

1 Beantragter Leistungsbereich

Beantragt wird die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von schmerztherapeutischen Leistungen für folgende GOPen:

30700, 30702, 30706, 30708

2 Fachliche Voraussetzungen

2.1 Facharzt

Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung für ein klinisches Fachgebiet mit unmittelbarem Patientenkontakt:

Fachgebiet: _____

Facharzturkunde:

liegt der KVS vor im Original beigelegt beglaubigte Kopie beigelegt

2.2 Genehmigung (anderer) KV

liegt der KVS vor in Kopie beigelegt

2.3 Fachliche Nachweise

2.3.1 Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“

Urkunde einer Ärztekammer

liegt der KVS vor in Kopie beigelegt

Hinweis: Sofern die Prüfung für die Zusatzweiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“ länger als 48 Monate zurück liegt, ist die erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium vor der Schmerztherapiekommission der KVS erforderlich.

UND

2.3.2 Entfällt, sofern der Erwerb der Zusatzbezeichnung nach der Musterweiterbildungsordnung (MWBO) 2018 erfolgte, dies entspricht in Sachsen der WBO der Sächsischen Landesärztekammer vom 26.08.2020

Bestätigung über die selbständige Durchführung der geforderten Anzahl an Untersuchungen und Behandlungen nach § 4 Abs. 1 Nr. 3 QSV unter Anleitung eines Arztes, welcher die Voraussetzungen zur Erlangung der Weiterbildungsbefugnis nach dem Weiterbildungsrecht der Ärztekammer für die Zusatz-Weiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“ erfüllt, entsprechend der **Anlage** zum Antrag

liegt der KVS vor beigelegt

UND

2.3.3 Nachweis der Teilnahme an Schmerzkonferenzen

Teilnahmebescheinigungen über die regelmäßige Teilnahme – mindestens achtmal – an einer interdisziplinären Schmerzkonferenz innerhalb von 12 Monaten vor Antragstellung

liegen der KVS vor sind in Kopie beigelegt

UND

2.3.4 Die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der psychosomatischen Grundversorgung gemäß § 7 Abs. 1 der Psychotherapie-Vereinbarung

liegt der KVS vor Antrag und Nachweise sind beigelegt ist beantragt

3 Apparativ-technische Voraussetzungen

3.1 Erklärung

Die Praxis, auf die sich der Antrag bezieht, verfügt über

- ein Reanimationseinheit einschließlich Defibrillator und
- EKG- und Pulsmonitoring an jedem Behandlungsplatz, an dem invasive Verfahren durchgeführt werden.

3.2 Nutzung fremder Geräte

Nutzungsvertrag

liegt der KVS vor in Kopie beigelegt

3.3 Nutzung ausgelagerter Praxisräume

ja (nähere Angaben in Punkt 5) nein

4 Räumliche/ organisatorische Voraussetzungen

4.1 Erklärung

- die Schmerztherapeutische Einrichtung oder Praxis gewährleistet eine schmerztherapeutische Sprechstunde an **4 Tagen pro Woche mit mindestens je 4 Stunden** in denen ausschließlich Patienten mit chronischen Schmerzkrankheiten behandelt werden:
 ja
 nein
- Rufbereitschaft zur Beratung der Schmerzpatienten während der Praxiszeiten ist gesichert und
- Verfügbarkeit zur konsiliarischen Beratung der Kooperationspartner wird gewährleistet
- Führung einer ausführlichen Erst- und Verlaufs-Dokumentation (mittels von den Fachgesellschaften-konsentierten Schmerzfragebogen)
- mindestens 8-malige jährliche Teilnahme an interdisziplinären Schmerzkonferenzen gemäß § 5 Abs. 3 der Vereinbarung
- rollstuhlgeeignete Praxis
- Überwachungs- und Liegeplätze

4.2 Nachweise zu Behandlungsverfahren

4.2.1 Folgende obligatorische schmerztherapeutische Behandlungsverfahren werden vorgehalten, angewendet und erbracht:

- Pharmakotherapie
- Therapeutische Lokalanästhesie
- Psychosomatische Grundversorgung
- Stimulationstechniken
- Koordination und Einleitung von psycho- und physiotherapeutischen Maßnahmen

4.2.2 Folgende fakultative schmerztherapeutische Maßnahmen werden eingeleitet und koordiniert:

- **mindestens 3** dieser Maßnahmen bzw. Verfahren sind vom Antragsteller selbst vorzuhalten
- für die Durchführung der *) gekennzeichneten Verfahren ist **zusätzlich ein Antrag** auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von psychotherapeutischen Leistungen zu stellen

Behandlungsverfahren	wird vom Leistungserbringer durchgeführt		Kooperationspartner - <u>vertragsärztlich tätig</u> (bitte benennen)
	ja	nein	
Manuelle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Physikalische Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Invasive Verfahren (Leitungsanalgesie, Sympathikusblockaden, rückenmarksnahe Verfahren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Anwendung von Capsacin 8% als Schmerzpflaster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Einstellung und Befüllung von implantieren Medikamentenpumpen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Übende Verfahren (z.B. PMR, Autogenes Training)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hypnose*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ernährungsberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Entzugsbehandlung bei Medikamentenabhängigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Komplementäre Verfahren (z.B. Akupunktur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

4.3 Nutzung ausgelagerter Praxisräume

ja (nähere Angaben in Punkt 5) nein

5 Nutzung ausgelagerter Praxisräume

Standort:

Bei Nutzung fremder Räume: Nutzungsvertrag

liegt KVS vor in Kopie beigelegt

6 Hinweise

Mit Antragsabgabe gibt der Antragsteller sein Einverständnis, dass die KVS im Rahmen der Antragsbearbeitung zu den vorgelegten Nachweisen ggf. erforderliche weitere Informationen und ergänzende Nachweise der jeweils zuständigen Stelle einholen kann, insbesondere bei anderen KVen zu erteilten Genehmigungen oder bei Ärztekammern zu Inhalt und Umfang der absolvierten Weiterbildung. Dem Antragsteller ist bei Abgabe bekannt, dass das Einverständnis während des laufenden Antragsverfahrens jederzeit widerrufen werden kann.

Die Ausführung und Abrechnung der beantragten genehmigungspflichtigen Leistung(en) ist erst nach Erteilung der Genehmigung rechtes. Die Genehmigung kann grundsätzlich nicht rückwirkend erteilt werden.

Mit Antragsabgabe bestätigt der Antragsteller die Richtigkeit der Angaben und wird verpflichtet, Änderungen unverzüglich der KVS mitzuteilen.

Die Informationen zum Datenschutz nach Art. 13 und Art. 14 DSGVO finden Sie unter www.kvsachsen.de/fuer-praxen/praxisorganisation/informationen-zum-datenschutz.

Der Antragsteller erklärt sein Einverständnis, dass die zuständige Kommission Schmerztherapie der KVS nach § 10 Abs. 3 der Qualitätssicherungsvereinbarung berechtigt ist, die apparativen, räumlichen und organisatorischen Gegebenheiten in der Praxis zu prüfen. Die Erteilung der Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung der beantragten Leistungen kann von der erfolgreichen Teilnahme an einem Kolloquium abhängig gemacht werden.

Zeugnisse und andere Qualifikationsnachweise sollten als einfache Kopie beigefügt werden, sofern nicht explizit eine beglaubigte Kopie gefordert wird.

Die Behandlung von chronisch schmerzkranken Patienten (mit Ausnahme von Malignompatienten) soll einen Zeitraum von zwei Jahren nicht überschreiten.

Jeder Behandlungsfall muss mit den Angaben gemäß § 7 Abs.1 sowie Schmerzanamnese und Behandlungsverlauf dokumentiert werden.

Es gelten folgende Auflagen zur Aufrechterhaltung der Genehmigung:

Die Teilnahme an acht interdisziplinären Schmerzkonferenzen im Jahr muss der KVS nachgewiesen werden.

Der Antrag ist ohne Unterschrift/Stempel gültig.

Anlage zum Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten im Rahmen der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie (QSV) gemäß Punkt 2.3.2

Die Anlage ist ausschließlich von Antragstellern auszufüllen, die die **Zusatzbezeichnung** „Spezielle Schmerztherapie“ **vor** der Musterweiterbildungsordnung (MWBO) 2018 erworben haben. In Sachsen entspricht dies den WBO der SLÄK **vor dem** 26.08.2020.

Nachweis über die selbständige Durchführung der geforderten Untersuchungen und Behandlungen im Mindestumfang nach §§ 4 Abs.1 Nr. 3, 11 Nr. 3 QSV unter Anleitung eines nach § 4 Abs. 2 QSV qualifizierten Arztes

(Vor- und Nachname des Antragstellers)

Die nachfolgend aufgeführten Untersuchungen und Behandlungen bei der angegebenen Mindestanzahl an Patienten, wurden unter Anleitung des Unterzeichners

in der Zeit vom _____ bis _____ selbständig durchgeführt:

- Erhebung einer bio-psycho-sozialen Schmerzanamnese bei 100 Patienten
- Anwendung standardisierter und validierter Testverfahren und Fragebögen zur Schmerzanalyse und differentialdiagnostischen Abklärung der Schmerzkrankheiten einschließlich Detektion von Risikofaktoren für Schmerzchronifizierung bei 100 Patienten
- Vollständige körperliche Untersuchung und Funktionsstatus bei 100 Patienten
- Aufstellung eines inhaltlichen und zeitlich gestuften multimodalen Therapieplanes einschließlich der zur Umsetzung erforderlichen interdisziplinären, interprofessionellen und sozialmedizinischen Koordination bei 100 Patienten
- Initiierung, Modifizierung und/ oder Beendigung medikamentöser Kurzzeit, Langzeit- und Dauertherapie bei 100 Patienten

Alle schmerztherapeutischen Behandlungsverfahren gemäß § 6 Abs. 1 QSV wurden erlernt und selbstständig durchgeführt:

- Pharmakotherapie
- Therapeutische Lokalanästhesie
- Psychosomatische Grundversorgung gemäß der Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung) (Anlage 1 BMV-Ä)
- Stimulationstechniken
- Koordination und Einleitung von psycho- und physiotherapeutischen Maßnahmen

Mindestens drei schmerztherapeutische Behandlungsverfahren gemäß § 6 Abs. 2 QSV wurden erlernt und selbstständig durchgeführt:

- Manuelle Untersuchungs- und Behandlungsverfahren
- Physikalische Therapie
- Invasive Verfahren (z. B. Leitungsanalgesie, rückenmarksnahe Verfahren, Sympathikusblockaden)
- Anwendung von Capsaicin 8% als Schmerzpflaster
- Einstellung und Befüllung von implantierten Medikamentenpumpen
- Übende Verfahren (z. B. Progressive Muskelrelaxation, Autogenes Training)
- Hypnose
- Ernährungsberatung
- Entzugsbehandlung bei Medikamentenabhängigkeit
- Komplementäre Verfahren (z. B. Akupunktur)

(Datum/ Vor- und Nachname des anleitenden Arztes)*

*Der anleitende Arzt bestätigt, dass er die Voraussetzungen zur Erlangung der Weiterbildungsbefugnis nach dem Weiterbildungsrecht der Ärztekammern für die Zusatz-Weiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“ erfüllt.