Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Qualitätssicherung
Elsenheimerstraße 39
80687 München

➡ Jetzt **online** beantragen in **MEINE KVB**

Fax-Nummer: 089/57093 - 64966
E-Mail-Adresse: VER.CoCQS@kvb.de

Antrag

auf **Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Akupunktur bei chronisch schmerzkranken Patienten** in der vertragsärztlichen Versorgung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur (QSV) gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

1. Allgemeine Angaben

Antragsteller (bei angestelltem Arzt ist dies der Arbeitgeber, bei einem im MVZ tätigen Arzt der MVZ-Vertretungsberechtigte, bei einem bei einer BAG angestellten Arzt der BAG-Vertretungsberechtigte)

LANR: |__|__|__|__|__|__|__|__|__| **BSNR:** |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Titel _____

Name _____, **Vorname** _____

☐ Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Vertragsarzt seit/ab: _____
tt.mm.jj

☐ Ich bin Vertretungsberechtigter der BAG _____
(Name der BAG)

☐ Ich bin Vertretungsberechtigter des MVZ _____
(Name des MVZ)

☐ Ich bin am Krankenhaus _____ ermächtigter Arzt seit/ab: _____
(Name des KH) tt.mm.jj

_____
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Hauptbetriebsstätte

_____
E-Mail-Adresse Telefonnummer

_____
Nur falls noch nicht zugelassen: Wohnanschrift

Die Antragstellung erfolgt für

☐ den Antragsteller persönlich *oder*

☐ den folgenden beim Antragsteller tätigen Arzt:

LANR: |__|__|__|__|__|__|__|__|__| Titel _____

Name _____, Vorname _____

☐ Angestellter Arzt bei o.g. Vertragsarzt seit/ab: _____
tt.mm.jj

☐ Angestellter Arzt bei o.g. Berufsausübungsgemeinschaft seit/ab: _____
tt.mm.jj

☐ Vertragsarzt im o.g. MVZ seit/ab: _____
tt.mm.jj

☐ Angestellter Arzt im o.g. MVZ seit/ab: _____
tt.mm.jj

Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:
(ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als vier Betriebsstätten)

1. BSNR: I__I__I__I__I__I__I__I__I__I, Adresse: _____

2. BSNR: I__I__I__I__I__I__I__I__I__I, Adresse: _____

3. BSNR: I__I__I__I__I__I__I__I__I__I, Adresse: _____

4. BSNR: I__I__I__I__I__I__I__I__I__I, Adresse: _____

2. Beantragung

Beantragt wird die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung folgender Leistungen:

Akupunktur bei chronisch schmerzkranken Patienten (GOP 30790, 30791 EBM)

3. Fachliche Voraussetzungen

Folgende fachliche Voraussetzungen werden erfüllt, vgl. § 3 QSV:

☐ Urkunde der Ärztekammer über die Berechtigung zum Führen der **Zusatzbezeichnung Akupunktur**

und

☐ Nachweis über erfolgreiche Teilnahme an einer **Fortbildung** gemäß den Vorgaben des Curriculums **Psychosomatische Grundversorgung der Bundesärztekammer** (80-Stunden-Curriculum „Kern/Basis-Veranstaltung“)

oder

☐ **Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der psychosomatischen Grundversorgung** liegt vor.

und

☐ Nachweis über die Teilnahme an einem von der Ärztekammer anerkannten **interdisziplinären Kurs über Schmerztherapie von 80 Stunden Dauer**

Alternativ:

☐ Urkunde der Ärztekammer über die Berechtigung zum Führen der **Zusatzbezeichnung Akupunktur**

und

☐ **Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten** nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie.

☐ Genehmigungsbescheid der KVB liegt vor.

☐ Genehmigungsbescheid einer außerbayerischen KV ist beigefügt.

KVB
Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

4. Räumliche und apparative Voraussetzungen

Folgende räumliche und apparative Voraussetzungen werden erfüllt, vgl. § 4 QSV:

☐ Die Durchführung der Akupunktur erfolgt in separaten, abgeschlossenen Räumen mit Liegen (ein Liegeplatz je abtrennbarer Behandlungseinheit) unter Verwendung steriler Einmalnadeln.

Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller tätige Arzt) bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich den Inhalt des Antrags sowie des beigefügten Anhangs mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an. Die im Anhang aufgeführten Erläuterungen sind Bestandteil dieses Antrags.

Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist.

Bitte denken Sie daran, alle mit 📎 gekennzeichneten Nachweise in Kopie dem Antrag beizulegen. Urkunden der Ärztekammer legen Sie bitte als Original oder amtlich beglaubigte Kopie dem Antrag bei.

☐ **Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass die KVB im Rahmen der Antragsbearbeitung zu den vorgelegten Nachweisen ggf. erforderliche weitere Informationen und ergänzende Nachweise bei der jeweils zuständigen Stelle einholen kann, insbesondere bei anderen KVen zu erteilten Genehmigungen oder bei Ärztekammern zu Inhalt und Umfang der absolvierten Weiterbildung. Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis während des laufenden Antragsverfahrens jederzeit widerrufen kann.**

Bitte beachten Sie, 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.

Ort, Datum	Unterschrift Vertragsarzt / BAG-Vertretungsberechtigter / MVZ-Vertretungsberechtigter

Bei Antragstellung für einen beim Antragsteller tätigen Arzt zusätzlich:

Ort, Datum	Unterschrift beim Antragsteller tätiger Arzt

Stempel Antragsteller

Checkliste	Liegt der KVB bereits vor	Sind dem Antrag beigefügt
1) Urkunde Zusatzbezeichnung „Akupunktur“	☐	☐
2) Teilnahmenachweis 80-Stunden-Curriculum („Kern/Basis-Veranstaltung“)	☐	☐
3) Teilnahmenachweis 80-Stunden-Kurs über Schmerztherapie	☐	☐
4) Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Bescheid einer außerbayerischen KV bitte beifügen)	☐	☐

Genehmigungsantrag – Anhang –

Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die KVB erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung Ihres Antrags führen können.

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter https://www.kvb.de/ueber-uns/erhebung-personenbezogener-daten. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

Sofern die genehmigungspflichtigen Leistungen in einem MVZ erbracht werden sollen, ist der Antragsteller stets der MVZ-Vertretungsberechtigte. Dies trifft sowohl bei zugelassenen Vertragsärzten im MVZ als auch bei angestellten Ärzten im MVZ zu. Der Arzt, der die Leistungen im MVZ erbringen wird und für den die fachlichen Nachweise vorzulegen sind, hat den Antrag mitzuunterzeichnen. Der Genehmigungsbescheid wird dem MVZ erteilt.

Für die Entscheidung über Anträge auf genehmigungspflichtige Leistungen kann eine Gebühr erhoben werden. Die Höhe der Kosten richtet sich nach Anlage 1 der Beitrags- und Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

Der Volltext der QSV Akupunktur ist unter http://www.kbv.de/html/qualitaetssicherung.php abrufbar.

Die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Akupunktur ist nach § 2 Abs. 3 QSV mit der **Auflage** zu erteilen, dass die in § 5 und § 6 QSV Akupunktur festgelegten Anforderungen an die Durchführung und an die Dokumentation der Akupunktur erfüllt werden. Dazu gehört insbesondere nach § 5 Abs. 1 Nr. 6, Abs. 2 QSV Akupunktur die **regelmäßige Teilnahme (mindestens viermal im Jahr) an Fallkonferenzen bzw. an Qualitätszirkeln zum Thema „chronische Schmerzen“**, wobei mindestens einmal im Jahr Fälle behandelter Patienten vorzustellen sind. Folgende Anforderungen sind dabei zu erfüllen:

- Mindestens zwei Teilnehmer müssen über eine Akupunktur-Genehmigung verfügen.
- Vertreter verschiedener Fachgebiete sollen an den Sitzungen teilnehmen.

Die regelmäßige Teilnahme an Fallkonferenzen beziehungsweise an Qualitätszirkeln ist zu dokumentieren (Datum, Teilnehmer, Themen, ggf. vorgestellte Fälle). Die Teilnahmebestätigungen sind der KVB in jährlichen Abständen - erstmalig ein Jahr nach Genehmigungserteilung - vorzulegen.

Vorgaben an die Durchführung und an die Dokumentation sind in § 5 QSV und in den Abrechnungsbestimmungen der GOPen 30790 und 30791 EBM festgelegt. Insbesondere sind die in § 5 Abs. 3 und 4 QSV festgelegten Anforderungen an die Anzahl der Sitzungen und Nadeln zu beachten.

Die Vorgaben zur Teilnahme an Überprüfungen der Dokumentation ergeben sich aus § 6 QSV Akupunktur. Die KVB fordert hierzu jährlich von mindestens fünf Prozent der Ärzte, die Leistungen nach § 1 QSV erbringen und abrechnen, Dokumentationen an.