

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Qualitätssicherung
Vogelsgarten 6
90402 Nürnberg

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

Antrag

auf **Genehmigung als schmerztherapeutische Einrichtung** nach Anlage I der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (QSV) gemäß § 135 Abs. 2 SGB V und der Präambel des Kapitels 30.7 EBM 2008 mit der Berechtigung zur Abrechnung der Gebührenordnungsposition **30704** EBM

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

BSNR: | | | | | | | | | |

Adresse:

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Einrichtung

Bei der Einrichtung handelt es sich um eine:

Schmerzklinik

(Name)

Schmerzabteilung im Krankenhaus

(Name)

Schmerzambulanz

(Name)

Schmerzpraxis

(Name)

Falls ein **Belegkrankenhaus** angegeben wurde:

Die beantragten Leistungen werden dort **stationär** bei Belegpatienten erbracht, auch **ambulant** erbracht (ausgelagerter Praxisraum).

2. Beantragung

Beantragt wird die **Genehmigung als schmerztherapeutische Einrichtung** nach Anlage I der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie (QSV) und Ziffer 4 bis 6 der Präambel zu Abschnitt 30.7 EBM mit der **Berechtigung zur Abrechnung der Gebührenordnungsposition 30704 EBM** (Zuschlag zur GOP 30702 EBM)


3. Fachliche Anforderungen,

vgl. Anlage I Nr. 1 QSV, Nr. 4 der Präambel zu Abschnitt 30.7 EBM

Die **Genehmigung** zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach der QSV wurde dem Antragsteller bzw. dem beim Antragsteller tätigen Arzt erteilt.

Genehmigungsbescheid der KVB liegt vor.

Genehmigungsbescheid einer außerbayerischen KV ist beigelegt.



4. Anforderungen an die schmerztherapeutische Einrichtung

4.1 Kontinuierliche interdisziplinäre Zusammenarbeit, vgl. Anlage I Nr. 2 QSV

Eine kontinuierliche interdisziplinäre Zusammenarbeit mit folgenden verschiedenen Fachdisziplinen ist gewährleistet:

- Anästhesiologie
- Neurologie
- Neurochirurgie
- Orthopädie/Chirurgie
- Psychiatrie
- Rheumatologie
- interventionelle Radiologie und
- Physiotherapeuten

In der Einrichtung sind folgende Fachärzte / Physiotherapeuten **beschäftigt** (das Einverständnis der Genannten zur Weitergabe nachfolgender Daten an die KVB liegt vor):

1. Titel _____ Name _____, Vorname _____

Facharzt-/ Berufsbezeichnung: _____

2. Titel _____ Name _____, Vorname _____

Facharzt-/ Berufsbezeichnung: _____

3. Titel _____ Name _____, Vorname _____

Facharzt-/ Berufsbezeichnung: _____

4. Titel _____ Name _____, Vorname _____

Facharzt-/ Berufsbezeichnung: _____

5. Titel _____ Name _____, Vorname _____

Facharzt-/ Berufsbezeichnung: _____

6. Titel _____ Name _____, Vorname _____

Facharzt-/ Berufsbezeichnung: _____

7. Titel _____ Name _____, Vorname _____

Facharzt-/ Berufsbezeichnung: _____

8. Titel _____ Name _____, Vorname _____

Facharzt-/ Berufsbezeichnung: _____

oder

Mit der Einrichtung **kooperieren** folgende Fachärzte und/ oder Physiotherapeuten (das Einverständnis der Genannten zur Weitergabe nachfolgender Daten an die KVB liegt vor):

1. Titel _____ Name _____, Vorname _____

Facharzt-/ Berufsbezeichnung: _____

Anschrift: _____

2. Titel _____ Name _____, Vorname _____

Facharzt-/ Berufsbezeichnung: _____

Anschrift: _____

3. Titel _____ Name _____, Vorname _____

Facharzt-/ Berufsbezeichnung: _____

Anschrift: _____

4. Titel _____ Name _____, Vorname _____

Facharzt-/ Berufsbezeichnung: _____

Anschrift: _____

5. Titel _____ Name _____, Vorname _____

Facharzt-/ Berufsbezeichnung: _____

Anschrift: _____

6. Titel _____ Name _____, Vorname _____

Facharzt-/ Berufsbezeichnung: _____

Anschrift: _____

7. Titel _____ Name _____, Vorname _____

Facharzt-/ Berufsbezeichnung: _____

Anschrift: _____

8. Titel _____ Name _____, Vorname _____

Facharzt-/ Berufsbezeichnung: _____

Anschrift: _____

4.2 Patientengut

Das Patientengut der Einrichtung besteht **ausschließlich bzw. weit überwiegend** aus chronisch schmerzkranken Patienten entsprechend der Definition der Präambel und des § 1 Abs. 1 QSV

Es werden **regelmäßig mindestens 150 chronisch schmerzkranken Patienten im Quartal** behandelt. Der **Anteil** der schmerztherapeutisch betreuten Patienten an der Gesamtzahl der Patienten beträgt mindestens **75 %**. **Die KVB überprüft diese Voraussetzungen anhand der Abrechnung der letzten 4 Quartale.** Die KV kann darüber hinaus entsprechende Diagnosen- und Leistungsstatistiken anfordern (vgl. Anlage I Ziffer 3 QSV).

4.3 Schmerztherapeutische Sprechstunden, vgl. Anlage I Nr. 3 QSV

Es werden an mindestens **4 Tagen** pro Woche jeweils mindestens **4 Stunden** ausschließlich chronisch schmerzkranken Patienten behandelt.

4.4 Behandlungsspektrum, vgl. Anlage I Nr. 3 QSV

Das Behandlungsspektrum umfasst die **wichtigsten Schmerzkrankheiten**, wie

- chronisch muskuloskelettale Schmerzen
- chronische Kopfschmerzen
- Gesichtsschmerzen
- Ischämieschmerzen
- medikamenteninduzierte Schmerzen
- Neuropathische Schmerzen
- Sympathische Reflexdystrophien
- Somatoforme Schmerzstörungen
- Tumorschmerzen

4.5 Behandlungsverfahren, vgl. Anlage I Nr. 5 QSV

- Die Einrichtung stellt sicher, dass **eingehende Kenntnisse und Erfahrungen** in den Behandlungsverfahren nach § 6 QSV erworben werden können.
- Folgende **obligate** schmerztherapeutische Behandlungsverfahren nach § 6 Abs. 1 QSV werden **vorgehalten**:
- Pharmakotherapie
 - Therapeutische Lokalanästhesie
 - Psychosomatische Grundversorgung gemäß der Psychotherapie-Vereinbarung (Anlage 1 BMV-Ä/EKV)
 - Stimulationstechniken (z.B. TENS)
 - Koordination und Einleitung von psycho- und physiotherapeutischen Maßnahmen
 -
- Mindestens drei** der nachfolgend genannten **fakultativen** schmerztherapeutischen Behandlungsverfahren nach § 6 Abs. 2 QSV werden vorgehalten (**bitte vorgehaltene ankreuzen**):
- Manuelle Untersuchungs- und Behandlungsverfahren
 - Physikalische Therapie
 - Therapeutische Leitungs-, Plexus- und rückenmarksnahe Anästhesien
 - Sympathikusblockaden
 - Rückenmarksnahe Opioidapplikation
 - Denervationsverfahren und/oder augmentative Verfahren (z.B. Neurolyse, zentrale Stimulation)
 - Übende Verfahren (z.B. Autogenes Training)
 - Hypnose
 - Ernährungsberatung
 - minimal-invasive Interventionen
 - operative Therapie
 - Entzugsbehandlung bei Medikamentenabhängigkeit

4.6 Fallbesprechungen und Teamsitzungen, vgl. Anlage I Nr. 5 QSV

- Tägliche** interne Fallbesprechungen und **wöchentliche** interne Teamsitzungen sind gewährleistet.

4.7 Anwendung schmerztherapeutischer Standards, vgl. Anlage I Nr. 6 QSV

- Die Einrichtung stellt die Anwendung insbesondere folgender schmerztherapeutischer Standards sicher:
- 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 Gebershagen – 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 der Einrichtung eingesetzte Dokumentationsinstrumentarium ist auf Verlangen vorzulegen.

5. Auflagen zur Aufrechterhaltung der Genehmigung

5.1 Durch den Antragsteller / den beim Antragsteller tätigen Arzt zu erfüllende Auflagen:

- Die Gesamtzahl der schmerztherapeutisch betreuten Patienten überschreitet nicht die **Höchstzahl** von **300** schmerztherapeutischen Behandlungsfällen **pro Vertragsarzt im Quartal**.
- Nachweis zu interdisziplinären Schmerzkonferenzen**, vgl. Anlage I Ziffer 4 QSV:
 - **Einzelpraxen:** Es werden pro Kalenderjahr **mindestens 10** nach außen offene, interdisziplinäre Schmerzkonferenzen mit Patientenvorstellung **durchgeführt**.
 - **Andere Einrichtungen (MVZ, BAG):** Es werden pro Kalenderjahr **mindestens 12** nach außen offene, interdisziplinäre Schmerzkonferenzen mit Patientenvorstellung **durchgeführt**. Thema und Teilnehmer werden dokumentiert, die Patienten werden persönlich vorgestellt; die Teilnehmer unterliegen der Schweigepflicht; Ort, Daten und Uhrzeit dieser Konferenzen stehen fest. **Entsprechende Nachweise werden der KVB nach Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres vorgelegt**.
- Teilnahme an **mindestens 30 Stunden schmerztherapeutischer Fortbildung je Kalenderjahr**, vgl. Ziffer 5 der Präambel zu Abschnitt 30.7 EBM; die **Teilnahmebescheinigungen werden der KVB nach Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres vorgelegt**

5.2 Durch die schmerztherapeutische Einrichtung zu erfüllende Auflage:

- Es werden **regelmäßig mindestens 150** chronisch schmerzkrankte Patienten im Quartal behandelt. Der **Anteil** der schmerztherapeutisch betreuten Patienten an der Gesamtzahl der Patienten beträgt **mindestens 75 %**.

- Ich bin einverstanden, dass die KVB die Abrechnungsunterlagen überprüft und eine Praxisbegehung nach §§ 9 Abs. 3, 11 Abs. 2 QSV zur Überprüfung der apparativen, räumlichen und organisatorischen Anforderungen durch die zuständige Qualitätssicherungskommission durchführt.

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.

- 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.

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt / BAG-Vertretungs-
berechtigter / MVZ-Vertretungsberechtigten 

Bei Antragstellung für einen beim Antragsteller tätigen Arzt zusätzlich:

Ort, Datum

Unterschrift beim Antragsteller tätigen Arzt 

Stempel Antragsteller

Checkliste	Liegt der KVB bereits vor	Sind dem Antrag beigefügt
Genehmigung nach der QSV Schmerztherapie (GOP 30700, 30702) (Bescheid einer außerbayerischen KV bitte beifügen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 www.kvb.de/datenschutz. 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 mit zu unterzeichnen. 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 Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie ist unter www.kbv.de / Service / Service für die Praxis / Qualität / Qualitätssicherung abrufbar.