



**KVBB**

Kassenärztliche Vereinigung  
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg  
Fachbereich Qualitätssicherung  
Postfach 60 08 61  
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Geschäftsbereich 4  
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.

Im Falle einer Genehmigung bin ich  einverstanden  
 nicht einverstanden

dass mein Name an Kollegen bzw. Institutionen weitergegeben wird.

\_\_\_\_\_  
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**