



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich Qualitätssicherung
Postfach 60 08 61
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Unternehmensbereich
Qualitätssicherung / Sicherstellung

**Antrag auf Teilnahme an der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante
Versorgung krebskranker Patienten gem. Anlage 7 zu den BMV**

(Onkologie-Vereinbarung)

I. Angaben zur Person / zur Tätigkeit:

Name: _____ Vorname: _____

LANR: _____

FA für: _____

Praxisanschrift: _____

Tätigkeit in / als:

Eigener Niederlassung

Ermächtigter Arzt

Angestellter Arzt in einer Einr. / im MVZ

Angestellter Arzt in einer Arztpraxis

bei: _____

Die beantragten Leistungen werden in folgender/en Betriebs- /Nebenbetriebsstätte/n erbracht
(ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als zwei Betriebsstätten):

Angabe nur erforderlich, wenn abweichend von der Praxisanschrift

1. _____
(Adresse)

2. _____
(Adresse)

II. Beantragte Leistungen

Im Rahmen der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten beantrage ich die Abrechnung der folgenden Kostenpauschalen:

1. Behandlung florider Hämoblastosen entsprechend § 1 Abs. 2 d und e der Onkologie-Vereinbarung (GOP 86510)
2. Behandlung solider Tumore entsprechend § 1 Abs. 2 a-c unter tumorspezifischer Therapie gemäß Onkologie-Vereinbarung (GOP 86512)
3. Zuschlag zu den Kostenpauschalen 86510 und 86512 für die intrakavitäre zytostatische Tumortherapie gemäß der Onkologie-Vereinbarung (GOP 86514)
4. Zuschlag zu den Kostenpauschalen 86510 und 86512 für die intravasale zytostatische Tumortherapie gemäß der Onkologie-Vereinbarung (GOP 86516)
5. Zuschlag zu den Kostenpauschalen 86510 und 86512 für die Palliativversorgung gemäß der Onkologie-Vereinbarung (GOP 86518)
6. Zuschlag zu den Kostenpauschalen 86510 und 86512 für die orale zytostatische Tumortherapie (GOP 86520)

III. Fachliche Anforderungen

Ich verfüge über die folgende abgeschlossene Weiterbildung als:

1. **Facharzt/-ärztin für Innere Medizin mit dem SP „Hämatologie und internistische Onkologie“**

Ich habe in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung durchschnittlich 120 Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien im Quartal betreut (darunter 70 Patienten, mit medikamentöser Tumortherapie, davon 30 mit intravenöser und/oder intrakavitärer und/oder intraläsionaler Behandlung)
2. **Facharztweiterbildung mit der Zusatzbezeichnung „Medikamentöse Tumortherapie“**
3. **Facharzt- bzw. Gebietsweiterbildung, die die Inhalte der Zusatzbezeichnung „Medikamentöse Tumortherapie“ erfüllen (z. B. Gynäkologische Onkologie)**

Mir ist bekannt, dass ich 24 Monate nach erteilter Genehmigung, die gem. § 3 Abs. 4 der Onkologie-Vereinbarung vorgegebenen Patientenzahlen einzuhalten habe.

IV. Organisatorische Maßnahmen

Die nachfolgend aufgeführten organisatorischen Maßnahmen werden sichergestellt:

1. Sicherstellung einer 24-stündigen Rufbereitschaft
2. Ausreichende Anzahl spezieller Behandlungsplätze mit angemessener technischer Ausstattung (bitte Anzahl angeben)
3. Beschäftigung von entsprechend qualifizierten Personals mit onkologischer Qualifikation
(bitte die entsprechenden Zeugnisse/Bescheinigungen in Kopie beifügen)

Name, Qualifikation

Name, Qualifikation

4. Ich erkläre, die weiteren unter § 5 aufgeführten organisatorischen Maßnahmen sicherzustellen.

V. Onkologische Kooperationsgemeinschaft

1. In der onkologischen interdisziplinären Kooperationsgemeinschaft sind folgende Ärzte (bitte namentliche Benennung und Praxisort angeben) vertreten:

SP Hämatonkologie: _____

Pathologie: _____

Radiologie: _____

Strahlentherapie: _____

Palliativmedizin: _____

ggf. weitere Fachdisziplinen: _____

VI. Erklärung/Verpflichtung

Mit meiner Unterschrift erkläre ich bzw. verpflichte ich mich, die nachfolgend aufgeführten Voraussetzungen der Onkologie-Vereinbarung zu erfüllen:

1. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die gemäß § 300 SGB V durch die Kassenkassen geprüften (anonymisierten) versichertenbezogenen Daten arztbezogen an die Onkologie-Kommission gemäß § 10 dieser Vereinbarung zur gezielten Pharmakotherapieberatung weitergeleitet werden können.
2. Ich verpflichte mich, eine patientenbezogene Dokumentation gem. § 8 der nach den Vorgaben des Anhangs 1 der Onkologie-Vereinbarung durchzuführen.
3. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg zur Durchführung von Stichprobeprüfungen nach § 10 Abs. 1 der Onkologie-Vereinbarung auf die patientenbezogene Dokumentation gem. § 8 zurückgreifen kann.
4. Ich versichere, die ärztliche Behandlung nach § 4 zu gewährleisten.
5. Mir ist bekannt, dass für die Aufrechterhaltung der Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung die unter § 7 aufgeführten Verpflichtungen erfüllt und zum 31. 03. des Folgejahres bei der KVBB eingereicht werden müssen.
6. Ich erkläre mich mit der Überprüfung der Voraussetzungen nach §§ 5 und 6 QSV einverstanden

Bei Nachfragen zum Antrag können Sie uns unter folgender E-Mail-Adresse kontaktieren:
qs@kvbb.de

Im Falle einer Genehmigung bin ich einverstanden
 nicht einverstanden

dass mein Name an Kollegen bzw. Institutionen weitergegeben wird.

Datum

Unterschrift des Antragstellers

Im Falle der Anstellung:
Unterschrift / Stempel Ärztl. Leiter der
Einrichtung/MVZ
bzw. Unterschrift des Praxisinhabers

Hinweis:

Die beantragten Leistungen dürfen erst mit erteilter Genehmigung abgerechnet werden. Die Genehmigung kann nicht nachträglich mit Wirkung für die Vergangenheit, also mit Rückwirkung, erteilt werden.