

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 Tätigkeit<sup>1</sup>:**

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 Tätigkeit<sup>2</sup>:**

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** \_\_\_\_\_

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

<sup>2</sup> 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

