Vereinbarung
über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte)

Der GKV-Spitzenverband (Spitzenverband Bund der Krankenkassen),
K. d. ö. R., Berlin,

und

die Kassenärztliche Bundesvereinigung, K. d. ö. R., Berlin,

schließen als Bestandteil des Bundesmantelvertrags-Ärzte zum 1. Juli 2009[1] nachfolgende Vereinbarung:

[1] zuletzt geändert am 28.04.2026, in Kraft getreten am 01.07.2026

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis 2
§ 1 Grundsätze 3
§ 2 Teilnahme 4
§ 3 Voraussetzungen zur Teilnahme 4
§ 4 Ärztliche Behandlung 6
§ 5 Organisatorische Maßnahmen 7
§ 6 Onkologische Kooperationsgemeinschaft 9
§ 7 Voraussetzungen zur Aufrechterhaltung der Teilnahme 10
§ 8 Dokumentation 11
§ 9 Abrechnung und Finanzierung 11
§ 10 Qualitätssicherung 11
§ 11 Inkrafttreten und Kündigung 12
Anhang 1 zur Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum BMV) 13
Muster für den Inhalt der Dokumentation nach § 8 der Onkologie-Vereinbarung 13
Anhang 2 Abrechnung und Vergütung 14
Teil A Kostenpauschalen 14
Teil B Ermittlung regionaler Gebührenwerte für die Kostenpauschalen der Onkologie-Vereinbarung 18
Teil C Finanzierung der qualifizierten ambulanten Versorgung krebskranker Patienten 20
Anhang 3 zur Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten 21
Voraussetzungen zur Zulassung von Ärzten zur Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung gemäß § 3 Abs. 7 21

§ 1
Grundsätze

(1) Ziel der Vereinbarung ist die Förderung einer qualifizierten ambulanten Behandlung krebskranker Patienten in der vertragsärztlichen Versorgung. Dadurch wird in der vertragsärztlichen onkologischen Versorgung eine Alternative zur stationären Behandlung sichergestellt. Die in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung durchgeführte Nachsorge bei behandelten Patienten, die krebskrank waren, oder die eine adjuvante Therapie mit endokrin wirksamen Medikamenten (ATC Klasse L02 - Endokrine Therapie) und/oder Medikamenten zur Behandlung von Knochenerkrankungen (ATC-Klasse M05) erhalten, wenn keine weiteren tumorspezifischen Medikamente verabreicht werden, wird durch diese Vereinbarung nicht geregelt. Diese Vereinbarung gilt nicht für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser, die gemäß § 116b Abs. 2 SGB V in der bis zum 31.12.2011 geltenden Fassung zur Leistungserbringung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung berechtigt sind. Diese Vereinbarung gilt zudem nicht für die Behandlung von Patienten im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemäß § 116b SGB V.

(2) Tumorerkrankungen im Sinne dieser Vereinbarung sind:

a. alle malignen soliden Tumore (ICD-10-GM: C00 bis C80.-, C97!)

b. intrakranielle bzw. ZNS-Neubildungen (sowohl gutartige als auch mit unsicherem oder unbekannten Verhalten; ICD-10-GM: D32.-, D33.-, D42.- und D43.-)

c. bestimmte Tumore bei Kindern und Jugendlichen (ICD-10-GM: nur familiäre adenomatöse Polyposis (FAP) und erbliches nicht-polypöses kolorektales Karzinom (HNPCC) D12.6, D30.0, M72.40 bis 72.48)

d. Neubildung des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung (ICD-10-GM: C81.- bis C96.-, D45, D46.0, D46.1, D46.2, D46.4, D46.5, D46.6, D46.7, D46.9, D47.0, D47.1, D47.2, D47.3, D47.4, D47.5, D47.7; nur Formen der Anämie mit kritischer, behandlungsbedürftiger (Pan-) Zytopenie und schwerwiegender Störung der Hämatopoese (D59.5, D61.-); nur Idiopathische thrombozytopenische Purpura und sonstige Thrombozytopenien bei chronischem Verlauf mit kritisch erniedrigten Thrombozytenwerten (D69.3, D69.4-); nur Störungen der Granulozytopoese nur bei chronischem Verlauf und dem Risiko einer vital bedrohlichen Symptomatik (D70.-, D71, D72.-))

e. die Hämophagozytäre Lymphohistiozytose (ICD-10-GM: D76.1).

Tumore, die nach Operation vollständig reseziert sind und keiner weiteren tumorspezifischen Therapie und Behandlung nach § 4 bedürfen, sind von der Vereinbarung ausgeschlossen.

(3) Im Rahmen einer möglichst umfassenden Behandlung krebskranker Patienten wird eine wohnortnahe ambulante vertragsärztliche Behandlung durch dazu besonders qualifizierte Ärzte angestrebt, denen die Durchführung und Koordination der onkologischen Behandlung gesamtverantwortlich zukommt. Dies umfasst auch eine enge und dauerhafte Kooperation mit anderen an der Behandlung direkt oder indirekt beteiligten Vertragsärzten, einen ständigen Erfahrungsaustausch mit Tumorzentren sowie einer kontinuierlichen onkologischen Fortbildung. Damit soll gesichert werden, dass krebskranke Patienten nach wissenschaftlich anerkannten, dem jeweiligen Stand der

medizinischen Erkenntnis entsprechenden Diagnose- und Therapieplänen sowie den geltenden Leitlinien ambulant versorgt werden können.

(4) Onkologisch qualifizierter Arzt im Sinne dieser Vereinbarung ist der Vertragsarzt, der die ambulante Behandlung nicht nur ganz oder teilweise selbst durchführt, sondern zusätzlich die Gesamtbehandlung entsprechend einem einheitlichen Therapieplan – unabhängig von notwendigen Überweisungen – leitet und mit den durch Überweisung zugezogenen Ärzten koordiniert.

(5) Durch die besonderen Anforderungen an die ambulante Behandlung krebskranker Patienten ergeben sich für den onkologisch qualifizierten Arzt erhöhte zeitliche, finanzielle und insbesondere personelle Belastungen. Wegen der sich daraus ergebenden Besonderheiten werden in dieser Rahmenvereinbarung Regelungen für den teilnehmenden Arzt getroffen. Voraussetzung für die Teilnahme an dieser Vereinbarung ist der Nachweis der geforderten Qualifikation sowie die Erfüllung der in dieser Vereinbarung festgelegten weiteren Erfordernisse gegenüber seiner zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung.

§ 2
Teilnahme

(1) Die Teilnahme an diesem Vertrag ist bei der Kassenärztlichen Vereinigung schriftlich zu beantragen und ist erst mit Erteilung einer Genehmigung durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung möglich. Dem Antrag sind die Nachweise über die Erfüllung der Qualifikationsvoraussetzung gemäß § 3 beizufügen.

(2) Die Krankenkassen erhalten von der für den Arzt zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung eine Mitteilung, dass die Genehmigung erteilt wurde und die jeweils eingereichten Nachweise gemäß § 3 Abs. 1 vorliegen.

(3) Die Teilnahme an dieser Vereinbarung endet

1. mit der Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit,
2. zu dem Zeitpunkt, zu dem der Vertragsarzt seine Tätigkeit als onkologisch qualifizierter Arzt einstellt,
3. mit der Feststellung der Kassenärztlichen Vereinigung, dass der onkologisch qualifizierte Arzt die Anforderungen nach den §§ 3 - 8 und 10 dieser Vereinbarung nicht oder nicht mehr erfüllt oder
4. mit der Feststellung der Onkologie-Kommission, dass der onkologisch qualifizierte Arzt die Abrechnungsbestimmungen gemäß Teil A des Anhangs 2 dieser Vereinbarung nicht erfüllt.

(4) Die Teilnahmevoraussetzungen nach § 3 Abs. 4 sind der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung jährlich nachzuweisen.

§ 3
Voraussetzungen zur Teilnahme

(1) Die fachliche Befähigung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen nach dieser Vereinbarung gilt als nachgewiesen, wenn die in den Absätzen 2 bis 8 genannten Voraussetzungen erfüllt und durch Zeugnisse und Bescheinigungen nachgewiesen werden. Die Facharztbezeichnungen richten sich nach der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und schließen auch

diejenigen Ärztinnen und Ärzte mit ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.

(2) Der onkologisch qualifizierte Arzt hat seine fachliche Qualifikation durch eine abgeschlossene Weiterbildung mit dem Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie (Weiterbildung Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie) oder eine Zusatzweiterbildung „Medikamentöse Tumortherapie“ oder eine Facharzt- bzw. Gebietsbezeichnung, die diese Inhalte erfüllt, nachzuweisen.

(3) Der Vertragsarzt hat seine Teilnahme an der Kooperationsgemeinschaft gemäß § 6 dieser Vereinbarung nachzuweisen.

(4) Je nach Fachgruppe ist die Betreuung nachfolgender Patientenzahlen nachzuweisen:

- Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie:
  Betreuung von durchschnittlich 120 Patienten / Quartal und Arzt (in den letzten 12 Monaten vor Antragsstellung) mit soliden Tumoren oder hämatologischen Neoplasien, darunter 70 Patienten, die mit medikamentöser Tumortherapie behandelt werden, davon 15 mit intravasaler und/oder intrakavitärer und/oder intraläsionaler Behandlung
- Andere Fachgruppen
  Betreuung von durchschnittlich 80 Patienten / Quartal und Arzt (in den letzten 12 Monaten vor Antragsstellung) mit soliden Tumoren, darunter 60 Patienten, die mit medikamentöser Tumortherapie behandelt werden, davon 10 mit intravasaler und/oder intrakavitärer und/oder intraläsionaler Behandlung

(5) Bei Durchführung von Hämotherapie sind die Voraussetzungen gemäß den Richtlinien des Transfusionsgesetzes zu erfüllen.

(6) Ab dem 1. Juli 2011 können nur Ärzte zur Teilnahme an dieser Vereinbarung neu zugelassen werden, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören. Neu- und Jungpraxen bzw. neu und kürzer als zwei Jahre zugelassene Ärzte sind bei gegebener Qualifikation nach Abs. 1 auch dann zur Teilnahme an dieser Vereinbarung zuzulassen, wenn die entsprechenden Patientenzahlen nach Abs. 4 vor dem Beginn der Teilnahme an dieser Vereinbarung sowie innerhalb der darauffolgenden 24 Monate noch unterschritten werden.

(7) Aus Gründen der Sicherstellung einer flächendeckenden qualifizierten ambulanten Behandlung krebskranker Patienten nach dieser Vereinbarung können die Patientenzahlen nach Abs. 4 durch die Partner der Gesamtverträge mit gemeinsamen und einheitlichen Beschluss modifiziert werden. Soweit dies nicht zur Sicherstellung ausreicht, können an bisherigen Onkologie-Vereinbarungen teilnehmende Ärzte, deren Facharztweiterbildung die Inhalte der Zusatzweiterbildung „Medikamentöse Tumortherapie“ nicht vollständig umfasst oder die die Patientenzahlen nach Abs. 4 noch nicht erfüllen – soweit sie die Voraussetzungen nach Anhang 3 erfüllen – durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zur Teilnahme an dieser Vereinbarung zugelassen werden. Bis zum 31. Dezember 2014 gilt dies auch für Ärzte, die sich neu niederlassen. Die Teilnahme der Ärzte nach den Sätzen 2 und 3 ab dem 1. Januar 2015 setzt die Erfüllung der Anforderungen nach den Absätzen 4 und 6 voraus. Die in den Sätzen 3 und 4 genannten Fristen werden ausgesetzt, solange die Partner dieser Vereinbarung einvernehmlich feststellen, dass die mit dieser Vereinbarung angestrebten Qualitätsziele weiterhin erreicht werden. Die neue Fristsetzung hat mit einem Vorlauf von mindestens 6 Monaten zu erfolgen. Für Ärzte, die ab dem 1. Januar 2011 nach Abs. 6 zur Teilnahme zugelassen werden und deren

Facharztweiterbildung die Inhalte der Zusatzweiterbildung „Medikamentöse Tumortherapie“ nicht vollständig umfasst, sind durch die Partner der Gesamtverträge Abschläge von der Vergütung nach § 9 und Anhang 2 A und B vorzunehmen.

(8) Bestehen trotz der vorgelegten Zeugnisse, Bescheinigungen und Dokumentationen Zweifel an der fachlichen Befähigung, hat sich die Onkologie-Kommission in einem fachonkologischen Kolloquium gemäß den Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für Verfahren zur Qualitätssicherung nach § 135 Abs. 3 SGB V von der Fachkunde des Antragstellers zu überzeugen.

(9) Die Partner dieser Vereinbarung werden die Voraussetzungen zur Teilnahme an dieser Vereinbarung im Hinblick auf die Sicherstellung einer flächendeckenden qualifizierten ambulanten Behandlung krebskranker Patienten nach dieser Vereinbarung jährlich überprüfen und ggf. anpassen. Hierbei wird insbesondere geprüft, inwieweit durch eine Anhebung der Patientenzahlen nach Abs. 4 eine weitere Verbesserung der Versorgungsqualität ermöglicht werden kann.

§ 4
Ärztliche Behandlung

Die ärztliche Behandlung umfasst:

(1) Indikationsstellung, Durchführung und/oder Koordination der Tumorbehandlung als Operation, Strahlentherapie und/oder medikamentöse Tumortherapie nach Maßgabe der in dieser Vereinbarung genannten Grundsätze.

(2) Durchführung und/oder Koordination der weiteren Behandlung, insbesondere:

- Ausarbeitung eines Gesamttherapieplanes sowie Verlaufsbeobachtung zur Kontrolle der Therapie und deren Folgen
- Kontrolle und Dosisanpassung bzw. Therapieumstellung bei medikamentösen Therapien
- Diagnostik und Therapie von Begleit- und Folgekrankheiten, Komplikationen sowie therapiebedingter Nebenwirkungen
- Supportive Therapie (z. B. Schmerztherapie, Transfusionen)
- Punktionen: Knochenmark, Liquor, Pleuraergüsse und Ascites
- Gabe oraler, subkutaner, intrakavitärer (intravesikal, intrapleural, intraabdominal, intrathekal), intravasaler (intravenös/intraarteriell) oder intraläsionaler medikamentöser Tumortherapie.
- Die ärztliche Behandlung gemäß der Kostenpauschale 86512 umfasst auch die Überwachungsstrategie „Active Surveillance[2]

(3) Durchführung und/oder Koordination von Maßnahmen der medizinischen und sozialen Betreuung sowie Rehabilitationsmaßnahmen, insbesondere:

- Psychosoziale Betreuung des Patienten und seiner Familie
- Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen
- Hinzuziehung externer Dienste

[2] Die Überwachungsstrategie „Active Surveillance“ ist nur beim Prostatakarzinom berechnungsfähig und erfolgt gemäß AWMF S3-Leitlinie Prostatakarzinom.

- Häusliche Krankenpflege
- Palliativversorgung, nicht nach § 37b SGB V.

Die medikamentöse Tumortherapie im Sinne der Kostenpauschalen 86514, 86516 und 86520 umfasst neben unspezifisch zytostatisch wirksamen Medikamenten auch endokrine Therapien im Stadium mit Fernmetastasen und/oder Behandlungen mit neuen Medikamenten (einschließlich Androgenrezeptor-Signalweg-Inhibitoren (ARPI) und selektive CYP17A1-Inhibitoren), die z. B. gezielt bestimmte Stoffwechselschritte blockieren, die für das Tumorzellwachstum wichtig sind oder Mechanismen auslösen, die Tumorzellen immunologisch angreifbar machen. Die medikamentöse Tumortherapie im Sinne der Kostenpauschalen 86514, 86516 und 86520 umfasst nicht adjuvante Therapien mit hormonell bzw. antihormonell wirksamen Medikamenten (ATC-Klasse L02-Endokrine Therapie) und/oder Medikamenten zur Behandlung von Knochenerkrankungen (ATC-Klasse M05), wenn keine weiteren tumorspezifischen Medikamente verabreicht werden. Die medikamentöse Tumortherapie im Sinne der Kostenpauschale 86522 umfasst ausschließlich Therapien mit antineoplastischen Medikamenten der ATC-Klasse L01-Antineoplastische Mittel, ausgenommen Medikamente der ATC-Klassen L01CH-Homöopathische und anthroposophische Mittel und L01CP-Pflanzliche Mittel.

§ 5
Organisatorische Maßnahmen

(1) Der onkologisch qualifizierte Arzt hat folgende organisatorische Maßnahmen sicherzustellen:

- Ständige Zusammenarbeit mit dem Hausarzt, ambulantem 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 (soweit regional vorhanden), welches die Anforderungen der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V erfüllt. Der Nachweis der Erfüllung der Anforderungen nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V durch das Hospiz obliegt nicht dem an dieser Vereinbarung teilnehmenden Arzt.
- Sicherstellung einer 24-stündigen Rufbereitschaft für die von ihm betreuten Patienten für telefonische Beratungen mit dem Ziel der Vermeidung stationärer Notaufnahmen. Die Rufbereitschaft ist auf Facharztniveau durch Kooperation mit anderen onkologischen Schwerpunktpraxen/Fachabteilungen der Krankenhäuser sicherzustellen.
- Einrichtung einer ausreichenden Anzahl spezieller Behandlungsplätze mit angemessener technischer Ausstattung (inklusive programmierbarer Medikamentenpumpen) für intravasale medikamentöse Tumortherapien und Bluttransfusionen, die auch für bettlägerige Patienten erreichbar sind und bei Bedarf auch an Wochenenden und Feiertagen zur Verfügung stehen, und eine angemessene technische Ausstattung für subkutane medikamentöse Tumortherapien. Für stark immundefiziente Patienten oder Patienten mit ansteckenden Erkrankungen sind separate Untersuchungs- und Behandlungsräume vorzuhalten.
- Beschäftigung qualifizierten Pflegepersonals. Die ständige Betreuung der Patienten bei Behandlungen in der Praxis durch ausgebildete Gesundheits- und Krankenpfleger/innen mit staatlich anerkannter Zusatzqualifikation zur

Pflege onkologischer Patienten besitzen, ist zu gewährleisten. Sofern die Regelungen einzelner Bundesländer diese Qualifikation nicht vorsehen, ist eine mindestens dreijährige Erfahrung in der Pflege onkologischer Patienten in einer onkologischen Fachabteilung nachzuweisen. In begründeten Fällen können als Assistenz medizinische Fachangestellte hinzugezogen werden. Diese bedürfen einer onkologischen Qualifikation von 120 Stunden, die auch unmittelbar nach der Einstellung aufgenommen und berufsbegleitend erworben werden kann.

- Soweit die Rekonstitution eines Fertigarzneimittels zur parenteralen Tumortherapie, d. h. die Überführung in die anwendungsfähige Form unmittelbar vor Anwendung beim Patienten, in der Praxis des Arztes stattfindet, gelten folgende Voraussetzungen:
  - Qualitätsgesicherte, therapiegerechte Zubereitung der parenteralen Tumortherapie durch entsprechendes Fachpersonal (PTA)
  - Eine Entsorgung von Arzneimittelabfällen nach den Richtlinien der jeweils zuständigen Behörde
  - Gewährleistung und Dokumentation von Sicherungsmechanismen zum Ausschluss von Verwechselungen von Zubereitungen der parenteralen Tumortherapie und Blutprodukten
- Pläne (SOP) für typische Notfälle bei Behandlung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen einschließlich 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.
- Kostenloses industrieunabhängiges Informationsmaterial für Patienten über deren Tumorerkrankung und Behandlungsalternativen, z. B. „Blaue Reihe“ der Deutschen Krebshilfe.
- 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.
- Mitgliedschaft in einem interdisziplinären onkologischen Arbeitskreis oder Tumorzentrum.
- Zusammenarbeit mit onkologischen Nachsorgeleitstellen gemäß den Vorgaben der zuständigen KV.

(2) Der onkologisch qualifizierte Arzt erklärt sich mit der Teilnahme an dieser Vereinbarung damit einverstanden, dass die gemäß § 300 SGB V durch die Krankenkassen geprüften (anonymisierten) versichertenbezogenen Daten arztbezogen an die Onkologie-Kommission gemäß § 10 dieser Vereinbarung zur gezielten Pharmakotherapieberatung weitergeleitet werden.

§ 6
Onkologische Kooperationsgemeinschaft

(1) Es ist eine onkologische interdisziplinäre Kooperationsgemeinschaft zu bilden, in der folgende Kompetenzen vertreten sind:

1. Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie
2. Pathologie
3. Radiologie
4. Strahlentherapie
5. Weitere Fachdisziplinen in Abhängigkeit von den in der Praxis betreuten Tumorerkrankungen
6. Palliativmedizin (Ärzte mit Zusatzweiterbildung „Palliativmedizin“)

(2) Der Hausarzt wird regelmäßig über die fachonkologische Behandlung im notwendigen Umfang in schriftlicher Form informiert, einschließlich Empfehlungen für möglicherweise auftretende Notfälle und eines detaillierten Nachsorgeplans nach Abschluss der tumorspezifischen Therapie.

(3) In die Kooperationsgemeinschaft können auch Fachärzte der genannten Disziplinen benachbarter zugelassener Krankenhäuser einbezogen werden, wenn durch vertragliche Vereinbarung sichergestellt ist, dass sie im notwendigen Umfang für die konsiliarische Betreuung der Patienten der Praxis und für Tumorkonferenzen zur Verfügung stehen.

(4) Die Mitglieder der onkologischen Kooperationsgemeinschaft sind der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung namentlich zu benennen.

(5) Der onkologisch qualifizierte Arzt hat sicherzustellen, dass durch die onkologische Kooperationsgemeinschaft folgende Aufgaben erfüllt werden:

1. Einführung und Anpassung wissenschaftlich gesicherter Diagnose- und Therapiepläne
2. 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. Die Durchführung kann auch im Rahmen von Videofallkonferenzen erfolgen. Es gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä.
3. Onkologische Konsile
4. Gegenseitige Information bei gemeinsamer Betreuung von Patienten
5. Bei interdisziplinären Behandlungen Festlegung des für die Koordination der Behandlung zuständigen Arztes, 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.

6. Die Beratung, Früherkennung oder tumorspezifische Behandlung von Patienten mit einer hereditären Krebserkrankung sollten in enger Kooperation mit einem entsprechenden Zentrum durchgeführt werden.

(6) Über die Arbeitsergebnisse der onkologischen Kooperationsgemeinschaften sind Protokolle zu erstellen und der Onkologie-Kommission auf Nachfrage pseudonymisiert zur Verfügung zu stellen. Die Protokolle müssen folgende Daten enthalten:

- Teilnehmer
- Themen
- Zeit
- Ort
- Ergebnisse der Fallberatungen

(7) Es ist durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass alle an der Kooperationsgemeinschaft beteiligten Ärzte kurzfristig auf die notwendigen Patientendaten Zugriff haben. Angestrebt wird der gemeinsame EDV-technische Zugriff auf alle für die Patientenbehandlung notwendigen Daten durch die Mitglieder der Kooperationsgemeinschaft. Dabei soll neben der digitalen Patientenakte auch der Zugriff auf die Therapieprotokolle- und Leitlinien sowie auf die bildgebende Diagnostik möglich sein. Die Umsetzung des Zieles wird bis zum 1. Januar 2028 angestrebt.

§ 7
Voraussetzungen zur Aufrechterhaltung der Teilnahme

Der onkologisch qualifizierte Arzt hat, neben den Anforderungen gemäß § 3 und § 5, folgende zusätzliche Pflichten zu erfüllen:

1. Kontinuierliche Fortbildung durch regelmäßige Teilnahme an zertifizierten Fortbildungsveranstaltungen und Kongressen onkologischer Fachgesellschaften. Der Nachweis der kontinuierlichen Fortbildung erfolgt in Punkten. Alle am Vertrag teilnehmenden Ärzte haben jährlich 50 Fortbildungspunkte nachzuweisen. Die Fortbildungen müssen von den Ärztekammern anerkannt sein und sich im Schwerpunkt auf onkologische Fortbildungsinhalte beziehen.
2. Teilnahme an mindestens 2 industrieneutralen durch die Ärztekammer zertifizierten Pharmakotherapieberatungen pro Jahr. Hierbei sind die Beratungen gemäß § 5 Abs. 2 zu berücksichtigen.
3. Kontinuierliche interne und externe Fortbildung des Praxispersonals. Das Personal muss an jährlich mindestens einer onkologischen Fortbildungsveranstaltung teilnehmen, die von den Ärztekammern oder den Kassenärztlichen Vereinigungen anerkannt ist.
4. Die Nachweise gemäß Nrn. 1. bis 3. müssen jahresbezogen bis zum 31.03. des Folgejahres bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung eingereicht werden.
5. Die Nachweise der jährlich betreuten Patienten nach § 3 Abs. 4 müssen jährlich bis zum 31.03. des Folgejahres bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung eingereicht werden.

6. Die für den Arzt zuständige Kassenärztliche Vereinigung teilt den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen jährlich mit, welche Ärzte den Nachweis über die Erfüllung der Voraussetzungen gemäß § 7 erbracht haben und welche Ärzte aufgrund der Regelungen nach § 3 Abs. 7 an der Vereinbarung teilnehmen.

§ 8
Dokumentation

Der onkologisch qualifizierte Arzt erstellt eine patientenbezogene Dokumentation nach den Vorgaben des Anhangs 1, die eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung der Behandlung ermöglicht. Dies gilt insbesondere für histologische Befunde, Operationsberichte, Bestrahlungspläne und Protokolle sowie die Dokumentation der medikamentösen Tumortherapie und deren Toxizität.

Bei Teilnahme von Patienten in klinischen Studien ist die Meldung unerwarteter Ereignisse an die Studienleitung und die zeitnahe Dokumentation der Behandlung gegenüber der Studienleitung zu gewährleisten. Die Krankenkasse ist über die Onkologie-Kommission über die Teilnahme des Patienten an einer Studie zu unterrichten.

§ 9
Abrechnung und Finanzierung

Zur Erstattung des besonderen Aufwandes, welcher durch die onkologische Betreuung der Patienten nach Maßgabe dieser Vereinbarung anfällt, werden dem onkologisch qualifizierten Arzt zusätzliche Kosten entsprechend der in Anhang 2, Teil A dieser Vereinbarung dargestellten Kostenpauschalen erstattet. Die Bewertung der Kostenpauschalen in Anhang 2, Teil A erfolgt regional nach dem in Anhang 2 Teil B beschriebenen Verfahren.

§ 10
Qualitätssicherung

(1) Für die Durchführung dieser Vereinbarung und zur Prüfung der genannten Anforderungen hat die Onkologie-Kommission der Kassenärztlichen Vereinigung folgende Aufgaben:

- Prüfung der Genehmigungsvoraussetzungen nach § 3 sowie die Voraussetzungen für die Aufrechterhaltung der Genehmigung nach § 7.
- Überprüfung des Vorliegens der in den §§ 5 und 6 genannten Voraussetzungen. Eine Genehmigung nach § 2 wird nur erteilt, wenn der Vertragsarzt in seinem Antrag sein Einverständnis zur Durchführung einer solchen Überprüfung erklärt.
- Stichprobenweise Überprüfung (8% der teilnehmenden Ärzte, jeweils 20 Fälle pro Jahr) der einheitlichen Dokumentation gemäß § 8 hinsichtlich der Vollständigkeit und der Orientierung der Behandlung an den aktuellen, einschlägig interdisziplinär abgestimmten Leitlinien, die medizinisch-wissenschaftlich anerkannt sind.
- Prüfung der von den Krankenkassen übermittelten Daten nach § 300 SGB V zur Einleitung einer gezielten Pharmakotherapieberatung.

(2) An den Kommissionssitzungen sowie der Pharmakotherapieberatung können bis zu zwei von den Krankenkassen benannte Vertreter und/oder beauftragte Ärzte des MDK, die jeweils über eine entsprechende Erfahrung verfügen, teilnehmen.

(3) Die Patienten sind entsprechend den Regelungen des jeweiligen Landeskrebsregistergesetzes zu registrieren.

(4) Der Einschluss einer möglichst großen Zahl von Patienten in klinische Studien im Rahmen dieser Vereinbarung ist ausdrücklich erwünscht. Dabei soll es sich um von klinischen Wissenschaftlern initiierte, multizentrisch durchgeführte klinische Studien handeln, die versorgungsrelevante Fragen beantworten und die von einer Studiengruppe in einer medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaft (AWMF) verantwortet werden. Die Studienteilnahme eines Patienten unter diesen Voraussetzungen ist kein Ausschlusskriterium für die Versorgung gemäß dieser Vereinbarung.

§ 11
Inkrafttreten und Kündigung

(1) Diese Vereinbarung tritt am 1. Oktober 2009 in Kraft. Die Partner der Gesamtverträge können gemeinsam und einheitlich vereinbaren, dass diese Vereinbarung bereits mit Wirkung zum 01.07.2009 in Kraft tritt.

(2) Die bundesmantelvertragliche Regelung tritt an die Stelle ggf. bestehender Vereinbarungen auf Landesebene, ohne dass es einer vorherigen Kündigung bedarf.

(3) Abweichend von Abs. 1 und 2 gelten vor dem 1. Juli 2009 auf Landesebene vereinbarte Verträge zur qualifizierten ambulanten Versorgung krebskranker Patienten weiter, wenn sich die Partner der Gesamtverträge gemeinsam und einheitlich dafür aussprechen.

(4) Die Vereinbarung kann von den Vertragspartnern schriftlich per Einschreiben mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalenderhalbjahres gekündigt werden. Im Falle einer Kündigung gelten die bestehenden Regelungen bis zum Inkrafttreten einer neuen Vereinbarung fort.

(5) Sofern gesetzliche Änderungen, Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bzgl. § 116b SGB V oder Änderungen des EBM die Inhalte dieser Vereinbarung betreffend, in Kraft treten, verpflichten sich die Vertragspartner auf Wunsch eines Vertragspartners zeitnahe Verhandlungen zur Anpassung dieser Vereinbarung aufzunehmen, aus gleichem Grunde kann die Vereinbarung abweichend von den Vorgaben in Abs. 1 und 4 mit einer Frist von 6 Wochen zum Quartalsende gekündigt werden.

Anhang 1

zur Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum BMV)

Muster für den Inhalt der Dokumentation nach § 8 der Onkologie-Vereinbarung

---

Der onkologisch qualifizierte Arzt führt eine vollständige Verlaufsdokumentation zum Tumorstatus mit Histologie, Strahlen- und medikamentöser Tumortherapie einschließlich der Dosen durch.

Diese Daten sind allen weiter- oder mitbehandelnden Ärzten unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Bestimmungen im notwendigen Umfang zur Verfügung zu stellen.

1. Dokumentationen (Berichte)
   - nach Abschluss der onkologischen Untersuchung und Beratung
   - nach Abschluss der Tumortherapie
   - einmal pro Behandlungsfall (Quartal)
2. Inhalt und Gliederung der Dokumentation

2.1 Tumordiagnose mit Stadium gemäß ICD-10-GM (TNM-Stadium mit R- und G-Kode nach UICC bzw. spezielle Klassifizierung z. B. Ann-Arbor bei Lymphomen etc.)

2.2 Primärtherapie
   - Operation, Strahlentherapie mit Feldern und Dosis
   - Art der medikamentösen Tumortherapie gemäß § 4 unter Angabe des Medikamentennamens, ggf. Gesamtdosis
   - Überwachungsstrategie „Active Surveillance[3]

2.3 Verlauf, Erfolgsbeurteilung (Remissionen), Komplikationen

2.4 Folgetherapie

2.5 Histologie (Pathologie-Nr., Herkunft, Datum, ggf. Rezeptorstatus z.B. HER)

2.6 Nebendiagnosen

2.7 Anamnese (spezielle onkologische Familien- und Eigenanamnese)

2.8 Untersuchungsbefunde mit allgemein klinischem wie speziellem onkologischen Status (incl. Labordiagnostik, bildgebende Verfahren)

2.9 Epikritische Begutachtung unter Berücksichtigung der aktuell erhobenen Befunde

2.10 Therapievorschlag

2.11 Nachsorgevorschlag

2.12 Angaben hinsichtlich Studienteilnahme

3. Nachfolgebericht (Zwischenbericht) mit Zwischenanamnese, aktuellem Status, epikritischer Begutachtung einschließlich Therapie- und Nachsorgevorschlag
4. Abschlussbericht (nach dem Tode des Patienten mit Zeitpunkt, Ursache und relevanten Hinweisen)

---

[3] Die Überwachungsstrategie „Active Surveillance“ ist nur beim Prostatakarzinom berechnungsfähig und erfolgt gemäß AWMF S3-Leitlinie Prostatakarzinom.

Die Partner dieser Vereinbarung streben bis zum 01.01.2028 die Einführung einer standardisierten maschinenlesbaren EDV-Dokumentation für die patientenbezogene Dokumentation gemäß § 8 an.

Anhang 2
Abrechnung und Vergütung

zur Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum BMV)

Teil A
Kostenpauschalen

(1) Die Kostenpauschalen 86510, 86512, 86514, 86516, 86518, 86520 und 86522 umfassen, unter Beachtung der Nebeneinanderberechnungsausschlüsse, keine im EBM abgebildeten Leistungen.

(2) Die Diagnose der Tumorerkrankung ist unter Angabe des endständigen Kodes gemäß ICD-10-GM zu dokumentieren.

86510 **Behandlung florider Hämoblastosen entsprechend § 1 Abs. 2 d und e gemäß Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten „Onkologie-Vereinbarung“**

einmal je Behandlungsfall

Die Kostenpauschale 86510 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345, 26315 und 86512 berechnungsfähig.

86512 **Behandlung solider Tumore entsprechend § 1 Abs. 2 a-c unter tumorspezifischer Therapie oder Active Surveillance[4] gemäß Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten „Onkologie-Vereinbarung“**

einmal je Behandlungsfall

Die Kostenpauschale 86512 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345, 26315 und 86510 berechnungsfähig.

Die Kostenpauschale 86512 ist nur unter Angabe der Therapieform berechnungsfähig.

86514 **Zuschlag zu den Kostenpauschalen 86510 und 86512 für die intrakavitär applizierte medikamentöse Tumortherapie gemäß Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten „Onkologie-Vereinbarung“**

einmal je Behandlungsfall

Die Kostenpauschale 86514 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345 und 26315 berechnungsfähig.

[4] Die Überwachungsstrategie „Active Surveillance“ ist nur beim Prostatakarzinom berechnungsfähig und erfolgt gemäß AWMF S3-Leitlinie Prostatakarzinom.

Die Kostenpauschale 86514 ist nur unter Angabe des/der verwendeten Medikaments/Medikamente berechnungsfähig.

86516 Zuschlag zu den Kostenpauschalen 86510 und 86512 für die intravasal applizierte medikamentöse Tumortherapie gemäß Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten „Onkologie-Vereinbarung“

einmal je Behandlungsfall

Die Kostenpauschale 86516 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345 und 26315 berechnungsfähig. Die Kostenpauschale 86516 ist nur bei Verabreichung von mindestens einem intravasal applizierten Tumortherapeutikum der ATC-Klasse L berechnungsfähig.[5]

Die Kostenpauschale 86516 ist nur unter Angabe des/der verwendeten Medikaments/Medikamente berechnungsfähig.

86518 Zuschlag zu den Kostenpauschalen 86510 und 86512 für die Palliativversorgung gemäß Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten „Onkologie-Vereinbarung“

einmal je Behandlungsfall

Die Kostenpauschale 86518 ist bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumortherapie oder Strahlentherapie bzw. nach erfolgter Operation eines Patienten ohne Heilungschance abrechnungsfähig.

Obligater Leistungsinhalt:

- Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Behandlung
- Umfassende Behandlung zur Symptomkontrolle und -behandlung und psychosozialen Stabilisierung unter Einbeziehung der Angehörigen

Die Kostenpauschale 86518 ist im Behandlungsfall nicht neben den Kostenpauschalen 86516, 86520 und 86522 berechnungsfähig.

86520 Zuschlag zu den Kostenpauschalen 86510 und 86512 für die orale medikamentöse Tumortherapie gemäß Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten „Onkologie-Vereinbarung“

einmal je Behandlungsfall

Die Kostenpauschale 86520 umfasst endokrine Therapien im Stadium mit Fernmetastasen und/oder Behandlungen mit neuen Medikamenten (einschließlich Androgenrezeptor-Signalweg-

[5] Dies gilt auch für die intravasale Applikation eines Tumortherapeutikums im Rahmen eines bei der zuständigen Bundesoberbehörde (BfArM oder PEI) angezeigten Arzneimittel-Härtefallprogramms ("Compassionate Use"), sofern diese der Anzeige nicht widersprochen hat. Sollte ein intravasal appliziertes Tumortherapeutikum noch keinen gültigen ATC-Code tragen, muss eine zukünftige Klassifizierung unter ATC-Klasse L mindestens anzunehmen sein.

Inhibitoren (ARPI) und selektive CYP17A1-Inhibitoren), schließt die Gespräche im Zusammenhang mit einer peroralen medikamentösen Tumortherapie ein und ist bei einer ausschließlich hormonell bzw. antihormonell wirkenden adjuvanten Therapie (ATC-Klasse L02-Endokrine Therapie) nicht berechnungsfähig.

Die Kostenpauschale 86520 ist im Behandlungsfall nicht neben den Kostenpauschalen 86514, 86516, 86518 und 86522 und den Gebührenordnungspositionen 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345 und 26315 berechnungsfähig.

Die Kostenpauschale 86520 ist nur unter Angabe des/der verwendeten Medikaments/Medikamente berechnungsfähig.

86522 Zuschlag zu den Kostenpauschalen 86510 und 86512 für die subkutan applizierte medikamentöse Tumortherapie gemäß Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten „Onkologie-Vereinbarung“

einmal je Behandlungsfall

Die Kostenpauschale 86522 ist im Behandlungsfall nicht neben den Kostenpauschalen 86516, 86518 und 86520 und den Gebührenordnungspositionen 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345 und 26315 berechnungsfähig. Die Kostenpauschale 86522 ist nur bei Verabreichung von mindestens einem subkutan applizierten Tumortherapeutikum der ATC-Klasse L01-Antineoplastische Mittel berechnungsfähig, ausgenommen sind Medikamente der ATC-Klassen L01CH-Homöopathische und anthroposophische Mittel und L01CP-Pflanzliche Mittel[6].

Die Kostenpauschale 86522 ist nur unter Angabe des/der verwendeten Medikaments/Medikamente berechnungsfähig.

(3) Die Abrechnung der Kostenpauschalen 86510 bis 86522 setzt die Erfüllung aller Anforderungen nach den §§ 3 bis 8 dieser Vereinbarung voraus.

(4) 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). Abweichend von Satz 1 können die Kostenpauschalen 86510, 86512, 86514, 86516, 86520 und 86522 bei Vorliegen voneinander unabhängiger Tumorerkrankungen gemäß § 1 Abs. 2 mehrfach abgerechnet werden, sofern die onkologisch qualifizierten Ärzte gemäß § 1 Abs. 4 nicht der gleichen Fachgruppe angehören.

(5) Im Zusammenhang mit den Kostenpauschalen 86510 und 86512 ist für die Fallbesprechung gemäß § 6 Absatz 5 Nr. 2 der Onkologie-Vereinbarung, sofern diese als Videofallkonferenz durchgeführt wird, der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 01450 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes berechnungsfähig. Es gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-

[6] Dies gilt auch für die subkutane Applikation eines Tumortherapeutikums im Rahmen eines bei der zuständigen Bundesoberbehörde (BfArM oder PEI) angezeigten Arzneimittel-Härtefallprogramms ("Compassionate Use"), sofern diese der Anzeige nicht widersprochen hat. Sollte ein subkutan appliziertes Tumortherapeutikum noch keinen gültigen ATC-Code tragen, muss eine zukünftige Klassifizierung unter ATC-Klasse L mindestens anzunehmen sein.

Ä. Die Gebührenordnungsposition 01450 ist nur von dem Vertragsarzt berechnungsfähig, der die Videofallkonferenz initiiert. Dabei gilt ein Höchstwert von 40 Punkten je Vertragsarzt und je Videofallkonferenz.

(6) Sofern die Kostenpauschalen gemäß Anhang 2 der Onkologie-Vereinbarung im Rahmen der Leistungserbringung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V nach den Nrn. 9 bis 12 der Bestimmungen zum Bereich VII des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes berechnet werden, sind die Kostenpauschalen der Onkologie-Vereinbarung bei demselben Patienten in demselben Kalendervierteljahr bei Behandlung nach Maßgabe dieser Vereinbarung nicht berechnungsfähig.

Abweichend von Satz 1 sind die Kostenpauschalen gemäß Anhang 2 der Onkologie-Vereinbarung, die im Rahmen der Leistungserbringung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V nach den Nrn. 9 bis 12 der Bestimmungen zum Bereich VII des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes berechnet werden, und die Kostenpauschalen der Onkologie-Vereinbarung nach Maßgabe dieser Vereinbarung bei demselben Patienten in demselben Kalendervierteljahr berechnungsfähig, sofern der Patient entweder

a) nach Maßgabe dieser Vereinbarung behandelt wurde und in demselben Kalendervierteljahr die Weiterbehandlung aufgrund derselben onkologischen Erkrankung im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V durch ein Kernteam erfolgt, dem weder der nach Maßgabe dieser Vereinbarung behandelnde Arzt angehört noch ein anderer Arzt aus derselben Berufsausübungsgemeinschaft bzw. aus demselben Medizinischen Versorgungszentrum des nach Maßgabe dieser Vereinbarung behandelnden Arztes

oder

b) im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V behandelt wurde und in demselben Kalendervierteljahr die Weiterbehandlung aufgrund derselben onkologischen Erkrankung nach Maßgabe dieser Vereinbarung durch einen Arzt erfolgt, der nicht dem Kernteam im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V angehört bzw. der nicht derselben Berufsausübungsgemeinschaft bzw. demselben Medizinischen Versorgungszentrum zuzuordnen ist, wie ein dem Kernteam im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V zugehöriger Arzt.

(7) Die Rahmenempfehlungen nach § 106a sowie die Richtlinien nach § 106d SGB V in der jeweils gültigen Fassung finden Anwendung. Ergänzend dazu ist eine Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106a SGB V durchzuführen, falls die Kostenpauschale 86518 im Durchschnitt der in der Praxis palliativmedizinisch behandelten Patienten in einer Häufigkeit mehr als 2,5-mal je Patient abgerechnet wurde.

Teil B
Ermittlung regionaler Gebührenwerte für die Kostenpauschalen der Onkologie-Vereinbarung

Die regionalen Gebührenwerte sind kassen(arten)übergreifend gemeinsam und einheitlich nach folgender Vorschrift zu ermitteln:

:

1. Datengrundlage

Die Ermittlung wird KV-spezifisch mit Abrechnungsdaten des Jahres 2008 durchgeführt. Dabei werden Daten der bundeseinheitlichen Kostenpauschalen 86500 bis 86505 und ggf. KV-spezifischen Kostenpauschalen, die im Rahmen von Onkologie-Vereinbarungen gelten, verwendet.

2. Ermittlung des Gebührenwertes der Kostenpauschale 86510

Der Gebührenwert wird als Quotient aus Leistungsbedarf in Euro und der Leistungshäufigkeit berechnet.

Dabei wird der Leistungsbedarf in Euro ermittelt als Summe des Leistungsbedarfs der Kostenpauschale 86502 und des mit dem Faktor a multiplizierten Leistungsbedarfs der Kostenpauschale 86500. Die Leistungshäufigkeit wird als Summe der Leistungshäufigkeiten der Kostenpauschale 86502 und der mit dem Faktor a multiplizierten Leistungshäufigkeit der Kostenpauschale 86500 ermittelt. Der Faktor a wird je Kassenärztlicher Vereinigung ermittelt als Quotient der Leistungshäufigkeit der Kostenpauschale 86502 und der Summe der Leistungshäufigkeiten der Kostenpauschalen 86502 sowie 86503. Ggf. KV-spezifisch vereinbarte ähnliche Kostenpauschalen sind analog umzusetzen.

3. Ermittlung des Gebührenwertes der Kostenpauschale 86512

Der Gebührenwert wird als Quotient aus Leistungsbedarf in Euro und der Leistungshäufigkeit berechnet.

Dabei wird der Leistungsbedarf in Euro ermittelt als Summe des Leistungsbedarfs der Kostenpauschalen 86503 und des mit dem Faktor b multiplizierten Leistungsbedarfs der Kostenpauschale 86500.

Die Leistungshäufigkeit wird als Summe der Leistungshäufigkeiten der Kostenpauschale 86503 und der mit dem Faktor b multiplizierten Leistungshäufigkeit der Kostenpauschale 86500 ermittelt. Der Faktor b wird je Kassenärztlicher Vereinigung ermittelt als Quotient der Leistungshäufigkeit der Kostenpauschale 86503 und der Summe der Leistungshäufigkeiten der Kostenpauschalen 86502 sowie 86503. Ggf. KV-spezifisch vereinbarte ähnliche Kostenpauschalen sind analog umzusetzen.

4. Ermittlung des Gebührenwertes der Kostenpauschale 86514

Der Gebührenwert wird als Quotient aus Leistungsbedarf in Euro und der Leistungshäufigkeit der Kostenpauschale 86504 berechnet.

Ggf. KV-spezifisch vereinbarte ähnliche Kostenpauschalen sind analog umzusetzen.

5. Ermittlung des Gebührenwertes der Kostenpauschale 86516

Der Gebührenwert wird als Quotient aus Leistungsbedarf in Euro und der Leistungshäufigkeit berechnet.

Dabei wird der Leistungsbedarf in Euro ermittelt als Summe des Leistungsbedarfs der Kostenpauschalen 86501 und 86505.

Die Leistungshäufigkeit wird als Summe der Leistungshäufigkeiten der Kostenpauschalen 86501 und 86505 ermittelt. Ggf. KV-spezifisch vereinbarte ähnliche Kostenpauschalen sind analog umzusetzen.

6. Ermittlung des Gebührenwertes der Kostenpauschale 86518

Für die Kostenpauschale 86518 ist der für die Kostenpauschale 86516 ermittelte Gebührenwert in Ansatz zu bringen.

7. Ermittlung des Gebührenwertes der Kostenpauschale 86520

Der Gebührenwert der Kostenpauschale 86520 beträgt 50% des für die Kostenpauschale 86516 ermittelten Gebührenwerts.

8. Ermittlung des Gebührenwertes der Kostenpauschale 86522

Der Gebührenwert der Kostenpauschale 86522 beträgt 70% des für die Kostenpauschale 86516 ermittelten Gebührenwerts.

9. KV-Spezifische Sonderregelungen

Sind vor Inkrafttreten dieser Vereinbarung im Rahmen von Vereinbarungen zur qualifizierten onkologischen Versorgung krebskranker Patienten auf KV-Ebene Regelungen über gesonderte Vergütungen zur Gabe von Bluttransfusionen getroffen worden, können diese weiterhin KV-spezifisch vereinbart werden.

10. Korrekturverfahren

Die Partner der Onkologie-Vereinbarung stimmen darin überein, dass das jeweilige KV-spezifische Vergütungsvolumen je Behandlungsfall für die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten gemäß den Kostenpauschalen dieser Vereinbarung dem bisher festgestellten entsprechenden Vergütungsvolumen je Behandlungsfall gleichen soll. Zur Sicherung der fallbezogenen Kostenneutralität wird folgendes Korrekturverfahren, welches KV-spezifisch und kassen(arten)übergreifend gemeinsam und einheitlich anzuwenden ist, vereinbart: Soweit der sich nach Inkrafttreten dieser Vereinbarung ergebende Fallwert des 4. Quartals 2009 den für das 4. Quartal 2008 ermittelten Fallwert über- bzw. unterschreitet, wird die festgestellte prozentuale Über- bzw. Unterschreitung durch eine entsprechende Anpassung der Kostenpauschalen zum nächstmöglichen Zeitpunkt (01. Juli 2010) ausgeglichen. Sollte beim Vergleich der Fallwerte des gesamten Jahres 2010 mit denen des gesamten Jahres 2008 eine Über- bzw. Unterschreitung festgestellt werden, so ist eine weitere Anpassung zum nächstmöglichen Zeitpunkt (01. Juli 2011) vorzunehmen. Auf Überschreitungen des Fallwerts ist ein Rückgang der Fallzahl entsprechend anzurechnen.

Protokollnotizen zum Anhang 2 Abrechnung und Vergütung zur Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten „Onkologie-Vereinbarung“:

Der Leistungsbedarf in Euro bisheriger regionaler Gebührenordnungspositionen für die Kostenerstattung von Bisphosphonaten ist der Gebührenordnungsposition 86512 zuzuordnen. Die Kostenpauschale 86516 kann für die alleinige Therapie mit Bisphosphonaten nicht berechnet werden.

Die Kostenpauschalen 86510, 86512, 86514, 86516, 86518, 86520 und 86522 sind keine Leistungen der fachärztlichen Grundversorgung gemäß der Allgemeinen Bestimmung 4.3.8 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes.

Teil C
Finanzierung der qualifizierten ambulanten Versorgung krebskranker Patienten

1. Die Finanzierung der Kostenpauschalen 86510, 86512, 86514, 86516, 86518, 86520 und 86522 und ggf. weiterer KV-spezifischer Gebührenordnungspositionen erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen.

2. Bei den Gebührenordnungspositionen 86510, 86512, 86514, 86516, 86518, 86520 und 86522 handelt es sich um Kostenerstattungen, die dem Regelleistungsvolumen nicht unterliegen.

3. Die Partner der Gesamtverträge werden aufgefordert zu prüfen, ob und in welcher Höhe der Leistungsbedarf aus der qualifizierten ambulanten Versorgung krebskranker Patienten bei der Ermittlung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für das Jahr 2009 berücksichtigt wurde. Für diesen Fall ist die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung um den entsprechenden Leistungsbedarf zu bereinigen.

4. Die Rechnungslegung der in Teil A definierten Kostenpauschalen erfolgt im Formblatt 3, Konto 400, Ebene 6.

Anhang 3

zur Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum BMV)

Voraussetzungen zur Zulassung von Ärzten zur Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung gemäß § 3 Abs. 7

(1) Der onkologisch qualifizierte Arzt gemäß § 3 Abs. 7 der Onkologie-Vereinbarung hat seine besondere fachliche Befähigung nach dieser Vereinbarung durch eine mindestens zweijährige praktische Tätigkeit im Rahmen der Weiterbildung oder berufsbegleitend in der Diagnostik und Therapie maligner Erkrankungen nachzuweisen, die sich insbesondere auf die Anwendung medikamentöser Tumortherapie erstrecken muss. Die fachliche Befähigung muss der Kassenärztlichen Vereinigung durch Vorlage von Zeugnissen und Bescheinigungen nachgewiesen werden, aus denen zu entnehmen ist, dass Kenntnisse und praktische Erfahrungen auf folgenden Gebieten erworben wurden:

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

(2) Zur Durchführung der intravasalen (intravenös/intraarteriell) medikamentösen Tumortherapie im Rahmen der Onkologie-Vereinbarung ist der Nachweis einer besonderen fachlichen Befähigung zusätzlich zur Erfüllung der Voraussetzungen nach Abs. 1 zu führen. Der Nachweis gilt als erbracht zur Behandlung von malignen hämatologischen Systemerkrankungen und aller solider Tumoren:

1. für Internisten durch die Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung "Hämatologie und Onkologie",
2. für Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung durch die Vorlage der anonymisierten Dokumentation von 200 Therapiezyklen bei Patienten mit maligner hämatologischer Systemerkrankung, sowie von 500 Therapiezyklen bei Patienten mit soliden Tumoren, der in Nr. 3 genannten Organgebiete, zur Behandlung von soliden Tumoren in den genannten Organgebieten:
3. für Fachärzte mit onkologischem Tätigkeitsfeld durch die Berechtigung zum Führen der Fachgebiets- bzw. Schwerpunktbezeichnung und durch die Vorlage der anonymisierten Dokumentation von 200 Therapiezyklen pro Organgebiet. Als Organgebiet gelten:
   - Gastrointestinaltrakt
   - Urogenitaltrakt

- Respirationstrakt
- Mamma
- Skelett, Haut, endokrine Organe

Werden die Voraussetzungen für eines der genannten Organgebiete erfüllt, ist für jedes weitere Organgebiet die anonymisierte Dokumentation von 100 Therapiezyklen vorzulegen.

Aus den in Nr. 2 und 3 geforderten Dokumentationen muss hervorgehen, dass sich die Therapiezyklen auf die Anwendung der intravasalen medikamentösen Tumortherapie beziehen. Darüber hinaus ist durch entsprechende Bescheinigungen nachzuweisen, dass diese Therapien an Abteilungen oder Stationen mit jährlich mindestens 400 Therapiezyklen selbständig durchgeführt wurden. Die Dokumentation der Therapiezyklen muss die Beurteilung des Behandlungserfolges und Aussagen zu den Nebenwirkungen enthalten sowie Angaben zu den supportiven Behandlungsverfahren einschließen. Als Therapiezyklus gilt ein zusammenhängender Behandlungsabschnitt von mindestens dreiwöchiger Dauer.

(3) Bestehen trotz der vorgelegten Zeugnisse, Bescheinigungen und Dokumentationen Zweifel an der fachlichen Befähigung, hat sich die Onkologie-Kommission in einem fachonkologischen Kolloquium gemäß den Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für Verfahren zur Qualitätssicherung nach § 135 Abs. 3 SGB V von der Fachkunde des Antragstellers zu überzeugen.

Protokollnotizen zur Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten „Onkologie-Vereinbarung“

Die Partner dieser Vereinbarung haben sich darauf verständigt, jährlich die Entwicklung der an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmenden Ärzte - regional und nach Fachgruppen differenziert - zu analysieren.