

## Antrag

auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Akupunktur zur Behandlung von Rücken- und Knieschmerzen gemäß der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung nach den EBM-Nrn. 30790 und 30791

### WICHTIGE HINWEISE ZUM ANTRAG

- Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragten Leistungen erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, zu dem Ihnen die Genehmigung erteilt worden ist.
- Bitte helfen Sie uns, Ihren Antrag zügig zu bearbeiten, indem Sie den Antrag vollständig ausfüllen und sämtliche geforderten Unterlagen beilegen. Vielen Dank.

Die Antragstellung erfolgt für mich persönlich (gilt nicht für angestellte Ärzte)

\_\_\_\_\_  
(Titel/Vorname/Name) **LANR:** \_\_\_\_\_  
(lebenslange Arztnummer, falls diese bekannt ist)

\_\_\_\_\_  
(Anschrift der Praxis oder des MVZ oder des Krankenhauses) (Telefon, ggf. bei Rückfragen)

\_\_\_\_\_  
(Facharzt für)

\_\_\_\_\_  
(Praxisübernahme von) (Aufnahme der Tätigkeit geplant ab)

Die Antragstellung erfolgt für einen angestellten Arzt

\_\_\_\_\_  
(Titel/Vorname/Name des anstellenden Arztes) **LANR:** \_\_\_\_\_  
(lebenslange Arztnummer)

\_\_\_\_\_  
(Titel/Vorname/Name des angestellten Arztes) **LANR:** \_\_\_\_\_  
(lebenslange Arztnummer, falls diese bekannt ist)

\_\_\_\_\_  
Angestellt im **MVZ** angestellt seit/ab:

Die Leistungen werden in folgender/en Betriebstätte/n erbracht

1. **Betriebstätte** \_\_\_\_\_  
(Adresse)

**BSNR** (Betriebsstättennummer): \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ **Betriebstätte**  
(Adresse)

**BSNR** (Betriebsstättennummer): \_\_\_\_\_

## Beantragte Leistungen

Körperakupunktur mit Nadeln ohne elektrische Stimulation bei chronisch schmerzkranken Patienten

Zugelassene Indikationen:

1. chronische Schmerzen der Lendenwirbelsäule, die seit mindestens 6 Monaten bestehen und ggf. nicht segmental bis maximal zum Kniegelenk ausstrahlen (pseudoradikulärer Schmerz)
  - mit jeweils bis zu 10 Sitzungen innerhalb von maximal 6 Wochen und in begründeten Ausnahmefällen bis zu 15 Sitzungen innerhalb von maximal 12 Wochen, jeweils mindestens 30 Minuten Dauer, mit jeweils 14 – 20 Nadeln;
2. chronische Schmerzen in mindestens einem Kniegelenk durch Gonarthrose, die seit mindestens 6 Monaten bestehen,
  - mit jeweils bis zu 10 Sitzungen innerhalb von maximal 6 Wochen und in begründeten Ausnahmefällen bis zu 15 Sitzungen innerhalb von maximal 12 Wochen, jeweils mindestens 30 Minuten Dauer, mit jeweils 7 – 15 Nadeln je behandeltem Knie

## Nachweis der fachlichen Voraussetzung

1. Kenntnisse der allgemeinen Grundlagen der Akupunktur, nachgewiesen durch die erfolgreiche Teilnahme an einer Zusatz-Weiterbildung „Akupunktur“ gemäß den Vorgaben im Abschnitt C: Zusatz-Weiterbildung der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer vom Mai 2005   
und
2. Kenntnisse in der Psychosomatischen Grundversorgung, nachgewiesen durch die erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung gemäß den Vorgaben des Curriculums Psychosomatische Grundversorgung der Bundesärztekammer (80 Stunden-Curriculum „Kern- (Basis) Veranstaltung“)   
und
3. Nachweis der Teilnahme an einem von der Ärztekammer anerkannten interdisziplinären Kurs über Schmerztherapie von 80 Stunden Dauer

## Weitere Qualitätsanforderungen sind:

1. Erstellung bzw. Überprüfung eines inhaltlichen und zeitlich gestaffelten Therapieplans unter Einbeziehung der Akupunktur im Rahmen eines schmerztherapeutischen Gesamtkonzeptes  
und

2. Durchführung einer fallbezogenen Eingangserhebung zur Schmerzevaluation mit den Parametern Lokalisation des Hauptschmerzes, Schmerzdauer, Schmerzstärke, Schmerzhäufigkeit, Beeinträchtigung der Alltagstätigkeiten durch den Schmerz, Beeinträchtigung der Stimmung durch den Schmerz und Durchführung einer Verlaufserhebung bei Abschluss der Behandlung mit den Dimensionen Lokalisation des Hauptschmerzes, Schmerzhäufigkeit, Beeinträchtigung der Alltagstätigkeiten durch den Schmerz, Beeinträchtigung der Stimmung durch den Schmerz

und

3. Vorlage der Eingangs- und Verlaufsdocumentation und des Therapieplanes zur stichprobenartigen Überprüfung auf Anforderung einer KV-Kommission

und

4. Nachweis der regelmäßigen Teilnahme an Fallkonferenzen bzw. an Qualitätszirkeln

und

5. Durchführung der Akupunktur in separaten, abgeschlossenen Räumen mit Liege

und

6. Verwendung steriler Einmalnadeln

#### **Abrechnungsgenehmigung durch andere KV**

Ich habe bereits eine Abrechnungsgenehmigung der

KV \_\_\_\_\_

am \_\_\_\_\_ erhalten. Eine Fotokopie dieser Genehmigung liegt bei.

#### **Wichtiger Hinweis:**

Bitte füllen Sie das Antragsformular vollständig aus. Fügen Sie diesem Antrag alle Unterlagen bei (z.B. Zeugnisse, Bescheinigungen, Zertifikate, Facharztanerkennung ...), die nach der Vereinbarung unbedingt vorzulegen sind.

**Ich versichere die Richtigkeit der gemachten Angaben.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Leistungserbringers / Arztes

#### **Bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des ärztl. Leiters des MVZb zw.  
anstellender Arzt der Praxis

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des ausführenden angestellten Arztes