

Antragsteller:

Firmierung:

Adresse:

E-Mail:

Telefon:

Fax:

Fachrichtung:

Inhaber:

Einzelpraxis	Krankenhaus
Gemeinschaftspraxis	Universitätsklinikum
Praxisgemeinschaft MVZ	Ambulanz an einem Krankenhaus

Mit dem Antrag bereits einzureichende Unterlagen:

- DMKG Kopf- und Gesichtsschmerzzertifikat
- Verpflichtende Teilnahme am DMKG-Register
- 20 repräsentative, anonymisierte Arztbriefe
- ggf. Kooperationsvereinbarung mit Psychotherapeuten/Schmerzpsychologen (Level 1 und 2) bzw. Nachweis eines entsprechend qualifizierten Mitarbeiters (Nennung des Namens und des Eintrittsdatums)
- Kooperationsvereinbarung mit Radiologie, sofern nicht am Hause
- Kooperationsvereinbarung mit Klinik mit stationärer Schmerztherapie, sofern nicht am Hause
- Qualifikationsnachweise für Facharzt und Zusatzbezeichnung
- SOPs entsprechend Punkt 8.1 der Empfehlungen der Fachgesellschaften, Therapiestandards und Therapiekonzept
- ggf. Publikationsverzeichnis zum Nachweis von Kopfschmerzforschung
- Organigramm/e (Struktur der Einrichtung [MVZ, Klinik])
- Erklärung über den Aufbau und die Besitzverhältnisse Ihres Unternehmens (z.B. Auszug aus dem Handelsregister)

Information und Rückfragen zum Verfahren sowie die Zusendung der Antragsunterlagen bitte per Mail an:
zentrenzertifizierung@dmkg.de

Alternativ Antragsunterlagen per Post an Generalsekretariat der DMKG – Aktuelle Adresse unter www.dmkg.de!

Organisatorischer Zertifizierungsablauf

- Kriterien für die Zertifizierung prüfen! Entsprechendes Level (I-III) auswählen.
- Passenden Antrag (Level I-III) auf der Homepage der DMKG downloaden und ausfüllen.
- Antrag zur Zertifizierung/Re-Zertifizierung mit erforderlichen Unterlagen bei o.g. Adresse per Mail (als ZIP) oder postalisch einreichen.
- Nach Eingang der Unterlagen wird eine Rechnung mit der Antragsgebühr gestellt. Nach Eingang der Antragsgebühr wird der Antrag bearbeitet.
- Formale Unterlagenprüfung und fachliche Prüfung durch DMKG, ggf. erfolgen hier Rückfragen.
- Nach der Überprüfung der Unterlagen erfolgt die Berichterstellung und anschließende Freigabe durch die Zertifizierungskommission.
- Übersendung des Auditberichtes und (nach Behebung aller Abweichungen) des Zertifikates durch die DMKG an die Einrichtung.

1. Struktur

- 1.1 Versorgungsgebiet: regional überregional
- 1.2 Ø Anzahl Überweisungen/Quartal (des letzten Kalenderjahres):
ambulante stationäre
teil-stationäre Hochschulambulanz
- 1.3 Ø Anzahl Patienten ohne Überweisung /Quartal:
ambulante stationäre
teil-stationäre Hochschulambulanz
- 1.4 Durchschnittliche Anzahl mit Hauptdiagnose Kopfschmerzen (ICD 10 G43.-; G44.-)/Quartal
(des letzten Kalenderjahres):
Mindestanforderung: 150/Quartal
- 1.5 DRG Bericht des Zentrums/Anzahl der Scheine:
- 1.6 Erfassung Anzahl der Scheine/Behandlungen insgesamt:
Ergänzung der Daten anhand Diagnosestatistik/Abrechnungsdaten KV (mit den Antragsformularen einzureichen)
- 1.7 Durchschnittliche Angaben bezogen auf die letzten 3 Quartale zu Kopfschmerzdiagnosen des letzten
Kalenderjahres:
1. Ø Anzahl Migräne mit Aura
 2. Ø Anzahl Migräne ohne Aura
 3. Ø Anzahl Kopfschmerz vom Spannungstyp
 4. Ø Anzahl Clusterkopfschmerzen
 5. Ø Anzahl anderer trigemino-autonomer Kopfschmerzen
 6. Ø Anzahl Trigemino-neuralgie
 7. Ø Anzahl Kopfschmerz bei Medikamentenübergebrauch
 8. Ø Anzahl andere symptomatische Kopfschmerzen
 9. Ø Anzahl unspezifischer Kopfschmerz (ICD-10 R51)
- 1.8 Vorlage von 20 repräsentativen Arztbriefen, die Kopfschmerzerkrankungen abdecken
(aus dem letzten Kalenderjahr)
- 1.9 Altersstruktur der Kopfschmerzpatienten: % Patienten < 18 Jahre
% Patienten > 18 Jahre
- 1.10 Es liegt ein Kooperationsvertrag vor mit
1. einem Neurologen (falls keine neurologische Facharztpraxis)
 2. einem Psychotherapeuten (obligat)
 3. einem Neurochirurgen/HNO/Kiefer-Gesichts-Chirurgen (bei invasiver Neurostimulation)
 4. Pädiater
 5. 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 (entsprechende Kooperationsverträge/Nachweise sind mit den Antragsunterlagen einzureichen).

2. Personelle Struktur

- 2.1 Leiter der Kopfschmerzeinrichtung mit DMKG Zertifikat Kopfschmerz: ja nein
- 2.2 Zusatzbezeichnung Spez. Schmerztherapie: ja nein
- 2.3 Besteht eine Weiterbildungsermächtigung für Spezielle Schmerztherapie?
 nein ja, für 6 Monate ja, für 12 Monate

Kriterien 2.1, 2.2 und 2.4 obligat (entsprechende Nachweise sind mit den Antragsunterlagen einzureichen)

2.4 Ärztliches Personal

	Fachärzte	Schmerztherapie Zusatzbezeichnung	Ärzte in WB	Mitglied DMKG	Zertifikat DMKG
1. Neurologie					
2. Anästhesie					
3. Allgemeinmedizin					
4. Innere Medizin					
5. Orthopädie					
6. Pädiater					
7. Psychiatrie					
8. andere					

2.5 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

2.6 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: Nicht-ärztliche Mitarbeiter sollten Fachqualifikationen haben

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.	Zentrumspezifischer Kopfschmerzfragebogen (Patientenbogen)	%
2.	Kopfschmerzkalender	%
3.	MIDAS	%
4.	HIT-6	%
5.	BDI	%
6.	Deutscher Schmerzfragebogen	%
7.	HADS	%
8.	DASS	%
9.	PAQ	%
10.	andere	%

Obligat: Kalender DMKG, 1x psychische Beeinträchtigung (5,7,8,9), 1x Lebensqualität (3,4)

Zentrumspezifischen Kopfschmerzfragebogen bitte mitsenden.

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
2. LL orientierte prophylaktische Therapie
3. Aufklärung über LL orientierte nicht-medikamentöse Verfahren
4. Akupunktur
5. Biofeedback
6. Entspannungsverfahren
7. Verhaltenstherapie (Stressbewältigungstherapie)
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

Folgende Methoden sind obligat: 4.1.1, 4.1.2, 4.1.6, 4.1.7;

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? ja nein
- 5.3 Werden interdisziplinäre Schmerzkonferenzen veranstaltet? ja nein
Wenn ja, in welcher Form und wie häufig?
- 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 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
SOP: Behandlung der Migräne, der Clusterkopfschmerzen, Kopfschmerzen vom Spannungstyp, des Kopfschmerzes bei Medikamentenübergabe und der Trigeminusneuralgie obligat (Einarbeitungskonzepte sowie die geforderten SOP sind mit den Antragsunterlagen einzureichen)

6. Gesetzliche Vorgaben

- 6.1 Ist ein strukturiertes Einweisungsmanagement für Medizingeräte entsprechend MPG/MPBetreibV vorhanden? ja nein
Beschreibung:
- 6.2 Gibt es regelmäßige Schulungen/Belehrungen in den Bereichen? ja nein
Wenn ja, wie häufig? /Jahr
1. Reanimations- und Notfallschulungen? ja nein
Wenn ja, wie häufig? /Jahr
2. Brandschutz? ja nein
Wenn ja, wie häufig? /Jahr
3. Arbeitssicherheit? ja nein
Wenn ja, wie häufig? /Jahr
4. Datenschutz? ja nein
Wenn ja, wie wie häufig? /Jahr
- 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. Unterlagen zu 6.1 und 6.3 sind mit den Antragsunterlagen einzureichen.

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 sind Unterlagen/Nachweise mit den Antragsunterlagen einzureichen.

8. Versorgung im Rahmen der multimodalen Schmerztherapie

8.1 Kriterien der multimodalen Schmerztherapie (analog OPS) erfüllt (obligat)

1. Möglichkeit der

- | | | |
|------------------------------|----|------|
| a. ambulanten Betreuung | ja | nein |
| b. stationären Betreuung | ja | nein |
| c. teilstationären Betreuung | ja | nein |

c wünschenswert

2. Kooperation (institutionalisiert)

- | | | |
|---|----|------|
| a. psychologischer Psychotherapeut | ja | nein |
| b. psychologischer Psychotherapeut mit Spezieller Schmerzpsychotherapie | ja | nein |
| c. Physiotherapeuten | ja | nein |

b wünschenswert

Bemerkungen: