



**Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern
Geschäftsbereich Qualitätssicherung**

Bitte zurücksenden an:

Kassenärztliche Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern
Geschäftsbereich Qualitätssicherung
Neumühler Straße 22
19057 Schwerin

Ansprechpartner:
Frau Kirsten Martensen
Tel.: 0385-7431-243
Fax: 0385-7431-66243

ANTRAG

**auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von
ONKOLOGISCHEN LEISTUNGEN gemäß der gültigen
Vereinbarung ab 01.01.2010**

Die Antragstellung erfolgt für mich persönlich (gilt nicht für angestellte Ärzte)

Name, Vorname des Antragstellers

LANR

BSNR

- Ich bin *in Einzelpraxis / Gemeinschaftspraxis* niedergelassener Arzt seit/ab: _____
- Ich bin am Krankenhaus _____ ermächtigter Arzt seit/ab: _____
- Ich bin im MVZ _____ Vertragsarzt / leitender Arzt
seit/ab: _____

Praxisanschrift Telefonnummer

Wohnanschrift Telefonnummer

Die Antragstellung erfolgt für einen angestellten Arzt

Name, Vorname des anstellenden Arztes

LANR

BSNR

Name, Vorname des angestellten Arztes

LANR

BSNR

Ich bin im MVZ _____ angestellter Arzt seit/ab: _____

Ich bin bei dem oben genannten Vertragsarzt angestellt seit/ab: _____

Die beantragten Leistungen werden in folgender/en Betriebstätte/n erbracht:

1. _____
(Adresse)

BSNR: _____

2. _____
(Adresse)

BSNR: _____

Fachliche Befähigung

1.1 gemäß § 3 der Vereinbarung

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Schwerpunktbezeichnung „Hämatologie und Onkologie“
- Zusatzbezeichnung „Medikamentöse Tumorthherapie“
- Facharzt- bzw. Gebietsbezeichnung, die die Inhalte der Zusatzbezeichnung „Medikamentöse Tumorthherapie“ umfasst

Bitte entsprechende Zeugnisse und Urkunden in Kopie beifügen.

2. Nachweis der Patientenzahlen

Ich kann den Nachweis über die Betreuung der geforderten durchschnittlichen Patientenzahl erbringen.

Hämatologen/ Onkologen	Anzahl Patienten pro Quartal, durchschnittlich	Andere Fachgruppen	Anzahl Patienten pro Quartal, durchschnittlich
90	mit soliden oder hämatologischen Neoplasien,	60	mit soliden Tumoren,
53	darunter medikamentöse Tumorthherapie,	45	darunter mit medikamentöser Tumorthherapie,
15	davon intravasaler und/oder intrakavitärer und/oder transläsionaler Behandlungen	10	davon intravasaler und/oder intrakavitärer und/oder intralesionaler Behandlungen

3. Organisatorische Maßnahmen

- Hiermit gewährleiste ich die Erfüllung folgender organisatorischer Voraussetzungen:
- Übernahme der Gesamtbehandlung entsprechend eines einheitlichen Therapieplans
- Ständige Zusammenarbeit mit dem Hausarzt, ambulanten 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, das die Anforderungen der Rahmenvereinbarung nach § 39 a Abs. 1 SGB V erfüllt
- Sicherstellung einer 24-stündigen Rufbereitschaft auf Facharztniveau durch Kooperation mit anderen onkologischen Schwerpunktpraxen/Fachabteilungen von Krankenhäusern
- Einrichtung spezieller Behandlungsplätze mit angemessener technischer Ausstattung (incl. programmierbarer Medikamentenpumpe) für intravenöse Chemotherapie und Bluttransfusionen, die auch für bettlägerige Patienten erreichbar sind und bei Bedarf auch an Wochenenden und Feiertagen zur Verfügung stehen, wie auch separate Untersuchungs- und Behandlungsräume für stark immundefizienten Patienten bzw. mit ansteckenden Erkrankungen (**Grundriss der Praxis, aus dem diese Behandlungsplätze ersichtlich sind, sind als Nachweis beizulegen**).

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

_____	_____
Vorname, Name	Bezeichnung / Qualifikation
_____	_____
Vorname, Name	Bezeichnung / Qualifikation
_____	_____
Vorname, Name	Bezeichnung / Qualifikation

* Als qualifiziertes Personal gilt staatlich geprüftes Pflegepersonal mit onkologischer Erfahrung oder in begründeten Ausnahmen qualifizierte Arzthelferinnen. Diese bedürfen einer dreijährigen onkologischen Qualifikation von 120 Stunden, die auch unmittelbar nach der Einstellung aufgenommen und berufs begleitend erworben werden kann.

- 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 typische Notfälle, einschließlich der schnellstmöglichen Verlegung auf Intensivstationen, sowie ständige Verfügbarkeit von Reanimations- und sonstige Notfallgeräte und Medikamente
- Bereitstellung kostenlosen industrieunabhängigen Informationsmaterials für Patienten über Tumorerkrankung und Behandlungsalternativen (Bsp. „Blaue Reihe“ der Dt. Krebshilfe)
- Zusammenarbeit mit benachbarten Vertragspraxen, Fachabteilungen benachbarter zugelassener Krankenhäuser, die zeitnah und bei Bedarf täglich die notwendigen Labordiagnostik, bildgebender Diagnostik und Versorgung mit Blutkonserven ermöglicht
- Mitgliedschaft in einem interdisziplinären onkolog. Arbeitskreis oder Tumorzentrum
(Bitte Leiter des onkologischen Arbeitskreises/Tumorzentrum und Ort angeben)

.....

4. Onkologische Kooperationsgemeinschaften

Zur wohnortnahen Sicherstellung und zur umfassenden Planung der Therapieplätze besteht eine onkologische Kooperationsgemeinschaft mit folgenden Fachbereichen:

Fachbereich	Name und Anschrift der Ärzte
Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie
Pathologie
Radiologie
Strahlentherapie
Palliativmedizin

weitere Fachdisziplinen in Abhängigkeit von den in der Praxis betreuten Tumorerkrankungen

.....
.....

Zu der angegebenen Kooperationsgemeinschaft erkläre ich, dass die Aufgaben nach § 6 Abs. 5 der Vereinbarung erfüllt werden. Über die Arbeitsergebnisse der onkologischen Kooperationsgemeinschaften werden Protokolle erstellt, die auf Nachfrage der Kommission pseudonymisiert vorgelegt werden.

5. Jährliche Nachweise 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 industrieneutrale 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
- Nachweise gem. den o.g. Punkten müssen jahresbezogen bis zum 31.03. des Folgejahres unaufgefordert der KV MV vorgelegt werden

6. Erklärungen

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

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

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

Bei der Behandlung krebserkrankter 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.

Soweit ich Hämotherapieverfahren selbst durchführe, versichere ich, über eine entsprechende Qualifikation zu verfügen und die Richtlinien des Transfusionsgesetzes einzuhalten.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben und verpflichte mich, die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern über alle Änderungen zu informieren, welche die Erfüllung der in dieser Vereinbarung genannten Voraussetzungen betreffen.

Bemerkungen:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Hinweis

- Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist.
- Bitte helfen Sie uns, Ihren Antrag zügig zu bearbeiten, indem Sie den Antrag vollständig ausfüllen und sämtliche geforderten Unterlagen beilegen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Praxisinhaber/Leiter MVZ

.....
Praxisstempel

.....
Unterschrift angestellter Arzt

Aus Vereinfachungsgründen wurde auf eine geschlechtsspezifische Berufsbezeichnung verzichtet; es ist selbstverständlich sowohl die männliche als auch die weibliche Form gemeint.