

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

für das Land Brandenburg

▶▶ **Indikation** (Bitte angeben): _____

Anlage 9 Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie gem. § 135 Abs. 2 SGB V

Name: _____

Facharzt für _____

1. Fachliche Anforderungen

a) alle Fachgebiete

Ich versichere, dass ich die in § 4 Abs. 1a QSV aufgeführten Voraussetzungen zur fachlichen Befähigung erfülle ...		
1. die Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung für ein klinisches Fach besitze	Nachweise beigefügt	
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2. die Erhebung einer standardisierten Schmerzanamnese einschließlich der Auswertung von Fremdbefunden umsetze	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
3. die Schmerzanalyse einschließlich der gebietsbezogenen differentialdiagnostischen Abklärung der Schmerzkrankheiten durchführe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
4. die psychosomatische Diagnostik bei chronischen Schmerzpatienten vornehme	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
5. die eingehende Beratung gemeinsame Festlegung der Therapieziele durchführe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
6. invasive und nicht invasive Methoden der Akutschmerztherapie anwende	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
7. schmerztherapeutische Verfahren einsetze	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
8. Schmerzbewältigungstraining einschließlich Entspannungsverfahren anwende	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
9. einen inhaltlich und zeitlich gestuften Therapieplan einschließlich der zur Umsetzung des Therapieplanes erforderlichen interdisziplinären Koordination der Ärzte und sonstigen am Therapieplan zu beteiligenden Personen und Einrichtungen aufstelle	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
10. die standardisierte Dokumentation des schmerztherapeutischen Behandlungsverlaufes durchführe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
11. die medikamentöse Therapie über Kurzzeit, Langzeit und als Dauertherapie sowie in der terminalen Behandlungsphase durchgeführt habe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
12. die spezifische Pharmakotherapie bei 100 Patienten durchgeführt habe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
13. die multimodale Therapie in interdisziplinärer Zusammenarbeit bei 50 Patienten durchgeführt habe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

für das Land Brandenburg

14. diagnostische und therapeutische Lokal- und Leitungsanästhesie bei 25 Patienten durchgeführt habe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
15. Stimulationstechniken (z.B. TENS) bei 25 Patienten angewendet habe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
16. spezifische Verfahren der manuellen Diagnostik und physikalischen Therapie bei 25 Patienten angewendet habe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
17. an einem von der Ärztekammer anerkannten interdisziplinären Kurs über Schmerztherapie von 80 Stunden Dauer teilgenommen habe.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

b) zusätzlich für Fachgebiete mit konservativen Weiterbildungsinhalten:

Ich versichere, dass ich ...		
• die Entzugsbehandlung bei Medikamentenabhängigkeit bei 25 Patienten durchgeführt habe.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

c) zusätzlich für Fachgebiete mit operativen Weiterbildungsinhalten:

Ich versichere, dass ich ...		
• Denervationsverfahren und/oder augmentative Verfahren (z. B. Neurolyse, zentrale Stimulation) bei 25 Patienten durchgeführt habe.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

d) zusätzlich für Fachgebiete mit konservativ-interventionellen Weiterbildungsinhalten:

Ich versichere, dass ich ...		
• Plexus- und rückenmarksnahe Analgesien bei 50 Patienten durchgeführt habe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• davon Sympathikusblockaden bei 10 Patienten behandelt habe.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

für das Land Brandenburg

e) zusätzlich zu den Anforderungen gemäß den Buchstaben a) bis d) ist die Erfüllung der nachfolgend aufgeführten Voraussetzungen nachzuweisen:

Ich versichere, dass ich ...	
<ul style="list-style-type: none"> • eine ganztägige 12monatige Tätigkeit in einer entsprechend qualifizierten Schmerzpraxis, Schmerzambulanz oder einem Schmerzkrankenhaus absolviert habe 	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
oder	
<ul style="list-style-type: none"> • eine Tätigkeit in Teilzeit (max. 24 Monate) in einer entsprechend qualifizierten Schmerzpraxis, Schmerzambulanz oder einem Schmerzkrankenhaus absolviert habe 	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<ul style="list-style-type: none"> • regelmäßig – mindestens achtmal – an einer interdisziplinären Schmerzkonzferenz gem. § 5 Abs. 3 QSV innerhalb von 12 Monaten vor Antragstellung teilgenommen habe 	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<ul style="list-style-type: none"> • die Voraussetzungen für die Psychosomatische Grundversorgung gem. § 5 Abs. 6 der Psychotherapie-Vereinbarung (Anlage 1 BMV-Ä) erfüllt habe: <ul style="list-style-type: none"> - an Theorie Seminaren von mindestens 20-stündiger Dauer teilgenommen habe - die Reflektion der Arzt-Patient-Beziehung durch kontinuierliche Arbeit in Balint- oder patientenbezogenen Selbsterfahrungsgruppen von mindestens 30-stündiger Dauer absolviert habe - an der Vermittlung und Einübung verbaler Interventionstechniken von mindestens 30-stündiger Dauer teilgenommen habe. 	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

2. Anforderungen an den schmerztherapeutisch tätigen Arzt

Entsprechend § 5 QSV verpflichte ich mich,	
<ul style="list-style-type: none"> • an vier Tagen pro Woche mindestens je 4 Stunden schmerztherapeutische Sprechstunden / für Krankenhausärzte schmerztherapeutische Behandlung im Krankenhaus gem. § 5 Abs. 2 QSV vorzuhalten 	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<ul style="list-style-type: none"> • die ständige Rufbereitschaft während der Praxiszeiten zur Beratung der Schmerzpatienten zu gewährleisten 	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<ul style="list-style-type: none"> • den zuständigen Hausarzt des Patienten über den Behandlungsverlauf zeitnah, mindestens aber halbjährlich zu informieren 	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<ul style="list-style-type: none"> • zur konsiliarischen Beratung der gem. § 6 Abs. 2 QSV kooperierenden Ärzte zur Verfügung zu stehen 	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<ul style="list-style-type: none"> • achtmal im Jahr an einer interdisziplinären Schmerzkonzferenz i.S.v. § 5 Abs. 3 QSV teilzunehmen. 	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

für das Land Brandenburg

3. Schmerztherapeutische Behandlungsverfahren

Entsprechend § 6 Abs. 1 QSV verpflichte ich mich, den Einsatz der nachfolgenden obligaten schmerztherapeutischen Behandlungsverfahren vorzuhalten:		
• Pharmakotherapie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Therapeutische Lokalanästhesien	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Psychosomatische Grundversorgung gemäß der Psychotherapie-Vereinbarung (Differentialdiagnostische Klärung und verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Stimulationstechniken (z.B. TENS)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Koordination und Einleitung von psycho- und physiotherapeutischen Maßnahmen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Ich erkläre, dass ich die Einleitung und Koordination der nachstehenden flankierenden therapeutischen Maßnahmen bzw. deren Durchführung jeweils indikationsbezogen gewährleiste (§ 6 Abs. 2 QSV):		
therapeutische Maßnahme	wird selbst vorgehalten	Kooperationspartner (bitte angeben, sofern relevant)
• Manuelle Untersuchungs- und Behandlungsverfahren	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
• Physikalische Therapie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
• Therapeutische Leitungs-, Plexus- und rückenmarksnahe Anästhesien	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
• Sympatikusblockaden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

für das Land Brandenburg

Ich erkläre, dass ich die Einleitung und Koordination der nachstehenden flankierenden therapeutischen Maßnahmen bzw. deren Durchführung jeweils indikationsbezogen gewährleiste:		
therapeutische Maßnahme	wird selbst vorgehalten	Kooperationspartner (bitte angeben, sofern relevant)
• Rückenmarksnahe Opioidapplikation	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
• Denervationsverfahren und/oder augmentative Verfahren (z. B. Neurolyse, zentrale Stimulation)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
• Übende Verfahren (z. B. Autogenes Training)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
• Hypnose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
• Ernährungsberatung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
• minimal-invasive Interventionen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
• operative Therapie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
• Entzugsbehandlung bei Medikamentenabhängigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Anmerkung: Der Arzt muss mindestens drei dieser Behandlungsverfahren selbst vorhalten.

Entsprechend § 7 QSV verpflichte ich mich, jeden Behandlungsfall - einschließlich Schmerzanamnese und Behandlungsverlauf - mit den unter § 7 Abs. 1 QSV benannten Angaben standardisiert zu dokumentieren.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	---

4. Räumliche und apparative Voraussetzungen

Ich erfülle die nachfolgend aufgeführten räumlichen und apparativen Voraussetzungen (§ 9 QSV):	
• Rollstuhlgeeignete Praxis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
• Überwachungs- und Liegeplätze	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
• Reanimationseinheit einschließlich Defibrillator	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
• EKG- und Pulsmonitoring an jedem Behandlungsplatz, an dem invasive Verfahren durchgeführt werden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ort, Datum

Titel, Vorname, Name
(in Druckschrift)

Unterschrift