

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg  
Bezirksdirektion Karlsruhe  
Geschäftsbereich  
Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement  
Keßlerstr. 1  
76185 Karlsruhe

E-Mail: [qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de](mailto:qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de)

**Absender/Stempel**

## Antrag

### auf Genehmigung zur Teilnahme an der Basisversorgung Onkologie Abrechnung der Zuschlagsleistung 99150

Hinweis: Bei gleichzeitiger Beantragung mehrerer Genehmigungen müssen Sie nur auf einem Antragsformular die erste Seite ausfüllen. Auf den anderen Anträgen reicht die Angabe Ihres Namens und ggf. Ihrer LANR. Bitte senden Sie dann alle Anträge gesammelt an eine Bezirksdirektion Ihrer Wahl.

Ggf. Titel, Name, Vorname Antragsteller oder Einrichtung

LANR/BSNR

Sie beantragen die Genehmigung für:

- sich als bereits zugelassenen/ermächtigten Arzt/Psychotherapeuten, dann weiter auf Seite 2
- einen angestellten Arzt/Psychotherapeuten:

Name, Vorname, LANR/BSNR des angestellten Arztes/Psychotherapeuten

Angestellt ab/seit

- sich als noch nicht zugelassenen/ermächtigten Arzt/Psychotherapeuten, dann benötigen wir folgende Angaben:

Gebietsbezeichnung/Schwerpunkt

**Anschrift Arztpraxis/Krankenhaus**

**Wohnanschrift**

Straße

Straße

PLZ, Ort

PLZ, Ort

E-Mail

Arzt/Psychotherapeut ab/seit

Praxisaufnahme voraussichtlich am/zum

Die jeweils gültige Rechtsgrundlage finden Sie unter folgendem Link:  
<http://www.kvbawue.de/praxis/qualitaetssicherung/genuehmigungspflichtige-leistungen/>



Auf Anfrage stellen wir Ihnen gerne eine Papierversion zur Verfügung.

Ich beantrage, Leistungen gemäß der derzeit gültigen Vereinbarung erbringen und abrechnen zu dürfen:

### Fachliche Befähigung

- Nachweis einer mindestens 2-jährigen praktischen Tätigkeit an einem Tumorzentrum oder onkologischen Schwerpunkt oder in einer entsprechend qualifizierten Einrichtung gemäß den geforderten Inhalten nach Ziffer 2 dieser Vereinbarung.

**Bitte entsprechende Zeugnisse in Kopie beifügen!**

### Organisatorische Maßnahmen

Hiermit gewährleiste ich die Erfüllung folgender organisatorischer Voraussetzungen:

- Ständige Zusammenarbeit mit den in die Tumorthherapie eingebundenen Ärzten und dem Arzt, der die übrige hausärztliche Versorgung übernimmt,
- die Organisation einer ständigen Rufbereitschaft zur Beratung und ggf. zur Übernahme der Behandlung der Patienten sowie zur konsiliarischen Beratung weiterer, für den Patienten zuständiger Ärzte
- einen barrierefreien Zugang in die Praxisräume, auch für bettlägerige Patienten,
- die Dokumentation der Tumorerkennung und ihres Verlaufs gem. Ziffer 6 dieser Vereinbarung, insbesondere der histologischen Befunde, der Operationsberichte, der Strahlentherapieprotokolle und der systemischen, medikamentösen Therapie

### Onkologische Kooperationsgemeinschaften

Zur Sicherstellung und umfassenden Planung einer wohnortnahen ambulanten Diagnostik und Therapie arbeite ich in einer onkologischen Kooperationsgemeinschaft mit, in der mindestens nachstehende Fachbereiche beteiligt sind:

- Innere Medizin mit Schwerpunkt-Hämatonkologie,
- Pathologie
- Radiologie
- Strahlentherapie
- sowie ggf. weitere Fachdisziplinen in Abhängigkeit der betreuten Tumorerkrankungen

Der Hausarzt wird regelmäßig über die fachonkologische Behandlung schriftlich informiert.

### Jährlich vorzulegende Nachweise

Ich verpflichte mich, an einem interdisziplinären onkologischen Arbeitskreis oder Qualitätszirkel (z.B. beim Tumorzentrum) regelmäßig (mindestens sechsmal jährlich) teilzunehmen und die Nachweise der KV Baden-Württemberg bis zum 31.03. des Folgejahres vorzulegen.

## Erklärungen

Als onkologisch verantwortlicher Arzt erkläre ich, die ambulante vertragsärztliche Behandlung nach den in der jeweils gültigen Onkologie-Vereinbarung über die Basisversorgung festgelegten Grundsätzen durchzuführen.

Bei der Behandlung tumorkrankter Patienten gewährleiste ich die Erfüllung der im Anhang zu den Vereinbarungen beschriebenen Maßnahmen und werde bei jedem Patienten eine Dokumentation gemäß des Anhangs der Vereinbarung erstellen. Im Übrigen verpflichte ich mich zur Teilnahme an einer Stichprobenprüfung gem. Ziffer 8.2 dieser Vereinbarung.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung durch die Kassenärztliche Vereinigung widerrufen werden kann, wenn

- die Nachweise über die jährliche Teilnahme an mindestens 6 interdisziplinären onkologischen Arbeitskreisen oder Qualitätszirkel (z.B. beim Tumorzentrum) nicht vorgelegt werden können, oder
- aufgrund einer Qualitätsprüfung im Einzelfall (Stichprobe) festgestellt wurde, dass die ordnungsgemäße Durchführung der Vereinbarung nicht mehr gewährleistet ist.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben und verpflichte mich, die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg über alle Änderungen zu informieren, welche die Erfüllung der in dieser Vereinbarung genannten Voraussetzungen betreffen.

## Hinweis

Die Genehmigung kann frühestens ab dem Tag der Antragstellung erteilt werden, an dem alle zum Qualifikationsnachweis erforderlichen Unterlagen (Zeugnisse, Bescheinigungen und ggf. Gerätenachweis) der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) vollständig vorliegen. Soweit für den Nachweis Unterlagen fehlen, kann die Genehmigung erst ab dem Tag erteilt werden, an dem die o. g. Antragsunterlagen bei der KVBW komplettiert wurden.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller

\_\_\_\_\_  
Unterschrift angestellter Arzt/Psychotherapeut

Aus Vereinfachungsgründen wurde auf eine geschlechtsspezifische Berufsbezeichnung verzichtet; es ist selbstverständlich sowohl die männliche als auch die weibliche Form gemeint.

## Einverständniserklärung zur Datenübermittlung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass seitens der Ärztekammer die zu Zwecken der Antragsbearbeitung erforderlichen Urkunden und Zeugnisse zu meiner Person der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg übermittelt werden.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller/angestellter Arzt/Psychotherapeut