

**Antrag  
auf Genehmigung zur Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gem. § 135 Abs. 2 SGB V**

**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 Betriebsstätte/n erbracht**

**1. Betriebsstätte** \_\_\_\_\_

(Adresse)

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

**2. Betriebsstätte** \_\_\_\_\_

(Adresse)

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

## Abrechnungsgenehmigung durch andere KV

Ich habe bereits eine Abrechnungsgenehmigung der

KV

Eine Durchschrift/Fotokopie dieser Genehmigung füge ich bei.

Ermächtigtes Institut: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Leistungserbringer-Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Die/der für das o. g. Institut qualifizierte Ärztin/Arzt ist auf der 1. Seite anzugeben und hat ihre/seine Qualifikationsnachweise nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie entsprechend dem Antrag beizufügen.

### I. Nachweis der fachlichen Befähigung gemäß § 4 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie (im Folgenden: QSVSchmth)

#### Absatz 1 a

1. Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung für ein klinisches Fach
2. Erhebung einer standardisierten Schmerzanamnese einschließlich der Auswertung von Fremdbefunden
3. Durchführung der Schmerzanalyse einschließlich der gebietsbezogenen differential-diagnostischen Abklärung der Schmerzkrankheiten
4. Psychosomatische Diagnostik bei chronischen Schmerzpatienten
5. Eingehende Beratung und gemeinsame Festlegung der Therapieziele
6. Invasive und nicht invasive Methoden der Akutschmerztherapie
7. Einsatz schmerztherapeutischer Verfahren
8. Schmerzbewältigungstraining einschließlich Entspannungsverfahren
9. Aufstellung eines inhaltlich und zeitlich gestuften Therapieplanes einschließlich der zur Umsetzung des Therapieplanes erforderlichen interdisziplinären Koordination der Ärzte und sonstigen am Therapieplan zu beteiligenden Personen und Einrichtungen
10. Standardisierte Dokumentation des schmerztherapeutischen Behandlungsverlaufes
11. Medikamentöse Therapie über Kurzzeit, Langzeit und als Dauertherapie sowie in der terminalen Behandlungsphase
12. Spezifische Pharmakotherapie bei 100 Patienten
13. Multimodale Therapie in interdisziplinärer Zusammenarbeit bei 50 Patienten
14. Diagnostische und therapeutische Lokal- und Leitungsanästhesie bei 25 Patienten
15. Stimulationstechniken (z. B. TENS) bei 25 Patienten
16. Spezifische Verfahren der manuellen Diagnostik und physikalischen Therapie bei 25 Patienten
17. Teilnahme an einem von der Ärztekammer anerkannten interdisziplinären Kurs über Schmerztherapie von 80 Stunden Dauer

#### Absatz 1 b

##### Zusätzlich für Fachgebiete mit *konservativen* Weiterbildungsinhalten

1. Entzugsbehandlung bei Medikamentenabhängigkeit bei 25 Patienten

#### Absatz 1 c

##### Zusätzlich für Fachgebiete mit *operativen* Weiterbildungsinhalten

1. Denervationsverfahren und/oder augmentative Verfahren (z.B. Neurolyse, zentrale Stimulation) bei 25 Patienten

## Absatz 1 d

### Zusätzlich für Fachgebiete mit *konservativ-interventionellen* Weiterbildungsinhalten

1. Plexus- und rückenmarksnahe Analgesien bei 50 Patienten
2. Davon 10 Sympathikusblockaden

Die unter § 4 Absatz 1 a – d geforderte Anzahl von Untersuchungen und Behandlungen wurden nach § 4 Absatz 2 der QSVSchmth selbständig unter der Anleitung eines Arztes, welcher die Voraussetzungen zur Erlangung der Weiterbildungsbefugnis nach dem Weiterbildungsrecht der Ärztekammer für die Zusatz-Weiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“ erfüllt, absolviert.

Entsprechende Zeugnisse und Bescheinigungen füge ich bei.

Den Nachweis über die Kursteilnahme nach Absatz 1 a Punkt 17 füge ich bei.

### Zusätzlich zur Qualifikation nach Absatz 1 erfülle ich nachfolgende Anforderungen:

1. Ganztägige 12-monatige Tätigkeit in einer entsprechend qualifizierten Schmerzpraxis, Schmerzzambulance oder einem Schmerzkrankenhaus (vgl. Anlage I der QSVSchmth). Eine Tätigkeit in Teilzeit muss hinsichtlich der Gesamtdauer, Niveau und Qualität den Anforderungen einer ganztägigen Tätigkeit entsprechen. Dies ist in der Regel gewährleistet, wenn die Teilzeittätigkeit mindestens die Hälfte der wöchentlichen Arbeitszeit beträgt. Die Gesamtdauer nach Satz 1 verlängert sich entsprechend  
**Hinweis: Tätigkeiten im Rahmen der Weiterbildung im Fachgebiet werden nicht Anerkannt.**
2. Regelmäßige Teilnahme – mindestens achtmal – an einer interdisziplinären Schmerzkongress gemäß § 5 Absatz 3 innerhalb von 12 Monaten vor Antragstellung
3. Genehmigung zur Teilnahme an der psychosomatischen Grundversorgung gemäß § 5 Absatz 6 der Psychotherapie-Vereinbarung (Anlage 1 BMV-Ä)
4. Erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium vor der Schmerztherapie-Kommission der Kassenärztlichen Vereinigung, sofern die Prüfung zur Erlangung der Anerkennung der Zusatzweiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“ länger als 48 Monate zurückliegt

Zeugnisse, Bescheinigungen und die entsprechende Genehmigung füge ich bei

## II. Nachweis der schmerztherapeutischen Behandlungsverfahren nach § 6 QSVSchmth

### 1. Obligate schmerztherapeutische Behandlungsverfahren

Ich verpflichte mich, die nachstehenden Behandlungsverfahren vorzuhalten und **selbst** durchzuführen:

1. Pharmakotherapie
2. Therapeutische Lokalanästhesie
3. Psychosomatische Grundversorgung gemäß der Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung) (Anlage 1 BMV-Ä)
4. Stimulationstechniken (z. B. TENS)
5. Koordination und Einleitung von psycho- und physiotherapeutischen Maßnahmen

### 2. Fakultative schmerztherapeutische Behandlungsverfahren

Ich gewährleiste die Einleitung und Koordination der flankierenden therapeutischen Maßnahmen bzw. deren Durchführung jeweils indikationsbezogen und halte **mindestens drei** der nachstehenden Behandlungsverfahren **selbst vor**.

Die anderen Behandlungsverfahren werden in Kooperation mit anderen Vertragsärzten erbracht, die ich nachstehend benenne:

	wird selbst durchgeführt	wird in Kooperation durchgeführt mit:
Manuelle Untersuchungs- und Behandlungsverfahren		
Physikalische Therapie		
Therapeutische Leitungs-, Plexus- und rückenmarksnahe Anästhesien		
Sympathikusblockaden		
Rückenmarksnahe Opioidapplikation		
Denervationsverfahren und/oder augmentative Verfahren (z.B. Neurolyse, zentrale Stimulation)		
Übende Verfahren (z. B. Autogenes Training)		
Hypnose		

	wird selbst durchgeführt	wird in Kooperation durchgeführt mit:
Ernährungsberatung		
minimal-invasive Interventionen		
operative Therapie		
Entzugsbehandlung bei Medikamentenabhängigkeit		

**Allgemeiner Hinweis zum Nachweis der fachlichen Qualifikation**

Werden die fachlichen Voraussetzungen der QSVSchmth nachgewiesen, so ist das Genehmigungsverfahren durch die erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium nach § 4 Abs. 3 Punkt 4 vor der Schmerztherapiekommission abzuschließen.

**IV. Nachweis der räumlichen und apparativen Voraussetzungen nach § 9 QSVSchmth**

**Folgende Anforderungen werden erfüllt:**

**1. Räumliche Voraussetzungen**

- Die Praxis ist rollstuhlgeeignet
- Überwachungs- und Liegeplätze sind vorhanden

**2. Apparative Voraussetzungen**

- Ich verfüge über eine Reanimationseinheit einschließlich Defibrillator
- EKG- und Pulsmonitoring an jedem Behandlungsplatz, an dem invasive Verfahren durchgeführt werden
- Ich führe keine invasiven Verfahren durch

## V. Weitere Voraussetzungen nach der QSVSchmth

### Mit meiner Unterschrift versichere ich:

1. Bei der Schmerztherapeutischen Versorgung, die Forderungen nach § 5 der QSVSchmth einzuhalten
2. Jeden Behandlungsfall nach § 7 der QSVSchmth zu dokumentieren

**Mir ist bekannt, dass die zuständige Kommission nach § 12 Absatz 2 QSVSchmth zur Durchführung ihrer Aufgaben die Ausstattung der Praxis prüfen und den Nachweis der in den §§ 4 bis 9 genannten Voraussetzungen verlangen kann.**

### Einverständniserklärung nach § 10 Abs. 3 der QSVSchmth:

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis, dass die zuständige Kommission in meiner Praxis die Abrechnungsunterlagen sowie die organisatorischen Gegebenheiten daraufhin überprüft, ob die Bestimmungen der QSVSchmth eingehalten werden.

### Wichtiger Hinweis:

Bitte füllen Sie das Antragsformular vollständig aus. Fügen Sie diesem Antrag alle Unterlagen bei (z.B. Zeugnisse, Bescheinigungen, Zertifikate, Facharztanerkennung usw.), 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 MVZ bzw.  
anstellender Arzt der Praxis

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

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