



Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

HAUPTSTELLE
Abteilung Qualitätssicherung
40182 Düsseldorf

Ansprechpartner: Kirsten Mühlenkamp
Telefon: (0211) 5970-8088
Telefax: (0211) 5970-33223
E-Mail: schmerztherapie@kvno.de

Ansprechpartner: Nadine Casper
Telefon: (0211) 5970-8079
Telefax: (0211) 5970-33223
E-Mail: schmerztherapie@kvno.de

Antrag auf Teilnahme an der Schmerztherapie-Vereinbarung

**(Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung
chronisch schmerzkranker Patienten gem. §135 Abs. 2 SGB V)**

Name:

LANR: (soweit bereits bekannt)

BSNR: (soweit bereits bekannt)

Privatanschrift:

Praxisanschrift:

.....
.....
.....
.....

Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ):

.....

Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) mit:

.....

Teilberufsausübungsgemeinschaft mit:

.....

Angestellte(r) Ärztin/Arzt bei:

.....

I. Fachliche Befähigung

1. Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung für ein klinisches Fach

2. Ganztägige 12-monatige Tätigkeit in einer qualifizierten Schmerzpraxis, Schmerzambulanz oder einem Schmerzkrankenhaus entsprechend Anlage I der Vereinbarung

(Eine Tätigkeit in Teilzeit muss hinsichtlich der Gesamtdauer, Niveau und Qualität den Anforderungen einer ganztägigen Tätigkeit entsprechen. Dies ist in der Regel gewährleistet, wenn die Teilzeittätigkeit mindestens die Hälfte der wöchentlichen Arbeitszeit beträgt.)

Tätigkeiten im Rahmen der Weiterbildung im Fachgebiet werden nicht anerkannt.

Bitte teilen Sie uns mit, in welchem Zeitraum Sie Ihre Weiterbildung zu dem Fachgebiet absolviert haben, für das Ihre Zulassung besteht:

Fachgebiet: Weiterbildung von:bis:

Die Zeugnisse müssen folgende Angaben enthalten:

- Zahl der selbständig durchgeführten Untersuchungen und Behandlungen unter Anleitung sowie absolvierte Tätigkeitszeiten gemäß § 4 Abs. 1 und Abs. 3 Nr. 1
- Bescheinigung über die selbständige Durchführung aller schmerztherapeutischen Behandlungsverfahren gemäß § 6 Abs. 1 und mindestens 3 schmerztherapeutische Behandlungsverfahren gemäß § 6 Abs. 2
- Beurteilung der fachlichen Befähigung

Die Zeugnisse/Bescheinigungen müssen von einem zur Anleitung berechtigten Arzt (Erfüllung der Voraussetzungen zur Erlangung der Weiterbildungsbefugnis für die Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“) ausgestellt und unterzeichnet sein.

3. Teilnahme an einem von der Ärztekammer anerkannten interdisziplinären Kurs über Schmerztherapie von 80 Stunden

4. Teilnahme an mindestens 8 interdisziplinären Schmerzkonferenzen gem. § 5 Abs. 3 innerhalb von 12 Monaten vor Antragstellung

5. Genehmigung zur Teilnahme an der psychosomatischen Grundversorgung

6. Ich habe bereits an einer Prüfung vor der Ärztekammer teilgenommen:

ja Datum: nein

Hinweis:

Die erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium vor der Schmerztherapie-Kommission ist erforderlich,

– sofern die Prüfung zur Erlangung der Anerkennung der Zusatzweiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“ länger als 48 Monate zurückliegt

II. Räumliche, apparative und organisatorische Voraussetzungen

1. Räumliche Voraussetzungen:

Rollstuhlgeeignete Praxis

Überwachungs- und Liegeplätze

2. Apparative Anforderungen:

Reanimationseinheit einschließlich Defibrillator

EKG- und Pulsmonitoring an jedem Behandlungsplatz, an dem invasive Verfahren durchgeführt werden

3. Organisatorische Voraussetzungen:

Die schmerztherapeutische Einrichtung hält an 4 Tagen pro Woche mindestens je 4 Stunden schmerztherapeutische Sprechstunden vor, in denen ausschließlich Patienten mit chronischen Schmerzkrankheiten behandelt werden

ständige Rufbereitschaft zur Beratung der Schmerzpatienten (während der Praxiszeiten)

4. Obligate schmerztherapeutische Behandlungsverfahren:

In meiner Praxis setze ich folgende Behandlungsverfahren ein:

- Pharmakotherapie

- Therapeutische Lokalanästhesie

- Psychosomatische Grundversorgung gemäß der Psychotherapie-Vereinbarung

- Stimulationstechniken (z. B. TENS)

- Koordination und Einleitung von psycho- und physiotherapeutischen Maßnahmen

5. Fakultative schmerztherapeutische Behandlungsverfahren:

Darüber hinaus halte ich 3 der nachfolgend genannten Behandlungsverfahren in meiner Praxis vor:

- Manuelle Untersuchungs- und Behandlungsverfahren (I)

- Physikalische Therapie (II)

- Therapeutische Leitungs-, Plexus- und rückenmarksnahe Anästhesien (III)

- Sympathikusblockaden (IV)

- Rückenmarksnahe Opioidapplikation (V)
- Denervationsverfahren und/oder augmentative Verfahren (VI)
(z. B. Neurolyse, zentrale Stimulation)
- Übende Verfahren (z. B. Autogenes Training) (VII)
- Hypnose (VIII)
- Ernährungsberatung (IX)
- minimal-invasive Interventionen (X)
- operative Therapie (XI)
- Entzugsbehandlung bei Medikamentenabhängigkeit (XII)

6. Kooperationspartner:

Hinsichtlich der nicht von mir vorgehaltenen fakultativen Behandlungsverfahren kooperiere ich mit folgenden Ärzten:

(Bitte nur benennen und in der 1. Spalte jeweils die Ziffer (s. o. 5.) des Behandlungsverfahrens angeben, welches der Kooperationspartner anbietet)

| Verfahren (Ziffer s. 5.) | Name | Anschrift | Gebietsbezeichnung |
|-------------------------------------|-------------|------------------|---------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

III. Verpflichtungen der/des schmerztherapeutisch tätigen Ärztin/Arztes

Ich verpflichte mich,

- in meiner Praxis überwiegend chronisch schmerzkranken Patienten gem. §1 Abs. 1 zu behandeln
- mindestens achtmal im Jahr an einer interdisziplinären Schmerzkonferenz, welche den Anforderungen nach § 5 Abs. 3 genügt, teilzunehmen und dies jährlich gegenüber der KV nachzuweisen
- den zuständigen Hausarzt des Patienten mindestens halbjährlich über den Behandlungsverlauf zu informieren
- den kooperierenden Ärzten (gem. § 6 Abs. 2) zur konsiliarischen Beratung zur Verfügung zu stehen
- jeden Behandlungsfall gemäß § 7 standardisiert zu dokumentieren (u.a. mittels von den Fachgesellschaften konsentierten Schmerzfragebogen und Dokumentationsinstrumenten)
- die Dokumentation der KV Nordrhein auf Verlangen vorzulegen
- die jeweiligen Anforderungen an die Leistungserbringung zu erfüllen
- der KV Nordrhein, auf deren Verlangen, diejenigen Patienten zu benennen, die sich über einen Zeitraum von 2 Jahren hinaus in meiner schmerztherapeutischen Behandlung befinden (§ 5 Abs. 6)

IV. Einverständniserklärung

- Ich erkläre, dass ich mit einer ggf. stattfindenden Begehung meiner Praxisräume durch die von der KV Nordrhein beauftragten Qualitätssicherungskommission einverstanden bin.
- Mir ist bekannt, dass für den Fall der Verweigerung der Einverständniserklärung die Genehmigung auf Teilnahme an der Schmerztherapie-Vereinbarung versagt oder widerrufen werden kann.
- Ich bestätige, dass ich die in der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gem. §135 Abs. 2 SGB V aufgeführten Anforderungen erfülle und einhalte und alle sich auf die Vertragsanforderungen beziehenden Änderungen (z. B. Änderungen der räumlichen Ausstattung) der KV Nordrhein unverzüglich mitteilen werde.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift/Vertragsarztstempel

.....
Ggf. Unterschrift des anstellenden Arztes

Anlage:

Bitte fügen Sie folgende Unterlagen Ihrem Antrag bei:

1. Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung für ein klinisches Fach, sofern diese Information der KV Nordrhein nicht bereits vorliegt.
2. Zeugnisse über die Tätigkeit in einer anerkannten Schmerzpraxis, Schmerzambulanz oder in einem Schmerzkrankenhaus
3. Acht Bescheinigungen über die Teilnahme an interdisziplinären Schmerzkonferenzen mit Patientenvorstellung
4. Genehmigung zur Teilnahme an der psychosomatischen Grundversorgung
5. Teilnahmebescheinigung für einen 80-stündigen Kurs über Schmerztherapie
6. Urkunde über die Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“