

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Qualitätssicherung
Elsenheimerstraße 39
80687 München

Fax-Nummer: 089/57093 - 64966
E-Mail-Adresse: VER.CoCQS@kvb.de

Anlage Antrag Schmerztherapie

zum Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen der schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten im Rahmen der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V (QSV)

- **ausschließlich** für Antragsteller/innen, die ihre Zusatzweiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“ nach einer früheren WBO (älter als nach WBO für die Ärzte Bayerns vom 16.10.2021 bzw. nach Muster-Weiterbildungsordnung (MWBO) 2018) erworben haben -

Nachweis über die selbständige Durchführung der geforderten Untersuchungen und Behandlungen im Mindestumfang nach §§ 4 Abs.1 Nr. 3, 11 Nr. 3 QSV unter Anleitung eines nach § 4 Abs. 2 QSV qualifizierten Arztes

Ich, _____,
(Vor- und Nachname des/der **anleitenden Arztes/Ärztin**)

erfülle die Voraussetzungen zur Erlangung der **Weiterbildungsbefugnis** nach dem Weiterbildungsrecht der Ärztekammern für die **Zusatzweiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“** (vgl. § 4 Abs. 2 QSV) und

bestätige mit meiner Unterschrift, dass Herr/Frau _____
(Vor- und Nachname des/der **Antragstellers/in**)

die **nachfolgend aufgeführten Untersuchungen und Behandlungen** bei der angegebenen Mindestanzahl an Patienten, **unter meiner Anleitung**

in der Zeit vom _____ bis _____ **selbständig durchgeführt** hat:

- 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**

Schmerztherapeutische Behandlungsverfahren, vgl. §§ 6, 11 Nr. 3 QSV:

Alle der in § 6 Abs. 1 QSV aufgeführten **obligaten** und **mindestens drei** der in § 6 Abs. 2 QSV aufgeführten **fakultativen** schmerztherapeutischen Behandlungsverfahren wurden **durch den/die Antragsteller/in erlernt und selbständig durchgeführt:**

Obligate Behandlungsverfahren:

- Pharmakotherapie
- Therapeutische Lokalanästhesie
- Psychosomatische Grundversorgung nach der Psychotherapie-Vereinbarung (Anlage 1 BMV-Ä/EKV)
- Stimulationstechniken
- Koordination und Einleitung von psycho- und physiotherapeutischen Maßnahmen

Fakultative Behandlungsverfahren:

- Manuelle Untersuchungs- und Behandlungsverfahren
- Physikalische Therapie
- Invasive Verfahren (z. B. Leitungsanalgesie, rückenmarksnahe Verfahren, Sympathikusblockaden)
- Anwendung von Capsaicin 8% als Schmerzpflaster
- Einstellung und Befüllung von implantierten Medikamentenpumpen
- Übende Verfahren (z.B. Progressive Muskelrelaxation, Autogenes Training)
- Hypnose
- Ernährungsberatung
- Komplementäre Verfahren (z. B. Akupunktur)
- Entzugsbehandlung bei Medikamentenabhängigkeit

Beurteilung der fachlichen Befähigung des/der Antragstellers/in zur selbständigen Durchführung der Schmerztherapie chronisch schmerzkranker Patienten, vgl. § 11 Nr. 3 QSV:

Ort, Datum

Unterschrift des Anleiters / Ausbilders



Stempel des Ausbilders