

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Formular die männliche Form zur Bezeichnung von Personen verwendet. Diese Form ist dabei geschlechtsunabhängig zu verstehen.

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6A
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-595
Fax: 030 / 31 003-50730
E-Mail: QS-Team-4@kvberlin.de

Praxisstempel

Antrag auf Abrechnungsgenehmigung für Leistungen der Schmerztherapie

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

Antragsteller _____ Vertragsarzt, MVZ-Ärztliche Leitung, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigte	Leistungserbringer _____ sofern abweichend vom Antragsteller, z. B. angestellter Arzt
---	---

Betriebsstättennummer (BSNR)	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>										
Lebenslange Arztnummer (LANR) (Leistungserbringer)	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>										
<input type="checkbox"/> Zulassung <input type="checkbox"/> Anstellung <input type="checkbox"/> Ermächtigter Krankenhausarzt	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> MVZ/Poliklinik <input type="checkbox"/> üBAG _____ Name des Krankenhauses des ermächtigten Arztes										

Genehmigung beantragt zum	_____ Datum
Zulassungsbeschluss der Sitzung vom	_____ Sitzungsdatum, sofern bekannt

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail: _____



Leistung

- GOP 30700 EBM Grundpauschale für einen Patienten im Rahmen der Versorgung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie
- GOP 30702 EBM Zusatzpauschale für die schmerztherapeutische Versorgung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie

Leistungsort

- Betriebsstätte

Adresse

- Nebenbetriebsstätte

Nebenbetriebsstättennummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse

- Ausgelagerter Praxisraum

- Anzeige ggü. der Abteilung Arztregister/Bedarfsplanung wurde gestellt
- Bestätigung der Abteilung Arztregister/Bedarfsplanung ist beigefügt

Adresse

Die nachfolgenden Nachweise fügen Sie bitte dem Antrag in Kopie bei. Bitte beachten Sie, dass die Vollständigkeit der Unterlagen Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und Genehmigungserteilung ist. Kreuzen Sie Zutreffendes bitte an.

Fachliche Befähigung gemäß § 4 Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie

- Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung für ein klinisches Fach mit unmittelbarem Patientenbezug
- Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“
Nachweis folgender Erfahrungen und Fertigkeiten:
 - Erhebung einer bio-psycho-sozialen Schmerzanamnese bei 100 Patienten **und**
 - Anwendung standardisierter und validierter Testverfahren und Fragebögen zur Schmerzanalyse und differentialdiagnostischen Abklärung der Schmerzkrankheiten einschließlich Detektion von Risikofaktoren für Schmerzchronifizierung bei 100 Patienten **und**
 - Vollständige körperliche Untersuchung und Funktionsstatus bei 100 Patienten **und**
 - Aufstellung eines inhaltlichen und zeitlich gestuften multimodalen Therapieplanes einschließlich der zur Umsetzung erforderlichen interdisziplinären, interprofessionellen und sozial-medizinischen Koordination bei 100 Patienten **und**
 - Initiierung, Modifizierung und/oder Beendigung medikamentöser Kurzzeit-, Langzeit- und Dauertherapie bei 100 Patienten **und**



- Teilnahme an einem von der Ärztekammer anerkannten interdisziplinären Kurs über Schmerztherapie von 80 Stunden Dauer **sowie**

Die geforderte Anzahl der Untersuchungen und Behandlungen muss selbständig und unter Anleitung eines Arztes, welcher zur Weiterbildung befugt ist, absolviert worden sein.

Nachweis über die Erfüllung der nachfolgenden Anforderungsvoraussetzungen:

- Ganztägige 12-monatige Tätigkeit in einer entsprechend qualifizierten Schmerzpraxis, Schmerzzambulanz oder einem Schmerzkrankenhaus. 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. Die Gesamtdauer nach Satz 1 verlängert sich entsprechend. Tätigkeiten im Rahmen der Weiterbildung im Fachgebiet werden nicht anerkannt **und**
- Regelmäßige Teilnahme - mindestens achtmal - an einer interdisziplinären Schmerzkonferenz gemäß § 5 Abs. 3 innerhalb von 12 Monaten vor Antragstellung **und**
- Genehmigung zur Teilnahme an der psychosomatischen Grundversorgung gemäß § 7 Abs. 1 der Psychotherapie-Vereinbarung (Anlage 1 BMV-Ä) **und**
- Erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium vor der Schmerztherapie-Kommission der Kassenärztlichen Vereinigung, sofern die Prüfung zur Erlangung der Anerkennung der Zusatzweiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“ länger als 48 Monate zurückliegt.

Schmerztherapeutische Behandlungsverfahren gemäß § 6 QS-Vereinbarung Schmerztherapie

fakultative schmerztherapeutische Behandlungsverfahren	wird selbst durchgeführt (mind. 3 Verfahren)	wird in Kooperation durchgeführt (Name Vertragsarzt, Adresse):
Manuelle Untersuchungs- und Behandlungsverfahren	<input type="checkbox"/>	
Physikalische Therapie	<input type="checkbox"/>	
Invasive Verfahren (z. B. Leitungsanalgesie, rückenmarksnahe Verfahren, Sympathikusblockaden)	<input type="checkbox"/>	
Anwendung von Capsaicin 8 % als Schmerzpflaster	<input type="checkbox"/>	
Einstellung und Befüllung von implantierten Medikamentenpumpen	<input type="checkbox"/>	
Übende Verfahren (z. B. Progressive Muskelrelaxation, Autogenes Training)	<input type="checkbox"/>	
Hypnose	<input type="checkbox"/>	
Ernährungsberatung	<input type="checkbox"/>	
Entzugsbehandlung bei Medikamentenabhängigkeit	<input type="checkbox"/>	
Komplementäre Verfahren (z. B. Akupunktur)	<input type="checkbox"/>	

Bei weiteren Kooperationspartnern fügen Sie bitte dem Antrag eine gesonderte Aufstellung bei.

Räumliche und apparative Nachweise gemäß § 9 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie

Räumliche Voraussetzungen:

- Rollstuhlgeeignete Praxis
Grundriss mit Bemaßung wurde dem Antrag beifügen.
- Überwachungs- und Liegeplätze

Apparative Voraussetzungen:

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

VERPFLICHTUNGEN UND HINWEISE

Es wird versichert, dass den Vorgaben der jeweils entsprechend gültigen Rechtsgrundlagen vollumfänglich Folge geleistet wird.

Es ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Schmerztherapie erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin zulässig ist.

Die Richtigkeit der vorliegenden Angaben wird versichert und jede Änderung daran der Abteilung Qualitätssicherung unverzüglich mitgeteilt.

Verantwortlicher für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist die Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Masurenallee 6A, 14057 Berlin. Wir erheben die hier angegebenen Daten auf Grundlage des Artikels 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstaben c, e Datenschutz-Grundverordnung i. V. m. der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten. Zweck der Datenverarbeitung ist die Bearbeitung des Antrags und Prüfung der Genehmigung im Rahmen unseres Sicherstellungs- und Vergütungsauftrags. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie in den Datenschutzhinweisen auf unserer Webseite.

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Das Einverständnis darüber, dass nach der Erteilung einer Genehmigung die zuständige Kommission im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin nach vorheriger Anmeldung eine Praxisbegehung vornehmen kann, um das Vorliegen der Genehmigungsvoraussetzungen zu prüfen, wird erklärt. **Die Genehmigung wird nur erteilt, wenn der Arzt in seinem Antrag sein Einverständnis zur Durchführung einer solchen Überprüfung erklärt, gemäß § 12 Absatz 2 Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie.**

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift Antragsteller