



A n t r a g

auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von **onkologischen Leistungen**
nach der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 Bundesmantelvertrag-Ärzte)
i. V. m. der Ergänzungsvereinbarung

Der Antrag für angestellte Ärzte ist vom Arbeitgeber zu stellen!

(Anstellender Arzt der Einzelpraxis bzw. vom Geschäftsführer des MVZ/Krankenhauses/Institutes
bzw. vom Verantwortlichen der BAG)

Kreuzen Sie bitte Zutreffendes an und ergänzen fehlende Angaben in den markierten Feldern!

<p>Ich stelle den Antrag für mich</p>	<p>Für den angestellten Arzt in der Einzelpraxis bzw. im MVZ bzw. im Krankenhaus/Institut bzw. in der BAG</p>
<p>Vor- und Zuname des Antragstellers bzw. Bezeichnung des MVZ /Krankenhauses /Institutes bzw. der BAG</p> <p>(bitte immer ausfüllen)</p>	<p>Vor- und Zuname des angestellten Arztes, der die Leistungen ausführen soll</p>
<p>LANR:</p>	<p>LANR:</p>
<p>Geburtsdatum:</p>	<p>Geburtsdatum:</p>
<p>Praxisanschrift (Straße, PLZ, Ort (Hauptstandort):</p>	
<p>Telefon:</p>	
<p>Fax:</p>	
<p>E-Mail:</p>	

Genehmigung durch andere KV

Für dieses Antragsverfahren ist bereits eine Genehmigung von der

KV erteilt worden.

Eine Fotokopie liegt bei

Nach der Onkologie-Vereinbarung sind folgende Leistungen ausgeschlossen:

- **Nachsorgen** bei behandelten Patienten, die krebskrank waren.
- **Tumore**, die nach Operation **vollständig reseziert** sind und **keiner** weiteren tumorspezifischen Therapie und Behandlung bedürfen.

Beantragte Leistungen

***Bei der Abrechnung der SNR sind die Therapieform bzw. das/die verwendete/n Medikamente anzugeben**

Zutreffendes bitte ankreuzen

86510

Behandlung florider Hämoblastosen

86512*

Behandlung solider Tumore

86514*

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

86516*

Zuschlag zu den Kostenpauschalen 86510 und 86512 für die intravenöse und/oder intraarteriell applizierte zytostatische Tumorthherapie

86518

Zuschlag zu den Kostenpauschalen 86510 und 86512 für die Palliativversorgung

Angabe zur beabsichtigten Behandlung onkologischer Erkrankungen

Folgende Erkrankungen sollen im Rahmen der **aktiven onkologischen Therapie** behandelt werden:

Bitte die Tumorerkrankungen mit dem entsprechenden ICD-10-GM Code (§ 1 Abs. 2 der Vereinbarung) angeben:

Dabei sollen folgende **Therapieformen** (ggf. auch Angabe des Präparates) eingesetzt werden:

Internist mit der Schwerpunktbezeichnung "Hämatologie/ Internistische Onkologie"

und

Nachweis über die Betreuung von durchschnittlich **80** Patienten pro Quartal in den letzten 12 Monaten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien, darunter **50** Patienten, die mit medikamentöser Tumortherapie behandelt werden, davon **20** mit intravenöser und/oder intrakavitärer und/oder intraläsionaler Behandlung.

oder

Es handelt sich um eine **Neu- und Jungpraxis** bzw. neu und kürzer als zwei Jahre zugelassen. Die entsprechenden Patientenzahlen werden noch unterschritten und nach Ablauf von zwei Jahren - ab Teilnahme an der Vereinbarung - nachgewiesen.

oder

Facharzt für

mit der Zusatzbezeichnung „**Medikamentöse Tumortherapie**“

oder

Facharzt für

Der Inhalt der Zusatz-Weiterbildung „**Medikamentöse Tumortherapie**“ ist integraler Bestandteil meiner Facharztweiterbildung

oder

Facharzt für

ohne Zusatz-Weiterbildung „Medikamentöse Tumortherapie“

- Eine Begründung aus der hervorgeht, warum die nach der Onkologie-Vereinbarung geforderte Zusatz-Weiterbildung nicht absolviert werden konnte, ist beigefügt.

und

- Für die fachliche Anerkennung wird die Teilnahme an einem Kolloquium gemäß den Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung beantragt.

und

- Vorlage eines Zeugnisses mit den Inhalten nach Anlage 7 der Onkologie-Vereinbarung

Für alle v. g. Antragsteller ist der nachstehende Nachweis über die Betreuung zu führen:

Durchschnittlich 40 Patienten pro Quartal in den letzten 12 Monaten mit soliden Neoplasien, darunter 25 Patienten, die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 10 mit intravenöser und/oder intrakavitärer antineoplastischer und/oder intraläsionaler Behandlung.

oder

Durchschnittlich 40 Patienten pro Quartal in den letzten 12 Monaten mit soliden Neoplasien.

oder

Es handelt sich um eine **Neu- und Jungpraxis** bzw. neu und kürzer als zwei Jahre zugelassen. Die entsprechenden Patientenzahlen werden noch unterschritten und nach Ablauf von zwei Jahren - ab Teilnahme an der Vereinbarung - nachgewiesen.

Leistungsort

1. Die Leistung wird in den Räumen des Hauptstandortes (Praxis/MVZ) durchgeführt:

und/oder

2. Die Leistung wird in einer/mehreren Nebenbetriebsstätte/n durchgeführt:

- der Filiale
- der überörtlichen Nebenbetriebsstätte

(Bitte um Angabe der genauen Bezeichnung und der Adresse der Nebenbetriebsstätte/n)

1)

2)

und/oder

3. Die Leistung wird in ausgelagerten Praxisräumen durchgeführt.

Ausgelagerte Praxisräume zur Erbringung spezieller Untersuchungs- und Behandlungsmethoden müssen nach § 24 Abs. 5 Ärzte-ZV gegenüber auf dem Formular "Anzeige von ausgelagerten Praxisräumen" der KVWL angezeigt werden. Ausgelagerte Praxisräume sind z. B. OP-Zentren, Räume eines Kollegen oder eines Krankenhauses oder andere (ggf. angemietete) Räumlichkeiten, die nicht zur eigenen Praxis/zum MVZ gehören.

Die Erklärung muss für jeden in den ausgelagerten Praxisräumen tätigen Arzt abgegeben werden.

Die Anzeige von ausgelagerten Praxisräumen

- ist anliegend beigefügt.
- liegt der KVWL bereits vor. (für den Arzt, der die beantragte Leistung ausführen soll)

Organisatorische Maßnahmen

Es wird versichert, dass die in § 5 der Onkologie-Vereinbarung beschriebenen organisatorischen Voraussetzungen in der Praxis gegeben sind.

- Es erfolgt eine **ständige Zusammenarbeit** mit dem Hausarzt, ambulantem Pflegedienst mit besonderer Erfahrung in der Pflege von Patienten mit onkologischen Erkrankungen, Fachabteilungen benachbarter zugelassener Krankenhäuser mit Fachdisziplinen, die in Abhängigkeit von den in der Praxis betreuten Tumorerkrankungen benötigt werden und einem Hospiz (soweit regional vorhanden), welches die Anforderungen der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V erfüllt.

Bitte geben Sie die jeweilige onkologische Fachabteilung sowie das Krankenhaus im Einzelnen an:

- Die Organisation einer 24-stündigen Rufbereitschaft für die betreuten Patienten für telefonische Beratungen mit dem Ziel der Vermeidung stationärer Notaufnahmen wird sichergestellt. Diese erfolgt auf Facharztniveau durch Kooperation mit anderen onkologischen Schwerpunktpraxen/Fachabteilung der Krankenhäuser.

Die nachfolgenden Bedingungen gelten nur bei Durchführung der **intravenösen/intraarteriellen Chemotherapie**, ansonsten füllen Sie bitte die weiteren Bedingungen ab Seite 6 aus.

- Es steht eine ausreichende Anzahl spezieller Behandlungsplätze mit angemessener technischer Ausstattung (inklusive programmierbarer Medikamentenpumpen) für intravenöse Chemotherapie und Bluttransfusionen, die auch für bettlägerige Patienten erreichbar sind, bei Bedarf auch an den Wochenenden und Feiertagen, zur Verfügung.
- Für stark immundefiziente Patienten oder Patienten mit ansteckenden Erkrankungen werden separate Untersuchungs- und Behandlungsräume vorgehalten.

Zum Nachweis der genannten Anforderungen ist ein Lageplan vom Ort der Leistungserbringung beigelegt.

- Es wird **qualifiziertes Pflegepersonal** zur ständigen Betreuung der onkologischen Patienten bei Behandlungen in der Praxis mit folgender fachlicher Qualifikation beschäftigt:
 - Ausgebildete Gesundheits- und Krankenpfleger mit staatlich anerkannter Zusatzqualifikation zur Pflege onkologischer Patienten:

oder

 - Medizinische Fachangestellte mit einer onkologischen Qualifikation von 120 Stunden, die auch unmittelbar nach der Einstellung aufgenommen und berufsbegleitend erworben werden kann (diese können in begründeten Fällen als Assistenz hinzugezogen werden).

.....
(Vorname, Name)

.....
(Vorname, Name)

.....
(Vorname, Name)

.....
(Vorname, Name)

Kopien der Zeugnisse/Bescheinigung zum Nachweis der Qualifikation des eingesetzten Personals sind beigelegt.

Zur parenteralen Tumorthherapie benötigte Wirkstoffe

- Der Bezug der Wirkstoffe erfolgt über eine qualifizierte **Apotheke**
(bitte die Apotheke nachfolgend benennen):

.....

.....

oder

Die Zubereitung erfolgt in der **Praxis** unter Erfüllung der genannten Voraussetzungen:

- Qualitätsgesicherte, therapiegerechte verfügbare Zubereitung der zur parenteralen Tumorthherapie benötigten Wirkstoffe durch entsprechend geschultes Fachpersonal.
 - Eine Entsorgung von Medikamentenrückständen nach den Richtlinien der jeweils zuständigen Behörde.
 - Gewährleistung und Dokumentation von Sicherungsmechanismen zum Ausschluss von Verwechslungen von Zytostatikalösungen und Blutprodukten.
- Es liegen 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 vor.
- Es steht **kostenloses industrieunabhängiges** Informationsmaterial für Patienten über deren Tumorerkrankung und Behandlungsalternativen, z. B. „Blaue Reihe“ der Deutschen Krebshilfe zur Verfügung.
- Es erfolgt eine 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.
- Es besteht eine Mitgliedschaft in einem interdisziplinären onkologischen Arbeitskreis oder Tumorzentrum:

.....
interdisziplinärer onkologischer Arbeitskreis

.....
Tumorzentrum

Kooperationsgemeinschaft (z. B Tumorkonferenz)

Zutreffendes bitte ankreuzen

Es wurde nach § 6 Absatz 1 der Onkologie-Vereinbarung eine onkologisch interdisziplinäre Kooperationsgemeinschaft gebildet, in der folgende Fachgruppen vertreten sind:

Hämatonkologie niedergel. Arzt
KH-Arzt
Name

Pathologie niedergel. Arzt
KH-Arzt
Name

Radiologie niedergel. Arzt
KH-Arzt
Name

Strahlentherapie niedergel. Arzt
KH-Arzt
Name

Palliativmedizin niedergel. Arzt
KH-Arzt
Name

Weitere Fachgruppen in Abhängigkeit der onkologischen Erkrankung

niedergel. Arzt
KH-Arzt
Name **und** Fachgruppe

niedergel. Arzt
KH-Arzt
Name **und** Fachgruppe

niedergel. Arzt
KH-Arzt
Name **und** Fachgruppe

Die onkologische Kooperationsgemeinschaft erfüllt die nachfolgend genannten Aufgaben:

- Es werden wissenschaftlich gesicherte Diagnose- und Therapiepläne eingeführt und angepasst.
- Es finden gemeinsame patientenorientierte Fallbesprechungen, in der Regel im Rahmen von Tumorkonferenzen, die regelmäßig (mindestens 14-tägig) für alle durch die Kooperationsgemeinschaft betreuten Tumorerkrankungen statt. Bei Patienten, bei denen eine interdisziplinäre Therapie in Betracht kommt, werden entsprechende Fallbesprechungen unter Beteiligung der notwendigen Fachdisziplinen vor Beginn der Primär- und Rezidivtherapie sowie bei Wechsel des Therapieregimes durchgeführt.
- Es finden onkologische Konsile statt.
- Es erfolgt eine gegenseitige Information bei gemeinsamer Betreuung von Patienten.
- Bei interdisziplinären Behandlungen wird der für die Koordination der Behandlungen zuständige Arzt festgelegt. Dieser ist für die regelmäßige Information des Hausarztes mit Erstellung eines Nachsorgeplans und die Dokumentation der Behandlung bei Teilnahme an klinischen Studien verantwortlich und steht dem Patienten und seinen Angehörigen als Ansprechpartner regelmäßig zur Verfügung.
- Die Beratung, Früherkennung oder tumorspezifische Behandlung von Patienten mit einer hereditären Krebserkrankung werden in enger Kooperation mit einem entsprechenden Zentrum durchgeführt.
- Die Erfüllung der vorgenannten Aufgaben stellt der onkologisch qualifizierte Arzt sicher.
- Es wird sichergestellt, dass alle an der Kooperationsgemeinschaft beteiligten Ärzte kurzfristig auf die notwendigen Patientendaten Zugriff haben. Der Hausarzt wird regelmäßig über die fachonkologische Behandlung im notwendigen Umfang in schriftlicher Form informiert, einschl. Empfehlungen für möglicherweise auftretende Notfälle und eines detaillierten Nachsorgeplans nach Abschluss der tumorspezifischen Therapie.

Über die Arbeitsergebnisse der onkologischen Kooperationsgemeinschaft werden Protokolle (Angabe der Teilnehmer, Themen, Zeit, Ort und Ergebnisse der Fallberatung) erstellt und der Onkologie-Kommission der KVWL auf Nachfrage pseudonymisiert zur Verfügung gestellt.

Anforderungen zur Aufrechterhaltung der Genehmigung

Ich verpflichte mich

- zur kontinuierlichen Fortbildung durch regelmäßige Teilnahme an zertifizierten Fortbildungsveranstaltungen und Kongressen onkologischer Fachgesellschaften, die von den Ärztekammern anerkannt sind und sich auf onkologische Fortbildungsinhalte beziehen. Mir ist bekannt, dass der Nachweis von jährlich 25 Fortbildungspunkten im Rahmen der kontinuierlichen Fortbildung als ausreichend gilt bzw. der Nachweis von jährlich 50 Fortbildungspunkten bei Genehmigungserteilung aller SNR der Vereinbarung (SNR 86510 bis 86518) zu erbringen ist.
- zur Teilnahme an einer anlassbezogenen Beratung (Pharmakotherapieberatung) durch die Vertragspartner.
 - Beratungen können u. a. sein:
 - Einladung zu pharmakologischen Informationsveranstaltungen
 - individuelle PharmPRO-Beratungen
 - Qualitätszirkel:
 - Pharmakologische Unterstützung bzw. Pharmakologische Vorträge
- zur kontinuierlichen internen und externen Fortbildung des Praxispersonals
Das Personal muss an jährlich mindestens einer onkologischen Fortbildungsveranstaltung teilnehmen, die von den Ärztekammern oder den Kassenärztlichen Vereinigungen anerkannt ist.
- zur Erbringung des Nachweises über die jährlich betreuten Patienten nach § 3 Abs. 4 der Onkologie-Vereinbarung.

Die Nachweise über die vorgenannten Anforderungen werde ich jahresbezogen bis zum 31.03. des Folgejahres bei der KVWL – Geschäftsbereich Versorgungsqualität einreichen.

Mit meiner Unterschrift

- verpflichte ich mich, patientenbezogene Dokumentationen nach den Vorgaben des Anhangs 1 zu erstellen, die eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung der Behandlung ermöglichen und diese auf Verlangen der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe vorzulegen. Dies gilt insbesondere für histologische Befunde, Operationsberichte, Bestrahlungspläne und Protokolle sowie die Dokumentation der systemischen medikamentösen Therapie und deren Toxizität.
- versichere ich, dass die ärztliche Behandlung nach den in § 4 der Onkologie-Vereinbarung festgelegten Bestimmungen durchgeführt wird.
- erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Onkologie-Kommission das Vorliegen der in den §§ 5 und 6 der Onkologie-Vereinbarung genannten Voraussetzungen überprüft.
- versichere ich die Richtigkeit meiner Angaben und verpflichte mich, die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe über alle Änderungen zu informieren, welche die Erfüllung der in dieser Vereinbarung genannten Voraussetzungen betreffen.
- erkläre ich mich mit der Veröffentlichung meines Namens und meiner Praxisanschrift zum Zwecke der Patientenzuweisung auf den Internetseiten der KVWL einverstanden.

Ort u. Datum

Unterschrift des Antragstellers
(ggf. Vertragsarztstempel)



Anzeige von ausgelagerten Praxisräumen nach § 24 Abs. 5 Ärzte-ZV

Ausgelagerte Praxisräume sind Räumlichkeiten an weiteren Orten in räumlicher Nähe zum Vertragsarztsitz für die Durchführung spezieller Untersuchungs- und Behandlungsleistungen. Ort und Zeitpunkt der Aufnahme der Tätigkeit in ausgelagerten Praxisräumen hat der Leistungserbringer der KV unverzüglich anzuzeigen. Beachten Sie bitte, dass ausgelagerte Praxisräume nur von den Versicherten in Anspruch genommen werden dürfen, wenn diese zuvor die Vertragsarztpraxis des Leistungserbringers aufgesucht haben; ein „Erstkontakt“ in den ausgelagerten Praxisräumen ist nicht zulässig.

	Vertragsarztsitz des Antragstellers (Vertragsarzt, Vertragspsychotherapeut, MVZ, Berufsausübungsgemeinschaft)	Ort der Leistungserbringung (ausgelagerte Praxisräume)
Name, Vorname		
Straße		
PLZ, Ort		
Telefon:		

Zusätzliche Angaben zu den ausgelagerten Praxisräumen:

Es handelt sich um die Räume der Berufsausübungsgemeinschaft eigenen Räume
des MVZ des Klinikums eines Kollegen

(Bitte um Angabe der genauen Bezeichnung des MVZ/Klinikums bzw. Name des Kollegen)

Entfernung zum Vertragsarztsitz: km **Fahrzeit**

Angaben zum Arzt, der in den ausgelagerten Praxisräumen tätig werden soll:

Leistungserbringer:

Zeitpunkt der Aufnahme

Leistungsspektrum in den ausgelagerten Praxisräumen:

Ort u. Datum

Unterschrift des Antragstellers / (ggf. Vertragsarztstempel)