

Nachweis der fachlichen Befähigung gemäß § 4

Name des Arztes : _____

- | | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ➤ Ich verfüge über die Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung für ein klinisches Fach | ☐ | ☐ |
| ➤ Ich habe innerhalb von 12 Monaten vor dieser Antragstellung regelmäßig – mindestens achtmal – an folgender/n interdisziplinärer/n Schmerzkonzferenz/-en gemäß § 5 Abs. 3 der QSV Schmerztherapie teilgenommen: | | |
| _____ | | |
| _____ | | |
| _____ | | |
| ➤ Ich bin im Besitz der Genehmigung zur Teilnahme an der psychosomatischen Grundversorgung gemäß § 5 Abs. 6 der Psychotherapie-Vereinbarung (Anlage 1 BMV-Ä) | ☐ | ☐ |

Abschnitt A

Auszufüllen von Ärzten, welche bei Antragstellung nicht über die Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ verfügen

Hiermit bestätige ich, dass ich folgende Voraussetzungen erfülle und diese durch Zeugnis und Bescheinigungen nachweisen kann:

- | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Erhebung einer standardisierten Schmerzanamnese einschließlich der Auswertung von Fremdbefunden | ☐ | ☐ |
| 2. Durchführung der Schmerzanalyse einschließlich der gebietsbezogenen differentialdiagnostischen Abklärung der Schmerzkrankheit | ☐ | ☐ |
| 3. Psychosomatische Diagnostik bei chronischen Schmerzpatienten | ☐ | ☐ |
| 4. Eingehende Beratung und gemeinsame Festlegung der Therapieziele | ☐ | ☐ |
| 5. Invasive und nicht invasive Methoden der Akutschmerztherapie | ☐ | ☐ |
| 6. Einsatz schmerztherapeutischer Verfahren | ☐ | ☐ |
| 7. Schmerzbewältigungstraining einschließlich Entspannungsverfahren | ☐ | ☐ |
| 8. 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 | ☐ | ☐ |
| 9. Standardisierte Dokumentation des schmerztherapeutischen Behandlungsverlaufes | ☐ | ☐ |

1/2

Anlage 1

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 10. Medikamentöse Therapie über Kurzzeit, Langzeit und als Dauertherapie sowie in der terminalen Behandlungsphase | ☐ | ☐ |
| 11. Spezifische Pharmakotherapie bei 100 Patienten | | |
| 12. multimodale Therapie in interdisziplinärer Zusammenarbeit bei 50 Patienten | ☐ | ☐ |
| 13. Diagnostische und therapeutische Lokal- und Leitungsanästhesie bei 25 Patienten | ☐ | ☐ |
| 14. Stimulationstechniken (z.B. TENS) bei 25 Patienten | ☐ | ☐ |
| 15. Spezifische Verfahren der manuellen Diagnostik und physikalischen Therapie bei 25 Patienten | ☐ | ☐ |
| 16. Teilnahme an einem von der Ärztekammer 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 (z. B. Neurolyse, zentrale Stimulation) bei 25 Patienten | ☐ | ☐ |
|--|--------------------------|--------------------------|

Zusätzlich für Fachgebiete mit konservativ-interventionellen Weiterbildungsinhalten:

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Plexus- und rückenmarksnahe Analgesien bei 50 Patienten | ☐ | ☐ |
| • Davon 10 Sympathikusblockaden | ☐ | ☐ |

Zusätzlich zu den genannten Anforderungen ist der Kassenärztlichen Vereinigung die Erfüllung der nachfolgend aufgeführten Voraussetzungen nachzuweisen:

- Ganztägige 12-monatige Tätigkeit in einer entsprechend qualifizierten Schmerzpraxis, Schmerzzambulanz oder einem Schmerzkrankenhaus.
Hinweis: 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 die Hälfte der wöchentlichen Arbeitszeit beträgt. Die nachzuweisende Gesamtdauer verlängert sich entsprechend. Tätigkeiten im Rahmen der Weiterbildung im Fachgebiet werden nicht anerkannt.

Abschnitt B

Auszufüllen von Ärzten, welche bei Antragstellung über die Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ verfügen

Hiermit bestätige ich, dass ich folgende Qualifikationen erworben habe und diese durch Zeugnis und Bescheinigungen nachweisen kann:

- | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <u>Für Fachgebiete mit konservativen Weiterbildungsinhalten:</u> | | |
| • Entzugsbehandlung bei Medikamentenabhängigkeit bei 25 Patienten | ☐ | ☐ |
| <u>Für Fachgebiete mit konservativ-interventionellen Weiterbildungsinhalten:</u> | | |
| • Plexus- und rückenmarksnahe Analgesien bei 50 Patienten | ☐ | ☐ |
| • Davon 10 Sympathikusblockaden | ☐ | ☐ |

2/2