

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg  
Geschäftsbereich  
Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement  
Haldenhausstraße 11  
72770 Reutlingen

E-Mail: [qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de](mailto:qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de)

# Antrag

## auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Akupunktur

**Antragsteller: (Praxisinhaber, Ermächtigter, ärztlicher Leiter bei MVZ bzw. Vertretungsberechtigter BAG)**

|                      |         |          |                             |
|----------------------|---------|----------|-----------------------------|
| _____                | _____   | _____    | _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ |
| Titel                | Vorname | Nachname | LANR (Arzt-Nr.)             |
| _____                |         |          | _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ |
| Name der Einrichtung |         |          | BSNR (Betriebsstätten-Nr.)  |



### Antragstellung für:

- mich persönlich (Sie sind bereits im Landesarztregister der KVBW eingetragen als zugelassen oder ermächtigt? → weiter auf Seite 2)
- folgenden Angestellten

|       |         |          |                             |
|-------|---------|----------|-----------------------------|
| _____ | _____   | _____    | _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ |
| Titel | Vorname | Nachname | LANR (Arzt-Nr.)             |

**Zusätzliche Angaben:** (nur auszufüllen, falls nicht bereits im Landesarztregister der KVBW eingetragen)

|   |             |
|---|-------------|
| _____   | _____       |
| Fachgebiet  | Schwerpunkt |
| Zugelassen, angestellt, ermächtigt in der oben genannten Praxis/Einrichtung ab: |             |
| _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _   |             |
| Datum TTMMJJJJ  |             |

|        |         |
|--------|---------|
| _____  | _____   |
| E-Mail | Telefon |

### Wohnanschrift:

|             |       |       |
|-------------|-------|-------|
| _____       | _____ | _____ |
| Straße, Nr. | PLZ   | Ort   |

### Anschrift Praxis/Krankenhaus:

|             |       |       |
|-------------|-------|-------|
| _____       | _____ | _____ |
| Straße, Nr. | PLZ   | Ort   |

Die jeweils gültige Rechtsgrundlage finden Sie unter folgendem Link: [www.kvbawue.de/akupunktur](http://www.kvbawue.de/akupunktur)

Ich beantrage, Leistungen gemäß der aktuell gültigen Rechtsgrundlage erbringen und abrechnen zu dürfen.

Akupunktur bei chronisch schmerzkranken Patienten {AKU1}

## Fachliche Befähigung

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Berechtigung zum Führen der Zusatzweiterbildung „Akupunktur“

und

Kenntnisse in der Psychosomatischen Grundversorgung (nachgewiesen durch die erfolgreiche Teilnahme am 80-stündigen Curriculum der Bundesärztekammer)

und

Nachweis der Teilnahme an einem von der Ärztekammer anerkannten interdisziplinären Kurs über Schmerztherapie von 80 Stunden Dauer

**Bitte entsprechende Zeugnisse und Urkunden in Kopie beifügen.**



## Räumliche und apparative Voraussetzungen

Die Durchführung der Akupunktur erfolgt in separaten, abgeschlossenen Räumen mit Liegen (ein Liegeplatz je abtrennbarer Behandlungseinheit) unter Verwendung steriler Einmalnadeln.

## Erklärung

Ich erfülle folgende Anforderungen an die Durchführung der Akupunktur und die Dokumentation:

1. Feststellung einer Symptomatik beziehungsweise Diagnose nach Anlage I Nr. 12 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses
2. Überprüfung, dass vor der Akupunktur ein mindestens sechsmonatiges ärztlich dokumentiertes Schmerzintervall vorliegt
3. Erstellung bzw. Überprüfung eines inhaltlich und zeitlich gestaffelten Therapieplans unter Einbeziehung der Akupunktur im Rahmen eines schmerztherapeutischen Gesamtkonzepts unter Beurteilung der bisher gegebenenfalls durchgeführten Maßnahmen und der bestehenden Therapieoptionen
4. Durchführung einer standardisierten fallbezogenen Eingangserhebung (Eingangsdokumentation) zur Schmerzevaluation mit den Parametern Lokalisation des Hauptschmerzes an der Lendenwirbelsäule bzw. am betroffenen Kniegelenk, Schmerzdauer, Schmerzstärke, Schmerzhäufigkeit, Beeinträchtigung der Alltagsaktivitäten durch den Schmerz, Beeinträchtigung der Stimmung durch den Schmerz.

5. Durchführung einer standardisierten Verlaufserhebung (Verlaufsdokumentation) bei Abschluss der Behandlung mit den Dimensionen Lokalisation des Hauptschmerzes an der Lendenwirbelsäule bzw. am betroffenen Kniegelenk, Zufriedenheit mit der Schmerzbehandlung, Stärke des Hauptschmerzes, Schmerzhäufigkeit, Beeinträchtigung der Alltagstätigkeiten durch den Schmerz, Beeinträchtigung der Stimmung durch den Schmerz.
6. Regelmäßige Teilnahme (mindestens viermal im Jahr) an Fallkonferenzen bzw. Qualitätszirkeln zum Thema „chronische Schmerzen“, wobei mindestens einmal im Jahr Fälle behandelter Patienten vorzustellen sind.

Folgende Anforderungen sind dabei zu erfüllen:

- mindestens zwei Teilnehmer müssen über eine Genehmigung nach dieser Vereinbarung verfügen
- Vertreter verschiedener Fachgebiete sollen an den Sitzungen teilnehmen  
Die regelmäßige Teilnahme an Fallkonferenzen bzw. Qualitätszirkeln ist zu dokumentieren (Datum, Teilnehmer, Themen, ggf. vorgestellte Fälle). Die Teilnahmebestätigungen sind der Kassenärztlichen Vereinigung in jährlichen Abständen – erstmalig ein Jahr nach Erteilung der Genehmigung – vorzulegen.

## Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) die zuständige Kommission für Qualitätssicherung (QS-Kommission) beauftragen kann, die in der Vereinbarung genannten Voraussetzungen zu überprüfen.



Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben richtig und vollständig sind, und verpflichte mich, die Anforderungen der jeweils gültigen Vereinbarung zu beachten. Unrichtige Angaben führen zur Unwirksamkeit der Genehmigung.

## Hinweis

Die Genehmigung kann frühestens ab dem Tag der Antragstellung erteilt werden, an dem alle zum Qualifikationsnachweis erforderlichen Unterlagen (Zeugnisse, Bescheinigungen und ggf. Gerätenachweis) der KVBW vollständig vorliegen. Soweit für den Nachweis Unterlagen fehlen, kann die Genehmigung erst ab dem Tag erteilt werden, an dem die o. g. Antragsunterlagen bei der KVBW komplettiert wurden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Antragsteller

---

Unterschrift angestellter Arzt

## Einverständniserklärung zur Datenübermittlung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass seitens der Ärztekammer die zu Zwecken der Antragsbearbeitung erforderlichen Urkunden und Zeugnisse zu meiner Person der KVBW übermittelt werden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

Die Klammer {} beinhaltet einen internen Code