



Antrag

auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der **schmerztherapeutischen Versorgung** chronisch schmerzkranker Patienten gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V

Der Antrag für angestellte Ärzte ist vom Arbeitgeber zu stellen!

(Anstellender Arzt der Einzelpraxis bzw. vom Geschäftsführer des MVZ/Krankenhauses/Institutes bzw. vom Verantwortlichen der BAG)

Kreuzen Sie bitte Zutreffendes an und ergänzen fehlende Angaben in den markierten Feldern!

<p>Ich stelle den Antrag für mich</p> <p>Vor- und Zuname des Antragstellers bzw. Bezeichnung des MVZ /Krankenhauses /Institutes bzw. der BAG</p> <p>(bitte immer ausfüllen)</p>	<p>Für den angestellten Arzt in der Einzelpraxis bzw. im MVZ bzw. im Krankenhaus/Institut bzw. in der BAG</p> <p>Vor- und Zuname des angestellten Arztes der die Leistungen ausführen soll</p>
<p>LANR:</p> <p>Geburtsdatum:</p>	<p>LANR:</p> <p>Geburtsdatum:</p>
<p>Praxisanschrift (Straße, PLZ, Ort (Hauptstandort):</p> <p>Telefon:</p> <p>Fax:</p> <p>E-Mail:</p>	

Genehmigung durch andere KV

Für dieses Antragsverfahren ist bereits eine Genehmigung von der

KV erteilt worden.

Eine Fotokopie liegt bei.

Fachliche Voraussetzungen

Die in § 4 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie festgelegten fachlichen Anforderungen werden durch das in Kopie beigefügte differenzierte Zeugnis nachgewiesen. In diesem sind die nachfolgenden Verfahren beschrieben.

a. Für alle Fachgebiete:

- Erhebung einer standardisierten Schmerzanamnese einschließlich der Auswertung von Fremdbefunden
- Durchführung der Schmerzanalyse einschließlich der gebietsbezogenen differentialdiagnostischen Abklärung der Schmerzkrankheiten
- Psychosomatische Diagnostik bei chronischen Schmerzpatienten
- Eingehende Beratung und gemeinsame Festlegung der Therapieziele
- Invasive und nicht invasive Methoden der Akutschmerztherapie
- Einsatz schmerztherapeutischer Verfahren
- Schmerzbewältigungstraining einschließlich Entspannungsverfahren
- 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
- Standardisierte Dokumentation des schmerztherapeutischen Behandlungsverlaufes
- Medikamentöse Therapie über Kurzzeit, Langzeit und als Dauertherapie sowie in der terminalen Behandlungsphase
- Spezifische Pharmakotherapie bei 100 Patienten
- multimodale Therapie in interdisziplinärer Zusammenarbeit bei 50 Patienten
- Diagnostische und therapeutische Lokal- und Leitungsanästhesie bei 25 Patienten
- Stimulationstechniken (z. B. TENS) bei 25 Patienten
- Spezifische Verfahren der manuellen Diagnostik und physikalischen Therapie bei 25 Patienten

b. Zusätzlich für Fachgebiete mit konservativen Weiterbildungsinhalten

- Entzugsbehandlung bei Medikamentenabhängigkeit bei 25 Patienten

c. Zusätzlich für Fachgebiete mit operativen Weiterbildungsinhalten:

- Denervationsverfahren und/oder augmentative Verfahren (z. B. Neurolyse, zentrale Stimulation) bei 25 Patienten

d. Zusätzlich für Fachgebiete mit konservativ-interventionellen Weiterbildungsinhalten:

- Plexus- und rückenmarksnahe Analgesien bei 50 Patienten
- davon 10 Sympathikusblockaden

und

Die geforderte Anzahl von Untersuchungen und Behandlungen erfolgte selbstständig unter der Anleitung eines Arztes, welcher die Voraussetzung zur Erlangung der Weiterbildungsbefugnis nach dem Weiterbildungsrecht der Ärztekammern für die Zusatz-Weiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“ erfüllt.

und

Nachweis über eine vom Umfang her ganztägige 12monatige Tätigkeit in einer entsprechend qualifizierten Schmerzpraxis, Schmerzambulanz oder einem Schmerzkrankenhaus, die/das von der jeweils zuständigen KV anerkannt ist (vg. Anlage1).

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. Bei einer Teilzeittätigkeit verlängert sich die Gesamtdauer entsprechend.

Tätigkeiten im Rahmen der Weiterbildung im Fachgebiet werden nicht anerkannt!

und

Genehmigung zur Teilnahme an der psychosomatischen Grundversorgung nach der Psychotherapie-Vereinbarung (Anlage 1 BMV-Ä).

und

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

und

Nachweis über die regelmäßige Teilnahme - mindestens achtmal - an einer interdisziplinären Schmerzkonferenz innerhalb von 12 Monaten vor Antragstellung.

Der jeweilige Konferenzleiter muss die Voraussetzungen zur Teilnahme an der Schmerztherapie-Vereinbarung erfüllen!

und

Teilnahme an einem Kolloquium vor der Schmerzkommision der KV

Hinweis:

Die Teilnahme am Kolloquium ist nur dann erforderlich, wenn die Prüfung zur Erlangung der Zusatzweiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“ länger als 48 Monate zurückliegt.

Fügen Sie bitte alle Nachweise zu den vorgenannten Punkten dem Antrag bei, damit ohne zeitliche Verzögerung eine Prüfung erfolgen kann.

Erst wenn die zuvor aufgeführten Zeugnisse/Bescheinigungen/Nachweise vollständig vorliegen kann die zuständige Kommission eine Beurteilung vornehmen.

Schmerztherapeutische Behandlungsverfahren

Zutreffendes bitte ankreuzen

Obligate schmerztherapeutische Behandlungsverfahren

Mir ist bekannt, dass die nachstehend aufgeführten Behandlungsverfahren selbst vorgehalten und durchgeführt werden müssen und diese nicht delegationsfähig sind:

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

Fakultative schmerztherapeutische Behandlungsverfahren

Für die Einleitung und Koordination der flankierenden therapeutischen Maßnahmen bzw. deren Durchführung werden jeweils indikationsbezogen mindestens **drei** der nachstehenden Behandlungsverfahren selbst vorgehalten.

Die anderen Behandlungsverfahren werden in Kooperation erbracht

Behandlungsverfahren	wird in Kooperation durchgeführt: (bitte Vor- und Nachnamen und Ort des Kooperationspartners angeben)	wird selbst durchgeführt
Manuelle Untersuchungs- und Behandlungsverfahren		
Physikalische Therapie		
Therapeutische Leitungs-, Plexus- und rückenmarksnahe Anästhesien		
Sympatikusblockaden		
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		

Angaben zum Leistungsort

Zutreffendes bitte ankreuzen

1. Die Leistung wird in den Räumen des Hauptstandortes (Praxis/MVZ) durchgeführt:

und/oder

2. Die Leistung wird in einer/mehreren Nebenbetriebsstätte/n durchgeführt:

- der Filiale
- der überörtlichen Nebenbetriebsstätte

(Bitte um Angabe der genauen Bezeichnung und der Adresse der Nebenbetriebsstätte/n)

1)

2)

und/oder

3. Die Leistung wird in **ausgelagerten Praxisräumen** durchgeführt

(Bitte um Angabe der genauen Adresse und Bezeichnung bei einem MVZ bzw. Krankenhaus)

Bezeichnung:

Anschrift:

Telefon/Fax: E-Mail:

BSNR (wenn bekannt):

Ausgelagerte Praxisräume zur Erbringung spezieller Untersuchungs- und Behandlungsmethoden müssen nach § 24 Abs. 5 Ärzte-ZV gegenüber auf dem Formular "Anzeige von ausgelagerten Praxisräumen" der KVWL angezeigt werden.

Ausgelagerte Praxisräume sind z.B. OP-Zentren, Räume eines Kollegen oder eines Krankenhauses oder andere (ggf. angemietete) Räumlichkeiten, die nicht zur eigenen Praxis/zum MVZ gehören.

Die Erklärung muss für jeden in den ausgelagerten Praxisräumen tätigen Arzt abgegeben werden.

Die Anzeige von ausgelagerten Praxisräumen

- ist anliegend beigefügt
- liegt der KVWL bereits vor (*für den Arzt, der die beantragte Leistung ausführen soll*)

Räumliche und apparative Voraussetzungen

Räumliche Voraussetzungen

Die Praxis ist rollstuhlgeeignet

Überwachungs- und Liegeplätze sind vorhanden

Apparative Voraussetzungen

Eine Reanimationseinheit einschließlich Defibrillator ist vorhanden

EKG- und Pulsmonitoring sind an jedem Behandlungsplatz, an dem invasive Verfahren durchgeführt werden, vorhanden

Es werden keine invasiven Verfahren durchgeführt

Zukunftsorientierte Anforderung an den schmerztherapeutisch tätigen Arzt

Mir ist bekannt, dass ich nach Erhalt der Genehmigung verpflichtet bin,

Zutreffendes bitte ankreuzen

- die chronisch schmerzkranken Patienten umfassend ärztlich entsprechend der Vorgaben des § 5 der Schmerztherapie-Vereinbarung zu versorgen und hierbei einen multimodalen Therapieansatz unter Einbeziehung physiotherapeutischer und psychotherapeutischer Kompetenz frühzeitig zu prüfen.
- an **vier** Tagen pro Woche in der **schmerztherapeutischen Einrichtung** mindestens **je vier** Stunden schmerztherapeutische Sprechstunden vorzuhalten, in denen ausschließlich Patienten mit chronischen Schmerzkrankheiten behandelt werden.
- die ständige Rufbereitschaft während der Praxiszeiten zur Beratung der Schmerzpatienten zu gewährleisten.
- den zuständigen Hausarzt des Patienten über den Behandlungsverlauf zeitnah, mindestens aber halbjährlich, zu informieren.
- zur konsiliarischen Beratung gemäß der im Antrag benannten kooperierenden Ärzte zur Verfügung zu stehen.
- überwiegend chronisch schmerzkranken Patienten in der Praxis zu behandeln.
- mindestens 8mal im Jahr an einer interdisziplinären Schmerzkonferenz im Sinne des § 5 Abs. 3 teilzunehmen und dies der KV in jährlichen Abständen – jeweils zum 31.03. nachzuweisen.
- jeden Behandlungsfall entsprechend den Vorgaben des § 7 der Vereinbarung, einschließlich Schmerzanamnese und Behandlungsverlauf, standardisiert zu dokumentieren und diese auf Verlangen der KV vorzulegen.
- die jeweiligen Anforderungen an die Leistungserbringung zu erfüllen.

Mit meiner Unterschrift

- bestätige ich, dass die KV die zuständige Schmerztherapie-Kommission nach § 10 Abs. 3 der Vereinbarung beauftragen kann, die Abrechnungsunterlagen von den Teilnehmern an der Vereinbarung sowie die organisatorischen Gegebenheiten der Arztpraxis zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen gemäß der Vereinbarung entsprechen
und
die Kommission zur Durchführung ihrer Aufgaben den Nachweis der in den §§ 5 bis 8 genannten Voraussetzungen verlangen kann.
- erkläre ich mein Einverständnis zur Veröffentlichung meines Namens und meiner Praxisanschrift zum Zwecke der Patientenzuweisung auf den Internetseiten der KVWL

Ort u. Datum

Unterschrift des Antragstellers



**Anzeige von ausgelagerten Praxisräumen
nach § 24 Abs. 5 Ärzte-ZV**

Ausgelagerte Praxisräume sind Räumlichkeiten an weiteren Orten in räumlicher Nähe zum Vertragsarztsitz für die Durchführung spezieller Untersuchungs- und Behandlungsleistungen. Ort und Zeitpunkt der Aufnahme der Tätigkeit in ausgelagerten Praxisräumen hat der Leistungserbringer der KV unverzüglich anzuzeigen. Beachten Sie bitte, dass ausgelagerte Praxisräume nur von den Versicherten in Anspruch genommen werden dürfen, wenn diese zuvor die Vertragsarztpraxis des Leistungserbringers aufgesucht haben; ein „Erstkontakt“ in den ausgelagerten Praxisräumen ist nicht zulässig.

	Vertragsarztsitz des Antragstellers (Vertragsarzt, Vertragspsychotherapeut, MVZ, Berufsausübungsgemeinschaft)	Ort der Leistungserbringung (ausgelagerte Praxisräume)
Name, Vorname		
Straße		
PLZ, Ort		
Telefon:		

Zusätzliche Angaben zu den ausgelagerten Praxisräumen:

Es handelt sich um die Räume der Berufsausübungsgemeinschaft
 des MVZ des Klinikums
 eigenen Räume
 eines Kollegen

(Bitte um Angabe der genauen Bezeichnung des MVZ/Klinikums bzw. Name des Kollegen)

Entfernung zum Vertragsarztsitz:		km		Fahrzeit
---	--	-----------	--	-----------------

Angaben zum Arzt, der in den ausgelagerten Praxisräumen tätig werden soll:

Leistungserbringer:

Zeitpunkt der Aufnahme

Leistungsspektrum in den ausgelagerten Praxisräumen:

Ort u. Datum	Unterschrift des Antragstellers / (ggf. Vertragsarztstempel)