

**Antrag auf Genehmigung zur Teilnahme an der  
schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker 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 Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gemäß § 135 SGB V – Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie.**

### Nachweis der fachlichen Qualifikation

**Die folgenden Voraussetzungen sind durch Bescheinigungen bzw. Zeugnisse nachzuweisen:**

- 1. Erhebung einer bio-psycho-sozialen Schmerzanamnese bei 100 Patienten  
Anlage Nr.: \_\_\_\_\_
- 2. Anwendung standardisierter und validierter Testverfahren und Fragebögen zur Schmerzanalyse und differentialdiagnostischen Abklärung der Schmerzkrankheiten einschließlich Detektion von Risikofaktoren für Schmerzchronifizierung bei 100 Patienten  
Anlage Nr.: \_\_\_\_\_
- 3. Vollständige körperliche Untersuchung und Funktionsstatus bei 100 Patienten  
Anlage Nr.: \_\_\_\_\_
- 4. Aufstellung eines inhaltlichen und zeitlich gestuften multimodalen Therapieplanes einschließlich der zur Umsetzung erforderlichen interdisziplinären, interprofessionellen und sozialmedizinischen Koordination bei 100 Patienten  
Anlage Nr.: \_\_\_\_\_
- 5. Initiierung, Modifizierung und / oder Beendigung medikamentöser Kurzzeit-, Langzeit- und Dauertherapie bei 100 Patienten  
Anlage Nr.: \_\_\_\_\_

**Hinweis: Die unter 1. bis 5. geforderten Untersuchungen und Behandlungen müssen gemäß § 4 Abs. 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie unter Anleitung eines Arztes absolviert worden sein, der die Voraussetzungen zur Erlangung der Weiterbildungsbefugnis nach dem Weiterbildungsrecht der Ärztekammer für die Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ erfüllt, absolviert.**

### Weitere Nachweise:

- Teilnahme an einem von der Ärztekammer anerkannten interdisziplinären Kurs über Schmerztherapie von 80 Stunden Dauer  
Anlage Nr.: \_\_\_\_\_
- Ganztägige 12-monatige Tätigkeit in einer entsprechend qualifizierten Schmerzpraxis, Schmerzambulanz oder einem Schmerzkrankenhaus gemäß Anlage 1 Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie. 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 verlängert sich entsprechend.  
Anlage Nr.: \_\_\_\_\_

**Hinweis: Tätigkeiten im Rahmen der Weiterbildung im Fachgebiet können nach § 4 Abs. 3 Nr. 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie nicht anerkannt werden.**

- regelmäßige Teilnahme – mindestens achtmal – an einer interdisziplinären Schmerzkonzferenz innerhalb von 12 Monaten vor Antragstellung

Anlage Nr.: \_\_\_\_\_

- Genehmigung zur Teilnahme an der psychosomatischen Grundversorgung gemäß § 5 Abs. 6 der Psychotherapie-Vereinbarung (Anlage 1 BMV-Ä/EKV)
- Genehmigung bereits durch die KVSA erteilt
  - Nachweise beigelegt

**Schmerztherapeutische Behandlungsverfahren gemäß § 6**

**Obligate schmerztherapeutische Behandlungsverfahren**

Der Einsatz der schmerztherapeutischen Behandlungsverfahren Pharmakotherapie, therapeutische Lokalanästhesie, Psychosomatische Grundversorgung, Stimulationstechniken und die Koordination und Einleitung von psycho- und physiotherapeutischen Maßnahmen ist für den teilnehmenden Arzt verpflichtend.

**Fakultative schmerztherapeutische Behandlungsverfahren**

Der an der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie teilnehmende Arzt muss die Einleitung und Koordination der nachstehenden flankierenden therapeutischen Maßnahmen bzw. deren Durchführung jeweils indikationsbezogen gewährleisten.

**Mindestens drei** dieser Behandlungsverfahren sind durch den Arzt selbst vorzuhalten und nachzuweisen. Die nicht vorgehaltenen Verfahren können in Kooperation mit anderen Vertragsärzten erbracht werden. Die Ärzte sind nachfolgend zu benennen (§ 6 Abs. 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie):

Behandlungsverfahren	wird selbst durchgeführt	wird in Kooperation durchgeführt mit (Name des Arztes)
1. Manuelle Untersuchungs- und Behandlungsverfahren	<input type="checkbox"/>	
2. Physikalische Therapie	<input type="checkbox"/>	
3. Invasive Verfahren (z. B. Leitungsanalgesie, rückenmarksnahe Verfahren, Sympathikusblockaden)	<input type="checkbox"/>	
4. Anwendung von Capsaicin 8 % als Schmerzplaster	<input type="checkbox"/>	
5. Einstellung und Befüllung von implantierten Medikamentenpumpen	<input type="checkbox"/>	
6. Übende Verfahren (z. B. Progressive Muskelrelaxation, Autogenes Training)	<input type="checkbox"/>	
7. Hypnose	<input type="checkbox"/>	
8. Ernährungsberatung	<input type="checkbox"/>	
9. Entzugsbehandlung bei Medikamentenabhängigkeit	<input type="checkbox"/>	
10. Komplementäre Verfahren (z. B. Akupunktur)	<input type="checkbox"/>	
11. Sonstige:	<input type="checkbox"/>	

### **Schmerztherapeutische Sprechzeiten**

Die schmerztherapeutische Einrichtung, in der der Arzt arbeitet, muss an 4 Tagen pro Woche mindestens 4 Stunden schmerztherapeutische Sprechstunden vorhalten, in denen ausschließlich Patienten mit chronischen Schmerzkrankheiten behandelt werden.

<b>Wochentag</b>	<b>von – bis</b>

<b>Weitere Voraussetzungen gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung</b>
--

#### **Räumliche Voraussetzungen:**

- rollstuhlgeeignete Praxis und Praxisräume
- Überwachungs- und Liegeplätze                      Anzahl: \_\_\_\_\_

**Nachweis ist als Anlage Nr. \_\_\_\_\_ beifügt.**

#### **Apparative Voraussetzungen:**

- Reanimationseinheit einschließlich **Defibrillator**
- EKG- und Pulsmonitoring an jedem Behandlungsplatz, an dem invasive Verfahren durchgeführt werden

**Apparativer Nachweis sowie aktueller Prüfbericht sind als Anlage Nr. \_\_\_\_\_ beifügt.**

### Weitere Erklärungen

! Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass ich die Regelungen und Inhalte der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie kenne und einhalten werde.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich die diesem Antrag beigefügten Anhänge und Anlagen zum Bestandteil des Antrages.

Die Schmerztherapie-Kommission der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt ist berechtigt zur Durchführung ihrer Aufgaben, die Ausstattung der Praxis zu prüfen sowie den Nachweis der in den §§ 5 bis 9 der Qualitätssicherungsvereinbarung genannten Voraussetzungen zu verlangen (§ 12 Abs. 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie).

Ich versichere die Richtigkeit der im Antragsformular gemachten Angaben. Änderungen werde ich unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt, Doctor-Eisenbart-Ring 2, 39120 Magdeburg, schriftlich mitteilen.

\_\_\_\_\_  
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