

**Antrag auf Genehmigung:
Palliativmedizin (Anlage 30 zum BMV-Ä)**

Name, Vorname: _____

(Name des Arztes¹, der die Leistungen erbringen soll)

LANR: _____

oder

Eintragsnummer der KVSH: _____

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

Hinweise

- **WICHTIG** Der eingereichte Antrag inkl. Nachweise wird digitalisiert und anschließend vernichtet. Bitte senden Sie daher die Unterlagen in Kopie ohne Heftung und Klammerung zu.
- Die beantragten Leistungen dürfen erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden.
- Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich.
- Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie unter www.kvsh.de/datenschutz.
- Dieser Antrag kann nur von Hausärzten oder Fachärzten der unmittelbaren Patientenversorgung gestellt werden.

Einverständnis zur Datenübermittlung – damit entfällt die Zusendung von Nachweisen der „Fachlichen Voraussetzungen“

- Notwendige Angaben und Urkunden (wie z. B. Facharztanerkennung, Arbeitszeugnisse) dürfen in den Akten des Arztregisters, des Zulassungsausschusses oder der Ärztekammer eingesehen und kopiert werden.
- Die ausführende Person hat bereits durch die KV _____ eine entsprechende Genehmigung erhalten und beantragt diese im gleichen Umfang. In den letzten vier Quartalen wurden die dazugehörigen Leistungen abgerechnet sowie der Nachweis der Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V erbracht. Entsprechende Unterlagen dürfen bei der vorgenannten KV angefordert werden.

Betriebsstätten

Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätten beantragt: - bitte (N)BSNR oder Standort angeben -

1. _____
2. _____
3. _____

- alle mir erteilten Betriebsstätten

Fachliche Voraussetzungen -bitte beifügen-

- Mindestens 2-wöchige Hospitation in einer Einrichtung der Palliativversorgung oder einem SAPV-Team oder
 - Betreuung von mindestens 15 Palliativpatienten innerhalb der vergangenen drei Jahre
- und
- 40-stündige Kurs-Weiterbildung Palliativmedizin nach dem (Muster-)Kursbuch Palliativmedizin der Bundesärztekammer

¹ Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), sind hiermit selbstverständlich alle Geschlechter gemeint.

oder

- Teilnahme am Themenkomplex 2 „Behandlung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen (Symptomkontrolle – 20 Stunden)“ der Kurs-Weiterbildung Palliativmedizin

Hinweis: *Betrifft ausschließlich Vertragsärzte, die bereits die strukturierte curriculare Fortbildung „Geriatrische Grundversorgung“ der Bundesärztekammer (60 Stunden) und die Fortbildung „Curriculum Psychosomatische Grundversorgung (80 Stunden) absolviert haben.*

oder

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

Hinweis: *Betrifft ausschließlich Vertragsärzte, die bereits die Zusatzqualifikation „Spezielle Schmerztherapie“ (80 Stunden) absolviert haben*

Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern -bitte beifügen-

- Bitte nutzen Sie die Anlage.

Erklärung

- Mit der Unterschrift wird bestätigt, dass die
 - Vorgabe des § 4 Abs. 1 b) eingehalten werden.
 - Voraussetzungen nach § 6 Abs. 1 a) und c) erfüllt werden.

Unterschrift(en)

Datum

ggf. Praxisstempel

Praxisinhaber Vertragsarztpraxis / Geschäftsführung MVZ

Bei Eintragungen im Punkt **Einverständnis zur Datenübermittlung** ist zusätzlich die Unterschrift der angestellten Person notwendig:

Angestellte Person

Anlage
Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern

Berufsgruppe	Externe Kooperationen
Stationäre Pflegeeinrichtung und andere beschützende Einrichtungen	
	Kooperationspartner 1: Name, Anschrift
Ambulante Hospizdienste	
	Kooperationspartner 1: Name, Anschrift
Stationäre Hospize	
	Kooperationspartner 1: Name, Anschrift
Palliativdienste	
	Kooperationspartner 1: Name, Anschrift
Palliativstationen	
	Kooperationspartner 1: Name, Anschrift
SAPV-Teams	
	Kooperationspartner 1: Name, Anschrift
ggf. weitere Leistungserbringer (z. B. Physiotherapeuten)	
	Kooperationspartner 1: Name, Anschrift
An der Versorgung der Palliativpatienten beteiligte ambulante Pflegedienste	
	Kooperationspartner 1: Name, Anschrift

Erklärung

Die Kooperationspartner bestätigen mit ihrer Unterschrift, dass sie

- mit dem antragstellenden Arzt im Rahmen der Versorgung der Palliativpatienten kooperieren (§ 4).
- die Zusammenarbeit und Gewährleistung verbindlicher Absprachen sicherstellen (§ 7 Abs. 2):
 - Sicherstellung der palliativmedizinischen Versorgung während sprechstundenfremder Zeiten, an Wochenenden und Feiertagen,
 - Regelungen zum gegenseitigen Informationsaustausch,
 - Organisation gemeinsamer, patientenorientierter Fallbesprechungen und
 - Durchführung von Konsilien.
- Änderungen der gemachten Angaben sind gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein unverzüglich anzuzeigen.

Unterschrift(en)

Praxisinhaber Vertragspraxis / Geschäftsführung MVZ

- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass die in der Erklärung ggf. nicht aufgeführten Leistungserbringer in meiner Region nicht tätig sind und somit keine Kooperation möglich ist.

Datum und Unterschrift

Stationäre Pflegeeinrichtung und andere beschützende Einrichtungen

Kooperationspartner 1: Datum und Unterschrift

Kooperationspartner 2: Datum und Unterschrift

Ambulante Hospizdienste

Kooperationspartner 1: Datum und Unterschrift

Kooperationspartner 2: Datum und Unterschrift

Stationäre Hospize

Kooperationspartner 1: Datum und Unterschrift

Kooperationspartner 2: Datum und Unterschrift

Palliativdienste

Kooperationspartner 1: Datum und Unterschrift

Kooperationspartner 2: Datum und Unterschrift

Palliativstationen

Kooperationspartner 1: Datum und Unterschrift

Kooperationspartner 2: Datum und Unterschrift

SAPV-Teams

Kooperationspartner 1: Datum und Unterschrift

Kooperationspartner 2: Datum und Unterschrift

Ggf. weitere Leistungserbringer (z. B. Physiotherapeuten)

Kooperationspartner 1: Datum und Unterschrift

Kooperationspartner 2: Datum und Unterschrift

An der Versorgung der Palliativpatienten beteiligte ambulante Pflegedienste

Kooperationspartner 1: Datum und Unterschrift

Kooperationspartner 2: Datum und Unterschrift