

Antrag auf Anerkennung als onkologisch qualifizierter Arzt

Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebserkrankter Patienten
„Onkologievereinbarung“ [Anlage 7 zu den Bundesmantelverträgen] zwischen dem GKV-
Spitzenverband und der KBV

1. Antragsteller

Name:

Vorname:

Adresse:

Gebietsbezeichnung:

Teilgebiet/Schwerpunkt:

Zeitpunkt der Niederlassung:

2. Erklärung zum Vorliegen der fachlichen Voraussetzungen (gem. § 3 Onkologievereinbarung)

Zusatzweiterbildung: „Medikamentöse Tumorthherapie“ ja nein

(Diese Zusatzweiterbildung ist integraler Bestandteil des Faches Strahlentherapie sowie der
Schwerpunkte Hämatologie und Internistische Onkologie, Gastroenterologie, Pneumologie, Kinder-
Hämatologie und -Onkologie und Gynäkologische Onkologie)

Ich erkläre, in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung pro Quartal durchschnittlich mindestens

- **als Internist mit dem Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie**

120 Patienten mit soliden Tumoren oder malignen Hämoblastosen,

darunter 70 Patienten mit medikamentöser Tumorthherapie,

davon 30 mit intravasaler, intrakavitärer und/oder intraläsionaler Therapie

behandelt zu haben.

ja nein

- **als Facharzt**

80 Patienten mit soliden malignen Tumoren,

darunter 60 Patienten mit antineoplastischer Therapie,

davon 20 mit intravasaler, intrakavitärer und/oder intraläsionaler Therapie

behandelt zu haben.

ja nein

**Ärzte und Ärztinnen, die neu oder kürzer als 2 Jahre niedergelassen/ermächtigt sind,
brauchen noch keine Mindestmengen zu bescheinigen!**

3. Organisatorische Maßnahmen (gem. § 5 Onkologievereinbarung)

Ich versichere, dass die nachstehenden Voraussetzungen in meiner Praxis/Ambulanz sichergestellt sind.

- ständige Zusammenarbeit innerhalb der Kooperationsgemeinschaft
 ja nein
- 24-stündige Rufbereitschaft
 ja nein
- kostenloses, industrieunabhängiges Info-Material für Patienten
 ja nein
- Mitgliedschaft in einem interdisziplinären Onkologischem Arbeitskreis/TUZ
(Mitgliedsbescheinigung ist beigelegt)
 ja nein
- kontinuierliche und lückenlose Dokumentation meiner Patienten in ONkeyLINE
 ja nein
- Beschäftigung onkologisch besonders qualifizierten Assistenzpersonals
(Bescheinigung/Zeugnis ist beigelegt)
 ja nein
- spezielle Infusionsplätze inklusive Monitoring
 ja nein
- Pläne für onkologische Notfallsituationen
 ja nein
- Umgang mit den Zytostatika gemäß den gesetzlichen Richtlinien
 ja nein

Mir ist bekannt, dass die KVN jedes Jahr in einigen Praxen stichprobenweise das Vorliegen der Voraussetzungen überprüft.

4. Onkologische Kooperationsgemeinschaft (gem. § 6 Onkologievereinbarung)

- Es wurde eine onkologische Kooperationsgemeinschaft gemäß den Vorgaben der Onkologievereinbarung gebildet. Eine Kopie dieser Vereinbarung ist beigelegt.
 ja nein
- Die Kooperationsgemeinschaft arbeitet gemäß wissenschaftlich gesicherten Therapiestandards zusammen, führt regelmäßig Fallbesprechungen durch und protokolliert ihre Arbeitsergebnisse. Mir ist bekannt, dass die Onkologie-Kommission diese Protokolle zur Einsicht anfordern kann.
 ja nein

5. Regelmäßige Nachweise zur Aufrechterhaltung der Teilnahme (gem. § 7 Onkologievereinbarung)

- Ich verpflichte mich zu regelmäßiger onkologischer Fortbildung, d.h. zum jährlichen Erwerb von 50 Fortbildungspunkten zu onkologischen Themenstellungen. Mir ist bekannt, dass die entsprechenden Nachweise der Onkologiekommission bei Anforderung vorzulegen sind.

ja nein

- Mein onkologisch qualifiziertes Assistenzpersonal nimmt jährlich an mindestens einer onkologischen Fortbildungsveranstaltung teil. Mir ist bekannt, dass die entsprechenden Nachweise der Onkologiekommission bei Anforderung vorzulegen sind.

ja nein

- Ich verpflichte mich, jährlich an zwei industrieunabhängigen Pharmakotherapieberatungen teilzunehmen. Mir ist bekannt, dass die entsprechenden Nachweise der Onkologiekommission bei Anforderung vorzulegen sind.

ja nein

- Mir ist bekannt, dass jährlich Angaben zu den von mir behandelten Tumorpatienten und zur Anzahl durchgeführter medikamentöser Tumortherapien bei der Onkologiekommission vorzulegen sind. Ich stimme zu, dass diese Angaben aus meiner Honorarabrechnung und Dokumentationen in ONkeyLINE automatisch ermittelt werden.

ja nein

Ich versichere an Eides statt durch meine eigene Unterschrift, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen.

Datum

Unterschrift/Arztstempel

Bitte auch die Erläuterungen zu Anträgen auf Anerkennung als onkologisch qualifizierter Arzt beachten!!

Anlage
zum Antrag auf Anerkennung als onkologisch verantwortlicher Arzt über die
qualifizierte ambulante Versorgung krebserkrankter Patienten - „Onkologie-
Vereinbarung“

Vereinbarung der Mitglieder der onkologischen Kooperationsgemeinschaft

Zur umfassenden Planung und Therapie von tumorkranken Patienten bilden die unterzeichnenden Ärzte/Ärztinnen eine onkologische Kooperationsgemeinschaft und arbeiten gemäß den Vorgaben des § 6 Onkologievereinbarung zusammen.

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift und Arztstempel **Antragsteller**

.....
Name und Ort (**Pathologe**)

.....
Unterschrift und Arztstempel

.....
Name und Ort (**Radiologe**)

.....
Unterschrift und Arztstempel

.....
Name und Ort (**Strahlentherapeut**)

.....
Unterschrift und Arztstempel

.....
Name und Ort (.....)

.....
Unterschrift und Arztstempel

.....
Name und Ort (.....)

.....
Unterschrift und Arztstempel