

Abteilung Qualitätssicherung

Bismarckallee 1-6

23795 Bad Segeberg

☎ 04551/883 374

@ qualitaetssicherung@kvsh.de

Antrag auf Anerkennung als schmerztherapeutische Einrichtung gemäß § 4 Abs. 3 Nr. 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie (Anlage 1)

<p>Ich stelle den Antrag für mich <input type="checkbox"/></p> <p>Angaben des Antragstellers: (bitte immer ausfüllen)</p> <p>Vorname: <input type="text"/></p> <p>Zuname: <input type="text"/></p> <p>Praxisanschrift</p> <p>PLZ, Ort: <input type="text"/></p> <p>Straße: <input type="text"/></p> <p>LANR: <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>@ <input type="text"/></p>	<p>für meinen angestellten Arzt¹ <input type="checkbox"/></p> <p>Angaben zum angestellten Arzt, der die beantragten Leistungen durchführen soll:</p> <p>Vorname: <input type="text"/></p> <p>Zuname: <input type="text"/></p> <p>Privatanschrift</p> <p>PLZ, Ort: <input type="text"/></p> <p>Straße: <input type="text"/></p> <p>LANR: <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>@ <input type="text"/></p>
---	---

<p>Tätig in: Zulassung <input type="checkbox"/></p> <p>Anstellung <input type="checkbox"/></p> <p>Ermächtigung <input type="checkbox"/></p>	<p>ab dem: <input type="text"/></p>
--	-------------------------------------

<p>Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:</p>	
1. BSNR: <input type="text"/>	4. BSNR: <input type="text"/>
2. BSNR: <input type="text"/>	5. BSNR: <input type="text"/>
3. BSNR: <input type="text"/>	

¹ Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), ist hiermit selbstverständlich auch die weibliche Form gemeint („die Ärztin“).

Beantragte Leistungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	30704 EBM Schmerzpraxis (niedergelassener Vertragsarzt) Schmerzambulanz Schmerzabteilung am Allgemeinkrankenhaus Schmerzklinik
Fachliche Voraussetzungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Als Leiter dieser Einrichtung, nehme ich persönlich an der Schmerztherapievereinbarung teil. Die Voraussetzungen (Facharztanerkennung und Zeugnisse/Teilnahmebescheinigungen gemäß § 4 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie) für eine solche Teilnahme werden erfüllt.
Organisatorische Voraussetzungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Eine kontinuierliche, interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Fachdisziplinen ist wie folgt gewährleistet: <input type="checkbox"/> Anästhesiologie <input type="checkbox"/> in Kooperation mit Name: _____ Anschrift: _____ <input type="checkbox"/> Neurologie <input type="checkbox"/> in Kooperation mit Name: _____ Anschrift: _____ <input type="checkbox"/> Neurochirurgie <input type="checkbox"/> in Kooperation mit Name: _____ Anschrift: _____ <input type="checkbox"/> Orthopädie/Chirurgie <input type="checkbox"/> in Kooperation mit Name: _____ Anschrift: _____ <input type="checkbox"/> Psychiatrie <input type="checkbox"/> in Kooperation mit Name: _____ Anschrift: _____



Rheumatologie

in Kooperation mit

Name:

Anschrift:

Interventionelle Radiologie

in Kooperation mit

Name:

Anschrift:

Physiotherapie

in Kooperation mit

Name:

Anschrift:

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

Regelmäßig werden mindestens 150 chronisch schmerzkranken Patienten im Quartal behandelt.

An folgenden Tagen werden **schmerztherapeutische Sprechstunden** ausschließlich zur Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzen angeboten:

Wochentag	Stundenzahl

Das **Behandlungsspektrum** umfasst die wichtigsten Schmerzkrankheiten, wie:

chronisch muskuloskelettale Schmerzen

chronische Kopfschmerzen

Gesichtsschmerzen

Ischämieschmerzen

medikamenteninduzierte Schmerzen

neuropathische Schmerzen

sympathische Reflexdystrophien



	<input type="checkbox"/> somatofome Schmerzstörungen <input type="checkbox"/> Tumorschmerzen
	<p>Mindestens zwölfmal im Jahr (bei Einzelpraxen mindestens zehnmal im Jahr) werden nach außen offene, interdisziplinäre Schmerzkonzferenzen mit Patientenvorstellung durchgeführt.</p> <input type="checkbox"/> Thema und Teilnehmer sind dokumentiert. <input type="checkbox"/> Die Patienten werden persönlich vorgestellt. <input type="checkbox"/> Die Teilnehmer unterliegen der Schweigepflicht. <input type="checkbox"/> Ort, Datum und Uhrzeit dieser Konferenzen stehen fest.
	<input type="checkbox"/> Wir, die Einrichtung, stellen sicher, dass eingehende Kenntnisse und Erfahrungen in den in § 6 der Schmerztherapievereinbarung genannten Behandlungsverfahren erworben werden können.
	<p>In unserer Einrichtung werden folgende schmerztherapeutische Behandlungsverfahren selbst vorgehalten:</p> <input type="checkbox"/> Pharmakotherapie <input type="checkbox"/> Therapeutische Lokalanästhesie <input type="checkbox"/> Psychosomatische Grundversorgung gemäß der Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung <input type="checkbox"/> Stimulationstechniken (TENS) <input type="checkbox"/> Koordination und Einleitung von psycho- und physiotherapeutischen Maßnahmen
	<p>Die nachfolgenden Behandlungsverfahren werden selbst (mindestens 3) vorgehalten bzw. durch den Konsiliardienst sichergestellt:</p> <input type="checkbox"/> Manuelle Untersuchungs- und Behandlungsverfahren <input type="checkbox"/> in Kooperation mit Name: _____ Anschrift: _____ <input type="checkbox"/> Physikalische Therapie <input type="checkbox"/> in Kooperation mit Name: _____ Anschrift: _____ <input type="checkbox"/> Therapeutische Leitungs-, Plexus- und rückenmarksnahe Anästhesien <input type="checkbox"/> in Kooperation mit Name: _____ Anschrift: _____

Sympathikusblockaden

in Kooperation mit

Name:

Anschrift:

Rückenmarksnahe Opioidapplikation

in Kooperation mit

Name:

Anschrift:

Denervationsverfahren und/oder augmentative Verfahren (z. B. Neurolyse, zentrale Stimulation)

in Kooperation mit

Name:

Anschrift:

Übende Verfahren (z. B. Autogenes Training)

in Kooperation mit

Name:

Anschrift:

Hypnose

in Kooperation mit

Name:

Anschrift:

Ernährungsberatung

in Kooperation mit

Name:

Anschrift:

Minimal-invasive Intervention

in Kooperation mit

Name:

Anschrift:

Operative Therapie

in Kooperation mit

Name:

Anschrift:



	<input type="checkbox"/> Entzugsbehandlung bei Medikamentenabhängigkeit <input type="checkbox"/> in Kooperation mit Name: <input type="text"/> Anschrift: <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Täglich werden Fallbesprechungen durchgeführt. <input type="checkbox"/> Wöchentlich werden interne Teamsitzungen durchgeführt.
	<p>Die Anwendungen folgender schmerztherapeutischer Standards wird in unserer Einrichtung sichergestellt:</p> <input type="checkbox"/> Erhebung einer standardisierten Schmerzanamnese einschließlich Sichtung und Wertung aller verfügbaren Vorbefunde, funktionelle Betrachtung der Röntgenbilder <input type="checkbox"/> Eingehende körperliche (mit Einschluss neurologisch-orthopädisch-funktioneller) Untersuchung und eingehende psychosoziale und psychiatrische Exploration <input type="checkbox"/> Durchführung einer Schmerzanalyse <input type="checkbox"/> Feststellung des Chronifizierungsstadiums (nach Gerbershagen-Mainzer Staging) <input type="checkbox"/> Differentialdiagnostische Abklärung der Schmerzkrankheit <input type="checkbox"/> Eingehende Beratung des Patienten <input type="checkbox"/> Gemeinsame Festlegung der Therapieziele <input type="checkbox"/> Aufstellung eines zeitlich und inhaltlich gestuften Therapieplanes (einschließlich der zu dessen Umsetzung erforderlichen interdisziplinären Koordination der Ärzte und komplementären Berufe) <input type="checkbox"/> Einsatz schmerztherapeutischer Behandlungsverfahren <input type="checkbox"/> Standardisierte Dokumentation mit Angabe zur psychosomatischen Auswirkung und Kontrolle des Verlaufs
Allgemeine Hinweise	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Zeugnisse und Bescheinigungen können nur im Original oder als beglaubigte Fotokopie anerkannt werden. ☛ Die beantragten Leistungen dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden. Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich.
Hinweis zum Datenschutz	<p>Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung (Datenschutzhinweise) finden Sie unter www.kvsh.de. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.</p>

Einverständnis zum Datenschutz	<p>Hiermit gebe ich meine Zustimmung, dass die für die Antragsbearbeitung zuständigen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der KVSH folgende Unterlagen aus meiner Arztregisterakte und ggf. der derzeitigen Akte des Zulassungsausschusses einsehen und wenn notwendig zur Antragsbearbeitung heranziehen dürfen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☛ Urkunde der Facharztanerkennung ☛ Urkunde einer ggf. erworbenen Schwerpunktbezeichnung ☛ Urkunde einer ggf. erworbenen Zusatzbezeichnung ☛ Arbeitszeugnisse 	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
---------------------------------------	---	------------------------------------	--------------------------------------

Ich bestätige, die Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie zur Kenntnis genommen zu haben.

Ort, Datum

Praxisstempel

Unterschrift

Gilt nur bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis	
	_____ Unterschrift des ärztlichen Leiters des MVZ bzw. anstellenden Arztes der Praxis
	_____ bei GmbH Unterschrift des Geschäftsführers des MVZ
	_____ Unterschrift ausführender, angestellter Arzt

