

Schmerztherapie

Checkliste I*:

Name, Vorname (ausführender Arzt): _____

Alt. 1: gemäß § 4a Absatz 1 Satz 4 ASV-RL

entspr. Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten

Berechtigung zum Führen eines klinischen Fachs

Zeugnisse und Bescheinigungen über:

Erhebung einer standardisierten Schmerzanamnese einschließlich der Auswertung von Fremdbefunden

Durchführung der Schmerzanalyse einschließlich der gebietsbezogenen differentialdiagnostischen Abklärung der Schmerzkrankheiten

Psychosomatische Diagnostik bei chronischen Schmerzpatienten

Eingehende Beratung und gemeinsame Festlegung der Therapieziele

Invasive und nicht invasive Methoden der Akutschmerztherapie

Einsatz schmerztherapeutischer Verfahren

Schmerzbewältigungstraining einschließlich Entspannungsverfahren

Aufstellung eines inhaltlich und zeitlich gestuften Therapieplanes einschließlich der zur Umsetzung des Therapieplanes erforderlichen interdisziplinären Koordination der Ärzte und sonstigen am Therapieplan zu beteiligenden Personen und Einrichtungen

Standardisierte Dokumentation des schmerztherapeutischen Behandlungsverlaufes

Medikamentöse Therapie über Kurzzeit, Langzeit und als Dauertherapie sowie in der terminalen Behandlungsphase

Spezifische Pharmakotherapie bei 100 Patienten

Multimodale Therapie in interdisziplinärer Zusammenarbeit bei 50 Patienten

Diagnostische und therapeutische Lokal- und Leitungsanästhesie bei 25 Patienten

Stimulationstechniken (z.B. TENS) bei 25 Patienten

Spezifische Verfahren der manuellen Diagnostik und physikalischen Therapie bei 25 Patienten

*Wir bitten Sie, Originale oder beglaubigte Kopien der Anerkennung von Weiterbildungen beizufügen; soweit bereits eine Eintragung in das Arztregister der KV Thüringen besteht, kann alternativ die Einverständniserklärung zur Einsichtnahme in das Arztregister erklärt werden (siehe Teil E).

- Teilnahme an einem von einer Landesärztekammer anerkannten interdisziplinären Kurs über Schmerztherapie von 80 Stunden Dauer

zusätzlich für Fachgebiete mit konservativen Weiterbildungsinhalten:

- Entzugsbehandlung bei Medikamentenabhängigkeit bei 25 Patienten

zusätzlich für Fachgebiete mit operativen Weiterbildungsinhalten:

- Denervationsverfahren und/oder augmentative Verfahren (Neurolyse, zentrale Stimulation) bei 25 Patienten

zusätzlich für Fachgebiete mit konservativ-interventionellen Weiterbildungsinhalten:

- Plexus- und rückenmarksnahe Analgesien bei 50 Patienten, davon 10 Sympathikusblockaden

Die genannten Untersuchungen und Behandlungen müssen selbstständig und unter Anleitung** eines Arztes, welcher die Voraussetzung zur Erlangung der Weiterbildungsbefugnis nach dem Weiterbildungsrecht einer Landesärztekammer für die Zusatz-Weiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“ erfüllt, absolviert werden

- ganztägige 12-monatige Tätigkeit in einer entsprechend qualifizierten Schmerzpraxis, Schmerzambulanz oder einem Schmerzkrankenhaus (Tätigkeiten im Rahmen der Weiterbildung im Fachgebiet werden nicht anerkannt)
- Erfüllung der Anforderungen für die Genehmigung zur Teilnahme an der psychosomatischen Grundversorgung gem. § 5 Abs. 6 der Psychotherapie-Vereinbarung (Checkliste Psychosomatische Grundversorgung)
- regelmäßige Teilnahme – mindestens achtmal – an einer interdisziplinären Schmerzkonferenz gem. § 5 Abs. 3 der Qualitätssicherungsvereinbarung innerhalb von 12 Monaten vor Anzeigenstellung

zusätzlich, wenn die Anerkennung der Zusatzweiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“ länger als 48 Monate zurückliegt:

- Bereitschaft zur Teilnahme an einem Kolloquium

Anforderungen an die apparative/räumliche Ausstattung

- Reanimationseinheit einschließlich Defibrillator
- EKG- und Pulsmonitoring an jedem Behandlungsplatz, an dem invasive Verfahren durchgeführt werden
- rollstuhlgeeignete Praxis
- Überwachungs- und Liegeplätze

** Ist eine Ermächtigung zur Weiterbildung nachgewiesen, entfällt „unter Anleitung“.

Laufende Anforderungen

Ich versichere die Gewährleistung der Erfüllung der folgenden Anforderungen:

- die Schmerztherapeutische Versorgung entsprechend § 5 Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie
- Einsatz von Schmerztherapeutischen Behandlungsverfahren entsprechend § 6 Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie
- die Dokumentation erfolgt unter den Beachtung der Vorgaben entsprechend § 7 Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie

Alt. 2: gemäß § 4a Absatz 3 c) ASV-RL

Weiterbildungsermächtigung

und

Versicherung der Ausführung dieser Leistung

Name, Vorname (ausführender Arzt): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

Name, Vorname (Anzeigsteller): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

Schmerztherapie

Checkliste II*:

Name der Institution: _____

gemäß § 4a Absatz 4 ASV-RL

zugelassene Weiterbildungsstätte

oder

fachärztlich geleitete fachspezifische Organisationseinheit

und

Versicherung der Ausführung dieser Leistung

Datum: _____

Unterschrift _____
(Verantwortlicher Leiter)

* nur bei institutioneller Benennung