

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Qualitätssicherung
Elsenheimerstraße 39
80687 München

Fax-Nummer: 089/57093 - 64966
E-Mail-Adresse: VER.CoCQS@kvb.de

Anlage Antrag Schmerztherapie

zum Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen der schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten im Rahmen der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V (QSV)

Abschnitt 1

Bestätigung über eine ganztägige 12-monatige Tätigkeit in einer schmerztherapeutischen Einrichtung im Sinne der Anlage I der QSV nach §§ 4 Abs. 3 Nr. 1, 11 Nr. 2 QSV

Der Antragsteller
Titel _____ Name _____, Vorname _____
war
in der Zeit vom _____ bis _____
<input type="checkbox"/> ganztägig
oder
<input type="checkbox"/> halbtägig*
(*mindestens die Hälfte der wöchentlichen Arbeitszeit, der 12-Monatszeitraum verlängert sich entsprechend, vgl. § 4 Abs. 3 Nr. 1 QSV)
in folgender qualifizierter schmerztherapeutischer Einrichtung im Sinne der Anlage I zur QSV gemäß § 4 Abs. 3 Nr. 1 QSV tätig:
<input type="checkbox"/> Schmerzklinik _____
<input type="checkbox"/> Schmerzabteilung des Krankenhauses _____
<input type="checkbox"/> Schmerzzambulanz _____
<input type="checkbox"/> Schmerzpraxis _____

Abschnitt 2

Nachweis über die selbständige Durchführung der geforderten Untersuchungen und Behandlungen im Mindestumfang nach §§ 4 Abs.1, 11 Nr. 2 QSV unter Anleitung eines nach § 4 Abs. 2 QSV qualifizierten Arztes

Ich, _____,
(Vor- und Nachname des/der **anleitenden Arztes/Ärztin**)

erfülle die Voraussetzungen zur Erlangung der **Weiterbildungsbefugnis** nach dem Weiterbildungsrecht der Ärztekammern **für die Zusatzweiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“** (vgl. § 4 Abs. 2 QSV) und

bestätige mit meiner Unterschrift, dass Herr/Frau _____
(Vor- und Nachname des/der **Antragstellers/in**)

die **nachfolgend unter 1. bis 3. aufgeführten Untersuchungen und Behandlungen** bei der, sofern einschlägig, angegebenen Mindestanzahl an Patienten, **selbständig unter meiner Anleitung**

in der Zeit vom _____ bis _____ **selbständig durchgeführt** hat:

1. Für alle Fachgebiete:

- Erhebung einer standardisierten Schmerzanamnese einschl. der Auswertung von Fremdbefunden
- Durchführung der Schmerzanalyse einschließlich der gebietsbezogenen differentialdiagnostischen Abklärung der Schmerzkrankheiten
- Psychosomatische Diagnostik bei chronischen Schmerzpatienten
- Eingehende Beratung und gemeinsame Festlegung der Therapieziele
- Invasive und nicht invasive Methoden der Akutschmerztherapie
- Einsatz schmerztherapeutischer Verfahren
- Schmerzbewältigungstraining einschließlich Entspannungsverfahren
- Aufstellung eines inhaltlich und zeitlich gestuften Therapieplanes einschließlich der erforderlichen interdisziplinären Koordination der Ärzte und sonstiger beteiligter Personen und Einrichtungen
- Standardisierte Dokumentationen des schmerztherapeutischen Behandlungsverlaufes
- Medikamentöse Therapie über Kurzzeit, Langzeit und als Dauertherapie sowie in der terminalen Behandlungsphase
- **Spezifische Pharmakotherapie** bei mindestens **100 Patienten**
- **Multimodale Therapie** in interdisziplinärer Zusammenarbeit bei mindestens **50 Patienten**
- **Diagnostische und therapeutische Lokal- und Leitungsanästhesie** bei mindestens **25 Patienten**
- **Stimulationstechniken** (z.B. TENS) bei mindestens **25 Patienten**
- **Spezifische Verfahren der manuellen Diagnostik und physikalischen Therapie** bei mindestens **25 Patienten**

2. Zusätzlich - je nach Fachgebiet:

- Entzugsbehandlung bei Medikamentenabhängigkeit** bei mindestens **25 Patienten**
(Fachgebiete mit **konservativen** Weiterbildungsinhalten)
- Denervationsverfahren und/oder augmentative Verfahren** (z.B. Neurolyse, zentrale Stimulation) bei mindestens **25 Patienten** (Fachgebiete mit **operativen** Weiterbildungsinhalten)
- Plexus- und rückenmarksnahe Analgesien** bei mindestens **50 Patienten, davon 10 Sympathikusblockaden** (Fachgebiete mit **konservativ-interventionellen** Weiterbildungsinhalten)

3. Schmerztherapeutische Behandlungsverfahren, vgl. §§ 6, 11 Nr. 2 QSV:

Alle der in § 6 Abs. 1 QSV aufgeführten **obligaten** und **mindestens drei** der in § 6 Abs. 2 QSV aufgeführten **fakultativen** schmerztherapeutischen Behandlungsverfahren wurden **durch den/die Antragsteller/in erlernt und selbständig durchgeführt:**

Obligate Behandlungsverfahren:

- Pharmakotherapie
- Therapeutische Lokalanästhesie
- Psychosomatische Grundversorgung nach der Psychotherapie-Vereinbarung (Anlage 1 BMV-Ä/EKV)
- Stimulationstechniken (z.B. TENS)
- Koordination und Einleitung von psycho- und physiotherapeutischen Maßnahmen

Fakultative Behandlungsverfahren:

- Manuelle Untersuchungs- und Behandlungsverfahren
- Physikalische Therapie
- Therapeutische Leitungs-, Plexus- und rückenmarksnahe Anästhesien
- Sympathikusblockaden
- Rückenmarksnahe Opioidapplikation
- Denervationsverfahren und/oder augmentative Verfahren (z.B. Neurolyse, zentrale Stimulation)
- Übende Verfahren (z.B. Autogenes Training)
- Hypnose
- Ernährungsberatung
- minimal-invasive Interventionen
- operative Therapie
- Entzugsbehandlung bei Medikamentenabhängigkeit

Abschnitt 3

Beurteilung der fachlichen Befähigung des/der Antragstellers/in zur selbständigen Durchführung der Schmerztherapie chronisch schmerzkranker Patienten, vgl. § 11 Nr. 2 QSV:

Ort, Datum

Unterschrift des Anleiters / Ausbilders



Stempel des Ausbilders