

Antrag Palliativ-medizinische Versorgung

Vereinbarung zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung gemäß § 87 Abs. 1b SGB V – Anlage 30 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)

- Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragten Leistungen erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, zu dem Ihnen die Genehmigung erteilt worden ist.
- Fügen Sie dem Antrag bitte die erforderlichen Nachweise bei.
- Bitte senden Sie den vollständigen Antrag an o.g. E-Mail oder alternativ an die KV Bremen, Schwachhauser Heerstraße 26/28, 28209 Bremen.

I. Angaben zum Leistungserbringer

ggf. Titel, Vorname, Name	
Wohnanschrift (falls die vertragsärztliche Tätigkeit noch nicht aufgenommen wurde)	
E-Mail-Adresse	
Telefonnummer	
Betriebsstätte (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)	
Nebenbetriebsstätte (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)	
weitere Nebenbetriebsstätte	

Im Bereich der KV HB tätig ab/seit	
LANR (falls bekannt)	

- ☐ Einzelpraxis
- ☐ Berufsausübungsgemeinschaft
- ☐ Ermächtigter Krankenhausarzt
- ☐ Angestellter Arzt

II. Fachliche Anforderungen

Die Berechtigung zur Ausführung und Abrechnung der palliativ-medizinischen Versorgung wurde bereits von einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt.

☐ja (bitte Bescheid beifügen) ☐nein

Falls ja. Wurde diese Berechtigung bislang zurückgenommen, zurückgegeben oder widerrufen?

☐ja ☐nein

Zur Teilnahme an dieser Vereinbarung sind alle an der hausärztlichen Versorgung nach §73 Abs. 1a SGB V teilnehmenden Ärzte sowie Fachärzte der unmittelbaren Patientenversorgung berechtigt.

☐Die fachliche Befähigung wird nachgewiesen durch die Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin

oder

☐Die fachliche Befähigung wird nachgewiesen durch jeweils eine der folgenden Voraussetzungen aus den Bereichen Theorie und Praxis:

1.Theoretische Kenntnisse:

☐40-stündige Kurs-Weiterbildung Palliativmedizin nach dem (Muster-) Kursbuch Palliativmedizin der Bundesärztekammer

oder

☐Strukturierte curriculare Fortbildung „Geriatrische Grundversorgung“ der Bundesärztekammer (60 Stunden) und die Fortbildung „Curriculum Psychosomatische Grundversorgung“ (80 Stunden) und der Teilnahme am Themenkomplex 2 „Behandlung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen (Symptomkontrolle – 20 Stunden)“ der Kurs-Weiterbildung Palliativmedizin

oder

☐Zusatzqualifikation „Spezielle Schmerztherapie“ (80 Stunden) und der Teilnahme an den Themenkomplexen 3,4,5 und 6 („Psychosoziale und spirituelle Aspekte“, „Ethische und rechtliche Fragestellungen“, „Kommunikation und Teamarbeit“ und „Selbstreflexion“ (insgesamt 18 Stunden) der Kurs-Weiterbildung Palliativmedizin.

2. Praktische Erfahrungen:

☐Mindestens 2-wöchige Hospitation in einer Einrichtung der Palliativversorgung oder einem SAPV Team

oder

☐Betreuung von mindestens 15 Palliativpatienten innerhalb der vergangenen drei Jahre.

Bitte entsprechende Nachweise/Bescheinigungen/Zugnisse beifügen.

III. Erklärung

Es wird gewährleistet, dass die Anforderungen an die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Team und die Aufgaben gem. §§ 4 und 5 der Vereinbarung zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung erfüllt werden.

Zudem wird sichergestellt, dass die Teilnahmevoraussetzungen gem. § 6 dieser Vereinbarung erfüllt werden und gültige BTM-trezepte⁴ gem.- der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung zur Verfügung stehen.

Die einschlägigen Rechtsgrundlagen wurden zur Kenntnis genommen.

IV. Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern

Ich bestätige die Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern gemäß § 4 Abs. 1 a) und gewährleiste die Einhaltung der verbindlichen Absprachen (gemäß § 7 Abs. 2) zu folgenden Aufgaben:

- Sicherstellung der palliativmedizinischen Versorgung während sprechstundenfreier Zeiten, an den Wochenenden und Feiertagen
- Regelungen zum gegenseitigen Informationsaustausch
- Organisation gemeinsamer, patientenorientierte Fallbesprechung
- Durchführung von Konsilen.

V. Allgemeines

Die Genehmigung kann frühestens mit Vorlage aller entscheidungsrelevanten Unterlagen erteilt werden. Mit Unterschrift wird erklärt, dass die einschlägigen Rechtsgrundlagen zur Kenntnis genommen wurden.

Datum/Unterschrift (bei angestelltem Arzt Unterschrift des anstellenden Arztes bzw. MVZ-Leiters/bei angestellten Arzt in einer Berufsausübungsgemeinschaft Unterschrift aller Mitglieder) **Stempel**

ANLAGE: Palliativ-medizinische Versorgung – Kooperationspartner

Zusammenarbeit Kooperationspartner:

Ich und die u. g. Kooperationspartner bestätigen die Zusammenarbeit nach § 4 Abs. 1 a) und die Gewährleistung der verbindlichen Absprachen nach § 7 Abs. 2 zu folgenden Aufgaben:

- Sicherstellung der palliativmedizinischen Versorgung während sprechstundenfreier Zeiten, an den Wochenenden und Feiertagen
- Regelungen zum gegenseitigen Informationsaustausch
- Organisation gemeinsamer, patientenorientierte Fallbesprechung
- Durchführung von Konsilen.

Erklärung:

Hiermit wird zum Nachweis der Zusammenarbeit nach § 7 Abs. 2 der Vereinbarung zur Palliativversorgung erklärt, dass zu den vorgenannten Aufgaben verbindliche Absprachen mit den nachfolgenden Kooperationspartnern getroffen wurden.

Stationäre Pflegeeinrichtung und/oder andere beschützende Einrichtung

Name u. Anschrift der Einrichtung	
Ansprechpartner, Kontaktdaten	
Unterschrift des Kooperationspartners	

Ambulanter Hospizdienst

Name u. Anschrift der Einrichtung	
Ansprechpartner, Kontaktdaten	
Unterschrift des Kooperationspartners	

Stationäres Hospiz

Name u. Anschrift der Einrichtung	
Ansprechpartner, Kontaktdaten	
Unterschrift des Kooperationspartners	

Palliativdienst

Name u. Anschrift der Einrichtung	
Ansprechpartner, Kontaktdaten	
Unterschrift des Kooperationspartners	

Palliativstation

Name u. Anschrift der Einrichtung	
Ansprechpartner, Kontaktdaten	
Unterschrift des Kooperationspartners	

SAPV-Team

Name u. Anschrift der Einrichtung	
Ansprechpartner, Kontaktdaten	
Unterschrift des Kooperationspartners	

Beteiligter ambulanter Pflegedienst

Name u. Anschrift der Einrichtung	
Ansprechpartner, Kontaktdaten	
Unterschrift des Kooperationspartners	

Ggf. weitere Leistungserbringer (z.B. Physiotherapeuten)

Name u. Anschrift der Einrichtung	
Ansprechpartner, Kontaktdaten	
Unterschrift des Kooperationspartners	