

## Abteilung Qualitätssicherung

Bismarckallee 1-6 • 23795 Bad Segeberg

Mail: qs@kvsh.de • Fax: 04551-883 374

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

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

(Name des Arztes<sup>1</sup>, 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](http://www.kvsh.de/datenschutz).
- Dieser Antrag kann nur von Hausärzten oder Fachärzten der unmittelbaren Patientenversorgung gestellt werden.

### Einverständnis zur Datenübermittlung

- Notwendige Angaben und Urkunden (wie z. B. Facharztanerkennung, Arbeitszeugnisse) dürfen in den Akten des Arztregisters, des Zulassungsausschusses oder der Ärztekammer eingesehen und kopiert werden.
- Der ausführende Arzt 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.

**\*Hinweis: Damit entfällt die Zusendung von Nachweisen der „Fachlichen Voraussetzungen“.**

### 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

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

- 40-stündige Kurs-Weiterbildung Palliativmedizin nach dem (Muster-)Kursbuch Palliativmedizin der Bundesärztekammer  
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 reichen Sie die ausgefüllte Anlage ein

### Erklärung

---

- Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die
  - Voraussetzungen nach § 6 Abs. 1 a) und c) erfüllt werden.
  - Vorgabe des § 4 Abs. 1 b) eingehalten 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
<b>Stationäre Pflegeeinrichtung und andere beschützende Einrichtungen</b>	
	Kooperationspartner 1: Name, Anschrift
<b>Ambulante Hospizdienste</b>	
	Kooperationspartner 1: Name, Anschrift
<b>Stationäre Hospize</b>	
	Kooperationspartner 1: Name, Anschrift
<b>Palliativdienste</b>	
	Kooperationspartner 1: Name, Anschrift
<b>Palliativstationen</b>	
	Kooperationspartner 1: Name, Anschrift
<b>SAPV-Teams</b>	
	Kooperationspartner 1: Name, Anschrift
<b>ggf. weitere Leistungserbringer (z. B. Physiotherapeuten)</b>	
	Kooperationspartner 1: Name, Anschrift
<b>An der Versorgung der Palliativpatienten beteiligte ambulante Pflegedienste</b>	
	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 sprechstundenfrier 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