

## Antrag auf Genehmigung zur Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie

### Hinweise:

- Antragsteller ist die Arztpraxis. Arztpraxis in diesem Sinne ist der Vertragsarzt in Einzelpraxis, eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), der Träger eines zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) oder ein ermächtigter Arzt. Die Genehmigung wird arzt- und Betriebsstätten bezogen erteilt.
- Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für die weibliche als auch männliche Form verwendet.
- Bitte füllen Sie den Antrag vollständig und in Druckbuchstaben aus.

### Antragsteller

Name der Einzelpraxis / der BAG / des MVZ

Anschrift der Hauptbetriebsstätte

  

### Die Antragstellung erfolgt für

Name, Vorname

Lebenslange Arztnummer

Fachrichtung

**Aufnahme der Tätigkeit ab \_\_\_\_\_ als:**

- Vertragsarzt     Angestellter Arzt     Ermächtigter Arzt     Institutsermächtigung

Die Leistungen werden beantragt für den **Standort der Betriebsstätte:**

.....  
.....

Angabe der Anschrift: Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

Bei weiteren Standorten fügen Sie dem Antrag eine gesonderte Aufstellung bei.

## Fachliche Qualifikation

- Ich bin Fachärztin/Facharzt für \_\_\_\_\_
- Die Zusatzweiterbildung „spezielle Schmerztherapie“ wurde erworben. **Kopie ist beigelegt**

## Qualifikationsnachweise

### Voraussetzungen

Die geforderten Qualifikationen gem. § 4 der Schmerztherapie-Vereinbarung habe ich wie nachfolgend dargestellt erworben. **Entsprechende Zeugnisse / Bescheinigungen sind beigelegt.**

→ Aus den Zeugnissen müssen die in § 4 genannten Leistungen, Untersuchungszahlen etc. vollständig und nachvollziehbar hervorgehen:

### Ärztliche Tätigkeit nach der Approbation:

(ggf. bitte ein Extrablatt benutzen)

Krankenhaus Abt. / Einrichtung	von / bis	davon spezielle schmerztherapeutische Tätigkeit von / bis

Eine Genehmigung zur Teilnahme an der psychosomatischen Grundversorgung gem. § 5, Abs. 6 der Psychotherapievereinbarung (Anl. 1 BMV-Ä/EKV) habe ich erhalten bzw. beantragt.

Ich habe in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung an mind. **8 Interdisziplinären Schmerzkonzferenzen** teilgenommen (**Nachweise anbei**)

Ich war über 12 Monate ganztägig in einer qualifizierten Schmerzpraxis, Schmerzambulanz oder Schmerzkrankenhaus entsprechend der Anlage I zur Schmerztherapie-Vereinbarung tätig; Nachweise liegen bei (§ 4 Abs. 3 Nr. 1 Schmerztherapie-Vereinbarung).

(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 der Hälfte der wöchentlichen Tätigkeit entspricht. Die Gesamtdauer verlängert sich entsprechend.)

## Anforderungen an die Praxisausstattung

**Ich bestätige, dass die folgenden Anforderungen gem. §§ 5, 9 der Schmerztherapie-Vereinbarung an die Praxisausstattung erfüllt sind:**

- Die Praxis ist rollstuhlgeeignet eingerichtet
- Reanimationsmöglichkeit einschl. Defibrillator ist vorhanden
- EKG- und Pulsmonitoring sind an jedem Behandlungsplatz vorhanden, an dem invasive Verfahren durchgeführt werden

In der Praxis stehen ausreichend Überwachungs- und Liegeplätze zur Verfügung.

Qualifiziertes Personal zur Assistenz und Überwachung bei schmerztherapeutischen Eingriffen steht zur Verfügung.

Eine Rufbereitschaft zur Beratung meiner Schmerzpatienten während der Praxiszeiten und zur konsiliarischen Beratung der überweisenden Ärzte ist gewährleistet.

An folgenden Tagen werden regelmäßig schmerztherapeutische Sprechstunden abgehalten (§ 5 Abs. 2 Schmerztherapie-Vereinbarung):

Wochentag:	Stundenzahl:
• _____	_____
• _____	_____
• _____	_____
• _____	_____

## Organisatorische Anforderungen

**Ich verpflichte mich, die folgenden organisatorischen Anforderungen zu erfüllen:**

In meiner Praxis werden folgende obligate schmerztherapeutische Behandlungsverfahren durchgeführt:

- Pharmakotherapie
- Therapeutische Lokalanästhesie
- Psychosomatische Grundversorgung gem. Psychotherapie-Vereinbarung
- Stimulationstechniken (z.B. TENS)
- Koordination und Einleitung von psycho- und physiotherapeutischen Maßnahmen

Die folgenden, in § 6 Abs. 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie genannten, fakultativen schmerztherapeutischen Behandlungsverfahren werden in eigener Praxis oder in Kooperation mit einer anderen Vertragsarztpraxis erbracht:

(Min. 3 fakultative Schmerztherapeutische Behandlungsverfahren müssen in eigener Praxis erbracht werden).

<b><u>Verfahren</u></b>	wird in eigener Praxis erbracht (bitte ankreuzen)	wird konsiliarisch mit folgender Vertragsarztpraxis erbracht (bitte Name u. Adresse eintragen)
Manuelle Untersuchungs- und Behandlungsverfahren	<input type="checkbox"/>	_____ _____
Physikalische Therapie	<input type="checkbox"/>	_____ _____
Therapeutische Leitungs- ,Plexus- und rückenmarksnahe Anästhesien	<input type="checkbox"/>	_____ _____
Sympathikusblockaden	<input type="checkbox"/>	_____ _____
Rückenmarksnahe Opioidapplikation	<input type="checkbox"/>	_____ _____
Denervationsverfahren und/oder augmentative Verfahren	<input type="checkbox"/>	_____ _____
Übende Verfahren	<input type="checkbox"/>	_____ _____
Hypnose	<input type="checkbox"/>	_____ _____
Ernährungsberatung	<input type="checkbox"/>	_____ _____
Minimal-invasive Intervention	<input type="checkbox"/>	_____ _____

Operative Therapie

---

---

Entzugsbehandlung bei Medikamentenabhängigkeit

---

---

### **Einverständniserklärung**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die von der Kassenärztlichen Vereinigung beauftragte Qualitätssicherungskommission meine Abrechnungsunterlagen sowie die organisatorischen Gegebenheiten in meiner Praxis daraufhin überprüft, ob sie den Bestimmungen gemäß der Schmerztherapie-Vereinbarung entsprechen. Eine Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Schmerztherapie wird nur erteilt, wenn Sie mit Ihrer Unterschrift Ihr Einverständnis zur Durchführung solcher Überprüfungen erklären.

Mir ist bekannt, dass für die Erteilung einer Genehmigung zur Teilnahme an der Schmerztherapie-Vereinbarung die erfolgreiche Teilnahme an einem **Kolloquium** gem. § 4 Abs. 3 Nr. 4 der Schmerztherapie-Vereinbarung erforderlich ist,

sofern die Prüfung zur Erlangung der Anerkennung der Zusatzweiterbildung "Spezielle Schmerztherapie" länger als 48 Monate zurückliegt,

oder wenn trotz der vorgelegten Zeugnisse / Bescheinigungen Zweifel an der fachlichen Qualifikation bestehen,

oder wenn eine im Vergleich zur Schmerztherapie-Vereinbarung abweichende aber gleichwertige Qualifikation vorliegt.

Ich stimme der Durchführung eines Kolloquiums zu.

### **Auflagen zur Aufrechterhaltung der Genehmigung**

**Ich habe folgende Auflagen zur Kenntnis genommen:**

→ Teilnahme an interdisziplinären Schmerzkonferenzen mindestens **achtmal** im Jahr.

→ Jährliche Bestätigung gem. § 5 Abs. 4, dass überwiegend chronisch schmerzkranken Patienten gem. § 1 Abs. 1 behandelt werden.

### **Rechtlicher Hintergrund**

Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie) gem. § 135 Abs. 2 SGB V

## Gebühren

Für die Bearbeitung von Anträgen auf Abrechnungsgenehmigungen, die ein Mitglied der KVH innerhalb von 12 Monaten nach Beginn der Mitgliedschaft vollständig stellt, werden höchstens Gebühren bis zu 300,00 € erhoben.

- Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von € 100,00 bitte ich mit sofortiger Wirkung von meinem aktuellen Honorarkonto bei der Kassenärztlichen Vereinigung abzubuchen.
- Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von € 100,00 zahle ich auf das Konto der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG  
IBAN: DE36 3006 0601 0001 3350 06  
BIC: DAAEDEDXXX  
Vermerk: Gebühr für Q/Genehmigung

Bitte berücksichtigen Sie dabei, dass Ihr Antrag erst bearbeitet werden kann, wenn die Gebühr bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg eingegangen ist oder einer Abbuchung vom Honorarkonto zugestimmt wurde.

### Rechtlicher Hintergrund

Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg für besondere Verwaltungstätigkeiten auf der Grundlage des § 59 Abs. 1 der Satzung KVH.

## Datenschutz

Die Information der betroffenen Person bei der Erhebung von personenbezogenen Daten gemäß Art. 13 und 14 DSGVO der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) finden Sie im Internet unter <http://www.kvhh.net/kvhh/info/datenschutz>. Sofern Sie keinen Internetzugang haben oder aus sonstigen Gründen eine Übersendung in Papierform wünschen, wenden Sie sich bitte an das Infocenter unter 040 / 22 802 900.

## Hinweise zur Genehmigungserteilung

Bitte beachten Sie:

- dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist.
- dass wir Ihnen diese Genehmigung in der Regel binnen eines Monats nach Antragseingang erteilen können, wenn uns die erforderlichen Nachweise vollständig vorliegen und vor Genehmigungserteilung nicht noch zusätzlich eine fachliche Prüfung (Kolloquium) erfolgreich absolviert werden muss.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben:

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift **Antragsteller**

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben

**Unterschriftenformular zum  
Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung  
von genehmigungspflichtigen Leistungen in einer BAG**

**Hinweis:** Heften Sie dieses Formular an den gewünschten Antrag und reichen Sie beides zusammen bei der KVH ein.

BAG	Datum ab

**(Name des Anstellenden)**

Name, Vorname des/der Angestellten	Anstellungsdatum

**Hinweis:** Es sind die Unterschriften **aller** BAG-Partner erforderlich oder die eines Unterschriftenbevollmächtigten. Reicht der Platz nicht aus, kopieren Sie bitte diese Seite in ausreichender Anzahl. Bei Unterschrift eines Bevollmächtigten, legen Sie bitte eine Kopie der Vollmacht bei.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel