

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Qualitätssicherung
Substitution & weitere Genehmigungen
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt

Schmerztherapie

Antrag auf Anerkennung als schmerztherapeutische Einrichtung nach Anlage I der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie

(Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie nach dem Stand 01.10.2016)

- Voraussetzung für die Abrechnung der GOP 30704 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.

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

Qualitätssicherung
Substitution & weitere Genehmigungen

Bianca Klameth-Mährlein
Tel 069 24741-6646
Fax 069 24741-68819
qs.fb1.7@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 oder geplante Aufnahme der Tätigkeit:

Vertragliche Tätigkeit **beantragt** am _____

für folgende Fachrichtung: _____

Aufnahme der Tätigkeit **geplant zum** _____

Tätigkeit aufgenommen am _____

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 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.

1. Die Einrichtung muss von einer Ärztin / einem Arzt geleitet werden, die / der persönlich an der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie teilnimmt bzw. die Voraussetzungen für eine solche Teilnahme erfüllt.

Leiter(-in) der Einrichtung:

Name, Vorname: _____

Fachärztin/

Facharzt für: _____

(Bitte Facharzturkunde in Kopie beifügen, wenn nicht im Arztregister der KV Hessen eingetragen)

Schwerpunkt/

Zusatzbezeichnung: _____

- Genehmigung zur Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung liegt vor
- Noch keine Genehmigung zur Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie. Bitte übersenden Sie mir das entsprechende Antragsformular

2. Die Einrichtung / Praxis erfüllt folgende Voraussetzungen:

Die Einrichtung muss eine **kontinuierliche interdisziplinäre Zusammenarbeit (Kooperation)** verschiedener Fachdisziplinen sowie mit Physiotherapeuten und Psychotherapeuten nachweisen. Sofern diese in der Einrichtung nicht beschäftigt sind, sind die Kooperationspartner unter Angabe von Qualifikation, Name und Anschrift zu benennen.

- Bitte Anlage 1 zu diesem Antrag ergänzen -

- Es werden täglich interne Fallbesprechungen und wöchentlich interne Teamsitzungen mit den in der Anlage I genannten Kooperationspartner durchgeführt.

3. Das Patientengut besteht aus ausschließlich bzw. weit überwiegend chronisch Schmerzkranken entsprechend der Definition der Präambel und des § 1 Abs. 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie. Es werden regelmäßig mindestens 150 chronisch schmerzkranken Patienten im Quartal behandelt. Es werden an mindestens 4 Tagen pro Woche jeweils mindestens 4 Stunden ausschließlich solche Schmerzpatienten betreut. Der Anteil schmerztherapeutisch betreuter Patienten an der Gesamtzahl der Patienten beträgt mindestens 75%. Die Gesamtzahl der schmerztherapeutischen betreuten Patienten darf die Höchstzahl von 300 Behandlungsfällen nicht überschreiten (EBM Kapitel 30.7 Präambel Nr. 6).

Die Kassenärztliche Vereinigung kann entsprechende Diagnosen- und Leistungsstatistiken anfordern.

Das Behandlungsspektrum umfasst die wichtigsten Schmerzkrankheiten wie:

- chronische muskuloskelettale Schmerzen
- chronische Kopfschmerzen
- Gesichtsschmerzen
- Ischämieschmerzen
- medikamenteninduzierte Schmerzen
- Neuropathische Schmerzen
- Sympathische Reflexdystrophien
- Somatoforme Schmerzstörungen
- Tumorschmerzen

4. Es werden mindestens zwölfmal im Jahr, bei Einzelpraxen mindestens zehnmal im Jahr, nach außen offene, interdisziplinäre Schmerzkongresse mit Patientenvorstellung durchgeführt. Thema und Teilnehmer (auch vorgestellte Patienten mit Diagnosen und weiterem Vorgehen) werden dokumentiert, die Patienten werden persönlich vorgestellt. Die Teilnehmer unterliegen der Schweigepflicht, Ort, Daten und Uhrzeit dieser Kongresse stehen fest.

- Es werden bereits jetzt schon jährlich 12 Schmerzkongresse durchgeführt
- Die Durchführung von mindestens jährlich 12 Schmerzkongressen erfolgt ab: _____
und wird sichergestellt durch: _____

Bitte fügen Sie dem Antrag eine Übersicht der geplanten Schmerzkongresse mit Angabe von Ort, Datum, Ansprechpartner und Bekanntmachung (Veröffentlichung) der Veranstaltungen bei.

5. Die Einrichtung stellt sicher, dass eingehende Kenntnisse und Erfahrungen in den in § 6 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie genannten Behandlungsverfahren erworben werden können.

Hierzu sind die unter § 6 Abs. 1 sowie zusätzlich mindestens 3 der unter § 6 Abs. 3 der Schmerztherapievereinbarung genannten Verfahren selbst vorzuhalten. Die übrigen Verfahren sind im Konsiliardienst sicherzustellen.

- Tägliche interne Fallbesprechungen und wöchentlich interne Teamsitzungen sind gewährleistet.

6. Die Einrichtung hat die Anwendung schmerztherapeutischer Standards sicherzustellen. Hierzu gehören:

- Erhebung einer standardisierten Schmerzanamnese einschließlich Sichtung und Wertung aller verfügbaren Vorbefunde, funktionelle Betrachtung und Röntgenbilder
- eingehende körperliche (mit Einschluss neurologisch-orthopädisch-funktioneller) Untersuchung und eingehende psychosoziale und psychiatrische Exploration
- Durchführung einer Schmerzanalyse
- Feststellung des Chronifizierungsstadiums (nach Gerbershagen – Mainzer Staging)
- differentialdiagnostische Abklärung der Schmerzkrankheit
- eingehende Beratung des Patienten
- Gemeinsame Festlegung der Therapieziele
- Aufstellung eines zeitlich und inhaltlich gestuften Therapieplans (einschließlich der zu dessen Umsetzung erforderlichen interdisziplinären Koordination der Ärzte und komplementären Berufe)
- Einsatz schmerztherapeutischer Behandlungsverfahren
- Standardisierte Dokumentation mit Angabe zur psychosomatischen Auswirkung und Kontrolle des Verlaufs. Das in der Einrichtung **eingesetzte Dokumentationsinstrumentarium ist vorzulegen.**

7. Anforderungen nach Abschnitt C der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie

7.1 Die Einrichtung verpflichtet sich zu folgender schmerztherapeutischer Versorgung gemäß Abschnitt C § 5:

- Zur umfassenden ärztlichen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gemäß § 5 Abs. 1.
- Gemäß § 5 Abs. 2 an vier Tagen pro Woche mindestens je 4 Stunden schmerztherapeutische Sprechstunden vorzuhalten, in denen ausschließlich Patienten mit chronischen Schmerzkrankheiten behandelt werden.
- Die ständige Rufbereitschaft während der Praxiszeiten zur Beratung der Schmerzpatienten zu gewährleisten.
- Den zuständigen Hausarzt des Patienten zeitnah, mindestens aber halbjährlich über den Behandlungsverlauf zu informieren.
- Zur konsiliarischen Beratung der gemäß § 6 Abs. 2 kooperierenden Ärztinnen/Ärzten zur Verfügung zu stehen.
- Gemäß § 5 Abs. 4 den Nachweis zu erbringen, dass in der Praxis (Einrichtung) überwiegend Patienten gemäß § 1 Abs. 1 behandelt werden.
- Nach den Vorgaben der Vereinbarung soll die Behandlung von chronisch schmerzkranken Patienten (mit Ausnahme von Malignompatienten) den Zeitraum von zwei Jahren nicht überschreiten. Die Kassenärztliche Vereinigung kann den Arzt auffordern, diejenigen Patienten zu benennen, die sich über diesen Zeitraum hinaus in seiner schmerztherapeutischen Behandlung befinden. Hinsichtlich der weiteren Behandlung dieser Patienten kann die Kassenärztliche Vereinigung den Arzt zu einer Stellungnahme auffordern und/oder zu einem Beratungsgespräch einladen.

7.2 Verpflichtung zum Einsatz der nachfolgenden schmerztherapeutischen Behandlungsverfahren gemäß Abschnitt C §
6. **Diese Behandlungsverfahren können nicht delegiert werden:**

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

7.3 Die Einleitung und Koordination nachstehender flankierender therapeutischer Maßnahmen bzw. deren Durchführung jeweils indikationsbezogen zu gewährleisten:

➤ **Manuelle Untersuchungs- und Behandlungsverfahren**

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

➤ **Physikalische Therapie**

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

➤ **Therapeutische Leitungs-, Plexus- und rückenmarksnahe Anästhesien**

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

➤ **Sympathikusblockaden**

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

➤ **Rückenmarksnahe Opioidapplikation**

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

➤ **Denervationsverfahren und/oder augmentative Verfahren**

(z.B. Neurolyse, zentrale Stimulation)

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

➤ **Übende Verfahren** (z.B. 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) _____

➤ **Minimal-invasive Interventionen**

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

➤ **Operative Therapie**

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

➤ **Entzugsbehandlung bei Medikamentenabhängigkeit**

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

Mindestens drei dieser Behandlungsverfahren sind **vorzuhalten und in geeigneter Form gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen**. Die nicht vorgehaltenen fakultativen schmerztherapeutischen Behandlungsverfahren können in Kooperation mit anderen Vertragsärzten/Vertragsärztinnen erbracht werden. Diese Vertragsärzte sind der Kassenärztlichen Vereinigung zu benennen

7.4 Sicherstellung Organisatorischer Voraussetzungen

Räumliche Voraussetzungen

- rollstuhlgeeignete Praxis

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

Apparative Voraussetzungen

- Reanimationseinheit einschließlich Defibrillator

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

7.5 Dokumentation (Abschnitt C § 7)

- Dem Antrag sind 12 komplette Patientenfälle bestehend aus patientenseitiger und arztseitiger Dokumentation beigelegt.
- Jeder Behandlungsfall wird gemäß § 7 Abs. 1 standardisiert dokumentiert. Die Dokumentation wird der Kassenärztlichen Vereinigung auf Verlangen vorgelegt (§ 7 Abs. 2).

8. Erklärungen und Hinweise

Hiermit verpflichte ich mich:

- mindestens **zehnmal** im Jahr an einer interdisziplinären Schmerzkonferenz teilzunehmen,
- mindestens 30 Stunden schmerztherapeutische Fortbildung je Kalenderjahr nachzuweisen sowie
- überwiegend chronisch schmerzkranken Patienten gemäß § 1 Abs. 1 zu behandeln und dies gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung auf deren Verlangen nachzuweisen.
- Sämtliche der unter § 6 Abs. 1 und mindestens drei der in § 6 Abs. 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie genannten Verfahren eigenständig vorzuhalten.

Mir ist bekannt,

- dass das Behandlungsspektrum der Einrichtung die wichtigsten Schmerzkrankheiten gemäß der Anlage I zur Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie umfassen muss.
- die Kassenärztliche Vereinigung die zuständigen Kommissionen beauftragen kann, die Abrechnungsunterlagen sowie die organisatorischen Gegebenheiten in der Arztpraxis daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie entsprechen,
- die Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Schmerztherapie nur erteilt wird, wenn ich mein Einverständnis zur Durchführung solcher Überprüfungen erkläre.

Hinweis

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 zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gem. § 135 Abs. 2 SGB V (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie) wird der diesbezügliche Bescheid nur im Rahmen einer ausgesprochenen Ermächtigung und auch dann nur in den Grenzen des dort festgelegten Leistungskataloges wirksam. Im Einzelfall kann darüber hinaus ein Bescheid zur Erbringung besonderer ärztlicher Leistungen zusätzlich begrenzt auf das im Rahmen der Ermächtigung festgelegte Leistungsspektrum wirksam werden.

Erklärungen

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 vertragsärztlichen Tätigkeit führen können.

(Unterschrift(en) nächste Seite – Bitte nicht vergessen)

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Antragssteller / Unterschrift Leiter der Einrichtung

Gilt nur für angestellte Ärztinnen/Ärzte

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des ärztliche Leiters MVZ bzw.
Unterschrift des anstellenden Arztes

Bitte nachfolgende Anlage zum Antrag auf Anerkennung als schmerztherapeutische Einrichtung ausfüllen und dem Antrag beifügen

**Anlage zum Antrag auf Anerkennung als schmerztherapeutische Einrichtung
(Voraussetzung für die Abrechnung der Ziffer 30704 EBM 2008)**

Antragsteller/-in: _____

Eine kontinuierliche interdisziplinäre Zusammenarbeit erfolgt mit nachstehenden Fachdisziplinen. Es werden täglich interne Fallbesprechungen und wöchentlich interne Fallbesprechungen durchgeführt. Die Kooperationspartnerin, der Kooperationspartner bestätigt dies sowie die Art der Zusammenarbeit durch Unterschrift.

Kooperationspartner(-in):

Name, Vorname: _____

Straße: _____

Ort: _____

Qualifikation: _____

Bitte angeben: Informationen zu Kommunikation/Informationsaustausch (z.B. elektronisch, Papierform), Art der Zusammenarbeit, räumliche Entfernung zur Praxis.

Unterschrift (Stempel) Kooperationspart.

Kooperationspartner(-in):

Name, Vorname: _____

Straße: _____

Ort: _____

Qualifikation: _____

Bitte angeben: Informationen zu Kommunikation/Informationsaustausch (z.B. elektronisch, Papierform), Art der Zusammenarbeit, räumliche Entfernung zur Praxis.

Unterschrift (Stempel) Kooperationspart.

Kooperationspartner(-in):

Name, Vorname: _____

Straße: _____

Ort: _____

Qualifikation: _____

Bitte angeben: Informationen zu Kommunikation/Informationsaustausch (z.B. elektronisch, Papierform), Art der Zusammenarbeit, räumliche Entfernung zur Praxis.

Unterschrift (Stempel) Kooperationspart.

Kooperationspartner(-in):

Name, Vorname: _____

Straße: _____

Ort: _____

Qualifikation: _____

Bitte angeben: Informationen zu Kommunikation/Informationsaustausch (z.B. elektronisch, Papierform), Art der Zusammenarbeit, räumliche Entfernung zur Praxis.

Unterschrift (Stempel) Kooperationspart.

Sonstige Anmerkungen und Ergänzungen: