



Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

Telefon (030) 31003 - 462, Fax (030) 31003 - 305

Praxisstempel

Antrag auf Abrechnungsgenehmigung

**des Zuschlages für die Erbringung der Zusatzpauschale 30702 in schmerztherapeutischen
Einrichtungen nach der EBM-Nr. 30704 gemäß Anlage I der Qualitätssicherungsvereinbarung
zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gemäß
§ 135 Abs. 2 SGB V (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie) vom 01.04.2005**

Name des Antragstellers: _____

Betriebsstättennummer (BSNR):

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

Die Antragstellung erfolgt: für mich

für den angestellten Arzt/ Job-Sharer _____
(nicht Zutreffendes bitte streichen) (Name des Arztes)

Niedergelassener Arzt in Einzelpraxis Berufsausübungsgemeinschaft
 MVZ ÜBAG Sonstige

Angestellter Arzt in Einzelpraxis Berufsausübungsgemeinschaft
 MVZ ÜBAG Sonstige

Ich bin am Krankenhaus _____ ermächtigter Arzt
(Name des Krankenhauses)

Lebenslange Arztnummer (LANR):
(wenn vorhanden)

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

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail Adresse _____



Gemäß § 4 Abs. 3 Nr. der Anlage I der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie
leite ich die schmerztherapeutische Einrichtung als:

Schmerzklinik Schmerzabteilung an Allgemeinkrankenhäusern

Schmerzambulanz Schmerzpraxis (niedergelassener Vertragsarzt)

Anschrift:

.....

**1. Voraussetzungen gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung
Schmerztherapie ab 01.04.2005 sowie des schmerztherapeutischen Kapitels
30.7.4 des ab dem 01.01.2008 gültigen EBM2008**

Zutreffendes bitte ankreuzen

Ich nehme als Leiter der Einrichtung persönlich an der Qualitätssicherungs-
vereinbarung Schmerztherapie teil

und

Ich verfüge über die Weiterbildungsbefugnis nach dem Weiterbildungsrecht
der Ärztekammern für die Zusatz-Weiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“
Eine Kopie der o.g. Weiterbildungsbefugnis füge ich bei.

(Ohne Weiterbildungsbefugnis können die von Ihnen ausgestellten Zeugnisse nicht anerkannt werden).

**2. Mit den nachfolgend genannten Fachdisziplinen wird eine
kontinuierliche interdisziplinäre Zusammenarbeit nachgewiesen:
Für die in der Einrichtung **nicht** beschäftigten Kooperationspartner ist der
Name und die Anschrift anzugeben.**

Anästhesiologie

Name:

Anschrift:

Neurologie

Name:

Anschrift:



Neurochirurgie

Name:

Anschrift:

Orthopädie/Chirurgie

Name:

Anschrift:

Psychiatrie

Name:

Anschrift:

Rheumatologie

Name:

Anschrift:

Interventionelle Radiologie

Name:

Anschrift:

Physiotherapeuten

Name:

Anschrift:

Zutreffendes bitte ankreuzen

3. Das Patientengut in der schmerztherapeutischen Einrichtung besteht

ausschließlich

bzw.

weit überwiegend

aus chronisch schmerzkranken Patienten entsprechend der Definition der Präambel des EBM 2008 und des § 1 Abs. 1 der Schmerztherapie-Vereinbarung.



Es werden regelmäßig **mindestens 150** chronisch schmerzkrankte Patienten im Quartal betreut.

Es werden an **vier Tagen pro Woche mindestens je vier Stunden** schmerztherapeutische Sprechstunden, in denen ausschließlich Patienten mit chronischen Schmerzkrankheiten behandelt werden, vorgehalten.

Der Anteil der schmerztherapeutisch betreuten Patienten an der Gesamtzahl der Patienten beträgt **mindestens 75 %**.

Die Gesamtzahl der schmerztherapeutisch betreuten Patienten darf die Höchstzahl von 300 Behandlungsfällen pro Vertragsarzt pro Quartal nicht überschreiten.

Die vorgenannte Begrenzung auf 300 Behandlungsfälle kann aus Gründen der Sicherstellung der Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten auf Antrag durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung modifiziert werden.

(Die Kassenärztliche Vereinigung kann entsprechende Diagnosen- und Leistungsstatistiken anfordern.)

Die Anforderungen an ein schmerztherapeutisches Zentrum sowie an den Vertragsarzt sind vollständig erfüllt, wenn das Behandlungsspektrum des schmerztherapeutischen Zentrums mindestens folgende Schmerzkrankheiten bzw. -störungen umfasst:

Zutreffendes bitte ankreuzen

- chronisch muskuloskelettale Schmerzen
- chronische Kopfschmerzen
- Gesichtsschmerzen
- Ischämieschmerzen
- medikamenteninduzierte Schmerzen
- neuropathische Schmerzen
- sympathische Reflexdystrophien
- somatoforme Schmerzstörungen
- Tumorschmerzen
-
-

4. Es werden mindestens **10mal** im Jahr nach außen offene, interdisziplinäre Schmerzkonzferenzen mit Patientenvorstellung durchgeführt.

- Thema und Teilnehmer sind zu dokumentieren, die Patienten werden persönlich vorgestellt, die Teilnehmer unterliegen der Schweigepflicht, Ort, Daten und Uhrzeit dieser Konferenzen stehen fest.
- Der Nachweis über o.g. Teilnahme ist der Kassenärztlichen Vereinigung bis zum 31.03. des Folgejahres einzureichen.

Es werden mindestens **30 Stunden** schmerztherapeutische Fortbildung je Kalenderjahr durchgeführt.

- Die Teilnahme an schmerztherapeutischen Fortbildungen ist der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung auf deren Verlangen nachzuweisen.



5. Im schmerztherapeutischen Zentrum werden alle der nachfolgenden Behandlungsverfahren gem. § 6 Abs. 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie eigenständig vorgehalten (nicht delegationsfähig-obligat):

- Pharmakotherapie
- Therapeutische Lokalanästhesie
- Psychosomatische Grundversorgung gemäß der Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung) (Anlage 1 BMV-Ä/EKV)
- Stimulationstechniken (z.B. TENS)
- Koordination und Einleitung von psycho- und physiotherapeutischen Maßnahmen

Im schmerztherapeutischen Zentrum werden mind. 3 der nachfolgenden Behandlungsverfahren gem. § 6 Abs. 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie eigenständig vorgehalten (fakultative schmerztherapeutische Behandlungsverfahren):

- Manuelle Untersuchungs- und Behandlungsverfahren
- Physikalische Therapie
- Therapeutische Leitungs- Plexus- und rückenmarksnahe Anästhesien
- Sympathikusblockaden
- Rückenmarksnahe Opioidapplikation
- Denervationsverfahren und/oder augmentative Verfahren (z.B. Neurolyse, zentrale Stimulation)
- Übende Verfahren (z. B. Autogenes Training)
- Hypnose
- Ernährungsberatung
- minimal-invasive Interventionen
- operative Therapie
- Entzugsbehandlung bei Medikamentenabhängigkeit

Die übrigen Verfahren werden im Konsiliardienst sichergestellt.

Es ist gewährleistet, dass täglich interne Fallbesprechungen und wöchentliche interne Teamsitzungen stattfinden.

6. In der schmerztherapeutischen Einrichtung ist die Anwendung folgender schmerztherapeutischer Standards sichergestellt:

- Erhebung einer standardisierten Schmerzanamnese einschließlich Sichtung und Wertung aller verfügbaren Vorbefunde, funktionelle Betrachtung der Röntgenbilder
- eingehende körperliche (mit Einschluss neurologisch-orthopädischfunktioneller Untersuchung und eingehende psychosoziale und -psychiatrische Exploration)
- Durchführung einer Schmerzanalyse
- Feststellung des Chronifizierungsstadiums (nach Gerbershagen-Mainzer Staging)
- differentialdiagnostische Abklärung der Schmerzkrankheit
- eingehende Beratung des Patienten
- Gemeinsame Festlegung der Therapieziele
- Aufstellung eines zeitlich und inhaltlich gestuften Therapieplanes (einschließlich der zu dessen Umsetzung erforderlichen interdisziplinären Koordination der Ärzte und komplementären Berufe)
- Einsatz schmerztherapeutischer Behandlungsverfahren
- Standardisierte Dokumentation mit Angaben zur psychosomatischen Auswirkung und Kontrolle des Verlaufs.



Das in der Einrichtung eingesetzte Dokumentationsinstrumentarium ist diesem Antrag
beigefügt.

Das in der Einrichtung eingesetzte Dokumentationsinstrumentarium ist der KV
Berlin bekannt.

**Genehmigung bzw. Anerkennung schmerztherapeutische Einrichtung durch
andere KV**

Ich/Wir habe/haben bereits eine Anerkennung der
KV
am erhalten.

Eine Durchschrift/Fotokopie des Anerkennungsschreibens füge ich bei.



ERKLÄRUNG / VERPFLICHTUNG

Mir ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung der Leistungen nach der vg.
Vereinbarung erst **nach Erteilung der Genehmigung durch die KV Berlin zulässig ist.**

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.

Berlin, den

.....
Unterschrift + ARZTSTEMPEL

.....
Unterschrift Leiter der Einrichtung