

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Qualitätssicherung
Vogelsgarten 6
90402 Nürnberg

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

Antrag

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

1. Allgemeine Angaben

Antragsteller (bei angestelltem Arzt ist dies der Arbeitgeber, bei einem im MVZ tätigen Arzt der MVZ-Vertretungsberechtigte, bei einem bei einer BAG angestellten Arzt der BAG-Vertretungsberechtigte)

LANR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **BSNR:** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Titel _____

Name _____, **Vorname** _____

Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Vertragsarzt seit/ab: _____
tt.mm.jj

Ich bin Vertretungsberechtigter der BAG _____
(Name der BAG)

Ich bin Vertretungsberechtigter des MVZ _____
(Name des MVZ)

Ich bin am Krankenhaus _____ ermächtigter Arzt seit/ab: _____
(Name des KH) tt.mm.jj

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Hauptbetriebsstätte

E-Mail-Adresse

Telefonnummer

Nur falls noch nicht zugelassen: Wohnanschrift

Die Antragstellung erfolgt für

den Antragsteller persönlich *oder*

den folgenden beim Antragsteller tätigen Arzt:

LANR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **Titel** _____

Name _____, **Vorname** _____

Angestellter Arzt bei o.g. Vertragsarzt seit/ab: _____
tt.mm.jj

Angestellter Arzt bei o.g. Berufsausübungsgemeinschaft seit/ab: _____
tt.mm.jj

Vertragsarzt im o.g. MVZ seit/ab: _____
tt.mm.jj

Angestellter Arzt im o.g. MVZ seit/ab: _____
tt.mm.jj

Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:

(ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als vier Betriebsstätten)

1. BSNR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, Adresse: _____

2. BSNR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, Adresse: _____

3. BSNR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, Adresse: _____

4. BSNR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, Adresse: _____

Falls ein **Belegkrankenhaus** angegeben wurde:

Die beantragten Leistungen werden dort **stationär** bei Belegpatienten erbracht, auch **ambulant** erbracht (ausgelagerter Praxisraum).

2. Beantragung

Beantragt wird die Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung folgender Leistungen:

Schmerztherapeutische Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach den Gebührenordnungspositionen **30700** und **30702** EBM

3. Fachliche Voraussetzungen, vgl. §§ 4, 11 QSV

3.1

Urkunde der Ärztekammer über die Berechtigung zum Führen folgender **Facharztbezeichnung:**

Gegebenenfalls zusätzlich - ersetzt die nachfolgend unter **3.2 bis 3.4** genannten Nachweise:

Urkunde der Ärztekammer über die **Berechtigung zum Führen der Zusatzweiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“**

und

3.2

Bescheinigung über die Teilnahme an einem von der Ärztekammer anerkannten **interdisziplinären Kurs über Schmerztherapie von 80 Stunden Dauer**

und

3.3

Zeugnis über eine **ganztägige 12-monatige Tätigkeit in einer entsprechend qualifizierten schmerztherapeutischen Einrichtung**, vgl. Anlage I zur QSV (erläutert im Anhang zum Antrag). Eine Tätigkeit in **Teilzeit** muss hinsichtlich der Gesamtdauer, Niveau und Qualität der Anforderungen einer ganztägigen Tätigkeit entsprechen. Dies ist in der Regel gewährleistet, wenn die Teilzeittätigkeit **mindestens die Hälfte der wöchentlichen Arbeitszeit** beträgt. Die Gesamtdauer verlängert sich entsprechend. Tätigkeiten im Rahmen der Weiterbildung im Fachgebiet werden nicht anerkannt. Zur Bestätigung der Tätigkeit bitte die **Mustervorlage in der Anlage zum Antrag** - s. Abschnitt 1 - verwenden.

und

3.4

Bescheinigung über die **selbständige Durchführung der geforderten Anzahl an Untersuchungen und Behandlungen** nach § 4 Abs. 1 QSV unter Anleitung eines Arztes, welcher die Voraussetzungen zur Erlangung der Weiterbildungsbefugnis nach dem Weiterbildungsrecht der Ärztekammer für die Zusatz-Weiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“ erfüllt - zur Bestätigung der Zahlen durch den Weiterbilder bitte die **Mustervorlage in der Anlage zum Antrag** - s. Abschnitt 2 - verwenden

und 3.5
 Bescheid über die **Genehmigung zur Teilnahme an der psychosomatischen Grundversorgung gemäß § 5 Abs. 6 der Psychotherapie – Vereinbarung** (Anlage 1 BMV-Ä/EKV)

und 3.6
 Bescheinigungen über die **regelmäßige Teilnahme – mindestens 8-mal – an einer interdisziplinären Schmerzkonzferenz** gemäß § 5 Abs.3 QSV **innerhalb von 12 Monaten vor Antragstellung**

und 3.7
 Erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium vor der Schmerztherapie-Kommission der KVB (vgl. § 4 Abs. 3 Nr. 3 QSV) - Sie erhalten eine entsprechende Einladung.
Alternativ:
 Ich habe / der beim Antragsteller tätige Arzt hat **innerhalb der letzten 48 Monate** vor Antragstellung die **Prüfung bei der Ärztekammer** zur Erlangung der Zusatzweiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“ erfolgreich **absolviert**.
Bitte **Datum der Prüfung** und die **Ärztekammer** angeben, bei der die Prüfung absolviert wurde:
_____ (TT/MM/JJ) bei _____
Datum Ärztekammer

4. Räumliche und apparative Anforderungen, vgl. § 9 QSV

Folgende räumliche und apparative Voraussetzungen werden erfüllt:

- Rollstuhlgeeignete Praxis
- Überwachungs- und Liegeplätze
- Reanimationseinheit einschließlich Defibrillator
- EKG- und Pulsmonitoring an jedem Behandlungsplatz, an dem invasive Verfahren durchgeführt werden

5. Anforderungen an die schmerztherapeutische Versorgung, vgl. § 5 QSV

Die chronisch schmerzkranken Patienten werden umfassend ärztlich versorgt. Die **schmerztherapeutische Versorgung** umfasst insbesondere folgende Maßnahmen, vgl. § 5 Abs. 1 QSV:

- Erhebung einer standardisierten **Anamnese** einschl. Auswertung von Fremdbefunden, Durchführung einer Schmerzanalyse, differentialdiagnostische Abklärung der Schmerzkrankheit
- Aufstellung eines inhaltlich und zeitlich gestuften **Therapieplans** unter Berücksichtigung des ermittelten Chronifizierungsstadiums

Eingehende **Beratung** des Patienten und gemeinsame Festlegung der **Therapieziele** sowie Vermittlung bio-psycho-sozialer Zusammenhänge und von Schmerzbewältigungsstrategien

Indikationsbezogenen Einsatz der unter § 6 QSV festgelegten **schmerztherapeutischen Behandlungsverfahren**

Ein **multimodaler Therapieansatz** unter Einbeziehung physiotherapeutischer und psychotherapeutischer Kompetenz wird **frühzeitig geprüft**, vgl. § 5 Abs. 2 QSV.

Die schmerztherapeutische **Einrichtung**, in der der schmerztherapeutisch tätige Arzt arbeitet, hält an **vier Tagen pro Woche mindestens 4 Stunden schmerztherapeutische Sprechstunden** vor, in denen ausschließlich Patienten mit chronischen Schmerzkrankheiten behandelt werden. Der schmerztherapeutisch tätige Arzt steht zur konsiliarischen Beratung der nach § 6 Abs. 2 QSV kooperierenden Ärzten zur Verfügung.

Die ständige **Rufbereitschaft** während der Praxiszeiten zur Beratung der Schmerzpatienten ist gewährleistet.

Der schmerztherapeutisch tätige Arzt **informiert** den zuständigen **Hausarzt** des Patienten über den Behandlungsverlauf zeitnah, mindestens aber halbjährlich, und steht zu **konsiliarischen Beratung** mit kooperierenden Ärzten nach § 6 Abs. 2 QSV zur Verfügung.

- Es wird beachtet, dass die **Behandlung** von chronisch schmerzkranken Patienten (mit Ausnahme von Malignompatienten) nach den Vorgaben der QSV einen **Zeitraum von zwei Jahren nicht überschreiten** soll. Die KV kann den schmerztherapeutisch tätigen Arzt auffordern, diejenigen Patienten zu benennen, die sich über diesen Zeitraum hinaus in seiner schmerztherapeutischen Behandlung befinden. Hinsichtlich der weiteren Behandlung dieser Patienten kann die KV den schmerztherapeutisch tätigen Arzt zu einer Stellungnahme auffordern und/oder zu einem Beratungsgespräch einladen.

6. Vorzuhaltende schmerztherapeutische Behandlungsverfahren, vgl. § 6 QSV

- Folgende **obligate**, nicht delegationsfähige schmerztherapeutische **Behandlungsverfahren** werden durch den schmerztherapeutisch tätigen Arzt entsprechend der Verpflichtung nach § 6 Abs. 1 QSV eingesetzt:
- Pharmakotherapie
 - Therapeutische Lokalanästhesie
 - Psychosomatische Grundversorgung gemäß der Psychotherapie-Vereinbarung (Anlage 1 BMV-Ä/EKV)
 - Stimulationstechniken (z.B. TENS)
 - Koordination und Einleitung von psycho- und physiotherapeutischen Maßnahmen
- Die Einleitung und Koordination der nachstehenden flankierenden therapeutischen Maßnahmen bzw. deren Durchführung wird durch den schmerztherapeutisch tätigen Arzt jeweils **indikationsbezogen** gewährleistet (**fakultative** schmerztherapeutische Behandlungsverfahren); **mindestens drei dieser Behandlungsverfahren** werden durch den schmerztherapeutisch tätigen Arzt **selbst vorgehalten**, vgl. § 6 Abs. 2 QSV; **bitte die Verfahren, die vorgehalten werden, ankreuzen:**
- 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
- Nicht vorgehaltene fakultative Behandlungsverfahren**, welche **in Kooperation** mit anderen Vertragsärzten erbracht werden, werden bei der Kassenärztlichen Vereinigung **unter Benennung der Kooperationspartner angezeigt:**

7. Auflagen zur Aufrechterhaltung der Genehmigung, vgl. § 5 Abs. 3 bis 5 QSV

- Der schmerztherapeutisch tätige Arzt verpflichtet sich, **mindestens achtmal im Jahr** an einer **interdisziplinären Schmerzkonzferenz teilzunehmen** und der KVB auf Anforderung **jährlich** - erstmalig ein Jahr nach Erteilung der Genehmigung - entsprechende **Teilnahmebescheinigungen** vorzulegen, vgl. §§ 5 Abs. 3, 5 QSV. Die interdisziplinären Schmerzkonzferenzen müssen folgende Anforderungen erfüllen:
- die Konferenzen müssen mindestens achtmal im Jahr stattfinden
 - Ort, Daten und Uhrzeit der Schmerzkonzferenzen stehen fest, so dass sich die Ärzte auf die regelmäßige Teilnahme einrichten können
 - die Konferenzleiter müssen die Voraussetzungen zur Teilnahme an der QSV erfüllen
 - Vertreter mehrerer Fachgebiete sollen an den Sitzungen teilnehmen (können)
 - ausgewählte Patienten sollen in den Sitzungen vorgestellt werden und anwesend sein
 - die Schmerzkonzferenzen sind zu dokumentieren (Datum, Teilnehmer, vorgestellte Patienten mit Diagnosen und weiterem Vorgehen)
- Der schmerztherapeutisch tätige Arzt verpflichtet sich, in seiner Praxis **überwiegend chronisch schmerzkrank Patienten** nach § 1 Abs. 1 QSV zu behandeln, vgl. § 5 Abs. 4 QSV.

8. Anforderungen an die Dokumentation und Überprüfung, vgl. §§ 7 und 8 QSV

- Jeder Behandlungsfall wird mit folgenden **Angaben**, einschließlich Schmerzanamnese und Behandlungsverlauf, **standardisiert dokumentiert**, vgl. § 7 Abs. 1 QSV:
- Eingangserhebung mittels von den Fachgesellschaften konsentierten Schmerzfragebogen
 - Art, Schwere und Ursache der zu Grunde liegenden Erkrankung und der bestehenden Komorbiditäten
 - Zeitdauer des Schmerzleidens mit Angabe des Chronifizierungsstadiums
 - Psychosomatische bzw. psychopathologische Auswirkungen und Behandlungsverlauf
 - Therapeutische Maßnahmen
 - Kontrolle des Verlaufes mittels von den Fachgesellschaften konsentierten Dokumentationsinstrumenten

Die Dokumentation ist der KV auf Verlangen vorzulegen, vgl. § 7 Abs. 2 QSV.

- Mir / dem beim Antragsteller tätigen Arzt ist bekannt, dass **Ärzte, denen erstmalig eine Genehmigung** nach der QSV erteilt wurde, an einer **Überprüfung der ärztlichen Dokumentation** nach § 7 QSV teilnehmen müssen, vgl. § 8 QSV.

Die KVB fordert dazu nach § 8 Abs. 2 QSV Dokumentationen zu **12 abgerechneten Fällen der ersten vier Abrechnungsquartale nach Genehmigungserteilung** an. Die Auswahl erfolgt nach dem Zufallsprinzip unter Angabe des Namens des Patienten. Die Schmerztherapie-Kommission prüft die Dokumentationen auf **Vollständigkeit und Nachvollziehbarkeit** nach § 7 QSV. Sind **mehr als zwei** Dokumentationen unvollständig oder nicht nachvollziehbar, fordert die KV eine **schriftliche Stellungnahme** des Arztes an. Können die festgestellten Auffälligkeiten durch die Stellungnahme nicht ausreichend begründet werden oder wird keine Stellungnahme abgegeben, muss der Arzt an einem **Kolloquium** teilnehmen. Wird die Teilnahme am Kolloquium verweigert oder war sie nicht erfolgreich, ist die Genehmigung zu widerrufen.

- Die KVB kann die zuständige Schmerztherapie-Kommission beauftragen, die **Abrechnungsunterlagen der Teilnehmer an der QSV sowie die organisatorischen Gegebenheiten in der Arztpraxis daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen der QSV entsprechen**, vgl. § 10 Abs. 3 QSV. Für eine solche Überprüfung wird das **Einverständnis erklärt**.

Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller tätige Arzt) bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich den Inhalt des Antrags sowie des beigefügten Anhangs mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an. Die im Anhang aufgeführten Erläuterungen sind Bestandteil dieses Antrags.


Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist.

Bitte denken Sie daran, alle mit  gekennzeichneten Nachweise in Kopie dem Antrag beizulegen. Urkunden der Ärztekammer legen Sie bitte als Original oder amtlich beglaubigte Kopie bei.

- Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass die KVB im Rahmen der Antragsbearbeitung zu den vorgelegten Nachweisen ggf. erforderliche weitere Informationen und ergänzende Nachweise bei der jeweils zuständigen Stelle einholen kann, insbesondere bei anderen KVen zu erteilten Genehmigungen oder bei Ärztekammern zu Inhalt und Umfang der absolvierten Weiterbildung. Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis während des laufenden Antragsverfahrens jederzeit widerrufen kann.**


Bitte beachten Sie, dass wir Ihnen diese Genehmigung in der Regel binnen eines Monats nach Antragseingang erteilen können, wenn uns die erforderlichen Nachweise vollständig vorliegen und vor Genehmigungserteilung nicht noch zusätzlich eine fachliche Prüfung (Kolloquium) erfolgreich absolviert werden muss.

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt / BAG-Vertretungs-
berechtigter / MVZ-Vertretungsberechtigter 

Bei Antragstellung für einen beim Antragsteller tätigen Arzt zusätzlich:

Ort, Datum

Unterschrift beim Antragsteller tätiger Arzt 

Stempel Antragsteller

Checkliste	Liegt der KVB bereits vor	Sind dem Antrag beigelegt
1) Urkunde zum Führen der Gebietsbezeichnung für ein klinisches Fach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) ggf. Urkunde zum Führen der Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ - dann entfallen die Nachweise 3) bis 5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Bescheinigung über die Teilnahme an einem von der Ärztekammer anerkannten Schmerztherapie-Kurs von 80 Stunden Dauer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Zeugnis über eine ganztägige 12-monatige Tätigkeit in einer schmerztherapeutischen Einrichtung (bitte Mustervorlage in der Anlage zum Antrag verwenden - Abschnitt 1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Nachweis über die selbständige Durchführung der geforderten Anzahl an Untersuchungen und Behandlungen unter Anleitung (bitte Mustervorlage in der Anlage zum Antrag verwenden - Abschnitt 2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) KV-Bescheid zur Erteilung der Genehmigung zur Teilnahme an der psychosomatischen Grundversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Bescheinigungen über die Teilnahme an mindestens 8 interdisziplinären Schmerzkonferenzen innerhalb von 12 Monaten vor Antragstellung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Genehmigungsantrag – Anhang –



Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die KVB erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung Ihres Antrags führen können.

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter www.kvb.de/datenschutz. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

Sofern die genehmigungspflichtigen Leistungen in einem MVZ erbracht werden sollen, ist der Antragsteller stets der MVZ-Vertretungsberechtigte. Dies trifft sowohl bei zugelassenen Vertragsärzten im MVZ als auch bei angestellten Ärzten im MVZ zu. Der Arzt, der die Leistungen im MVZ erbringen wird und für den die fachlichen Nachweise vorzulegen sind, hat den Antrag mit zu unterzeichnen. Der Genehmigungsbescheid wird dem MVZ erteilt.

Für die Entscheidung über Anträge auf genehmigungspflichtige Leistungen kann eine Gebühr erhoben werden. Die Höhe der Kosten richtet sich nach Anlage 1 der Beitrags- und Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

Die QSV regelt die Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Schmerztherapie folgender **Patientengruppen**, vgl. § 1 Abs. 1 QSV:

- Chronisch schmerzkrankte Patienten, bei denen der Schmerz seine Leit- und Warnfunktion verloren und eigenständigen Krankheitswert erlangt hat. Diese Verselbständigung des Schmerzleidens führt zu psychopathologischen Veränderungen. Der Schmerz wird für diese Patienten zum Mittelpunkt ihres Denkens und Verhaltens.
- Chronisch schmerzkrankte Patienten, bei denen der Schmerz zu einem beherrschenden Krankheitssymptom geworden ist (z.B. bei einem inkurablen Grundleiden).

Die Berechnung der GOP **30702** EBM ist nach Ziffer 3 der Präambel zu Abschnitt 30.7 EBM auf **höchstens 300 Behandlungsfälle je Vertragsarzt**, der über eine Genehmigung nach der QSV verfügt, **pro Quartal** begrenzt.

Voraussetzung zur Durchführung und Abrechnung der GOP **30704** EBM ist eine Genehmigung als schmerztherapeutische Einrichtung. Dafür ist ein **separater Antrag** zu stellen. Das Formular finden Sie unter www.kvb.de / Service / Formulare und Anträge / S / Schmerztherapie / Genehmigungsantrag als schmerztherapeutische Einrichtung.

Die **Anlage I der QSV** regelt die **Anforderungen an eine schmerztherapeutische Einrichtung** gemäß § 4 Abs. 3 Nr. 1 QSV. Als schmerztherapeutische Einrichtung gelten Schmerzkliniken, Schmerzabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, Schmerzambulanzen und Schmerzpraxen niedergelassener Vertragsärzte, welche die Anforderungen nach §§ 5 bis 7 QSV erfüllen und die ausschließlich bzw. weit überwiegend Schmerzpatienten behandeln. **Die Einrichtung muss folgende Anforderungen erfüllen:**

- Leitung durch einen Arzt, der persönlich an der QSV teilnimmt bzw. die Voraussetzungen für eine Teilnahme erfüllt
- kontinuierliche interdisziplinäre **Zusammenarbeit verschiedener Fachdisziplinen** (Anästhesiologie, Neurologie, Neurochirurgie, Orthopädie/Chirurgie, Psychiatrie, Rheumatologie, interventionelle Radiologie) und mit Physiotherapeuten - auch in Form von Kooperationen
- das Patientengut besteht ausschließlich bzw. weit überwiegend aus chronisch Schmerzkranken entsprechend der Definition der Präambel und des § 1 Abs. 1 QSV; es werden regelmäßig **mindestens 150 chronisch schmerzkranken Patienten im Quartal** behandelt
- an mindestens 4 Tagen pro Woche werden jeweils mindestens 4 Stunden ausschließlich solche Schmerzpatienten betreut
- das **Behandlungsspektrum** umfasst die **wichtigsten Schmerzkrankheiten** wie chronisch muskuloskeletale Schmerzen, chronische Kopfschmerzen, Gesichtsschmerzen, Ischämieschmerzen, medikamenteninduzierte Schmerzen, neuropathische Schmerzen, sympathische Reflexdystrophien, somatoforme Schmerzstörungen, Tumorschmerzen
- mindestens **12mal im Jahr**, bei Einzelpraxen mindestens **10mal im Jahr**, werden nach außen offene, **interdisziplinäre Schmerzkonzferenzen** mit Patientenvorstellung durchgeführt; Thema und Teilnehmer sind zu dokumentieren, die Patienten werden persönlich vorgestellt, die Teilnehmer unterliegen der Schweigepflicht; Ort, Daten und Uhrzeit dieser Konferenzen stehen fest
- die Einrichtung stellt sicher, dass eingehende **Kenntnisse und Erfahrungen** in den in § 6 QSV genannten **Behandlungsverfahren** erworben werden können; hierzu werden die unter § 6 Abs. 1 sowie zusätzlich mindestens drei der unter § 6 Abs. 2 QSV genannten Behandlungsverfahren selbst vorgehalten; die übrigen Verfahren werden im Konsiliardienst sichergestellt
- es finden täglich interne **Fallbesprechungen** und wöchentliche interne **Teamsitzungen** statt
- die **Anwendung schmerztherapeutischer Standards** wird sichergestellt, hierzu gehören:
 - Erhebung einer standardisierten Schmerzanamnese einschließlich Sichtung und Wertung aller verfügbaren Vorbefunde, funktionelle Betrachtung der 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 Therapieplanes (einschließlich der zu dessen Umsetzung erforderlichen interdisziplinären Koordination der Ärzte und komplementären Berufe)
 - Einsatz schmerztherapeutischer Behandlungsverfahren
 - standardisierte Dokumentation mit Angaben zur psychosomatischen Auswirkung und Kontrolle des Verlaufs; das in der Einrichtung eingesetzte Dokumentationsinstrument ist vorzulegen

Der Volltext der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie ist unter www.kvb.de / Service / Service für die Praxis / Qualität / Qualitätssicherung abrufbar.

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Qualitätssicherung
Vogelsgarten 6
90402 Nürnberg

Anlage

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