

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

(In Kraft getreten am 01.10.2016)

- Voraussetzung für die Abrechnung der GOP 30700, 30702, 30708 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 \_\_\_\_\_

**WIR SORGEN  
FÜR GESUNDHEIT**

**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<sup>2</sup>:**

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.

<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.

## Genehmigungsvoraussetzungen

### Fachliche Anforderungen

Der Kassenärztlichen Vereinigung sind zum Nachweis über die Erfüllung der festgelegten Anforderungen an die fachliche Befähigung für die Durchführung der Schmerztherapie chronisch Schmerzkranker gemäß § 10 der Vereinbarung Zeugnisse und Bescheinigungen vorzulegen.

#### Folgende Unterlagen sind beigefügt:

Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung für das klinische Fach  
(Dieser Nachweis entfällt, wenn im Arztregister der KV Hessen die Gebietsbezeichnung eingetragen ist.)

Zeugnisse gemäß § 4 Abs. 1, 2 und 3 Nr. 1 der Vereinbarung

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

Bescheinigungen über die regelmäßige Teilnahme an Schmerzkonferenzen innerhalb von 12 Monaten vor Antragstellung (§ 4 Abs. 2 Nr. 2):

- |          |           |
|----------|-----------|
| 1. _____ | 7. _____  |
| 2. _____ | 8. _____  |
| 3. _____ | 9. _____  |
| 4. _____ | 10. _____ |
| 5. _____ | 11. _____ |
| 6. _____ | 12. _____ |

Die Genehmigung zur Teilnahme an der psychosomatischen Grundversorgung weise ich wie folgt nach (§ 4 Abs. 3 Nr. 3):

\_\_\_\_\_

Bescheinigung(en) über die Teilnahme an einem von der Ärztekammer anerkannten interdisziplinären Kurs über Schmerztherapie von 80 Stunden Dauer (§ 11 Nr. 5)

### Teilnahme an einem Kolloquium

Für die Teilnahme an der Vereinbarung ist die erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium vor der Schmerztherapie-Kommission der Kassenärztlichen Vereinigung erforderlich, sofern die Prüfung zur Erlangung der Anerkennung der Zusatzweiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“ länger als 48 Monate zurückliegt (§ 4 Abs. 3 Nr. 4).

- Ich werde an einem Kolloquium teilnehmen  ja  nein

### Sonstige Anforderungen

#### Einsatz schmerztherapeutischer Behandlungsverfahren

Der Einsatz folgender schmerztherapeutischer Behandlungsverfahren ist für den an der Vereinbarung teilnehmenden Arzt verpflichtend. Sie sind nicht delegationsfähig (§ 6 Abs. 1).

- 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

Die Einleitung und Koordination nachstehender flankierender therapeutischer Maßnahmen bzw. deren Durchführung jeweils indikationsbezogen zu gewährleisten (§ 6 Abs. 2):

➤ **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**

**Räumliche Voraussetzungen** (§ 9 Abs.1)

➤ rollstuhlgeeignete Praxis

**Betriebsstättennummer** \_\_\_\_\_  ja  nein

**Nebenbetriebsstättennummer** \_\_\_\_\_  ja  nein

**Nebenbetriebsstättennummer** \_\_\_\_\_  ja  nein

➤ Überwachungs- und Liegeplätze

**Betriebsstättennummer** \_\_\_\_\_  ja  nein

**Nebenbetriebsstättennummer** \_\_\_\_\_  ja  nein

**Nebenbetriebsstättennummer** \_\_\_\_\_  ja  nein

**Apparative Voraussetzungen** (§ 9 Abs. 2)

➤ Reanimationseinheit einschließlich Defibrillator

**Betriebsstättennummer** \_\_\_\_\_  ja  nein

**Nebenbetriebsstättennummer** \_\_\_\_\_  ja  nein

**Nebenbetriebsstättennummer** \_\_\_\_\_  ja  nein

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

**Betriebsstättennummer** \_\_\_\_\_  ja  nein

**Nebenbetriebsstättennummer** \_\_\_\_\_  ja  nein

**Nebenbetriebsstättennummer** \_\_\_\_\_  ja  nein

### Schmerztherapeutische Versorgung (§ 5)

- Vorhalten von schmerztherapeutischen Sprechstunden an vier Tagen pro Woche je 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 über den Behandlungsverlauf  ja  nein
- konsiliarische Beratung der gem. § 6 Abs. 2 kooperierenden Ärzte  ja  nein

Zudem sind bei der Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten folgende Punkte zu beachten:

- Erhebung einer standardisierten Anamnese einschließlich Auswertung von Fremdbefunden, Durchführung einer Schmerzanalyse, differentialdiagnostische Abklärung der Schmerzkrankheit
- Aufstellung eines inhaltlich und zeitlich gestuften Therapieplans unter Berücksichtigung des ermittelten Chronifizierungsstadiums
- Eingehende Beratung des Patienten und gemeinsame Festlegung der Therapieziele sowie Vermittlung von bio-psychozialen Zusammenhängen und Schmerzbewältigungsstrategien
- Indikationsbezogen den Einsatz der unter gem. § 6 festgelegten schmerztherapeutischen Behandlungsverfahren gewährleisten
- Frühzeitige Prüfung eines multimodalen Therapieansatzes unter Einbeziehung physiotherapeutischer und psychotherapeutischer Kompetenz
- Kommt es im Verlauf der schmerztherapeutischen Behandlung nach sechs Monaten zu keiner nachweisbaren Verbesserung der Beschwerdesymptomatik, zu prüfen, ob der Patient von einer psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Mitbehandlung profitiert.
- Die Behandlung von chronisch schmerzkranken Patienten (mit Ausnahme von Malignompatienten) nach den Vorgaben der Vereinbarung soll einen 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.

### Dokumentation (§ 7)

- Ich verpflichte mich, jeden Behandlungsfall entsprechend den Anforderungen von § 7 der Vereinbarung standardisiert zu dokumentieren und der Kassenärztlichen Vereinigung auf Verlangen die Dokumentation vorzulegen  ja  nein

### Sonstige Verpflichtungen

Ich verpflichte mich zur

- Teilnahme an interdisziplinären Schmerzkonferenzen  
(mindestens achtmal im Jahr)  ja  nein
- Behandlung überwiegend chronisch schmerzkranker Patienten  
gemäß § 1 Abs. 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie  ja  nein

und

dies gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung in jährlichen Abständen  
– erstmalig ein Jahr nach der Erteilung der Schmerztherapiegenehmigung –  
nachzuweisen.  ja  nein

Mir ist bekannt, dass eine Teilnahme an dieser Vereinbarung nur dann  
möglich ist, wenn von mir überwiegend chronisch schmerzkranken Patienten  
behandelt werden (gemäß § 1 Abs. 1).  ja  nein

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Schmerztherapie-Kommission  
die an meine Praxis gestellten Anforderungen überprüfen kann (§ 8).  
Diese Einverständniserklärung gilt für alle  
Betriebsstätten, für die eine Genehmigung beantragt wird.  ja  nein

### Erklärungen und Hinweise

- 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.

- Ich versichere, dass die in diesem Antrag gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mit ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der beantragten Genehmigung im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit führen können.

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

.....  
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