

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6A
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-524
Fax: 030 / 31 003-50730
E-Mail: QS-Team-2@kvberlin.de

Praxisstempel

Teilnahmeerklärung an der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV)
nach dem Rahmenvertrag mit der Postbeamtenkrankenkasse (PbeaKK) vom 17.12.2010, fortgeführt in der Fassung vom 01.01.2014

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)

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

(wenn vorhanden)

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail: _____

Hiermit beantrage ich für mich bzw. für den angegebenen angestellten Arzt die Teilnahme an dem o.g. Vertrag über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung und

- besitze bzw. der angestellte Arzt besitzt die abgeschlossene Weiterbildung Palliativmedizin gemäß der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammern (§ 7 Abs. 1 Buchstabe b)

(Die Urkunde ist in Kopie der Teilnahmeerklärung beigelegt)

und

- habe den Nachweis über die selbständige ambulante Versorgung von mind. 75 Palliativpatienten innerhalb der letzten 3 Jahre beigelegt (§ 7 Abs. 1 Buchstabe c)

(formlose Patientenliste, aus der die Krankenkasse, Versichertennummer, Diagnose und der palliativmedizinische Betreuungszeitraum der Palliativpatienten hervorgehen, ist beigelegt)

oder

- habe den Nachweis über eine mind. einjährige klinische palliativmedizinische Tätigkeit in einer Palliativabteilung eines Krankenhauses innerhalb der letzten 3 Jahre beigelegt (§ 7 Abs. 1 Buchstabe c)

(Bescheinigung/Zeugnis in Kopie ist beigelegt)

oder

- verpflichte mich bzw. der angestellte Arzt verpflichtet sich, den Nachweis über die selbständige ambulante Versorgung von mind. 75 Palliativpatienten in einem Zeitraum von 12 Monaten ab Teilnahmebestätigung gegenüber der KV Berlin nachzuholen (§ 7 Abs. 1 Buchstabe e)

und

- habe den Nachweis einer Kooperationsvereinbarung mit mind. einem für die Teilnahme an dem SAPV-Rahmenvertrag gemäß § 132d SGB V in Berlin oder durch die Postbeamtenkrankenkasse anerkannten spezialisierten Palliativpflegedienst beigelegt (§ 7 Abs. Buchstabe d)

(Kooperationsvereinbarung ist beigelegt)

Hiermit versichere ich als Palliativarzt, dass folgende Mindestanforderungen an die sächliche Ausstattung gemäß § 7 Abs. 4 des o.g. Vertrages vorgehalten werden:

- a) Eine geeignete, aktuell geführte und für die an der Versorgung Beteiligten jederzeit zugängliche Patientendokumentation
- b) Arztkoffer/Bereitschaftstasche (Berücksichtigung der Kompatibilität der Verbrauchsmaterialien zu Medizinprodukten unterschiedl. Hersteller, z.B. bei Portsystemen oder Infusionspumpen)
- c) Eine geeignete administrative Infrastruktur, z.B. Büro, Kommunikationstechnik
- d) Arzneimittel (inklusive Betäubungsmittel) für die Notfall-/Krisenintervention

Hiermit verpflichte ich mich als Palliativarzt, dass eine eigenständige Adresse und geeignete Räumlichkeiten für

- die Beratung von Versicherten und Angehörigen,
- Teamsitzungen und Besprechungen und
- die Lagerhaltung von eigenen Medikamenten für Notfall-/Krisenintervention und Hilfsmittel zur Verfügung stehen (§ 7 Abs. 5).

Ich bin bzw. der angestellte Palliativarzt ist umfassend über die Ziele und Inhalte des Vertrages über die SAPV mit der PbeaKK informiert. Der Vertragsinhalt ist mir bzw. dem angestellten Palliativarzt bekannt.

1. Mir bzw. dem angestellten Palliativarzt ist insbesondere bekannt,

- dass die Einhaltung der Anforderungen an den Umgang mit Betäubungsmitteln im Sinne des BTMG durch den Palliativarzt sicherzustellen ist (§ 7 Abs. 5),
- dass eine 24-Stunden-Bereitschaft zu gewährleisten ist und auch bei z.B. urlaubs- oder krankheitsbedingter Abwesenheit die ständige Verfügbarkeit eines spezialisierten Palliativarztes sichergestellt sein muss (§ 10 Abs.3),
- dass der spezialisierte Palliativarzt im Rahmen der Koordination den individuellen Behandlungsplan erstellen und sich mit den beteiligten Leistungserbringern abstimmen muss (§ 10 Abs. 4),
- dass die Leistungserbringung gemäß § 11 sachgerecht und kontinuierlich dokumentiert werden muss (§ 10 Abs. 4),
- dass der spezialisierte Palliativarzt im Rahmen der Qualitätssicherung verpflichtet ist, ein internes Qualitätsmanagement durchzuführen, regelmäßig an multiprofessionellen Fortbildungen zur Palliativmedizin teilzunehmen, halbjährlich multidisziplinäre Fallbesprechungen durchzuführen und sich an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung zu beteiligen (§ 11 Abs. 2),
- dass die Teilnahme an dem Vertrag endet, wenn die Teilnahmevoraussetzungen des Vertrages nicht mehr erfüllt sind oder eine Kündigung des Vertrages erfolgt (§ 9).

2. Ich stimme der namentlichen Veröffentlichung (Titel, Vorname und Name zusammen mit meiner Praxisanschrift und meiner Praxistelefonnummer) im Verzeichnis über die „SAPV-Ärzte“ bzw. „SAPV-Praxen“ **auf der Homepage der KV Berlin zu.**

3. Notwendigen Vertragsänderungen oder -anpassungen stimme ich zu.

4. Mir ist bekannt, dass die Ausführung und Abrechnung der genehmigungspflichtigen Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung erst **nach Erteilung der Teilnahmebestätigung durch die KV Berlin im Auftrag der Postbeamtenkrankenkasse zulässig** ist.

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Ggf. Unterschrift des Leiters (Einrichtung/MVZ)