

**Antrag auf Genehmigung zur Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung zur
schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten**

Qualitätsvereinbarung Schmerztherapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

- Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragten Leistungen erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, zu dem Ihnen die Genehmigung erteilt worden ist.
- Fügen Sie dem Antrag bitte die erforderlichen Nachweise bei.
- Bitte senden Sie den vollständigen Antrag an oben genannte E-Mail oder alternativ an die KV Bremen, Schwachhauser Heerstraße 26/28, 28209 Bremen.

Angaben zum Leistungserbringer

ggf. Titel, Vorname, Name	
Wohnanschrift (falls die vertragsärztliche Tätigkeit noch nicht aufgenommen wurde)	
E-Mail-Adresse	
Telefonnummer	
Betriebsstätte (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)	
Nebenbetriebsstätte (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)	
weitere Nebenbetriebsstätte	

Im Bereich der KV HB tätig ab/seit	
LANR (falls bekannt)	

- ☐ Einzelpraxis
- ☐ Berufsausübungsgemeinschaft
- ☐ Ermächtigter Krankenhausarzt
- ☐ Angestellter Arzt

Leistungsumfang GOP - EBM – Bitte je Betriebsstätte/Nebenbetriebsstätte ausfüllen

Die Schmerztherapeutische Behandlung wird durchgeführt

Betriebsstätten- /Nebenbetriebsstättennummer	
Straße und Hausnummer	
PLZ, Ort	

Betriebsstätten- /Nebenbetriebsstättennummer	
Straße und Hausnummer	
PLZ, Ort	

Beantragt wird die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von schmerztherapeutischen Leistungen für folgende GOP:

- ☐ **30700** - Grundpauschale schmerztherapeutischer Patient
- ☐ **30702** - Zusatzpauschale Schmerztherapie
- ☐ **30706** - Teilnahme an einer schmerztherapeutischen Fallkonferenz gemäß § 5 Abs. 3 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie
- ☐ **30708** - Beratung und Erörterung und/oder Abklärung im Rahmen der Schmerztherapie
- ☐ **30780** - Zusatzpauschale Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA somnio
- ☐ **30781** - Zusatzpauschale Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA Vivira

Fachliche Anforderungen gemäß § 4 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie (im Folgenden: QSVSchmth)

Die Berechtigung zur Ausführung und Abrechnung von schmerztherapeutischer 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

Voraussetzungen zur Leistungserbringung:

☐ Ich habe die Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung für ein klinisches Fach mit unmittelbarem Patientenbezug

und

☐ Ich bin berechtigt, die Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ zu führen und weise dies durch die beiliegende Fotokopie der Urkunde nach

Hinweis: Sofern die Prüfung für die Zusatzweiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“ länger als 48 Monate zurückliegt, ist die erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium vor der Schmerztherapiekommission der KV Bremen erforderlich.

Diese entfällt, sofern der Erwerb der Zusatzbezeichnung nach der Weiterbildungsordnung 2020 erfolgte.

Die Bestätigung über die selbständige Durchführung der geforderten Anzahl an Untersuchungen und Behandlungen nach § 4 Abs. 1

Nr. 3 QSV unter Anleitung eines Arztes, welcher die Voraussetzungen zur Erlangung der Weiterbildungsbefugnis nach dem

Weiterbildungsrecht der Ärztekammer für die Zusatz-Weiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“ erfüllt, finden Sie in der Anlage zum Antrag auf unserer Webseite.

Nachweis der Teilnahme an Schmerzkonferenzen

☐ Teilnahmebescheinigungen über die regelmäßige Teilnahme – mindestens achtmal – an einer interdisziplinären Schmerzkonferenz innerhalb von 12 Monaten vor Antragstellung

und

☐ Die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der psychosomatischen Grundversorgung gemäß § 5 Abs. 6 der Psychotherapie-Vereinbarung liegt vor

Bitte Zeugnisse sowie Urkunden usw. in Kopie beifügen, sofern diese der KV Bremen noch nicht vorliegen

Nachweis der schmerztherapeutischen Behandlungsverfahren nach § 6 QSVSchmth

1. Apparativ-technische Voraussetzungen

Erklärung

Die Praxis, auf die sich der Antrag bezieht, verfügt über eine Reanimationseinheit einschließlich Defibrillator und EKG- und Pulsmonitoring an jedem Behandlungsplatz, an dem invasive Verfahren durchgeführt werden.

Nutzung fremder Geräte Nutzungsvertrag

☐ ja

☐ nein

Nutzung ausgelagerter Praxisräume

☐ ja (Angaben unter Punkt 4)

☐ nein

2. Räumliche/organisatorische Voraussetzungen

Erklärung

☐ die Schmerztherapeutische Einrichtung oder Praxis gewährleistet eine schmerztherapeutische Sprechstunde an **4 Tagen pro Woche mit mindestens je 4 Stunden** in denen ausschließlich Patienten mit chronischen Schmerzkrankheiten behandelt werden

- Rufbereitschaft zur Beratung der Schmerzpatienten während der Praxiszeiten ist gesichert und Verfügbarkeit zur konsiliarischen Beratung der Kooperationspartner wird gewährleistet

- Führung einer ausführlichen Erst- und Verlaufsdokumentation (mittels von den Fachgesellschaften konsentierten Schmerzfragebogen)

- mindestens 8-malige jährliche Teilnahme an interdisziplinären Schmerzkonferenzen gemäß § 5 Abs. 3 der Vereinbarung

- rollstuhlgeeignete Praxis

- Überwachungs- und Liegeplätze

3. Nachweise zu Behandlungsverfahren

Folgende obligatorische schmerztherapeutische Behandlungsverfahren werden vorgehalten, angewendet und erbracht:

- Pharmakotherapie
- Therapeutische Lokalanästhesie
- Psychosomatische Grundversorgung
- Stimulationstechniken
- Koordination und Einleitung von psycho- und physiotherapeutischen Maßnahmen

Folgende fakultative schmerztherapeutische Maßnahmen werden eingeleitet und koordiniert:

mindestens 3 dieser Maßnahmen bzw. Verfahren sind vom Antragsteller selbst vorzuhalten.

Hinweis: für die Durchführung der *) gekennzeichneten Verfahren ist zusätzlich ein Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der psychotherapeutischen Leistungen zu stellen.

Behandlungsverfahren	Wird vom Leistungserbringer durchgeführt		Kooperationspartner – <u>vertragsärztlich tätig</u>
	ja	nein	bitte benennen
Manuelle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Physikalische Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Invasive Verfahren (Leitungsanalgesie, Sympathikusblockaden, rückenmarksnahe Verfahren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Anwendung von Capsacin 8% als Schmerzpflaster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Einstellung und Befüllung von implantieren Medikamentenpumpen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Übende Verfahren (z.B. PMR, Autogenes Training)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hypnose*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ernährungsberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Entzugsbehandlung bei Medikamentenabhängigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Komplementäre Verfahren (z.B. Akupunktur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

4. Nutzung ausgelagerter Praxisräume

☐ ja ☐ nein

Standort:

Bei Nutzung fremder Räume: Nutzungsvertrag

☐ liegt der KV Bremen vor ☐ in Kopie beigelegt

Hinweise

- Mit Antragsabgabe gibt der Antragsteller sein Einverständnis, dass die KV Bremen im Rahmen der Antragsbearbeitung zu den vorgelegten Nachweisen ggf. erforderliche weitere Informationen und ergänzende Nachweise der jeweils zuständigen Stelle einholen kann, insbesondere bei anderen KVen zu erteilten Genehmigungen oder bei Ärztekammern zu Inhalt und Umfang der absolvierten Weiterbildung.
- Dem Antragsteller ist bei Abgabe bekannt, dass das Einverständnis während des laufenden Antragsverfahrens jederzeit widerrufen werden kann.
- Die Ausführung und Abrechnung der beantragten genehmigungspflichtigen Leistungen ist erst nach Erteilung der Genehmigung rechtes. Die Genehmigung kann grundsätzlich nicht rückwirkend erteilt werden.
- Mit Antragsabgabe bestätigt der Antragsteller die Richtigkeit der Angaben und wird verpflichtet, Änderungen unverzüglich der KV Bremen mitzuteilen.
- Die Informationen zum Datenschutz nach Art. 13 und Art. 14 DSGVO finden Sie unter www.kvhb.de/datenschutz
- Der Antragsteller erklärt sein Einverständnis, dass die zuständige Kommission Schmerztherapie der KV Bremen nach § 10 Abs. 3 der Qualitätssicherungsvereinbarung berechtigt ist, die apparativen, räumlichen und organisatorischen Gegebenheiten in der Praxis zu prüfen. Die Erteilung der Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung der beantragten Leistungen kann von der erfolgreichen Teilnahme an einem Kolloquium abhängig gemacht werden.
- Zeugnisse und andere Qualifikationsnachweise sollten als einfache Kopie beigelegt werden, sofern nicht explizit eine beglaubigte Kopie gefordert wird.
- Die Behandlung von chronisch schmerzkranken Patienten (mit Ausnahme von Malignompatienten) soll einen Zeitraum von zwei Jahren nicht überschreiten.
- Jeder Behandlungsfall muss mit den Angaben gemäß § 7 Abs.1 sowie Schmerzanamnese und Behandlungsverlauf dokumentiert werden.

Es gelten folgende Auflagen zur Aufrechterhaltung der Genehmigung:

Die Teilnahme an acht interdisziplinären Schmerzkonferenzen im Jahr muss der KVHB nachgewiesen werden.

Die Genehmigung kann frühestens mit Vorlage aller entscheidungsrelevanten Unterlagen erteilt werden. Mit Unterschrift wird erklärt, dass die einschlägigen Rechtsgrundlagen zur Kenntnis genommen wurden.

Datum/Unterschrift (bei angestelltem Arzt Unterschrift des anstellenden Arztes bzw. MVZ-Leiters/bei angestellten Arzt in einer Berufsausübungsgemeinschaft Unterschrift aller Mitglieder) **Stempel**