



Antrag
auf Anerkennung als schmerztherapeutische Einrichtung nach Anlage
der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen
Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gemäß
§ 135 Abs. 2 SGB V
(Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie (im Folgenden: QSVSchmth))

WICHTIGE HINWEISE ZUM ANTRAG

- Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragten Leistungen erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, zu dem Ihnen die Genehmigung erteilt worden ist.
- Bitte helfen Sie uns, Ihren Antrag zügig zu bearbeiten, indem Sie den Antrag vollständig ausfüllen und sämtliche geforderten Unterlagen beilegen. Vielen Dank.

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 _____ (Name des MVZ) tätig ja nein

Antragstellung im Rahmen einer Institutsermächtigung als Schmerzklinik, -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 beigelegt.

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

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
Kooperationspartner ist der Name und die Anschrift
anzugeben

Anästhesiologie Name: _____

Anschrift: _____

Neurologie Name: _____

Anschrift: _____

Neurochirurgie Name: _____

Anschrift: _____

Orthopädie Name: _____

Anschrift: _____

Chirurgie Name: _____

Anschrift: _____

Psychiatrie Name: _____

Anschrift: _____

Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	Name: _____ Anschrift: _____
Interventionelle Radiologie	<input type="checkbox"/>	Name: _____ Anschrift: _____
Physiotherapeuten	<input type="checkbox"/>	Name: _____ Anschrift: _____

bitte ankreuzen

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 Schmerzkonzferenzen 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.

bitte ankreuzen

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

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 Vereinbarung unbedingt vorzulegen sind.

Ich versichere die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift