

Antrag auf Anerkennung als onkologisch verantwortlicher Arzt

Name _____

**Praxisanschrift
Straße:** _____

PLZ, Ort _____

Telefon/ Fax: _____

E-Mail: _____

Ich besitze die Anerkennung als

Facharzt für: _____

ggf. Schwerpunkt- bzw. Zusatzbezeichnung: _____

Niedergelassene Vertragsärzte

- Ich bin niedergelassen.
- Die Niederlassung ist geplant ab: _____
- Ich übernehme die Praxis von: _____
- ab: _____.

**Angestellte Ärzte/ Medizinische Versorgungszentren (MVZ):
Hier ist der Antrag auf Genehmigung durch den Praxisinhaber zu stellen.**

- Ich bin in einer Praxis angestellt.
- Ich plane die Anstellung in der Praxis von: _____
- ab: _____
- Ich bin in einem MVZ tätig.
- Ich plane die Tätigkeit in dem MVZ _____
- ab: _____

Ermächtigte Ärzte:

- Ich bin als Krankenhausarzt ermächtigt.
- Die Ermächtigung ist geplant ab: _____

Ich beantrage die Genehmigung als onkologisch verantwortlicher Arzt nach den Vorgaben der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä/EKV) an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen zu können.

Fachliche Befähigung gemäß § 3

Ich bin berechtigt, folgende Schwerpunkt- bzw. Zusatzbezeichnung zu führen:

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | | |
|--------------------------|--|-------------|
| <input type="checkbox"/> | Hämatologie/(Internistische) Onkologie | seit: _____ |
| <input type="checkbox"/> | Medikamentöse Tumortherapie | seit: _____ |
| <input type="checkbox"/> | Gynäkologische Onkologie | seit: _____ |
| <input type="checkbox"/> | Palliativmedizin | seit: _____ |

Sofern die entsprechende Urkunde der KVSA noch nicht vorliegt, bitte als Kopie beifügen.

Spezielle Qualifikation

1. Mindestens zweijährige praktische Tätigkeit in der Diagnostik und Therapie maligner Erkrankungen im Rahmen der Weiterbildung oder berufsbegleitend?

Wenn ja, welche Fachabteilung(en)? _____

Dauer der Tätigkeit:

von: _____ bis: _____ insgesamt (Anzahl Monate): _____

2. Kenntnisse und praktische Erfahrungen

wurden auf folgenden Gebieten erworben (lt. § 2 Abs. 4):

- Durchführung und Beurteilung diagnostischer Maßnahmen bei neoplastischen Erkrankungen einschließlich der Diagnostik von Begleit- und Folgeerkrankungen
- Pharmakologie und Toxikologie der medikamentösen Tumortherapie
- Therapie neoplastischer Erkrankungen einschließlich Langzeitbehandlung unter Anwendung wissenschaftlich anerkannter Therapieverfahren
- Therapie mit Blutbestandteilen
- Therapie von Begleit- und Folgeerkrankungen insbesondere der Behandlung von Infektionen, thromboembolischen Komplikationen und der Schmerztherapie
- Psychosoziale Krankenbetreuung

Bitte dem Antrag die entsprechenden Zeugnisse/Bescheinigungen beifügen.

Für Fachärzte mit onkologischem Tätigkeitsfeld mit entsprechender Fachgebiets- bzw. Schwerpunktbezeichnung **zur Behandlung von soliden Tumoren in den genannten Organgebieten ist erforderlich:**

Vorlage der Dokumentation von 200 Therapiezyklen auf folgenden Organgebieten:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gastrointestinaltrakt | <input type="checkbox"/> Urogenitaltrakt | <input type="checkbox"/> Respirationstrakt |
| <input type="checkbox"/> Skelett | <input type="checkbox"/> Mamma | <input type="checkbox"/> Haut, Skelett, endokrine Organe |

Zusätzlich für **jedes weitere Organgebiet** ist die Dokumentation von je **100 Therapiezyklen** erforderlich für solide Tumore von:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gastrointestinaltrakt | <input type="checkbox"/> Urogenitaltrakt | <input type="checkbox"/> Respirationstrakt |
| <input type="checkbox"/> Skelett | <input type="checkbox"/> Mamma | <input type="checkbox"/> Haut, Skelett, endokrine Organe |

(Bitte mittels geführter Dokumentationen belegen.)

3. Durchführung der onkologischen Therapie

3.1 Anzahl der behandelten Patienten nach Diagnosegruppen: (Anzahl der Patienten)

- | | |
|---|-------|
| 3.1.1 Bösartige Neubildungen der Lippe, Mundhöhle und des Rachens | _____ |
| 3.1.2 Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane und des Bauchfells | _____ |
| 3.1.3 Bösartige Neubildungen der Atmungs- und intrathorakalen Organe | _____ |
| 3.1.4 Bösartige Neubildungen der Knochen, des Bindegewebes, der Haut und der der Brustdrüse | _____ |
| 3.1.5 Bösartige Neubildungen der Harn- und Geschlechtsorgane | _____ |
| 3.1.6 Bösartige Neubildungen sonstiger Lokalisationen | _____ |
| 3.1.7 Bösartige Neubildungen des lymphatischen und hämatopoetischen Gewebes | _____ |

3.2 Anzahl der während einer mindestens zweijährigen praktischen Tätigkeit behandelten Patienten mit der jeweiligen Art der Therapie (Medikamente/Therapieschemata in Klammern)

Behandlung von	Hämoblastosen	soliden Tumoren
orale antineopl. Therapie		
intravasale antineopl. Therapie		
intrakavitäre antineopl. Therapie		
antineopl. Hormontherapien		
supportive Therapien		
sonstige Therapien		

(Bitte entsprechende Nachweise beifügen.)

- Beschäftigung von qualifiziertem Praxispersonal gemäß § 5 Abs. 1 der Vereinbarung*

Name, Vorname	Bezeichnung/Qualifikation

- Bei der Zubereitung der zur parenteralen Tumorthherapie benötigten Wirkstoffe werden die in § 5 Abs. 1 der Vereinbarung aufgeführten Anforderungen (organisatorische Maßnahmen) beachtet.
- Sicherstellung von Plänen (SOP) für die Notfallversorgung einschließlich der Reanimation (Ausstattung mit den hierfür notwendigen Medikamenten und Geräten) sowie für eine schnellstmögliche Verlegung auf eine Intensivstation.
- Bereitstellung kostenlosen industrieunabhängigen Informationsmaterials für Patienten über Tumorerkrankungen und Behandlungsalternativen (Bsp. „Blaue Reihe“ der Dt. Krebshilfe)
- Zusammenarbeit mit benachbarten Vertragsarztpraxen/Fachabteilungen zugelassener Krankenhäuser, die zeitnah und bei Bedarf täglich die notwendige Labordiagnostik, bildgebende Diagnostik und Versorgung mit Blutkonserven ermöglicht
- Mitglied in einem interdisziplinären onkologischen Arbeitskreis oder Tumorzentrum

(Bitte Leiter des onkologischen Arbeitskreises/Tumorzentrums und Ort angeben.)

*Als qualifiziertes Personal gilt staatlich geprüftes Pflegepersonal mit onkologischer Erfahrung oder in begründeten Ausnahmen qualifizierte Arzthelferinnen. Diese bedürfen onkologischer Qualifikationen (mit Nachweis von 120 Stunden Fortbildung), die auch unmittelbar nach der Einstellung aufgenommen und berufsbegleitend erworben werden kann.

Onkologische Kooperationsgemeinschaften

Durch die **onkologischen Kooperationsgemeinschaften** werden folgende Aufgaben erfüllt:

- Einführung und Anpassung wissenschaftlich gesicherter Diagnose- und Therapiepläne
- Gemeinsame patientenorientierte Fallbesprechungen, in der Regel im Rahmen von Tumorkonferenzen
- Onkologische Konsile
- Gegenseitige Information bei gemeinsamer Betreuung von Patienten
- Bei interdisziplinärer Behandlung: Festlegung des koordinierenden Arztes
- Die Ergebnisse der Fallbesprechung/onkologischen Konsile/Tumorkonferenzen werden dokumentiert (Zeitpunkt, Teilnehmer) und stehen als Nachweis zur Verfügung.
- Die Zusammenarbeit mit dem Hausarzt, einem ambulanten Pflegedienst mit onkologischer Erfahrung, Fachabteilungen zugelassener Krankenhäuser mit entsprechenden Fachdisziplinen und einem Hospiz (soweit regional vorhanden) ist gewährleistet.

Nachweis der erforderlichen Patientenzahlen

Fachärzte für Innere Medizin mit der Zusatzbezeichnung Hämatologie und internistische Onkologie:

- Ich habe in den letzten 12 Monaten durchschnittlich _____ (Anzahl) Patienten pro Quartal mit soliden Tumoren und/oder hämatologischen Neoplasien betreut, darunter:
- _____ Patienten mit medikamentöser Tumortherapie, davon
_____ Patienten mit intravasaler u./o. intrakavitärer u./o. intraläsionaler Behandlung

Andere Fachgruppen:

- Ich habe in den letzten 12 Monaten durchschnittlich _____ (Anzahl) Patienten pro Quartal mit soliden Tumoren betreut, darunter:
- _____ Patienten mit medikamentöser Tumortherapie, davon
_____ Patienten mit intravasaler u./o. intrakavitärer u./o. intraläsionaler Behandlung

In der **Anlage** sind die Daten zu den Patienten in anonymisierter Form anzugeben.

Bitte reichen Sie Patientenstatistiken ein, aus denen sich folgende Angaben ergeben:

- > Geburtsdatum des Patienten
- > Initialen (Vorname/Nachname)
- > Diagnose
- > Medikamentöse Tumortherapie

Ein entsprechender Vordruck ist diesem Antragsformular als Anlage beigelegt. Ein Nachweis über Praxis-Software-Analyse, aus der diese Angaben hervorgehen, ist ebenfalls möglich.

Hinweis:

Für den Nachweis der erforderlichen Patientenzahl werden neben den Patienten, die über die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt abgerechnet wurden, auch Privatpatienten und Patienten sonstiger Kostenträger anerkannt.

Jährlicher Nachweis zur Aufrechterhaltung der Genehmigung

Ich verpflichte mich:

- > zur kontinuierlichen Fortbildung durch regelmäßige Teilnahme an zertifizierten Fortbildungsveranstaltungen und Kongressen onkologischer Fachgesellschaften (jährlich 50 Fortbildungspunkte zu onkologischen Themen)
- > zur Teilnahme an mindestens 2 nachweislich industrieunabhängigen Pharmakotherapieberatungen pro Jahr
- > zum Nachweis über die Teilnahme meines onkologischen Fachpersonals an einer Fortbildungsveranstaltung, die von der Ärztekammer bzw. der KV anerkannt ist
- > zum jährlichen Nachweis der jeweils geforderten Patientenzahlen

Weitere Verpflichtungen/Erklärungen

Als onkologisch verantwortlicher Arzt erkläre ich, die ambulante vertragsärztliche Behandlung nach den in den jeweils gültigen Onkologie-Vereinbarungen festgelegten Grundsätzen durchzuführen.

Weiterhin erkläre ich mich einverstanden, dass die Onkologie-Kommission das Vorliegen der Voraussetzungen nach §§ 5 und 6 der Vereinbarung (organisatorische Anforderungen und Arbeit der Kooperationsgemeinschaften) überprüfen kann.

Mit Unterzeichnung dieses Antrages erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt vor Erteilung der Genehmigung bzw. auch während des Bestandes einer Genehmigung befugt ist, eine Besichtigung am Ort der Leistungserbringung (sog. Praxisbegehung) durchzuführen, um sich von der Einhaltung der o.g. personellen, organisatorischen und räumlichen Voraussetzungen in meiner Praxis/Einrichtung zu vergewissern.

Ich bin damit einverstanden, dass die durch die Krankenkassen geprüften (anonymisierten) versicherungsbezogenen Daten arztbezogen an die Onkologie-Kommission zur gezielten Pharmakotherapieberatung weitergeleitet werden.

Bei der Behandlung krebskranker Patienten gewährleiste ich die Erfüllung der im Anhang zu den Vereinbarungen beschriebenen Maßnahmen und werde bei jedem Patienten eine Dokumentation gemäß Anhang 1 der Onkologie-Vereinbarung fertigen.

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben dieses Antrages sowie der Anlagen. Jede Änderung werde ich unverzüglich vorab der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt schriftlich mitteilen.

Hinweis:

Die Genehmigung kann frühestens ab dem Tag erteilt werden, an dem alle zum Qualifikationsnachweis erforderlichen Unterlagen (Zeugnisse, Bescheinigungen und ggf. Gerätenachweis) der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt (KVSA) vollständig vorliegen. Soweit für den Nachweis Unterlagen fehlen, kann die Genehmigung erst ab dem Tag erteilt werden, an dem die o.g. Antragsunterlagen bei der KVSA komplettiert wurden.

Ort, Datum, BSNR

Stempel, Unterschrift des Vertragsarztes (bei persönlicher Leistungserbringung) bzw. des angestellten Arztes

Ort, Datum, BSNR

Stempel, Unterschrift des MVZ-Vertretungsberechtigten bzw. des anstellenden Vertragsarztes

Datenschutzrechtliches Einverständnis

Mit meiner zweiten Unterschrift erteile ich das widerrufliche Einverständnis, dass die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt im Bedarfsfall die bei der Landesärztekammer Sachsen-Anhalt vorliegenden Zeugnisse und Bescheinigungen hinsichtlich meiner Weiterbildung und fachlichen Qualifikation anfordern kann.

Unterschrift des Arztes, der die Leistungen erbringen möchte

Anlage zum Antrag auf Anerkennung als onkologisch verantwortlicher Arzt

Name, Vorname: _____

Fachrichtung: _____

Onkologische Kooperationsgemeinschaft

Entsprechend § 5 Abs. 1 der Vereinbarung über qualifizierte Versorgung krebserkrankter Patienten (Onkologie-Vereinbarung) bilden die nachfolgend aufgeführten Ärzte eine Kooperationsgemeinschaft. Durch die onkologische Kooperationsgemeinschaft werden folgende Aufgaben erfüllt:

- › Einführung und Anpassung wissenschaftlich gesicherter Diagnose- und Therapiepläne
- › Gemeinsame patientenorientierte Fallbesprechungen, in der Regel im Rahmen von Tumorkonferenzen
- › Onkologische Konsile
- › Gegenseitige Information bei gemeinsamer Betreuung von Patienten
- › bei interdisziplinärer Behandlung: Festlegung des koordinierenden Arztes
- › Die Ergebnisse der Fallbesprechungen/onkologischen Konsile/Tumorkonferenzen werden dokumentiert (Zeitpunkt, Teilnehmer) und stehen als Nachweis zur Verfügung.
- › Die Zusammenarbeit mit dem Hausarzt, einem ambulanten Pflegedienst mit onkologischer Erfahrung, Fachabteilungen benachbarter zugelassener Krankenhäuser mit entsprechenden Fachdisziplinen und einem Hospiz (soweit regional vorhanden) ist gewährleistet.

	Name	Unterschrift
1. Innere Medizin Schwerpunkt Hämatologie/Onkologie		
2. Pathologie		
3. Radiologie		
4. Strahlentherapie		
5. Chirurgie, Gynäkologie, Urologie, Dermatologie bzw. weitere Fachgruppen		
6. Palliativmedizin		

