

## Antrag

auf Genehmigung zur Teilnahme als schmerztherapeutische Einrichtung für die Erbringung und Abrechnung der EBM-Nr. 30704 (Zuschlag)

gemäß Anlage 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie nach § 135 Abs. 2 SGB V

Antragsteller/-in: \_\_\_\_\_

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

Leistungserbringer, alle in der schmerztherapeutischen Einrichtung tätigen Ärzte mit Genehmigung zur speziellen Schmerztherapie (Name, Vorname)	LANR	Facharzt für	Beschäftigungsumfang	niedergelassen	angestellt

Die Genehmigung wird für folgende **Betriebsstätte/n (BSNR)** beantragt:

1. BSNR: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Adresse: .....
2. BSNR: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Adresse: .....
3. BSNR: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Adresse: .....

Die Genehmigung wird für folgende **Neben-Betriebsstätte/n (NBSNR)** beantragt:

1. NBSNR: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Adresse: .....
2. NBSNR: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Adresse: .....
3. NBSNR: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Adresse: .....

### I. Anforderungen an eine schmerztherapeutische Einrichtung

Die kontinuierliche interdisziplinäre Zusammenarbeit ist gegeben durch die Kooperation mit folgenden Fachgebieten. Sollten diese nicht in der Einrichtung beschäftigt sein, sind die Kooperationspartner unter Angabe von Qualifikationen, Name und Anschrift zu benennen (weitere Nennungen sind in der Anlage möglich):

Fachgebiet	Name des Arztes	Anschrift	Qualifikation
Anästhesiologie			
Neurologie			
Neurochirurgie			
Orthopäde/Chirurgie			
Psychiatrie			
Rheumatologie			
Interventionelle Radiologie			
Physiotherapie			

- ☐ In der Einrichtung wird an mindestens 4 Tagen pro Woche jeweils mindestens 4 Stunden ausschließlich Schmerzpatienten betreut.
- ☐ Das Behandlungsspektrum der Einrichtung umfasst mindestens folgende Schmerzkrankheiten bzw. -störungen:

- chronische muskuloskelettale Schmerzen
- chronische Kopfschmerzen
- Gesichtsschmerzen
- Ischämieschmerzen
- medikamenteninduzierte Schmerzen
- neuropathische Schmerzen
- sympathische Reflexdystrophien
- somatoforme Schmerzstörungen
- Tumorschmerzen

☐ Es werden mindestens 12-mal im Jahr, bei Einzelpraxen mindestens 10-mal im Jahr, nach außen offene, interdisziplinäre Schmerzkonzferenzen mit Patientenvorstellung durchgeführt. Thema, Teilnehmer, Ort, Daten und Uhrzeit werden dokumentiert, die Patienten werden persönlich vorgestellt.

☐ Die einzelnen schmerztherapeutisch tätigen Ärzte nehmen jeweils pro Kalenderjahr an mindestens 10 interdisziplinären Schmerzkonzferenzen teil, wobei die eigens durchgeführten Schmerzkonzferenzen angerechnet werden.

☐ Es ist sichergestellt, dass eingehende Kenntnisse und Erfahrungen in sämtlichen unter § 6 Abs. 2 und mindestens 3 der in § 6 Abs. 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie genannten Behandlungsverfahren vermittelt werden können.

Gemäß § 6 Abs. 1 werden folgende Behandlungsverfahren vorgehalten und angewendet:

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

Gemäß § 6 Abs. 2 werden folgende therapeutische Maßnahmen eingeleitet und koordiniert:

*Hinweis: Mindestens 3 dieser Maßnahmen bzw. Verfahren sind von der Einrichtung selbst vorzuhalten. Die nicht vorgehaltenen fakultativen Maßnahmen bzw. Verfahren sind in Kooperation mit anderen Vertragsärzten zu erbringen.*

	Wird in der Einrichtung durchgeführt		Kooperationspartner vertragsärztlich tätig
	ja	nein	(bitte benennen)
Entzugsbehandlung bei Medikamentenabhängigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Manuelle Untersuchungs- und Behandlungs- Methoden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Physikalische Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Therapeutische Leitungs-, Plexus- und Rückenmarksnahe Anästhesien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sympathikusblockaden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Rückenmarksnahe Opioidapplikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Denervationsverfahren und/oder Augmentive Verfahren (z.B. Neurolyse, zentrale Stimulation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Übende Verfahren (z.B. autogenes Training)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hypnose*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ernährungsberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Minimal-invasive Intervention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Operative Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Hinweis:

Für die Durchführung der mit \* gekennzeichneten Verfahren ist zusätzlich ein Antrag auf Ausführung und Abrechnung von psychotherapeutischen Leistungen zu stellen.

- Tägliche interne Fallbesprechungen und wöchentliche interne Teamsitzungen sind gewährleistet.
- Die Anwendung schmerztherapeutischer Standards entsprechend Anlage 1 Punkt 6 der Schmerztherapie-Vereinbarung wird gewährleistet.
- Das in der Einrichtung eingesetzte Dokumentationsinstrument ist beigelegt.

## II. Anteil schmerztherapeutisch betreuter Patienten

Das Patientengut besteht ausschließlich bzw. weit überwiegend aus chronisch Schmerzkranken entsprechend der Definition der Präambel und aus § 1 Abs. 1 der Schmerztherapie-Vereinbarung.

☐ Es werden regelmäßig mindestens 150 chronisch schmerzkranken Patienten je schmerztherapeutisch tätigen Arzt im Quartal behandelt.

☐ Der Anteil der schmerztherapeutisch betreuten Patienten an der Gesamtzahl der Patienten beträgt mindestens 75% im Durchschnitt aller schmerztherapeutisch tätigen Ärzte.

*Hinweis: Die KV Bremen behält sich die Prüfung der Voraussetzungen vor. Gemäß den Bestimmungen des EBM erfolgt eine Begrenzung auf eine Höchstzahl von 300 Behandlungsfällen je Vertragsarzt und pro Quartal, vorbehaltlich einer Sonderregelung aus Gründen der Sicherstellung.*

## III. Erklärung des/der Antragstellers(in)

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.

Mit Antragsabgabe wird die Richtigkeit der Angaben vom Antragsteller bestätigt. Änderungen sind unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung mitzuteilen.

Die Informationen zum Datenschutz nach Art. 13 und Art. 14 DSGVO finden Sie unter <https://www.kvhb.de/datenschutz>

Aufgrund einzelner inhaltlicher Erklärungen, wo keine Nachweise vorliegen, wird die Unterschrift zur Bestätigung des Antrages benötigt.

Entsprechend den Bestimmungen des EBM werden mindestens 30 Stunden schmerztherapeutische Fortbildung je Kalenderjahr absolviert.

Die sich aus der Anerkennung als schmerztherapeutische Einrichtung ergebende Verpflichtungen werden jährlich gegenüber KV Bremen nachgewiesen.

Es wird das Einverständnis dazu gegeben, dass die zur Prüfung nach der Schmerztherapie-Vereinbarung erforderlichen Unterlagen und Informationen von der KV Bremen der Schmerztherapie-Kommission zur Verfügung gestellt werden können. Des Weiteren erklärt der Antragsteller sein Einverständnis, dass die zuständige Kommission der KV Bremen nach § 12 Abs. 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung berechtigt ist, die apparativen und räumlichen Gegebenheiten in der Praxis zu prüfen.

Die Anforderungen des Medizinproduktegesetzes (MPG), der Medizinprodukte- Betreiberverordnung (MPBetreibV) sowie die zugehörigen einschlägigen Bestimmungen sind zu beachten.

Zeugnisse und andere Qualifikationsnachweise sind als beglaubigte Kopie beigelegt.

Dem Antragsteller ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung der beantragten genehmigungspflichtigen Leistungen erst nach Erteilung der Genehmigung rechtens ist. Die Genehmigung kann grundsätzlich nicht rückwirkend erteilt werden.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Antragsteller(in)



Stempel Antragsteller(in)

.....  
Ort, Datum      Unterschrift Leistungserbringer

.....  
Ort, Datum      Unterschrift Leistungserbringer

.....  
Ort, Datum      Unterschrift Leistungserbringer

.....  
Ort, Datum      Unterschrift Leistungserbringer

.....  
Ort, Datum      Unterschrift Leistungserbringer

.....  
Ort, Datum      Unterschrift Leistungserbringer

.....  
Ort, Datum      Unterschrift Leistungserbringer

.....  
Ort, Datum      Unterschrift Leistungserbringer

.....  
Ort, Datum      Unterschrift Leistungserbringer

.....  
Ort, Datum      Unterschrift Leistungserbringer

.....  
Ort, Datum      Unterschrift Leistungserbringer

.....  
Ort, Datum      Unterschrift Leistungserbringer

.....  
Ort, Datum      Unterschrift Leistungserbringer

.....  
Ort, Datum      Unterschrift Leistungserbringer

.....  
Ort, Datum      Unterschrift Leistungserbringer

.....  
Ort, Datum      Unterschrift Leistungserbringer

**Anlage 1**    Ergänzung zur interdisziplinären Zusammenarbeit mit folgenden Fachgebieten:

Fachgebiet	Name des Arztes	Anschrift	Qualifikation
Anästhesiologie			
Neurologie			
Neurochirurgie			
Orthopädie/Chirurgie			
Psychiatrie			
Rheumatologie			
Interventionelle Radiologie			
Physiotherapie			