



Bereich  
Zulassungswesen & Qualitätssicherung  
Frau Casper  
Tel.: 0211 / 5970 8079

Frau Mühlenkamp  
Tel.: 0211 / 5970 8088

E-Mail: [schmerztherapie@kvno.de](mailto:schmerztherapie@kvno.de)

Fax-Nr.: 0211 / 5970 - 33223

## Antrag auf Teilnahme an der Schmerztherapie-Vereinbarung

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

Name: .....

LANR: ..... (soweit bereits bekannt)

BSNR: .....(soweit bereits bekannt)

Privatanschrift:

Praxisanschrift:

.....  
.....  
.....  
.....

Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ):

.....

Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) mit:

.....

Teilberufsausübungsgemeinschaft mit:

.....

Angestellte(r) Ärztin/Arzt bei:

.....

## I. Fachliche Befähigung

Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung für ein klinisches Fach mit unmittelbarem Patientenbezug.

Facharztbezeichnung: .....

Weiterbildung von ..... bis .....

Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“

Ausstellungsdatum der Urkunde: .....

Terminiertes Prüfungsdatum: .....

### Hinweis:

Die erfolgreiche Teilnahme an einem kostenpflichtigen Kolloquium vor der Schmerztherapie-Kommission ist erforderlich, sofern die Prüfung zur Erlangung der Anerkennung der Zusatzweiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“ länger als 48 Monate zurückliegt

### Nachweis folgender Erfahrungen:

- 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 12-monatige Tätigkeit in einer qualifizierten Schmerzpraxis, Schmerzzambulanz oder einem Schmerzkrankenhaus entsprechend Anlage I der Vereinbarung

### Hinweise:

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.

Tätigkeiten im Rahmen der Weiterbildung im Fachgebiet werden nicht anerkannt

Die Zeugnisse/Bescheinigungen müssen von einem zur Anleitung berechtigten Arzt (Erfüllung der Voraussetzungen zur Erlangung der Weiterbildungsbefugnis für die Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“) ausgestellt und unterzeichnet sein

Teilnahme an mindestens 8 interdisziplinären Schmerzkonferenzen innerhalb von 12 Monaten vor Antragstellung

Genehmigung zur Teilnahme an der psychosomatischen Grundversorgung

## II. Anforderung an die schmerztherapeutische Versorgung

Die Anforderungen an die schmerztherapeutische Versorgung gem. § 5 der Vereinbarung werden eingehalten, darunter fallen u.a.:

- Die schmerztherapeutische Einrichtung hält an 4 Tagen pro Woche mindestens je 4 Stunden schmerztherapeutische Sprechstunden vor, in denen ausschließlich Patienten mit chronischen Schmerzkrankheiten behandelt werden
- Ständige Rufbereitschaft zur Beratung der Schmerzpatienten (während der Praxiszeiten)

## III. Obligate schmerztherapeutische Behandlungsverfahren:

Ich setze folgende Behandlungsverfahren ein, die nicht delegationsfähig sind:

- Pharmakotherapie
- Therapeutische Lokalanästhesie
- Psychosomatische Grundversorgung gemäß der Psychotherapie-Vereinbarung
- Stimulationstechniken
- Koordination und Einleitung von psycho- und physiotherapeutischen Maßnahmen

## IV. Fakultative schmerztherapeutische Behandlungsverfahren:

Ich halte mindestens 3 der nachfolgend genannten Behandlungsverfahren in meiner Praxis vor:

Manuelle Untersuchungs- und Behandlungsverfahren (I)

Physikalische Therapie (II)

Invasive Verfahren (z. B. Leitungsanalgesie, rückenmarksnahe Verfahren, Sympthikusblockaden) (III)

Anwendung von Capsaicin 8 % als Schmerzpflaster (IV)

Einstellung und Befüllung von implantierten Medikamentenpumpen (V)

Übende Verfahren (z. B. Progressive Muskelrelaxation, Autogenes Training) (VI)

Hypnose (VII)

Ernährungsberatung (VIII)

Entzugsbehandlung bei Medikamentenabhängigkeit (IX)

Komplementäre Verfahren (z. B. Akupunktur) (X)

## V. Kooperationspartner:

Hinsichtlich der nicht von mir vorgehaltenen fakultativen Behandlungsverfahren kooperiere ich mit folgenden Ärzten und stehe zur konsiliarischen Beratung zur Verfügung:

*(Bitte nur benennen und in der 1. Spalte jeweils die Ziffer (s. o. Nr. IV.) des Behandlungsverfahrens angeben, welches der Kooperationspartner anbietet)*

<b>Verfahren (Ziffer s. IV.)</b>	<b>Name</b>	<b>Anschrift</b>	<b>Gebietsbezeichnung</b>

## VI. Räumliche, apparative und organisatorische Voraussetzungen

- Rollstuhlgeeignete Praxis
- Überwachungs- und Liegeplätze
- Reanimationseinheit einschließlich Defibrillator
- EKG- und Pulsmonitoring an jedem Behandlungsplatz, an dem invasive Verfahren durchgeführt werden

## VII. Verpflichtungen der/des schmerztherapeutisch tätigen Ärztin/Arztes

Ich verpflichte mich:

- als schmerztherapeutisch tätiger Arzt/Ärztin überwiegend chronisch schmerzkranken Patienten nach § 1 Abs. 1 QSV zu behandeln, vgl. § 5 Abs. 4 QSV.
- mindestens achtmal im Jahr an einer interdisziplinären Schmerzkonferenz, welche den Anforderungen nach § 5 Abs. 3 genügt, teilzunehmen und dies jährlich gegenüber der KV nachzuweisen
- den zuständigen Hausarzt des Patienten mindestens halbjährlich über den Behandlungsverlauf zu informieren
- jeden Behandlungsfall gemäß § 7 standardisiert zu dokumentieren
- die Dokumentation der KV Nordrhein auf Verlangen vorzulegen
- der KV Nordrhein, auf deren Verlangen, diejenigen Patienten zu benennen, die sich über einen Zeitraum von 2 Jahren hinaus in meiner schmerztherapeutischen Behandlung befinden (§ 5 Abs. 6)

## VIII. Einverständniserklärung

- Ich erkläre, dass ich mit einer ggf. stattfindenden Begehung meiner Praxisräume durch die von der KV Nordrhein beauftragten Qualitätssicherungskommission einverstanden bin.
- Mir ist bekannt, dass für den Fall der Verweigerung der Einverständniserklärung die Genehmigung auf Teilnahme an der Schmerztherapie-Vereinbarung versagt oder widerrufen werden kann.
- Ich bestätige, dass ich die in der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gem. §135 Abs. 2 SGB V aufgeführten Anforderungen erfülle und einhalte und alle sich auf die Qualitätssicherungsvereinbarung beziehenden Änderungen (z. B. Änderungen der räumlichen Ausstattung) der KV Nordrhein unverzüglich mitteilen werde.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift/Vertragsarztstempel

.....  
Ggf. Unterschrift des anstellenden Arztes

**Anlage:**

Bitte fügen Sie folgende Unterlagen Ihrem Antrag bei:

1. Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung für ein klinisches Fach mit unmittelbarem Patientenbezug, sofern diese Information der KV Nordrhein nicht bereits vorliegt.
2. Zeugnisse über die Tätigkeit in einer anerkannten Schmerzpraxis, Schmerzambulanz oder in einem Schmerzkrankenhaus
3. Acht Bescheinigungen über die Teilnahme an interdisziplinären Schmerzkonferenzen mit Patientenvorstellung
4. Genehmigung zur Teilnahme an der psychosomatischen Grundversorgung
5. Teilnahmebescheinigung für einen 80-stündigen Kurs über Schmerztherapie
6. Urkunde über die Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“