

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 zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten

**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.

- Schmerztherapeutische Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten {SMT1}

### Fachliche Befähigung nach § 4

- Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung für ein klinisches Fach

und

- Nachweis durch Zeugnisse folgender Voraussetzungen nach § 4 Abs. 1:

- standardisierte Schmerzanamnese einschließlich Auswertung von Fremdbefunden
- Schmerzanalyse einschließlich der gebietsbezogenen differentialdiagnostischen Abklärung der Schmerzerkrankheiten
- psychosomatische Diagnostik bei chronischen Schmerzpatienten
- Beratung und gemeinsame Festlegung der Therapieziele
- invasive und nicht invasive Methoden der Akutschmerztherapie
- Einsatz schmerztherapeutischer Verfahren
- Schmerzbewältigungstraining einschließlich Entspannungsverfahren
- Aufstellung eines inhaltlich und zeitlich gestuften Therapieplans einschließlich der zur Umsetzung des Therapieplanes erforderlichen interdisziplinären Koordination der Ärzte und sonstigen am Therapieplan zu beteiligenden Personen und Einrichtungen
- standardisierte Dokumentation des schmerztherapeutischen Behandlungsverlaufes
- medikamentöse Therapie über Kurzzeit, Langzeit und als Dauertherapie sowie in der terminalen Behandlungsphase
- spezifische Pharmakotherapie bei 100 Patienten
- multimodale Therapie in interdisziplinärer Zusammenarbeit bei 50 Patienten
- diagnostische u. therapeutische Lokal- u. Leitungsanästhesie bei 25 Patienten
- Stimulationstechniken (z. B. TENS) bei 25 Patienten
- spezifische Verfahren der manuellen Diagnostik und physikalischen Therapie bei 25 Patienten
- Teilnahme an einem von der Ärztekammer anerkannten interdisziplinären Kurs über Schmerztherapie von 80 Stunden Dauer

Zusätzlich für Fachgebiete mit konservativen Weiterbildungsinhalten:

- Entzugsbehandlung bei Medikamentenabhängigkeit bei 25 Patienten

Zusätzlich für Fachgebiete mit operativen Weiterbildungsinhalten:

- Denervationsverfahren und/oder augmentative Verfahren (z. B. Neurolyse, zentrale Stimulation) bei 25 Patienten

Zusätzlich für Fachgebiete mit konservativ-interventionellen Weiterbildungsinhalten:

- Plexus- und rückenmarksnahen Analgesien bei 50 Patienten
- davon 10 Sympathikusblockaden



und

- Teilnahme an einem Kolloquium vor der Schmerztherapie-Kommission der KVBW

oder

- Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie

und

- Nachweis durch Zeugnisse folgender Voraussetzungen nach § 4 Abs. 3:

- Ganztägige 12-monatige Tätigkeit in einer entsprechend qualifizierten und von der KV anerkannten Schmerzpraxis, Schmerzzambulanz oder einem Schmerzkrankenhaus. Die Tätigkeit kann auch in Teilzeit absolviert werden, wenn die Teilzeittätigkeit mindestens die Hälfte der wöchentlichen Arbeitszeit beträgt. Die Gesamtdauer verlängert sich entsprechend. (Tätigkeiten im Rahmen der Weiterbildung im Fachgebiet werden nicht anerkannt.)
- Regelmäßige Teilnahme - mindestens achtmal - an einer interdisziplinären Schmerzkonzferenz innerhalb von 12 Monaten vor Antragstellung
- Genehmigung zur Teilnahme an der psychosomatischen Grundversorgung

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



### Anforderungen an die schmerztherapeutische Versorgung nach § 5

- Ich verpflichte mich zu folgender schmerztherapeutischer Versorgung:

- zur umfassenden ärztlichen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (§ 5 Abs. 1)
- in der schmerztherapeutischen Einrichtung an vier Tagen pro Woche mindestens je 4 Stunden schmerztherapeutische Sprechstunden vorzuhalten, in denen ausschließlich Patienten mit chronischen Schmerzkrankheiten behandelt werden (§ 5 Abs. 2)
- die ständige Rufbereitschaft während der Praxiszeiten zur Beratung der Schmerzpatienten zu gewährleisten
- den zuständigen Hausarzt der Patienten zeitnah über den Behandlungsverlauf, mindestens aber halbjährlich zu informieren
- zur konsiliarischen Beratung den gemäß § 6 Abs. 2 kooperierenden Ärzten zur Verfügung zu stehen.
- mindestens achtmal im Jahr an einer interdisziplinären Schmerzkonzferenz teilzunehmen (§ 5 Abs. 3)
- den Nachweis zu erbringen, dass in der Praxis überwiegend schmerzkranker Patienten gemäß § 1 Abs. 1 behandelt werden (§ 5 Abs. 4)
- zur Vorlage der jährlichen Nachweise gem. Abs. 3 + 4 (§ 5 Abs. 5)
- zu prüfen, ob der Patient von einer psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Mitbehandlung profitiert, wenn es beim Verlauf der schmerztherapeutischen Behandlung nach sechs Monaten zu keiner nachweisbaren Verbesserung der Beschwerdesymptomatik kommt
- der Kassenärztlichen Vereinigung nach Aufforderung diejenigen Patienten zu benennen, die sich über den Zeitraum von zwei Jahren hinaus in schmerztherapeutischer Behandlung befinden, da nach Vorgaben der Vereinbarung die Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten (mit Ausnahme von Malignompatienten) einen Zeitraum von zwei Jahren nicht überschreiten soll (§ 5 Abs. 6)

## Vorzuhaltende schmerztherapeutische Behandlungsverfahren nach § 6

Ich verpflichte mich zum Einsatz der nachfolgenden schmerztherapeutischen Behandlungsverfahren. Diese Behandlungsverfahren müssen von mir selbst erbracht und können nicht delegiert werden:

- Pharmakotherapie
- Therapeutische Lokalanästhesie
- Psychosomatische Grundversorgung gemäß der Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung)
- Stimulationstechniken (z.B. TENS)
- Koordination und Einleitung von psycho- und physiotherapeutischen Maßnahmen

Mindestens drei der nachstehenden Behandlungsverfahren werden vorgehalten. Nicht vorgehaltene Behandlungsverfahren müssen in Kooperation mit anderen Vertragsärzten erfolgen:



Behandlungsverfahren wird selbst durchgeführt?	Falls nein, bitte Namen und Ort des Kooperationspartners angeben:
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 <small>(* Zusätzliche Qualifikationsnachweise erforderlich!)</small>	
Hypnose <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <small>(* Zusätzliche Qualifikationsnachweise erforderlich!)</small>	
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	
--	--

ja  nein

## Anforderung an die Dokumentation und an die Überprüfung nach § 7 und § 8

- Ich verpflichte mich die Behandlungsfälle standardisiert zu dokumentieren (§ 7) und die Dokumentationen zur Überprüfung der Kassenärztlichen Vereinigung auf Verlangen vorzulegen (§ 8).

## Räumliche und apparative Voraussetzungen nach § 9

Folgende räumliche und apparative Voraussetzungen werden erfüllt:

### Räumliche Voraussetzungen

- rollstuhlgeeignete Praxis
- Überwachungs- und Liegeplätze

### Apparative Voraussetzungen

- Reanimationseinheit einschließlich Defibrillator
- EKG und Pulsmonitoring an jedem Behandlungsplatz, an dem invasive Verfahren durchgeführt werden



## 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

