

Name, Vorname:

(Name des Arztes, der die Leistungen erbringen soll)

Eintragsnummer der KVSH:

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

oder LANR:

Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

<p>Allgemeine Hinweise</p>	<p>Bitte beachten Sie, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ die Vollständigkeit des Antrages inkl. Nachweise – sofern diese nicht bereits vorliegen (z. B. im Arztregister) – Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und Genehmigungserteilung ist. ▪ Zeugnisse und Bescheinigungen nur im Original oder als beglaubigte Fotokopie anerkannt werden können. ▪ die beantragten Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden dürfen. ▪ eine rückwirkende Genehmigung grundsätzlich nicht möglich ist. 								
<p>Leistungen</p>	<p>Leistungen nach Kapitel 30.7.1 EBM (ausgeschlossen hiervon ist die GOP 30704)</p>								
<p>Betriebsstätten</p>	<p>Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:</p> <p>(N)BSNR: <table border="1" data-bbox="571 1303 1481 1415"> <tr> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table></p>								
<p>Fachliche Voraussetzungen</p>	<p>Für alle Fachgebiete: -bitte beifügen-</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung in einem klinischen Fach <input type="checkbox"/> Erhebung einer standardisierten Schmerzanamnese einschließlich der Auswertung von Fremdbefunden <input type="checkbox"/> Durchführung der Schmerzanalyse einschließlich der gebietsbezogenen differential-diagnostischen Abklärung der Schmerzkrankheiten <input type="checkbox"/> Psychosomatische Diagnostik bei chronischen Schmerzpatienten <input type="checkbox"/> Eingehende Beratung und gemeinsame Festlegung der Therapieziele <input type="checkbox"/> Invasive und nicht invasive Methoden der Akutschmerztherapie <input type="checkbox"/> Einsatz schmerztherapeutischer Verfahren <input type="checkbox"/> Schmerzbewältigungstraining einschließlich Entspannungsverfahren 								

Fachliche Voraussetzungen	<input type="checkbox"/> Aufstellung eines inhaltlich und zeitlich gestuften Therapieplanes einschließlich der zur Umsetzung des Therapieplanes erforderlichen interdisziplinären Koordination der Ärzte und sonstigen am Therapieplan zu beteiligenden Personen und Einrichtungen <input type="checkbox"/> Standardisierte Dokumentation des schmerztherapeutischen Behandlungsverlaufes <input type="checkbox"/> Medikamentöse Therapie über Kurzzeit, Langzeit und als Dauertherapie sowie in der terminalen Behandlungsphase <input type="checkbox"/> Spezifische Pharmakotherapie bei 100 Patienten <input type="checkbox"/> Multimodale Therapie in interdisziplinärer Zusammenarbeit bei 50 Patienten <input type="checkbox"/> Diagnostische und therapeutische Lokal- und Leitungsanästhesie bei 25 Patienten <input type="checkbox"/> Stimulationstechniken (z. B. TENS) bei 25 Patienten <input type="checkbox"/> Spezifische Verfahren der manuellen Diagnostik und physikalische Therapie bei 25 Patienten <input type="checkbox"/> Teilnahme an einem von der Ärztekammer anerkannten interdisziplinären Kurs über Schmerztherapie von 80 Stunden Dauer <p>Hinweis: Sofern die Prüfung zur Erlangung der Anerkennung der Zusatzweiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“ länger als 48 Monate zurückliegt, muss ein Kolloquium vor der Schmerztherapie-Kommission stattfinden</p>
	<input type="checkbox"/> Ganztägige 12monatige Tätigkeit in einer entsprechend qualifizierten Schmerzpraxis, Schmerzzambulanz oder in einem Schmerzkrankenhaus (Anlage 1 der Vereinbarung). Eine Tätigkeit in Teilzeit muss hinsichtlich der Gesamtdauer, Niveau und Qualität den Anforderungen einer ganztägigen Tätigkeit entsprechen. Dies ist in der Regel gewährleistet, wenn die Teilzeittätigkeit mindestens die Hälfte der wöchentlichen Arbeitszeit beträgt. -bitte beifügen- <input type="checkbox"/> Regelmäßige Teilnahme – mindestens achtmal – an einer interdisziplinären Schmerzkonferenz gemäß § 5 Abs. 3 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie innerhalb von 12 Monaten vor Antragstellung. -bitte beifügen- <input type="checkbox"/> Genehmigung zur Teilnahme an der psychosomatischen Grundversorgung gemäß § 5 Abs. 6 der Psychotherapie-Vereinbarung (Anlage 1 BMV-Ä). -bitte beifügen-
	<p>Zusätzlich für Fachgebiete mit <u>konservativen</u> Weiterbildungsinhalten:</p> <input type="checkbox"/> Entzugsbehandlung bei Medikamentenabhängigkeit bei 25 Patienten -bitte beifügen-
	<p>Zusätzlich für Fachgebiete mit <u>operativen</u> Weiterbildungsinhalten:</p> <input type="checkbox"/> Denervationsverfahren und/oder augmentative Verfahren (z. B. Neurolyse, zentrale Stimulation) bei 25 Patienten -bitte beifügen-
	<p>Zusätzlich für Fachgebiete mit <u>konservativ-interventionellen</u> Weiterbildungsinhalten:</p> <input type="checkbox"/> Plexus- und rückenmarksnahe Analgesien bei 50 Patienten -bitte beifügen- <input type="checkbox"/> davon Sympathikusblockaden bei 10 Patienten -bitte beifügen- <p>Die geforderte Anzahl von Untersuchungen und Behandlungen in den o. g. fachlichen Voraussetzungen muss selbstständig und unter Anleitung eines Arztes, absolviert und bescheinigt werden.</p>

Apparative Voraussetzungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reanimationseinheit einschließlich Defibrillator ist vorhanden. ▪ EKG – und Pulsmonitoring an jedem Behandlungsplatz, an dem invasive Verfahren durchgeführt werden. 	ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																												
Organisatorische Voraussetzungen	<p>Schmerztherapeutische Versorgung:</p> <p>An folgenden Tagen werden in der Einrichtung schmerztherapeutische Sprechstunden ausschließlich zur Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzkrankheiten angeboten:</p> <table border="1" data-bbox="459 459 1449 795"> <thead> <tr> <th>Wochentag</th> <th>Stundenzahl/Sprechstunde</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> <p>Eine ständige Rufbereitschaft zur Beratung der Schmerzpatienten während der Praxiszeiten sowie zur konsiliarischen Beratung der überweisenden Ärzte ist gewährleistet.</p> <table border="1" data-bbox="1332 806 1487 936"> <tr> <td>ja</td> <td>nein</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>Ich nehme an folgenden interdisziplinären Schmerzkonzferenzen teil:</p> <table border="1" data-bbox="459 1008 1449 1272"> <thead> <tr> <th>Name der Schmerzkonzferenz</th> <th>Ärztlicher Leiter der Schmerzkonzferenz</th> <th>Anzahl pro Jahr</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> <p>Schmerztherapeutische Behandlungsverfahren:</p> <p>In meiner Praxis werden folgende schmerztherapeutische Behandlungsverfahren durchgeführt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pharmakotherapie <input type="checkbox"/> Therapeutische Lokalanästhesie <input type="checkbox"/> Psychosomatische Grundversorgung gemäß der Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung <input type="checkbox"/> Stimulationstechniken (z. B. TENS) <input type="checkbox"/> Koordination und Einleitung von psycho- und physiotherapeutischen Maßnahmen <p>Gewährleistung der Einleitung und Koordination der nachstehenden flankierenden therapeutischen Maßnahmen bzw. deren jeweilige, indikationsbezogene Durchführung (mind. drei müssen selbst vorgehalten werden):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Manuelle Untersuchungs- und Behandlungsverfahren in Kooperation mit _____ 			Wochentag	Stundenzahl/Sprechstunde											ja	nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Name der Schmerzkonzferenz	Ärztlicher Leiter der Schmerzkonzferenz	Anzahl pro Jahr									
Wochentag	Stundenzahl/Sprechstunde																														
ja	nein																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
Name der Schmerzkonzferenz	Ärztlicher Leiter der Schmerzkonzferenz	Anzahl pro Jahr																													

Organisatorische Voraussetzungen	<input type="checkbox"/>	Physikalische Therapie in Kooperation mit _____		
	<input type="checkbox"/>	Therapeutische Leitungs-, Plexus- und rückenmarksnahe Anästhesien in Kooperation mit _____		
	<input type="checkbox"/>	Sympathikusblockaden in Kooperation mit _____		
	<input type="checkbox"/>	Rückenmarksnahe Opioidapplikationen in Kooperation mit _____		
	<input type="checkbox"/>	Denervationsverfahren und/oder augmentative Verfahren (z. B. Neurolyse, zentrale Stimulation) in Kooperation mit _____		
	<input type="checkbox"/>	Übende Verfahren (z. B. Autogenes Training) in Kooperation mit _____		
	<input type="checkbox"/>	Hypnose in Kooperation mit _____		
	<input type="checkbox"/>	Ernährungsberatung in Kooperation mit _____		
	<input type="checkbox"/>	Minimal-invasive Interventionen in Kooperation mit _____		
	<input type="checkbox"/>	Operative Therapie in Kooperation mit _____		
	<input type="checkbox"/>	Entzugsbehandlung bei Medikamentenabhängigkeit in Kooperation mit _____		
	Räumliche Voraussetzungen:		ja	nein
	▪ Die Praxis ist rollstuhlgerecht eingerichtet.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ In der Praxis stehen Überwachungs- und Liegeplätze zur Verfügung.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dokumentation:				
Ich erkläre mich bereit, jeden Behandlungsfall gemäß den Anforderungen des § 7 der Vereinbarung standardisiert zu dokumentieren und der Kassenärztlichen Vereinigung auf verlangen die Dokumentationen der Behandlungsfälle vorzulegen.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Genehmigungsverfahren (§10):				
Ich bin damit einverstanden, dass die Schmerztherapie-Kommission die Abrechnungsunterlagen sowie die organisatorischen Gegebenheiten in meiner Praxis daraufhin überprüft, ob sie den Bestimmungen gemäß der Vereinbarung entsprechen.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Hinweis zum Datenschutz	Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung (Datenschutzhinweise) finden Sie unter www.kvsh.de . Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.	
Einverständnis zum Datenschutz	Hiermit gebe ich meine Zustimmung, dass die für die Antragsbearbeitung zuständigen Mitarbeiter der KVSH folgende Unterlagen aus meiner Arztregisterakte und ggf. der derzeitigen Akte des Zulassungsausschusses einsehen und wenn notwendig zur Antragsbearbeitung heranziehen dürfen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Urkunde der Facharztanerkennung ▪ Urkunde einer ggf. erworbenen Schwerpunktbezeichnung ▪ Urkunde einer ggf. erworbenen Zusatzbezeichnung ▪ Arbeitszeugnisse 	<input type="checkbox"/>
Zustimmung	Ich bestätige, die Vereinbarung zur Kenntnis genommen zu haben und erkläre mit meiner Unterschrift, die schmerztherapeutische Versorgung gem. § 5 der Vereinbarung sicherzustellen.	<input type="checkbox"/>

Ort, Datum

Praxisstempel

Unterschrift

Gilt nur bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis:

Unterschrift bei MVZ oder Praxis
Ärztlicher Leiter bzw. anstellender Arzt

Unterschrift bei GmbH
Geschäftsführer des MVZ

Unterschrift
ausführender, angestellter Arzt