

KV HESSEN | Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Qualitätssicherung Team 1
60486 Frankfurt

KV | KASSENÄRZTLICHE
VEREINIGUNG
HESSEN

Schmerztherapie

Antrag zur Teilnahme an der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie)

- Voraussetzung für die Abrechnung der GOP 30700, 30702, 30708, 30708V EBM -

Hinweis: In diesem Formular gelten grammatikalisch maskuline oder feminine Personenbezeichnungen jeweils gleichermaßen für Personen weiblichen und männlichen Geschlechts.

Bitte füllen Sie den Antrag möglichst vollständig und in Druckbuchstaben aus. Sie erleichtern uns damit die Antragsbearbeitung.

*Die mit * gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder. Diese Angaben helfen uns bei der Bearbeitung Ihres Antrags.*

Vielen Dank für Ihre Unterstützung! Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Qualitätssicherung
Team 1

Elena Schleining
Merhawi Tewolde
Anna Sophie Zebi
Bianca Knaus
Tel 069 24741-7216
Fax 069 24741-68819
qs.fb1.9@kvhessen.de

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt
Postfach 15 02 04 | 60062 Frankfurt
www.kvhessen.de

Allgemeine Angaben

Persönliche Angaben

Name, Vorname*, Titel _____ LANR _____

Privatanschrift* _____

* _____  _____ * _____

Geburtsdatum*: _____ Datum der Approbation: _____

Angaben zur Tätigkeit

Beginn der beantragten Abrechnungsgenehmigung:

Ab dem Datum, zu dem die Antragsunterlagen vollständig bei der KV Hessen vorliegen. Eine rückwirkende Genehmigung kann nicht erteilt werden.

Zu einem späteren Datum _____

Art der Tätigkeit¹:

Vertragsarzt in Einzelpraxis Gemeinschaftspraxis MVZ Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

Angestellter Arzt

in Praxis/BAG _____ BSNR _____

Name des anstellenden Arztes

in MVZ _____ BSNR _____

Name des MVZ

Ermächtigter Arzt _____ BSNR _____

Name der Einrichtung

Instituts-
Ermächtigung _____ BSNR _____

Name des Instituts und des verantwortlichen Leiters

Sicherstellungs-
Assistent _____ BSNR _____

Name des anstellenden Arztes **oder** des anstellenden MVZ mit Angabe des zu vertretenden Arztes

Ort(e) der Tätigkeit²:

Anschrift Standort _____ BSNR _____

Anschrift Standort _____ BSNR _____

Anschrift Standort _____ BSNR _____

Bei weiteren Standorten bitte dem Antrag gesonderte Aufstellung als Anlage beifügen.

¹ Anträge genehmigungspflichtiger Leistungen für angestellte Ärzte sind auch vom anstellenden Arzt bzw. vom Leiter des MVZ zu unterschreiben.

² Der Eintrag der entsprechenden Betriebs- und Nebenbetriebsstättennummer ist für die Antragstellung nicht zwingend erforderlich. Wir weisen jedoch darauf hin, dass die Abrechnungsgenehmigung erst nach Erteilung der entsprechenden Betriebs- und/oder Nebenbetriebsstättennummer erfolgen kann.

Genehmigungsvoraussetzungen

Fachliche Anforderungen

Der Kassenärztlichen Vereinigung sind zum Nachweis über die Erfüllung der festgelegten Anforderungen an die fachliche Befähigung für die Durchführung der Schmerztherapie chronisch Schmerzkranker gemäß § 10 der Vereinbarung Zeugnisse und Bescheinigungen vorzulegen (einfache Kopien, gerne auch per Mail).

Folgende Unterlagen sind beigefügt:

- Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung für das klinische Fach
(Dieser Nachweis entfällt, wenn im Arztregister der KV Hessen die Gebietsbezeichnung eingetragen ist.)
- Zeugnisse gemäß § 4 Abs. 1, 2 und 3 Nr. 1 der Vereinbarung (inkl. Leistungsverzeichnis/Anlage zum Weiterbildungszeugnis) *
- Bescheinigungen über die regelmäßige Teilnahme - **mind. achtmal** - an Schmerzkonferenzen innerhalb von 12 Monaten **vor** Antragstellung (§ 4 Abs. 3 Nr. 2):
- Die Genehmigung zur Teilnahme an der psychosomatischen Grundversorgung liegt vor. (§ 4 Abs. 3 Nr. 3)
- Bescheinigung(en) über die Teilnahme an einem von der Ärztekammer anerkannten interdisziplinären Kurs über Schmerztherapie von 80 Stunden Dauer (§ 11 Nr. 5) **oder** Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ (Die Urkunde über die Zusatzbezeichnung ist durch das Arztregister zu erfassen. Auf unserer Homepage finden Sie unter dem Punkt „**Urkunde einreichen**“ alle wichtigen Informationen sowie die Kontaktdaten:
<https://www.kvhessen.de/praxismanagement/arzt-psychotherapeutenregister/>)

Teilnahme an einem Kolloquium

Für die Teilnahme an der Vereinbarung ist die erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium vor der Schmerztherapie-Kommission der Kassenärztlichen Vereinigung erforderlich, sofern die Prüfung zur Erlangung der Anerkennung der Zusatzweiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“ länger als 48 Monate zurückliegt (§ 4 Abs. 3 Nr. 4).

- Ich werde an einem Kolloquium teilnehmen ja nein

Sonstige Anforderungen

Einsatz schmerztherapeutischer Behandlungsverfahren

Der Einsatz folgender schmerztherapeutischer Behandlungsverfahren ist für den an der Vereinbarung teilnehmenden Arzt verpflichtend. Sie sind nicht delegationsfähig (§ 6 Abs. 1).

- Pharmakotherapie
- Therapeutische Lokalanästhesie
- Psychosomatische Grundversorgung gemäß der Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung)
- Stimulationstechniken
- Koordination und Einleitung von psycho- und physiotherapeutischen Maßnahmen

Die Einleitung und Koordination nachstehender flankierender therapeutischer Maßnahmen bzw. deren Durchführung sind jeweils indikationsbezogen zu gewährleisten (§ 6 Abs. 2). Der Arzt muss mind. drei dieser Behandlungsverfahren vorhalten. Bei Überweisungen sind die Vertragsärzte (Praxen) zu benennen*:

➤ **Manuelle Untersuchungs- und Behandlungsverfahren**

selbst Überweisung an Frau/Herrn (Name, Ort) _____

➤ **Physikalische Therapie**

selbst Überweisung an Frau/Herrn (Name, Ort) _____

➤ **Invasive Verfahren** (z. B. Leitungsanalgesie, rückenmarksnahe Verfahren, Sympathikusblockaden)

selbst Überweisung an Frau/Herrn (Name, Ort) _____

➤ **Anwendung von Capsaicin 8% als Schmerzpflaster**

selbst Überweisung an Frau/Herrn (Name, Ort) _____

➤ **Einstellung und Befüllung von implantierten Medikamentenpumpen**

selbst Überweisung an Frau/Herrn (Name, Ort) _____

➤ **Übende Verfahren** (z.B. Progressive Muskelrelaxation, Autogenes Training)

selbst Überweisung an Frau/Herrn (Name, Ort) _____

➤ **Hypnose**

selbst Überweisung an Frau/Herrn (Name, Ort) _____

➤ **Ernährungsberatung**

selbst Überweisung an Frau/Herrn (Name, Ort) _____

➤ **Komplementäre Verfahren** (z. B. Akupunktur)

selbst Überweisung an Frau/Herrn (Name, Ort) _____

➤ **Entzugsbehandlung bei Medikamentenabhängigkeit**

selbst Überweisung an Frau/Herrn (Name, Ort) _____

Organisatorische Voraussetzungen *

Räumliche Voraussetzungen (§ 9 Abs.1)

- rollstuhlgeeignete Praxis

Betriebsstättennummer _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nebenbetriebsstättennummer _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
- Überwachungs- und Liegeplätze

Betriebsstättennummer _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nebenbetriebsstättennummer _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Apparative Voraussetzungen (§ 9 Abs. 2)

- Reanimationseinheit einschließlich Defibrillator

Betriebsstättennummer _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nebenbetriebsstättennummer _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
- EKG- und Pulsmonitoring an jedem Behandlungsplatz, an dem invasive Verfahren durchgeführt werden

Betriebsstättennummer _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nebenbetriebsstättennummer _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Schmerztherapeutische Versorgung (§ 5) *

- Vorhalten von schmerztherapeutischen Sprechstunden an vier Tagen pro Woche je mindestens vier Stunden*, in denen ausschließlich Patienten mit chronischen Schmerzkrankheiten behandelt werden.
**Gilt für die gesamte Einrichtung (Arbeitszeitumfang berücksichtigen)*

	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--	-----------------------------	-------------------------------
- Ständige Rufbereitschaft während der Praxiszeiten zur Beratung der Schmerzpatienten,

	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--	-----------------------------	-------------------------------
- Zeitnahe, mindestens aber halbjährliche Information des Hausarztes des Patienten über den Behandlungsverlauf

	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--	-----------------------------	-------------------------------
- konsiliarische Beratung der gem. § 6 Abs. 2 kooperierenden Ärzte

	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--	-----------------------------	-------------------------------

Dokumentation (§ 7) *

- Ich verpflichte mich, jeden Behandlungsfall entsprechend den Anforderungen von § 7 der Vereinbarung standardisiert zu dokumentieren und der Kassenärztlichen Vereinigung auf Verlangen die Dokumentation vorzulegen

	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--	-----------------------------	-------------------------------

Sonstige Verpflichtungen *

Ich verpflichte mich zur

- Teilnahme an interdisziplinären Schmerzkonferenzen (mindestens achtmal im Jahr) ja nein
- Behandlung überwiegend chronisch schmerzkranker Patienten gemäß § 1 Abs. 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie ja nein

und

dies gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung in jährlichen Abständen – erstmalig ein Jahr nach der Erteilung der Schmerztherapiegenehmigung – nachzuweisen. ja nein

Mir ist bekannt, dass eine Teilnahme an dieser Vereinbarung nur dann möglich ist, wenn von mir überwiegend chronisch schmerzkranker Patienten behandelt werden (gemäß § 1 Abs. 1). ja nein

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Schmerztherapie-Kommission die an meine Praxis gestellten Anforderungen überprüfen kann (§ 8). Diese Einverständniserklärung gilt für alle Betriebsstätten, für die eine Genehmigung beantragt wird. ja nein

Abrechnung der Gebührenordnungsposition (GOP) 30704 – schmerztherapeutische Einrichtung

Die Einrichtung, in der ich meine Tätigkeit aufnehme, verfügt bereits über die Genehmigung zur Anerkennung einer schmerztherapeutischen Einrichtung (Anlage I der QSV Schmerztherapie) ja nein

Ich möchte hiermit die Abrechnung der GOP 30704 an der schmerztherapeutischen Einrichtung beantragen und verpflichte mich, die damit verbundenen Anforderungen gemäß Anlage I der QSV Schmerztherapie sowie des EBM-Kapitels 30.7 Schmerztherapie zu erfüllen ja nein

Ich möchte meine Einrichtung zukünftig als schmerztherapeutische Einrichtung gemäß § 4 Abs. 3 Nr. 1 anerkennen lassen und werde einen gesonderten Antrag stellen (diesen Antrag finden Sie auf unserer Homepage unter den Downloads: <https://www.kvhessen.de/genuehmigung/schmerztherapie/>) ja nein

Erklärungen und Hinweise

- Für Ärzte, die eine Ermächtigung bzw. eine eingeschränkte Zulassung zur Teilnahme an der vertraglichen Versorgung beantragt haben, kann eine Genehmigung zur Abrechnung der beantragten Leistungen nur im Rahmen der ausgesprochenen Ermächtigung bzw. im Rahmen der eingeschränkten Zulassung wirksam werden.
- BSNR-Änderungen und Anschriften-Änderungen sind mitzuteilen.
- Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der beantragten Abrechnungsgenehmigung im Rahmen der vertraglichen Tätigkeit führen können.

Datum	Unterschrift des Antragstellers	ggf. Praxisstempel
-------	---------------------------------	--------------------

Gilt nur für angestellte Ärzte:

Datum	Unterschrift des anstellenden Arztes bzw. Unterschrift des ärztlichen Leiters	Stempel
-------	--	---------

Stand Januar 2024