

Arztstempel

Antrag auf Genehmigung zur Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie

Allgemeine Hinweise:

Antragsteller ist die Arztpraxis. Arztpraxis in diesem Sinne ist der Vertragsarzt in Einzelpraxis, eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), der Träger eines zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ), ermächtigtes Institut oder ein ermächtigter Arzt. Die Genehmigung wird arzt- und betriebsstättenbezogen erteilt

Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für die weibliche, männliche als auch diverse Form verwendet

Bitte füllen Sie den Antrag vollständig und in Druckbuchstaben aus

Antragsteller

Name der Arztpraxis / der BAG / des MVZ / des Instituts

--

Anschrift der Hauptbetriebsstätte

Die Antragstellung erfolgt für

Name, Vorname

Lebenslange Arztnummer

--	--

Fachrichtung

--

Vertragsarzt Angestellter Arzt Ermächtigter Arzt Institutsermächtigung

Aufnahme der Tätigkeit ab _____

Ansprechpartner für Rückfragen: _____
Name, Telefonnummer, E-Mail

Fachliche Qualifikation

- Ich bin Facharzt für _____
- Die Zusatzweiterbildung „spezielle Schmerztherapie“ wurde erworben

Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen.

Qualifikationsnachweise

Voraussetzungen

- Die geforderten Qualifikationen gem. § 4 der Schmerztherapie-Vereinbarung (Zeugnisse / Zusatzweiterbildung „spezielle Schmerztherapie“) habe ich erworben
- Eine Genehmigung zur Teilnahme an der psychosomatischen Grundversorgung gem. § 5 Abs. 6 der Psychotherapievereinbarung (Anl. 1 BMV-Ä) habe ich erhalten bzw. beantragt
- Ich habe in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung an mind. 8 Interdisziplinären Schmerzkonferenzen teilgenommen
- Ich war über 12 Monate ganztägig in einer qualifizierten Schmerzpraxis, Schmerzzambulanz oder Schmerzkrankenhaus entsprechend der Anlage I zur Schmerztherapie-Vereinbarung tätig; Nachweise liegen bei (§ 4 Abs. 3 Nr. 1 Schmerztherapie-Vereinbarung) oder Schmerzkrankenhaus entsprechend der Anlage I zur Schmerztherapie-Vereinbarung tätig

(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.

Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen

Anforderungen an die Praxisausstattung

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

- In der Praxis stehen ausreichend Überwachungs- und Liegeplätze zur Verfügung
- Reanimationsmöglichkeit einschl. Defibrillator ist vorhanden
- EKG- und Pulsmonitoring sind an jedem Behandlungsplatz vorhanden, an dem invasiv Verfahren durchgeführt wird.

- 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

- 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:

(Mindestens 3 fakultative schmerztherapeutische Behandlungsverfahren müssen in eigener Praxis erbracht werden)

Verfahren

wird in eigener
Praxis erbracht
(bitte ankreuzen)

wird konsiliarisch mit folgender
Vertragsarztpraxis erbracht
(bitte Namen und Adresse eintragen)

Manuelle Untersuchungs- und
Behandlungsverfahren

Physikalische Therapie

Therapeutische Leitungs- ,Plexus-
und rückenmarksnahe Anästhesien

Sympathikusblockaden

Rückenmarksnahe
Opioidapplikation

Denervationsverfahren und/oder
augmentative Verfahren

Übende Verfahren

Hypnose

Ernährungsberatung

Minimal-invasive Intervention	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>
Operative Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>
Entzugsbehandlung bei Medikamentenabhängigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>

Einverständniserklärung

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.

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 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 ein

Deutsche Apotheker- und Ärztebank e.G

IBAN: DE36 3006 0601 0001 3350 06

BIC: DAAEDEDXXX

Vermerk: Gebühr für Genehmigung

Hinweis: Bitte berücksichtigen Sie dabei, dass Ihr Antrag erst bearbeitet werden kann, wenn die Gebühr bei der Kassenärztlichen Vereinigung 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 auf unserer Homepage. 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
- dass Sie zur persönlichen Leistungserbringung verpflichtet sind

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben

Datum

Unterschrift Antragsteller

Datum

Unterschrift Angestellter

**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
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

(Name des Anstellenden)

Name, Vorname des Angestellten	Anstellungsdatum
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

Hinweis: Es sind die Unterschriften **aller** BAG-Partner erforderlich oder die eines Unterschriften Bevollmächtigten. 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.

<input style="width: 95%;" type="text"/>
--

Ort/Datum

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Praxisstempel

—
.

—
.

—
.

—
.