

KV HESSEN | Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt

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

KV | KASSENÄRZTLICHE
VEREINIGUNG
HESSEN

Schmerztherapie

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

- Genehmigung für die Abrechnung der GOP 30700, 30702, 30708, 30708V und ggf. 30704 EBM -

Grundlage: Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie

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.

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)

Die Änderung erfolgt zum (Datum): _____

Persönliche Angaben

Name, Vorname *, Titel _____ LANR _____

Privatanschrift * _____

 * _____  _____  * _____

Geburtsdatum *: _____ Datum der Approbation: _____

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

Art der Tätigkeit¹:

Vertragsarzt in Einzelpraxis MVZ Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) Gemeinschaftspraxis

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.

Eine Genehmigung zur Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie wurde durch die KV Hessen bereits erteilt.

Betriebsstättennummer: _____ **Bescheid vom** _____

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.

Schmerztherapeutische Behandlungsverfahren

Der Einsatz der in § 6 Abs. 1 der Vereinbarung genannten obligaten schmerztherapeutischen Behandlungsverfahren ist für die an der Vereinbarung teilnehmende Ärztin, den teilnehmenden Arzt verpflichtend. Sie sind nicht delegationsfähig.

Weiter sind die Einleitung und Koordination nachstehender flankierender therapeutischer Maßnahmen bzw. deren Durchführung jeweils indikationsbezogen zu gewährleisten. 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

Folgende organisatorische Maßnahmen werden in meiner Praxis sichergestellt:

Räumliche Voraussetzungen (§ 9 Abs.1)

- rollstuhlgeeignete Praxis
Betriebsstättennummer _____ ja nein
Nebenbetriebsstättennummer _____ ja nein
- Überwachungs- und Liegeplätze
Betriebsstättennummer _____ ja nein
Nebenbetriebsstättennummer _____ ja nein

Apparative Voraussetzungen (§ 9 Abs. 2)

- Reanimationseinheit einschließlich Defibrillator
Betriebsstättennummer _____ ja nein
Nebenbetriebsstättennummer _____ ja nein
- EKG- und Pulsmonitoring an jedem Behandlungsplatz,
an dem invasive Verfahren durchgeführt werden
Betriebsstättennummer _____ ja nein
Nebenbetriebsstättennummer _____ ja nein

Sonstige organisatorische Voraussetzungen

- Vorhalten von schmerztherapeutischen Sprechstunden
an vier Tagen pro Woche mindestens vier Stunden*,
in denen ausschließlich Patienten mit chronischen
Schmerzkrankheiten behandelt werden. ja nein
**Gilt für die gesamte Einrichtung (Arbeitszeitumfang berücksichtigen)*
- Ständige Rufbereitschaft während der Praxiszeiten
zur Beratung der Schmerzpatienten, ja nein
- zeitnahe, mindestens aber halbjährliche Information
des Hausarztes des Patienten, ja nein
- konsiliarische Beratung der gem. § 6 Abs. 2
kooperierenden Ärztinnen/Ärzte. ja nein

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Schmerztherapie-
Kommission die an meine Praxis gestellten Anforderungen
überprüfen kann (§ 10 Abs. 3 der Vereinbarung).

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

