

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

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 Schmerzkonzferenz 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. § 7 Abs. 1 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 _____

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 _____

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 uns 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)