

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Qualitätssicherung
Elsenheimerstraße 39
80687 München

➔ Jetzt **online** beantragen in [MEINE KVB](#)

Fax-Nummer: 089/57093 - 64966
E-Mail-Adresse: VER.CoCQS@kvb.de

Antrag

auf **Genehmigung zur Teilnahme an der „Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung von krebskranken Patienten“ (Onkologie-Vereinbarung, OnkV)** gemäß Anlage 7 zu den Bundesmantelverträgen als onkologisch qualifizierter Arzt

1. Allgemeine Angaben

Antragsteller (bei angestelltem Arzt ist dies der Arbeitgeber, bei einem im MVZ tätigen Arzt der MVZ-Vertretungsberechtigte, bei einem bei einer BAG angestellten Arzt der BAG-Vertretungsberechtigte)

LANR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **BSNR:** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Titel _____

Name _____, **Vorname** _____

Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Vertragsarzt seit/ab: _____
tt.mm.jj

Ich bin Vertretungsberechtigter der BAG _____
(Name der BAG)

Ich bin Vertretungsberechtigter des MVZ _____
(Name des MVZ)

Ich bin am Krankenhaus _____ ermächtigter Arzt seit/ab: _____
(Name des KH) tt.mm.jj

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Hauptbetriebsstätte

E-Mail-Adresse

Telefonnummer

Nur falls noch nicht zugelassen: Wohnanschrift

Die Antragstellung erfolgt für

den Antragsteller persönlich *oder*

den folgenden beim Antragsteller tätigen Arzt:

LANR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Titel _____

Name _____, Vorname _____

Angestellter Arzt bei o.g. Vertragsarzt seit/ab: _____
tt.mm.jj

Angestellter Arzt bei o.g. Berufsausübungsgemeinschaft seit/ab: _____
tt.mm.jj

Vertragsarzt im o.g. MVZ seit/ab: _____
tt.mm.jj

Angestellter Arzt im o.g. MVZ seit/ab: _____
tt.mm.jj

Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:

(ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als vier Betriebsstätten)

1. BSNR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, Adresse: _____

2. BSNR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, Adresse: _____

3. BSNR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, Adresse: _____

4. BSNR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, Adresse: _____

2. Beantragung

Beantragt wird die Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung folgender Leistungen:

Behandlung von krebskranken Patienten mit Tumorerkrankungen im Sinne von § 1 Abs. 2 Buchst. a bis e OnkV nach Maßgabe der OnkV und Abrechnung der Kostenpauschalen nach Anhang 2 OnkV:

- **86510** Behandlung florider Hämoblastosen entsprechend § 1 Abs. 2 d und e OnkV
- **86512** Behandlung solider Tumore entsprechend § 1 Abs. 2 a -c OnkV

Zuschläge zu den Kostenpauschalen nach GOP 86510 und 86512:

- **86514** Zuschlag für die intrakavitär applizierte medikamentöse Tumorthherapie nach OnkV
- **86516** Zuschlag für die intravasal applizierte medikamentöse Tumorthherapie nach OnkV
- **86518** Zuschlag für die Palliativversorgung nach OnkV (nicht neben 86516, 86520 abrechenbar)
- **86520** Zuschlag für die orale medikamentöse Tumorthherapie nach OnkV

Die OnkV umfasst folgende Behandlungen **nicht**:

- Die in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung durchgeführte **Nachsorge** bei behandelten Patienten, die krebskrank waren, vgl. § 1 Abs. 1 Satz 2 OnkV.
- Behandlung von Patienten im Rahmen der **ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung** nach § 116 b SGB V, vgl. § 1 Abs. 1 Satz 4 OnkV
- Tumore, die nach Operation **vollständig reseziert** sind und keiner weiteren tumorspezifischen Therapie und Behandlung bedürfen, vgl. § 1 Abs. 2 Satz 2 OnkV

3. Fachliche Voraussetzungen

3.1 Nach § 3 Abs. 2 und Abs. 6 Satz 1 OnkV wird folgende fachliche Qualifikation nachgewiesen:

Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „**Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie**“ oder der **Schwerpunktbezeichnung „Hämatologie und internistische Onkologie“** oder

Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „**Medikamentöse Tumorthherapie**“ oder

Urkunde über die Berechtigung zum Führen einer Facharzt- bzw. Gebietsbezeichnung, die die **Inhalte der Zusatzbezeichnung „Medikamentöse Tumorthherapie“ umfasst:**

Dies sind in Bayern folgende, nach der **Weiterbildungsordnung (WBO) für die Ärzte Bayerns vom 24.04.2004 oder vom 16.10.2021** erworbenen Facharzt-/Schwerpunktbezeichnungen:

Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie des Gebiets Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Facharzt für Innere Medizin und

- Schwerpunkt Gastroenterologie oder
- Schwerpunkt Pneumologie

Facharzt für Strahlentherapie

Schwerpunkt Kinder-Hämatologie und -Onkologie des Gebiets Kinder- und Jugendmedizin

- Facharzt für Urologie (**ausschließlich** nach der **WBO** für die Ärzte Bayerns vom **16.10.2021**)

und

- Teilnahme an der **fachärztlichen Versorgung** durch Beschluss des Zulassungsausschusses

3.2 Nach § 3 Abs. 4 OnkV sind **innerhalb der letzten 12 Monate vor Antragstellung** auf Genehmigung sowie nach §§ 2 Abs. 4, 7 Nr.5 OnkV **jährlich** (nach Erteilung der Genehmigung) folgende **Patientenzahlen** nachzuweisen:

| Internisten Hämatologie und Onkologie | Andere Fachgruppen |
|--|--|
| Erforderliche Anzahl der pro Quartal und Arzt durchschnittlich betreuten Patienten: | Erforderliche Anzahl der pro Quartal und Arzt durchschnittlich betreuten Patienten: |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ 120 Patienten mit soliden Tumoren oder hämatologischen Neoplasien ▪ darunter 70 Patienten, die mit medikamentöser Tumortherapie behandelt werden ▪ davon 15 Patienten mit intravasaler und/oder und/oder intrakavitärer und/oder intraläsionaler Behandlung | <ul style="list-style-type: none"> ▪ 80 Patienten mit soliden Tumoren ▪ darunter 60 Patienten, die mit medikamentöser Tumortherapie behandelt werden ▪ davon 10 Patienten mit intravasaler und/oder intrakavitärer und/oder intraläsionaler Behandlung |

Vom o. g. Nachweis abweichende Regelungen:

- **Neu-/ Jungpraxenregelung, § 3 Abs. 6 Satz 2 OnkV**
Ärzte, die unter diese Regelung fallen, dürfen die nach § 3 Abs. 4 OnkV geforderten Patientenzahlen **weitere 24 Monate** nach Erteilung der Genehmigung zur Teilnahme an der OnkV (maßgeblich ist das Bescheiddatum) noch **unterschreiten**:
 Ich bin/der beim Antragsteller tätige Arzt ist **zum Zeitpunkt der Antragstellung neu und kürzer als zwei Jahre zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassen /angestellt.**
 - **Vereinbarung der KVB mit den Krankenkassen in Bayern zur Modifizierung der Patientenzahlen**
Die KVB hat mit den Krankenkassen in Bayern folgende abweichende Regelung getroffen, wonach auch für Internisten Hämatologie und Onkologie in Abweichung von § 3 Abs. 4 OnkV folgende Patientenzahlen nachzuweisen sind:
 - Betreuung von durchschnittlich **mindestens 10 Patienten pro Arzt und Quartal** mit intravasaler u./o. interakavitärer antineoplastischer u./o. intraläsionaler Behandlung.
 - Diese Regelung gilt nur für Ärzte, welche die fachliche Qualifikation nach § 3 Abs. 2 OnkV erfüllen.
 - Für Ärzte, die eine Genehmigung nach der sog. Neu- und Jungpraxenregelung nach § 3 Abs. 6 OnkV erhalten haben, gilt diese Regelung mit Ablauf von 24 Monaten ab Beginn der Teilnahme an der OnkV.
- Die Patientenzahlen werden der KVB regelmäßig – nach entsprechender schriftlicher Aufforderung – gemeldet.**

4. Organisatorische Voraussetzungen

Nachfolgende Voraussetzungen werden vollständig erfüllt, vgl. § 5 OnkV:

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> Ständige Zusammenarbeit mit <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hausarzt ▪ Ambulantom Pflegedienst mit besonderer Erfahrung in der Pflege von Patienten mit onkologischen Erkrankungen ▪ Fachabteilungen benachbarter zugelassener Krankenhäuser mit Fachdisziplinen, die in Abhängigkeit von den in der Praxis betreuten Tumorerkrankungen benötigt werden ▪ Einem Hospiz (soweit regional vorhanden), welches die Anforderungen der Rahmenvereinbarung nach § 39 a Abs. 1 Satz 4 SGB V erfüllt. |
| <input type="checkbox"/> Sicherstellung einer 24-stündigen Rufbereitschaft für die betreuten Patienten für telefonische Beratungen mit dem Ziel der Vermeidung stationärer Notaufnahmen. Die Rufbereitschaft ist auf Facharzniveau durch Kooperation mit anderen onkologischen Schwerpunktpraxen / Fachabteilungen von Krankenhäusern sicherzustellen. |
| <input type="checkbox"/> Einrichtung einer ausreichenden Anzahl spezieller Behandlungsplätze mit angemessener technischer Ausstattung (inkl. programmierbarer Medikamentenpumpen) für intravasale medikamentöse Tumortherapien und Bluttransfusionen, die auch für bettlägerige Patienten erreichbar sind und bei Bedarf auch an Wochenenden und Feiertagen zur Verfügung stehen <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kaufvertrag/Wartungsbeleg zur programmierbaren Medikamentenpumpe ist beigelegt. <input type="checkbox"/> Praxisgrundriss, aus dem die Behandlungsplätze ersichtlich sind, ist beigelegt. |
| <input type="checkbox"/> Vorhaltung separater Untersuchungs- und Behandlungsräume für stark immundefiziente Patienten bzw. Patienten mit ansteckenden Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Beschäftigung von qualifiziertem Pflegepersonal zur ständigen Betreuung der onkologischen Patienten bei Behandlungen in der Praxis mit folgender fachlicher Qualifikation: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ausgebildete Gesundheits- und Krankenpfleger mit staatlich anerkannter Zusatzqualifikation zur Pflege onkologischer Patienten: <p>_____ Anzahl Mitarbeiter/innen</p> |
| und/oder <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> mindestens dreijährige Erfahrung in der Pflege onkologischer Patienten in einer onkologischen Fachabteilung <p>_____ Anzahl Mitarbeiter/innen</p> |
| und/oder <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> medizinische Fachangestellte mit einer onkologischen Qualifikation von 120 Stunden, die auch unmittelbar nach der Einstellung aufgenommen und berufsbegleitend erworben werden kann (diese können in begründeten Fällen als Assistenz hinzugezogen werden) <p>_____ Anzahl Mitarbeiter/innen</p> |
| <input type="checkbox"/> Soweit die Rekonstitution eines Fertigarzneimittels zur parenteralen Tumortherapie, d.h. die Überführung in die anwendungsfähige Form unmittelbar vor Anwendung beim Patienten, in der Praxis des Arztes stattfindet, werden folgende Voraussetzungen erfüllt: <ul style="list-style-type: none"> ▪ qualitätsgesicherte, therapiegerechte Zubereitung der parenteralen Tumortherapie durch entsprechendes Fachpersonal (PTA) ▪ Entsorgung von Arzneimittelabfällen nach den Richtlinien der jeweils zuständigen Behörde ▪ Gewährleistung und Dokumentation von Sicherungsmechanismen zum Ausschluss von Verwechslungen von Zubereitungen der parenteralen Tumortherapie und Blutprodukten |

- Pläne (SOP) für typische Notfälle** bei Behandlung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen einschließlich der schnellstmöglichen Verlegung auf die Intensivstation oder die operative bzw. interventionelle Fachabteilung eines benachbarten zugelassenen Krankenhauses sowie **ständige Verfügbarkeit der für Reanimation oder sonstige Notfälle benötigten Geräte und Medikamente**
- Bereitstellung von **kostenlosen industrieunabhängigen Informationsmaterialien für Patienten** über deren Tumorerkrankung und Behandlungsalternativen (Bsp. „Blaue Reihe“ der Dt. Krebshilfe)
- Zusammenarbeit** mit benachbarten Vertragspraxen, Fachabteilungen benachbarter zugelassener Krankenhäuser, die **zeitnah und bei Bedarf täglich** die notwendige **Labordiagnostik** einschl. mikrobiologischer, zytologischer und histopathologischer Untersuchungen, **bildgebende Diagnostik** einschl. CT und MRT und Versorgung mit **Blutkonserven** ermöglicht
- Mitgliedschaft in folgendem **interdisziplinären onkologischen Arbeitskreis oder Tumorzentrum**:

- Zusammenarbeit mit onkologischen Nachsorgeleitstellen gemäß den Vorgaben der zuständigen KV

5. Onkologische Kooperationsgemeinschaft

- Es wurde gemäß **§ 6 OnkV** eine onkologische interdisziplinäre Kooperationsgemeinschaft gebildet, in der folgende Fachgruppen vertreten sind:
 - Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie
 - Pathologie
 - Radiologie
 - Strahlentherapie
 - Weitere Fachdisziplinen in Abhängigkeit von den in der Praxis betreuten Tumorerkrankungen
 - Palliativmedizin
- Zum Nachweis wird eine **schriftliche Vereinbarung der Mitglieder der Kooperationsgemeinschaft** vorgelegt, s. Anlage zum Antrag
- Es wird sichergestellt, dass die Kooperationsgemeinschaft die **Aufgaben nach § 6 Abs. 5 OnkV** erfüllt. Über die Arbeitsergebnisse der onkologischen Kooperationsgemeinschaften werden **Protokolle** erstellt, die auf Nachfrage der Kommission pseudonymisiert vorgelegt werden.

6. Anforderungen an die Behandlung und Dokumentation

- Die ambulante vertragsärztliche Behandlung krebskranker Patienten wird nach Maßgabe von **§ 1 und § 4 OnkV** durchgeführt.
- Es wird eine **patientenbezogene Dokumentation nach den Vorgaben des Anhangs 1** erstellt, die eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung der Behandlung ermöglicht. Dies gilt insbesondere für histologische Befunde, Operationsberichte, Bestrahlungspläne und Protokolle sowie die Dokumentation der medikamentösen Tumortherapie und deren Toxizität, vgl. **§ 8 OnkV**. Die Dokumentation gemäß § 8 OnkV wird durch die Onkologie-Kommission der KVB jährlich bei 8 % der teilnehmenden Ärzte in jeweils 20 Fällen auf ihre Vollständigkeit und ihre Orientierung an aktuellen, medizinisch-wissenschaftlich anerkannten Leitlinien überprüft, vgl. § 10 OnkV.
- Bei Durchführung von **Hämotherapieverfahren** werden die Voraussetzungen gemäß den Richtlinien des Transfusionsgesetzes eingehalten, vgl. **§ 3 Abs. 5 OnkV**.

7. Auflagen zur Aufrechterhaltung der Genehmigung

Die Nachweise zur Erfüllung folgender Auflagen zur Aufrechterhaltung der Genehmigung nach **§ 7 OnkV** werden der Kassenärztlichen Vereinigung **jährlich, bis spätestens 31.03. des Folgejahres**, vorgelegt:

- Kontinuierliche Fortbildung durch regelmäßige Teilnahme an zertifizierten Fortbildungsveranstaltungen und Kongressen onkologischer Fachgesellschaften (**jährlich 50 Fortbildungspunkte zu onkologischen Themen**)
- Teilnahme an **mindestens 2 nachweislich industrieunabhängigen Pharmakotherapieberatungen** pro Jahr
- Jährliche Teilnahme des **onkologischen Fachpersonals** an einer Fortbildungsveranstaltung, die von der Ärztekammer bzw. der KV anerkannt ist
- Jährliche Erfüllung der geforderten **Patientenzahlen**

- Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller tätige Arzt) bin damit einverstanden, dass**
 - die Onkologie-Kommission das Vorliegen der Voraussetzungen nach §§ 5 und 6 OnkV (organisatorische Anforderungen und Arbeit der Kooperationsgemeinschaften) überprüft, vgl. § 10 Abs. 1 OnkV.
 - die gemäß § 300 SGB V durch die Krankenkassen geprüften (anonymisierten) versichertenbezogenen Daten arztbezogen an die Onkologie-Kommission zur gezielten Pharmakotherapieberatung weitergeleitet werden, vgl. § 5 Abs. 2 OnkV.
 - die KVB den Krankenkassen folgende Informationen zukommen lässt:
 - Gemäß § 2 Abs. 2 OnkV, welche Ärzte eine Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung erhalten haben
 - Gemäß § 7 Nr. 6 OnkV, welche Ärzte die jährlichen Auflagen zur Aufrechterhaltung der Teilnahme an der OnkV erfüllt haben.

Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller tätige Arzt) bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich den Inhalt des Antrags sowie des beigefügten Anhangs mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an. Die im Anhang aufgeführten Erläuterungen sind Bestandteil dieses Antrags.

Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist.

Bitte denken Sie daran, alle mit  gekennzeichneten Nachweise in Kopie dem Antrag beizulegen. Urkunden der Ärztekammer legen Sie bitte als Original oder amtlich beglaubigte Kopie bei.

- Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass die KVB im Rahmen der Antragsbearbeitung zu den vorgelegten Nachweisen ggf. erforderliche weitere Informationen und ergänzende Nachweise bei der jeweils zuständigen Stelle einholen kann, insbesondere bei anderen KVen zu erteilten Genehmigungen oder bei Ärztekammern zu Inhalt und Umfang der absolvierten Weiterbildung. Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis während des laufenden Antragsverfahrens jederzeit widerrufen kann.**

Bitte beachten Sie, dass wir Ihnen diese Genehmigung in der Regel binnen eines Monats nach Antragseingang erteilen können, wenn uns die erforderlichen Nachweise vollständig vorliegen und vor Genehmigungserteilung nicht noch zusätzlich eine fachliche Prüfung (Kolloquium) erfolgreich absolviert werden muss.

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt / BAG-Vertretungs-
berechtigter / MVZ-Vertretungsberechtigter



Bei Antragstellung für einen beim Antragsteller tätigen Arzt zusätzlich:

Ort, Datum

Unterschrift beim Antragsteller tätigen Arzt



Stempel Antragsteller

| Checkliste | Liegt der KVB bereits vor | Sind dem Antrag beigefügt |
|---|---------------------------------|---------------------------------|
| 1) Urkunde über die Berechtigung zum Führen der geforderten Schwerpunktbezeichnung, Zusatzbezeichnung und Facharzt- bzw. Gebietsbezeichnung, vgl. 3.1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Kaufvertrag/Wartungsbeleg zur programmierbaren Medikamentenpumpe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) Praxisgrundriss, aus dem die Behandlungsplätze ersichtlich sind | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) Schriftliche Vereinbarung der Mitglieder der Kooperationsgemeinschaft (s. Anlage) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Genehmigungsantrag – Anhang -



Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die KVB erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung Ihres Antrags führen können.

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter www.kvb.de/ueber-uns/erhebung-personenbezogener-daten. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

Sofern die genehmigungspflichtigen Leistungen in einem MVZ erbracht werden sollen, ist der Antragsteller stets der MVZ-Vertretungsberechtigte. Dies trifft sowohl bei zugelassenen Vertragsärzten im MVZ als auch bei angestellten Ärzten im MVZ zu. Der Arzt, der die Leistungen im MVZ erbringen wird und für den die fachlichen Nachweise vorzulegen sind, hat den Antrag mit zu unterzeichnen. Der Genehmigungsbescheid wird dem MVZ erteilt.

Für die Entscheidung über Anträge auf genehmigungspflichtige Leistungen kann eine Gebühr erhoben werden. Die Höhe der Kosten richtet sich nach Anlage 1 der Beitrags- und Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

Die Onkologie-Vereinbarung ist unter www.kbv.de / Service / Rechtsquellen / Verträge / Bundesmantelvertrag / Anlage 7 - Onkologie-Vereinbarung abrufbar.

Das Transfusionsgesetz (TFG) ist unter www.gesetze-im-internet.de / Gesetze/Verordnungen / T / TFG, §12a Richtlinien zum Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft und Technik zu Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen unter www.baek.de / Richtlinien, Leitlinien, Empfehlungen / Richtlinien / Blutprodukte/Hämotherapie / Richtlinien zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie) abrufbar.

Anlage

Vereinbarung der Mitglieder der onkologischen Kooperationsgemeinschaft nach § 6 OnkV zur Vorlage bei der Kassenärztlichen Vereinigung

Zur umfassenden Therapie von tumorkranken Patienten bilden die unterzeichnenden Ärzte eine **onkologische interdisziplinäre Kooperationsgemeinschaft, in der folgende Kompetenzen vertreten sind:**

- Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie
- Pathologie
- Radiologie
- Strahlentherapie
- Weitere Fachdisziplinen in Abhängigkeit von den in der Praxis betreuten Tumorerkrankungen
- Palliativmedizin

Die Kooperationsgemeinschaft erfüllt folgende Aufgaben, vgl. § 6 Abs. 5 OnkV:

- Einführung und Anpassung wissenschaftlich gesicherter Diagnose- und Therapiepläne
- Gemeinsame patientenorientierte Fallbesprechungen, in der Regel im Rahmen von Tumorkonferenzen, die regelmäßig für alle durch die Kooperationsgemeinschaft betreuten Tumorerkrankungen stattfinden. Bei Patienten, bei denen eine interdisziplinäre Therapie in Betracht kommt, sind entsprechende Fallbesprechungen unter Beteiligung der notwendigen Fachdisziplinen vor Beginn der Primär- und Rezidivtherapie sowie bei Wechsel des Therapieregimes durchzuführen.
- Onkologische Konsile
- Gegenseitige Information bei gemeinsamer Betreuung von Patienten
- Bei interdisziplinären Behandlungen Festlegung des für die Koordination der Behandlung zuständigen Arztes, der auch für die regelmäßige Information des Hausarztes mit Erstellung eines Nachsorgeplans und die Dokumentation der Behandlung bei Teilnahme an klinischen Studien verantwortlich ist und dem Patienten und seinen Angehörigen als Ansprechpartner regelmäßig zur Verfügung steht.
- Die Beratung, Früherkennung oder tumorspezifische Behandlung von Patienten mit einer hereditären Krebserkrankung sollten in enger Kooperation mit einem entsprechenden Zentrum durchgeführt werden.

Die Kooperationsgemeinschaft hat folgende Mitglieder (diese bestätigen mit ihrer Unterschrift ihre Mitgliedschaft und erklären sich mit der Weitergabe ihrer Daten an die KVB einverstanden):

1. Titel _____ Name _____ Vorname _____










Fachgebiet: _____ Unterschrift _____

2. Titel _____ Name _____ Vorname _____

Fachgebiet: _____ Unterschrift _____

3. Titel _____ Name _____ Vorname _____

Fachgebiet: _____ Unterschrift _____

| | | |
|----------------------------|--------------------|---|
| 4. Titel _____ Name _____ | Vorname _____ |  |
| Fachgebiet: _____ | Unterschrift _____ | |
| 5. Titel _____ Name _____ | Vorname _____ |  |
| Fachgebiet: _____ | Unterschrift _____ | |
| 6. Titel _____ Name _____ | Vorname _____ |  |
| Fachgebiet: _____ | Unterschrift _____ | |
| 7. Titel _____ Name _____ | Vorname _____ |  |
| Fachgebiet: _____ | Unterschrift _____ | |
| 8. Titel _____ Name _____ | Vorname _____ |  |
| Fachgebiet: _____ | Unterschrift _____ | |
| 9. Titel _____ Name _____ | Vorname _____ |  |
| Fachgebiet: _____ | Unterschrift _____ | |
| 10. Titel _____ Name _____ | Vorname _____ |  |
| Fachgebiet: _____ | Unterschrift _____ | |
| 11. Titel _____ Name _____ | Vorname _____ |  |
| Fachgebiet: _____ | Unterschrift _____ | |
| 12. Titel _____ Name _____ | Vorname _____ |  |
| Fachgebiet: _____ | Unterschrift _____ | |