

Arztstempel

**Antrag auf Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung über die
qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten gem.
"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/ oder 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

Die Leistungen werden beantragt für den Standort der Betriebsstätte:

Zweigpraxis (bitte ankreuzen, wenn die Betriebsstätte eine Zweigpraxis ist)

- | | | |
|----|-------|--------------------------|
| 1. | _____ | <input type="checkbox"/> |
| 2. | _____ | <input type="checkbox"/> |
| 3. | _____ | <input type="checkbox"/> |
| 4. | _____ | <input type="checkbox"/> |
- Angabe der Anschrift, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort (Betriebsstätten-Nr.)

Bei weiteren Standorten fügen Sie dem Antrag eine gesonderte Aufstellung bei.

Sofern Leistungen für den Standort einer Zweigpraxis beantragt werden, teilen Sie dem Arztregister der KV Hamburg (arztregister@kvhh.de) bitte Folgendes mit:

- Beginn der Tätigkeitsaufnahme in der Zweigpraxis
- voraussichtlicher Umfang der Tätigkeit in der Zweigpraxis (wöchentliche Stundenzahl)
- Handelt es sich um eine ausschließliche Tätigkeit in der Zweigpraxis?

Fachliche Qualifikation

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

Hinweis: Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen.

Qualifikationsnachweise

Voraussetzungen

- Facharzturkunde
- ggf. Urkunde zum Führen der Zusatzbezeichnung "Medikamentöse Tumorthherapie"
- ggf. Nachweis über die betreuten Patienten

Hinweis: Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen.

Betreuung von onkologischen Patienten

Ich weise für die Beantragung die Betreuung nachfolgender Patientenzahlen nach.

- Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie:
Betreuung von durchschnittlich 120 Patienten pro Quartal in den letzten 12 Monaten vor Antragsstellung mit soliden oder hämatologischen Neoplasien, darunter 70 Patienten, die mit medikamentöser Tumortherapie behandelt werden, davon 15 Patienten mit intravenöser und/oder intrakavitärer und/oder intraläsionaler Behandlung.
- Andere Fachgruppen:
Betreuung von durchschnittlich 80 Patienten pro Quartal in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung mit soliden Neoplasien, darunter 60 Patienten, die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 10 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, darunter:

- ➔ Beschäftigung qualifizierten Pflegepersonals
- ➔ Bildung einer onkologisch interdisziplinären Kooperationsgemeinschaft.

Hinweis: Die entsprechenden Anlagen 1 und 2 sind dem Antrag beizufügen.

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

- ➔ die zuständige Qualitätssicherungskommission der KV Hamburg das Vorliegen der Voraussetzungen nach den §§ 5 und 6 Onkologie-Vereinbarung daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der Vereinbarung entsprechen.
- ➔ die gemäß § 300 SGB V durch die Krankenkassen geprüften (anonymisierten) versichertenbezogenen Daten arztbezogen an die zuständige Onkologie-Kommission gemäß § 10 der Onkologie Vereinbarung zur gezielten Pharmakotherapieberatung weitergeleitet wird.
- ➔ die für die Antragsbearbeitung zuständigen Mitarbeiter der KV Hamburg Unterlagen, die für die Bearbeitung relevant sind, aus dem Arztregister, aus dem Zulassungsausschuss sowie von der Ärztlichen Stelle der Kassenärztlichen Vereinigung und der Ärztekammer Hamburg zur Bearbeitung heranziehen dürfen.

Rechtlicher Hintergrund

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

Gebühren

Für die Bearbeitung von Anträgen auf Abrechnungsgenehmigung, die ein Mitglied der KVH innerhalb von 12 Monaten nach Beginn der Mitgliedschaft vollständig stellt, werden höchstens Gebühren von 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 Ärztekbank 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 Verwaltungstätigkeit 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. Bei weiteren Fragen wenden Sie sich bitte an die Abteilung "Mitgliederservice und Beratung" unter 040 / 22 802 802.

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 Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag der Praxisaufnahme erbringen und abrechnen dürfen,
- 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

Name Druckbuchstaben

Unterschrift Antragsteller

Datum

Name Druckbuchstaben

Unterschrift Angestellter

**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

**Selbsterklärung über die Beschäftigung onkologisch besonders qualifizierten
Pflegepersonals gem. § 5 Abs. 1 (Organisatorische Maßnahmen)
der Onkologie-Vereinbarung**

- In meiner Praxis / Im MVZ / In der BAG sind ausgebildete Gesundheits- und Krankenpfleger/innen (mindestens eine/-r) mit staatlich anerkannter Zusatzqualifikation zur Pflege und Betreuung onkologischer Patienten beschäftigt.
- In meiner Praxis / Im MVZ / In der BAG sind medizinische Fachangestellte mit einer onkologischen Qualifikation im Umfang von 120 Stunden zur Pflege und Betreuung onkologischer Patienten beschäftigt.

Hinweis: Die Weiterbildung dieser onkologischen Qualifikation kann auch unmittelbar nach der Einstellung aufgenommen und berufsbegleitend erworben werden. Medizinische Fachangestellte mit dieser Qualifikation können nur in begründeten Fällen als Assistenz hinzugezogen werden.

Begründung: _____

Die KV Hamburg behält sich vor, die organisatorischen Voraussetzungen gem. §§ 5 und 6 zu überprüfen und erforderliche Nachweise anzufordern.

Mit der Unterschrift wird die Richtigkeit der oben gemachten Angaben versichert.

Datum

Unterschrift Antragsteller

Name Druckbuchstaben

Datum

Unterschrift Angestellter

Name Druckbuchstaben

Bestätigung einer onkologischen Kooperationsgemeinschaft

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

Mitglieder der Kooperationsgemeinschaft	namentliche Nennung (Druckbuchstaben)	Praxis/Ort
1. Kompetenz Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie	_____	_____
2. Kompetenz Pathologie	_____	_____
3. Kompetenz Radiologie	_____	_____
4. Kompetenz Strahlentherapie	_____	_____
5. weitere Fachdisziplinen in Abhängigkeit von den in der Praxis betreuten Tumorerkrankungen		
_____	_____	_____
Fachdisziplin	Name Arzt	Praxis/Ort
_____	_____	_____
Fachdisziplin	Name Arzt	Praxis/Ort
6. Kompetenz Palliativmedizin (Ärzte mit Zusatzweiterbildung "Palliativmedizin")	_____	_____

Hinweis: Alle sechs angegebenen Kompetenzfelder müssen besetzt sein.

Rechtlicher Hintergrund

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

Datum

Unterschrift