

1 Beantragter Leistungsbereich

Beantragt wird die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von schmerztherapeutischen Leistungen für folgende GOPen:

30700, 30702, 30706, 30708

2 Fachliche Voraussetzungen

2.1 Facharzt

Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung für ein klinisches Fachgebiet

Fachgebiet:

Facharzturkunde:

liegt der KVS vor im Original beigelegt beglaubigte Kopie beigelegt

2.2 Genehmigung (anderer) KV

liegt der KVS vor in Kopie beigelegt

2.3 Fachliche Nachweise

2.3.1 Zusatzbezeichnung „spezielle Schmerztherapie“, ausgestellt von der zuständigen Ärztekammer

liegt der KVS vor in Kopie beigelegt

Hinweis: Sofern die Prüfung für die Zusatzweiterbildung „spezielle Schmerztherapie“ länger als 48 Monate zurück liegt, ist die erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium vor der Schmerztherapiekommission der KV Sachsen erforderlich.

ODER

2.3.2 Voraussetzungen gem. § 4 Abs. 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie sind erfüllt und durch Zeugnisse sowie Bescheinigungen nachgewiesen (in diesem Fall erhalten Sie bei der KV Sachsen Anlage 1)

Anlage 1

liegt der KVS vor in Kopie beigelegt

2.3.2 Nachweis der Teilnahme an Schmerzkonferenzen

Regelmäßige Teilnahme – mindestens achtmal – an einer interdisziplinären Schmerzkonferenz innerhalb von 12 Monaten vor Antragstellung. Teilnahmebescheinigungen:

liegen der KVS vor sind in Kopie beigelegt

2.3.3 Die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der psychosomatischen Grundversorgung gemäß § 5 Abs. 6 der Psychotherapie-Vereinbarung

liegt der KVS vor Antrag und Nachweise sind beigelegt ist beantragt

3 Apparativ-technische Voraussetzungen

3.1 Reanimationseinheiten einschließlich Defibrillator sind vorhanden

ja nein

3.2 EKG- und Pulsmonitoring an jedem Behandlungsplatz, an dem invasive Verfahren durchgeführt werden, sind vorhanden

- ja nein

3.3 Nutzung fremder Geräte

Nutzungsvertrag

- liegt der KVS vor in Kopie beigelegt

3.4 Nutzung ausgelagerter Praxisräume

- ja (nähere Angaben in Punkt 5) nein

4 Räumliche/ organisatorische Voraussetzungen

4.1 Erklärungen über vorliegende Voraussetzungen

- rollstuhlgeeignete Praxis
- Überwachungs- und Liegeplätze
- Die Schmerztherapeutische Einrichtung oder Praxis gewährleistet eine schmerztherapeutische Sprechstunde an 4 Tagen pro Woche mit mindestens je 4 Stunden
- Rufbereitschaft zur Beratung der Schmerzpatienten während der Praxiszeiten ist gesichert und Verfügbarkeit zur konsiliarischen Beratung der Kooperationspartner wird gewährleistet
- Führung einer ausführlichen Dokumentation
- mindestens 8-malige jährliche Teilnahme an interdisziplinären Schmerzkonferenzen gemäß § 5 Abs. 3 der Vereinbarung

4.3 Nachweise zu Behandlungsverfahren

4.3.1 Folgende obligatorische schmerztherapeutische Behandlungsverfahren werden vorgehalten, angewendet und erbracht:

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

4.3.2 Folgende fakultative schmerztherapeutische Maßnahmen werden eingeleitet und koordiniert:

- mindestens 3 dieser Maßnahmen bzw. Verfahren sind vom Antragsteller selbst vorzuhalten
- für die Durchführung der *) gekennzeichneten Verfahren ist zusätzlich ein Antrag auf Ausführung und Abrechnung von psychotherapeutischen Leistungen zu stellen

Behandlungsverfahren	wird vom Leistungserbringer durchgeführt		Kooperationspartner - vertragsärztlich tätig (bitte benennen)
	ja	nein	
Manuelle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	<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 augmentative 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 Interventionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Operative Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Entzugsbehandlung bei Medikamentenabhängigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

4.4 Nutzung ausgelagerter Praxisräume

ja (nähere Angaben in Punkt 5) nein

5 Nutzung ausgelagerter Praxisräume

Standort:

Bei Nutzung fremder Räume: Nutzungsvertrag

liegt KVS vor in Kopie beigelegt

6 Hinweise

Mit Antragsabgabe gibt der Antragsteller sein Einverständnis, dass die KV Sachsen 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 Durchführung und Abrechnung der beantragten genehmigungspflichtigen Leistung(en) ist erst nach Erteilung der Genehmigung rechtmäßig. Die Genehmigung kann grundsätzlich nicht rückwirkend erteilt werden.

Mit Antragsabgabe bestätigt der Antragsteller die Richtigkeit der Angaben und wird verpflichtet, Änderungen unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung mitzuteilen.

Die Informationen zum Datenschutz nach Art. 13 und Art. 14 DSGVO finden Sie unter www.kvsachsen.de/mitglieder/datenschutz.

Der Antragsteller erklärt sein Einverständnis, dass die zuständige Kommission Schmerztherapie der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen 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 nichtexplizit eine beglaubigte Kopie gefordert wird.

Die Erfüllung der Verpflichtungen nach § 5 Abs. 3 der Vereinbarung (Schmerzkonferenzen) wird einmal jährlich gegenüber der KV Sachsen nachgewiesen.

Der Antrag ist ohne Unterschrift/Stempel gültig.