

1 Beantragter Leistungsbereich

Versorgungsebene 1

- 96500 Behandlung florder Hämoblastosen
- 96501 Behandlung solider Tumore unter tumorspezifischer Therapie
- 96502 Intrakavitäre zytostatische Tumortherapie
- 96507 Onkologisch indizierte Bisphosphonatinfusions- bzw. -injektionstherapie
- 96508 Onkologisch indizierte Bisphosphonatinfusionstherapie ab 2 Stunden

Versorgungsebene 2 (umfasst die Versorgungsebene 1)

- 96503 Subkutane, intravasale und intramuskuläre zytostatische Tumortherapie
- 96504 Behandlung einer laboratoriumsmedizinisch oder genetisch oder histologisch/zytologisch gesicherten, primär hämatologischen und/oder onkologischen und/oder immunologischen Systemerkrankung und/oder bei intensiver, aplasieinduzierenden und/oder toxisitätsadaptierten antiproliferativen Behandlung*
- 96505 Orale zytostatische Chemotherapie
- 96506 Gabe von Bluttransfusionen oder Apheresethrombozytenkonzentraten
- 96506A Gabe von Poolthrombozytenkonzentraten
- 96509 Palliativversorgung von Tumorpatienten

* nur von onkologisch tätigen Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Fachärzten für Urologie und Fachärzten gemäß § 4 Pkt. 3a (5) berechnungsfähig

2 Fachliche Voraussetzungen

2.1 Facharzt

Facharzturkunde:

liegt der KVS vor im Original beigelegt

2.2 Für hausärztlich tätige Ärzte

Genehmigung zur Erbringung fachärztlicher onkologischer Leistungen nach § 73 Abs. 1a SGB V wurde durch den Zulassungsausschuss

erteilt am

2.3 Versorgungsebene 1 und/ oder 2

2.3.1 Anforderungen in Abhängigkeit der Facharztgruppe

- Ich gehöre einer der folgenden Facharztgruppen an
- Facharzt für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung „Hämatologie und Internistische Onkologie“
 - Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit der Schwerpunktbezeichnung „Gynäkologische Onkologie“
 - Facharzt mit der Zusatzweiterbildung „Medikamentöse Tumortherapie“

ODER

2.3.2 Ich gehöre einer sonstigen Facharztgruppe an

Anlage 1 inkl. Dokumentation

liegt der KVS vor in Kopie beigelegt

UND ggf.

2.3.3 Anforderungen bei Beantragung der Versorgungsebene 2

Anforderungen der Versorgungsebene 1 sind erfüllt

3 Apparativ-technische Voraussetzungen

- Vorhaltung von Infusomaten zur Verabreichung von zeit- und/oder volumengesteuerten Infusionen ist gegeben (bei Antrag auf Teilnahme an der Versorgungsebene 2).
-

4 Personelle Voraussetzungen

4.1 Onkologisch qualifiziertes Personal

- 4.1.1 Ich beschäftige bereits qualifiziertes Personal (staatlich geprüftes Pflegepersonal mit onkologischer Erfahrung bzw. onkologisch qualifizierte Medizinische Fachangestellte/ Arzthelferin)

.....
Name, Vorname, Qualifikation

.....
Name, Vorname, Qualifikation

Nachweise

- liegt der KVS vor in Kopie beigefügt

ODER

- 4.1.2 Die Qualifikation des Personals wird berufsbegleitend erworben

.....
Name, Vorname

.....
Name, Vorname

Anmeldebestätigung

- liegt der KVS vor in Kopie beigefügt
-

5 Räumliche/ organisatorische Voraussetzungen

5.1 Folgende räumliche und organisatorische Voraussetzungen sind gegeben

- Die ständige Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärzten, insbesondere dem Hausarzt, dem Tumorzentrum, den Krankenhäusern und stationären Einrichtungen ist gegeben.
- Eine 24-stündige Erreichbarkeit bei Durchführung von aplasieinduzierten Behandlungen ist sichergestellt.
- Die telefonische Erreichbarkeit innerhalb der Praxisprechzeiten für den Hausarzt des sich in Behandlung befindenden Patienten ist sichergestellt.
- Die Transportmöglichkeit in die Praxisräume, auch für bettlägerige Patienten, ist gegeben.
- Spezielle Behandlungsplätze sind vorhanden.
- Die Dokumentation der Krebserkrankung und ihres Verlaufs, insbesondere der histologischen Befunde, der Operationsberichte, der Bestrahlungspläne und –protokolle sowie der systemischen medikamentösen Therapie und deren Toxizität ist sichergestellt. Dazu gehört u.a. die Einhaltung der Meldepflicht an das klinische Krebsregister.

Die Abfallentsorgung hat fachgerecht nach den Richtlinien der jeweils zuständigen Behörde zu erfolgen.

5.2 Kooperationen

Die folgenden onkologisch verantwortlichen Ärzte bilden mit mir eine Kooperationsgemeinschaft
(möglichst aus dem Kreis der vertragsärztlich tätigen Ärzte)

Pathologie

.....
(Name, Anschrift)

Strahlentherapie

.....
(Name, Anschrift)

Chirurgie

.....
(Name, Anschrift)

Innere Medizin

.....
(Name, Anschrift)

Allgemeinmedizin

.....
(Name, Anschrift)

Gynäkologie

.....
(Name, Anschrift)

Urologie

.....
(Name, Anschrift)

Palliativmedizin

.....
(Name, Anschrift)

Die onkologische Kooperationsgemeinschaft erfüllt folgende Aufgaben:

- Einführung und Anpassung gesicherter Diagnose- und Therapiepläne
- patientenorientierte Fallbesprechungen
- onkologische Konsile
- Information an den mitbehandelnden Arzt

6 Hinweise

Mit Antragsabgabe gibt der Antragsteller sein Einverständnis, dass die KV Sachsen im Rahmen der Antragsbearbeitung zu den vorgelegten Nachweisen ggf. erforderliche weitere Informationen und ergänzende Nachweise der jeweils zuständigen Stelle einholen kann, insbesondere bei anderen KVen zu erteilten Genehmigungen oder bei Ärztekammern zu Inhalt und Umfang der absolvierten Weiterbildung. Dem Antragsteller ist bei Abgabe bekannt, dass das Einverständnis während des laufenden Antragsverfahrens jederzeit widerrufen werden kann.

Die Durchführung und Abrechnung der beantragten genehmigungspflichtigen Leistung(en) ist erst nach Erteilung der Genehmigung rechens. Die Genehmigung kann grundsätzlich nicht rückwirkend erteilt werden.

Mit Antragsabgabe bestätigt der Antragsteller die Richtigkeit der Angaben und wird verpflichtet, Änderungen unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung mitzuteilen.

Die Informationen zum Datenschutz nach Art. 13 und Art. 14 DSGVO finden Sie unter www.kvsachsen.de/mitglieder/datenschutz.

Über alle behandelten Patienten muss gemäß § 3 Abs. 2 der Vereinbarung eine Dokumentation der Krebsbehandlung und ihres Verlaufes sichergestellt sein. Dazu gehört auch die Einhaltung der Meldepflicht an das klinische Krebsregister.

Weiterhin müssen die Voraussetzungen der laufenden Fortbildung (§9 der Onkologie Vereinbarung) und die geforderten Patientenzahlen erfüllt werden. Die Kontrolle der Fortbildungsnachweise erfolgt erstmalig nach einem Jahr der Teilnahme an dieser Vereinbarung. Der onkologisch verantwortliche Arzt, welcher im Rahmen einer Teilzeit an dieser Vereinbarung teilnimmt, muss die geforderten Patientenzahlen gemäß § 4 Nr. 2 b oder § 4 Nr. 3 b in vollständigem Umfang erbringen

Eine Auflistung der selbständig durchgeführten Chemotherapiezyklen erfolgt nach folgendem Muster und ist dem Antrag beizufügen:

Lfd. Nr.	Initialen und Geb.-Datum	Organgebiet bzw. Diagnose	Therapie	Zeitraum
Beispiel: 1	S. B., 18.03.64	Ovarialnpl.-Rez.	6x Hycamtin	11.02. – 27.06.20

Als Therapiezyklus gilt ein zusammenhängender Behandlungsabschnitt von mindestens dreiwöchiger Dauer. Die Dokumentation der Therapiezyklen muss die Beurteilung des Behandlungserfolges und Aussagen zu den Nebenwirkungen enthalten, sowie Angaben zu den supportiven Behandlungsverfahren einschließen.

Der Antrag ist ohne Unterschrift/Stempel gültig.