

E-Mail [genehmigung@kv-rlp.de](mailto:genehmigung@kv-rlp.de)  
Fax 06131 326-327  
Telefon 06131 326-326

[www.kv-rlp.de/940865](http://www.kv-rlp.de/940865)

## ANTRAG

### auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten

Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten  
gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

#### I. Angaben zum Leistungserbringer

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

.....  
Gebiets- oder Facharztbezeichnung

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

.....  
E-Mail-Adresse

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

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

.....  
weitere Nebenbetriebsstätte

Im Bereich der KV RLP tätig ab/seit: .....

LANR (falls bekannt) .....

- Einzelpraxis
- Berufsausübungsgemeinschaft
- Ermächtigter Krankenhausarzt
- Angestellter Arzt

## II. Leistungsumfang

### GOP - EBM Leistungslegende

- 30700** Grundpauschale  
zur Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten
- 30702** Zusatzpauschale  
zur Versorgung chronisch schmerzkranker

## III. Fachliche Anforderungen

Die Berechtigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten 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 die Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung für folgendes klinisches Fach:

oder

- Ich besitze die Berechtigung zum Führen der Zusatzqualifikation „**spezielle Schmerztherapie**“

Bitte entsprechende Urkunde beifügen.

**Bitte Zeugnisse und Bescheinigungen beifügen, sofern diese der KV RLP noch nicht vorliegen.**

Zusätzlich für alle Fachgebiete:

- | Ja                       | Nein                     |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Regelmäßige Teilnahme -mindestens achtmal- an einer interdisziplinären Schmerzkonferenz gem. § 5 Abs. 3 der v. g. QS-Vereinbarung innerhalb von 12 Monaten vor Antragstellung. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Genehmigung zur Teilnahme an der psychosomatischen Grundversorgung gem. § 5 Abs. 6 der Psychotherapie-Vereinbarung (Anlage 1 BMV/Ä/EKV).                                       |

Sofern die Prüfung zu Erlangung der Anerkennung der Zusatzweiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“ länger als 48 Monate zurückliegt, ist abschließend die erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium vor der Schmerztherapie-Kommission erforderlich.

#### **IV. Anforderungen an den schmerztherapeutisch tätigen Arzt**

Ich verpflichte mich die Anforderungen gemäß Schmerztherapie-Vereinbarung, Abschnitt C, § 5 zu erfüllen.

#### **V. Behandlungsverfahren**

Folgende nicht delegationsfähige Behandlungsverfahren sind verpflichtend einzusetzen:

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

Die Einleitung und Koordination der nachstehenden flankierenden therapeutischen Maßnahmen bzw. deren Durchführung sind indikationsbezogen zu gewährleisten (fakultative schmerztherapeutische Behandlungsverfahren).

Nicht vorgehaltene fakultative schmerztherapeutische Behandlungsverfahren, welche ggf. in Kooperation mit anderen Vertragsärzten erbracht werden, sind zu benennen:

Manuelle Untersuchungs- und Behandlungsverfahren

- Halte ich selbst vor
- Erbringe ich in Kooperation mit \_\_\_\_\_

Physikalische Therapie

- Halte ich selbst vor
- Erbringe ich in Kooperation mit \_\_\_\_\_

Therapeutische Leitungs-, Plexus- und rückenmarksnahe Anästhesien

- Halte ich selbst vor
- Erbringe ich in Kooperation mit \_\_\_\_\_

Sympathikusblockaden

- Halte ich selbst vor
- Erbringe ich in Kooperation mit \_\_\_\_\_

Rückenmarksnahe Opioidapplikation

- Halte ich selbst vor
- Erbringe ich in Kooperation mit \_\_\_\_\_

Denervationsverfahren und/oder augmentative Verfahren (z.B. Neurolyse, zentrale Stimulation)

- Halte ich selbst vor
- Erbringe ich in Kooperation mit \_\_\_\_\_

Übende Verfahren (z.B. Autogenes Training)

- Halte ich selbst vor
- Erbringe ich in Kooperation mit \_\_\_\_\_

Hypnose

- Halte ich selbst vor
- Erbringe ich in Kooperation mit \_\_\_\_\_

Ernährungsberatung

- Halte ich selbst vor
- Erbringe ich in Kooperation mit \_\_\_\_\_

minimal-invasive Interventionen

- Halte ich selbst vor
- Erbringe ich in Kooperation mit \_\_\_\_\_

operative Therapie

- Halte ich selbst vor
- Erbringe ich in Kooperation mit \_\_\_\_\_

Entzugsbehandlung bei Medikamentenabhängigkeit

- Halte ich selbst vor
- Erbringe ich in Kooperation mit \_\_\_\_\_

## **VI. Dokumentation**

Ich verpflichte mich, je Behandlungsfall eine standardisierte Dokumentation wie folgt vornehmen:

- Eingangserhebung mittels von den Fachgesellschaften konsentierten Schmerzfragebogen
- Art, Schwere und Ursache der zu Grunde liegenden Erkrankung und der bestehenden Komorbiditäten
- Zeitdauer des Schmerzleidens mit Angabe des Chronifizierungsstadiums
- Psychosomatische bzw. psychopathologische Auswirkungen und Behandlungsverlauf
- Therapeutische Maßnahmen
- Kontrolle des Verlaufes nach standardisierten Verfahren (Schmerzfragebogen\*)
- Verwendung von standardisierten und evaluierten Schmerztagebüchern\*

\* Bitte entsprechenden Schmerzfragebogen und/oder Schmerztagebuch diesem Antrag beifügen.

## VII. Räumliche und apparative Voraussetzungen

Ich halte folgende räumliche Voraussetzungen vor:

- Rollstuhlgeeignete Praxis
- Überwachungs- und Liegenplätze

Ich halte folgende apparative Voraussetzungen vor:

- Reanimationseinheit einschließlich Defibrillator
- EKG- und Pulsmonitoring an jedem Behandlungsplatz, an dem invasive Verfahren durchgeführt werden

## VIII. Allgemeines

- Schmerztherapeutische Leistungen dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst ab dem Zeitpunkt abgerechnet werden, wenn hierfür die erforderliche Genehmigung erteilt wurde.
- Die Teilnahme an der geforderten Überprüfung der ärztlichen Dokumentation durch die Qualitätssicherungs-Kommission ist verpflichtend (Schmerztherapie-Vereinbarung Abschnitt C, § 8).
- Für Ärzte, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben, wird eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nur im Rahmen des ausgesprochenen Ermächtigungsumfanges wirksam.
- Nach §10 Abs. 3 der Schmerztherapie-Vereinbarung dürfen Genehmigungen für die Ausführung und Abrechnung von schmerztherapeutischen Leistungen nur erteilt werden, wenn der Antragsteller sein Einverständnis zur Durchführung von Überprüfungen der Abrechnungsunterlagen und organisatorischen Gegebenheiten in der Praxis durch die Schmerztherapie-Kommission erklärt.

Ich erkläre mein Einverständnis zur Durchführung einer solchen Überprüfung.

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

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel des ausführenden Arztes

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel des Vertragsarztes bzw. der abrechnenden Stelle (anstellender Vertragsarzt, MVZ, Institut)