

**Antrag auf Genehmigung zur Teilnahme an der  
Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie  
(Antrag auf schmerztherapeutische Einrichtung)**

**Allgemeine Hinweise:**

Antragsteller ist die Arztpraxis. Arztpraxis in diesem Sinne ist der Vertragsarzt in Einzelpraxis, eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), der Träger eines zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ), ermächtigtes Institut oder ein ermächtigter Arzt. Die Genehmigung wird arzt- und betriebsstättenbezogen erteilt

Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für die weibliche, männliche als auch diverse Form verwendet

Bitte füllen Sie den Antrag vollständig und in Druckbuchstaben aus

**Antragsteller**

Name der Arztpraxis / der BAG / des MVZ / des Instituts

Anschrift der Hauptbetriebsstätte

  

**Die Antragstellung erfolgt für**

Name, Vorname

Lebenslange Arztnummer

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Fachrichtung

☐ Vertragsarzt   ☐ Angestellter Arzt   ☐ Ermächtigter Arzt   ☐ Institutsermächtigung

Aufnahme der Tätigkeit ab \_\_\_\_\_

Ansprechpartner für Rückfragen:

\_\_\_\_\_  
Name, Telefonnummer, E-Mail

## Fachliche Qualifikation

- ☐ Ich bin Facharzt für \_\_\_\_\_
- ☐ Die Genehmigung zur Teilnahme an der Schmerztherapie-Vereinbarung wurde von der KV erteilt

## Anforderungen an eine schmerztherapeutische Einrichtung

**Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass die Anforderungen gem. der Anlage I an eine schmerztherapeutische Einrichtung erfüllt sind:**

- Die Einrichtung muss von einem Arzt geleitet werden, der persönlich an der Schmerztherapie-Vereinbarung teilnimmt bzw. die Voraussetzungen für eine solche Teilnahme erfüllt.
- Die Einrichtung muss eine kontinuierliche interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Fachdisziplinen (Anästhesiologie, Neurologie, Neurochirurgie, Orthopädie/Chirurgie, Psychiatrie, Rheumatologie, interventionelle Radiologie) und mit Physiotherapeuten nachweisen. Sofern diese in der Einrichtung nicht beschäftigt sind, sind die Kooperationspartner unter Angabe von Qualifikation, Name und Anschrift zu benennen.
- Das Patientengut muss ausschließlich bzw. weit überwiegend aus chronisch Schmerzkranken entsprechend der Definition der Präambel und des § 1 Abs. 1 der Schmerztherapie-Vereinbarung bestehen. Es müssen regelmäßig mindestens 150 chronisch schmerzkranken Patienten im Quartal behandelt werden. Es müssen an mindestens 4 Tagen pro Woche jeweils mindestens 4 Stunden ausschließlich solche Schmerzpatienten betreut werden. Die Kassenärztliche Vereinigung kann entsprechende Diagnosen- und Leistungsstatistiken anfordern.

Das Behandlungsspektrum muss die wichtigsten Schmerzkrankheiten umfassen, wie

- chronisch muskuloskelettale Schmerzen
  - chronische Kopfschmerzen
  - Gesichtsschmerzen
  - Ischämieschmerzen
  - medikamenteninduzierte Schmerzen
  - Neuropathische Schmerzen
  - Sympathische Reflexdystrophien
  - Somatoforme Schmerzstörungen
  - Tumorschmerzen
- Es müssen mindestens zwölfmal im Jahr, bei Einzelpraxen mindestens zehnmal im Jahr, nach außen offene, interdisziplinäre Schmerzkonzferenzen mit Patientenvorstellung durchgeführt werden. Thema und Teilnehmer sind zu dokumentieren, die Patienten werden persönlich vorgestellt, die Teilnehmer unterliegen der Schweigepflicht, Ort, Daten und Uhrzeit dieser Konferenzen stehen fest.

- Die Einrichtung hat sicherzustellen, dass eingehende Kenntnisse und Erfahrungen in den in § 6 der Schmerztherapie-Vereinbarung genannten Behandlungsverfahren erworben werden können.  
Hierzu sind die unter § 6 Abs. 1 sowie zusätzlich mindestens 3 der unter § 6 Abs. 2 der Schmerztherapie-Vereinbarung genannten Verfahren selbst vorzuhalten. Die übrigen Verfahren sind im Konsiliardienst sicherzustellen.  
Tägliche interne Fallbesprechungen und wöchentliche interne Teamsitzungen sind gewährleistet.
- Die Einrichtung hat die Anwendung schmerztherapeutischer Standards sicherzustellen. Hierzu gehören:
  - Erhebung einer standardisierten Schmerzanamnese einschließlich Sichtung und Wertung aller verfügbaren Vorbefunde, funktionelle Betrachtung der Röntgenbilder
  - eingehende körperliche (mit Einschluss neurologisch-orthopädisch-funktioneller) Untersuchung und eingehende psychosoziale und psychiatrische Exploration
  - Durchführung einer Schmerzanalyse
  - Feststellung des Chronifizierungsstadiums (nach Gerbershagen – Mainzer Staging)
  - differentialdiagnostische Abklärung der Schmerzkrankheit
  - eingehende Beratung des Patienten
  - gemeinsame Festlegung der Therapieziele
  - Aufstellung eines zeitlich und inhaltlich gestuften Therapieplanes (einschließlich der zu dessen Umsetzung erforderlichen interdisziplinären Koordination der Ärzte und komplementären Befunde)
  - Einsatz schmerztherapeutischer Behandlungsverfahren
  - Standardisierte Dokumentation mit Angaben zur psychosomatischen Auswirkung und Kontrolle des Verlaufs. Das in der Einrichtung eingesetzte Dokumentationsinstrumentarium ist vorzulegen.

## **Rechtlicher Hintergrund**

Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie)  
gem. § 135 Abs. 2 SGB V

## **Datenschutz**

Die Information der betroffenen Person bei der Erhebung von personenbezogenen Daten gemäß Art. 13 und 14 DSGVO der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) finden Sie auf unserer Homepage. Sofern Sie keinen Internetzugang haben oder aus sonstigen Gründen eine Übersendung in Papierform wünschen, wenden Sie sich bitte an das Infocenter unter 040 / 22 802 900.

## Hinweise zur Genehmigungserteilung

Bitte beachten Sie:

- ➔ dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist
- ➔ dass wir Ihnen diese Genehmigung in der Regel binnen eines Monats nach Antragseingang erteilen können, wenn uns die erforderlichen Nachweise vollständig vorliegen und vor Genehmigungserteilung nicht noch zusätzlich eine fachliche Prüfung (Kolloquium) erfolgreich absolviert werden muss
- ➔ dass Sie zur persönlichen Leistungserbringung verpflichtet sind

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Angestellter

**Unterschriftenformular zum  
Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung  
von genehmigungspflichtigen Leistungen in einer BAG**

**Hinweis:** Heften Sie dieses Formular an den gewünschten Antrag und reichen Sie beides zusammen bei der KVH ein

BAG	Datum ab
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>(Name des Anstellenden)</b>	

Name, Vorname des Angestellten	Anstellungsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Hinweis:** Es sind die Unterschriften **aller** BAG-Partner erforderlich oder die eines Unterschriftenbevollmächtigten. Reicht der Platz nicht aus, kopieren Sie bitte diese Seite in ausreichender Anzahl. Bei Unterschrift eines Bevollmächtigten, legen Sie bitte eine Kopie der Vollmacht bei.

<input type="text"/>
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel