



Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Team Antragsverfahren
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt

antragsverfahren@kvhessen.de
Fax 069 24741-68847

**Antrag auf Abrechnungsgenehmigung
von Leistungen der besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung
gemäß Abschnitt 37.3 EBM
(Vereinbarung zur Palliativversorgung nach § 87 Abs. 1b SGB V iVm. Anlage 30 - BMV-Ä)**

Antragsteller (auch angestellter Arzt)

Name: _____

Vorname: _____

LANR: _____

BSNR: _____

1. Beantragte Leistung/en

Ich beantrage mit meiner Unterschrift die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der antragspflichtigen Leistungen (GOP 37300, 37302, 37317, 37318 EBM) der besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung gemäß Kapitel 37.3 EBM.

- Ich verfüge über die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin und erfülle die in der Anlage 30 BMV-Ä geforderten praktischen Erfahrungen und theoretischen Kenntnisse.
(Urkunde wird wenn nicht vorliegend der KV Hessen eingereicht – an das Vorliegen der Urkunde ist zusätzlich die Abrechnungsfähigkeit der nicht antragspflichtigen GOP 37314 EBM geknüpft).

⇒ bitte weiterlesen auf S. 3 Pkt. 2.1 (Alle Antragsteller)

„Weitere Teilnahmevoraussetzungen (nach § 6 Anlage 30 BMV-Ä)“

- Ich verfüge nicht über die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin

Deshalb ist zumindest eine der folgenden Voraussetzungen jeweils aus den Feldern Theorie und Praxis zu erfüllen

⇒ bitte weiterlesen auf S. 2 Pkt. 2

„Fachliche Voraussetzungen (nach § 6 und Anlage 1 der Anlage 30 BMV-Ä)“

Antragsteller ohne Zusatzbezeichnung Palliativmedizin

2. Fachliche Voraussetzungen (nach § 6 und Anlage 1 der Anlage 30 BMV-Ä)

Zur Teilnahme an der Vereinbarung zur Palliativversorgung sind alle an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a SGB V teilnehmenden Ärzte sowie Fachärzte der unmittelbaren Patientenversorgung berechtigt, die die Voraussetzungen für die Erbringung von Leistungen gemäß der Vereinbarung sowie die in der Anlage 1 genannten persönlichen Anforderungen erfüllen.

Die Teilnahme an der Vereinbarung zur Palliativversorgung setzt die besondere persönliche Qualifikation des Arztes nach § 6 voraus. Für die Anerkennung nach § 7 Anlage 30 - BMV-Ä sind praktische und theoretische Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erforderlich.

Ich verfüge über

Praktische Erfahrungen:

entweder

- Mindestens 2-wöchige Hospitation in einer Einrichtung der Palliativversorgung oder einem SAPV Team
(bitte Nachweis beifügen)

oder

- Betreuung von mindestens 15 Palliativpatienten innerhalb der vergangenen drei Jahre
(bitte Nachweis beifügen)

Theoretische Kenntnisse:

entweder

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

oder

- Vertragsärzte, die bereits die strukturierte curriculare Fortbildung „Geriatrische Grundversorgung“ der Bundesärztekammer (60 Stunden) **und** die Fortbildung „Curriculum Psychosomatische Grundversorgung (80 Stunden) absolviert haben, **weisen die Teilnahme** am Themenkomplex 2 „Behandlung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen (Symptomkontrolle – 20 Stunden)“ der Kurs-Weiterbildung Palliativmedizin nach
(bitte Nachweis beifügen)

oder

- Vertragsärzte, die bereits die Zusatzqualifikation „Spezielle Schmerztherapie“ (80 Stunden) absolviert haben, **weisen die Teilnahme** an den Themenkomplexen 3, 4, 5 und 6 der Kursweiterbildung („Psychosoziale und spirituelle Aspekte“, „Ethische und rechtliche Fragestellungen“, „Kommunikation und Teamarbeit“ und „Selbstreflexion“ insgesamt 18 Stunden) nach.
(bitte Nachweis beifügen)

Alle Antragsteller

2.1 Weitere Teilnahmevoraussetzungen (nach § 6 Anlage 30 BMV-Ä)

Ich verpflichte mich mit diesem Antrag

zur Anwendung evidenzbasierter und zugleich praxiserprobter Leitlinien in der aktuellen Fassung (z.B. S3-Leitlinie Palliativmedizin) und die Bereitschaft zur Erfüllung der Aufgaben nach §§ 4 und 5
und

zur kontinuierlichen Fortentwicklung der palliativ-medizinischen Qualifikation zu regelmäßigen palliativmedizinischen Fortbildungen im Umfang von 8 Fortbildungspunkten/Jahr, insbesondere durch die Teilnahme an Qualitätszirkeln oder Fallkonferenzen im Rahmen der Fortbildung nach § 95d
und

über gültige BTM-Rezepte (dreiteiliges amtliches Formblatt) gemäß Betäubungsmittelverschreibungsverordnung zu verfügen, um die in der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung häufig auftretende besondere Schmerzsymptomatik der Patienten adäquat versorgen zu können.

3. Interdisziplinäre Zusammenarbeit im Team (nach § 4 Anlage 30 BMV-Ä)

Der teilnehmende Arzt nach § 6 übernimmt als der vom Palliativpatienten gewählte Arzt die Behandlung des Patienten und koordiniert die erforderliche Einbeziehung sowie die im Bedarfsfall notwendige fortlaufende Abstimmung mit weiteren Leistungserbringern im Rahmen dieser Vereinbarung.

Der teilnehmende Arzt kooperiert eng mit folgenden Leistungserbringern nach § 4 Abs. 1: Stationäre Pflegeeinrichtungen und andere beschützende Einrichtungen, - ambulante Hospizdienste, - stationäre Hospize, - Palliativdienste, - Palliativstationen, - SAPV-Teams, - ggf. weitere Leistungserbringer (z.B. Physiotherapeuten), - an der Versorgung der Palliativpatienten beteiligte ambulante Pflegedienste, - an der Versorgung der Palliativpatienten beteiligte (Fach-)Ärzte und Psychotherapeuten.

Ich verpflichte mich mit diesem Antrag

zur Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern nach § 4 Abs. 1 und damit zur Gewährleistung verbindlicher Absprachen zu folgenden Aufgaben gemäß § 7 Abs. 2 Anlage 30 BMV-Ä:

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

und dazu, den über die Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern in § 7 Abs. 2 geforderten Nachweis auf Anfrage nachzureichen

Erklärung des/der Antragstellers(in)

Durch meine Unterschrift erkläre ich, dass ich die Vereinbarung nach § 87 Abs. 1b SGB V iVm. Anlage 30 zum BMV-Ä zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung, in Kraft getreten am 01.01.2017, inhaltlich zur Kenntnis genommen habe und mich verpflichte, die in der Vereinbarung aufgeführten Anforderungen zu erfüllen und eine umfassende Versorgung der von mir betreuten Patienten gemäß §§ 2 bis 5 sicherzustellen.

Ich komme gemäß § 3 (2) der Vereinbarung meiner Verpflichtung nach, mich zu erkundigen, ob für den Patienten eine SAPV genehmigt wurde und stattfindet.

Datum, Unterschrift teilnehmender Arzt/Antragsteller

im Falle der Anstellung Unterschrift Praxisinhaber/in

Stempel BSNR