name, Vorname, ggf. Titel	
Fachrichtung	

niedergelassener Arzt

Krankenhausarzt

ja / nein

Ich stelle sicher, dass durch die onkologische Kooperationsgemeinschaft folgende Aufgaben erfüllt werden:

- Einführung und Anpassung wissenschaftlich gesicherter Diagnose- und Therapiepläne.
- Gemeinsame patientenorientierte Fallbesprechungen, in der Regel im Rahmen von Tumorkonferenzen, die regelmäßig für alle durch die Kooperationsgemeinschaft betreuten Tumorerkrankungen

stattfinden. Bei Patienten, bei denen eine interdisziplinäre Therapie in Betracht kommt, sind entsprechende Fallbesprechungen unter Beteiligung der notwendigen Fachdisziplinen vor Beginn der Primär- und Rezidivtherapie sowie bei Wechsel des Therapieregimes durchzuführen.

- Onkologische Konsile
- Gegenseitige Information bei gemeinsamer Betreuung von Patienten.
- Bei interdisziplinären Behandlungen Festlegung des für die Koordination der Behandlung zuständigen Arztes, der auch für die regelmäßige Information des Hausarztes mit Erstellung eines Nachsorgeplans und die Dokumentation der Behandlung bei Teilnahme an klinischen Studien verantwortlich ist und dem Patienten und seinen Angehörigen als Ansprechpartner regelmäßig zur Verfügung steht.
- Die Beratung, Früherkennung oder tumorspezifische Behandlung von Patienten mit einer hereditären Krebserkrankung sollten in enger Kooperation mit einem entsprechenden Zentrum durchgeführt werden.

ja / nein

Über die Arbeitsergebnisse der onkologischen Kooperationsgemeinschaften werden Protokolle erstellt und der Onkologie-Kommission auf Nachfrage pseudonymisiert zur Verfügung gestellt. Die Protokolle enthalten folgende Daten:

- Teilnehmer
- Themen
- Zeit
- Ort
- Ergebnisse der Fallberatungen

ja / nein

Es ist durch geeignete Maßnahmen sichergestellt, dass alle an der Kooperationsgemeinschaft beteiligten Ärzte kurzfristig auf die notwendigen Patientendaten Zugriff haben.

## VII. Auflagen zur Aufrechterhaltung der Genehmigung

Ich verpflichte mich

- zur kontinuierlichen Fortbildung durch regelmäßige Teilnahme an zertifizierten Fortbildungsveranstaltungen und jährlich 50 Fortbildungspunkte nachzuweisen. Die Fortbildungen müssen von den Ärztekammern anerkannt sein und sich im Schwerpunkt auf onkologische Fortbildungsinhalte beziehen
- zur Teilnahme an mindestens 2 industrieneutralen durch die Ärztekammer zertifizierten Pharmakotherapieberatungen pro Jahr, entsprechende Angebote der jeweiligen Krankenkassen sind zu nutzen
- meinem Personal die kontinuierliche interne und externe Fortbildung zu ermöglichen. Die Teilnahme an jährlich mindestens einer onkologischen Fortbildungsveranstaltung, die von den Ärztekammern oder der Kassenärztlichen Vereinigungen anerkannt ist, wird gewährleistet.

Die Nachweise müssen jahresbezogen bis zum 31. März des Folgejahres bei der KV Bremen **unaufgefordert** eingereicht werden.

Wir weisen darauf hin, dass gemäß § 7 die Anzahl der jährlich betreuten und behandelten Patienten nach § 3 Abs. 4 jährlich zu belegen sind. Die KV Bremen stellt anhand ihrer Abrechnungsstatistik fest, ob die geforderte Anzahl der betreuten und behandelten Patienten belegt ist. Werden die erforderlichen Nachweise nicht erfüllt, teilt die KV Bremen dies schnellstmöglich mit.

### VIII. Dokumentation

Ich verpflichte mich zur Erstellung einer patientenbezogenen Dokumentation nach den Vorgaben des § 8 der Onkologie-Vereinbarung, Anhang 1.

### IX. Überprüfung der Dokumentation

Ich verpflichte mich zur Teilnahme an der Überprüfung nach § 10 der Onkologie-Vereinbarung, welche gemäß § 8 hinsichtlich der Vollständigkeit und der Orientierung der Behandlung an den aktuellen, einschlägig interdisziplinär abgestimmten Leitlinien, die medizinisch-wissenschaftlich anerkannt sind, erfolgt.

### X. Allgemeines

Die Genehmigung kann frühestens mit Vorlage aller entscheidungsrelevanten Unterlagen erteilt werden. Mit Unterschrift wird erklärt, dass die einschlägigen Rechtsgrundlagen zur Kenntnis genommen wurden.

**Datum/Unterschrift** (bei angestelltem Arzt Unterschrift des anstellenden Arztes bzw. MVZ-Leiters/bei angestellten Arzt in einer Berufsausübungsgemeinschaft Unterschrift aller Mitglieder) **Stempel**