



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 Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie
gemäß § 135 Abs. 2 SGB V i.d.F. vom 01.10.2023

I. Angaben zur Person / zur Tätigkeit:

Name: _____

Vorname: _____

LANR: _____

FA für: _____

Praxisanschrift: _____

Tätigkeit in / als:

Eigener Niederlassung

Ermächtigung

Angestellter Arzt in einer Einr. / im MVZ

Angestellter Arzt in einer Arztpraxis

bei: _____

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. Fachliche Voraussetzungen gem. § 4 der Qualitätssicherungsvereinbarung

1. Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung für ein klinisches Fach mit unmittelbarem Patientenbezug
2. Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“
(ist die Zusatzbezeichnung älter als 48 Monate, bitte Anlage 1 ausfüllen; in diesem Fall ist ein Kolloquium erforderlich)
3. Nachweis folgender Erfahrungen und Fertigkeiten
 - a) Erhebung einer bio-psychosozialen Schmerzanamnese bei 100 Patienten
 - b) Anwendung standardisierter und validierter Testverfahren und Fragebögen zur Schmerzanalyse und differentialdiagnostischen Abklärung der Schmerzkrankheiten einschließlich Detektion von Risikofaktoren für Schmerzchronifizierung bei 100 Patienten
 - c) Vollständige körperliche Untersuchung und Funktionsstatus bei 100 Patienten
 - d) Aufstellung eines inhaltlichen und zeitlich gestuften multimodalen Therapieplanes einschl. der zur Umsetzung erforderlichen interdisziplinären, interprofessionellen und sozialmedizinischen Koordination bei 100 Patienten
 - e) Initiierung, Modifizierung und/oder Beendigung medikamentöser Kurz-Zeit-, Langzeit- und Dauertherapie bei 100 Patienten
4. Teilnahme an einem von der Ärztekammer anerkannten interdisziplinären Kurs über Schmerztherapie von 80 Std. Dauer

Hinweis:

Die unter Pkt. 1 geforderte Anzahl von Untersuchungen und Behandlungen muss selbstständig und unter der Anleitung eines Arztes, welcher die Voraussetzungen zur Erlangung der Weiterbildungsbefugnis nach dem Weiterbildungsrecht der Ärztekammern für die Zusatzweiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“ erfüllt, absolviert werden.

Zusätzlich sind folgende Nachweise gem. § 4 einzureichen:

1. Ganztägige 12-monatige Tätigkeit in einer entsprechend qualifizierten Schmerzpraxis, Schmerzambulanz oder einem Schmerzkrankenhaus
(bei einer Tätigkeit in Teilzeit verlängert sich die Gesamtdauer entsprechend; max. 24 Monate)
2. Regelmäßige Teilnahme – mindestens achtmal – an einer interdisziplinären Schmerzkonferenz (innerhalb von 12 Monaten vor Antragstellung)
3. Genehmigung zur Teilnahme an der psychosomatischen Grundversorgung

III. Anforderungen an den schmerztherapeutisch tätigen Arzt

Ich erkläre, dass ich die in § 5 der Qualitätssicherungsvereinbarung genannten Anforderungen erfülle.

IV. Schmerztherapeutische Behandlungsverfahren

Ich verpflichte mich, die in § 6 Abs. 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung obligaten schmerztherapeutischen Behandlungsverfahren einzusetzen:

Ich erkläre, dass ich die Einleitung und Koordination der nachstehenden flankierenden therapeutischen Maßnahmen bzw. deren Durchführung jeweils indikationsbezogen gewährleiste:

wird selbst vorgehalten	Ja	Nein	Kooperationspartner
Manuelle Untersuchungs- und Behandlungs-Verfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Physikalische Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Invasive Verfahren (z.B. Leitungsanalgesie, rückenmarksnahe Verfahren, Sympathikus-blockaden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Anwendung von Capsaicin 8% als Schmerzpflaster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Einstellung und Befüllung von implantierten Medikamentenpumpen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Übende Verfahren (z.B. Progressive Muskel-relaxation, Autogenes Training)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hypnose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ernährungsberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Entzugsbehandlung bei Medikamenten-abhängigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Komplementäre Verfahren (z.B. Akupunktur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Hinweis: Der Arzt muss mindestens drei dieser Behandlungsverfahren selbst vorhalten.

Entsprechend § 7 der Qualitätssicherungsvereinbarung verpflichte ich mich, jeden Behandlungsfall - einschließlich Schmerzanamnese und Behandlungsverlauf - mit den unter Abs. 1 aufgeführten Angaben standardisiert zu dokumentieren.

V. Räumliche und apparative Voraussetzungen

Ich erkläre, dass ich die in § 9 genannten räumlichen und apparativen Voraussetzungen erfülle.

VI. Erklärung

Ich habe bereits eine Abrechnungsgenehmigung der KV _____ am _____ erhalten. Eine Durchschrift/Fotokopie dieser Genehmigung liegt bei.

Ich erkläre mein Einverständnis, dass gemäß § 9 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.

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

Datum	Unterschrift des Antragstellers	Im Falle der Anstellung: Unterschrift Ärztl. Leiter der Einrich- tung/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.

**Anlage 1 zum Antrag
auf Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung
Schmerztherapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V**

Name Vorname.....

Nr.	Pat-Nr.	Patient (Initial)	Geb.-Dat.	Diagnose (ICD-Code)			Chronifizierungsindex	Behandlungsdauer	Krankheitsdauer
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									

Hinweis:

Bitte ausfüllen, wenn die Zusatzbezeichnung älter als 48 Monate ist. Die KVBB wird von 5 Patienten die ausführlichen Behandlungsverläufe zur Prüfung durch die Qualitätssicherungskommission Schmerztherapie anfordern.

Beachten Sie hierzu die Hinweise auf dem Merkblatt zur schmerztherapeutischen Dokumentation.