

Antrag

auf Anerkennung als **schmerztherapeutische Einrichtung nach Anlage I**
der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch
schmerzkranker Patienten gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

Der Antrag für angestellte Ärzte ist vom Arbeitgeber zu stellen!

(Anstellender Arzt der Einzelpraxis bzw. vom Geschäftsführer des MVZ/Krankenhauses/Institutes
bzw. vom Verantwortlichen der BAG)

Kreuzen Sie bitte Zutreffendes an und ergänzen fehlende Angaben in den markierten Feldern!

<p>Ich stelle den Antrag für mich</p> <p>Vor- und Zuname des Antragstellers bzw. Bezeichnung des MVZ /Krankenhauses /Institutes bzw. der BAG einschl. der Adresse (bitte immer ausfüllen)</p>	<p>Für den angestellten Arzt in der Einzelpraxis bzw. im MVZ bzw. im Krankenhaus/Institut bzw. in der BAG</p> <p>Vor- und Zuname des angestellten Arztes der die Leistungen ausführen soll</p>
Angaben zum Leistungsort	
<p>1. Die Leistung wird in den Räumen des Hauptstandortes (Praxis/MVZ) durchgeführt: und/oder</p> <p>2. Die Leistung wird in einer/mehreren Nebenbetriebsstätte/n durchgeführt:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ der Filiale▪ der überörtlichen Nebenbetriebsstätte <p>(Bitte um Angabe der genauen Bezeichnung und der Adresse der Nebenbetriebsstätte/n)</p> <p>1)</p> <p>2)</p> <p>und/oder</p> <p>3. Die Leistung wird in ausgelagerten Praxisräumen durchgeführt (Bitte um Angabe der genauen Adresse und Bezeichnung bei einem MVZ bzw. Krankenhaus)</p> <p>Bezeichnung:</p> <p>Anschrift:</p> <p>Telefon/Fax: E-Mail:</p> <p>BSNR (wenn bekannt):</p>	

Ausgelagerte Praxisräume zur Erbringung spezieller Untersuchungs- und Behandlungsmethoden müssen nach § 24 Abs. 5 Ärzte-ZV gegenüber auf dem Formular "Anzeige von ausgelagerten Praxisräumen" der KVWL angezeigt werden.

Ausgelagerte Praxisräume sind z.B. OP-Zentren, Räume eines Kollegen oder eines Krankenhauses oder andere (ggf. angemietete) Räumlichkeiten, die nicht zur eigenen Praxis/zum MVZ gehören. Die Erklärung muss für jeden in den ausgelagerten Praxisräumen tätigen Arzt abgegeben werden.

Die Anzeige von ausgelagerten Praxisräumen

- ist anliegend beigefügt
- liegt der KVWL bereits vor *(für den Arzt, der die beantragte Leistung ausführen soll)*

Fachliche und sonstige Anforderungen

- Die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten wurde bereits erteilt
- Ich beantrage die Genehmigung zeitgleich mit dem entsprechenden Formular
- Eine ausgefüllte vollständige Patientendokumentation ist beispielhaft beigefügt.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Mit den nachfolgend genannten Fachdisziplinen wird eine kontinuierliche interdisziplinäre Zusammenarbeit gewährleistet:

Fachdisziplin	Die kooperierende Fachdisziplin befindet sich in der Einrichtung Bitte ankreuzen	Die nicht in der Einrichtung beschäftigten Kooperationspartner sind anzugeben: Name und Anschrift
Anästhesie		
Neurologie		
Neurochirurgie		
Orthopädie		
Chirurgie		
Psychiatrie		
Rheumatologie		
Interventionelle Radiologie		
Physiotherapeuten		

Zukunftsorientierte Anforderung an den schmerztherapeutisch Einrichtung

Mir ist bekannt, dass ich nach Erhalt der Genehmigung verpflichtet bin,

Zutreffendes bitte ankreuzen

- ausschließlich bzw. weit überwiegend aus chronisch Schmerzkranken entsprechend der Definition der Präambel und des § 1 Abs. 1 der Schmerztherapievereinbarung zu behandeln,*
- an mindestens **vier** Tagen pro Woche an mindestens **vier** Stunden ausschließlich Schmerzpatienten zu betreuen,
- regelmäßig mindestens 150 chronischschmerzkranken Patienten im Quartal zu betreuen*,
- dass das Behandlungsspektrum die wichtigsten Schmerzkrankheiten umfassen muss, wie
 - chronisch muskuloskelettale Schmerzen
 - chronische Kopfschmerzen
 - Gesichtsschmerzen, Ischämieschmerzen
 - medikamenteninduzierte Schmerzen
 - neuropathische Schmerzen
 - sympathische Reflexdystrophien
 - somatoforme Schmerzstörungen
 - Tumorschmerzen
- mindestens 12mal im Jahr, bei Einzelpraxen mindestens 10mal im Jahr nach außen offene, interdisziplinäre Schmerzkonzferenzen mit Patientenvorstellung durchzuführen.
Thema und Teilnehmer werden dokumentiert und die Patienten persönlich vorgestellt Ort, Daten und Uhrzeit dieser Konferenzen stehen fest. Die Teilnehmer unterliegen der Schweigepflicht
- sicherzustellen, dass eingehende Kenntnisse und Erfahrungen in den in § 6 der QSV Schmerztherapie genannten Behandlungsverfahren vermittelt werden.
- die unter § 6 Abs. 1 genannten Verfahren vollständig sowie zusätzlich mindestens 3 der unter § 6 Abs. 2 der Schmerztherapie-Vereinbarung genannten Verfahren vorzuhalten und die übrigen Verfahren im Konsiliardienst sicherzustellen.
- zu gewährleisten, dass täglich interne Fallbesprechungen und wöchentliche interne Teamsitzungen stattfinden.
- die Anwendung schmerztherapeutischer Standards (Anlage I Nr. 6) sicherzustellen.
- jeden Behandlungsfall entsprechend den Vorgaben des § 7 der Vereinbarung, einschließlich Schmerzanamnese und Behandlungsverlauf, standardisiert zu dokumentieren und diese auf Verlangen der KV vorzulegen.

*Die Kassenärztliche Vereinigung kann entsprechende Diagnosen- und Leistungsstatistiken anfordern.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich,

mein Einverständnis zur Aufnahme meiner Daten (Name, Adresse, Telefonnummer) in die Liste „Weiterbildungsstätten Schmerztherapie“ zwecks Veröffentlichung auf den Internetseiten der KVWL.

Ort u. Datum

*Unterschrift des Antragstellers
(ggf. Vertragsarztstempel)*