

Arztstempel



**kvt**  
Kassenärztliche  
Vereinigung Thüringen

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen  
Abteilung Qualitätssicherung  
Zum Hospitalgraben 8  
99425 Weimar

**Bitte reichen Sie Ihren Antrag vorzugsweise digital im PDF Format an [qs@kvt.de](mailto:qs@kvt.de) ein.**

## **ANTRAG** auf Anerkennung als schmerztherapeutische Einrichtung

(gemäß § 4 Abs. 3 Nr. 1 bzw. Anlage I der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie im Rahmen des Genehmigungsverfahrens zur Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie)

### **Antragsteller**

.....  
Vertragsarzt, Ärztliche Leitung MVZ, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigte

### **Leistungserbringer**

sofern abweichend vom Antragsteller,  
z. B. angestellter Arzt

Gebietsbezeichnung: .....

Schwerpunkt: .....

Zusatzbezeichnung: .....

Praxis-/ Klinikanschrift  
oder Arbeitsstelle: .....

Telefon: .....

Praxis: ..... privat: .....

E-Mail: .....

### **Ort der Leistungserbringung**

In eigener Praxis (Betriebsstätte)

im Rahmen einer Anstellung

Einzelpraxis

ÜBAG

in einem MVZ

Sonstiges

Berufsausübungsgemeinschaft

in ausgelagerten Praxisräumen  
(Adresse Nebenbetriebsstätte) .....

im Rahmen einer Ermächtigung erteilt am: .....

Wurde bereits eine Anerkennung als schmerztherapeutische Einrichtung durch eine andere Kassenärztliche Vereinigung erteilt?

- nein       ja (bitte den Bescheid in Kopie beifügen)

**Beantragte Leistung**

**Nach Abschnitt 30.7.1 des EBM – GOP 30704**

Ich beantrage die Anerkennung als Schmerztherapeutische Einrichtung gemäß § 4 Abs. 3 Nr. 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung-Schmerztherapie als:

- Schmerzlinik
- Schmerzabteilung in einem Allgemeinkrankenhaus
- Schmerzzambulanz
- Schmerzpraxis niedergelassener Vertragsärzte

**Fachliche und sonstige Anforderungen an die schmerztherapeutische Einrichtung**

- Die Einrichtung muss von einem Arzt geleitet werden, der persönlich an der Schmerztherapievereinbarung teilnimmt, bzw. die Voraussetzungen für eine Teilnahme erfüllt.
  - Name, Vorname.....
  - Facharzt/Fachärztin für .....
- Ich leite die Einrichtung selbst.
- Ich verfüge über eine Weiterbildungsermächtigung für die Zusatz-Weiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“ (**Kopie beifügen**)
- Es werden regelmäßig mindestens 150 chronisch schmerzkranken Patienten im Quartal betreut.
- Es werden ausschließlich bzw. weit überwiegend chronisch schmerzkranken Patienten entsprechend der Definition des § 1 Abs. 1 der Schmerztherapie-Vereinbarung und des EBM Kapitel 30.7 Präambel Nr. 6 behandelt.
- Es werden an mindestens 4 Tagen pro Woche jeweils mindestens 4 Stunden ausschließlich Schmerzpatienten betreut.
- Das Behandlungsspektrum umfasst die wichtigsten Schmerzkrankheiten:
  - chronisch muskuloskelettale Schmerzen
  - chronische Kopfschmerzen
  - Gesichtsschmerzen
  - Ischämieschmerzen
  - medikamenteninduzierte Schmerzen
  - Neuropathische Schmerzen
  - Sympathische Reflexdystrophien
  - Somatoforme Schmerzstörungen
  - Tumorschmerzen
- Es wird eine kontinuierliche interdisziplinäre Zusammenarbeit mit folgenden Fachdisziplinen gewährleistet: (Die **nicht** in der Einrichtung beschäftigten Kooperationspartner mit Name, Adresse und Qualifikation angeben.)
  - Anästhesiologie
    - in Einrichtung beschäftigt
    - Name, Anschrift, Qualifikation.....

Neurologie

- in Einrichtung beschäftigt
- Name, Anschrift, Qualifikation.....

Neurochirurgie

- in Einrichtung beschäftigt
- Name, Anschrift, Qualifikation.....

Orthopädie/Chirurgie

- in Einrichtung beschäftigt
- Name, Anschrift, Qualifikation.....

Psychiatrie

- in Einrichtung beschäftigt
- Name, Anschrift, Qualifikation.....

Rheumatologie

- in Einrichtung beschäftigt
- Name, Anschrift, Qualifikation.....

interventionelle Radiologie

- in Einrichtung beschäftigt
- Name, Anschrift, Qualifikation.....

Physiotherapie

- in Einrichtung beschäftigt
- Name, Anschrift, Qualifikation.....

- Es werden mindestens zwölfmal im Jahr, bei Einzelpraxen mindestens zehnmal im Jahr, nach außen offene, interdisziplinäre Schmerzkonzferenzen mit Patientenvorstellung durchgeführt.
  - Thema und Teilnehmer werden dokumentiert, die Patienten persönlich vorgestellt, die Teilnehmer unterliegen der Schweigepflicht
  - Ort, Daten und Uhrzeit der Konferenzen stehen fest
- Es werden bereits jetzt schon jährlich Schmerzkonzferenzen durchgeführt.
- Die Durchführung von jährlich mindestens 12, bei Einzelpraxen mindestens 10 Schmerzkonzferenzen erfolgt ab.....

**Bitte eine Aufstellung der geplanten Schmerzkonzferenzen mit Angabe von Ort, Datum Ansprechpartner und Kontaktdaten dem Antrag beifügen.**

- Ich bin mit der Veröffentlichung der Konferenzen auf der Internetseite der KV Thüringen einverstanden.
- Die Verpflichtung nach Präambel Nr. 5 des Kapitel 30.7 EBM zur jährlichen schmerztherapeutischen Fortbildung von mindestens 30 Stunden ist bekannt.
- Es ist sichergestellt, dass eingehende Kenntnisse und Erfahrungen in den in § 6 der Schmerztherapievereinbarung genannten Behandlungsverfahren erworben werden können.
- Die unter § 6 Abs. 1 genannten Behandlungsverfahren sind verpflichtend (**nicht delegationsfähig**)
  - - Pharmakotherapie
    - therapeutische Lokalanästhesie
    - Psychosomatische Grundversorgung
    - Stimulationstechniken
    - Koordination und Einleitung von psycho- und physiotherapeutischen Maßnahmen

- Es werden mindestens drei der nachfolgenden Behandlungsverfahren gem. § 6 Abs. 2 der Qualitätsvereinbarung Schmerztherapie eigenständig vorgehalten:

Manuelle Untersuchungs- und Behandlungsverfahren

- selbst  
 Überweisung an Praxis .....

Physikalische Therapie

- selbst  
 Überweisung an Praxis .....

Invasive Verfahren (z.B. Leitungsanalgesie, rückenmarksnahen Verfahren, Sympathikusblockaden)

- selbst  
 Überweisung an Praxis .....

Anwendung von Capsaicin 8% als Schmerzpflaster

- selbst  
 Überweisung an Praxis .....

Einstellung und Befüllung von implantierten Medikamentenpumpen

- selbst  
 Kooperation an Praxis .....

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

- selbst  
 Überweisung an Praxis .....

Hypnose

- selbst  
 Überweisung an Praxis .....

Ernährungsberatung

- selbst  
 Überweisung an Praxis .....

Entzugsbehandlung bei Medikamentenabhängigkeit

- selbst  
 Überweisung an Praxis .....

Komplementäre Verfahren (z. B. Akupunktur)

- selbst  
 Überweisung an Praxis .....

- Täglich interne Fallbesprechungen und wöchentliche Teamsitzungen sind gewährleistet.

**Folgende schmerztherapeutische Standards sind sichergestellt:**

- 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 Gebershagen – 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 Berufe)
- Einsatz schmerztherapeutischer Behandlungsverfahren
- Standardisierte Dokumentation mit Angaben zur psychosomatischen Auswirkung und Kontrolle des Verlaufs. **Das in der Einrichtung eingesetzte Dokumentationsinstrumentarium ist vorzulegen.**

### Erklärung

Ich erkläre mein Einverständnis, dass die Qualitätssicherungskommission Schmerztherapie der KV Thüringen die apparativen, räumlichen und organisatorischen Gegebenheiten in der Einrichtung daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen gemäß Anlage I "Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie" entsprechen.

Ich werde **alle** Anforderungen und Verpflichtungen der Anlage I der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie einhalten.

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist ebenfalls bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der Genehmigung zur Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie führen können.

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift des verantwortlichen Arztes

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift des angestellten Arztes

*Wichtiger HINWEIS für Ärzte, die zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt worden sind oder einen solchen Antrag gestellt haben:*

*Unabhängig von der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Schmerztherapie wird ein diesbezüglicher Bescheid nur im Rahmen einer ausgesprochenen Ermächtigung und auch dann nur in den Grenzen des dort festgelegten Leistungskataloges wirksam.*

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung des Antrags führen können. Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter [www.kv-thueringen.de](http://www.kv-thueringen.de), Thema Datenschutz.