

Arztstempel

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung

Allgemeine Hinweise:

Antragsteller ist die Arztpraxis. Arztpraxis in diesem Sinne ist der Vertragsarzt in Einzelpraxis, eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), der Träger eines zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ), ermächtigtes Institut oder ein ermächtigter Arzt. Die Genehmigung wird arzt- und betriebsstättenbezogen erteilt

Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für die weibliche, männliche als auch diverse Form verwendet

Bitte füllen Sie den Antrag vollständig und in Druckbuchstaben aus

Antragsteller

Name der Arztpraxis / der BAG / des MVZ / des Instituts

--

Anschrift der Hauptbetriebsstätte

Die Antragstellung erfolgt für

Name, Vorname

Lebenslange Arztnummer

--	--

Fachrichtung

--

Vertragsarzt Angestellter Arzt Ermächtigter Arzt Institutsermächtigung

Aufnahme der Tätigkeit ab _____

Ansprechpartner für Rückfragen: _____

Name, Telefonnummer, E-Mail

Die Leistungen werden beantragt für den **Standort der Betriebsstätte**:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Angabe der Anschrift, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

Bei weiteren Standorten fügen Sie dem Antrag eine gesonderte Aufstellung bei

Fachliche Qualifikation

- Ich bin Facharzt für _____ und nehme an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a SGB V teil.

Ich bin Facharzt für _____

Hinweis: Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen.

Qualifikationsnachweise

Voraussetzungen

Praktischer Erfahrungen:

- ➔ Mindestens 2-wöchige Hospitation in einer Einrichtung der Palliativversorgung oder einem SAPV Team
oder
- ➔ Betreuung von mindestens 15 Palliativpatienten innerhalb der vergangenen drei Jahre.

Theoretische Kenntnisse:

- ➔ 40-stündige Kurs-Weiterbildung Palliativmedizin nach dem (Muster-)Kursbuch Palliativmedizin der Bundesärztekammer
oder
- ➔ curriculare Fortbildung „Geriatrische Grundversorgung“ der Bundesärztekammer (60 Stunden)
„Curriculum Psychosomatische Grundversorgung (80 Stunden)

→ Teilnahme am Themenkomplex 2 „Behandlung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen (Symptomkontrolle - 20 Stunden)“ der Kurs-Weiterbildung Palliativmedizin

oder

→ Zusatzqualifikation „Spezielle Schmerztherapie“ (80 Stunden)

Nachweis über die Teilnahme an dem

- Themenkomplex 3 „Psychosoziale und spirituelle Aspekte“
- Themenkomplex 4 „Ethische und rechtliche Fragestellungen“
- Themenkomplex 5 „Wahrnehmung und Kommunikation“
- Themenkomplex 6 „Teamarbeit und Selbstreflexion“ (insgesamt 18 Stunden)

→ Nachweis, in dem die Kooperationspartner sowie der teilnehmende Arzt mit ihrer Unterschrift die Zusammenarbeit sowie die Gewährleistung verbindlicher Absprachen zu folgenden Aufgaben erklären:

→ Sicherstellung der palliativmedizinischen Versorgung während sprechstundenfreier Zeiten, an Wochenenden und Feiertagen,

→ Regelungen zum gegenseitigen Informationsaustausch,

→ Organisation gemeinsamer, patientenorientierter Fallbesprechungen und

→ Durchführung von Konsilen.

Hinweis: Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen.

Organisatorische Anforderungen

Ich verpflichte mich

→ zur Anwendung evidenzbasierter und zugleich praxiserprobter Leitlinien in der aktuellen Fassung (z.B. S3-Leitlinie Palliativmedizin) – gültige BTM-Rezepte (dreiteiliges amtliches Formblatt) gemäß Betäubungsmittel-verschreibungsverordnung vorzuhalten

→ alle in § 5 der Vereinbarung zur Palliativversorgung aufgeführten Aufgaben zu übernehmen

Auflagen zur Aufrechterhaltung der Genehmigung

Ich habe folgende Auflagen zur Kenntnis genommen:

→ jährliche Teilnahme an Qualitätszirkeln oder Fallkonferenzen zum Themenkomplex Palliativmedizin in einem Umfang von 8 Fortbildungspunkten

Rechtlicher Hintergrund

Vereinbarung nach § 87 Abs. 1b SGB V zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung.

Gebühren

Für die Bearbeitung von Anträgen auf Abrechnungsgenehmigungen, die ein Mitglied der KVH innerhalb von 12 Monaten nach Beginn der Mitgliedschaft vollständig stellt, werden höchstens Gebühren bis zu 300,00 € erhoben.

- Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von 100,00 € bitte ich mit sofortiger Wirkung von meinem Honorarkonto bei der Kassenärztlichen Vereinigung abzubuchen
- Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von 100,00 € zahle ich auf das Konto der Kassenärztlichen Vereinigung ein

Deutsche Apotheker- und Ärztekbank e.G
IBAN: DE36 3006 0601 0001 3350 06
BIC: DAAEDEDXXX
Vermerk: Gebühr für Genehmigung

Hinweis: Bitte berücksichtigen Sie dabei, dass Ihr Antrag erst bearbeitet werden kann, wenn die Gebühr bei der Kassenärztlichen Vereinigung eingegangen ist oder einer Abbuchung vom Honorarkonto zugestimmt wurde.

Rechtlicher Hintergrund

Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg für besondere Verwaltungstätigkeiten auf der Grundlage des § 59 Abs. 1 der Satzung KVH

Datenschutz

Die Information der betroffenen Person bei der Erhebung von personenbezogenen Daten gemäß Art. 13 und 14 DSGVO der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) finden Sie auf unserer Homepage. Sofern Sie keinen Internetzugang haben oder aus sonstigen Gründen eine Übersendung in Papierform wünschen, wenden Sie sich bitte an das Infocenter unter 040 / 22 802 900.

Hinweise zur Genehmigungserteilung

Bitte beachten Sie:

- dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist
- dass wir Ihnen diese Genehmigung in der Regel binnen eines Monats nach Antragseingang erteilen können, wenn uns die erforderlichen Nachweise vollständig vorliegen und vor Genehmigungserteilung nicht noch zusätzlich eine fachliche Prüfung (Kolloquium) erfolgreich absolviert werden muss
- dass Sie zur persönlichen Leistungserbringung verpflichtet sind

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben

Datum

Unterschrift Antragsteller

Datum

Unterschrift Angestellter

Unterschriftenformular zum Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von genehmigungspflichtigen Leistungen in einer BAG

Hinweis: Heften Sie dieses Formular an den gewünschten Antrag und reichen Sie beides zusammen bei der KVH ein

BAG	Datum ab
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

(Name des Anstellenden)

Name, Vorname des Angestellten	Anstellungsdatum
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

Hinweis: Es sind die Unterschriften **aller** BAG-Partner erforderlich oder die eines Unterschriftenbevollmächtigten. Reicht der Platz nicht aus, kopieren Sie bitte diese Seite in ausreichender Anzahl. Bei Unterschrift eines Bevollmächtigten, legen Sie bitte eine Kopie der Vollmacht bei.

Ort/Datum

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Praxisstempel