

E-Mail genehmigung@kv-rlp.de
Fax 06131 326-327
Telefon 06131 326-326

www.kv-rlp.de/940865

A N T R A G
auf Anerkennung als schmerztherapeutische Einrichtung gemäß § 4 Abs. 3 Nr. 1 der
Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung
chronisch schmerzkranker Patienten gemäß § 135 Abs. 2 SGB V
und / oder
auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der GOP 30704 EBM

I. Angaben zum Antragsteller und/oder 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. Antragsumfang Bitte je Betriebs-/Nebenbetriebsstätte ausfüllen, ggf. vervielfältigen!

Ich beantrage

- die Anerkennung als schmerztherapeutische Einrichtung gemäß § 4 Abs. 3 Nr. 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie als:
 - Schmerzklinik
 - Schmerzabteilung am Allgemeinkrankenhaus
 - Schmerzzambulanz
 - Schmerzpraxis niedergelassener Vertragsärzte

und/oder

- die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der GOP 30704 EBM.

III. Fachliche Anforderungen zur Anerkennung als schmerztherapeutische Einrichtung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie
Bitte je Betriebs-/Nebenbetriebsstätte ausfüllen ggf. vervielfältigen!

Die Anerkennung als schmerztherapeutische Einrichtung und/oder die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der GOP 30704 EBM 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

- Die qualifizierte Einrichtung wird von einem Arzt geleitet, der an der Schmerztherapie Vereinbarung teilnimmt bzw. die Voraussetzungen für eine solche Teilnahme erfüllt.

Leiter(-in) der schmerztherapeutischen Einrichtung:

Name, Vorname

- Es findet eine kontinuierliche interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Fachdisziplinen (Anästhesiologie, Neurologie, Neurochirurgie, Orthopädie/Chirurgie, Psychiatrie, Rheumatologie, interventionelle Radiologie) und mit Physiotherapeuten statt.

Folgende Kooperationspartner sind nicht in der Einrichtung beschäftigt:

Qualifikation, Name und Anschrift

Qualifikation, Name und Anschrift

Qualifikation, Name und Anschrift

Qualifikation, Name und Anschrift

(Weitere Nennung bitte auf gesondertem Blatt).

- Das Patientengut besteht **ausschließlich bzw. weit überwiegend** aus chronisch Schmerzkranken entsprechend der Definition der Präambel und § 1 Abs. 1 der Schmerztherapie-Vereinbarung.
- Es werden regelmäßig mindestens 150 chronisch schmerzkranken Patienten im Quartal behandelt.
- Es werden ausschließlich solche Schmerzpatienten jeweils mindestens 4 Stunden an mindestens 4 Tagen pro Woche betreut.
- Das Behandlungsspektrum umfasst die der wichtigsten Schmerzkrankheiten wie
 - chronisch muskuloskelettale Schmerzen
 - chronische Kopfschmerzen
 - Gesichtsschmerzen
 - Ischämieschmerzen
 - medikamenteninduzierte Schmerzen
 - Neuropathische Schmerzen
 - Sympathische Reflexdystrophien
 - Somatoforme Schmerzstörungen
 - Tumorschmerzen
- Es werden **mindestens zwölfmal im Jahr** nach außen offene, interdisziplinäre Schmerzkonzferenzen mit Patientenvorstellung mit
 - Dokumentation von Thema und Teilnehmern
 - persönlicher Patientenvorstellung
 - Schweigepflicht für Teilnehmer
 - feststehenden Terminen mit Ort, Daten und Uhrzeit der Konferenzen
 durchgeführt.
- Der Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in den Behandlungsverfahren nach § 6 der Schmerztherapie-Vereinbarung in unserer Einrichtung ist sichergestellt.
- Es werden die unter § 6 Abs. 1 sowie zusätzlich mindestens 3 der unter § 6 Abs. 2 der Schmerztherapie-Vereinbarung genannten Verfahren vorgehalten.

Folgende **obligate** Behandlungsverfahren werden in der Einrichtung vorgehalten (**nicht delegationsfähig!!**):

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

Mindestens **drei** der folgenden **fakultativen** Behandlungsverfahren werden in der Einrichtung vorgehalten, die übrigen werden von den aufgeführten Ärzten/Leistungserbringern in Kooperation erbracht:

Manuelle Untersuchungs- und Behandlungsverfahren

- Halte ich selbst vor
- Erbringe ich in Kooperation mit _____

Physikalische Therapie

- Halte ich selbst vor
- Erbringe ich in Kooperation mit _____

Invasive Verfahren (z. B. Leitungsanalgesie, rückenmarksnahe Verfahren, Sympathikusblockaden)

- Halte ich selbst vor
- Erbringe ich in Kooperation mit _____

Anwendung von Capsaicin 8% als Schmerzpflaster

- Halte ich selbst vor
- Erbringe ich in Kooperation mit _____

Einstellung und Befüllung von implantierten Medikamentenpumpen

- Halte ich selbst vor
- Erbringe ich in Kooperation mit _____

Übende Verfahren (z.B. Progressive Muskelrelaxation, 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 _____

Entzugsbehandlung bei Medikamentenabhängigkeit

- Halte ich selbst vor
- Erbringe ich in Kooperation mit _____

Komplementäre Verfahren (z. B. Akupunktur)

- Halte ich selbst vor
- Erbringe ich in Kooperation mit _____

- Tägliche interne Fallbesprechungen und wöchentliche interne Teamsitzungen sind gewährleistet.
- Die Anwendung folgender schmerztherapeutischer Standards ist sichergestellt:
 - Erhebung einer standardisierten Schmerzanamnese einschließlich Sichtung und Wertung aller verfügbaren Vorbefunde, funktionelle Betrachtung der Röntgenbilder
 - eingehende körperliche (mit Einschluss neurologisch-orthopädisch-funktioneller) Untersuchung und eingehende psychosoziale und psychiatrische Exploration
 - Durchführung einer Schmerzanalyse
 - Feststellung des Chronifizierungsstadiums (nach Gerbershagen – Mainzer Staging)
 - differentialdiagnostische Abklärung der Schmerzkrankheit
 - eingehende Beratung des Patienten
 - Gemeinsame Festlegung der Therapieziele
 - Aufstellung eines zeitlich und inhaltlich gestuften Therapieplanes (einschließlich der zu dessen Umsetzung erforderlichen interdisziplinären Koordination der Ärzte und komplementären Berufe)
 - Einsatz schmerztherapeutischer Behandlungsverfahren
 - Standardisierte Dokumentation mit Angaben zur psychosomatischen Auswirkung und Kontrolle des Verlaufs

Das in unserer Einrichtung eingesetzte Dokumentationsinstrumentarium liegt diesem Vordruck bei.

IV. Fachliche Anforderungen zur Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der GOP 30704 gemäß der Präambel zu Kapitel 30.7 EBM und der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie

- Ich nehme an der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie teil und besitze die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der GOP 30700 und 30702 EBM und erbringe die GOP 30704 EBM in einer schmerztherapeutischen Einrichtung gemäß Anlage I der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie.

V. Verpflichtungen zur Anerkennung als schmerztherapeutische Einrichtung

- Ich werde **alle** Anforderungen und Verpflichtungen der Anlage I der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie einhalten und in der **Einrichtung mindestens zwölfmal im Jahr** nach außen offene, interdisziplinäre Schmerzkonferenzen mit Patientenvorstellung mit
 - Dokumentation von Thema und Teilnehmern
 - persönlicher Patientenvorstellung
 - Schweigepflicht für Teilnehmer
 - feststehenden Terminen mit Ort, Daten und Uhrzeit der Konferenzen
 durchführen.

VI. Verpflichtungen zur Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der GOP 30704 gemäß der Präambel zu Kapitel 30.7 des EBM

- Der Arzt, der die GOP 30702 EBM in einer anerkannten schmerztherapeutischen Einrichtung ausführt, muss **mindestens zehnmal im Jahr** an einer interdisziplinären Schmerzkonferenz teilnehmen. Die regelmäßige Teilnahme an Schmerzkonferenzen nebst vorgestellten Patienten ist der KV RLP auf Verlangen nachzuweisen.

- ☐ Der Arzt, der die GOP 30702 EBM in einer anerkannten schmerztherapeutischen Einrichtung ausführt, muss mindestens **30 Stunden schmerztherapeutische Fortbildung je Kalenderjahr** nachweisen (vgl. Präambel Nr. 5 des EBM zu Kapitel 30.7). Die regelmäßige Teilnahme an schmerztherapeutischen Fortbildungen ist der KV RLP auf Verlangen nachzuweisen.
- ☐ Der Arzt, der die GOP 30702 EBM in einer anerkannten schmerztherapeutischen Einrichtung ausführt, muss überwiegend chronisch schmerzkranken Patienten gemäß der Präambel zu Kapitel 30.7 des EBM und des § 1 Abs. 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie behandeln. Es sind regelmäßig mindestens 150 chronisch schmerzkranken Patienten im Quartal zu betreuen. Der Vertragsarzt hat an vier Tagen pro Woche mindestens je vier Stunden schmerztherapeutische Sprechstunden vorzuhalten, in denen er ausschließlich Patienten mit chronischen Schmerzkrankheiten behandelt. Der Anteil der schmerztherapeutisch betreuten Patienten an der Gesamtzahl der Patienten muss mindestens 75 % betragen. Die Gesamtzahl der schmerztherapeutisch betreuten Patienten darf die Höchstzahl von 300 Behandlungsfällen pro Vertragsarzt pro Quartal nicht überschreiten.

VII. Allgemeines

- Schmerztherapeutische Leistungen dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst ab dem Zeitpunkt abgerechnet werden, wenn hierfür die erforderliche Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten 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 schmerztherapeutischen Leistungen 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 und werde die o. g. Verpflichtungen einhalten.

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

Datum

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

Datum

Unterschrift/Stempel des ausführenden Arztes

Datum

Unterschrift/Stempel des Leiters der Einrichtung