

**Antrag auf Anerkennung als Fortbildungsstätte gemäß der  
Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung  
chronisch schmerzkranker Patienten gem. § 135 Abs. 2 SGB V**

Als schmerztherapeutische Einrichtung gemäß § 4 Abs. 3 Nr. 1 gelten Schmerzkliniken, Schmerzabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, Schmerzambulanzen und Schmerzpraxen niedergelassener Vertragsärzte, welche die Anforderungen nach Abschnitt C der Qualitätssicherungsvereinbarung erfüllen und die ausschließlich bzw. weit überwiegend Schmerzpatienten behandeln.

**Hiermit beantrage ich die Anerkennung einer Fortbildungsstätte:**

- ☐ als Schmerzklinik/Schmerzabteilung/Schmerzambulanz
- ☐ als Schmerzpraxis eines niedergelassenen Vertragsarztes

Name des Antragstellers: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Facharztanerkennung als: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Die Genehmigung wird erteilt, wenn die nach der Schmerztherapie-Vereinbarung gemäß § 4 Abs. 3 Nr. 1 festgelegten Anforderungen erfüllt werden.

1. **Die Einrichtung muss von einem Arzt geleitet werden, der persönlich an der Schmerztherapie-Vereinbarung teilnimmt bzw. die Voraussetzungen für eine solche Teilnahme erfüllt.**

Werden diese Voraussetzungen vom Antragsteller erfüllt:

- ☐ ja ☐ nein

ggf. Genehmigungsbescheid der Kassenärztlichen Vereinigung beifügen.

2. Die Einrichtung muss eine kontinuierliche interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Fachdisziplinen (Anästhesiologie, Neurologie, Neurochirurgie, Orthopäde/Chirurgie, Psychiatrie, Rheumatologie, interventionelle Radiologie) und mit Physiotherapeuten nachweisen.

<b>Angaben über die Zusammenarbeit verschiedener Fachdisziplinen</b>	<b>Name und ggf. Anschrift der kooperierenden Ärzte</b>
Anästhesiologie	
Neurologie	
Neurochirurgie	
Orthopädie	
Chirurgie	
Psychiatrie	
Rheumatologie	
Interventionelle Radiologie	
Physiotherapeuten	

3. Das Patientengut muss ausschließlich bzw. weit überwiegend aus chronisch Schmerzkranken entsprechend der Definition der Präambel und des § 1 Abs. 1 der Schmerztherapie-Vereinbarung bestehen. Es müssen regelmäßig mindestens 150 chronisch schmerzkranken Patienten im Quartal behandelt werden.

**Als Anlage sind die Diagnose- und Leistungsstatistiken von 150 chronisch schmerzkranken Patienten eines Quartals (anonymisiert) einzureichen.**

☐ als Anlage beigelegt

### **Schmerztherapeutische Sprechzeiten in der Einrichtung**

An folgenden Tagen werden (mindestens 4 Tage pro Woche jeweils mindestens 4 Stunden) regelmäßig schmerztherapeutische Sprechstunden abgehalten und ausschließlich Schmerzpatienten betreut:

<b>Wochentag</b>	<b>von-bis</b>

Das Behandlungsspektrum muss die wichtigsten Schmerzkrankheiten umfassen, wie

- chronisch muskuloskelettale Schmerzen
  - chronische Kopfschmerzen
  - Gesichtsschmerzen
  - Ischämieschmerzen
  - medikamenteninduzierte Schmerzen
  - Neuropathische Schmerzen
  - Sympathische Reflexdystrophien
  - Somatoforme Schmerzstörungen
  - Tumorschmerzen
4. Es müssen mindestens zwölfmal im Jahr (bei Einzelpraxen mindestens zehnmal im Jahr) nach außen offene, interdisziplinäre Schmerzkongresse mit Patientenvorstellung durchgeführt werden. Thema und Teilnehmer sind zu dokumentieren, die Patienten werden persönlich vorgestellt, die Teilnehmer unterliegen der Schweigepflicht, Ort, Daten und Uhrzeit dieser Kongresse stehen fest.
- ☐ **als Anlage beigelegt**
5. Die Einrichtung hat sicherzustellen, dass eingehende Kenntnisse und Erfahrungen in den in § 6 der Schmerztherapie-Vereinbarung genannten Behandlungsverfahren erworben werden können. Hierzu sind die unter § 6 Abs. 1 sowie zusätzlich mindestens 3 der unter § 6 Abs. 2 der Schmerztherapie-Vereinbarung genannten Verfahren selbst vorzuhalten.

#### **Obligate schmerztherapeutische Behandlungsverfahren**

Der Einsatz der schmerztherapeutischen Behandlungsverfahren Pharmakotherapie, therapeutische Lokalanästhesie, Psychosomatische Grundversorgung, Stimulationstechniken und die Koordination und Einleitung von psycho- und physiotherapeutischen Maßnahmen ist für den teilnehmenden Arzt verpflichtend.

#### **Fakultative schmerztherapeutische Behandlungsverfahren**

Der an der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie teilnehmende Arzt muss die Einleitung und Koordination der nachstehenden flankierenden therapeutischen Maßnahmen bzw. deren Durchführung jeweils indikationsbezogen gewährleisten.

**Mindestens drei** dieser Behandlungsverfahren sind durch den Arzt selbst vorzuhalten und nachzuweisen. Die nicht vorgehaltenen Verfahren können in Kooperation mit anderen Vertragsärzten erbracht werden. Die Ärzte sind nachfolgend zu benennen (§ 6 Abs. 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie):

Behandlungsverfahren	wird selbst durchgeführt	wird in Kooperation durchgeführt mit (Name des Arztes)
1. Manuelle Untersuchungs- und Behandlungsverfahren	<input type="checkbox"/>	
2. Physikalische Therapie	<input type="checkbox"/>	
3. Invasive Verfahren (z. B. Leitungsanalgesie, rückenmarksnähe Verfahren, Sympathikusblockaden)	<input type="checkbox"/>	
4. Anwendung von Capsaicin 8 % als Schmerzpflaster	<input type="checkbox"/>	
5. Einstellung und Befüllung von implantierten Medikamentenpumpen	<input type="checkbox"/>	

6. Übende Verfahren (z. B. Progressive Muskelrelaxation, Autogenes Training)	<input type="checkbox"/>	
7. Hypnose	<input type="checkbox"/>	
8. Ernährungsberatung	<input type="checkbox"/>	
9. Entzugsbehandlung bei Medikamentenabhängigkeit	<input type="checkbox"/>	
10. Komplementäre Verfahren (z. B. Akupunktur)	<input type="checkbox"/>	
11. Sonstige:	<input type="checkbox"/>	

Tägliche interne Fallbesprechungen und wöchentliche interne Teamsitzungen werden gewährleistet.

☐ ja ☐ nein

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

- Erhebung einer standardisierten Schmerzanamnese einschl. 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 (einschl. 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 Dokumentationsinstrumentarium ist vorzulegen.

## Organisatorische Anforderungen gemäß § 9 der Vereinbarung

### 1. Räumliche Voraussetzungen

Die Praxis/Einrichtung ist rollstuhlgerecht

☐ ja

☐ nein

In der Praxis/Einrichtung stehen \_\_\_\_\_ Überwachungs- und Liegeplätze zur Verfügung.

### 2. Apparative Voraussetzungen

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

☐ ja

☐ nein

☐ Nachweis als Anlage beigefügt

- Reanimationseinheit einschl. Defibrillator ist vorhanden

☐ ja

☐ nein

☐ Nachweis als Anlage beigefügt

## Weitere Erklärungen

Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass ich die Regelungen und Inhalte der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie kenne und einhalten werde.

Ich versichere die Richtigkeit der oben genannten Angaben. Änderungen werde ich unverzüglich der KV Sachsen-Anhalt mitteilen.

Ich bin damit einverstanden, dass die Schmerztherapie-Kommission der KV Sachsen-Anhalt eine Praxisbegehung zur Überprüfung der Praxisausstattung vornimmt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, BSNR

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift des Vertragsarztes (bei persönlicher Leistungserbringung) bzw. des angestellten Arztes

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, BSNR

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift des MVZ-Vertretungsberechtigten bzw. des anstellenden Vertragsarztes

## Datenschutzrechtliches Einverständnis

Mit meiner zweiten Unterschrift erteile ich das widerrufliche Einverständnis, dass die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt im Bedarfsfall die bei der Landesärztekammer Sachsen-Anhalt vorliegenden Zeugnisse und Bescheinigungen hinsichtlich meiner Weiterbildung und fachlichen Qualifikation anfordern kann.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes, der die Leistungen erbringen möchte