



Posteingangsnummer BGST  
von KVS auszufüllen!

**Antrag**  
auf Genehmigung zur Teilnahme als schmerztherapeutische Einrichtung für die Erbringung und Abrechnung der EBM-Nr. 30704 (Zuschlag gem. EBM) im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung gemäß Anlage 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie nach § 135 Abs. 2 SGB V

**Antragsteller/-in:** .....  
(Vertragsarzt, ermächtigter Arzt, MVZ und Name des MVZ-Vertretungsberechtigten oder anstellender Arzt)

Leistungserbringer, alle in der schmerztherapeutischen Einrichtung tätigen <b>Ärzte mit Genehmigung</b> zur speziellen Schmerztherapie (Name, Vorname)	LANR	Facharzt für	Beschäftigungsumfang	niedergelassen	angestellt

**Antrag bezieht sich auf**

**Praxis/Betriebsstätte (BSNR)**

Anschrift: .....

Telefon/Fax: .....

E-Mail: .....

BSNR: .....

**Nebenbetriebsstätte (NBSNR)**

Anschrift: .....

Telefon/Fax: .....

E-Mail: .....

NBSNR: .....

## 1 Anforderungen an eine schmerztherapeutische Einrichtung:

Die kontinuierliche interdisziplinäre Zusammenarbeit ist gegeben durch die Kooperation mit folgenden Fachgebieten (Sofern diese in der Einrichtung nicht beschäftigt sind, sind die Kooperationspartner unter Angabe von Qualifikation, Name und Anschrift zu benennen (weitere Nennungen in Anlage 1)):

Fachgebiet	Name des Arztes	Anschrift	Qualifikation
Anästhesiologie			
Neurologie			
Neurochirurgie			
Orthopädie/Chirurgie			
Psychiatrie			
Rheumatologie			
Interventionelle Radiologie			
Physiotherapie			

- Es werden in der Einrichtung an mindestens 4 Tagen pro Woche jeweils mindestens 4 Stunden ausschließlich Schmerzpatienten betreut.
- Das Behandlungsspektrum des schmerztherapeutischen Zentrums umfasst mindestens folgende Schmerzkrankheiten bzw. -störungen:
  - chronische 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 10-mal im Jahr, nach außen offene, interdisziplinäre Schmerzkonzferenzen mit Patientenvorstellung durchgeführt. Thema, Teilnehmer, Ort, Daten und Uhrzeit werden dokumentiert, die Patienten werden persönlich vorgestellt.
- Die einzelnen schmerztherapeutisch tätigen Ärzte nehmen jeweils kalenderjährlich an mindestens 10 interdisziplinären Schmerzkonzferenzen teil, wobei die eigens durchgeführten Schmerzkonzferenzen hierauf angerechnet werden.
- Es ist sichergestellt, dass eingehende Kenntnisse und Erfahrungen in sämtlichen unter § 6 Abs. 2 und mindestens 3 der in § 6 Abs. 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie genannten Behandlungsverfahren vermittelt werden können.

Gemäß § 6 Abs. 1 werden folgende Behandlungsverfahren vorgehalten und angewendet:

- Pharmakotherapie
- Therapeutische Lokalanästhesie
- Psychosomatische Grundversorgung
- Stimulationstechniken
- Koordination und Einleitung von psycho- und physiotherapeutischen Maßnahmen

Gemäß § 6 Abs. 2 werden folgende therapeutische Maßnahmen eingeleitet und koordiniert:

*Hinweis: Mindestens 3 dieser Maßnahmen bzw. Verfahren sind von der Einrichtung selbst vorzuhalten. (Die nicht vorgehaltenen fakultativen Maßnahmen bzw. Verfahren sind in Kooperation mit anderen Vertragsärzten zu erbringen, die nachfolgend zu benennen sind.):*

	wird in der Einrichtung durchgeführt		Kooperationspartner - vertragsärztlich tätig
	ja	nein	(bitte benennen)
Entzugsbehandlung bei Medikamentenabhängigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Manuelle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ _____
Physikalische Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Therapeutische Leitungs-, Plexus- und rückenmarksnahe Anästhesien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ _____
Sympathikusblockaden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rückenmarksnahe Opioidapplikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Denervationsverfahren und/oder augmentative Verfahren (z. B. Neurolyse, zentrale Stimulation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Übende Verfahren (z. B. Autogenes Training) *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hypnose *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ernährungsberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Minimal-invasive Interventionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Operative Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

*Hinweis:*

Für die Durchführung der \*) gekennzeichneten Verfahren ist zusätzlich ein Antrag auf Ausführung und Abrechnung von psychotherapeutischen Leistungen zu stellen

- Tägliche interne Fallbesprechungen und wöchentliche interne Teamsitzungen sind gewährleistet.
- Die Anwendung schmerztherapeutischer Standards entsprechend Anlage 1 Punkt 6 der Schmerztherapie-Vereinbarung wird gewährleistet.
- Das in der Einrichtung eingesetzte Dokumentationsinstrumentarium ist beigelegt.

## 2 Anteil schmerztherapeutisch betreuter Patienten

Das Patientengut besteht ausschließlich bzw. weit überwiegend aus chronisch Schmerzkranken entsprechend der Definition der Präambel und aus § 1 Abs. 1 der Schmerztherapie-Vereinbarung.

- Es werden regelmäßig mindestens 150 chronisch schmerzkranken Patienten **je schmerztherapeutisch tätigem Arzt** im Quartal behandelt.
- Der Anteil der schmerztherapeutisch betreuten Patienten an der Gesamtzahl der Patienten beträgt mindestens 75 % **im Durchschnitt aller schmerztherapeutisch tätigen Ärzte.**

Hinweis: Die KV Sachsen behält sich eine Prüfung dieser Voraussetzungen vor. Gemäß den Bestimmungen des EBM erfolgt eine Begrenzung auf eine Höchstzahl von 300 Behandlungsfällen je Vertragsarzt und pro Quartal, vorbehaltlich einer Sonderregelung aus Gründen der Sicherstellung.

### 3 Erklärung des/der Antragstellers(in)

Entsprechend den Bestimmungen des EBM werden mindestens 30 Stunden schmerztherapeutische Fortbildung je Kalenderjahr absolviert

Die sich aus der Anerkennung als schmerztherapeutische Einrichtung ergebenden Verpflichtungen werden jährlich gegenüber der KV Sachsen nachgewiesen.

Es wird das Einverständnis dazu gegeben, dass die zur Prüfung nach der Schmerztherapie-Vereinbarung erforderlichen Unterlagen und Informationen von der KV Sachsen der Schmerztherapie-Kommission zur Verfügung gestellt werden können. Des Weiteren erklärt der Antragsteller sein Einverständnis, dass die zuständige Kommission der KV Sachsen nach § 12 Absatz 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung berechtigt ist, die apparativen und räumlichen Gegebenheiten in der Praxis zu prüfen.

Die Anforderungen des Medizinproduktegesetzes (MPG), der Medizinprodukte- Betreiberverordnung (MPBetreibV) sowie die zugehörigen einschlägigen Bestimmungen werden beachtet.

Zeugnisse und andere Qualifikationsnachweise sind im Original oder als beglaubigte Kopie beigelegt.

Dem Antragsteller ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung der beantragten genehmigungspflichtigen Leistungen erst nach Erteilung der Genehmigung rechtens ist. Die Genehmigung kann grundsätzlich nicht rückwirkend erteilt werden.



Stempel Antragsteller(in)

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Antragsteller(in)  
(siehe Seite 1 oben)

.....  
Ort, Datum      Unterschrift Leistungserbringer

.....  
Ort, Datum      Unterschrift Leistungserbringer

.....  
Ort, Datum      Unterschrift Leistungserbringer

.....  
Ort, Datum      Unterschrift Leistungserbringer

.....  
Ort, Datum      Unterschrift Leistungserbringer

.....  
Ort, Datum      Unterschrift Leistungserbringer

.....  
Ort, Datum      Unterschrift Leistungserbringer

.....  
Ort, Datum      Unterschrift Leistungserbringer

**Anlage 1**  
**Ergänzung zur interdisziplinären Zusammenarbeit mit folgenden Fachgebieten:**

<b>Fachgebiet</b>	<b>Name des Arztes</b>	<b>Anschrift</b>	<b>Qualifikation</b>
Anästhesiologie			
Neurologie			
Neurochirurgie			
Orthopädie/Chirurgie			
Psychiatrie			
Rheumatologie			
Interventionelle Radiologie			
Physiotherapie			