



**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) o
2. Behandlung solider Tumore entsprechend § 1 Abs. 2 a-c unter tumorspezifischer Therapie gemäß Onkologie-Vereinbarung (GOP 86512) o
3. Zuschlag zu den Kostenpauschalen 86510 und 86512 für die intrakavitär applizierte medikamentöse Tumorthherapie gemäß der Onkologie-Vereinbarung (GOP 86514) o
4. Zuschlag zu den Kostenpauschalen 86510 und 86512 für die intravasal applizierte medikamentöse Tumorthherapie gemäß der Onkologie-Vereinbarung (GOP 86516) o
5. Zuschlag zu den Kostenpauschalen 86510 und 86512 für die Palliativversorgung gemäß der Onkologie-Vereinbarung (GOP 86518) o
6. Zuschlag zu den Kostenpauschalen 86510 und 86512 für die orale medikamentöse Tumorthherapie (GOP 86520) o

## III. Fachliche Anforderungen

Ich verfüge über die folgende abgeschlossene Weiterbildung als:

1. **Facharzt/-ärztin für Innere Medizin mit dem SP „Hämatologie und internistische Onkologie“** o  
  
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 Tumorthherapie, davon 30 mit intravenöser und/oder intrakavitärer und/oder intraläsionaler Behandlung) o
2. **Facharztweiterbildung mit der Zusatzbezeichnung „Medikamentöse Tumorthherapie“** o
3. **Facharzt- bzw. Gebietsweiterbildung, die die Inhalte der Zusatzbezeichnung „Medikamentöse Tumorthherapie“ erfüllen (z. B. Gynäkologische Onkologie)** o

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

#### IV. Organisatorische Maßnahmen

Die nachfolgend aufgeführten organisatorischen Maßnahmen werden sichergestellt:

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

---

Name, Qualifikation

---

Name, Qualifikation

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

#### 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.

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 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.