

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Qualitätssicherung Team 1
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt

Schmerztherapie

Antrag auf Anerkennung als schmerztherapeutische Einrichtung nach Anlage I der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie

- Voraussetzung für die Abrechnung der GOP 30704 EBM -

Hinweis: In diesem Formular gelten grammatikalisch maskuline oder feminine Personenbezeichnungen jeweils gleichermaßen für Personen weiblichen und männlichen Geschlechts.

Bitte füllen Sie den Antrag möglichst vollständig und in Druckbuchstaben aus. Sie erleichtern uns damit die Antragsbearbeitung.

*Die mit * gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder. Diese Angaben helfen uns bei der Bearbeitung Ihres Antrags.*

Vielen Dank für Ihre Unterstützung! Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Qualitätssicherung
Team 1

Elena Schleinig
Merhawi Tewolde
Anna Sophie Zebi
Bianca Knaus
Tel 069 24741-7216
Fax 069 24741-68819
qs.fb1.9@kvhessen.de

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt
Postfach 15 02 04 | 60062 Frankfurt
www.kvhessen.de

Allgemeine Angaben

Persönliche Angaben

Name, Vorname*, Titel _____ LANR _____

Privatanschrift* _____

* _____  _____ * _____

Geburtsdatum*: _____ Datum der Approbation: _____

Angaben zur Tätigkeit

Beginn der beantragten Abrechnungsgenehmigung:

Ab dem Datum, zu dem die Antragsunterlagen vollständig bei der KV Hessen vorliegen. Eine rückwirkende Genehmigung kann nicht erteilt werden.

Zu einem späteren Datum _____

Art der Tätigkeit¹:

Vertragsarzt in Einzelpraxis Gemeinschaftspraxis MVZ Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

Angestellter Arzt

in Praxis/BAG _____ BSNR _____

Name des anstellenden Arztes

in MVZ _____ BSNR _____

Name des MVZ

Ermächtigter Arzt _____ BSNR _____

Name der Einrichtung

Instituts-
Ermächtigung _____ BSNR _____

Name des Instituts und des verantwortlichen Leiters

Sicherstellungs-
Assistent _____ BSNR _____

Name des anstellenden Arztes **oder** des anstellenden MVZ mit Angabe des zu vertretenden Arztes

Ort(e) der Tätigkeit²:

Anschrift Standort _____ BSNR _____

Anschrift Standort _____ BSNR _____

Anschrift Standort _____ BSNR _____

Bei weiteren Standorten bitte dem Antrag gesonderte Aufstellung als Anlage beifügen.

¹ Anträge genehmigungspflichtiger Leistungen für angestellte Ärzte sind auch vom anstellenden Arzt bzw. vom Leiter des MVZ zu unterschreiben.

² Der Eintrag der entsprechenden Betriebs- und Nebenbetriebsstättennummer ist für die Antragstellung nicht zwingend erforderlich. Wir weisen jedoch darauf hin, dass die Abrechnungsgenehmigung erst nach Erteilung der entsprechenden Betriebs- und/oder Nebenbetriebsstättennummer erfolgen kann.

Die Einrichtung muss von einer Ärztin / einem Arzt geleitet werden, die / der persönlich an der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie teilnimmt bzw. die Voraussetzungen für eine solche Teilnahme erfüllt.

Leiter(in) der Einrichtung *:

Name, Vorname: _____

Fachärztin/
Facharzt für: _____
(Bitte Facharzturkunde in Kopie beifügen, wenn nicht im Arztregister der KV Hessen eingetragen)

Schwerpunkt/
Zusatzbezeichnung: _____

- Genehmigung zur Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung liegt vor
- Noch keine Genehmigung zur Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie. Bitte übersenden Sie das entsprechende Antragsformular sowie die erforderlichen Nachweise (einfache Kopien, auch gerne per Mail).

Die Einrichtung / Praxis erfüllt folgende Voraussetzungen:

Die Einrichtung muss eine **kontinuierliche interdisziplinäre Zusammenarbeit (Kooperation)** verschiedener Fachdisziplinen sowie mit Physiotherapeuten und Psychotherapeuten nachweisen. Sofern diese in der Einrichtung nicht beschäftigt sind, sind die Kooperationspartner unter Angabe von Qualifikation, Name und Anschrift zu benennen.

- Eine entsprechende Vorlage finden Sie in der Anlage -

- Es werden täglich interne Fallbesprechungen und wöchentlich interne Teamsitzungen mit den in der Anlage genannten Kooperationspartnern durchgeführt.

Das Patientengut besteht aus ausschließlich bzw. weit überwiegend chronisch Schmerzkranken entsprechend der Definition der Präambel und des § 1 Abs. 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie. Es werden regelmäßig mindestens 150 chronisch schmerzkranken Patienten im Quartal behandelt. Es werden an mindestens 4 Tagen pro Woche jeweils mindestens 4 Stunden ausschließlich solche Schmerzpatienten betreut.

Der Anteil schmerztherapeutisch betreuter Patienten an der Gesamtzahl der Patienten beträgt mindestens 75%. Die Gesamtzahl der schmerztherapeutischen betreuten Patienten darf die Höchstzahl von 300 Behandlungsfällen nicht überschreiten (EBM Kapitel 30.7 Präambel Nr. 6).

Die Kassenärztliche Vereinigung kann entsprechende Diagnosen- und Leistungsstatistiken anfordern.

Das Behandlungsspektrum umfasst die wichtigsten Schmerzkrankheiten wie:

- chronische muskuloskelettale Schmerzen
- chronische Kopfschmerzen
- Gesichtsschmerzen
- Ischämieschmerzen
- medikamenteninduzierte Schmerzen
- Neuropathische Schmerzen
- Sympathische Reflexdystrophien
- Somatoforme Schmerzstörungen
- Tumorschmerzen

Es werden mindestens zwölfmal im Jahr, bei Einzelpraxen mindestens zehnmal im Jahr, nach außen offene, interdisziplinäre Schmerzkonferenzen mit Patientenvorstellung durchgeführt. Thema und Teilnehmer (auch vorgestellte Patienten mit Diagnosen und weiterem Vorgehen) werden dokumentiert, die Patienten werden persönlich vorgestellt. Die Teilnehmer unterliegen der Schweigepflicht, Ort, Daten und Uhrzeit dieser Konferenzen stehen fest.

- Es werden in der Einrichtung bereits jetzt schon jährlich 12 Schmerzkonferenzen durchgeführt
- Die Durchführung von mindestens jährlich 12 Schmerzkonferenzen erfolgt ab: _____
Bitte fügen Sie dem Antrag eine Übersicht der geplanten Schmerzkonferenzen mit Angabe von Ort, Datum, Ansprechpartner und Bekanntmachung (Veröffentlichung) der Veranstaltungen bei.

Die Einrichtung stellt sicher, dass eingehende Kenntnisse und Erfahrungen in den in § 6 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie genannten Behandlungsverfahren erworben werden können. Hierzu sind die unter § 6 Abs. 1 sowie zusätzlich mindestens 3 der unter § 6 Abs. 3 der Schmerztherapie-Vereinbarung genannten Verfahren selbst vorzuhalten. Die übrigen Verfahren sind im Konsiliardienst sicherzustellen.

- Tägliche interne Fallbesprechungen und wöchentlich interne Teamsitzungen sind gewährleistet.

Die Einrichtung hat die Anwendung schmerztherapeutischer Standards sicherzustellen. Hierzu gehören:

- Erhebung einer standardisierten Schmerzanamnese einschließlich Sichtung und Wertung aller verfügbaren Vorbefunde, funktionelle Betrachtung und Röntgenbilder
- eingehende körperliche (mit Einschluss neurologisch-orthopädisch-funktioneller) 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 Therapieplans (einschließlich der zu dessen Umsetzung erforderlichen interdisziplinären Koordination der Ärzte und komplementären Berufe)
- Einsatz schmerztherapeutischer Behandlungsverfahren
- Standardisierte Dokumentation mit Angabe zur psychosomatischen Auswirkung und Kontrolle des Verlaufs. Das in der Einrichtung **eingesetzte Dokumentationsinstrumentarium ist vorzulegen.**

Dokumentation (Abschnitt C § 7)

- Jeder Behandlungsfall wird gemäß § 7 Abs. 1 standardisiert dokumentiert. Die Dokumentation wird der Kassenärztlichen Vereinigung auf Verlangen vorgelegt (§ 7 Abs. 2).

Erklärungen

Hiermit verpflichte ich mich:

- **mindestens zwölf- bzw. zehnmal im Jahr** an einer interdisziplinären Schmerzkonferenz teilzunehmen,
- **mindestens 30 Stunden** schmerztherapeutische Fortbildung je Kalenderjahr nachzuweisen sowie
- überwiegend chronisch schmerzkranken Patienten gemäß § 1 Abs. 1 zu behandeln und dies gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung auf deren Verlangen nachzuweisen.
- Sämtliche der unter § 6 Abs. 1 und mindestens drei der in § 6 Abs. 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie genannten Verfahren eigenständig vorzuhalten.

Mir ist bekannt,

- dass das Behandlungsspektrum der Einrichtung die wichtigsten Schmerzkrankheiten gemäß der Anlage I zur Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie umfassen muss.
- die Kassenärztliche Vereinigung die zuständigen Kommissionen beauftragen kann, die Abrechnungsunterlagen sowie die organisatorischen Gegebenheiten in der Arztpraxis daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie entsprechen,
- die Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Schmerztherapie nur erteilt wird, wenn ich mein Einverständnis zur Durchführung solcher Überprüfungen erkläre.

**Anlage zum Antrag auf Anerkennung als schmerztherapeutische Einrichtung
(Voraussetzung für die Abrechnung der Ziffer 30704 EBM 2008)**

Antragsteller/-in: _____

Eine kontinuierliche interdisziplinäre Zusammenarbeit erfolgt mit nachstehenden Fachdisziplinen. Es werden täglich interne Fallbesprechungen und wöchentlich interne Teamsitzungen durchgeführt. Die Kooperationspartnerin / der Kooperationspartner bestätigt dies sowie die Art der Zusammenarbeit durch Unterschrift.

Kooperationspartner(in):

Name, Vorname: _____

Straße: _____

Ort: _____

Qualifikation: _____

Bitte angeben: Informationen zu Kommunikation/Informationsaustausch (z.B. elektronisch, Papierform), Art der Zusammenarbeit, räumliche Entfernung zur Praxis.

Unterschrift (Stempel) Kooperationspartner(in)

Kooperationspartner(-in):

Name, Vorname: _____

Straße: _____

Ort: _____

Qualifikation: _____

Bitte angeben: Informationen zu Kommunikation/Informationsaustausch (z.B. elektronisch, Papierform), Art der Zusammenarbeit, räumliche Entfernung zur Praxis.

Unterschrift (Stempel) Kooperationspartner (in)