

www.kv-rlp.de/453257

A N T R A G
auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung
von Leistungen der Körperakupunktur

Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

I. Angaben zum Leistungserbringer

.....
ggf. Titel Name, Vorname geb. am

.....
Wohnungsanschrift (falls die vertragsärztliche Tätigkeit noch nicht aufgenommen wurde) Telefon

.....
E-Mail-Adresse Telefon mobil

.....
Betriebsstätte (PLZ Ort, Straße, Hausnummer) Telefon

.....
Nebenbetriebsstätte (PLZ Ort, Straße, Hausnummer) Telefon

.....
weitere Nebenbetriebsstätte Telefon

Im Bereich der KV RLP tätig ab/seit:

LANR (falls bekannt)

- Einzelpraxis
- Berufsausübungsgemeinschaft
- Ermächtigter Krankenhausarzt
- Angestellter Arzt

II. Leistungsumfang GOP - EBM

GOP EBM	Leistungslegende
30790	Eingangsdagnostik und Abschlussuntersuchung zur Behandlung mittels Körperakupunktur
30791	Durchführung einer Körperakupunktur

III. Fachliche Anforderungen

Die Berechtigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Körperakupunktur wurde bereits von einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt.

- ja (bitte Bescheid beifügen) nein

Falls ja. Wurde diese Berechtigung bislang zurückgenommen, zurückgegeben oder widerrufen?

- ja nein

- Ich besitze Kenntnisse der allgemeinen Grundlagen der Akupunktur, nachgewiesen durch die erfolgreiche Teilnahme an einer Zusatzweiterbildung „Akupunktur“ gemäß den Vorgaben im Abschnitt C: Zusatz-Weiterbildungen der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer vom Mai 2005

und

- besitze Kenntnisse in der Psychosomatischen Grundversorgung, nachgewiesen durch die erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung gemäß den Vorgaben des Curriculums Psychosomatische Grundversorgung der Bundesärztekammer (80 Stunden Curriculum „Kern-(Basis)Veranstaltung“)

und

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

Bitte die entsprechenden Bescheinigungen (z.B. Zusatzweiterbildung, Kursbescheinigungen) beifügen, sofern diese der KV RLP noch nicht vorliegen!

IV. Dokumentation

- Es besteht die Verpflichtung zur Erstellung bzw. Überprüfung eines inhaltlich und zeitlich gestaffelten Therapieplans unter Einbeziehung der Akupunktur im Rahmen eines schmerztherapeutischen Gesamtkonzepts. Ebenfalls besteht die Verpflichtung zur Durchführung einer fallbezogenen Eingangserhebung zur Schmerzevaluation mit den Parametern Lokalisation des Hauptschmerzes, Schmerzdauer, Schmerzstärke, Schmerzhäufigkeit, Beeinträchtigung der Alltagstätigkeiten durch den Schmerz, Beeinträchtigung der Stimmung durch den Schmerz und Durchführung einer Verlaufserhebung bei Abschluss der Behandlung mit den Dimensionen Lokalisation des Hauptschmerzes, Zufriedenheit mit der Schmerzbehandlung, Stärke des Hauptschmerzes, Schmerzhäufigkeit, Beeinträchtigung der Alltagstätigkeiten durch den Schmerz, Beeinträchtigung der Stimmung durch den Schmerz.

V. Überprüfung der Dokumentation

- Es besteht die Verpflichtung zur Vorlage der Eingangs- und Verlaufsdokumentation und des Therapieplans zur stichprobenartigen Überprüfung auf Anforderung einer KV-Kommission.

VI. Erklärung

- Ich / Wir verpflichte/n mich / uns zur regelmäßigen Teilnahme an Fallkonferenzen oder an Qualitätszirkeln zum Thema „chronische Schmerzen“ mindestens 4x im Jahr (wobei mindestens einmal im Jahr Fälle behandelnder Patienten vorzustellen sind).
- Ich / Wir führe/n die Akupunktur in separaten, abgeschlossenen Räumen mit Liege durch.
- Ich / Wir verwende/n sterile Einmalnadeln.
- Ich / Wir verpflichte/n mich / uns zu der in IV genannten Dokumentation.
- Ich / Wir verpflichte/n mich / uns zur Vorlage der Eingangs- und Verlaufsdokumentation und des Therapieplans zur stichprobenartigen Überprüfung auf Anforderung einer KV-Kommission.
- Ich / Wir erkläre/n mein / unser Einverständnis zur Durchführung von Überprüfungen der apparativen und räumlichen Gegebenheiten in der Praxis durch eine KV-Kommission.

VII. Indikation für die Körperakupunktur

Eine Körperakupunktur ohne elektrische Stimulation bei chronisch schmerzkranken Patienten kann im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nur durchgeführt werden bei folgenden Indikationen:

- Chronische Schmerzen der Lendenwirbelsäule, die seit mindestens 6 Monaten bestehen und gegebenenfalls nicht segmental bis maximal zum Kniegelenk ausstrahlen (pseudoradikulärer Schmerz).
 - mit jeweils bis zu 10 Sitzungen innerhalb von maximal 6 Wochen und in begründeten Ausnahmefällen bis zu 15 Sitzungen innerhalb von maximal 12 Wochen, jeweils mindestens 30 Minuten Dauer, mit jeweils 14-20 Nadeln;
- Chronische Schmerzen in mindestens einem Kniegelenk durch Gonarthrose, die seit mindestens 6 Monaten bestehen,
 - mit jeweils bis zu 10 Sitzungen innerhalb von maximal 6 Wochen und in begründeten Ausnahmefällen bis 15 Sitzungen innerhalb von maximal 12 Wochen, jeweils mindestens 30 Minuten Dauer, mit jeweils 7-15 Nadeln je behandeltem Knie.

VIII. Allgemeines

- Akupunkturleistungen dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst ab dem Zeitpunkt abgerechnet werden, wenn die hierfür erforderliche Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Körperakupunktur durch die KV RLP erteilt wurde.
- Für Ärzte, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben, wird eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Körperakupunktur nur im Rahmen des ausgesprochenen Ermächtigungsumfanges wirksam.
- **Antrag auf Budgeterhöhung**
Für den Fall, dass mein vorstehender Antrag genehmigt wird und es durch diese neue Genehmigung in der Honorarabrechnung zu einer Budgetüberschreitung kommt, stelle ich hiermit einen Antrag auf Erhöhung des Budgets für die Mengenbegrenzung (PZ Vorjahr) aufgrund der neuen Genehmigung. Der Antrag gilt erstmals für das Quartal, in dem die Genehmigung erteilt wurde und für die drei Folgequartale.
Fragen rund um den Antrag auf Budgeterhöhung werden Ihnen unter der Durchwahl 06131 326-400 beantwortet.

Bei fehlendem Bedarf den Absatz bitte streichen.

Der/Die Unterzeichner versichern die Richtigkeit der vorstehend gemachten Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel des ausführenden Arztes

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel des Vertragsarztes bzw.
der abrechnenden Stelle (anstellender Ver-
tragsarzt, MVZ)