

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

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

# Antrag

## auf Anerkennung als schmerztherapeutische Einrichtung

### 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/schmerztherapie](http://www.kvbawue.de/schmerztherapie)

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

Anerkennung als schmerztherapeutische Einrichtung {SMT2}

**Die Einrichtung wird von einem Arzt geleitet, der persönlich an der Schmerztherapie-Vereinbarung teilnimmt bzw. die Voraussetzungen für eine solche Teilnahme erfüllt.**

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Ich bin selbst Leiter der Einrichtung und nehme an der Schmerztherapie-Vereinbarung teil.

Ich bin selbst Leiter der Einrichtung und habe eine Teilnahme an der Schmerztherapie-Vereinbarung beantragt.

**oder**

Der Leiter der Einrichtung nimmt an der Schmerztherapie-Vereinbarung teil.

Der Leiter der Einrichtung hat eine Teilnahme an der Schmerztherapie-Vereinbarung beantragt.

Leiter der Einrichtung ist:



\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Nachname

\_\_\_\_\_  
Fachgebiet

\_\_\_\_\_  
Schwerpunkt/Zusatzbezeichnung

**Die Einrichtung/Praxis erfüllt folgende Voraussetzungen:**

Die Einrichtung kann eine kontinuierliche interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Fachdisziplinen (Anästhesiologie, Neurologie, Neurochirurgie, Orthopädie/Chirurgie, Psychiatrie, Rheumatologie, interventionelle Radiologie) und mit Physiotherapeuten nachweisen. Für Fachdisziplinen, die nicht in der Einrichtung beschäftigt sind, bestehen folgende Kooperationen:

**Kooperationspartner**

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Nachname

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Qualifikation

## Kooperationspartner

Vorname	Nachname
Straße	PLZ, Ort
Qualifikation	

## Kooperationspartner

Vorname	Nachname
Straße	PLZ, Ort
Qualifikation	

- Das Patientengut besteht aus ausschließlich bzw. weit überwiegend chronisch Schmerzkranken entsprechend der Definition der Präambel und des § 1 Abs. 1 der Schmerztherapie-Vereinbarung. Es werden regelmäßig mindestens 150 chronisch schmerzkranken Patienten im Quartal behandelt. Es werden an mindestens 4 Tagen pro Woche jeweils mindestens 4 Stunden ausschließlich solche Schmerzpatienten betreut. Die Kassenärztliche Vereinigung kann entsprechende Diagnosen- und Leistungsstatistiken anfordern.



- Das Behandlungsspektrum umfasst die wichtigsten Schmerzkrankheiten, wie

- Chronisch muskuloskelettale Schmerzen
- Chronische Kopfschmerzen
- Gesichtsschmerzen
- Ischämieschmerzen
- Medikamenteninduzierte Schmerzen
- Neuropathische Schmerzen
- Sympathische Reflexdystrophien
- Somatoforme Schmerzstörungen
- Tumorschmerzen

- Es werden mindestens 12-mal im Jahr, bei Einzelpraxen mindestens zehnmal im Jahr, nach außen offene, interdisziplinäre Schmerzkongresse mit Patientenvorstellung durchgeführt. Thema und Teilnehmer werden dokumentiert, die Patienten werden persönlich vorgestellt, die Teilnehmer unterliegen der Schweigepflicht, Ort, Daten und Uhrzeit dieser Kongresse stehen fest.

- Die Einrichtung stellt die Anwendung schmerztherapeutischer Standards sicher. 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 Berufe)
- Einsatz schmerztherapeutischer Behandlungsverfahren
- Standardisierte Dokumentation mit Angaben zur psychosomatischen Auswirkung und Kontrolle des Verlaufs. Das in der Einrichtung eingesetzte Dokumentationsinstrumentarium ist vorzulegen.

Folgende Anforderungen nach Abschnitt C der Schmerztherapie-Vereinbarung werden erfüllt:

- Schmerztherapeutische Versorgung § 5
- Schmerztherapeutische Behandlungsverfahren § 6
- Dokumentation § 7
- Räumliche und apparative Voraussetzungen § 9

Die Einrichtung stellt sicher, dass eingehende Kenntnisse und Erfahrungen in den in § 6 der Schmerztherapie-Vereinbarung genannten Behandlungsverfahren erworben werden können. Hierzu werden die unter § 6 Abs. 1 sowie zusätzlich mindestens 3 der nachfolgend genannten Verfahren (§ 6 Abs. 2 der Schmerztherapie-Vereinbarung) selbst vorgehalten. Die übrigen Verfahren werden im Konsiliardienst sichergestellt. Tägliche interne Fallbesprechungen und wöchentliche interne Teamsitzungen werden gewährleistet.



<b>Behandlungsverfahren wird selbst durchgeführt?</b>	<b>Falls nein, bitte Namen und Ort des Kooperationspartners angeben:</b>
Manuelle Untersuchungs- und Behandlungsverfahren <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Physikalische Therapie <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Therapeutische Leitungs- Plexus- und rückenmarksnahe Anästhesien <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Sympathikusblockaden <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Rückenmarksnahe Opioidapplikation <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Denervationsverfahren und/oder augmentative Verfahren (z. B. Neurolyse, zentrale Stimulation) <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Übende Verfahren (z. B. Autogenes Training) <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein (* Zusätzliche Qualifikationsnachweise erforderlich!)	
Hypnose <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein (* Zusätzliche Qualifikationsnachweise erforderlich!)	
Ernährungsberatung <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	

minimal-invasive Interventionen <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
operative Therapie <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Entzugsbehandlung bei Medikamentenabhängigkeit <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	

## 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