

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung
der Leistungen zur besonders qualifizierten und koordinierten
palliativ-medizinischen Versorgung**

Name _____

**Praxisanschrift
Straße:** _____

PLZ, Ort _____

Telefon/ Fax: _____

E-Mail: _____

Ich besitze die Anerkennung als

Facharzt für: _____

ggf. Schwerpunkt- bzw. Zusatzbezeichnung: _____

Niedergelassene Vertragsärzte

Ich bin niedergelassen.

Die Niederlassung ist geplant ab: _____

Ich übernehme die Praxis von: _____

ab: _____.

Angestellte Ärzte/ Medizinische Versorgungszentren (MVZ):

Hier ist der Antrag auf Genehmigung durch den Praxisinhaber zu stellen.

Ich bin in einer Praxis angestellt.

Ich plane die Anstellung in der Praxis von: _____

ab: _____

Ich bin in einem MVZ tätig.

Ich plane die Tätigkeit in dem MVZ _____

ab: _____

Ermächtigte Ärzte:

Ich bin als Krankenhausarzt ermächtigt.

Die Ermächtigung ist geplant ab: _____

Ich beantrage die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Leistungen gemäß der Vereinbarung zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung nach § 87 Abs. 1b SGB V – Anlage 30 BMV-Ä - EBM-Ziffern 37300, 37302, 37317, 37318, 37314.

Nachweis der fachlichen Qualifikation

Ich weise die fachliche Qualifikation wie folgt nach:

Zusatzweiterbildung Palliativmedizin

- Ich verfüge über die Zusatzweiterbildung Palliativmedizin.
 - Der Nachweis liegt der KVSA bereits vor.
 - Der Nachweis ist diesem Antrag als Anlage beigefügt.

Ärzte, die nicht über die Zusatzweiterbildung Palliativmedizin verfügen, weisen die fachliche Qualifikation wie folgt nach:

1. Praktische Erfahrungen

- Betreuung von mindestens 15 Palliativpatienten innerhalb der vergangenen drei Jahre

ODER

- mindestens zweiwöchige Hospitation in einer Einrichtung der Palliativversorgung oder einem SAPV-Team (Nachweis beifügen)

2. Theoretische Kenntnisse

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

ODER

- Teilnahme lediglich am **Themenkomplex „Behandlung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen“** (Symptomkontrolle – 20 Stunden) der Kurs-Weiterbildung „Palliativmedizin“, da ich die strukturierte curriculare Fortbildung „Geriatrische Grundversorgung“ der Bundesärztekammer (60 Stunden) und die Fortbildung „Curriculum Psychosomatische Grundversorgung“ (80 Stunden) bereits absolviert habe (Nachweise beifügen)

ODER

- Teilnahme lediglich an den **Themenkomplexen „Psychosoziale und spirituelle Aspekte“, „Ethische und rechtliche Fragestellungen“, „Kommunikation und Teamarbeit“ und „Selbstreflektion“** (insgesamt 18 Stunden) der Kurs-Weiterbildung Palliativmedizin, da ich die Zusatzqualifikation „Spezielle Schmerztherapie“ (80 Stunden) bereits absolviert habe (Nachweis beifügen).

Kooperation

Ich kooperiere eng mit folgenden an der Versorgung der Palliativpatienten beteiligten Leistungserbringern:

- ambulante Pflegedienste, Pflegeeinrichtungen und andere beschützende Einrichtungen
- ambulante Hospizdienste, stationäre Hospize
- Palliativdienste, Palliativstationen, SAPV-Teams
- ggf. weitere Leistungserbringer (z.B. Physiotherapeuten).

Die vorgenannten Kooperationspartner arbeiten eng mit mir zusammen. Wir treffen verbindliche Absprachen zu den folgenden Aufgaben:

- Sicherstellung der palliativmedizinischen Versorgung während stundenfreier Zeiten, an Wochenenden und Feiertagen,
- Regelungen zum gegenseitigen Informationsaustausch,
- Organisation gemeinsamer, patientenorientierter Fallbesprechungen und
- Durchführung von Konsilen

Weitere Verpflichtungen/ Erklärungen

1. Mit meiner Unterschrift verpflichte ich mich, die in § 3 des Anhangs der Vergütungsvereinbarung festgelegten „Anforderungen an die Durchführung“, u.a. an die Diagnostik und Therapie und an die Berechnung der Leistungen zu erfüllen.
2. Ich erkläre, dass ich evidenzbasierte und zugleich praxiserprobte Leitlinien in der aktuellen Fassung (z.B. S3-Leitlinie Palliativmedizin) anwende.
3. Ich bin im Besitz gültiger Betäubungsmittel-Rezepte, um die in der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung häufig auftretende besondere Schmerzsymptomatik der Patienten versorgen zu können.
4. Mit meiner Unterschrift verpflichte ich mich, jährliche palliativmedizinische Fortbildungen im Umfang von 8 Fortbildungspunkten, insb. durch Teilnahme an Qualitätszirkeln oder Fallkonferenzen zu erwerben und diese der KVSA unaufgefordert nachzuweisen.
5. Mit meiner Unterschrift versichere ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben dieses Antrages sowie der Anlagen.

Ort, Datum, BSNR

Stempel, Unterschrift des Vertragsarztes (bei persönlicher Leistungserbringung) bzw. des angestellten Arztes

Ort, Datum, BSNR

Stempel, Unterschrift des MVZ-Vertretungsberechtigten bzw. des anstellenden Vertragsarztes

Datenschutzrechtliches Einverständnis

Mit meiner zweiten Unterschrift erteile ich das widerrufliche Einverständnis, dass die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt im Bedarfsfall die bei der Landesärztekammer Sachsen-Anhalt vorliegenden Zeugnisse und Bescheinigungen hinsichtlich meiner Weiterbildung und fachlichen Qualifikation (insbesondere Nachweise über Fortbildungen) anfordern kann.

Unterschrift des Arztes, der die Leistungen erbringen möchte