

KV HESSEN | Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt

Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Qualitätssicherung Team 1  
Europa-Allee 90  
60486 Frankfurt



KASSENÄRZTLICHE  
VEREINIGUNG  
HESSEN

## Akupunktur

### Antrag auf Fortführung der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Akupunktur bei chronisch schmerzkranken Patienten (Ziffern 30790 und 30791 EBM)

Grundlage: Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung in Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ und in Anlage II „Methoden, die nicht als vertragsärztliche Leistungen zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden dürfen“: Akupunktur vom 18.04.2006/19.09.2006

*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.*

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

### Der Antrag wird gestellt wegen

- Änderung der BSNR
- Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit in neuen Praxisräumen (Ort der Leistungserbringung – Adressänderung)
- Erweiterung der Genehmigung auf weitere Betriebsstätten
- Änderung des Zulassungsstatus (Statusänderung)

### Allgemeine Angaben

#### Persönliche Angaben

Name, Vorname, Titel \_\_\_\_\_ LANR \_\_\_\_\_

Privatanschrift \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_ :

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Datum der Approbation: \_\_\_\_\_

Qualitätssicherung  
Team 1

Bianca Knaus  
Anna Sophie Zebi  
Merhawi Tewelde  
Elena Schleining  
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

**Angaben zur Tätigkeit**

**Art der Tätigkeit<sup>1</sup>:**

Vertragsarzt in  Einzelpraxis   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 Tätigkeit:**

Anschrift Standort \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_

Anschrift Standort \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_

Anschrift Standort \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_

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

---

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

**Eine Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung von Leistungen der Akupunktur wurde durch die KV Hessen bereits für folgende Betriebsstätte(n) erteilt:**

- Betriebsstättennummer: \_\_\_\_\_ Bescheid vom \_\_\_\_\_
- Nebenbetriebsstättennummer: \_\_\_\_\_ Bescheid vom \_\_\_\_\_
- Nebenbetriebsstättennummer: \_\_\_\_\_ Bescheid vom \_\_\_\_\_

**Verpflichtung zur Teilnahme an Fallkonferenzen beziehungsweise an Qualitätszirkeln zum Thema „chronische Schmerzen“ (§ 5 Abs. 1^Nr. 6 und Abs.2 der Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur)**

Die regelmäßige Teilnahme (mindestens viermal im Jahr) an Fallkonferenzen beziehungsweise an Qualitätszirkeln zum Thema „chronische Schmerzen“, alternativ die Teilnahme an anerkannten interdisziplinären Schmerzkonferenzen wurde durch Vorlage entsprechender Bescheinigungen gegenüber der KV Hessen in jährlichen Abständen nachgewiesen.  ja  nein

**Räumliche und apparative Voraussetzungen**

Die Durchführung der Akupunktur erfolgt in separaten, abgeschlossenen Räumen mit Liegen (ein Liegeplatz je abtrennbarer Behandlungseinheit) unter Verwendung steriler Einmalnadeln.

- Betriebsstättennummer:** \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  ja  nein
- Nebenbetriebsstättennummer:** \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  ja  nein
- Nebenbetriebsstättennummer:** \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  ja  nein

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Akupunktur-Kommission die an meine Praxis gestellten Anforderungen überprüfen kann (§ 7 der Qualitätssicherungsvereinbarung).

Diese Einverständniserklärung gilt für alle Betriebsstätten, für die eine Genehmigung beantragt wird.

ja  nein

## Anforderungen an die Durchführung und an die Dokumentation

Die Durchführung der Akupunktur bei chronisch schmerzkranken Patienten ist an folgende Maßgaben gebunden:

1. Festlegung einer Symptomatik beziehungsweise Diagnose nach Anlage I Nr. 12 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses.
2. Überprüfung, dass vor der Akupunktur ein mindestens sechsmonatiges ärztlich dokumentiertes Schmerzintervall vorliegt.
3. Erstellung bzw. Überprüfung eines inhaltlich und zeitlich gestaffelten Therapieplans unter Einbeziehung der Akupunktur im Rahmen eines schmerztherapeutischen Gesamtkonzepts unter Beurteilung der bisher gegebenenfalls durchgeführten Maßnahmen und der bestehenden Therapieoptionen.
4. Durchführung einer standardisierten fallbezogenen Eingangserhebung (Eingangsdiagnostik) zur Schmerzevaluation mit den Parametern Lokalisation des Hauptschmerzes an der Lendenwirbelsäule bzw. am betroffenen Kniegelenk, Schmerzdauer, Schmerzstärke, Schmerzhäufigkeit, Beeinträchtigung der Alltagstätigkeiten durch den Schmerz, Beeinträchtigung der Stimmung durch den Schmerz.
5. Durchführung einer standardisierten Verlaufserhebung (Verlaufsdokumentation) bei Abschluss der Behandlung mit den Dimensionen Lokalisation der Hauptschmerzes an der Lendenwirbelsäule bzw. am betroffenen Kniegelenk, Zufriedenheit der Schmerzbehandlung, Stärke des Hauptschmerzes, Schmerzhäufigkeit, Beeinträchtigung der Alltagstätigkeiten durch den Schmerz, Beeinträchtigung der Stimmung durch den Schmerz.
6. Regelmäßige Teilnahme (mindestens 4mal im Jahr) an Fallkonferenzen bzw. Qualitätszirkeln zum Thema „chronische Schmerzen“, wobei mindestens einmal im Jahr Fälle behandelter Patienten vorzustellen sind. Folgende Anforderungen sind dabei zu erfüllen:
  - a. mindestens zwei Teilnehmer müssen über eine Genehmigung nach dieser Vereinbarung verfügen,
  - b. Vertreter verschiedener Fachgebiete sollen an den Sitzungen teilnehmen.

Die regelmäßige Teilnahme an Fallkonferenzen bzw. Qualitätszirkeln ist zu dokumentieren (Datum, Teilnehmer, Themen, gegebenenfalls vorgestellte Fälle). Die Teilnahmebestätigungen sind der Kassenärztlichen Vereinigung in jährlichen Abständen – erstmalig ein Jahr nach Erteilung der Genehmigung – vorzulegen.

7. Die Akupunktur bei chronischen Schmerzen
  - der Lendenwirbelsäule erfolgt mit jeweils bis zu 10 Sitzungen innerhalb von maximal sechs Wochen und in begründeten Ausnahmefällen mit bis zu 15. Sitzungen innerhalb von maximal 12 Wochen, jeweils mindestens 30 Minuten Dauer, mit jeweils 14 – 20 Nadeln;
  - in mindestens einem Kniegelenk erfolgt mit jeweils bis zu 10 Sitzungen innerhalb von maximal sechs Wochen und in begründeten Ausnahmefällen mit bis zu 15 Sitzungen innerhalb von maximal 12 Wochen, jeweils mindestens 30 Minuten Dauer, mit jeweils 7 -15 Nadeln je behandeltem Knie.

**Eine erneute Behandlung kann frühestens 12 Monate nach Abschluss der Akupunkturbehandlung erfolgen.**

## Erklärungen und Hinweise

Mir ist bekannt, dass:

- bereits seit Erteilung der Genehmigung die Verpflichtung zur regelmäßigen Teilnahme (mindestens viermal im Jahr) an Fallkonferenzen beziehungsweise Qualitätszirkeln zum Thema „chronische Schmerzen“ besteht, wobei mindestens einmal im Jahr behandelte Patienten vorzustellen sind. Die Teilnahmebestätigungen sind der KV Hessen in regelmäßigen Abständen – erstmalig ein Jahr nach Erteilung der Genehmigung – vorzulegen (§ 5 Abs. 1 Nr. 6 und Abs. 2 der Vereinbarung).
- Die Kassenärztliche Vereinigung die zuständigen Kommissionen beauftragen können, die Abrechnungsunterlagen sowie die organisatorischen Gegebenheiten in der Arztpraxis daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Akupunktur bei chronisch schmerzkranken Patienten nach § 135 Abs. 2 SGB V entsprechen.
- Die Kassenärztliche Vereinigung Dokumentationen zur Überprüfung anfordern kann. Die Überprüfung der Dokumentation einer Akupunkturbehandlung bezieht sich auf die Dokumentation des Therapieplanes sowie der Eingangs- und Verlaufserhebung. Die unter den EBM-Ziffern 30790 und 30791 genannten Leistungsinhalte sind bei der Dokumentation zu berücksichtigen.
- Die Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Akupunktur nur erteilt wird, wenn ich mein Einverständnis zur Durchführung solcher Überprüfungen erkläre.
- Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben sowohl zur Unwirksamkeit der beantragten Genehmigung als auch einer damit verbundene Abrechnungsgenehmigung im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit führen können.
- Ich werde alle Änderungen der Betriebsstätte, Nebenbetriebsstätte, für die eine Genehmigung zur Teilnahme nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur vorliegt, anzeigen. Mir ist bewusst, dass die Genehmigung sowohl an meine Person als auch an den Ort der Betriebsstätte gebunden ist.

## Hinweise

Ø Hinweis für Ärztinnen/Ärzte, die zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt worden sind oder einen solchen Antrag gestellt haben:

Unabhängig von der Genehmigung zur Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur bei chronisch schmerzkranken Patienten gem. § 135 Abs.2 SGB V (Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur) wird der diesbezügliche Bescheid nur im Rahmen einer ausgesprochenen Ermächtigung und auch dann nur in den Grenzen des dort festgelegten Leistungskataloges wirksam.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift des Antragsstellers

.....  
ggf. Praxisstempel

**Bitte beachten:** Bei angestellten Ärzten ist eine Unterschrift des anstellenden Arztes bzw. des ärztlichen Leiters MVZ (Institut/Klinik/Krankenhaus/) erforderlich (siehe nächste Seite).

**Gilt nur für angestellte Ärzte:**

..... Datum	..... Unterschrift des anstellenden Arztes bzw. Unterschrift des ärztlichen Leiters MVZ (Institut/Klinik/Krankenhaus)	..... Stempel
----------------	--	------------------

Stand Januar 2023