



Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Abteilung Qualitätssicherung
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar

**Bitte reichen Sie Ihren Antrag vorzugsweise
digital im PDF Format an qs@kvt.de ein.**

ANTRAG auf Anerkennung als onkologisch verantwortlicher Arzt im Rahmen der
vertragsärztlichen Versorgung

(gemäß der Vereinbarung über die besonders qualifizierte ambulante onkologische Versorgung – Onkologie-Vereinbarung)

Antragsteller

.....
Vertragsarzt, Ärztliche Leitung MVZ, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigter

Leistungserbringer

sofern abweichend vom Antragsteller,
z. B. angestellter Arzt

Gebietsbezeichnung:

Schwerpunkt:

Zusatzbezeichnung:

Praxisanschrift
oder Arbeitsstelle:

Telefon:

Praxis: privat:

E-Mail:

Ort der Leistungserbringung

☐ in eigener Praxis (Betriebsstätte)

☐ in ausgelagerten Praxisräumen
(Nebenbetriebsstätte)

☐ im Rahmen einer Anstellung

☐ bei einem Vertragsarzt

☐ in einem MVZ

☐ im Rahmen einer Ermächtigung

☐ im Rahmen einer Vertretung

Wurde bereits eine Genehmigung zur Anerkennung als onkologisch verantwortlicher Arzt durch eine andere
Kassenärztliche Vereinigung erteilt?

☐ nein ☐ ja (bitte den Bescheid in Kopie beifügen)

Beantragte Leistung/en

☐ Versorgungsebene Eins

Diese Versorgungsebene beinhaltet folgende Leistungsinhalte:

- 96500 Behandlung florider Hämoblastosen (*gilt nicht für Gynäkologen, Urologen und Dermatologen*)
- 96501 Behandlung solider Tumore unter tumorspezifischer Therapie
- 96502 Intrakavitäre zytostatische Tumorthherapie
- 96507 Onkologisch indizierte Bisphosphonatinfusionstherapie
- 96508 Onkologisch indizierte Bisphosphonatinfusionstherapie ab 2 Stunden

☐ Versorgungsebene Zwei

Diese Versorgungsebene beinhaltet folgende Leistungsinhalte:

- 96503 Subkutane/intravasale zytostatische Tumorthherapie
- 96504 Behandlung einer laboratoriumsmedizinisch oder histologisch/zytologisch gesicherten onkologischen Systemerkrankung
- 96505 Orale zytostatische Chemotherapie
- 96506 Gabe von Bluttransfusionen oder Gabe von Apheresethrombozytenkonzentraten
- 96506A Gabe von Poolthrombozytenkonzentraten
- 96509 Palliativversorgung von Tumorkranken

Fachliche Voraussetzungen – Versorgungsebene Eins (gem. § 4 Nr. 2 a der Onkologie-Vereinbarung)

- ☐ Berechtigung zum Führen einer Facharztbezeichnung und dem Nachweis einer mindestens zweijährigen praktischen 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 erstreckt.

Mit dem Zeugnis bzw. der Bescheinigung wird nachgewiesen, dass Kenntnisse und praktische Erfahrungen auf folgenden Gebieten erworben wurden:

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

siehe Zeugnis vom

(Bitte Nachweise in Kopie beifügen.)

- ☐ Anonymisierte **Dokumentation** von 200 Chemotherapiezyklen in einem der nachfolgend genannten Organgebiete innerhalb der letzten 3 Jahre vor Antragstellung:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Urogenitaltrakt | (.....) Anzahl der Zyklen |
| <input type="checkbox"/> weiblicher Genitaltrakt | (.....) Anzahl der Zyklen |
| <input type="checkbox"/> Gastro-Intestinaltrakt | (.....) Anzahl der Zyklen |
| <input type="checkbox"/> Respirationstrakt | (.....) Anzahl der Zyklen |
| <input type="checkbox"/> Mamma | (.....) Anzahl der Zyklen |
| <input type="checkbox"/> Skelett, Haut, endokrine Organe | (.....) Anzahl der Zyklen |
| <input type="checkbox"/> ZNS | (.....) Anzahl der Zyklen |
| <input type="checkbox"/> HNO-Trakt | (.....) Anzahl der Zyklen |
| <input type="checkbox"/> sind beigelegt | <input type="checkbox"/> werden nachgereicht |

Hinweis:

Als Therapiezyklus gilt ein zusammenhängender Behandlungsabschnitt von mindestens dreiwöchiger Dauer.

Fachliche Voraussetzungen – Versorgungsebene Zwei (gem. § 4 Nr. 3 a der Onkologie-Vereinbarung)

- ☐ Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt „Hämatologie und Internistische Onkologie“
oder
- ☐ Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit dem Schwerpunkt „Gynäkologische Onkologie“
oder
- ☐ Zusatzweiterbildung „Medikamentöse Tumorthherapie“, sofern diese nicht im Rahmen der Facharztweiterbildung erlangt wurde
oder
- ☐ 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 in den nachfolgend genannten Organgebieten innerhalb der letzten 3 Jahre vor Antragstellung:
- | | |
|--|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gastro-Intestinaltrakt | (.....) Anzahl der Zyklen |
| <input type="checkbox"/> Urogenitaltrakt | (.....) Anzahl der Zyklen |
| <input type="checkbox"/> Respirationstrakt | (.....) Anzahl der Zyklen |
| <input type="checkbox"/> weiblicher Genitaltrakt und Mamma | (.....) Anzahl der Zyklen |
| <input type="checkbox"/> Skelett, Haut, endokrine Organe | (.....) Anzahl der Zyklen |
| <input type="checkbox"/> ZNS | (.....) Anzahl der Zyklen |
| <input type="checkbox"/> HNO-Trakt | (.....) Anzahl der Zyklen |
- ☐ sind beigefügt ☐ werden nachgereicht
- oder
- ☐ Übrige Fachärzte durch die Berechtigung zum Führen einer Facharztbezeichnung und durch die Vorlage der anonymisierten **Dokumentation** von 200 Chemotherapiezyklen in einem der nachfolgend genannten Organgebiete innerhalb der letzten 3 Jahre vor Antragstellung:
- | | |
|--|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gastro-Intestinaltrakt | (.....) Anzahl der Zyklen |
| <input type="checkbox"/> Urogenitaltrakt | (.....) Anzahl der Zyklen |
| <input type="checkbox"/> Respirationstrakt | (.....) Anzahl der Zyklen |
| <input type="checkbox"/> weiblicher Genitaltrakt und Mamma | (.....) Anzahl der Zyklen |
| <input type="checkbox"/> Skelett, Haut, endokrine Organe | (.....) Anzahl der Zyklen |
| <input type="checkbox"/> ZNS | (.....) Anzahl der Zyklen |
| <input type="checkbox"/> HNO-Trakt | (.....) Anzahl der Zyklen |
- ☐ sind beigefügt ☐ werden nachgereicht

Hinweise:

Als Therapiezyklus gilt ein zusammenhängender Behandlungsabschnitt von mindestens dreiwöchiger Dauer. Aus den vorstehend geforderten Dokumentationen muss hervorgehen, dass sich die Therapiezyklen auf die Anwendung der intravasalen zytostatischen Chemotherapie beziehen.

- ☐ Des Weiteren wird durch eine Bescheinigung nachgewiesen, dass diese Therapien an Abteilungen oder Stationen mit jährlich mindestens 400 Chemotherapiezyklen **selbständig** durchgeführt wurden.

siehe Bescheinigung vom

- ☐ Nachweis* einer mindestens zweijährigen praktischen 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 erstreckt.

Mit dem Zeugnis bzw. der Bescheinigung wird nachgewiesen, dass Kenntnisse und praktische Erfahrungen auf folgenden Gebieten erworben wurden:

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

siehe Zeugnis vom

* Dieser Nachweis ist **nicht** vom Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt „Hämatologie und Internistische Onkologie“, vom Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit dem Schwerpunkt „Gynäkologische Onkologie“ sowie vom Facharzt mit der Zusatzweiterbildung „Medikamentöse Tumorthherapie“ zu führen.

(Bitte Nachweise in Kopie beifügen.)

Weitere Voraussetzungen der Teilnahme für die Versorgungsebenen Eins und Zwei (gem. § 5 und 8 der Onkologie-Vereinbarung)

Im Einzelnen werden von mir folgende Anforderungen erfüllt:

- ☐ Beschäftigung qualifizierten Pflegepersonals
- ☐ Ich beschäftige bereits qualifiziertes Personal (staatlich geprüftes Pflegepersonal mit onkologischer Erfahrung bzw. qualifizierte Arzthelferinnen mit einer dreijährigen onkologischen Qualifikation von 120 Stunden).
- Entsprechende Bescheinigungen ☐ sind beigefügt ☐ werden nachgereicht
- ☐ Die Qualifikation des Personals soll berufsbegleitend erworben werden und zwar für

.....
Name, Vorname, Beginn und Ort der Ausbildung

.....
Name, Vorname, Beginn und Ort der Ausbildung

Anmeldebestätigung ☐ ist beigefügt ☐ wird nachgereicht

- ☐ Bildung und Mitwirkung in einer onkologischen Kooperationsgemeinschaft – möglichst aus dem Kreis der vertragsärztlich tätigen Ärzte – (siehe Anlage zum Antrag)
- ☐ ist beigefügt ☐ wird nachgereicht
- ☐ Sicherstellung einer 24-stündigen Erreichbarkeit bei Durchführung von aplasieinduzierenden Behandlungen. Zur Vermeidung stationärer Aufnahmen wird die Sicherstellung der Erreichbarkeit ausschließlich durch die Kooperation mit anderen an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmenden Ärzten sichergestellt.
- ☐ Die Praxis ist für liegend transportierte Patienten erreichbar.
- Fahrstuhl vorhanden: ☐ ja ☐ nein
- ☐ Infusomaten (Medikamentenpumpen, insbesondere programmierbare Pumpen) zur Verabreichung von zeit- und/oder volumengesteuerten Infusionen werden vorgehalten (gilt nur bei Teilnahme an der Versorgungsebene Zwei)

☐ Es sind insgesamt spezielle Behandlungsplätze eingerichtet.

Der Praxisgrundriss ☐ ist beigelegt ☐ wird nachgereicht

☐ Die Abfallentsorgung erfolgt fachgerecht nach den Richtlinien der jeweils zuständigen Behörde.

☐ Ich nehme mit einem vollen Versorgungsauftrag (mind. 30 Wochenstunden) an der vertragsärztlichen Versorgung teil:

☐ ja

☐ nein

Sofern **kein** voller Versorgungsauftrag besteht:

Zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung der Patienten kooperiere ich mit einem anderen **ebenfalls** an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmenden Arzt des **gleichen** Fachgebietes:

.....
Name, Vorname, Praxisanschrift

.....
Stempel und Unterschrift
des kooperierenden Arztes

Fortbildung – Voraussetzungen zur Aufrechterhaltung der Teilnahme (gem. § 9 der Onkologie-Vereinbarung)

Mir ist bekannt, dass ich nachfolgende zusätzliche Pflichten zur Fortbildung zu erfüllen habe:

- ☐ Teilnahme an jährlich mindestens sechs von der KV Thüringen oder der Ärztekammer oder den Tumorzentren anerkannten Tumorkonferenzen oder Qualitätszirkeln.
- ☐ Kontinuierliche Fortbildung durch regelmäßige Teilnahme an zertifizierten Fortbildungsveranstaltungen und Kongressen onkologischer Fachgesellschaften. Insgesamt sind jährlich 40 Fortbildungspunkte nachzuweisen, wobei die Fortbildungen von der Landesärztekammer anerkannt und sich auf onkologische Fortbildungsinhalte beziehen müssen.
- ☐ Ich verpflichte mich, dass Praxispersonal kontinuierlich intern und extern fortzubilden. Ich werde dem Praxispersonal die jährliche Teilnahme an mindestens zwei onkologischen Fortbildungsveranstaltungen ermöglichen, die von der Landesärztekammer oder der Kassenärztlichen Vereinigung anerkannt sind.

Hinweis:

Diese Nachweise müssen bei der KV Thüringen jährlich bis zum 31.03. des Folgejahres ggf. entsprechend zeitanteilig eingereicht werden.

Weitere Informationen sowie die Rechtsgrundlagen finden Sie auf www.kv-thueringen.de → Themen A-Z.

Erklärung

Ich versichere die Erstellung einer patientenbezogenen Dokumentation, die eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung der Behandlung ermöglicht. Die betrifft insbesondere histologische Befunde, Operationsberichte, Bestrahlungspläne und Protokolle sowie die Dokumentation der systemischen medikamentösen Therapie und deren Toxizität. Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, diese Daten für alle weiter- oder mitbehandelnden Ärzte auch außerhalb der Sprechstundenzeiten unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen im notwendigen Umfang zur Verfügung zu stellen.

Ich versichere, dass ich die ambulante vertragsärztliche Behandlung nicht nur ganz oder teilweise selbst durchführe, sondern die Gesamtbehandlung entsprechend einem einheitlichen Therapieplan – unabhängig von notwendigen Überweisungen – leite und mit den durch Überweisung zugezogenen Ärzten koordiniere.

Ich gestatte der KV Thüringen und der Qualitätssicherungskommission Onkologie ggf. Praxisbegehungen im Hinblick auf die von mir gemachten Angaben und zu erfüllenden Auflagen durchzuführen.

Weiterhin bestätige ich, dass ich die allgemeinen Abrechnungs- und Vertragsbestimmungen in der jeweiligen Fassung erfüllen werde.

Mir ist bekannt, dass die KV Thüringen zur Aufrechterhaltung der Abrechnungsgenehmigung die Anzahl der jährlich betreuten und behandelten Patienten gemäß § 4 Nr. 2 b bzw. § 4 Nr. 3 b der Onkologie-Vereinbarung (GKV-Fälle im Rahmen dieser Vereinbarung) jährlich per 31.03. des Folgejahres anhand der validen Abrechnungsdaten prüft.

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der Anerkennung als onkologisch verantwortlicher Arzt im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung führen können. Ich verpflichte mich, die KV Thüringen über alle Änderungen zu informieren, welche die Erfüllung der in dieser Vereinbarung genannten Voraussetzungen betreffen.

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift des verantwortlichen Arztes

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift des angestellten Arztes

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung des Antrags führen können. Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter www.kv-thueringen.de, Thema Datenschutz.