Erweiterter Landesausschuss
der Ärzte, der Krankenhäuser und der Krankenkassen
in der Freien und Hansestadt Hamburg
Geschäftsstelle
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg

Arzt-/Krankenhausstempel

Nachweis der fachlichen Befähigung für die schmerztherapeutischen Leistungen im Rahmen der ASV – Transplantationsgruppe 1: Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation

Hinweise:
Der Behandlungsumfang ergibt sich erkrankungs- oder leistungsbezogen aus dem Appendix der Anlage 1.1 a. Tumorgruppe 10: Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung. ASV-Berechtigte sind daher nur berechtigt Leistungen anzuzeigen und zu erbringen, die gemäß diesem Appendix zum Behandlungsumfang der jeweiligen Arztgruppe gehören.
Die verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiter-bildungsordnung der Bundesärztekammer und schließen auch Ärzte ein, welche eine entsprechende Be-zeichnung nach altem Recht führen.
Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für die weibliche, männliche als auch diverse Form verwendet.

Die Anzeige erfolgt für:

Name, Vorname, ggf. Titel

Fachgebiet

ASV-Team, ggf. ASV-Teamnummer

Die Leistungen werden am Tätigkeitsort der Teamleitung erbracht:

☐ ja ☐ nein, Leistungen werden am folgenden **Tätigkeitsort** erbracht**:**

Angabe der Anschrift; Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

Leistungen, die im Rahmen der ASV erbracht werden sollen

☐ schmerztherapeutischen Leistungen (GOP 30700, 30702, 30706, 30708 EBM)

Fachliche Qualifikation - Facharzturkunde ist der Anzeige beizufügen

Ich bin Facharzt für

☐ Augenheilkunde
☐ Anästhesiologie
☐ Haut- und Geschlechtskrankheiten
☐ Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

weitere Qualifikationsnachweise - sind der Anzeige beizufügen

☐ Die geforderten Qualifikationen gem. § 4 der Schmerztherapie-Vereinbarung habe ich erworben
☐ Eine Genehmigung zur Teilnahme an der psychosomatischen Grundversorgung gemäß der Psychotherapievereinbarung habe ich erhalten bzw. beantragt
☐ Ich habe in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung an mind. 8 Interdisziplinären Schmerz konferenzen teilgenommen
☐ Ich war über 12 Monate ganztägig in einer qualifizierten Schmerzpraxis, Schmerzambulanz oder Schmerzkrankenhaus entsprechend der Anlage I zur Schmerztherapie-Vereinbarung tätig;

(Eine Tätigkeit in Teilzeit muss hinsichtlich der Gesamtdauer, Niveau und Qualität den Anforderungen einer ganztägigen Tätigkeit entsprechen. Dies ist in der Regel gewährleistet, wenn die Teilzeittätigkeit mindestens der Hälfte der wöchentlichen Tätigkeit entspricht. Die Gesamtdauer verlängert sich entsprechend.)

Die entsprechenden Zeugnisse und Nachweise sind diesem Antrag beigefügt.

Anforderungen an die Praxisausstattung

Ich bestätige, dass die folgenden Anforderungen gem. §§ 5, 9 der Schmerztherapie-Vereinbarung an die Praxisausstattung erfüllt sind:

→ Die Praxis ist rollstuhlgeeignet eingerichtet
→ Reanimationsmöglichkeit einschl. Defibrillator ist vorhanden
→ EKG- und Pulsmonitoring sind an jedem Behandlungsplatz vorhanden, an dem invasive Verfahren durchgeführt werden

☐ In der Praxis stehen ausreichend Überwachungs- und Liegeplätze zur Verfügung.
☐ Qualifiziertes Personal zur Assistenz und Überwachung bei schmerztherapeutischen Eingriffen steht zur Verfügung.
☐ Eine Rufbereitschaft zur Beratung meiner Schmerzpatienten während der Praxiszeiten und zur konsiliarischen Beratung der überweisenden Ärzte ist gewährleistet.

An folgenden Tagen werden regelmäßig schmerztherapeutische Sprechstunden abgehalten:

Wochentag:	Stundenzahl:
• _____	• _____
• _____	• _____
• _____	• _____
• _____	• _____

Organisatorische Anforderungen

In meiner Praxis werden folgende obligate schmerztherapeutische Behandlungsverfahren durchgeführt:

→ Pharmakotherapie
→ Therapeutische Lokalanästhesie
→ Psychosomatische Grundversorgung gem. Psychotherapie-Vereinbarung
→ Stimulationstechniken (z.B. TENS)
→ Koordination und Einleitung von psycho- und physiotherapeutischen Maßnahmen

Die folgenden, in § 6 Abs. 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie genannten, fakultativen schmerztherapeutischen Behandlungsverfahren werden in eigener Praxis oder in Kooperation mit einer anderen Vertragsarztpraxis erbracht:

Die folgenden, in § 6 Abs. 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie genannten, fakultativen schmerztherapeutischen Behandlungsverfahren werden in eigener Praxis / Klinik oder in Kooperation mit anderen Vertragsärzten / Kliniken erbracht:

(Min. 3 fakultative Schmerztherapeutische Behandlungsverfahren müssen in eigener Praxis / der Klinik erbracht werden).

Verfahren	wird in eigener Praxis/Klinik erbracht (bitte ankreuzen)	wird konsiliarisch mit folgender Vertragsarztpraxis erbracht (bitte Name u. Adresse eintragen)
Manuelle Untersuchungs- und Behandlungsverfahren	☐	_____
Physikalische Therapie	☐	_____
Therapeutische Leitungs-, Plexus- und rückenmarksnahe Anästhesien	☐	_____
Sympathikusblockaden	☐	_____
Rückenmarksnahe Opioidapplikation	☐	_____
Denervationsverfahren und/oder augmentative Verfahren	☐	_____
Übende Verfahren	☐	_____
Hypnose	☐	_____

Ernährungsberatung	☐	_____
		_____
Minimal-invasive Intervention	☐	_____
		_____
Operative Therapie	☐	_____
		_____
Entzugsbehandlung bei Medikamentenabhängigkeit	☐	_____
		_____

Einverständniserklärung

Mir ist bekannt, dass für die Erteilung einer Genehmigung zur Teilnahme an der Schmerztherapie-Vereinbarung die erfolgreiche Teilnahme an einem **Kolloquium** gem. § 4 Abs. 3 Nr. 4 der Schmerztherapie-Vereinbarung erforderlich ist,

- → sofern die Prüfung zur Erlangung der Anerkennung der Zusatzweiterbildung “Spezielle Schmerztherapie“ länger als 48 Monate zurückliegt,
- → oder wenn trotz der vorgelegten Zeugnisse / Bescheinigungen Zweifel an der fachlichen Qualifikation bestehen,
- → oder wenn eine im Vergleich zur Schmerztherapie-Vereinbarung abweichende aber gleichwertige Qualifikation vorliegt.

Rechtlicher Hintergrund

Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gem. § 135 Abs. 2 SGB V
Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V - ASV-RL.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben:

_____	_____
Datum	Unterschrift Teammitglied