

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Qualitätssicherung
Substitution & weitere Genehmigungen
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt

Onkologie

Antrag auf Anerkennung als onkologisch qualifizierte(r) Ärztin/Arzt gemäß der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 Bundesmantelvertrag Ärzte) und ergänzenden Onkologie-Vereinbarung zwischen der KVH und Verbände der Krankenkassen

Hinweis: In diesem Formular gelten grammatikalisch maskuline oder feminine Personenbezeichnungen jeweils gleichermaßen für Personen weiblichen und männlichen Geschlechts.

Bitte füllen Sie den Antrag möglichst vollständig und in Druckbuchstaben aus. Sie erleichtern uns damit die Antragsbearbeitung.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung! Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Qualitätssicherung
Team 1
Antje Andres
Tel: 069 24741-6584
Fax: 069 24741-68819
qs.fb1.6@kvhessen.de

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt
Postfach 15 02 04 | 60062 Frankfurt
www.kvhessen.de

Allgemeine Angaben

Persönliche Angaben

Name, Vorname, Titel _____ LANR _____

Privatanschrift _____

 _____  _____  _____

Geburtsdatum: _____ Datum der Approbation: _____

Angaben zur Tätigkeit

Beginn oder geplante Aufnahme der Tätigkeit:

Vertragliche Tätigkeit beantragt am _____ für folgende Fachrichtung: _____

Aufnahme der Tätigkeit geplant zum _____ Tätigkeit aufgenommen am _____

Beginn der beantragten Abrechnungsgenehmigung

- Ab dem Datum, zu dem die Antragsunterlagen vollständig bei der KV Hessen vorliegen. Eine rückwirkende Genehmigung kann nicht erteilt werden.
- Zu einem späteren Datum _____

Art der Tätigkeit¹:

- Vertragsarzt in Einzelpraxis Gemeinschaftspraxis MVZ Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)
- Angestellter Arzt
in Praxis/BAG _____ BSNR _____
Name des anstellenden Arztes
- in MVZ _____ BSNR _____
Name des MVZ
- Ermächtigter Arzt _____ BSNR _____
Name der Einrichtung
- Instituts-
Ermächtigung _____ BSNR _____
Name des Instituts und des verantwortlichen Leiters
- Sicherstellungs-
Assistent _____ BSNR _____
Name des anstellenden Arztes **oder** des anstellenden MVZ mit Angabe des zu vertretenden Arztes

Ort(e) der Tätigkeit²:

- Anschrift Standort _____ BSNR _____
- Anschrift Standort _____ BSNR _____
- Anschrift Standort _____ BSNR _____
- Anschrift Standort _____ BSNR _____

Bei weiteren Standorten bitte dem Antrag eine gesonderte Aufstellung als Anlage beifügen.

¹ Anträge genehmigungspflichtiger Leistungen für angestellte Ärzte sind auch vom anstellenden Arzt bzw. vom Leiter des MVZ zu unterschreiben.

² Der Eintrag der entsprechenden Betriebs- und Nebenbetriebsstättennummer ist für die Antragstellung nicht zwingend erforderlich. Wir weisen jedoch darauf hin, dass die Abrechnungsgenehmigung erst nach Erteilung der entsprechenden Betriebs- und/oder Nebenbetriebsstättennummer erfolgen kann.

Leistungsspektrum:

- 86510** Behandlung florider Hämoblastosen entsprechend § 1 Abs. 2 d und e gemäß „Onkologie-Vereinbarung“ einmal je Behandlungsfall*
- 86512** Behandlung solider Tumore entsprechend § 1 Abs. 2 a-c unter tumorspezifischer Therapie gemäß „Onkologie-Vereinbarung“ einmal je Behandlungsfall*
- 86514** Zuschlag zu den Kostenpauschalen 86510 und 86512 für die intrakavitäre applizierte medikamentöse Tumortherapie gemäß „Onkologie-Vereinbarung“ einmal je Behandlungsfall*
- 86516** Zuschlag zu den Kostenpauschalen 86510 und 86512 für die intravasal applizierte medikamentöse Tumortherapie gemäß „Onkologie-Vereinbarung“ einmal je Behandlungsfall*
- 86518** Zuschlag zu den Kostenpauschalen 86510 und 86512 für die Palliativversorgung gemäß „Onkologie-Vereinbarung“ einmal je Behandlungsfall
- 86520** Zuschlag zu den Kostenpauschalen 86510 und 86512 für die orale zytostatische Chemotherapie gemäß „Onkologie-Vereinbarung“ einmal je Behandlungsfall*

***Ausnahme:** Es liegen mehrere voneinander unabhängige Tumorerkrankungen vor und die Leistung wird von onkologisch qualifizierten Ärzten unterschiedlicher Fachgruppen erbracht und abgerechnet.

Genehmigungsvoraussetzungen

Fachliche Anforderungen:

Gem. § 3 weise ich die nachfolgende aufgeführte fachlichen Voraussetzungen nach:

(Bitte entsprechenden Nachweis unbedingt beifügen, sofern noch nicht bei der KV Hessen eingereicht !)

- Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Hämatologische und internistische Onkologie
 - Facharztweiterbildung zuzüglich der Zusatzbezeichnung Medikamentöse Tumortherapie bzw.
 - Facharzt- oder Gebietsbezeichnung, die die Inhalte der Zusatzbezeichnung medikamentöse Gebietsbezeichnung erfüllen
- und**
- Teilnahme an der Kooperationsgemeinschaft gem. § 6 Abs. 1-7
- und**
- je nach Fachgruppe die Betreuung nachfolgender Patientenzahlen:
- Fachärzte für Innere Medizin mit der Zusatzbezeichnung Hämatologie und internistische Onkologie: Betreuung von durchschnittlich 80 Patienten/Quartal und Arzt (in den letzten 12 Monaten vor Antragsstellung) mit soliden oder hämatologischen Neoplasien, darunter 50 Patienten, die mit medikamentöser Tumortherapie behandelt werden, davon 20 mit intravasaler und/oder intrakavitärer und/oder intraläsionaler Behandlung
 - Andere Fachgruppen Betreuung von durchschnittlich 40 Patienten/ Quartal und Arzt (in den letzten 12 Monaten vor Antragsstellung) mit soliden Tumoren, darunter 25 Patienten, die mit medikamentöser Tumortherapie behandelt werden, davon zehn mit intravenöser und/oder intrakavitärer und/oder intraläsionaler Behandlung
 - Andere Fachgruppen Betreuung von durchschnittlich 40 Patienten/Quartal und Arzt (in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung) ohne die intravasalen Chemotherapien - Erfüllung der Zugangsvoraussetzungen für die Genehmigung der Abrechnung der Kostenpauschale 86512 und 86514 –
 - Neu- und Jungpraxen (neu bzw. kürzer als zwei Jahre zugelassene Ärzte)** können auch dann zugelassen werden, wenn die fachlichen Qualifikationen gegeben sind und wenn die entsprechenden Patientenzahlen vor

dem Beginn der Teilnahme an dieser Vereinbarung sowie innerhalb der darauf folgenden 24 Monate noch unter
schritten werden.

Sonstige Anforderungen

Onkologische Kooperationsgemeinschaft gem. § 6 Abs. 1-7 der Onkologie-Vereinbarung

Die **unterzeichnenden** Ärzte bilden eine onkologische Kooperationsgemeinschaft gem. § 6 Abs. 1-7 der Onkologie-
Vereinbarung.

Fachgebiet	Name	Unterschrift der Mitglieder
Schwerpunkt-Hämatonkologie		
Pathologie		
Radiologie		
Strahlentherapie		
Palliativmedizin		

Hinweis:

Nach der Onkologie-Vereinbarung sind mindestens folgende Fachrichtungen erforderlich:

1. Schwerpunkt-Hämatonkologie
2. Pathologie
3. Radiologie
4. Strahlentherapie
5. Weitere Fachdisziplinen in Abhängigkeit von den in der Praxis betreuten Tumorerkrankungen
6. Palliativmedizin (Ärzte mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin)

Bestehen trotz der vorgelegten Zeugnisse und Bescheinigungen begründete Zweifel an der fachlichen Befähigung, hat
sich die Onkologie-Kommission in einem fachonkologischem Kolloquium gemäß den Richtlinien der Kassenärztlichen
Bundesvereinigung für Verfahren zu Qualitätssicherung nach § 135 Abs. 2 SGB V von der Fachkunde des Antragstellers
zu überzeugen.

Dokumentation gem. § 8

Erstellung einer Dokumentation gem. § 8.

Organisatorische Maßnahmen gem. § 5 Abs. 1 und 2

Die Anforderungen an die organisatorischen Maßnahmen lt. § 5 Abs. 1 und 2 der Onkologie-Vereinbarung sind
sichergestellt.

