

Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Qualitätssicherung  
Masurenallee 6A  
14057 Berlin

Praxisstempel

Tel.: 030 / 31 003-595  
Fax: 030 / 31 003-50730

### Antrag auf Abrechnungsgenehmigung für Leistungen der Schmerztherapie nach den EBM-Nrn. 30700 und 30702

gemäß der „Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gem. §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)

- |   |                                       |  |
|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Niedergelassener Arzt in | <input type="checkbox"/> Einzelpraxis | <input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft             |
|   | <input type="checkbox"/> MVZ          | <input type="checkbox"/> ÜBAG <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Angestellter Arzt in     | <input type="checkbox"/> Einzelpraxis | <input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft             |
|   | <input type="checkbox"/> MVZ          | <input type="checkbox"/> ÜBAG <input type="checkbox"/> Sonstiges |

Ich bin am Krankenhaus \_\_\_\_\_ ermächtigter Arzt  
(Name des Krankenhauses)

Lebenslange Arztnummer (LANR) (wenn vorhanden) 

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

Telefon (tagsüber): \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Waren Sie bereits in einem anderen KV-Bereich berechtigt, Leistungen auf dem Gebiet der Schmerztherapie zu erbringen?

Ja (Bitte die Kopie des Bescheides beifügen.)  Nein

**A. Nachweis der fachlichen Befähigung**

**1. Nachweis der fachlichen Befähigung gemäß § 4 der o.g. Vereinbarung**

**1.1.** Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung für ein klinisches Fach  
Ich bin berechtigt folgende Gebietsbezeichnung für ein klinisches Fach zu führen:

\_\_\_\_\_

**1.1.1.** Ich bin eingetragen im Schmerztherapeutenverzeichnis der DGSS und STK:

Ja  Nein

**1.1.2.** Ich bin Mitglied in folgenden schmerztherapeutischen Vereinigungen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**1.2.** Die in Absatz 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie geforderte Anzahl von Untersuchungen und Behandlungen wurden selbstständig unter der Anleitung eines Arztes, welcher die Voraussetzungen zur Erlangung der Weiterbildungsbefugnis nach dem Weiterbildungsrecht der Ärztekammern für die Zusatz-Weiterbildung 'Spezielle Schmerztherapie' erfüllt, absolviert.

**und**

Ganztägige 12-monatige Tätigkeit in einer entsprechend qualifizierten Schmerzpraxis, Schmerzzambulanz oder in einem Schmerzkrankenhaus (vgl. Anlage I).

*Hinweis:*

*Tätigkeiten im Rahmen der Weiterbildung im Fachgebiet werden nicht anerkannt.*

**und**

Regelmäßige Teilnahme – mindestens achtmal – an einer interdisziplinären Schmerzkonferenz gem. § 5 Abs. 3 innerhalb von 12 Monaten vor Antragstellung.

**und**

Genehmigung zur Teilnahme an der psychosomatischen Grundversorgung gem. § 5 Abs. 6 der Psychotherapie-Vereinbarung.

**und**

Bescheinigung über die Teilnahme an einem von der Ärztekammer anerkannten interdisziplinären Kurs über Schmerztherapie von 80 Stunden Dauer.

**Entsprechende Zeugnisse und Bescheinigungen gemäß § 10 der vg. Vereinbarung sind beigelegt.**

Ja  Nein

Hinweis: Zeugnisse, welche von dem zur Anleitung berechtigten Arzt nach § 4 Abs. 2 unterzeichnet sind, beinhalten mindestens folgende Angaben:

- Zahl der vom Antragsteller selbständig durchgeführten Untersuchungen und Behandlungen unter Anleitung sowie absolvierte Tätigkeitszeiten (gem. § 4 Abs. 1 und Abs. 3 Nr. 1)
- Bescheinigung, dass der Antragsteller alle schmerztherapeutischen Behandlungsverfahren gemäß § 6 Abs. 1 und mindestens drei schmerztherapeutische Behandlungsverfahren gemäß § 6 Abs. 2 erlernt und selbstständig durchgeführt hat
- Beurteilung der fachlichen Befähigung des Antragstellers zur selbständigen Durchführung der Schmerztherapie chronisch Schmerzkranker

**B. Räumliche und apparative Voraussetzungen** (gemäß § 8 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie)

In meiner Praxis sind folgende Voraussetzungen erfüllt:

**1. Räumliche Voraussetzungen:**

(Bitte Grundriss mit entsprechenden Maßen beifügen.)

*Hinweis: Der Aufriss des Zugangs zum Straßenniveau muss erkennbar sein.*

a) Die Praxis ist rollstuhlgerecht bzw. rollstuhlgeeignet. Es ist/sind vorhanden:

- Eine für den Rollstuhlfahrer erreichbar angebrachte Klingel.
- Hilfsmittel zur Überwindung von Stufen aus eigener Kraft (z.B. anlegbare schiefe Ebene).
- Für den Rollstuhlfahrer zugänglicher Behandlungsraum.
- rollstuhlgerechter WC-Raum mit Umsetzhilfe (Haltegriffe)

b) Die Praxis verfügt über mindestens einen Überwachungs- und Liegeplatz.

Anzahl: \_\_\_\_\_

**2. Apparative Voraussetzungen:**

a) Die Praxis verfügt über EKG- und Pulsmonitoring an jedem für invasive Verfahren benutzten Behandlungsplatz

b) Reanimationseinheit einschließlich Defibrillator bestehend aus:

- Sauerstoffversorgung (mindestens 2 l Flasche oder Wandanschluss)
- Beatmungsbeutel mit Maske
- Laryngoskop
- endotracheale Tuben
- Absaugung
- Venenverweilkanülen
- Infusionsbesteck und -lösungen
- Notfallmedikamente (Katecholamine, Corticoide; Benzodiazepine bzw. Barbiturate, Muskelrelaxantien)
- EKG-Monitor
- Defibrillator

**C. Verpflichtungserklärung (gemäß § 5 der v. g. Vereinbarung)**

Die Verpflichtungserklärung habe ich im Original und unterschrieben beigelegt.

Ja

Nein

Hinweis: Die Verpflichtungserklärung muss zur Antragsbearbeitung vorliegen.

**D. Allgemeine Hinweise:**

Die Durchführung und Abrechnung der Schmerztherapie-Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ist erst nach erfolgreicher Teilnahme an einem Kolloquium und nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin zulässig. Die Abrechnungsgenehmigung wird ab Datum des Bescheides erteilt.

Gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie kann die Schmerztherapie-Kommission die Ausstattung der Praxis prüfen und den Nachweis der in den §§ 5 bis 8 genannten Voraussetzungen verlangen.

Die Erfüllung der Verpflichtung nach § 5 Abs. 3 (Schmerzkonferenzen) und Abs. 4 (Behandlung überwiegend chronischer Patienten) ist gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung einmal jährlich nachzuweisen.

Vorsorglich weist die Kassenärztliche Vereinigung Berlin darauf hin, dass die Abrechnungsgenehmigung endet, wenn die in der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie festgelegten Erfordernisse durch den Arzt nicht oder nicht mehr erfüllt werden.

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass die Qualitätssicherungs-Kommission für Schmerztherapie die Abrechnungsunterlagen von den Teilnehmern der Schmerztherapievereinbarung in meiner Praxis daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen gemäß dieser Vereinbarung entsprechen.

Ich habe entsprechende Nachweise (Zeugnisse, Bescheinigungen etc.) beigelegt.

**Ich versichere die Richtigkeit der Angaben:**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift +Arztstempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Leiter der Einrichtung