

Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Geschäftsbereich Qualitätssicherung

Antrag auf Genehmigung zur Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

Bitte zurücksenden an:

**Kassenärztliche Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern
Geschäftsbereich Qualitätssicherung
Frau Moor
Neumühler Str. 22
19057 Schwerin**



Antragstellung erfolgt für:

- ☐ mich
- ☐ eine angestellte Ärztin / einen angestellten Arzt (Name: _____)

Nachweis fachlicher Befähigung (gemäß Abschnitt B, § 4)

siehe Anlage 1

Anforderungen an den schmerztherapeutisch tätigen Arzt (gemäß Abschnitt C, §§ 5-9)

1. Entsprechend den Anforderungen an den schmerztherapeutisch tätigen Arzt verpflichte ich mich
- ✓ die Anforderungen an die schmerztherapeutische Versorgung gemäß § 5 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie (QSV Schmerz) zu erfüllen
 - Die schmerztherapeutische Sprechstunde (4 Tage pro Woche, mind. 4 Stunden) gliedert sich wie folgt:

Wochentag	Vormittag	Nachmittag
Montag		
Dienstag		
Mittwoch		
Donnerstag		
Freitag		
Samstag		

2. Folgende schmerztherapeutische Behandlungsverfahren (§ 6 der QSV Schmerz) werden in meiner/unserer Praxis angeboten:

	Ja	Nein
- Pharmakotherapie	☐	☐
- Therapeutische Lokalanästhesien	☐	☐
- Psychosomatische Grundversorgung gemäß der Psychotherapie-Vereinbarung	☐	☐

Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Geschäftsbereich Qualitätssicherung

Antrag auf Genehmigung zur Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| - Stimulationstechniken (z.B. TENS) | ☐ | ☐ |
| - Koordination und Einleitung von psycho- und physiotherapeutischen Maßnahmen | ☐ | ☐ |

3. Ich erkläre, dass ich die Einleitung und Koordination der nachstehenden flankierenden therapeutischen Maßnahmen bzw. deren Durchführung (§ 6 der QSV Schmerz) jeweils indikationsbezogen gewährleiste:

(Anmerkung: Es müssen mindestens drei dieser Behandlungsverfahren selbst vorhalten werden.)

wird selbst vorgehalten

	Ja	Nein	Kooperationspartner
- Manuelle Untersuchungs- und Behandlungsverfahren	☐	☐	_____
- Physikalische Therapie	☐	☐	_____
- Therapeutische Leitungs-, Plexus- und rückenmarksnahe Anästhesien	☐	☐	_____
- Sympatikusblockaden	☐	☐	_____
- 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	☐	☐	_____

4. Entsprechend § 7 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie verpflichte ich mich, jeden Behandlungsfall - einschließlich Schmerzanamnese und Behandlungsverlauf – standardisiert unter folgenden Gesichtspunkten zu dokumentieren:

- ✓ Eingangserhebung mittels von den Fachgesellschaften konsentierten Schmerzfragebogen
- ✓ Art, Schwere und Ursache der zu Grunde liegenden Erkrankungen 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

Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Geschäftsbereich Qualitätssicherung

Antrag auf Genehmigung zur Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

5. Ich habe die Regelungen zur Überprüfung der Dokumentationen gemäß § 8 zur Kenntnis genommen

Ja	Nein
☐	☐

6. Ich erfülle entsprechend § 9 der QSV Schmerz nachfolgend aufgeführte räumliche und apparative Voraussetzungen:

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

Ich erkläre mein Einverständnis, dass gemäß § 12 Ziffer 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie die Qualitätssicherungskommission Schmerztherapie der KVMV die Ausstattung der Praxis und den Nachweis der in den §§ 5 bis 9 genannten Voraussetzungen (inkl. der Vorlage von Dokumentationen) daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie entsprechen.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift des Antragstellers)

.....
(Ort, Datum)

.....
(Stempel und Unterschrift des Eigentümers der Praxis/des OP-Zentrums/
der Krankenhausverwaltung bzw. des Leiters des MVZ)