

Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Qualitätssicherung  
Masurenallee 6A  
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-524  
Fax: 030 / 31 003-50730

Praxisstempel

**Antrag auf Teilnahme an der Vereinbarung zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung nach § 87 Abs. 1b SGB V vom 29.11.2016 (Anlage 30 zum BMV-Ä)**

Name des Antragstellers: \_\_\_\_\_

Betriebsstättennummer (BSNR)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Die Antragstellung erfolgt:**  für mich  
 für den angestellten Arzt/ Job-Sharer: \_\_\_\_\_  
(nicht Zutreffendes bitte streichen) (Name des Arztes)

- |   |                                       |  |
|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Niedergelassener Arzt in | <input type="checkbox"/> Einzelpraxis | <input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft             |
|   | <input type="checkbox"/> MVZ          | <input type="checkbox"/> ÜBAG <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Angestellter Arzt in     | <input type="checkbox"/> Einzelpraxis | <input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft             |
|   | <input type="checkbox"/> MVZ          | <input type="checkbox"/> ÜBAG <input type="checkbox"/> Sonstiges |

Lebenslange Arztnummer (LANR)  
(Leistungserbringer)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefon (tagsüber): \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Hiermit beantrage ich für mich bzw. für den angegebenen angestellten Arzt die Teilnahme an der o. g. Vereinbarung zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung und

nehme bzw. der angestellte Arzt nimmt

an der hausärztlichen Versorgung teil, als \_\_\_\_\_

bzw.

an der fachärztlichen Versorgung teil, als \_\_\_\_\_

### **Praktische Erfahrungen gem. Anlage 1 Palliativ-Vereinbarung**

mindestens 2-wöchige Hospitation in einer Einrichtung der Palliativversorgung oder einem SAPV-Team  
(Nachweis in Kopie ist beizufügen)

oder

Betreuung von mindestens 15 Palliativpatienten innerhalb der letzten 3 Jahre  
(formlose Patientenliste oder Nachweis über die persönliche Betreuung der Palliativpatienten)

### **Theoretische Kenntnisse gem. Anlage 1 Palliativ-Vereinbarung**

40-stündige Kurs-Weiterbildung Palliativmedizin nach dem (Muster-)Kursbuch Palliativmedizin der Bundesärztekammer  
(Nachweis in Kopie ist beizufügen)

oder

Vertragsärzte, die bereits die strukturierte curriculare Fortbildung „Geriatrische Grundversorgung“ der Bundesärztekammer (60 Stunden) und das 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  
(Nachweise in Kopie sind beizufügen)

oder

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 Palliativmedizin („Psychosoziale und spirituelle Aspekte“, „Ethische und rechtliche Fragestellungen“, „Kommunikation“ und „Teamarbeit und Selbstreflexion“ insgesamt 18 Stunden) nach  
(Nachweise in Kopie sind beizufügen)

### **Weitere Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 6 der Palliativ-Vereinbarung**

- Anwendung evidenzbasierter und zugleich praxiserprobter Leitlinien in der aktuellen Fassung (z. B. S3-Leitlinie Palliativmedizin) und Bereitschaft zur Erfüllung der Aufgaben nach §§ 4 und 5 der Vereinbarung
- regelmäßige Teilnahme an palliativmedizinischen Fortbildungen im Umfang von 8 Fortbildungspunkten/Jahr, insbesondere an Qualitätszirkeln oder Fallkonferenzen im Rahmen der Fortbildung nach § 95d SGB V  
(Nachweise in Kopie sind beizufügen)
- der teilnehmende Arzt verfügt über gültige BTM-Rezepte (dreiteiliges amtliches Formblatt) gemäß Betäubungsmittelverschreibungsverordnung

### **Hiermit versichere ich bzw. der angestellte Arzt die Erfüllung der Anerkennung gemäß § 7 der Palliativ-Vereinbarung:**

- Nachweis der Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern nach § 4 Abs. 1 a) und b) der Vereinbarung (stationäre Pflegeeinrichtungen und andere beschützende Einrichtungen, ambulante Hospizdienste, stationäre Hospize, Palliativdienste, Palliativstationen, SAPV-Teams, ggf. weitere Leistungserbringer – z. B. Physiotherapeuten –, ambulante Pflegedienste), 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 stundenfreier Zeiten, an Wochenenden und Feiertagen
  - Regelungen zum gegenseitigen Informationsaustausch
  - Organisation gemeinsamer, patientenorientierter Fallbesprechungen
  - Durchführung von Konsilen
- (Nachweis in Kopie ist beizufügen)
- jährlicher Nachweis der Fortbildungen nach § 6 Abs. 1b der Vereinbarung (8 palliativmedizinische Fortbildungspunkte/Jahr)
- Information der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin über alle Änderungen, welche die Erfüllung der in § 4 und § 6 i. V. m. Anlage 1 genannten Voraussetzungen betreffen

**Ich bin bzw. der angestellte Arzt ist umfassend über die Ziele und Inhalte der Vereinbarung informiert. Der Vertragsinhalt ist mir bzw. dem angestellten Arzt bekannt.**

**1. Mir bzw. dem angestellten Arzt ist insbesondere bekannt,**

- dass der zu erbringende Versorgungsauftrag eine, jeweils der Erkrankung angemessene, fachübergreifende und umfassende palliative Behandlung und Betreuung sowie eine den medizinischen Erfordernissen und Möglichkeiten des Patienten angepasste, koordinierte Versorgungssteuerung umfasst (§ 3 Abs. 1),
- dass der Anspruch der Patienten auf eine SAPV im Sinne des § 37b SGB V von dieser Vereinbarung nicht berührt wird und der Arzt verpflichtet ist, sich zu erkundigen, ob für den Patienten eine SAPV genehmigt wurde und stattfindet (§ 3 Abs. 2),
- dass der teilnehmende Arzt die Behandlung des Patienten übernimmt und die erforderliche Einbeziehung sowie die im Bedarfsfall notwendige fortlaufende Abstimmung mit weiteren Leistungserbringern im Rahmen dieser Vereinbarung koordiniert (§ 4 Abs.1),
- dass die Aufgaben zur Versorgung der Patienten übernommen werden und die gesetzlichen Vorschriften bei der Verschreibung und Vorratshaltung von Betäubungsmitteln beachtet werden (§ 5),
- dass die Kassenärztliche Vereinigung bei Wegfall der Voraussetzungen die Genehmigung widerruft (§ 7 Abs. 6).

**2. Ich stimme der namentlichen Übermittlung** (Titel, Vorname und Name zusammen mit meiner Praxisanschrift) der an der Vereinbarung teilnehmenden Ärzte an die jeweiligen Landesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen und den GKV-Spitzenverband in regelmäßigen Abständen, mindestens aber jährlich, **zu.**

**3. Mir ist bekannt, dass die Ausführung und Abrechnung der genehmigungspflichtigen Leistungen nach dieser Vereinbarung in der vertragsärztlichen Versorgung erst nach Erteilung der Genehmigung durch die KV Berlin zulässig ist.**

**4. Mir ist bekannt, dass im Falle einer Kündigung der Vereinbarung die bestehenden Regelungen bis zum Inkrafttreten einer neuen Vereinbarung fortgelten.**

**Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.**

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Antragstellers

---

ggf. Unterschrift des Leiters (Einrichtung/MVZ)