

Arztstempel

Antrag auf Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten "Onkologie-Vereinbarung"

Allgemeine Hinweise:

Antragsteller ist die Arztpraxis. Arztpraxis in diesem Sinne ist der Vertragsarzt in Einzelpraxis, eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), der Träger eines zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ), ermächtigtes Institut oder ein ermächtigter Arzt. Die Genehmigung wird arzt- und betriebsstättenbezogen erteilt

Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für die weibliche, männliche als auch diverse Form verwendet

Bitte füllen Sie den Antrag vollständig und in Druckbuchstaben aus

Antragsteller

Name der Arztpraxis / der BAG / des MVZ / des Instituts

--

Anschrift der Hauptbetriebsstätte

Die Antragstellung erfolgt für

Name, Vorname

Lebenslange Arztnummer

--	--

Fachrichtung

--

Vertragsarzt Angestellter Arzt Ermächtigter Arzt Institutsermächtigung

Aufnahme der Tätigkeit ab _____

Ansprechpartner für Rückfragen: _____
Name, Telefonnummer, E-Mail

Fachliche Qualifikation

- Ich bin Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
- Ich bin Facharzt für: _____
mit der Zusatzbezeichnung Medikamentöse Tumortherapie
- Ich bin Facharzt für: _____
meine Facharzt bzw. Gebietsbezeichnung erfüllt die Inhalte der Zusatzweiterbildung
Medikamentöse Tumortherapie
- Ich gehöre dem fachärztlichen Versorgungsbereich an.

Hinweis: Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen.

Qualifikationsnachweise

Voraussetzungen

- Facharzturkunde
- ggf. Urkunde zum Führen der Zusatzbezeichnung Medikamentöse Tumortherapie
- ggf. Nachweis über die betreuten Patienten
- Nachweis Bildung einer onkologischen Kooperationsgemeinschaft (siehe Anlage 1)

Hinweis: Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen.

Betreuung von onkologischen Patienten

Ich weise für die Beantragung die Betreuung nachfolgender Patientenzahlen nach.

- Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie:
Betreuung von durchschnittlich 120 Patienten pro Quartal mit soliden oder hämatologischen Neoplasien, darunter 70 Patienten, die mit medikamentöser Tumortherapie behandelt werden, davon 30 Patienten mit intravenöser und/oder intrakavitärer und/oder intraläsionaler Behandlung.
- Andere Fachgruppen:
Betreuung von durchschnittlich 80 Patienten pro Quartal mit soliden Neoplasien, darunter 60 Patienten, die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 20 Patienten mit intravenöser und/oder intrakavitärer und/oder intraläsionaler Behandlung.
- Neu- und Jungpraxis:
Ich nehme noch keine 2 Jahre an der vertragsärztlichen Versorgung teil und erfülle die geforderten durchschnittlichen Patientenzahlen noch nicht.

Hinweis: Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen.

Organisatorische Anforderungen

Ich verpflichte mich, alle in §§ 5 und 6 Onkologie-Vereinbarung beschriebenen Anforderungen zu erfüllen.

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die zuständige Qualitätssicherungskommission der KVH das Vorliegen der Voraussetzungen nach den §§ 5 und 6 Onkologie-Vereinbarung daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der Vereinbarung entsprechen.

Zudem bin ich damit einverstanden, dass die gemäß § 300 SGB V durch die Krankenkassen geprüften (anonymisierten) versichertenbezogenen Daten arztbezogen an die zuständige Qualitätssicherungskommission zur gezielten Pharmakotherapieberatung weitergeleitet werden.

Auflagen zur Aufrechterhaltung der Genehmigung

- ➔ Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie:
Betreuung von durchschnittlich 120 Patienten pro Quartal mit soliden oder hämatologischen Neoplasien, darunter 70 Patienten, die mit medikamentöser Tumortherapie behandelt werden, davon 30 Patienten mit intravenöser und/oder intrakavitärer und/oder intraläsionaler Behandlung

Andere Fachgruppen:

- ➔ Betreuung von durchschnittlich 80 Patienten pro Quartal mit soliden Neoplasien, darunter 60 Patienten, die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 20 Patienten mit intravenöser und/oder intrakavitärer und/oder intraläsionaler Behandlung

Für alle Fachgruppen gelten folgende Fortbildungsverpflichtungen:

- ➔ Nachweis von jährlich 50 Fortbildungspunkten, die sich im Schwerpunkt auf onkologische Fortbildungsinhalte beziehen und von den Ärztekammern anerkannt sind
- ➔ Teilnahme an mindestens 2 industrieneutralen durch die Ärztekammer zertifizierten Pharmakotherapieberatungen pro Jahr
- ➔ Kontinuierliche Fortbildung des medizinischen Praxispersonals. Es muss jährlich mindestens an einer onkologischen Fortbildungsveranstaltung teilnehmen, die von den Ärztekammern oder den Kassenärztlichen Vereinigungen anerkannt sind.

Stichprobenweise Überprüfung der einheitlichen Dokumentation:

- ➔ Es wird jährlich von 8 Prozent der an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmenden Ärzte die Dokumentation zu 20 abgerechneten Fällen überprüft.
- ➔ Die Auswahl der Ärzte und deren Fälle erfolgt nach dem Zufallsprinzip unter Angabe der Namen der Patienten.

Rechtlicher Hintergrund

Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zu den Bundesmantelverträgen)

Gebühren

Für die Bearbeitung von Anträgen auf Abrechnungsgenehmigungen, die ein Mitglied der KVH innerhalb von 12 Monaten nach Beginn der Mitgliedschaft vollständig stellt, werden höchstens Gebühren bis zu 300,00 € erhoben.

- Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von € 100,00 bitte ich mit sofortiger Wirkung von meinem Honorarkonto bei der Kassenärztlichen Vereinigung abzubuchen
- Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von € 100,00 zahle ich auf das Konto der Kassenärztlichen Vereinigung ein

Deutsche Apotheker- und Ärztebank e.G
IBAN: DE36 3006 0601 0001 3350 06
BIC: DAAEDEDXXX
Vermerk: Gebühr für Genehmigung

Hinweis: Bitte berücksichtigen Sie dabei, dass Ihr Antrag erst bearbeitet werden kann, wenn die Gebühr bei der Kassenärztlichen Vereinigung eingegangen ist oder einer Abbuchung vom Honorarkonto zugestimmt wurde.

Rechtlicher Hintergrund

Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg für besondere Verwaltungstätigkeiten auf der Grundlage des § 59 Abs. 1 der Satzung KVH

Datenschutz

Die Information der betroffenen Person bei der Erhebung von personenbezogenen Daten gemäß Art. 13 und 14 DSGVO der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) finden Sie auf unserer Homepage. Sofern Sie keinen Internetzugang haben oder aus sonstigen Gründen eine Übersendung in Papierform wünschen, wenden Sie sich bitte an das Infocenter unter 040 / 22 802 900.

Hinweise zur Genehmigungserteilung

Bitte beachten Sie:

- dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist
- dass wir Ihnen diese Genehmigung in der Regel binnen eines Monats nach Antragseingang erteilen können, wenn uns die erforderlichen Nachweise vollständig vorliegen und vor Genehmigungserteilung nicht noch zusätzlich eine fachliche Prüfung (Kolloquium) erfolgreich absolviert werden muss
- dass Sie zur persönlichen Leistungserbringung verpflichtet sind

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben

Datum

Unterschrift Antragsteller

Datum

Unterschrift Angestellter

Bestätigung einer onkologischen Kooperationsgemeinschaft

Hiermit bestätige ich, _____, dass ich mit folgenden Ärzten eine onkologische interdisziplinäre Kooperationsgemeinschaft gemäß § 6 Onkologie-Vereinbarung bilde

Kooperationsgemeinschaften

Namentliche Nennung (Druckbuchstaben)

Kompetenz Schwerpunkt - Hämatonkologie

Kompetenz Pathologie

Kompetenz Radiologie

Kompetenz Strahlentherapie

Kompetenz Palliativmedizin

Weitere Fachdisziplinen in Abhängigkeit von den in der Praxis betreuten Tumorerkrankungen

Unterschriftenformular zum Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von genehmigungspflichtigen Leistungen in einer BAG

Hinweis: Heften Sie dieses Formular an den gewünschten Antrag und reichen Sie beides zusammen bei der KVH ein

BAG	Datum ab
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

(Name des Anstellenden)

Name, Vorname des Angestellten	Anstellungsdatum
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

Hinweis: Es sind die Unterschriften **aller** BAG-Partner erforderlich oder die eines Unterschriftenbevollmächtigten. Reicht der Platz nicht aus, kopieren Sie bitte diese Seite in ausreichender Anzahl. Bei Unterschrift eines Bevollmächtigten, legen Sie bitte eine Kopie der Vollmacht bei.

<input style="width: 95%;" type="text"/>
--

Ort/Datum

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Praxisstempel