



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich Qualitätssicherung
Postfach 60 08 61
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts
Geschäftsbereich
Qualitätssicherung und Sicherstellung

**Antrag auf Anerkennung als schmerztherapeutische Einrichtung nach Anlage I
der QS-Vereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung
chronisch schmerzkranker Patienten gemäß § 135 Abs. 2 SGB V**

I. Angaben zur Person/zur Tätigkeit:

Name: _____ Vorname: _____

LANR: _____

FA für: _____

Praxisanschrift: _____

Tätigkeit in/als:

Eigener Niederlassung

Ermächtigter Arzt am KH

Angestellter Arzt in einer Einr./im MVZ

Angestellter Arzt in einer Arztpraxis

bei: _____

Die beantragten Leistungen werden in folgender/en Betriebs-/Nebenbetriebsstätte/n erbracht
(ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als zwei Betriebsstätten):

Angabe nur erforderlich, wenn abweichend von der Praxisanschrift

1. _____

(Adresse)

2. _____

(Adresse)

II. Anforderungen für die Anerkennung

Bitte Zutreffendes
ankreuzen

1. Ich nehme als Leiter der Einrichtung persönlich an der Schmerztherapie-Vereinbarung teil.
- oder
2. Ich erfülle die Voraussetzungen zur Teilnahme an der Schmerztherapie-Vereinbarung.

3. Die kontinuierliche interdisziplinäre Zusammenarbeit mit folgenden Fachdisziplinen ist gewährleistet:

(Sind diese Fachdisziplinen nicht in der Einrichtung beschäftigt, sind die Kooperationspartner unter Angabe von Name, Anschrift und Qualifikation zu benennen)

Anästhesiologie _____

Neurologie _____

Neurochirurgie _____

Orthopädie/Chirurgie _____

Psychiatrie _____

Rheumatologie _____

Int. Radiologie _____

Physiotherapeuten _____

4. Das Patientengut besteht ausschließlich oder überwiegend aus chronisch Schmerzkranken entsprechend der Definition der Präambel und des § 1 Abs. 1 der Schmerztherapie-Vereinbarung.
5. Es werden regelmäßig mindestens 150 chronisch schmerzkranken Patienten im Quartal behandelt.
Die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg ist berechtigt, entsprechende Diagnosen- und Leistungsstatistiken anzufordern.
6. Es werden an mindestens 4 Tagen pro Woche jeweils mindestens 4 Stunden ausschließlich chronische Schmerzpatienten betreut.
7. Das Behandlungsspektrum umfasst die wichtigsten Schmerzkrankheiten wie:
- | | | Anz. Pat./Quart. |
|--|--------------------------|------------------|
| - chronische muskuloskelettale Schmerzen | <input type="checkbox"/> | _____ |
| - chronische Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> | _____ |
| - Gesichtsschmerzen | <input type="checkbox"/> | _____ |
| - Ischämieschmerzen | <input type="checkbox"/> | _____ |
| - Medikamenteninduzierte Schmerzen | <input type="checkbox"/> | _____ |
| - Neuropathische Schmerzen | <input type="checkbox"/> | _____ |
| - Sympathische Reflexdystrophien | <input type="checkbox"/> | _____ |
| - Somatoforme Schmerzstörungen | <input type="checkbox"/> | _____ |
| - Tumorschmerzen | <input type="checkbox"/> | _____ |
- Bei den v. g. Patienten wurden die unter Pkt. 6 der Anlage 1 schmerztherapeutischen Standards angewandt.
8. Es werden mindestens zwölfmal im Jahr auch nach außen offene, interdisziplinäre Schmerzkonferenzen mit Patientenvorstellung durchgeführt.
9. Die Einrichtung stellt sicher, dass eingehende Kenntnisse und Erfahrungen bzgl. der in § 6 der Qualitätssicherungsvereinbarung genannten Behandlungsverfahren erworben werden können:
10. Obligate schmerztherapeutischen Behandlungsverfahren:
- Pharmakotherapie
 - Therapeutische Lokalanästhesien
 - Psychosomatische Grundversorgung gemäß der Psychotherapie-Vereinbarung
 - Stimulationstechniken (z.B. TENS)
 - Koordination und Einleitung von psycho- und physiotherapeutischen Maßnahmen

11. Fakultative schmerztherapeutische Behandlungsverfahren:

wird selbst vorgehalten

	ja	nein	Kooperationspartner
Manuelle Untersuchungs- und Behandlungs- Verfahren			_____
Physikalische Therapie			_____
Invasive Verfahren (z. B. Leitungsanalgesie, rückenmarksnahe Verfahren, Sympatikussblockade)			_____
Anwendung von Capsaicin 8% als Schmerzpflaster			_____
Einstellung und Befüllung von implantierten Medikamentenpumpen			_____
Übende Verfahren (z. B. Progressive Muskelrelaxation, Autogenes Training)			_____
Hypnose			_____
Ernährungsberatung			_____
Entzugsbehandlung bei Medikamenten- abhängigkeit			_____
Komplementäre Verfahren (z. B. Akupunktur)			_____

Die schmerztherapeutische Einrichtung hat mindestens 3 dieser fakultativen schmerztherapeutischen Behandlungsverfahren selbst vorzuhalten, die übrigen Verfahren sind im Konsiliardienst sicherzustellen.

12. In der schmerztherapeutischen Einrichtung werden tägliche interne Fallbesprechungen und wöchentliche interne Teamsitzungen gewährleistet.
13. In der schmerztherapeutischen Einrichtung wird die Anwendung der unter Pkt. 6 der Anlage 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung genannten Standards sichergestellt.

In der schmerztherapeutischen Einrichtung wird folgendes Dokumentationsinstrumentarium verwendet:

III. Erklärung

1. Ich habe bereits eine Abrechnungsgenehmigung der KV
am erhalten.
Eine Durchschrift/Fotokopie dieser Genehmigung liegt bei.
2. Ich erkläre mein Einverständnis, dass gemäß § 10 Abs. 3 der Qualitätssicherungs-
Vereinbarung die Qualitätssicherungskommission Schmerztherapie der KVBB
meine Abrechnungsunterlagen und die organisatorischen Gegebenheiten in
der Arztpraxis daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der
Qualitätssicherungs-Vereinbarung entsprechen.

Datum

Stempel/Unterschrift des
Antragstellers

Im Falle der Anstellung:
Stempel/Unterschrift Ärztl. Leiter der
Einrichtung/MVZ bzw. Unterschrift
des Praxisinhabers

Hinweis:

Die beantragten Leistungen dürfen erst mit erteilter Genehmigung durchgeführt werden.
Die Genehmigung kann nicht nachträglich mit Wirkung für die Vergangenheit, also mit
Rückwirkung, erteilt werden.

Bei Nachfragen zum Antrag können Sie uns unter folgender E-Mail-Adresse kontaktieren:
qs@kvbb.de