

E-Mail [genehmigung@kv-rlp.de](mailto:genehmigung@kv-rlp.de)  
Fax 06131 326-327  
Telefon 06131 326-326

[www.kv-rlp.de/906272](http://www.kv-rlp.de/906272)

## ANTRAG

### auf Erteilung einer Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung

Vereinbarung zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung  
gemäß § 87 Abs. 1 SGB V – BMV-Ä Anlage 30

#### I. Angaben zum Leistungserbringer

.....  
ggf. Titel, Vorname, Name geb. am

.....  
Gebiets- oder Facharztbezeichnung

.....  
Wohnungsanschrift (falls die vertragsärztliche Tätigkeit noch nicht aufgenommen wurde) Telefon

.....  
E-Mail-Adresse Telefon mobil

.....  
Betriebsstätte (PLZ Ort, Straße, Hausnummer) Telefon

.....  
Nebenbetriebsstätte (PLZ Ort, Straße, Hausnummer) Telefon

.....  
weitere Nebenbetriebsstätte

Im Bereich der KV RLP tätig ab/seit: .....

LANR (falls bekannt) .....

- Einzelpraxis
- Berufsausübungsgemeinschaft
- Ermächtigter Krankenhausarzt
- Angestellter Arzt

## II. Leistungsumfang GOP - EBM

### Leistungslegende

37300	Palliativmedizinische Ersterhebung
37302	Zuschlag zur Versicherten- oder Grundpauschale für den koordinierenden Vertragsarzt
37317	Zuschlag Erreichbarkeit/Besuchsbereitschaft
37318	Telefonische Beratung von mind. 5 Minuten Dauer

## III. Fachliche Anforderungen

**Die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung wurde bereits von einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt:**

- ja (bitte Bescheid beifügen)  nein

**Falls ja, wurde diese Genehmigung bislang zurückgenommen, zurückgegeben oder widerrufen?**

- ja  nein

**Ich habe folgende praktische Erfahrungen**

- ja  nein Mindestens 2-wöchige Hospitation in einer Einrichtung der Palliativversorgung oder einem SAPV-Team

**oder**

- ja  nein Betreuung von mindestens 15 Palliativpatienten innerhalb der vergangenen drei Jahre

**und besitze folgende theoretische Kenntnisse**

- ja  nein 40-stündige Kurs-Weiterbildung Palliativmedizin nach dem (Muster-)Kursbuch Palliativmedizin der Bundesärztekammer

**oder**

- ja  nein Teilnahme an einer strukturierten curricularen Fortbildung „Geriatrische Grundversorgung“ der Bundesärztekammer (60 Stunden), Fortbildung „Curriculum Psychosomatische Grundversorgung“ (80 Stunden) sowie Teilnahme am Themenkomplex 2 „Behandlung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen (Symptomkontrolle – 20 Stunden)“ der Kurs-Weiterbildung Palliativmedizin

**oder**

- ja  nein Absolvierung der Zusatzqualifikation „Spezielle Schmerztherapie“ (80 Stunden) sowie 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)

**Bitte Zeugnisse/Bescheinigungen beifügen, sofern diese der KV RLP noch nicht vorliegen.**

#### **IV. Verpflichtung**

Ich verpflichte mich

- evidenzbasierte Leitlinien (z. B. S3-Leitlinie Palliativmedizin) anzuwenden.
- gültige BTM-Rezepte gemäß Betäubungsmittelverschreibungsverordnung vorzuhalten.
- zur Teilnahme an regelmäßigen themenbezogenen Fortbildungen (8 Fortbildungspunkte/Jahr).

#### **V. Kooperationen**

- Die Anlage I - Kooperationen ist dem Antrag beigefügt.
- Die Anlage I - Kooperationen wird nachgereicht.

#### **VI. Allgemeines**

- Leistungen der qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst ab dem Zeitpunkt abgerechnet werden, wenn die hierfür erforderliche schriftliche Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung durch die KV RLP erteilt wurde. Eine rückwirkende Genehmigung ist nicht möglich. Die Voraussetzungen des EBM sind zusätzlich zu beachten.
- Für Ärzte, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben, wird eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung nur im Rahmen des vom Zulassungsausschuss ausgesprochenen Ermächtigungsumfangs wirksam.

Der/Die Unterzeichner versichert/versichern die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel des ausführenden Arztes

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel des Vertragsarztes bzw.  
der abrechnenden Stelle (anstellender  
Vertragsarzt, MVZ, Institut)