

**Vereinbarung
über die qualifizierte ambulante Versorgung
krebskranker Patienten**

Rechtsbereinigte und ergänzte Fassung der Onkologie-Vereinbarung
vom 15. Mai 2008 unter Berücksichtigung
aller Vertragsänderungen

„Onkologie-Vereinbarung“

gemäß § 73a SGB V

zwischen

**der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen
(KV Sachsen)**

und

der AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen.

- handelt als Landesverband -

vertreten durch den Vorstand,
dieser vertreten durch den Vorsitzenden des Vorstandes
Herrn Rainer Striebel

**dem BKK Landesverband Mitte
Regionalvertretung Thüringen und Sachsen**

Eintrachtweg 19
30173 Hannover

der IKK classic

- handelt als Landesverband -

der Knappschaft, Regionaldirektion Chemnitz

**der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als
Landwirtschaftliche Krankenkasse**

den Ersatzkassen

Techniker Krankenkasse (TK)

BARMER

DAK-Gesundheit

Kaufmännische Krankenkasse – KKH

Handelskrankenkasse (hkk)

HEK – Hanseatische Krankenkasse

**als gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),
vertreten durch die Leiterin der vdek-Landesvertretung Sachsen**

(LVSK)

Begriffsbestimmungen

Aplasiaeinduziert	Minderung der Abwehrzellen durch eine Chemotherapie, daraus resultierende erhöhte Infektionsgefahr; bspw. bei Fieber erfolgt eine umgehende Untersuchung und Diagnostik und ggf. Antibiotikatherapie
antineoplastisch	wirksam gegen bösartige Tumore
Bisphosphonattherapie	Behandlung metabolischer Knochenerkrankungen mittels osteotroper Medikamente
Chemotherapie	Verwendung toxisch wirkender Substanzen, um gezielt entartete Zellen auszuschalten
endokrin	auf das Hormonsystem bezogen
Hämoblastose	bösartige Erkrankung des blutbildenden Systems
floride	die Krankheit befindet sich in einem Stadium, in dem Symptome deutlich ausgeprägt sind
intrakavitär	in einer Körperhöhle liegend
intramuskulär	in einem Muskel
intravasal	innerhalb eines Blut- oder Lymphgefäßes
maligne	bösartig
parenteral	die Gabe von Nährstoffen oder Substanzen nicht über den Darm, z.B. durch direkte Infusion oder Injektion in den Blutkreislauf
Pharmakodynamik	biochemische und physiologische Wirkungen eines Arzneimittels
Radiatio	Bestrahlung
rezidiv	Wiederauftreten einer Krankheit nach ihrer zeitweiligen Abheilung
subkutan	unter der Haut
Systemerkrankung	Krankheit, die ein gesamtes Organsystem befallen hat und nicht auf eine einzige Körperregion beschränkt bleibt
Tumorkachexie	Gewichtsverlust im Rahmen fortgeschrittener Tumorerkrankungen
VE	Versorgungsebene (Eins oder Zwei)
Zytokine	vom menschlichen Körper produzierte Eiweiße, die der Steuerung der Immunreaktion dienen
zytostatisch	das Wachstum von Zellen hemmend

§ 1 Grundsätze

1. Ziel der Vereinbarung ist die Förderung einer qualifizierten ambulanten Behandlung krebskranker Patienten vorrangig in der vertragsärztlichen Versorgung. Dadurch wird für geeignete Fälle in der onkologischen Versorgung eine Alternative zur stationären Behandlung angeboten.

Die in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung durchgeführte Nachsorge bei behandelten Patienten, die krebskrank waren, wird durch diese Vereinbarung nicht geregelt.

2. Im Rahmen einer möglichst umfassenden Behandlung und Rehabilitation krebskranker Patienten soll eine wohnortnahe ambulante vertragsärztliche Behandlung durch niedergelassene Ärzte erreicht werden.

Dabei soll die Durchführung und Koordination der onkologischen Behandlung von dafür besonders qualifizierten Vertragsärzten in einem umfassenden Versorgungskonzept gesamtverantwortlich wahrgenommen werden.

Dazu gehört eine enge und dauerhafte Kooperation mit anderen an der Behandlung direkt oder indirekt beteiligten Vertragsärzten sowie eine kontinuierliche onkologische Weiterbildung. Damit soll gesichert werden, dass krebskranke Patienten nach wissenschaftlich anerkannten, dem jeweiligen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechenden Diagnose- und Therapieplänen, ambulant versorgt werden können.

3. Die diagnostische und therapeutische Versorgung von Krebskranken im Sinne dieser Vereinbarung kann nur von solchen Vertragsärzten übernommen werden, die nicht nur die ambulante Behandlung ganz oder teilweise selbst durchführen, sondern die Gesamtbehandlung entsprechend einer einheitlichen Therapie unabhängig von notwendigen Überweisungen leiten und mit den durch die Überweisung hinzugezogenen Vertragsärzten koordinieren.

Ein in dieser Weise an der Vereinbarung teilnehmender Arzt wird im Folgenden als „onkologisch verantwortlicher Arzt“ bezeichnet.

4. Die Arzneimitteltherapie hat sich an dem Wirtschaftlichkeitsgebot des SGB V zu orientieren und die Therapiefreiheit ist zu gewährleisten.
5. Durch die besonderen Anforderungen an die ambulante Behandlung krebskranker Patienten nach dieser Vereinbarung bestehen für den onkologisch verantwortlichen Arzt erhöhte zeitliche, fachliche, strukturelle und personelle Anforderungen, insbesondere auch in dem Bereich der Sicherung und Steigerung der Qualität bei der Behandlung krebskranker Patienten, die sich im EBM nicht widerspiegeln.

Diesem Umstand wird dadurch Rechnung getragen, dass für onkologisch verantwortliche Ärzte im Rahmen der Behandlung krebskranker Patienten eine zusätzliche Vergütung gemäß Anlage 1 dieser Vereinbarung gezahlt wird.

Die weiteren vertragsärztlichen Leistungen außerhalb dieser Vereinbarung bei der Versorgung krebskranker Patienten werden auf der Grundlage des EBM vergütet.

6. Die Vertragspartner richten zur Begleitung dieser Vereinbarung einen Vertragsausschuss ein.

7. Der von der KV Sachsen gemäß den Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 75 Abs. 7 SGB V eingerichteten Onkologiekommision obliegt neben den Aufgaben gemäß §11 die Qualitätssicherung entsprechend dieser Vereinbarung.

§ 2

Versorgungsstruktur und Leistungen zur flächendeckenden onkologischen Versorgung

Die abgestufte, flächendeckende ambulante Versorgung von krebskranken Patienten erfolgt im Rahmen eines Versorgungskonzeptes auf zwei Versorgungsebenen mit folgenden Leistungen:

1. Versorgungsebene Eins

Die Versorgungsebene Eins umfasst

- a. die Durchführung und/oder Koordinierung der aktiven Langzeitbehandlung bzw. Rezidivbehandlung als antineoplastische, operative, strahlen- und lokale (intrakavitäre) chemotherapeutische Maßnahme und
- b. die Durchführung und/oder Koordinierung der passiven Langzeitbehandlung, insbesondere
 - die Verlaufsbeobachtung zur Kontrolle der Therapie und deren Folgen,
 - die Diagnostik und Therapie zusätzlicher Krankheiten,
 - die symptomatische Therapie (z. B. Schmerztherapie) und die
 - Kontrolle und Behandlung therapiebedingter Nebenwirkungen und Erkrankungen

sowie

- c. die Durchführung und/oder Koordinierung von Maßnahmen der medizinischen und Mitwirkung bei der sozialen und beruflichen Rehabilitation, insbesondere
 1. die sozialpsychiatrische Betreuung des Patienten und seiner Familie,
 2. die psychotherapeutische Versorgung,
 3. die Hinzuziehung externer Dienste und
 4. die häusliche Krankenpflege

und

- d. die intravasale Bisphosphonattherapie

durch Ärzte mit onkologischer Qualifikation.

2. Versorgungsebene Zwei

Die Versorgungsebene Zwei umfasst

- a. die Leistungen der Versorgungsebene Eins,
- b. die subkutane, intravasale und intramuskuläre zytostatische Tumorthherapie,
- c. die orale Chemotherapie,

- d. die Behandlung einer laboratoriumsmedizinisch, genetisch oder histologisch/zytologisch gesicherten onkologischen Systemerkrankung
- e. die Gabe von Bluttransfusionen,
- f. die Gabe von Thrombozytenkonzentraten,
- g. die Palliativversorgung nach Anlage 1, unter Ausschluss des § 37b SGB V

durch Ärzte mit besonderer onkologischer Qualifikation.

§ 3

Weitere Leistungsinhalte der Versorgungsebene Eins und Zwei Qualitätssicherung

Zu den Leistungsinhalten der Versorgungsebene Eins und Zwei, die durch den onkologisch verantwortlichen Arzt erbracht werden müssen, gehören weiter:

1. Die ständige Zusammenarbeit mit den an der Versorgung der/des Krebskranken beteiligten behandelnden Ärzten, insbesondere dem Hausarzt, den Tumorzentren, den Krankenhäusern und stationären Einrichtungen.
2. Die Sicherstellung der Dokumentation der Krebserkrankung und ihres Verlaufes, insbesondere der histologischen Befunde, der Operationsberichte, der Bestrahlungspläne und –protokolle sowie der systemischen medikamentösen Therapie und deren Toxizität. Dazu gehört u.a. die Einhaltung der Meldepflicht an das klinische Krebsregister, deren Vergütung durch diese Vereinbarung nicht geregelt wird.
3. Die Verbesserung der Qualität der Schnittstelle stationär – ambulant. Es sind im Rahmen von Tumorboards zusätzlich zu den onkologischen Fragestellungen tangierende Themen wie
 - Ernährungszustand,
 - Notwendigkeit und effiziente Nutzung und Verordnung von Hilfsmitteln,
 - Befundübermittlung und Entlassungsmedikation,
 - Palliation/Hospizarbeit

aufzugreifen. Bei der Notwendigkeit stationärer Behandlung sind den krebskranken Patienten entsprechend den Qualitätsberichten zertifizierte Krankenhäuser mit anerkannten Qualitätsparametern und Erbringung von Mindestmengen pro Tumorentität zu empfehlen.

4. Die Meldung an die klinischen Krebsregister soll elektronisch und online bzw. per KV-SafeNet*/Telematikinfrastruktur unter Nutzung einer IT-Vertragsschnittstelle direkt aus dem Praxisverwaltungssystem erfolgen. Sobald der Anbieter des eingesetzten Praxisverwaltungssystems eine elektronische Meldung unterstützt und die Anlage XX besetzt ist, ist deren Einsatz verpflichtend. Das Nähere regelt die Anlage XX. (Die Anlage XX hat den Titel "Prozessunterstützung Datenmeldung Krebsregister" und ist noch unbesetzt.)

* Hinweis: Das KV-SafeNet steht nicht mit der Firma SafeNet, Inc., USA, in firmenmäßiger oder vertraglicher Verbindung.

§ 4

Berechtigung und fachliche Voraussetzungen der Teilnahme

1. Berechtigt zur Teilnahme an dieser Vereinbarung sind:

- a. zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Ärzte,
- b. im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung in zugelassenen Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) tätige angestellte Ärzte,
- c. bei Vertragsärzten nach § 95 Abs. 9 und 9a SGB V angestellte Ärzte,
- d. angestellte Ärzte in Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V,
- e. im Ausnahmefall: nach § 31 Ärzte-ZV ermächtigte Ärzte.

Ein Ausnahmefall, der einen ermächtigten Arzt zur Teilnahme an dieser Vereinbarung berechtigt liegt dann vor, wenn anders eine flächendeckende Versorgung von Patienten nach dieser Vereinbarung, insbesondere in ländlichen Bereichen, nicht gewährleistet werden kann.

Zur Beurteilung sind die von der Rechtsprechung entwickelten Maßstäbe und Grundsätze zur Sonderbedarfszulassung eines Facharztes heranzuziehen.

Für Ballungsgebiete (z.B. Region Leipzig, Region Dresden, Raum Chemnitz-Zwickau) wird, durch den Antragsteller widerlegbar, vermutet, dass die flächendeckende Versorgung durch die im Ballungsgebiet niedergelassenen Teilnehmer gewährleistet ist.

1a. Die gemäß § 116b Abs. 2 SGB V zugelassenen Krankenhäuser sind nicht zur Teilnahme an dieser Vereinbarung berechtigt.

2. Teilnahmevoraussetzungen der Versorgungsebene Eins

- a. Der an der Versorgungsebene Eins teilnehmende, onkologisch verantwortliche Arzt hat seine onkologische Qualifikation bei Antragstellung wie folgt nachzuweisen:

- (1) Durch eine mindestens zweijährige praktische Tätigkeit im Rahmen der Weiterbildung oder berufsbegleitend in der Diagnostik und Therapie maligner Erkrankungen, die sich insbesondere auf die Anwendung zytostatischer Substanzen, Zytokine und Hormonpräparate erstrecken muss.

Diese Qualifikation muss der KV Sachsen durch Vorlage von Zeugnissen und Bescheinigungen nachgewiesen werden, die den Erwerb von Kenntnissen und praktischen Erfahrungen auf folgenden Gebieten dokumentieren:

- Diagnostik neoplastischer Erkrankungen einschließlich der Diagnostik von Begleit- und Folgeerkrankungen
- Pharmakologie, Toxikologie und Pharmakodynamik der medikamentösen Krebstherapie
- Therapie neoplastischer Erkrankungen einschließlich Langzeitbehandlung unter Anwendung wissenschaftlich anerkannter Therapieverfahren
- Therapie von Begleit- und Folgeerkrankungen.

(2) Durch die Berechtigung zum Führen einer Fachgebietsbezeichnung und durch die Vorlage der anonymisierten Dokumentation von 200 Chemotherapiezyklen aus einem der folgenden Organgebiete innerhalb der letzten drei Jahre vor Antragstellung:

- Gastro-Intestinaltrakt,
- Urogenitaltrakt,
- Respirationstrakt,
- weiblicher Genitaltrakt und Mamma,
- Skelett, Haut, endokrine Organe,
- Zentrales Nervensystem,
- HNO-Trakt.

Als Therapiezyklus gilt ein zusammenhängender Behandlungsabschnitt von mindestens dreiwöchiger Dauer.

b. Während der Teilnahme an der Versorgungsebene Eins hat der onkologisch verantwortliche Arzt die Betreuung von durchschnittlich 50 Patienten (GOP 96500 und/oder 96501) pro Quartal im Durchschnitt der letzten vier Quartale mit soliden Neoplasien des entsprechenden Fachgebietes, darunter 30 Patienten, die mit anti-neoplastischer Therapie behandelt werden, davon fünf mit subkutaner, intrakavitärer oder intramuskulärer Therapie und/oder intravasaler Bisphosphonattherapie (GOP 96502, 96507 und/oder 96508) nachzuweisen.

3. Teilnahmevoraussetzungen der Versorgungsebene Zwei

a. Der an der Versorgungsebene Zwei teilnehmende onkologisch verantwortliche Arzt hat seine besondere onkologische Qualifikation bei Antragstellung auf Basis eines der folgenden Kriterien nachzuweisen:

- (1) Fachärzte für Innere Medizin durch die Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung „Hämatologie und Internistische Onkologie“,
- (2) Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe durch die Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung „Gynäkologische Onkologie“
- (3) durch die Zusatzweiterbildung „Medikamentöse Tumortherapie“,
- (4) Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung und Ärzte für Allgemeinmedizin durch die Vorlage der anonymisierten Dokumentation von 200 Therapiezyklen bei Patienten mit maligner hämatologischer Systemerkrankung sowie 500 Chemotherapiezyklen bei Patienten mit soliden Tumoren der in unter nachfolgender Ziffer (5) genannten Organgebiete (innerhalb der letzten drei Jahre vor Antragstellung),
- (5) übrige Fachärzte durch die Berechtigung zum Führen einer Fachgebietsbezeichnung und durch die Vorlage der anonymisierten Dokumentation von 200 Chemotherapiezyklen innerhalb der letzten drei Jahre vor Antragstellung aus einem der folgenden Organgebiete:

- Gastro-Intestinaltrakt,

- Urogenitaltrakt,
- Respirationstrakt,
- weiblicher Genitaltrakt und Mamma,
- Skelett, Haut, endokrine Organe,
- Zentrales Nervensystem
- HNO-Trakt.

Aus den unter vorstehend Ziffern (4) und (5) geforderten Dokumentationen muss hervorgehen, dass sich die Therapiezyklen auf die Anwendung der subkutanen, intravasalen und intramuskulären zytostatischen Chemotherapie beziehen.

Darüber hinaus ist durch entsprechende Bescheinigung nachzuweisen, dass diese Therapien an Abteilungen oder Stationen mit jährlich mindestens 400 Chemotherapiezyklen 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 gemäß vorstehender Ziffern (4) und (5) gilt ein zusammenhängender Behandlungsabschnitt von mindestens dreiwöchiger Dauer.

- b. Während der Teilnahme an der Versorgungsebene Zwei hat der onkologisch verantwortliche Arzt je nach Fachgruppe die Betreuung nachfolgender Patientenzahlen nachzuweisen:

- (1) Fachärzte gemäß § 4 Nr. 3 a Ziffern (1) und(4):

Die Betreuung von durchschnittlich 120 Patienten/Quartal im Durchschnitt der letzten vier Quartale mit soliden oder hämatologischen Neoplasien (GOP 96500, 96501, 96502, 96503 und/oder 96505), darunter 75 Patienten, die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 25 Patienten mit subkutaner, intravasaler und intramuskulärer zytostatischer Chemotherapie (GOP 96503).

- (2) Fachärzte gemäß § 4 Nr. 3 a Ziffern (2),(3) und(5)

Die Betreuung von durchschnittlich 100 Patienten/Quartal im Durchschnitt der letzten vier Quartale mit soliden Neoplasien (GOP 96500, 96501, 96502, 96503 und/oder 96505) darunter 70 Patienten, die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 15 Patienten mit subkutaner, intravasaler und intramuskulärer zytostatischer (GOP 96503), oraler (GOP 96505) und/oder intrakavitärer zytostatischer Chemotherapie (GOP 96502).

4. 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.

§ 5

Weitere Voraussetzungen bei Antragstellung und während der Teilnahme

Neben den Voraussetzungen gemäß § 4 sind die folgenden, weiteren Voraussetzungen bei Antragsstellung und während der Teilnahme an dieser Vereinbarung durch den onkologisch verantwortlichen Arzt zu erfüllen:

1. Beschäftigung von qualifiziertem Personal in ausreichender Anzahl, welches i.d.R. staatlich geprüftes Pflegepersonal mit onkologischer Erfahrung oder onkologisch qualifizierte Medizinische Fachangestellte/Arzthelferinnen sind. Die Qualifikation gilt unabhängig von der Ausbildung als erbracht, wenn das Personal erfolgreich an einer onkologischen Qualifikation gemäß den Vorgaben der Bundesärztekammer zur Qualifizierung im Ausbildungsberuf „Arzthelferin“ teilgenommen hat, welches von mindestens einer Ärztekammer anerkannt wurde. Die Qualifikation kann auch berufsbegleitend erworben werden; muss aber zum Zeitpunkt der Antragstellung bereits aufgenommen worden sein.
2. Mitwirkung in Onkologischen Kooperationsgemeinschaften gemäß § 8,
3. laufende Fortbildung gemäß § 9,
4. Sicherstellung einer 24-stündigen Erreichbarkeit bei Durchführung von aplasie-induzierenden Behandlungen
5. Sicherstellung der telefonischen Erreichbarkeit innerhalb der Praxissprechzeiten für den Hausarzt des sich in Behandlung befindenden Patienten,
6. Vorhaltung transportgerechter Praxisräume für liegend transportierte Patienten,
7. Vorhaltung von Infusomaten (Medikamentenpumpen, insbesondere programmierbare Pumpen) zur Verabreichung von zeit- und/oder volumengesteuerten Infusionen bei Teilnahme an der Versorgungsebene Zwei,
8. Einrichtung spezieller Behandlungsplätze,
9. Abfallentsorgung nach den Richtlinien der jeweils zuständigen Behörde.

§ 6

Teilnahmeantrag, Antragsprüfung

1. Die Teilnahme an dieser Vereinbarung erfordert einen schriftlichen Antrag an die KV Sachsen - zur Prüfung durch die Onkologiekommission - unter Angabe der Versorgungsebene und ggf. unter Angabe des Organgebietes, für welches der Arzt die Teilnahme beantragt.

Dem Antrag sind beizufügen:

- a. Nachweise über die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen der Versorgungsebene Eins gem. § 4 Nr. 2 a)

oder
- b. Nachweise über die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen der Versorgungsebene Zwei gem. § 4 Nr. 3 a).

Außerdem sind die Nachweise über die Erfüllung der weiteren Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 5 außer § 5 Nr. 3 (Fortbildung) beizufügen.

2. Die KV Sachsen erteilt auf Empfehlung der Onkologiekommision die Genehmigung zur Teilnahme an dieser Vereinbarung, wenn der Antragsteller die nach dieser Vereinbarung geforderten Voraussetzungen erfüllt. In der Genehmigung sind die Versorgungsebene und ggf. das Organgebiet anzugeben, für das die Teilnahme genehmigung gilt.

Die Genehmigung zur Teilnahme an der Versorgungsebene Zwei umfasst die Teilnahme an der Versorgungsebene Eins insgesamt.

3. Bestehen nach der Prüfung der gem. Nr. 1 a oder b vorgelegten Zeugnisse, Bescheinigungen und Dokumentationen Zweifel an der fachlichen Befähigung, kann sich die KV Sachsen - Onkologiekommision - in einem Kolloquium gemäß den Qualitätssicherungs-Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung von der Fachkunde des Antragstellers zu überzeugen.

Bestehen nach der Prüfung der Nachweise über die Erfüllung der weiteren Teilnahmevoraussetzungen gem. § 5 außer § 5 Nr. 3 (Fortbildung) Zweifel an der Einhaltung der Teilnahmevoraussetzungen gem. § 5 kann die KV Sachsen - Onkologiekommision - die Genehmigung von der Erfüllung zweckentsprechender Auflagen unter Fristsetzung abhängig machen.

§ 7

Beginn und Ende der Teilnahme Einhaltung der Voraussetzungen während der Teilnahme Erneute Antragstellung nach Beendigung der Teilnahme

1. Die Teilnahme an dieser Vereinbarung beginnt mit der Genehmigung durch die KV Sachsen.
2. Die Teilnahme an dieser Vereinbarung endet
 - a) wenn der onkologisch verantwortliche Arzt seine vertragsärztliche Tätigkeit beendet, die Anstellung endet oder eine dem Arzt erteilte Ermächtigung endet.
 - b) mit dem Ablauf des Quartals, in dem der Vertragsarzt auf seine Teilnahme an diesem Vertrag verzichtet.
 - c) mit Ablauf des Quartals, das dem Quartal folgt, in dem die KV Sachsen feststellt, dass der onkologisch verantwortliche Arzt die jährlich nachzuweisenden Anforderungen
 1. gemäß § 4 Nr. 2 b oder 3 b (Mindestfallzahlen) nicht mehr erfüllt oder
 2. die Voraussetzungen der Fortbildung gem. § 5 Nr. 3 i.V.m. § 9 nicht erfüllt.
 - d) mit Ablauf des Quartals, das dem Quartal folgt, in dem die KV Sachsen - Onkologiekommision - feststellt, dass der onkologisch verantwortliche Arzt
 1. die Leistungsinhalte gem. § 2 (Versorgungsstruktur und Leistungen zur flächendeckenden onkologischen Versorgung)
oder/und

2. die Leistungsinhalte gem. § 3 (Weitere Leistungsinhalte der Versorgungsebene Eins und Zwei / Qualitätssicherung)
oder/und
 3. die Leistungsinhalte des § 5 (Weitere Voraussetzungen bei Antragstellung und während der Teilnahme)
nicht erfüllt.
3. In begründeten Einzelfällen kann der onkologisch verantwortliche Arzt auch bei Unterschreiten der geforderten Fallzahlen gemäß § 4 Nr. 2 b (VE 1) oder § 4 Nr. 3 b (VE 2) weiter im Rahmen einer Einzelfallentscheidung durch den Vorstand der KV Sachsen - auf Empfehlung der Onkologiekommision - an dieser Vereinbarung teilnehmen, wenn dadurch keine Qualitätseinbuße zu erwarten ist.
 4. Bei Nichterfüllung der Anforderungen gemäß § 4 Nr. 2 b (VE 1) oder 3 b (VE 2) ist eine erneute Antragstellung auf Teilnahme an der Onkologievereinbarung durch den Arzt frühestens nach Ablauf von vier Quartalen nach dem Quartal des Wirksamwerden der Beendigung der Genehmigung möglich.
 5. Wurde die Teilnahme an dieser Vereinbarung ausschließlich aufgrund der Nichterfüllung der nachzuweisenden Anforderungen der Fortbildung gemäß § 7 Nr. 2.c. Pkt. 2 beendet, so ist eine erneute Antragstellung auf Teilnahme an dieser Vereinbarung erst möglich, sobald gemäß der §§ 5 Nr. 3 und 9 Nr. 2 der Vereinbarung 50 Fortbildungspunkte nachgewiesen worden sind und damit die Sachverhalte, die zum Verlust der Genehmigung führten, beseitigt wurden.

Entsprechendes gilt bei einer Beendigung der Teilnahme gemäß § 7 Nr. 2 d).

6. Zur Prüfung der vom onkologisch verantwortlichen Arzt nachzuweisenden Patientenzahlen nach vorstehender Ziffer 2 c) 1, werden am Anfang eines jeden Jahres das Quartal IV des Vorjahres sowie die Quartale I bis III des Vorjahres herangezogen. Für Ärzte, die im Laufe eines Jahres die Genehmigung erhalten, erfolgt die Kontrolle erstmals nach einem Jahr ab dem Tag der Genehmigungserteilung bei Vorliegen von mindestens 4 Abrechnungsquartalen zum nächsten jährlichen Prüfzeitpunkt. Zur Prüfung der Fortbildungspunkte wird das Kalenderjahr betrachtet. Die Prüfung erfolgt erstmals, wenn die Teilnahme ein volles Kalenderjahr umfasst.

Verfügte der Arzt nur kurzzeitig nicht über die Genehmigung und hat diese im Laufe eines Jahres erneut beantragt und erhalten, dann erfolgt bezüglich der Prüfung der Patientenzahlen auf Empfehlung der Onkologiekommision eine Einzelfallentscheidung durch den Vorstand der KV Sachsen.

§ 8

Onkologische Kooperationsgemeinschaft

1. Der onkologisch verantwortliche Arzt hat sicherzustellen, dass - möglichst aus dem Kreis der vertragsärztlich tätigen Ärzte - eine onkologische Kooperationsgemeinschaft gebildet wird, in der folgende Fachbereiche vertreten sind:
 - a. Pathologie,
 - b. Strahlentherapie,
 - c. Chirurgie,

- d. Innere Medizin,
 - e. Allgemeinmedizin,
 - f. Gynäkologie,
 - g. Urologie,
 - h. Palliativmedizin.
2. Die Mitglieder der onkologischen Kooperationsgemeinschaft sind der KV Sachsen namentlich zu benennen.
 3. Der onkologisch verantwortliche Arzt hat mit sicherzustellen, dass durch die onkologische Kooperationsgemeinschaft folgende Aufgaben erfüllt werden:
 - a. Einführung und Anpassung wissenschaftlich gesicherter Diagnose- und Therapiepläne,
 - b. patientenorientierte Fallbesprechungen,
 - c. onkologische Konsile,
 - d. Information des mitbehandelnden Arztes.

§ 9 Fortbildung

Der onkologisch verantwortliche Arzt hat folgende Pflichten zur Fortbildung zu erfüllen:

1. Teilnahme an jährlich mindestens sechs von der KV Sachsen oder von den Ärztekammern oder den Tumorzentren anerkannten Tumorkonferenzen oder Qualitätszirkeln.
2. Kontinuierliche Fortbildung durch regelmäßige Teilnahme an zertifizierten Fortbildungsveranstaltungen. Der Nachweis der kontinuierlichen Fortbildung erfolgt in Punkten. Alle an dieser Vereinbarung teilnehmenden Ärzte haben jährlich 50 Fortbildungspunkte nachzuweisen, zu denen auch die Punkte aus der Teilnahme an Veranstaltungen gemäß vorstehender Ziffer 1 gehören. Anerkannt sind:
 - a. die Fortbildung nach den Kriterien der AIO (Arbeitsgemeinschaft für Internistische Onkologie), der AGO (Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie) und AKO (Arbeitskreis Onkologie der Urologen) oder der anderen entsprechenden Arbeitsgemeinschaften von anderen Fachgesellschaften,und
 - b. die Fortbildung nach den Kriterien der Ärztekammern (Fortbildungspunkte müssen sich auf onkologische Fortbildungsinhalte beziehen).
3. Kontinuierliche Fortbildung des onkologisch qualifizierten Praxispersonals nach § 5 Nr. 1. Das Personal muss jährlich mindestens insgesamt 6 Fortbildungsstunden onkologischen Inhalts nachweisen, die von der KV Sachsen oder mindestens einer Ärztekammer anerkannt sind.
4. Die Nachweise gem. Nr. 1 bis 3 müssen bei der KV Sachsen - Onkologiekommission - jährlich bis zum 31.03. des Folgejahres ggf. entsprechend zeitanteilig eingereicht werden.

Über die Arbeitsergebnisse der Tumorkonferenzen wird in den Protokollen der Tumorkonferenzen berichtet. Der Onkologe weist seine Tätigkeit in diesen Tumorkonferenzen über die geführten Teilnehmerlisten nach. Die Teilnehmerlisten sind der Onkologiekommision nach Aufforderung zur Einsicht zur Verfügung zu stellen.

§ 10 Vergütung

1. Der onkologisch verantwortliche Arzt erhält während seiner Teilnahme an dieser Vereinbarung für seine Leistungen eine zusätzliche außerbudgetäre Vergütung gemäß Anlage 1 dieser Vereinbarung.
2. Die Vergütung wird pro Quartal und Tumorerkrankung gezahlt.
3. Die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung für Leistungen der Versorgungsebene Zwei umfasst auch die Leistungen der Versorgungsebene Eins.

§ 11 Onkologiekommision

1. Die Onkologiekommision ist entsprechend der Satzung der KV Sachsen mit Vertretern aller onkologisch tätigen Fachgruppen in gleicher Anzahl zu besetzen. Sie ist mindestens mit Vertretern der onkologisch tätigen Facharztgruppen der Gynäkologen, der Internisten und der Urologen zu besetzen.

Die Besetzung mit Vertretern der onkologisch tätigen Facharztgruppen der Gynäkologen, der Internisten und der Urologen durch den Vorstand der KV Sachsen kann unter Berücksichtigung

- a. für die Facharztgruppe der Gynäkologen auf Vorschlag des BNGO e.V.
- b. für die Facharztgruppe der Internisten auf Vorschlag des NIO e.V.
- c. für die Facharztgruppe der Urologen auf Vorschlag des BDU e.V.

erfolgen.

2. Aufgabe der Onkologiekommision der KV Sachsen ist es, Entscheidungen des Vorstandes der KV Sachsen in Bezug auf diese Vereinbarung durch die Abgabe von Empfehlungen vorzubereiten, in dem sie folgende Tätigkeiten ausführt:
 - a. Prüfung der Anträge auf Teilnahme an dieser Vereinbarung nach § 6; die Prüfung umfasst auch das Vorliegen eines Ausnahmefalls bei Antragstellung durch einen ermächtigten Arzt,
 - b. Prüfung der Therapieplatzzahl in begründeten Fällen,
 - c. Prüfung der Voraussetzungen für eine Beendigung der Teilnahme an dieser Vereinbarung nach § 7 Nr. 2c und d,
 - d. Prüfung der Voraussetzungen für eine weitere Teilnahme an dieser Vereinbarung gem. § 7 Nr. 3,
 - e. Durchführung von Kolloquien gem. § 6 Nr. 3,

- f. sofern Wirkstoffe außerhalb der ATC-Gruppe L01 aufgenommen werden sollen, entscheidet die Onkologiekommision nach schriftlicher Abstimmung mit der AOK PLUS, die eine Abstimmung mit den LVSK durchführt.

§ 12 Vertragsausschuss

1. Aufgabe des Vertragsausschusses ist es, die Umsetzung dieser Vereinbarung unter Berücksichtigung der Grundsätze gemäß § 1 und dem Sinn und Zweck dieser Vereinbarung zu begleiten und fortzuentwickeln.

Ihm obliegt von daher insbesondere die Klärung von Auslegungsfragen bzw. Meinungsverschiedenheiten zwischen den Vertragspartnern und/oder Leistungserbringern und Fragen der praktischen Umsetzung dieser Vereinbarung.

Er beobachtet ferner die Durchführung der Vereinbarung und bewertet unter Heranziehung entsprechender pseudonymisierter Daten (z.B. Abrechnungs-, Einweisungsentwicklung, Verordnungsverhalten) die Entwicklung im Hinblick auf notwendige Vertragsanpassungen.

2. Der Vertragsausschuss berät

- a. über notwendige Vertragsanpassungen aufgrund der bei der Durchführung der Vereinbarung gewonnenen Erkenntnisse,
- b. im Rahmen der Fortentwicklung der Vereinbarung über erforderliche Vertragsanpassungen,
- c. in den in dieser Vereinbarung ausdrücklich genannten Fällen

und gibt Empfehlungen an die Partner dieser Vereinbarung. Entscheidungen des Vertragsausschusses werden einvernehmlich getroffen. Sie können auch schriftlich oder per E-Mail herbeigeführt werden.

3. Auf Verlangen eines Vertragspartners oder einer Fachgruppe der Leistungserbringer ist der Vertragsausschuss binnen eines Monats einzuberufen.
4. Dem Vertragsausschuss gehören Vertreter der Vertragspartner dieser Vereinbarung sowie Leistungserbringer aus den onkologisch tätigen Fachgruppen (Gynäkologen, Internisten, Urologen) an. Die Zahl der Mitglieder beträgt 14.

Krankenkassen:	5
KVS:	3
Gynäkologen:	2
Internisten:	2
Urologen:	2.

Die Vertretergruppen haben folgende Stimmenanzahl:

Krankenkassen:	6
KVS:	6
Gynäkologen:	4
Internisten:	4
Urologen:	4.

Die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) beauftragt den Vertreter der AOK PLUS mit der Stimmabgabe. Die Bevollmächtigung kann seitens der SVLFG gegenüber der AOK PLUS widerrufen werden. In diesem Fall erhöht sich die Mitgliederzahl der Krankenkassen auf sechs. Der Widerruf ist der KV Sachsen schriftlich mitzuteilen.

Die Vertreter der Berufsverbände im Vertragsausschuss sowie ihre jeweiligen Stellvertreter werden

- a) für die Gynäkologen durch den BNGO e.V.,
- b) für die Internisten durch den NIO e.V.,
- c) für die Urologen durch den BDU e.V.,

schriftlich oder per E-Mail gegenüber der KV Sachsen benannt.

5. Die Geschäfte des Vertragsausschusses leitet die KV Sachsen. Jeder Teilnehmer trägt seine Kosten selbst.

§ 14 Inkrafttreten und Kündigung

1. Diese aktualisierte Fassung wird ab 1. Januar 2018 wirksam und führt die bestehende Vereinbarung in der Fassung vom 1. April 2016 fort.

Sie kann von den Vertragspartnern mit einer Frist von drei Monaten zum Jahresende gekündigt werden. Der Vertragsausschuss ist rechtzeitig vor einer beabsichtigten Kündigung einzuberufen.

2. Die Anlage 1 kann unter Einhaltung der Frist gemäß Abs. 1 separat gekündigt werden. Eine Kündigung der Anlage kann frühestens zum 31. Dezember 2021 erfolgen. Bis zur Vereinbarung neuer Vergütungssätze gelten die bisherigen Vergütungssätze weiter.

Dresden, den 11. Juni 2018

gez.
Kassenärztliche Vereinigung Sachsen

gez.
AOK PLUS – handelt als Landesverband

gez.
BKK Landesverband Mitte
Regionalvertretung Thüringen und Sachsen

gez.
IKK classic – handelt als Landesverband

gez.
Knappschaft
Regionaldirektion Chemnitz

gez.
SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse

gez.
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Die Leiterin der Landesvertretung Sachsen

Anlage 1 – Leistungsinhalte/Vergütung

Versorgungsebene 1

96500 Behandlung florider Hämoblastosen	
bis zum 30.06.2018	15,96 EUR
ab dem 01.07.2018 bis zum 31.12.2019	16,34 EUR
ab dem 01.01.2020	16,72 EUR.

Einmal je Behandlungsfall berechnungsfähig.
Die Leistung nach der Nr. 96500 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 96501, 96503 und 96505 berechnungsfähig.

96501 Behandlung solider Tumore unter tumorspezifischer Therapie	
bis zum 30.06.2018	15,96 EUR
ab dem 01.07.2018 bis zum 31.12.2019	16,34 EUR
ab dem 01.01.2020	16,72 EUR.

Einmal je Behandlungsfall berechnungsfähig.
Die Leistung nach der Nr. 96501 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 96500, 96503 und 96505 berechnungsfähig.
Die Leistung nach der Nr. 96501 ist nur unter Angabe einer der folgenden Therapieformen (FK 5002 oder 5009) berechnungsfähig:

Endokrine Therapie	ET
Bisphosphonattherapie sowie Antikörpertherapie bei Knochenmetastasen	BIS
Interferontherapie	INF
Interleukintherapie	IL
Parenterale Therapie bei Tumorkachexie (keine enterale Zusatznahrung)	PAR
Betreuung bei Radatio	RAD
Tumorschmerztherapie WHO III	WHOIII
Transfusionspflichtige Tumoranämie	TRA
Planung/ perioperative Versorgung bei Tumor-OP	OP
Aktive Überwachung bei florider Tumorerkrankung (längstens 5 Jahre nach Beginn der Erkrankung oder nach Beendigung der letzten antineoplastischen Tumortherapie, unter entsprechender Angabe von Quartal/Jahr)	AÜ
Intrakavitäre Chemotherapie	ICT.

96502 Intrakavitäre zytostatische Tumortherapie	
bis zum 30.06.2018	21,10 EUR
ab dem 01.07.2018 bis zum 31.12.2019	21,60 EUR
ab dem 01.01.2020	22,11 EUR.

Einmal je Behandlungsfall berechnungsfähig.
Die Leistung nach der Nr. 96502 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 96503, 96505 und 96509 berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 96502 ist nur unter Angabe des verwendeten Medikaments¹⁾ (FK 5002 oder 5009) berechnungsfähig.

96507 Onkologisch indizierte Bisphosphonatinfusions- bzw. -injektionstherapie	
bis zum 30.06.2018	10,81 EUR
ab dem 01.07.2018 bis zum 31.12.2019	11,07 EUR
ab dem 01.01.2020	11,33 EUR.

Einmal je Behandlungsfall berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 96507 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 96508 berechnungsfähig.

96508 Onkologisch indizierte Bisphosphonatinfusionstherapie	
ab 2 Stunden	
bis zum 30.06.2018	26,77 EUR
ab dem 01.07.2018 bis zum 31.12.2019	27,40 EUR
ab dem 01.01.2020	28,05 EUR.

Einmal je Behandlungsfall berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 96508 ist von Fachärzten für Urologie off label use, unter Angabe „Kiefernekrosen“ (Angabe FK 5002 oder 5009) berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 96508 ist nur berechnungsfähig bei Anwendung von Chlodron- oder Pamidronsäure.

Die Leistung nach der Nr. 96508 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 96507 berechnungsfähig.

Die Kostenpauschalen können nur von einem onkologisch verantwortlichen Arzt 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 96500, 96501, 96502 bei Vorliegen voneinander unabhängiger Tumorerkrankungen mehrfach abgerechnet werden, sofern die behandelnden Ärzte nicht der gleichen Facharztgruppe gemäß EBM-Kapitel bzw. bei Fachärzten für Innere Medizin dem gleichen EBM-Abschnitt des Schwerpunktes angehören.

Versorgungsebene 2

96503 Subkutane, intravasale und intramuskuläre zytostatische Tumorthherapie	
bis zum 30.06.2018	168,84 EUR
ab dem 01.07.2018 bis zum 31.12.2019	172,82 EUR
ab dem 01.01.2020	176,90 EUR.

Einmal je Behandlungsfall berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 96503 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 96500, 96501, 96502, 96505 und 96509 berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 96503 ist nur unter Angabe des verwendeten Medikaments¹⁾ (FK 5002 oder 5009) berechnungsfähig.

96504 Behandlung einer laboratoriumsmedizinisch oder genetisch oder histologisch/ zytologisch gesicherten, primär hämatologischen und/oder onkologischen und/oder immunologischen Systemerkrankung (entsprechend Leistungslegende der GOP 13500 EBM) und/oder bei intensiver, aplasieinduzierender und/oder toxisitätsadaptierten antiproliferativen Behandlung (entsprechend Leistungslegende der GOP 13502 EBM)

bis zum 30.06.2018	15,96 EUR
ab dem 01.07.2018 bis zum 31.12.2019	16,34 EUR
ab dem 01.01.2020	16,72 EUR.

Einmal je Behandlungsfall berechnungsfähig.

Bei Behandlung einer laboratoriumsmedizinisch oder histologisch/ zytologisch gesicherten, primär hämatologischen und/oder onkologischen und/oder immunologischen Systemerkrankung und bei intensiver, aplasieinduzierender und/oder toxisitätsadaptierten antiproliferativen Behandlung ist die Leistungen nach der Nr. 96504 zweimal im Behandlungsfall berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 96504 ist nur von onkologisch tätigen Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Fachärzten für Urologie und Fachärzten gemäß § 4 Pkt. 3a (5) berechnungsfähig.

96505 Orale zytostatische Chemotherapie (inkl. Therapie mit Androgenbiosynthesehemmern und Androgensignalweginhibitoren für die Indikation des metastasierten Prostatakarzinoms)

bis zum 30.06.2018	63,31 EUR
ab dem 01.07.2018 bis zum 31.12.2019	64,80 EUR
ab dem 01.01.2020	66,33 EUR.

Einmal je Behandlungsfall berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 96505 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 96500, 96501, 96502, 96503 und 96509 berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 96505 ist nur unter Angabe des verwendeten Medikaments²⁾ (FK 5002 oder 5009) berechnungsfähig.

96506 Gabe von Bluttransfusionen oder Apheresethrombozytenkonzentraten

bis zum 30.06.2018	42,21 EUR
ab dem 01.07.2018 bis zum 31.12.2019	43,21 EUR
ab dem 01.01.2020	44,23 EUR.

Einmal je Behandlungstag berechnungsfähig.

96506A Gabe von Poolthrombozytenkonzentraten

bis zum 30.06.2018	61,77 EUR
ab dem 01.07.2018 bis zum 31.12.2019	63,23 EUR
ab dem 01.01.2020	64,72 EUR.

Einmal je Behandlungstag berechnungsfähig.

96509 Palliativversorgung von Tumorpatienten

bis zum 30.06.2018	168,84 EUR
ab dem 01.07.2018 bis zum 31.12.2019	172,82 EUR
ab dem 01.01.2020	176,90 EUR.

Einmal je Behandlungsfall berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 96509 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 96502, 96503 und 96505 berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 96509 ist bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer systemischen Chemotherapie oder Strahlentherapie bzw. nach erfolgter Operation eines Patienten ohne Heilungschance abrechnungsfähig.

Obligater Leistungsinhalt:

- Durchführung eines palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Behandlung,
- Umfassende Behandlung zur Systemkontrolle und -behandlung und
- psychosoziale Stabilisierung unter Einbeziehung der Angehörigen.

¹⁾ Das verwendete Medikament muss in der Liste parenteraler antineoplastischer Wirkstoffe enthalten sein, Ausnahmen: BCG und Eculizumab.

²⁾ Das verwendete Medikament muss in der Liste oraler antineoplastischer Wirkstoffe enthalten sein. Ausnahme: T-rezeptpflichtige Substanzen, Abiraterone und Enzalutamid.

Anmerkung:

Die Wirkstoffliste wurde zur Vereinfachung zur Überführung neuer Substanzen dem ATC- Code L01 zugeordnet. Mit Inkrafttreten dieser Vereinbarung werden durch die KV Sachsen zukünftig 2 L01-Listen mit quartalsweiser Aktualisierung geführt, und zwar jeweils eine für die parenteralen und eine für die oralen Zytostatika.

Neuaufnahmen in die Wirkstoffliste können von der Onkologiekommision vorgenommen werden, sofern es sich hierbei um Wirkstoffe der ATC-Gruppe L01 handelt. Sofern Wirkstoffe außerhalb der ATC-Gruppe L01 aufgenommen werden sollen, erfolgt hierzu eine Abstimmung nach § 11 Nr. 2f.

Bei Neueinstellungen und Umstellungen sollen vorrangig Biosimilars verordnet werden. Abweichungen sind nachvollziehbar und patientenindividuell zu dokumentieren.