

Abteilung Qualitätssicherung

Bismarckallee 1-6

23795 Bad Segeberg

☎ 04551/883 374

@ qualitaetssicherung@kvsh.de

Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung genehmigungspflichtiger Leistungen gemäß der Vereinbarung nach § 87 Abs. 1b SGB V zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung

<p>Ich stelle den Antrag für mich <input type="checkbox"/></p> <p>Angaben des Antragstellers: (bitte immer ausfüllen)</p> <p>Vorname: _____</p> <p>Zuname: _____</p> <p>Praxisanschrift</p> <p>PLZ, Ort: _____</p> <p>Straße: _____</p> <p>LANR: _____</p> <p>☎ _____</p> <p>☎ _____</p> <p>@ _____</p>	<p>für meinen angestellten Arzt¹ <input type="checkbox"/></p> <p>Angaben zum angestellten Arzt, der die beantragten Leistungen durchführen soll:</p> <p>Vorname: _____</p> <p>Zuname: _____</p> <p>Privatanschrift</p> <p>PLZ, Ort: _____</p> <p>Straße: _____</p> <p>LANR: _____</p> <p>☎ _____</p> <p>☎ _____</p> <p>@ _____</p>
---	---

<p>Tätig in: Zulassung <input type="checkbox"/></p> <p>Anstellung <input type="checkbox"/></p> <p>Ermächtigung <input type="checkbox"/></p>	<p>ab dem: _____</p>
--	----------------------

<p>Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:</p>	
1. BSNR: _____	4. BSNR: _____
2. BSNR: _____	5. BSNR: _____
3. BSNR: _____	

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

Beantragte Leistungen	Gebührenordnungspositionen 37300, 37302, 37317, 37318		
Fachliche Voraussetzungen	<p>Folgende Anforderungen nach Anlage 1 werden erfüllt:</p> <p><u>Praktische Erfahrung</u></p> <p>☞ mindestens 2-wöchige Hospitation in einer Einrichtung der Palliativversorgung oder einem SAPV-Team</p> <p>oder</p> <p>☞ Betreuung von mindestens 15 Palliativpatienten innerhalb der vergangenen drei Jahre</p> <p>und</p> <p><u>Theoretische Kenntnisse</u></p> <p>☞ 40-stündige Kurs-Weiterbildung Palliativmedizin nach dem (Muster-)Kursbuch Palliativmedizin der Bundesärztekammer</p> <p>oder</p> <p>☞ 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</p> <p>oder</p> <p>☞ Vertragsärzte, die bereits die Zusatzqualifikation „Spezielle Schmerztherapie“ (80 Stunden) absolviert haben, weisen die 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) nach.</p>	ja	nein
Organisatorische Voraussetzungen	<p>Interdisziplinäre Zusammenarbeit im Team gemäß § 4:</p> <p>Nachweis über die Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern gemäß Anlage zum Antrag auf Erteilung einer Genehmigung</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Hinweise	<p>☛ Zeugnisse und Bescheinigungen können nur im Original oder als beglaubigte Fotokopie anerkannt werden.</p> <p>☛ Die beantragten Leistungen dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden. Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich.</p>		
Hinweis zum Datenschutz	Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung (Datenschutzhinweise) finden Sie unter www.kvsh.de . Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.		

Einverständnis zum Datenschutz	<p>Hiermit gebe ich meine Zustimmung, dass die für die Antragsbearbeitung zuständigen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der KVSH folgende Unterlagen aus meiner Arztregisterakte und ggf. der derzeitigen Akte des Zulassungsausschusses einsehen und wenn notwendig zur Antragsbearbeitung heranziehen dürfen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☛ Urkunde der Facharztanerkennung ☛ Urkunde einer ggf. erworbenen Schwerpunktbezeichnung ☛ Urkunde einer ggf. erworbenen Zusatzbezeichnung ☛ Arbeitszeugnisse 	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
---------------------------------------	---	------------------------------------	--------------------------------------

Ich bestätige, die o. g. Vereinbarung zur Kenntnis genommen zu haben.

Ort, Datum

Praxisstempel

Unterschrift

Gilt nur bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis	
	Unterschrift des ärztlichen Leiters des MVZ bzw. anstellenden Arztes der Praxis
	bei GmbH Unterschrift des Geschäftsführers des MVZ
	Unterschrift ausführender, angestellter Arzt

Anlage zum Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung genehmigungspflichtiger Leistungen gemäß der Vereinbarung nach § 87 Abs. 1b SGB V zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung

Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern

Angaben des Antragstellers: (bitte immer ausfüllen)	Angaben zum angestellten Arzt, der die beantragten Leistungen durchführen soll:
Vorname: <input style="width: 90%;" type="text"/>	Vorname: <input style="width: 90%;" type="text"/>
Zuname: <input style="width: 90%;" type="text"/>	Zuname: <input style="width: 90%;" type="text"/>
LANR: <input style="width: 90%;" type="text"/>	LANR: <input style="width: 90%;" type="text"/>

Die nachfolgend genannten Kooperationspartner erklären mit ihrer Unterschrift, dass sie

- ☛ mit dem antragstellenden Arzt, gemäß § 4 der Vereinbarung nach § 87 Abs. 1b SGB V zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung, im Rahmen der Versorgung der Palliativpatienten kooperieren
- ☛ Die Zusammenarbeit und Gewährleistung verbindlicher Absprachen zu folgenden Aufgaben sicherstellen:
 - ☞ Sicherstellung der palliativmedizinischen Versorgung während sprechstundenfreier Zeiten an Wochenenden und Feiertagen,
 - ☞ Regelungen zum gegenseitigen Informationsaustausch,
 - ☞ Organisation gemeinsamer, patientenorientierter Fallbesprechungen und
 - ☞ Durchführung von Konsilen

Stationäre Pflegeeinrichtungen und andere beschützende Einrichtungen	
Name:	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Anschrift:	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Unterschrift:	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Name:	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Anschrift:	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Unterschrift:	<input style="width: 95%;" type="text"/>

Ambulante Hospizdienste

Name:

Anschrift:

Unterschrift:

Name:

Anschrift:

Unterschrift:

Stationäre Hospize

Name:

Anschrift:

Unterschrift:

Name:

Anschrift:

Unterschrift:

Palliativdienste

Name:

Anschrift:

Unterschrift:

Name:

Anschrift:

Unterschrift:

Palliativstationen

Name:

Anschrift:

Unterschrift:

Name:

Anschrift:

Unterschrift:



SAPV-Teams

Name:

Anschrift:

Unterschrift:

Name:

Anschrift:

Unterschrift:

Ggf. weitere Leistungserbringer (z. B. Physiotherapeuten)

Name:

Anschrift:

Unterschrift:

Name:

Anschrift:

Unterschrift:

- Der Pflegedienst wird vom Patienten, dessen Berater oder Bevollmächtigten gewählt; sofern möglich und gewünscht, wird ein palliativ-spezialisierter oder in der Palliativversorgung erfahrender Pflegedienst mit 24-h-Erreichbarkeit gewählt.
- 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.

Änderungen der gemachten Angaben sind gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein unverzüglich anzuzeigen.

Ort, Datum

Praxisstempel

Unterschrift

Gilt nur bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis

Unterschrift des ärztlichen Leiters des MVZ bzw. anstellenden Arztes der Praxis

bei GmbH Unterschrift des Geschäftsführers des MVZ

Unterschrift ausführender, angestellter Arzt



Bitte beifügen

Stand: August 2019

