

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Sicherstellung
Eisenheimerstr. 39
80687 München

Per Fax an: 089/ 57093-64971

Antrag

auf Genehmigung zur Teilnahme an der **Allgemeinen Ambulanten Palliativversorgung (AAPV)** auf Basis der „Vereinbarung nach § 87 Abs. 1b SGB V zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung vom 29.11.2016“ - Anlage 30 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) (Berechnung der GOP 37300, 37302, 37317 und 37318 EBM)

1. Allgemeine Angaben

Antragsteller (bei einem angestelltem Arzt ist dies der Arbeitgeber, bei einem im MVZ tätigen Arzt der MVZ-Vertretungsberechtigte, bei einem bei einer BAG angestellten Arzt der BAG-Vertretungsberechtigte)

LANR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| BSNR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Titel: _____

Name _____, **Vorname** _____

Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Arzt

Ich bin Vertretungsberechtigter der BAG _____
(Name der BAG)

Ich bin Vertretungsberechtigter des MVZ _____
(Name des MVZ)

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Hauptbetriebsstätte

E-Mail-Adresse Telefonnummer

Nur falls noch nicht zugelassen: Wohnanschrift

Die Antragstellung erfolgt für

den Antragsteller persönlich *oder*

den folgenden beim Antragsteller tätigen Arzt:

LANR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Titel _____

Name _____, Vorname _____

Angestellter Arzt in o. g. Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft

Angestellter Arzt im o. g. MVZ

Vertragsarzt im o. g. MVZ

Genehmigungsantrag – Anhang



Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrages durch die KVB erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung Ihres Antrages führen können.

Bei der Tätigkeit sind die für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten und die Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes und der Spezialvorschriften für die Datenverarbeitung zu beachten und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen zu treffen.

Die datenschutzrechtliche Erklärung erfolgt freiwillig und kann jederzeit schriftlich gegenüber der KVB widerrufen werden.

Bitte beachten Sie:

Die Durchführung und Abrechnung genehmigungspflichtiger Leistungen ist erst nach Erhalt der Genehmigung durch die KVB zulässig. Werden genehmigungspflichtige Leistungen vor Erhalt der Genehmigung durchgeführt, so sind diese nicht vergütungsfähig.

Der an dieser Vereinbarung teilnehmende Arzt hat die KVB über alle Änderungen zu informieren, welche die Erfüllung der in § 4 und § 6 i.V.m. Anlage 1 genannten Voraussetzungen betreffen.

Die KVB widerruft bei Wegfall der Voraussetzungen die Genehmigung.

Die Teilnahme an diesem Vertrag ist auf deren Laufzeit begrenzt und endet automatisch zu dem Zeitpunkt, zu dem dieser endet sowie der Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit. Darüber hinaus endet die Teilnahme an diesem Vertrag mit dem Wegfall der erforderlichen Teilnahmevoraussetzungen. Ruht die vertragsärztliche Zulassung gemäß § 95 Abs. 5 SGB V, so ruht auch die Berechtigung zur Teilnahme an diesem Vertrag.

Die Vereinbarung (inkl. Anlagen) finden Sie unter dem folgenden Link:
<http://www.kbv.de/html/bundesmanteilvertrag.php>

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter www.kvb.de/datenschutz.
Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

2. Beantragung

Beantragt wird die Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung nach § 87 Abs. 1b SGB V zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung vom 29.11.2016 - Anlage 30 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)

3. Teilnahmevoraussetzungen

Zur Teilnahme an dieser Vereinbarung 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 nach § 87 Abs. 1b SGB V im Folgenden erfüllen

Bitte bestätigen Sie alle 4 aufgeführten Punkte:

<input type="checkbox"/>	<p>Ich wende evidenzbasierte und zugleich praxiserprobte Leitlinien in der aktuellen Fassung (z. B. S3-Leitlinie Palliativmedizin) an und habe die Bereitschaft zur Erfüllung der Aufgaben nach §§ 4 und 5 dieser Vereinbarung („Interdisziplinäre Zusammenarbeit im Team“ und „Aufgaben der teilnehmenden Ärzte“)</p> <p>und</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Als Nachweis der Zusammenarbeit mit den Kooperationspartner nach § 4 Abs. 1a und 1b reiche ich der KVB einen schriftlichen Nachweis ein, in dem die Kooperationspartner sowie ich als Teilnehmer an dieser Vereinbarung, mit unserer Unterschrift die Zusammenarbeit sowie die Gewährleistung verbindlicher Absprachen zu folgenden Aufgaben erklären:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sicherstellung der palliativmedizinischen Versorgung während der sprechstundenfreier Zeiten, an Wochenenden und Feiertagen - Regelungen zum gegenseitigen Informationsaustausch - Organisation gemeinsamer, patientenorientierter Fallbesprechungen und - Durchführung von Konsilien <p>Bitte füllen Sie als Nachweis dazu die Anlage A auf Seite 6 und 7 vollständig aus und reichen uns diese inkl. aller notwendigen Unterschriften ein. (Unterschrift von mindestens einem Kooperationspartner notwendig.)</p> <p>und</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Zur kontinuierlichen Fortentwicklung der palliativ-medizinischen Qualifikation im Rahmen meiner Teilnahme weise ich regelmäßige palliativmedizinische Fortbildungen im Umfang von 8 Fortbildungspunkten/Jahr, insbesondere durch die Teilnahme an Qualitätszirkeln oder Fallkonferenzen im Rahmen der Fortbildung nach § 95d SGB V, nach (jährliche Nachweisführung)</p> <p>und</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Um in der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung häufig auftretende besondere Schmerzsymptomatik der Patienten adäquat versorgen zu können, verfüge ich über gültige BTM-Rezepte (dreiteiliges amtliches Formblatt) gemäß Betäubungsmittelverschreibungsordnung</p>

Aus den Bereichen Praxis und Theorie ist **jeweils eine der folgenden Voraussetzungen** zu erfüllen:

3.1 Praktische Erfahrungen

<input type="checkbox"/>	Ich habe eine mindestens 2-wöchige Hospitation in einer Einrichtung der Palliativversorgung oder einem SAPV-Team absolviert
	oder
<input type="checkbox"/>	Innerhalb der vergangenen 3 Jahre habe ich mindestens 15 Palliativpatienten betreut

3.2 Theoretische Kenntnisse


<input type="checkbox"/>	Ich verfüge über einen 40-stündigen Kurs-Weiterbildung Palliativmedizin nach dem (Muster-) Kursbuch Palliativmedizin der Bundesärztekammer
	oder
<input type="checkbox"/>	Ich habe bereits die strukturierte curriculare Fortbildung „Geriatrische Grundversorgung“ der Bundesärztekammer (60 Stunden) und die Fortbildung „Curriculum Psychosomatische Grundversorgung“ (80 Stunden) absolviert und weise zusätzlich die Teilnahme am Themenkomplex 2 „Behandlung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen“ (Symptomkontrolle - 20 Stunden) der Kurs-Weiterbildung Palliativmedizin nach
	oder
<input type="checkbox"/>	Ich habe bereits die Zusatzqualifikation „Spezielle Schmerztherapie“ (80 Stunden) absolviert und weise zusätzlich 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
	oder
<input type="checkbox"/>	Ich verfüge über die Anerkennung der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin von der BLÄK

**Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller tätige Arzt) bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich den Inhalt dieses Antrages, der Vereinbarung nach § 87 Abs. 1b SGB V - Anlage 30 BMV-Ä - sowie des beigefügten Anhangs mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diese ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an.
Die im Anhang aufgeführten Erläuterungen sind Bestandteil dieses Antrages.**

Bitte denken Sie daran, alle mit  gekennzeichneten Nachweise in Kopie dem Antrag beizulegen. Urkunden der Ärztekammer legen Sie bitte als **Original oder amtlich beglaubigte Kopie** bei.


Bitte beachten Sie, dass wir Ihnen diese Genehmigung in der Regel binnen eines Monats nach Antragseingang erteilen können, wenn uns die erforderlichen Nachweise vollständig vorliegen.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller
(Arzt / BAG- / MVZ-Vertretungsberechtigter) 

Bei Antragstellung für einen beim Antragsteller tätigen Arzt zusätzlich:

Ort, Datum

Unterschrift beim Antragsteller tätiger Arzt 

Anlage A

zum Antrag auf Genehmigung

zur Teilnahme **an der Allgemeinen Ambulanten Palliativversorgung (AAPV)** auf Basis der „Vereinbarung nach § 87 Abs. 1b SGB V zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung vom 29.11.2016“ - Anlage 30 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)

(Die Unterschrift des Antragstellers und mind. eines Kooperationspartners ist erforderlich)

Erklärung zur Zusammenarbeit mit Kooperationspartner/n

Ich und der/ die unten angegebene/n Kooperationspartner erklären die Zusammenarbeit sowie die Gewährleistung verbindlicher Absprachen zu folgenden Aufgaben (§ 7 Abs. 2 i.V.m. § 4 der Vereinbarung zur Palliativversorgung nach § 87 Abs. 1b SGB V):

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

Kooperation mit (zutreffendes bitte ankreuzen):

- stationärer Pflegeeinrichtung und anderer beschützenden Einrichtung
- ambulantem Hospizdienst
- stationärem Hospiz
- Palliativdienst
- Palliativstation
- ggf. weiterem Leistungserbringer (z.B. Physiotherapeuten)
- an der Versorgung der Palliativpatienten beteiligtem ambulanten Pflegedienst

- SAPV-Team

Das SAPV-Team steht ausschließlich beratend zur Verfügung, d.h. dessen Beitrag im Rahmen der interdisziplinären Zusammenarbeit beschränkt sich ausschließlich auf Beratungsleistungen.

Ort, Datum

Stempel / Unterschrift Kooperationspartner



Optionale Unterschrift ggf. **weiterer** Kooperationspartner:

- stationäre Pflegeeinrichtung und andere beschützende Einrichtung
- ambulanter Hospizdienst
- stationärer Hospiz
- Palliativdienst
- Palliativstation
- ggf. weiterer Leistungserbringer (z.B. Physiotherapeuten)
- an der Versorgung der Palliativpatienten beteiligter ambulanter Pflegedienst

Ort, Datum

Stempel / Unterschrift Kooperationspartner

Ort, Datum

Unterschrift **Antragsteller**
(Arzt / BAG- / MVZ-Vertretungsberechtigter)

Bei Antragstellung für einen beim Antragsteller tätigen Arzt zusätzlich:

Ort, Datum

Unterschrift beim Antragsteller tätiger Arzt