**Antrag auf Zertifizierung als:**

**Kopfschmerzschwerpunktpraxis Level 1**

**Kopfschmerzspezialambulanz Level 2**

**Kopfschmerzzentrum Level 3**

**Firmierung:**

(entsprechend Handelsregister)

**Adresse:**

**E-Mail:**

**Telefon:       FAX:**

**Fachrichtung:**

**Inhaber:**

**Einzelpraxis  Krankenhaus**

**Gemeinschaftspraxis  Universitätsklinikum**

**Praxisgemeinschaft**

**MVZ**

**Ambulanz an einem Krankenhaus**

Mit dem Antrag bereits einzureichende Unterlagen:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Mitgliedsnachweis in der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft e.V. (Level 1-3) |
|  | DMKG Kopf- und Gesichtsschmerzzertifikat (Level 1-3) |
|  | 20 repräsentative, anonymisierte Arztbriefe (Level 1-3) |

ggf. Kooperationsvereinbarung mit Psychotherapeuten/Schmerzpsychologen (Level 1 und 2) bzw. Nachweis eines entsprechend qualifizierten Mitarbeiters (Nennung des Namens und des Eintrittdatums)

Kooperationsvereinbarung mit Radiologie, sofern nicht am Hause

Kooperationsvereinbarung mit Klinik mit stationärer SZ-Therapie, sofern nicht am Hause

|  |  |
| --- | --- |
|  | Qualifikationsnachweise für Facharzt und Zusatzbezeichnung ( Level 1-3) |
|  | SOPs entsprechend Punkt 8.1 der Empfehlungen der Fachgesellschaften Therapiestandards und Therapiekonzept ( Level 2+3) |
|  | ggf. Publikationsverzeichnis zum Nachweis von Kopfschmerzforschung (Level 2+3) |
|  | Falls nicht-neurologische Facharztpraxis: Kooperationsvereinbarung mit Facharzt Neurologie (Level 1) |
|  | Organigramm/e (Struktur der Einrichtung [MVZ, Klinik] (Level 1-3) |
|  | Erklärung über den Aufbau und die Besitzverhältnisse Ihres Unternehmens (z.B. Auszug aus dem Handelsregister) (Level 1-3) |

**Bitte beachten Sie, dass Ihr Antrag auf Zertifizierung Ihrer Kopfschmerzeinrichtung erst nach verbindlicher Auftragserteilung unseres autorisierten Zertifizierungsunternehmens LGA InterCert GmbH bearbeitet werden kann.**

**Nach Auftragserteilung senden Sie bitte Ihren Antrag auf Zertifizierung einschließlich der zusätzlich einzureichenden Unterlagen per Mail oder auf CD/USB-Stick an:**

**LGA InterCert GmbH**

**Tillystraße 2**

**90431 Nürnberg**

Für weitere Informationen steht Ihnen bei der LGA InterCert GmbH Herr Martin Ossenbrink zur Verfügung:

Telefon: +49 (0) 911 - 655 41 37, E-Mail: martin.ossenbrink@de.tuv.com, Internet: [www.lga-intercert.com](http://www.lga-intercert.com)

Organisatorischer Zertifizierungsablauf:

**Angebot zur Zertifizierung/Re-Zertifizierung bei o.g. Adresse per Mail oder postalisch anfordern.**

**Auf Grundlage des Angebotes LGA InterCert GmbH zur Durchführung der Zertifizierung schriftlich beauftragen.**

**LGA InterCert GmbH benennt Leitenden Auditor.**

**Formale Unterlagenprüfung durch den Leitenden Auditor und fachliche Prüfung durch med. Fachexperten der Fachgesellschaft.**

**Leitender Auditor setzt sich zwecks Terminfindung mit der Einrichtung in Verbindung (Level 2 und 3).**

**Auftraggeber sendet die in diesem Antrag auf Seite 2 geforderten Unterlagen 6 Wochen vor Audittermin, per Mail oder CD, an den Leitenden Auditor.**

**Nach positiver fachlicher Vorprüfung durch die Fachgesellschaft wird ein Audit vor Ort durchgeführt. Hierfür erhält die Einrichtung im Vorfeld einen entsprechenden Auditplan (Level 2 und 3).**

**Durchführung des Audits vor Ort durch einen Auditor der Zertifizierungsgesellschaft zur Überprüfung der strukturellen Begebenheiten (Level 2 und 3).**

**Nach dem Audit: Berichterstellung durch den leitenden Auditor und medizinischen Fachexperten.**

**Prüfung des Auditberichtes und des Verfahrens durch den Zertifizierungsausschuss der Fachgesellschaft.**

**Freigabe des Auditberichtes/Zertifikates durch den Zertifizierungsausschuss der Fachgesellschaft.**

**Übersendung des Auditberichtes und ggf. (nach Behebung aller Abweichungen) des Zertifikates durch die LGA InterCert GmbH an die Einrichtung.**

1. Struktur:

**1.1 Versorgungsgebiet:  regional  überregional**

**1.2 ∅ Anzahl Überweisungen/Quartal (des letzten Kalenderjahres): ambulant**       **stationär**      

**1.3 ∅ Anzahl Patienten ohne Überweisung /Quartal: ambulant**       **stationär**

**1.4 durchschnittliche Anzahl mit Hauptdiagnose Kopfschmerzen**

**(ICD 10 G43.-; G44.-)/Quartal (des letzten Kalenderjahres):**       **(Level 1-3)**

|  |
| --- |
| *Mindestanforderung: Level I 50/Quartal; Level II und III 150/Quartal* |

**1.5 DRG Bericht des Zentrums/Anzahl der Scheine:**       **(Level 2 und 3)**

**1.6 Erfassung Anzahl der Scheine/Behandlungen insgesamt:**

|  |
| --- |
| *Ergänzung der Daten anhand Diagnosestatistik/Abrechnungsdaten KV* |

**1.7 Durchschnittliche Angaben bezogen auf die letzten 3 Quartale zu Kopfschmerzdiagnosen des letzten Kalenderjahres:**

**1. ∅ Anzahl Migräne mit Aura:**

**2. ∅ Anzahl Migräne ohne Aura:**

**3. ∅ Anzahl Kopfschmerz vom Spannungstyp:**

**4. ∅ Anzahl Clusterkopfschmerzen:**

**5. ∅ Anzahl anderer trigemino-autonomer Kopfschmerzen:**

**6. ∅ Anzahl Trigeminusneuralgie:**

**7. ∅ Anzahl Kopfschmerz bei Medikamentenübergebrauch:**

**8. ∅ Anzahl andere symptomatische Kopfschmerzen:**

**9. ∅ Anzahl unspezifischer Kopfschmerz (ICD-10 R51):**

**1.8  Vorlage von 20 repräsentativen Arztbriefen, die Kopfschmerzerkrankungen abdecken (Level 1-3) aus dem letzten Kalenderjahr**

**1.9 Altersstruktur der Kopfschmerzpatienten:**       % **Patienten < 18 Jahre**

      %  **Patienten > 18 Jahre**

**1.10 Liegt ein Kooperationsvertrag vor mit?**

**1.  einem Neurologen (Level I, falls keine Neurologische Facharztpraxis)**

**2.  einem Psychotherapeuten (obligat I-III)**

**3.  einem Neurochirurgen/HNO/Kiefer-Gesichts-Chirurgen (bei invasiver Neurostimulation)**

**4.  Pädiater**

**5.  Für Level I Kooperation mit einer Klinik mit angeschlossener stationärer Schmerztherapie**

**6.  Radiologie (falls nicht im Hause)**

|  |
| --- |
| *Für Praxen, die von einem nicht neurologischen Facharzt geleitet werden, ist eine Kooperation mit einem Facharzt für Neurologie und für alle Fachdisziplinen eine Kooperation mit einem Psychotherapeuten nachzuweisen.* |

2. Personelle Struktur

**2.1 Leiter der Kopfschmerzeinrichtung Mitglied DMKG:  ja  nein**

**2.2 DMKG Zertifikat Kopfschmerz:  ja  nein**

**2.3 Zusatzbezeichnung Spez. Schmerztherapie:  ja  nein**

**2.4 Besteht eine Weiterbildungsermächtigung für**

**Spezielle Schmerztherapie:  nein  ja, für 6**  **Monate  ja, für 12**  **Monate**

|  |
| --- |
| *Kriterien 2.1, 2.2 obligat für Level I-III*  *Kriterium 2.4 obligat für Level II und III* |

**2.5 Ärztliches Personal**

**Fachärzte: Schmerztherapie Ärzte in WB: Mitglied: Zertifikat:**

**Zusatzbezeichnung DMKG DMKG**

**1. Neurologie:**           

**2. Anästhesie:**           

**3. Allgemeinmedizin:**

**4. Innere Medizin:**

**5. Orthopädie:**           

**6. Pädiater:**

**6. Psychiatrie:**           

**7. andere:**           

**2.6 Nicht-ärztliches Personal: (bei Doppelqualifikation einfache Nennung):**

**1. Psychologische Psychotherapeuten:**

**2. Medizinische Fachangestellte/Arzthelfer:**

**3. Medizinisch-technische Assistenten:**

**4. Krankenschwester/-pfleger:**

**5. Physiotherapie:**

**6. Ergotherapie:**

**7. Logopädie:**

**8. Musiktherapie:**

**9. Kunsttherapie:**

**10. Sozialarbeiter:**

**11. Andere:**

**2.7 fachspezifische Zusatzqualifikationen bei nicht-ärztlichen Mitarbeitern:**

**1. Psychologen mit Zusatzausbildung spezielle Schmerzpsychotherapie:**

**2. Medizinische Fachangestellte /Arzthelfer mit Zusatzausbildung:**

**a. Pain Nurse:**

**b. Headache Nurse:**

**c. Entlastende Versorgungsassistentin (EVA):**

**3. Pflegekräfte mit Zusatzausbildung:**

**a. Algesiologische Fachassistenz:**

**b. Pain Nurse:**

**c. Headache Nurse:**

|  |
| --- |
| *Wünschenswert: Nichtärztliche Mitarbeiter sollten Fachqualifikationen haben (Level II und III)* |

3. Diagnostik:

**Bemerkung:**

**3.1  Labor**

**3.2  Liquordiagnostik**

**3.3  Liquordruckmessung**

**3.4  EEG (wünschenswert)**

**3.5  Doppler/Duplex**

**3.6  evozierte Potentiale (wünschenswert)**

**3.7  Psychologische Testung**

|  |
| --- |
| *Bitte psychologische Testverfahren im Freitext aufzählen.* |

**3.8  Zugang zum CT**

**3.9. Zugang zum MRT**

|  |
| --- |
| *Nachweis durch Kooperationsvertrag oder im Haus.*  *Alle obengenannten Untersuchungsmodalitäten obligat für Level II und III, wünschenswert für Level I* |

**3.10 Anwendung von standardisierten Frage- und Dokumentationsbögen**

**Häufigkeit (Ø%):**

**1. Kopfschmerzfragebogen (Patientenbogen)**

**2. Kopfschmerzkalender**

**3. MIDAS**

**4. HIT**

**5. BDI**

**6. Deutscher Schmerzfragbogen**

**7.  HADS**

**8.  DASS**

**9.  PAQ**

**10.Andere**

|  |
| --- |
| *2, 3 oder 4, 5 oder 7 obligat für Level I-III* |

**3.11 Werden Gutachten zu Kopf- oder Gesichtsschmerzen erstellt?**

**1. Gerichtsgutachten  ja  nein       Anzahl/Jahr**

**2. Versicherungsgutachten  ja  nein       Anzahl/Jahr**

4. Therapieangebote:

**4.1 Welche therapeutischen Methoden werden angeboten?**

**1.  LL orientierte Akuttherapie (KO- Level I-III)**

**2.  LL orientierte prophylaktische Therapie (KO Level I-III)**

**3.  Aufklärung über LL orientierte nicht-medikamentöse Verfahren**

**4.  Akupunktur**

**5.  Biofeedback**

**6.  Entspannungsverfahren (KO Level II-III)**

**7.  Verhaltenstherapie (Stressbewältigungstherapie) (KO Level II-III)**

**8.  Botulinumtoxinbehandlung**

**9.  Neuromodulation, nicht invasiv**

**10.  Neuromodulation, invasiv in Kooperation mit:**

**11.  Nervenblockaden (N. occipitalis, GLOA etc)**

**12.  Physiotherapie: a. im Zentrum:**

**b. extern:**

**13.  Sporttherapie (MTT) a. im Zentrum:**

**b. extern:**

**14.  Lumbalpunktion zur Liquoranalyse, Druckmessung und Druckentlastung**

**15.  andere:**

**4.2 Dokumentation:**

**1. Welche Art der Dokumentation erfolgt:**

**a. Papierakte  ja  nein   
 b. Elektronische Akte  ja  nein**

**c. Welche Software wird angewendet?**

5. Interne Organisation:

**5.1 Werden Telefonsprechstunden angeboten?  ja  nein**

**5.2 Werden Notfälle versorgt? (Level I-III)  ja  nein**

**5.3 Werden interdisziplinäre Schmerzkonferenzen veranstaltet  ja  nein**

**1. Wenn ja, in welcher Form und wie häufig? a.  für Patienten**

**b.  für ärztliche Kollegen**

**5.4 Einarbeitungskonzepte vorhanden für: a. Ärzte:  ja  nein**

**b. Nicht ärztl. Personal:  ja  nein**

**5.5 Finden regelmäßige Teambesprechungen statt?  ja  nein**

**Wie oft?**      /Monat

**5.6 Liegen andere Zertifizierungen vor?  ja  nein**

**wenn ja welche?**      

**5.7 Werden regelmäßige Interne Audits durchgeführt?  ja  nein**

**5.8 Es liegen schriftlich fixierte SOPs für die häufigsten Krankheitsbilder, Interventionen, Notfallmanagement (akuter Kopfschmerz) sowie eine eindeutige Feststellung der Zuständigkeitsbereiche der verschiedenen Disziplinen vor?**

**ja  nein**

|  |
| --- |
| *Notfallmanagement (akuter Kopfschmerz), Reanimationsschulungen, SOP: Patientenflow obligat für Level I bis III*  *SOP: Behandlung der Migräne, des Clusterkopfschmerzen, Kopfschmerzen vom Spannungstyp, des Kopfschmerzes bei Medikamentenübergebrauch und der Trigeminusneuralgie obligat für Level II und III* |

6. Gesetzliche Vorgaben:

**6.1 Ist ein strukturiertes Einweisungsmanagement für Medizingeräte entsprechend MPG/MPBetreibV vorhanden? Beschreibung:**

**ja  nein**

**6.2 Gibt es regelmäßige Schulungen/Belehrungen in den Bereichen /wie häufig (Angaben xmal/Jahr):**

**1. Reanimations- und Notfallschulungen?  ja  nein**

**2. Brandschutz?  ja  nein**

**3. Arbeitssicherheit?  ja  nein**

**4. Datenschutz?  ja  nein**

**6.3 Ist ein Medikamentenmanagement (Prüfung auf Verfallsdatum, Regelungen zu BTM, Medikamentenkühlschrank, ggf.**

**Apothekenbegehungen) eingeführt?  ja  nein**

|  |
| --- |
| *Kriterium 6 = obligat. Grundsätzlich müssen alle gesetzlichen Regelungen (auch hier nicht erwähnte) eingehalten werden.* |

7. Öffentlichkeitsarbeit:

**7.1 Kopfschmerzprofil erkennbar: 1. durch Internetpräsenz mit :** www.

**2. Infomaterial für Patienten zu den wichtigsten Kopfschmerzarten**

**3. Kopfschmerzkalender zum Download**

**4. Link zu Internetseiten für Patienten?**

**5. Link zu Internetseiten für Ärzte?**

**6. durch Infomaterialien in den Räumlichkeiten der Praxis (z.B. Flyerauslage, KS-Kalender, etc.)**

**7. Veranstaltungen**

|  |
| --- |
| *zu 2, 3, ggf. 7 Unterlagen bitte einreichen.* |

8. Fragen für Zentren Level 2 und 3:

**8.1 Liegt ein eigenes Lehr – und Fortbildungsangebot vor (bitte beschreiben)? (Level 3):**

**ja  nein**

**8.2 Wird Kopfschmerzforschung betrieben? (Level 3):  ja  nein**

**8.3 Werden Kopfschmerzstudien durchgeführt?  ja  nein**

**national**      **international**

|  |
| --- |
| *wünschenswert für Level III, bitte Studienverzeichnis mit einreichen.* |

**8.4 Wird eine Vortragstätigkeit bezogen auf Kopfschmerzerkrankungen durchgeführt? (Level 3)**

**ja  nein**

**8.5 Kriterien der multimodalen Schmerztherapie (analog OPS 8-918) erfüllt (obligat Level II und III)**

**1. Möglichkeit der**

1. **ambulanten Betreuung (Level 2-3):  ja  nein**
2. **stationären Betreuung (Level 2-3):  ja  nein**
3. **teilstationären Betreuung:  ja  nein**

|  |
| --- |
| *c wünschenswert für Level III* |

**2. Kooperation (institutionalisiert):**

1. **psychologischer Psychotherapeut (Level 2-3):  ja  nein**
2. **psychologischer Psychotherapeut mit Spezieller Schmerzpsychotherapie:**

**ja  nein**

1. **Physiotherapeuten (Level 2-3):  ja  nein**

|  |
| --- |
| *b wünschenswert für Level II und III* |

**3. Durchführung interventioneller**

**Verfahren (Level 3):  ja  nein**

**Bemerkungen:**