

## Abteilung Qualitätssicherung

Bismarckallee 1-6

23795 Bad Segeberg

☎ 04551/883 374

@ qualitaetssicherung@kvsh.de


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

<p>Ich stelle den Antrag <input type="checkbox"/> für mich <input type="checkbox"/></p> <p><b>Angaben des Antragstellers:</b> (bitte immer ausfüllen)</p> <p>Vorname: <input type="text"/></p> <p>Zuname: <input type="text"/></p> <p><b>Praxisanschrift</b></p> <p>PLZ, Ort: <input type="text"/></p> <p>Straße: <input type="text"/></p> <p>LANR: <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>@ <input type="text"/></p>	<p><input type="checkbox"/> für meinen angestellten Arzt<sup>1</sup> <input type="checkbox"/></p> <p><b>Angaben zum angestellten Arzt, der die beantragten Leistungen durchführen soll:</b></p> <p>Vorname: <input type="text"/></p> <p>Zuname: <input type="text"/></p> <p><b>Privatanschrift</b></p> <p>PLZ, Ort: <input type="text"/></p> <p>Straße: <input type="text"/></p> <p>LANR: <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>@ <input type="text"/></p>
--	--

<p><b>Tätig in:</b> Zulassung <input type="checkbox"/></p> <p>Anstellung <input type="checkbox"/></p> <p>Ermächtigung <input type="checkbox"/></p>	<p>ab dem: <input type="text"/></p>
--	-------------------------------------

<p><b>Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:</b></p>	
1. BSNR: <input type="text"/>	4. BSNR: <input type="text"/>
2. BSNR: <input type="text"/>	5. BSNR: <input type="text"/>
3. BSNR: <input type="text"/>	

<sup>1</sup> Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), sind hiermit selbstverständlich alle Geschlechter gemeint.

Beantragte Leistungen	Leistungen nach Kapitel 30.7.1 EBM (ausgeschlossen hiervon ist die GOP 30704)		
<b>Fachliche Voraussetzungen</b>	<b>Für alle Fachgebiete:</b>	ja	nein
	1. Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung in einem klinischen Fach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Erhebung einer standardisierten Schmerzanamnese einschließlich der Auswertung von Fremdbefunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. Durchführung der Schmerzanalyse einschließlich der gebietsbezogenen differentialdiagnostischen Abklärung der Schmerzkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4. Psychosomatische Diagnostik bei chronischen Schmerzpatienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5. Eingehende Beratung und gemeinsame Festlegung der Therapieziele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6. Invasive und nicht invasive Methoden der Akutschmerztherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7. Einsatz schmerztherapeutischer Verfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8. Schmerzbewältigungstraining einschließlich Entspannungsverfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9. 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"/>	<input type="checkbox"/>
	10. Standardisierte Dokumentation des schmerztherapeutischen Behandlungsverlaufes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11. Medikamentöse Therapie über Kurzzeit, Langzeit und als Dauertherapie sowie in der terminalen Behandlungsphase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12. Spezifische Pharmakotherapie bei 100 Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	13. Multimodale Therapie in interdisziplinärer Zusammenarbeit bei 50 Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	14. Diagnostische und therapeutische Lokal- und Leitungsanästhesie bei 25 Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	15. Stimulationstechniken (z. B. TENS) bei 25 Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	16. Spezifische Verfahren der manuellen Diagnostik und physikalische Therapie bei 25 Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	17. Teilnahme an einem von der Ärztekammer anerkannten interdisziplinären Kurs über Schmerztherapie von 80 Stunden Dauer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hinweis:</b> Sofern die Prüfung zur Erlangung der Anerkennung der Zusatzweiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“ länger als 48 Monate zurückliegt, muss ein Kolloquium vor der Schmerztherapie-Kommission stattfinden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Zusätzlich für Fachgebiete mit <u>konservativen</u> Weiterbildungsinhalten:</b>			
 Entzugsbehandlung bei Medikamentenabhängigkeit bei 25 Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



Ich nehme an folgenden interdisziplinären Schmerzkonferenzen teil:

Name der Schmerzkonferenz	Ärztlicher Leiter der Schmerzkonferenz	Anzahl pro Jahr

**Schmerztherapeutische Behandlungsverfahren:**

In meiner Praxis werden folgende schmerztherapeutische Behandlungsverfahren durchgeführt:

	ja	nein
☞ Pharmakotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
☞ Therapeutische Lokalanästhesie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
☞ Psychosomatische Grundversorgung gemäß der Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
☞ Stimulationstechniken (z. B. TENS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
☞ Koordination und Einleitung von psycho- und physiotherapeutischen Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gewährleistung der Einleitung und Koordination der nachstehenden flankierenden therapeutischen Maßnahmen bzw. deren jeweilige, indikationsbezogene Durchführung (mind. drei müssen selbst vorgehalten werden):

☞ Manuelle Untersuchungs- und Behandlungsverfahren in Kooperation mit _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
☞ Physikalische Therapie in Kooperation mit _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
☞ Therapeutische Leitungs-, Plexus- und rückenmarksnahe Anästhesien in Kooperation mit _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
☞ Sympathikusblockaden in Kooperation mit _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
☞ Rückenmarksnahe Opioidapplikationen in Kooperation mit _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
☞ Denervationsverfahren und/oder augmentative Verfahren (z. B. Neurolyse, zentrale Stimulation) in Kooperation mit _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



		ja	nein
	☞ Übende Verfahren (z. B. Autogenes Training) in Kooperation mit _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	☞ Hypnose in Kooperation mit _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	☞ Ernährungsberatung in Kooperation mit _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	☞ Minimal-invasive Interventionen in Kooperation mit _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	☞ Operative Therapie in Kooperation mit _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	☞ Entzugsbehandlung bei Medikamentenabhängigkeit in Kooperation mit _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Räumliche Voraussetzungen:</b>		
	☞ 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"/>
	<b>Dokumentation:</b>		
	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"/>
	<b>Genehmigungsverfahren (§10):</b>		
	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"/>
<b>Allgemeine Hinweise</b>	☞ Zeugnisse und Bescheinigungen können nur im Original oder als beglaubigte Fotokopie anerkannt werden.  ☞ Die beantragten Leistungen dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden. Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich.		
<b>Hinweis zum Datenschutz</b>	Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung (Datenschutzhinweise) finden Sie unter <a href="http://www.kvsh.de">www.kvsh.de</a> . Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.		



<b>Einverständnis zum Datenschutz</b>	<p>Hiermit gebe ich meine Zustimmung, dass die für die Antragsbearbeitung zuständigen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der KVSH folgende Unterlagen aus meiner Arztregisterakte und ggf. der derzeitigen Akte des Zulassungsausschusses einsehen und wenn notwendig zur Antragsbearbeitung heranziehen dürfen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☛ Urkunde der Facharztanerkennung</li> <li>☛ Urkunde einer ggf. erworbenen Schwerpunktbezeichnung</li> <li>☛ Urkunde einer ggf. erworbenen Zusatzbezeichnung</li> <li>☛ Arbeitszeugnisse</li> </ul>	ja  <input type="checkbox"/>	nein  <input type="checkbox"/>
---------------------------------------	---	------------------------------------	--------------------------------------

Ich bestätige, die Vereinbarung zur Kenntnis genommen zu haben und erkläre mit meiner Unterschrift, die schmerztherapeutische Versorgung gem. § 5 der Vereinbarung sicherzustellen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

<b>Gilt nur bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis</b>	
	_____ Unterschrift des ärztlichen Leiters des MVZ bzw. anstellenden Arztes der Praxis
	_____ bei GmbH Unterschrift des Geschäftsführers des MVZ
	_____ Unterschrift ausführender, angestellter Arzt

