

E-Mail	genehmigung@kvhb.de
Fax	0421/3404-347

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 Fax-Nummer 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/Zeugnisse 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

Für die Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern nach § 4 Abs. 1 a) und b) wird die Anlage zu diesem Antrag als schriftlicher Nachweis eingereicht, in dem die Zusammenarbeit sowie die Gewährleistung verbindlicher Absprachen gem. § 7 Abs. 2 vereinbart wurden. Bitte füllen Sie hierfür die nachfolgende Anlage zum Antrag aus.

Ich versichere die Richtigkeit der gemachten Angaben.

ANLAGE: Palliativ-medizinische Versorgung – Kooperationspartner

Zusammenarbeit Kooperationspartner:

Für die Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern nach § 4 Abs. 1 a) und b) wird die Anlage zu diesem Antrag als schriftlicher Nachweis eingereicht, in dem die Zusammenarbeit sowie die Gewährleistung verbindlicher Absprachen gem. § 7 Abs. 2 vereinbart wurden:

- 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	

Ambulanter Hospizdienst

Name u. Anschrift der Einrichtung	
Ansprechpartner, Kontaktdaten	

Stationäres Hospiz

Name u. Anschrift der Einrichtung	
Ansprechpartner, Kontaktdaten	

Palliativdienst

Name u. Anschrift der Einrichtung	
Ansprechpartner, Kontaktdaten	

Palliativstation

Name u. Anschrift der Einrichtung	
Ansprechpartner, Kontaktdaten	

SAPV-Team

Name u. Anschrift der Einrichtung	
Ansprechpartner, Kontaktdaten	

Ggf. weitere Leistungserbringer (z.B. Physiotherapeuten)

Name u. Anschrift der Einrichtung	
Ansprechpartner, Kontaktdaten	

Beteiligter ambulanter Pflegedienst

Name u. Anschrift der Einrichtung	
Ansprechpartner, Kontaktdaten	