



Hauptabteilung Qualitätssicherung
Frau Casper
Tel.: 0211 / 5970 8079

Frau Mühlenkamp
Tel.: 0211 / 5970 8088

Bezirksstelle Düsseldorf/Köln E-Mail: schmerztherapie@kvno.de Fax-Nr.: 0211 / 5970 - 33223

**Antrag auf Anerkennung als schmerztherapeutische Fortbildungsstätte
im Rahmen der
Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie gem. § 135 Abs. 2 SGB V**

Name der Einrichtung:

Leiter der Einrichtung:

LANR: (soweit vorhanden)

BSNR: (soweit vorhanden)

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

Die KV Nordrhein behält sich vor, zur Überprüfung der nachstehenden Angaben entsprechende Nachweise anzufordern.

Selbsterklärung:

Bitte kreuzen Sie das jeweils Zutreffende an und füllen Sie die Leerfelder/Tabellen gut leserlich aus.

1. Bei unserer Einrichtung handelt es sich um eine

- Schmerzklinik
- Schmerzabteilung des Krankenhauses
- Schmerzzambulanz
- Schmerzpraxis

2. Der/die Leiter/in unserer Einrichtung

- nimmt persönlich an der Schmerztherapie-Vereinbarung teil oder
- erfüllt die Voraussetzungen für eine solche Teilnahme.
- verfügt über eine Weiterbildungsbefugnis der Ärztekammer für die Zusatzweiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“

3. In unserer Einrichtung wird eine kontinuierliche interdisziplinäre Zusammenarbeit ...folgender Fachdisziplinen, ggf. durch Kooperationen, gewährleistet:

Fachrichtung	In der Einrichtung vorhanden	Kooperation mit: (Name, Anschrift, Qualifikation)
Anästhesiologie		
Neurologie		
Neurochirurgie		
Orthopädie/Chirurgie		
Psychiatrie		
Rheumatologie		
Interventionelle Radiologie		
Psychotherapie		

4. Das in unserer Einrichtung betreute Patientengut besteht ausschließlich bzw. weit überwiegend aus chronisch schmerzkranken Patienten.

Anzahl der pro Quartal regelmäßig behandelten chronisch schmerzkranken Patienten:

5. Sprechstunden für chronisch schmerzkranken Patienten:
(bitte die Anzahl der Tage und der Stunden pro Woche angeben)

.....
.....
.....
.....

6. Das Behandlungsspektrum in unserer Einrichtung umfasst folgende Schmerzkrankheiten:

- chronisch muskuloskelettale Schmerzen
- chronische Kopfschmerzen
- Gesichtsschmerzen
- Ischämieschmerzen
- medikamenteninduzierte Schmerzen
- Neuropathische Schmerzen
- Sympathische Reflexdystrophien
- Somatoforme Schmerzstörungen
- Tumorschmerzen

7. Durchführung von Schmerzkonferenzen:

- Anzahl der pro Jahr durchgeführten offenen, interdisziplinären Schmerzkonferenzen mit Patientenvorstellung:
- Thema und Teilnehmer werden dokumentiert
- Patienten werden persönlich vorgestellt
- Ort, Daten und Uhrzeit der Konferenzen stehen fest

8. In unserer Einrichtung werden folgende Behandlungsverfahren vorgehalten:

- Pharmakotherapie
- Therapeutische Lokalanästhesie
- Psychosomatische Grundversorgung gemäß der Psychotherapie-Vereinbarung
- Stimulationstechniken (z. B. TENS)
- Koordination und Einleitung von psycho- und physiotherapeutischen Maßnahmen
- 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 Behandlungsverfahren werden im Konsiliardienst sichergestellt.

- Es ist sichergestellt, dass eingehende Kenntnisse und Erfahrungen in den o. g. Behandlungsverfahren in unserer Einrichtung erworben werden können.

- Es werden täglich interne Fallbesprechungen und wöchentlich interne Teamsitzungen durchgeführt.

9. In unserer Einrichtung werden folgende schmerztherapeutische Standards angewendet:

- Erhebung einer standardisierten Schmerzanamnese
- eingehende körperliche Untersuchung und psychosoziale und psychiatrische Exploration
- Durchführung einer Schmerzanalyse
- Feststellung des Chronifizierungsstadiums
- differentialdiagnostische Abklärung der Schmerzkrankheit
- eingehende Beratung des Patienten
- gemeinsame Festlegung der Therapieziele
- Aufstellung eines zeitlich und inhaltlich abgestuften Therapieplanes
- Einsatz schmerztherapeutischer Behandlungsverfahren
- Standardisierte Dokumentation mit Angaben zur psychosomatischen Auswirkung und Verlaufskontrolle
(*Bitte reichen Sie das eingesetzte Dokumentationsinstrumentarium mit ein.*)

10. Anforderungen nach Abschnitt C der Schmerztherapie-Vereinbarung

Unsere Einrichtung erfüllt ebenfalls die Anforderungen gemäß Abschnitt C der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie.

Insbesondere sind folgende räumliche, apparative und organisatorische Voraussetzungen erfüllt:

- Rollstuhlgeeignete Praxis
- Überwachungs- und Liegeplätze
- Reanimationseinheit einschließlich Defibrillator
- EKG- und Pulsmonitoring an jedem Behandlungsplatz, an dem invasive Verfahren durchgeführt werden
- ständige Rufbereitschaft zur Beratung der Schmerzpatienten
- standardisierte Dokumentation jedes Behandlungsfalles gemäß § 7 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie (u. a. mittels von den Fachgesellschaften konsentierten Schmerzfragebogen und Dokumentationsinstrumenten)

Seit wann besteht in Ihrer Einrichtung die zuvor beschriebene Struktur?

Datum:

Hiermit wird die Richtigkeit der vorgenommenen Angaben bestätigt.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Leiters der
Schmerzeinrichtung

.....
Stempel der Einrichtung