

A n t r a g
auf Anerkennung als schmerztherapeutische Einrichtung nach Anlage I
der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung
chronisch schmerzkranker Patienten gemäß § 135 Abs. 2 SGB V
(Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie (im Folgenden: QSVSchmth))

Die Anerkennung als schmerztherapeutische Einrichtung gemäß § 4 Abs. 3 Nr. 1 der QSVSchmth wird beantragt im Rahmen der Schmerzpraxis als niedergelassener Vertragsarzt oder einer persönlichen Ermächtigung am Krankenhaus oder als ärztlicher Leistungserbringer in einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ):

Dr. med.

Privatanschrift **Praxis- bzw. Krankenhausanschrift** oder
MVZ-anschrift

Straße:

PLZ/ Ort:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Facharzt für:

durch die Ärztekammer des Landes:

Praxisübernahme von:

Aufnahme der Tätigkeit geplant ab:

bitte ankreuzen

Als Leistungserbringer im MVZ tätig ja nein
(Name des MVZ)

Antragstellung im Rahmen einer Institutsermächtigung als Schmerzlinik, -abteilung oder -ambulanz:

Dr. med.
(Name des an diesem Institut qualifizierten Arztes)

Name des Institutes:

Straße:

PLZ/ Ort:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Instituts-Nummer (von der KVHB vergeben)

Facharzt für:

durch die Ärztekammer des Landes:

Wichtiger Hinweis:

Bitte füllen Sie das Antragsformular vollständig aus. Fügen Sie diesem Antrag alle Unterlagen bei (z.B. Zeugnisse, Bescheinigungen, Zertifikate, Facharztanerkennung...), die nach der QSVSchmth unbedingt vorzulegen sind. Die Schmerztherapie Kommission kann erst nach Vorlage aller Unterlagen eine Empfehlung an den Verwaltungsstellenleiter abgeben.

Anforderungen für die Anerkennung

bitte ankreuzen

1a. Ich nehme als Leiter der Einrichtung persönlich an der QSVSchmth teil.

oder

1b. Ich beantrage die Anerkennung als schmerztherapeutische Einrichtung **und** die Genehmigung zur Teilnahme an der QSVSchmth. Zum Nachweis der fachlichen Voraussetzungen habe ich zusätzlich das Antragsformular für die Erteilung der Genehmigung ausgefüllt und beigefügt.

oder

1c. Ich beantrage **nur** die Anerkennung als schmerztherapeutische Einrichtung und erfülle die Voraussetzungen für die Teilnahme an der QSVSchmth. Ich erfülle die nachstehenden Voraussetzungen und habe entsprechende Nachweise/Bescheinigungen beigefügt.

- Zum Nachweis der fachlichen Befähigung nach § 4 Abs. 1 in Verbindung mit § 10 der QSVSchmth habe ich ein differenziertes Zeugnis/Bescheinigung beigefügt.

Hinweis:

Das Zeugnis muss von einem Arzt unterzeichnet sein, der die Voraussetzungen zur Erlangung der Weiterbildungsbefugnis nach dem Weiterbildungsrecht der Ärztekammer für die Zusatz-Weiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“ (§ 4 Abs. 2 QSVSchmth) erfüllt.

und zusätzlich

- weise ich eine **ganztägige 12monatige Tätigkeit** (§ 4 Abs. 3 QSVSchmth) in einer von der jeweils zuständigen KV anerkannten qualifizierten Schmerzpraxis, Schmerzambulanz oder einem Schmerzkrankenhaus nach.

Hinweis:

Tätigkeiten im Rahmen der Weiterbildung im Fachgebiet werden nicht anerkannt.

und

- Die Bescheinigung über die Teilnahme an einem von der Ärztekammer
Anerkannten interdisziplinären Kurs über Schmerztherapie von 80 Stunden
Dauer (§ 4 Abs. 1 Nr. 12) füge ich bei.

und

- Zum Nachweis der regelmäßigen Teilnahme - mindestens achtmal - an einer
interdisziplinären Schmerzkonferenz innerhalb von 12 Monaten vor Antragstellung
(§ 4 Abs. 3 Nr. 2 QSVSchmth) füge ich Bescheinigungen bei.

und

- Ich verfüge über die Genehmigung zur Teilnahme an der psychosomatischen
Grundversorgung nach der Psychotherapie-Vereinbarung (Anlage 1 BMVÄ/ EKV)

Die Angaben zu den nachfolgenden Punkten gelten für alle Antragsteller

2. Mit den nachfolgend genannten Fachdisziplinen wird eine kontinuierliche
interdisziplinäre Zusammenarbeit nachgewiesen:

	Die kooperierende Fachdisziplin befindet sich in der Einrichtung bitte ankreuzen	Für die in der Einrichtung nicht beschäftigten Kooperations- partner ist der Name und die Anschrift anzugeben
Anästhesiologie	<input type="checkbox"/>	Name:..... Anschrift:.....
Neurologie	<input type="checkbox"/>	Name: Anschrift:
Neurochirurgie	<input type="checkbox"/>	Name: Anschrift:
Orthopädie	<input type="checkbox"/>	Name: Anschrift:.....
Chirurgie	<input type="checkbox"/>	Name: Anschrift:
Psychiatrie	<input type="checkbox"/>	Name: Anschrift:
Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	Name: Anschrift:
Interventionelle Radiologie	<input type="checkbox"/>	Name: Anschrift:
Physiotherapeuten	<input type="checkbox"/>	Name: Anschrift:

3. Das Patientengut besteht ausschließlich bzw. weit überwiegend aus chronisch Schmerzkranken entsprechend der Definition der Präambel und des § 1 Abs. 1 der QSVSchmth.

Hinweis:

Es müssen regelmäßig **mindestens 150** chronisch schmerzkranken Patienten im Quartal behandelt werden.

(Die Kassenärztliche Vereinigung kann entsprechende Diagnose- und Leistungsstatistiken anfordern.)

- Es werden an **mindestens 4 Tagen** pro Woche jeweils **mindestens 4 Stunden** ausschließlich chronische Schmerzpatienten betreut.

Das Behandlungsspektrum umfasst die wichtigsten Schmerzkrankheiten wie:

- chronisch muskuloskelettale Schmerzen
- chronische Kopfschmerzen
- Gesichtsschmerzen
- Ischämieschmerzen
- medikamenteninduzierte Schmerzen
- neuropathische Schmerzen
- sympathische Reflexdystrophien
- somatoforme Schmerzstörungen
- Tumorschmerzen

4. Es werden mindestens **12mal** im Jahr nach außen offene, interdisziplinäre Schmerzkonferenzen mit Patientenvorstellung durchgeführt.

- Das Thema, die Teilnehmer werden dokumentiert und die Patienten persönlich vorgestellt.
- Der Ort, die Daten und die Uhrzeit dieser Konferenzen stehen fest.
- Die Teilnehmer unterliegen der Schweigepflicht.

5. Es ist sichergestellt, dass eingehende Kenntnisse und Erfahrungen in den in § 6 der QSVSchmth genannten Behandlungsverfahren vermittelt werden können.

Die unter § 6 Abs. 1 genannten Verfahren werden **vollständig sowie zusätzlich mindestens 3** der unter § 6 Abs. 2 der Vereinbarung genannten Verfahren vorgehalten. Die übrigen Verfahren werden im Konsiliardienst sichergestellt.

Es ist gewährleistet, dass täglich interne Fallbesprechungen und wöchentliche interne Teamsitzungen stattfinden.

6. In der Einrichtung ist die Anwendung der nachfolgend genannten schmerztherapeutischen Standards sichergestellt.

- Erhebung einer standardisierten Schmerzanamnese einschließlich Sichtung und Wertung aller verfügbaren Vorbefunde, funktionelle Betrachtung der Röntgenbilder
- eingehende körperliche (mit Einschluss neurologisch-orthopädischfunktioneller) Untersuchung und eingehende psychosoziale und psychiatrische Exploration
- Durchführung einer Schmerzanalyse
- Feststellung des Chronifizierungsstadiums (nach Gerbershagen - Mainzer Staging)
- differentialdiagnostische Abklärung der Schmerzkrankheit
- eingehende Beratung des Patienten
- gemeinsame Festlegung der Therapieziele
- Aufstellung eines zeitlich und inhaltlich gestuften Therapieplanes (einschließlich der zu dessen Umsetzung erforderlichen interdisziplinären Koordination der Ärzte und komplementären Berufe)
- Einsatz schmerztherapeutischer Behandlungsverfahren
- standardisierte Dokumentation mit Angaben zur psychosomatischen Auswirkung und Kontrolle des Verlaufs

Das in der Einrichtung eingesetzte Dokumentationsinstrumentarium ist diesem Antrag beigefügt.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Stempel und Unterschrift)