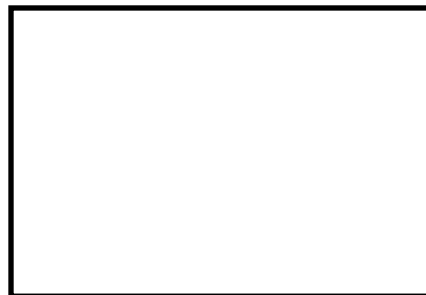


Rück-FAX: 0385.7431.66.377

Rück-Mail an: avoglau@kvmv.de

Bitte zurücksenden an

Kassenärztliche Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern
Geschäftsbereich Qualitätssicherung
PSF 160145
19091 Schwerin



Stempel bzw. Name/Adresse/☎

**Antrag auf Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung nach § 87 Abs. 1b
SGB V zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen
Versorgung vom 29.11.2016 – In Kraft ab 01.01.2017**

1. Fachliche Anforderungen

Praktische Erfahrungen:

- ☐ Ich habe eine mindestens 2-wöchige Hospitation in einer Einrichtung der Palliativversorgung oder in einem SAPV-Team absolviert (Nachweis anbei).

oder

- ☐ Ich betreute mindestens 15 Palliativpatienten innerhalb der vergangenen drei Jahre (Nachweis anbei).

Theoretische Kenntnisse:

- ☐ Ich bin im Besitz einer 40-stündigen Kurs-Weiterbildung Palliativmedizin nach dem (Muster-)Kursbuch Palliativmedizin der Bundesärztekammer (Nachweis anbei).

oder

- ☐ Ich habe bereits die strukturierte curriculare Fortbildung „Geriatrische Grundversorgung“ der Bundesärztekammer (60 Stunden) und die Fortbildung „Curriculum Psychosomatische Grundversorgung (80 Stunden) absolviert und weise die Teilnahme am Themenkomplex 2 „Behandlung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen (Symptomkontrolle - 20 Stunden)“ der Kurs-Weiterbildung Palliativmedizin nach (Nachweis anbei).

oder

- ☐ Ich habe bereits die Zusatzqualifikation „Spezielle Schmerztherapie“ (80 Stunden) absolviert und weise 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) der Kurs-Weiterbildung Palliativmedizin nach (Nachweis anbei)..

2. Anforderungen an die interdisziplinäre Teamstruktur

☐ Ich kooperiere eng mit an der Versorgung der Palliativpatienten beteiligten Leistungserbringern:

Angaben zum Leistungserbringer
(Ergänzungen ggf. beiliegend)

stationäre Pflegeeinrichtungen
und andere beschützende Einrichtungen

ambulante Hospizdienste

stationäre Hospize

Palliativdienste

Palliativstationen

SAPV-Teams

ggf. weitere Leistungserbringer
(z.B. Physiotherapeuten)

an der Versorgung der Palliativpatienten beteiligten ambulanten Pflegediensten

- ☐ Im beiliegenden Nachweis der Zusammenarbeit erklären wir mit unseren Unterschriften die Zusammenarbeit sowie die Gewährleistung verbindlicher Absprachen zu folgenden Aufgaben:
- Sicherstellung der palliativmedizinischen Versorgung während stundenfreier Zeiten, an Wochenenden und Feiertagen,
 - Regelungen zum gegenseitigen Informationsaustausch,
 - Organisation gemeinsamer, patientenorientierter Fallbesprechungen und
 - Durchführung von Konsilen.

3. Ich bestätige mit meiner Unterschrift:

- a) den Versorgungsauftrag gemäß § 3 der o.g. Vereinbarung sicherzustellen.
- b) die Anwendung evidenzbasierter und zugleich praxiserprobter Leitlinien in der aktuellen Fassung (z.B. S3-Leitlinie Palliativmedizin) und die Bereitschaft zur Erfüllung der Aufgaben nach §§ 4 und 5 der o.g. Vereinbarung.
- c) zur kontinuierlichen Fortentwicklung der palliativmedizinischen Qualifikation 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, nachzuweisen.
- d) über gültige BTM-Rezepte (dreiteiliges amtliches Formblatt) gemäß Betäubungsmittelverschreibungsverordnung zu verfügen, um die in der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung häufig auftretende besondere Schmerzsymptomatik der Patienten adäquat versorgen zu können.
- e) die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern über alle Änderungen zu informieren, welche die Erfüllung der in § 4 und § 6 i.V.m. Anlage 1 der in o.g. Vereinbarung beschriebenen Voraussetzungen betreffen.