

**Antrag auf Genehmigung:  
Schmerztherapeutische Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie)**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

(Name des Arztes<sup>1</sup>, der die Leistungen erbringen soll)

LANR: \_\_\_\_\_

oder

Eintragsnummer der KVSH: \_\_\_\_\_

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

**Hinweise**

- **WICHTIG** Der eingereichte Antrag inkl. Nachweise wird digitalisiert und anschließend vernichtet. Bitte senden Sie daher die Unterlagen in Kopie ohne Heftung und Klammerung zu.
- Die beantragten Leistungen dürfen erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden.
- Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich.
- Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie unter [www.kvsh.de/datenschutz](http://www.kvsh.de/datenschutz).
- Die notwendigen Inhalte der einzureichenden Zeugnisse und Bescheinigungen sind in § 11 Nr. 3 aufgeführt.

**Einverständnis zur Datenübermittlung**

- Notwendige Angaben und Urkunden (wie z. B. Facharztanerkennung, Arbeitszeugnisse) dürfen in den Akten des Arztregisters, des Zulassungsausschusses oder der Ärztekammer eingesehen und kopiert werden.
- Der ausführende Arzt hat bereits durch die KV \_\_\_\_\_ eine entsprechende Genehmigung erhalten und beantragt diese im gleichen Umfang. In den letzten vier Quartalen wurden die dazugehörigen Leistungen abgerechnet sowie der Nachweis der Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V erbracht.

**\*Hinweis: Damit entfällt die Zusendung von Nachweisen der „Fachlichen Voraussetzungen“.**

**Betriebsstätten**

Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätten beantragt: - bitte (N)BSNR oder Standort angeben -

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

- alle mir erteilten Betriebsstätten

**Fachliche Voraussetzungen\*** -bitte beifügen-

- Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung in einem klinischen Fach mit unmittelbarem Patientenbezug
- Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“  
**Hinweis:** Sofern die Prüfung zur Erlangung der Anerkennung der Zusatzweiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“ länger als 48 Monate zurückliegt, muss ein Kolloquium vor der Schmerztherapie-Kommission stattfinden.

<sup>1</sup> Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), sind hiermit selbstverständlich alle Geschlechter gemeint.

Zeugnisse oder Bescheinigungen über den Erwerb folgender Erfahrung und Fertigkeiten (bitte beachten Sie hierbei die Vorgaben des § 4 Abs. 2):

- Erhebung einer bio-psycho-sozialen Schmerzanamnese bei 100 Patienten
- Anwendung standardisierter und validierter Testverfahren und Fragebögen zur Schmerzanalyse und differentialdiagnostischen Abklärung der Schmerzkrankheiten einschließlich Detektion von Risikofaktoren für Schmerzchronifizierung bei 100 Patienten
- Vollständige körperliche Untersuchung und Funktionsstatus bei 100 Patienten
- Aufstellung eines inhaltlichen und zeitlich gestuften multimodalen Therapieplanes einschließlich der zur Umsetzung erforderlichen interdisziplinären, interprofessionellen und sozialmedizinischen Koordination bei 100 Patienten
- Initiierung, Modifizierung und/oder Beendigung medikamentöser Kurzzeit-, Langzeit- und Dauertherapie bei 100 Patienten
- Teilnahme an einem von der Ärztekammer anerkannten interdisziplinären Kurs über Schmerztherapie von 80 Stunden Dauer
- Ganztägige 12monatige Tätigkeit in einer entsprechend qualifizierten Schmerzpraxis, Schmerzzambulanz oder in einem Schmerzkrankenhaus (Anlage 1 der Vereinbarung). 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.
- Regelmäßige Teilnahme – mindestens achtmal – an einer interdisziplinären Schmerzkonferenz gemäß § 5 Abs. 3 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie innerhalb von 12 Monaten vor Antragstellung.
- Genehmigung zur Teilnahme an der psychosomatischen Grundversorgung gemäß § 5 Abs. 6 der Psychotherapie-Vereinbarung (Anlage 1 BMV-Ä).

### Organisatorische Voraussetzungen

- Die in Abschnitt C § 6 aufgeführten Behandlungsverfahren werden durch den schmerztherapeutischen Arzt eingesetzt.
- Mindestens 3 der nachstehenden Behandlungsverfahren werden vorgehalten. Nicht vorgehaltene Behandlungsverfahren müssen in Kooperation mit anderen Vertragsärzten erfolgen:

	In eigener Praxis	Externe Kooperationen
<b>Manuelle Untersuchungs- und Behandlungsverfahren</b>	<input type="checkbox"/>	<div style="background-color: #e0e0e0; height: 20px; width: 100%;"></div> <hr/> <small>Name, Anschrift</small>
<b>Physikalische Therapie</b>	<input type="checkbox"/>	<div style="background-color: #e0e0e0; height: 20px; width: 100%;"></div> <hr/> <small>Name, Anschrift</small>
<b>Invasive Verfahren</b>	<input type="checkbox"/>	<div style="background-color: #e0e0e0; height: 20px; width: 100%;"></div> <hr/> <small>Name, Anschrift</small>
<b>Anwendung von Capsaicin 8% als Schmerzpflaster</b>	<input type="checkbox"/>	<div style="background-color: #e0e0e0; height: 20px; width: 100%;"></div> <hr/> <small>Name, Anschrift</small>
<b>Einstellung und Befüllung von implantierten Medikamentenpumpen</b>	<input type="checkbox"/>	<div style="background-color: #e0e0e0; height: 20px; width: 100%;"></div> <hr/> <small>Name, Anschrift</small>
<b>Übende Verfahren</b>	<input type="checkbox"/>	<div style="background-color: #e0e0e0; height: 20px; width: 100%;"></div> <hr/> <small>Name, Anschrift</small>
<b>Hypnose</b>	<input type="checkbox"/>	<div style="background-color: #e0e0e0; height: 20px; width: 100%;"></div> <hr/> <small>Name, Anschrift</small>

	<b>In eigener Praxis</b>	<b>Externe Kooperationen</b>
<b>Ernährungsberatung</b>	<input type="checkbox"/>	
		Name, Anschrift
<b>Entzugsbehandlung bei Medika- mentenabhängigkeit</b>	<input type="checkbox"/>	
		Name, Anschrift
<b>Komplementäre Verfahren</b>	<input type="checkbox"/>	
		Name, Anschrift

### **Erklärung/Verpflichtung**

---

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie

- die räumlichen und apparativen Voraussetzungen gemäß Abschnitt C § 9 vorhanden sind:
  - rollstuhlgeeignete Praxis
  - Überwachungs- und Liegeplätze
  - Reanimationseinheit einschließlich Defibrillator
  - EKG und Pulsmonitoring an jedem Behandlungsplatz, an dem invasive Verfahren durchgeführt werden
- alle Anforderungen an die schmerztherapeutische Versorgung nach Abschnitt C § 5 erfüllt sind, insbesondere:
  - Die schmerztherapeutische Einrichtung gewährleistet, dass an 4 Tagen pro Woche mindestens je 4 Stunden schmerztherapeutischen Sprechstunden vorgehalten werden, in denen ausschließlich Patienten mit chronischen Schmerzkrankheiten behandelt werden.
  - Eine ständige Rufbereitschaft zur Beratung der Schmerzpatienten während der Praxiszeiten sowie zur konsiliarischen Beratung der überweisenden Ärzte ist gewährleistet.
- jeder Behandlungsfall nach den Angaben des § 7 standardisiert dokumentiert wird. Auf Verlangen sind die Dokumentationen der KVSH vorzulegen.
- die jeweiligen Anforderungen an die Leistungserbringung nach § 10 erfüllt werden.
- die Schmerztherapie-Kommission die Abrechnungsunterlagen sowie die organisatorischen Gegebenheiten in meiner Praxis daraufhin überprüft.

### **Unterschrift(en)**

---

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
ggf. Praxisstempel

\_\_\_\_\_  
Praxisinhaber Vertragsarztpraxis / Geschäftsführung MVZ

Bei Eintragungen im Punkt **Einverständnis zur Datenübermittlung**  
ist zusätzlich die Unterschrift der angestellten Person notwendig:

\_\_\_\_\_  
Angestellte Person