

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

E-Mail: [qualitaetsicherung-genehmigung@kvbawue.de](mailto:qualitaetsicherung-genehmigung@kvbawue.de) oder [qs-genehmigung@kvbw.kim.telematik](mailto:qs-genehmigung@kvbw.kim.telematik)

# 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

Bitte Zutreffendes nach 1. oder 2. ankreuzen

#### 1. Mit Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ auf der Grundlage der Weiterbildungsordnung der LÄK Baden-Württemberg 2020 bzw. (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018

- Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung für ein klinisches Fach mit unmittelbarem Patientenbezug

und

- Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“

und



- Nachweis der regelmäßigen Teilnahme – mindestens achtmal – an einer interdisziplinären Schmerzkonferenz innerhalb von 12 Monaten vor Antragstellung

und

- Genehmigung zur Teilnahme an der psychosomatischen Grundversorgung

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

#### 2. Mit Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ auf der Grundlage einer früheren Weiterbildungsordnung

- Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung für ein klinisches Fach mit unmittelbarem Patientenbezug

und

- Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“

und

- Nachweis durch Zeugnisse folgender Erfahrungen und Fertigkeiten (§ 4 Abs. 1 Nr. 3):

- Erhebung einer bio-psycho-sozialen Schmerzanamnese bei 100 Patienten
- Anwendung standardisierter und validierter Testverfahren und Fragebögen zur Schmerzanalyse und differentialdiagnostischen Abklärung der Schmerzkrankheiten einschließlich Detektion von Risikofaktoren für Schmerzchronifizierung bei 100 Patienten
- Vollständige körperliche Untersuchung und Funktionsstatus bei 100 Patienten

- Aufstellung eines inhaltlichen und zeitlich gestuften multimodalen Therapieplanes einschließlich der zur Umsetzung erforderlichen interdisziplinären, interprofessionellen und sozialmedizinischen Koordination bei 100 Patienten
- Initiierung, Modifizierung und / oder Beendigung medikamentöser Kurzzeit-, Langzeit- und Dauertherapie bei 100 Patienten

**und**

- Nachweis der regelmäßigen Teilnahme – mindestens achtmal – an einer interdisziplinären Schmerzkonferenz innerhalb von 12 Monaten vor Antragstellung

**und**

- 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 Schmerzkonferenz teilzunehmen (§ 5 Abs. 3)
- den Nachweis zu erbringen, dass in der Praxis überwiegend schmerzkranke 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	
Invasive Verfahren (z. B. Leistungsanalgesie, rückenmarksnahe Verfahren, Sympathikusblockaden) <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Anwendung von Capsaicin 8 % als Schmerzpflaster <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Einstellung und Befüllung von implantierten Medikamentenpumpen <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Übende Verfahren (z. B. Progressive Muskelrelaxation, 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	
Entzugsbehandlung bei Medikamentenabhängigkeit <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Komplementäre Verfahren (z. B. Akupunktur) <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> 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

Die Klammer {} beinhaltet einen internen Code

---

Unterschrift

