

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung  
von Leistungen der Akupunktur bei chronisch schmerzkranken Patienten**

**Name** \_\_\_\_\_

**Praxisanschrift  
Straße:** \_\_\_\_\_

**PLZ, Ort** \_\_\_\_\_

**Telefon/ Fax:** \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Ich besitze die Anerkennung als**

Facharzt für: \_\_\_\_\_

ggf. Schwerpunkt- bzw. Zusatzbezeichnung: \_\_\_\_\_

**Niedergelassene Vertragsärzte**

- Ich bin niedergelassen.
- Die Niederlassung ist geplant ab: \_\_\_\_\_
- Ich übernehme die Praxis von: \_\_\_\_\_  
ab: \_\_\_\_\_.

**Angestellte Ärzte/ Medizinische Versorgungszentren (MVZ):  
Hier ist der Antrag auf Genehmigung durch den Praxisinhaber zu stellen.**

- Ich bin in einer Praxis angestellt.
- Ich plane die Anstellung in der Praxis von \_\_\_\_\_  
ab: \_\_\_\_\_
- Ich bin in einem MVZ tätig.
- Ich plane die Tätigkeit in dem MVZ \_\_\_\_\_  
ab: \_\_\_\_\_

**Ermächtigte Ärzte:**

- Ich bin als Krankenhausarzt ermächtigt.
- Die Ermächtigung ist geplant ab: \_\_\_\_\_

**Ich beantrage die Genehmigung zur Durchführung von Leistungen der Akupunktur bei chronisch schmerzkranken Patienten nach § 135 Abs. 2 SGB V und damit die Genehmigung zur Abrechnung der GO-Nummern 30790 und 30791 EBM.**

### **Nachweis der fachlichen Qualifikation**

#### Zusatzweiterbildung Akupunktur

- Die Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung ist beigelegt.
- Die Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung liegt der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt vor.

**und**

#### Psychosomatische Grundversorgung

- Ich verfüge bereits über eine Abrechnungsgenehmigung zur psychosomatischen Grundversorgung.
- Nachweis der Teilnahme an einer 80-stündigen Fortbildung Psychosomatische Grundversorgung ist dem Antrag beigelegt.

**und**

#### Teilnahme an einem von der Ärztekammer anerkannten interdisziplinären Kurs über Schmerztherapie von 80 Stunden Dauer

- Ich verfüge über die Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“
- Die Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie ist dem Antrag beigelegt.
- Die Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie liegt der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt bereits vor.
- Der Nachweis über die Teilnahme am 80-Stunden-Kurs interdisziplinäre Schmerztherapie ist beigelegt.

### **Weitere Voraussetzungen gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung**

#### Räumliche Voraussetzungen

- separate, abgeschlossene Räume mit je einem Liegeplatz je abtrennbarer Behandlungseinheit
- zur Akupunktur werden sterile Einmalnadeln verwendet

### Weitere Verpflichtungen/ Erklärungen

1. Jeder Behandlungsfall wird gemäß § 6 der Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur dokumentiert.
2. Mit meiner Unterschrift erkläre ich die diesem Antrag beigefügten Anlagen zum Bestandteil des Antrages.
3. Die Kassenärztliche Vereinigung ist berechtigt, die Qualitätssicherungs-Kommission zu beauftragen, die apparativen und räumlichen Gegebenheiten in der Praxis daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen der Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur entsprechen (ohne dieses Einverständnis kann eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Akupunktur nicht erteilt werden).

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

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift des Vertragsarztes (bei persönlicher Leistungserbringung) bzw. des angestellten Arztes

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

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift des MVZ-Vertretungsberechtigten bzw. des anstellenden Vertragsarztes

### Datenschutzrechtliches Einverständnis

Mit meiner zweiten Unterschrift erteile ich das widerrufliche Einverständnis, dass die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt im Bedarfsfall die bei der Landesärztekammer Sachsen-Anhalt vorliegenden Zeugnisse und Bescheinigungen hinsichtlich meiner Weiterbildung und fachlichen Qualifikation anfordern kann.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes, der die Leistungen erbringen möchte