

KV HESSEN | Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Qualitätssicherung
Substitution & weitere Genehmigungen
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 EBM -

Grundlage: Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie nach dem Stand 01.10.2016

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 _____

 _____  _____  _____

Geburtsdatum: _____ Datum der Approbation: _____

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

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.

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

- Betriebsstättennummer: _____ Bescheid vom _____
- Nebenbetriebsstättennummer: _____ Bescheid vom _____
- Nebenbetriebsstättennummer: _____ Bescheid vom _____

Verpflichtung zur Teilnahme an Schmerzkonferenzen (§ 5 Abs. 3) und ggf. an schmerztherapeutischen Fortbildungen (Präambel zu Kapitel 30.7, wenn Genehmigung für GOP 30704 erteilt wurde)

Die Teilnahme an Schmerzkonferenzen und ggf. die Teilnahme an schmerztherapeutischen Fortbildungen wurde durch Vorlage entsprechender Bescheinigungen gegenüber der KV Hessen in jährlichen Abständen nachgewiesen.

ja nein

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:

➤ **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) _____

Organisatorische Voraussetzungen

Folgende organisatorische Maßnahmen werden in meiner Praxis sichergestellt:

Räumliche Voraussetzungen

➤ rollstuhlgeeignete Praxis

Betriebsstättennummer: _____

Anschrift: _____ ja nein

Nebenbetriebsstättennummer: _____

Anschrift: _____ ja nein

Nebenbetriebsstättennummer: _____

Anschrift: _____ ja nein

➤ Überwachungs- und Liegeplätze

Betriebsstättennummer: _____

Anschrift: _____ ja nein

Nebenbetriebsstättennummer: _____

Anschrift: _____ ja nein

Nebenbetriebsstättennummer: _____

Anschrift: _____ ja nein

Apparative Voraussetzungen

- Reanimationseinheit einschließlich Defibrillator

Betriebsstättennummer: _____

Anschrift: _____ ja nein

Nebenbetriebsstättennummer: _____

Anschrift: _____ ja nein

Nebenbetriebsstättennummer: _____

Anschrift: _____ ja nein

- EKG- und Pulsmonitoring an jedem Behandlungsplatz,
an dem invasive Verfahren durchgeführt werden

Betriebsstättennummer: _____

Anschrift: _____ ja nein

Nebenbetriebsstättennummer: _____

Anschrift: _____ ja nein

Nebenbetriebsstättennummer: _____

Anschrift: _____ 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

- 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

Ich dokumentiere jeden Behandlungsfall entsprechend den Anforderungen von § 7 der Vereinbarung.

Auf Verlangen lege ich der Kassenärztlichen Vereinigung die Dokumentation vor.

ja nein

Die schmerztherapeutische Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten wird entsprechend den Anforderungen der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie (insbesondere §§ 5 und 6) sichergestellt.

ja nein

Mir ist bekannt, dass eine Teilnahme an dieser Vereinbarung nur dann möglich ist, wenn von mir überwiegend chronisch schmerzkranke

ja nein

Erklärungen und Hinweise

- Ich werde alle Änderungen der Betriebsstätte, Nebenbetriebsstätte, für die eine Genehmigung zur Teilnahme nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie vorliegt, anzeigen. Mir ist bewusst, dass die Genehmigung sowohl an meine Person als auch an den Ort der Betriebsstätte gebunden ist.
- Ich versichere, dass die in diesem Antrag gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der beantragten Genehmigung im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit führen können.
- Hinweis für Ärzte, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben:
Eine Genehmigung zur Abrechnung der beantragten Leistungen kann nur im Rahmen der ausgesprochenen Ermächtigung wirksam werden.

.....
Datum

.....
Unterschrift des Antragsstellers

.....
ggf. Praxisstempel

Gilt nur für angestellte Ärzte:

.....
Datum

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

.....
Stempel