

Abteilung Qualitätssicherung

Bismarckallee 1-6

23795 Bad Segeberg

☎ 04551/883 374

@ qualitaetssicherung@kvsh.de

Stand: Januar 2022

Name, Vorname: _____

(Name des Arztes, der die Leistungen erbringen soll)

Eintragsnummer der KVSH: _____

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

oder LANR: _____

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

Allgemeine Hinweise	Bitte beachten Sie, dass <ul style="list-style-type: none"> ▪ die Vollständigkeit des Antrages inkl. Nachweise – sofern diese nicht bereits vorliegen (z. B. im Arztregister) – Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und Genehmigungserteilung ist. ▪ Zeugnisse und Bescheinigungen nur im Original oder als beglaubigte Fotokopie anerkannt werden können. ▪ die beantragten Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden dürfen. ▪ eine rückwirkende Genehmigung grundsätzlich nicht möglich ist.
Leistungen	30704 EBM <input type="checkbox"/> Schmerzpraxis (niedergelassener Vertragsarzt) <input type="checkbox"/> Schmerzambulanz <input type="checkbox"/> Schmerzabteilung am Allgemeinkrankenhaus <input type="checkbox"/> Schmerzklinik
Betriebsstätten	Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt: (N)BSNR: _____
Fachliche Voraussetzungen	<input type="checkbox"/> Als Leiter dieser Einrichtung, nehme ich persönlich an der Schmerztherapievereinbarung teil. <input type="checkbox"/> Die Voraussetzungen (Facharztanerkennung und Zeugnisse/Teilnahmebescheinigungen gemäß § 4 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie) für eine solche Teilnahme werden erfüllt. -bitte beifügen-

Organisatorische Voraussetzungen

Eine kontinuierliche, interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Fachdisziplinen ist wie folgt gewährleistet:

Anästhesiologie
 in Kooperation mit
Name: _____
Anschrift: _____

Neurologie
 in Kooperation mit
Name: _____
Anschrift: _____

Neurochirurgie
 in Kooperation mit
Name: _____
Anschrift: _____

Orthopädie/Chirurgie
 in Kooperation mit
Name: _____
Anschrift: _____

Psychiatrie
 in Kooperation mit
Name: _____
Anschrift: _____

Rheumatologie
 in Kooperation mit
Name: _____
Anschrift: _____

Interventionelle Radiologie
 in Kooperation mit
Name: _____
Anschrift: _____

Physiotherapie
 in Kooperation mit
Name: _____
Anschrift: _____

Organisatorische Voraussetzungen	<input type="checkbox"/>	Das Patientengut besteht ausschließlich bzw. weit überwiegend aus chronisch Schmerzkranken entsprechend der Definition der Präambel und des § 1 Abs. 1 der Schmerztherapievereinbarung												
	<input type="checkbox"/>	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:													
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Wochentag</th> <th style="width: 50%;">Stundenzahl</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		Wochentag	Stundenzahl										
	Wochentag	Stundenzahl												
<p>Das Behandlungsspektrum umfasst die wichtigsten Schmerzkrankheiten, wie:</p> <input type="checkbox"/> chronisch muskuloskeletale 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"/> 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														

Organisatorische Voraussetzungen	<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
		Die nachfolgenden Behandlungsverfahren werden selbst (mindestens 3) vorgehalten bzw. durch den Konsiliardienst sichergestellt:
	<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: _____	
<input type="checkbox"/>	Sympathikusblockaden	
<input type="checkbox"/>	in Kooperation mit	
	Name: _____	
	Anschrift: _____	
<input type="checkbox"/>	Rückenmarksnahe Opioidapplikation	
<input type="checkbox"/>	in Kooperation mit	
	Name: _____	
	Anschrift: _____	
<input type="checkbox"/>	Denervationsverfahren und/oder augmentative Verfahren (z. B. Neurolyse, zentrale Stimulation)	
<input type="checkbox"/>	in Kooperation mit	
	Name: _____	
	Anschrift: _____	
<input type="checkbox"/>	Übende Verfahren (z. B. Autogenes Training)	
<input type="checkbox"/>	in Kooperation mit	
	Name: _____	
	Anschrift: _____	

Organisatorische Voraussetzungen	<input type="checkbox"/>	Hypnose
	<input type="checkbox"/>	in Kooperation mit
		Name: _____
		Anschrift: _____
	<input type="checkbox"/>	Ernährungsberatung
	<input type="checkbox"/>	in Kooperation mit
		Name: _____
		Anschrift: _____
	<input type="checkbox"/>	Minimal-invasive Intervention
	<input type="checkbox"/>	in Kooperation mit
	Name: _____	
	Anschrift: _____	
<input type="checkbox"/>	Operative Therapie	
<input type="checkbox"/>	in Kooperation mit	
	Name: _____	
	Anschrift: _____	
<input type="checkbox"/>	Entzugsbehandlung bei Medikamentenabhängigkeit	
<input type="checkbox"/>	in Kooperation mit	
	Name: _____	
	Anschrift: _____	
<input type="checkbox"/>	Täglich werden Fallbesprechungen durchgeführt.	
<input type="checkbox"/>	Wöchentlich werden interne Teamsitzungen durchgeführt.	
	Die Anwendungen folgender schmerztherapeutischer Standards wird in unserer Einrichtung sichergestellt:	
<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)	

Organisatorische Voraussetzungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Einsatz schmerztherapeutischer Behandlungsverfahren Standardisierte Dokumentation mit Angabe zur psychosomatischen Auswirkung und Kontrolle des Verlaufs	
Hinweis zum Datenschutz	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.		
Einverständnis zum Datenschutz	Hiermit gebe ich meine Zustimmung, dass die für die Antragsbearbeitung zuständigen Mitarbeiter der KVSH folgende Unterlagen aus meiner Arztregisterakte und ggf. der derzeitigen Akte des Zulassungsausschusses einsehen und wenn notwendig zur Antragsbearbeitung heranziehen dürfen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Urkunde der Facharztanerkennung ▪ Urkunde einer ggf. erworbenen Schwerpunktbezeichnung ▪ Urkunde einer ggf. erworbenen Zusatzbezeichnung ▪ Arbeitszeugnisse 	<input type="checkbox"/>	
Zustimmung	Ich bestätige, die Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie zur Kenntnis genommen zu haben.		<input type="checkbox"/>

Ort, Datum

Praxisstempel

Unterschrift

Gilt nur bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis:

Unterschrift bei MVZ oder Praxis
Ärztlicher Leiter bzw. anstellender Arzt

Unterschrift bei GmbH
Geschäftsführer des MVZ

Unterschrift
ausführender, angestellter Arzt