

E-Mail [genehmigung@kv-rlp.de](mailto:genehmigung@kv-rlp.de)  
Fax 06131 326-327  
Telefon 06131 326-326

[www.kv-rlp.de/766004](http://www.kv-rlp.de/766004)

## ANTRAG

### auf Anerkennung als onkologisch qualifizierter Arzt

Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten  
(Anlage 7 zu den Bundesmantelverträgen)

#### I. Angaben zum Leistungserbringer

.....  
ggf. Titel Vorname, Name geb. am

.....  
Gebiets- oder Facharztbezeichnung

.....  
Wohnungsanschrift (falls die vertragsärztliche Tätigkeit noch nicht aufgenommen wurde) Telefon

.....  
E-Mail-Adresse

.....  
Betriebsstätte (PLZ Ort, Straße, Hausnummer) Telefon

.....  
Nebenbetriebsstätte (PLZ Ort, Straße, Hausnummer) Telefon

.....  
weitere Nebenbetriebsstätte

Im Bereich der KV RLP 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 medikamentöse Tumorthherapie

Kostenpauschale 86516 Zuschlag für die intravasale medikamentöse Chemotherapie

Kostenpauschale 86518 Zuschlag für Palliativversorgung

Kostenpauschale 86520 Zuschlag für die orale medikamentöse Tumorthherapie

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

## III. Fachliche Anforderungen

**Die Anerkennung als onkologisch qualifizierter Arzt wurde bereits von einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung ausgesprochen.**

ja (bitte Bescheid beifügen)  nein

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

ja  nein

Ich beantrage die Anerkennung als onkologisch qualifizierter Arzt und

III.1  bin Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

**und**

betreue seit 12 Monaten durchschnittlich 120 Patienten/Quartal mit soliden Tumoren oder hämatologischen Neoplasien, darunter 70 Patienten, die mit medikamentöser Tumorthherapie behandelt werden, davon 15 mit intravasaler 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 Zusatzweiterbildung „Medikamentöse Tumorthherapie“

**und**

betreue seit 12 Monaten durchschnittlich 80 Patienten/Quartal mit soliden Tumoren, darunter 60 Patienten, die mit medikamentöser Tumorthherapie behandelt werden, davon 10 mit intravasaler 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.3  habe eine Facharzt- bzw. Gebietsbezeichnung, die die Inhalte der Zusatzweiterbildung „Medikamentöse Tumorthherapie“ erfüllt

**und**

betreue seit 12 Monaten durchschnittlich 80 Patienten/Quartal mit soliden Tumoren, darunter 60 Patienten, die mit medikamentöser Tumorthherapie behandelt werden, davon 10 mit intravasaler 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.

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

#### **IV. Organisatorische Maßnahmen**

**Bitte je Betriebs-/Nebenbetriebsstätte ausfüllen, ggf. vervielfältigen!**

Leistungserbringer (Name, Vorname): .....

Ort der Leistungserbringung/Betriebs- oder Nebenbetriebsstätte:

.....

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 intravasale medikamentöse Tumorthapien 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 Rekonstitution eines Fertigarzneimittels zur parenteralen Tumorthapie, d. h. die Überführung in die anwendungsfähige Form unmittelbar vor Anwendung beim Patienten, in der Praxis des Arztes stattfindet, sind folgende Voraussetzungen erfüllt:
- Qualitätsgesicherte, therapiegerechte Zubereitung der parenteralen Tumorthapie durch entsprechendes Fachpersonal (PTA)
  - Entsorgung von Arzneimittelabfällen nach den Richtlinien der jeweils zuständigen Behörde
  - Gewährleistung und Dokumentation von Sicherungsmechanismen zum Ausschluss von Verwechslungen von Zubereitungen der parenteralen Tumorthapie 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.

<p><b>V. Personelle Anforderungen (nichtärztlich)</b> Bitte je Betriebs-/Nebenbetriebsstätte ausfüllen, ggf. vervielfältigen!</p>
---

Betriebs- oder Nebenbetriebsstätte:

.....  
(PLZ Ort, Straße)

ja /  nein Ich beschäftige qualifiziertes Personal:

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

\_\_\_\_\_  
Name

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

\_\_\_\_\_  
Name

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

\_\_\_\_\_  
Name

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

## VI. Onkologische Kooperationsgemeinschaft

Bitte je Betriebs-/Nebenbetriebsstätte ausfüllen, ggf. vervielfältigen!

Betriebs- oder Nebenbetriebsstätte:

.....  
(PLZ Ort, Straße)

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

Schwerpunkt –Hämatologie und Onkologie:

\_\_\_\_\_  
 niedergelassener Arzt

\_\_\_\_\_  
 Krankenhausarzt

Pathologie

\_\_\_\_\_  
 niedergelassener Arzt

\_\_\_\_\_  
 Krankenhausarzt

Radiologie

niedergelassener Arzt

Krankenhausarzt

Strahlentherapie

niedergelassener Arzt

Krankenhausarzt

Palliativmedizin

niedergelassener Arzt

Krankenhausarzt

ja /  nein

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

Fachrichtung

niedergelassener Arzt

Krankenhausarzt

Fachrichtung

niedergelassener Arzt

Krankenhausarzt

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 zuständige(r) Arzt(es), 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 erhalten 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 Krankenkasse 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 den Kassenärztlichen Vereinigungen anerkannt ist, wird gewährleistet.

**Die Nachweise müssen jahresbezogen bis zum 31. März des Folgejahres bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung 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 Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz stellt anhand Ihrer Abrechnungsstatistik fest, ob die geforderte Anzahl der betreuten und behandelten Patienten belegt ist. Soweit der Nachweis nicht geführt wurde, teilt Ihnen die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz dies schnellstmöglich mit.

## **VIII. Dokumentation**

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

## **IX. Überprüfung der Dokumentation**

- ja /  nein 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 Durchführung der qualifizierten ambulanten Versorgung krebserkrankter Patienten im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung kann erst ab dem Zeitpunkt abgerechnet werden, wenn hierfür die Genehmigung auf Anerkennung als onkologisch qualifizierter Arzt durch die KV RLP erteilt wurde. Eine rückwirkende Genehmigung ist nicht möglich.

Für Ärzte, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben, wird eine Genehmigung auf Anerkennung als onkologisch qualifizierter Arzt nur im Rahmen des vom Zulassungsausschuss erteilten Ermächtigungsumfanges wirksam.

Die Kostenpauschalen können nur von einem Vertragsarzt abgerechnet werden. Dies gilt auch, wenn mehrere Vertragsärzte in die Behandlung eingebunden sind (z. B. bei Vertretung, im Notfall oder bei Mit- bzw. Weiterbehandlung) (Onkologie-Vereinbarung Anhang 2 Abs. 4).

## **XI. Einverständniserklärung**

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis, dass die zuständige Qualitätssicherungskommission der KV RLP die Erfüllung der Anforderungen gemäß vorgenannter Vereinbarung in meiner Praxis überprüfen kann.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel des ausführenden Arztes

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel des Vertragsarztes bzw. der abrechnenden Stelle (anstellender Vertragsarzt, MVZ, Institut)