

**Abteilung Qualitätssicherung**

Bismarckallee 1-6

23795 Bad Segeberg

☎ 04551/883 374

@ qualitaetssicherung@kvsh.de

Stand: Januar 2022

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

(Name des Arztes, der die Leistungen erbringen soll)

Eintragsnummer der KVSH: \_\_\_\_\_

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

oder LANR: \_\_\_\_\_

### Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von genehmigungspflichtigen Leistungen gemäß der Vereinbarung über die qualifizierte Versorgung krebskranker Patienten „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte)

<b>Allgemeine Hinweise</b>	Bitte beachten Sie, dass <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ die Vollständigkeit des Antrages inkl. Nachweise – sofern diese nicht bereits vorliegen (z. B. im Arztregister) – Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und Genehmigungserteilung ist.</li> <li>▪ Zeugnisse und Bescheinigungen nur im Original oder als beglaubigte Fotokopie anerkannt werden können.</li> <li>▪ die beantragten Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden dürfen.</li> <li>▪ eine rückwirkende Genehmigung grundsätzlich nicht möglich ist.</li> </ul>
<b>Leistungen</b>	<input type="checkbox"/> 86510 Behandlung florider Hämoblastosen (§ 1 Abs. 2 d und e der Vereinbarung) <input type="checkbox"/> 86512 Behandlung solider Tumoren unter tumorspezifischer Therapie (§ 1 Abs. 2 a bis c der Vereinbarung) <input type="checkbox"/> 86514 Zuschlag zu den Nrn. 86510 und 86512 für die intrakavitär applizierte medikamentöse Tumorthherapie <input type="checkbox"/> 86516 Zuschlag zu den Nrn. 86510 und 86512 für die intravasal applizierte medikamentöse Tumorthherapie <input type="checkbox"/> 86518 Zuschlag zu den Nrn. 86510 und 86512 für die Palliativversorgung <input type="checkbox"/> 86520 Zuschlag zu den Kostenpauschalen 86510 und 86512 für die orale medikamentöse Tumorthherapie
<b>Betriebsstätten</b>	Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt: (N)BSNR: _____

Fachliche Voraussetzungen	<b>Voraussetzungen zur Teilnahme gemäß § 3</b> Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie -bitte beifügen- <b>oder</b> Facharztweiterbildung mit der Zusatzbezeichnung „Medikamentöse Tumortherapie“ -bitte beifügen- <b>oder</b> Facharzt- bzw. Gebietsbezeichnung, welche die Inhalte erfüllt, aber dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehört -bitte beifügen- <b>und</b> Fachärzte für Innere Medizin mit der Zusatzbezeichnung Hämatologie und Internistische Onkologie: Betreuung von durchschnittlich 120 Patienten/Quartal und Arzt (in den letzten 12 Monaten vor Antragsstellung) mit soliden oder hämatologischen Neoplasien, davon 30 Patienten mit intravenöser und/oder intrakavitärer und/oder intraläsionaler Behandlung -bitte beifügen- <b>oder</b> Andere Fachgruppen: Betreuung von durchschnittlich 50 Patienten/Quartal und Arzt (in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung) mit soliden Neoplasien -bitte beifügen-	ja	nein
<b>Organisatorische/ bauliche Voraussetzungen</b>	Die vertragsärztliche Behandlung krebserkrankter Patienten umfasst die Durchführung der in § 4 beschriebenen Maßnahmen  Die in § 5 geforderten organisatorischen Maßnahmen werden durch mich vorgehalten  Bei der Durchführung der intravenösen zytostatischen Chemotherapie und Bluttransfusionen sind spezielle Behandlungsplätze gemäß § 5 vorhanden  Soweit die Zubereitung der zur parenteralen Tumortherapie benötigten Wirkstoffe in der Praxis stattfindet, ist nachfolgend gemäß § 5 sichergestellt: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Qualitätsgesicherte, therapiegerechte verfügbare Zubereitung durch entsprechendes Fachpersonal</li> <li>▪ Entsorgung von Medikamentenrückständen nach den Richtlinien der jeweils zuständigen Behörde</li> <li>▪ Gewährleistung und Dokumentation von Sicherungsmechanismen zum Ausschuss von Verwechslung von Zytostatikallösungen und Blutprodukten</li> </ul>		
<b>Personelle Voraussetzungen</b>	<b>Onkologische Kooperationsgemeinschaft gemäß § 6</b> Ich bin Mitglied einer Kooperationsgemeinschaft -bitte beifügen-  Ich bin Mitglied in einem interdisziplinären onkologischen Arbeitskreis oder Tumorzentrum		

<b>Hinweis zum Datenschutz</b>	Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung (Datenschutzhinweise) finden Sie unter <a href="http://www.kvsh.de">www.kvsh.de</a> . Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.	
<b>Einverständnis zum Datenschutz</b>	<p>Hiermit gebe ich meine Zustimmung, dass die für die Antragsbearbeitung zuständigen Mitarbeiter der KVSH folgende Unterlagen aus meiner Arztregisterakte und ggf. der derzeitigen Akte des Zulassungsausschusses einsehen und wenn notwendig zur Antragsbearbeitung heranziehen dürfen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Urkunde der Facharztanerkennung</li> <li>▪ Urkunde einer ggf. erworbenen Schwerpunktbezeichnung</li> <li>▪ Urkunde einer ggf. erworbenen Zusatzbezeichnung</li> <li>▪ Arbeitszeugnisse</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
<b>Zustimmung</b>	Ich verpflichte mich, die Auflagen zur Aufrechterhaltung der Genehmigung nach § 7 der Onkologie-Vereinbarung der Kassenärztlichen Vereinigung jährlich bis spätestens zum 31. März des Folgejahres vorzulegen.	<input type="checkbox"/>
	Ich bestätige, die Onkologie-Vereinbarung und die dazugehörige Ergänzungsvereinbarung zur Kenntnis genommen zu haben.	<input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Gilt nur bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis:**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift bei MVZ oder Praxis  
Ärztlicher Leiter bzw. anstellender Arzt

\_\_\_\_\_  
Unterschrift bei GmbH  
Geschäftsführer des MVZ

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
ausführender, angestellter Arzt