

# 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. 1 QSV aufgeführten Voraussetzungen zur fachlichen Befähigung erfülle und...                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                         |
| 1. besitze die Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung für ein klinisches Fach mit unmittelbarem Patientenbezug                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Nachweise beigelegt</b><br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 2. besitze die Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                               |
| 3. verfüge über nachfolgende aufgeführte Erfahrungen und Fertigkeiten<br><b>a.</b> Erhebung einer bio-psycho-sozialen Schmerzanamnese bei 100 Patienten<br><br><b>b.</b> Anwendung standardisierter und validierter Testverfahren und Fragebögen zur Schmerzanalyse und differentialdiagnostischen Abklärung der Schmerzkrankheiten einschließlich Detektion von Risikofaktoren für Schmerzchronifizierung bei 100 Patienten<br><br><b>c.</b> Vollständige körperliche Untersuchung und Funktionsstatus bei 100 Patienten<br><br><b>d.</b> Aufstellung eines inhaltlichen und zeitlich gestuften multimodalen Therapieplanes einschließlich der zur Umsetzung erforderlichen interdisziplinären, interprofessionellen und sozialmedizinischen Koordination bei 100 Patienten<br><br><b>e.</b> Initiierung, Modifizierung und / oder Beendigung medikamentöser Kurzzeit-, Langzeit- und Dauertherapie bei 100 Patienten | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                               |
| 4. habe an einem von der Ärztekammer anerkannten interdisziplinären Kurs über Schmerztherapie von 80 Stunden Dauer teilgenommen.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                               |

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

## für das Land Brandenburg

- b) zusätzlich zu den Anforderungen gemäß den Ziffern 1 bis 4  
**ist die Erfüllung der nachfolgend aufgeführten Voraussetzungen nachzuweisen:**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ich versichere, dass ich ...                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                            |
| <ul style="list-style-type: none"><li>eine ganztägige 12monatige Tätigkeit in einer entsprechend qualifizierten Schmerzpraxis, Schmerzambulanz oder einem Schmerzkrankenhaus absolviert habe</li></ul> oder <ul style="list-style-type: none"><li>eine Tätigkeit in Teilzeit (max. 24 Monate) in einer entsprechend qualifizierten Schmerzpraxis, Schmerzambulanz oder einem Schmerzkrankenhaus absolviert habe</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br><br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| <ul style="list-style-type: none"><li>regelmäßig – mindestens achtmal – an einer interdisziplinären Schmerzkonzferenz gem. § 5 Abs. 3 QSV innerhalb von 12 Monaten vor Anzeige teilgenommen habe</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                                  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>die Voraussetzungen für die Psychosomatische Grundversorgung gem. § 7 Abs. 1 der Psychotherapie-Vereinbarung (Anlage 1 BMV-Ä) erfülle und Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten im Umfang von mindestens 80 Stunden erworben habe, davon :<ul style="list-style-type: none"><li>20 Stunden theoretische Grundlagen</li><li>30 Stunden ärztliche Gesprächsführung mit verbalen Interventionstechniken und</li><li>30 Stunden Reflektion der Arzt-Patient-Beziehung durch kontinuierliche Arbeit in Balint- oder patientenbezogenen Selbsterfahrungsgruppen in regelmäßigen Abständen über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten</li></ul></li></ul> | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                                  |

## 2. Anforderungen an den schmerztherapeutisch tätigen Arzt

|                                                                                                                                                                                                                                            |                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Entsprechend § 5 Abs. 2 und Abs. 3 QSV verpflichte ich mich                                                                                                                                                                                |                                                           |
| <ul style="list-style-type: none"><li>an vier Tagen pro Woche mindestens je 4 Stunden schmerztherapeutische Sprechstunden / für Krankenhausärzte schmerztherapeutische Behandlung im Krankenhaus gem. § 5 Abs. 2 QSV vorzuhalten</li></ul> | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| <ul style="list-style-type: none"><li>die ständige Rufbereitschaft während der Praxiszeiten zur Beratung der Schmerzpatienten zu gewährleisten</li></ul>                                                                                   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| <ul style="list-style-type: none"><li>den zuständigen Hausarzt des Patienten über den Behandlungsverlauf zeitnah, mindestens aber halbjährlich zu informieren</li></ul>                                                                    | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| <ul style="list-style-type: none"><li>zur konsiliarischen Beratung der gem. § 6 Abs. 2 QSV kooperierenden Ärzte zur Verfügung zu stehen</li></ul>                                                                                          | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| <ul style="list-style-type: none"><li>achtmal im Jahr an einer interdisziplinären Schmerzkonzferenz teilzunehmen.</li></ul>                                                                                                                | <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 <b>schmerztherapeutischen Behandlungsverfahren</b> vorzuhalten:                           |                             |                               |
| • Pharmakotherapie                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • Therapeutische Lokalanästhesien                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • Psychosomatische Grundversorgung gemäß der Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung) (Anlage 1 BMV-Ä) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • Stimulationstechniken                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • Koordination und Einleitung von psycho- und physiotherapeutischen Maßnahmen                                                                                                       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

| Entsprechend § 6 Abs. 2 QSV erkläre ich, dass ich die Einleitung und Koordination der nachstehenden <b>flankierenden therapeutischen Maßnahmen</b> bzw. deren Durchführung jeweils indikationsbezogen gewährleiste (fakultative schmerztherapeutische Behandlungsverfahren): |                                                           |                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| 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 |                                                      |
| • Invasive Verfahren (z.B. Leitungsanalgesie, rückenmarksnahe Verfahren, Sympatikus-blockaden)                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |                                                      |
| • Anwendung von Capsaicin 8% als Schmerzpflaster                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |                                                      |
| • Einstellung und Befüllung von implantierten Medikamentenpumpen                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |                                                      |
| • Übende Verfahren (z. B. Progressive Muskelrelaxation, Autogenes Training)                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |                                                      |

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

## für das Land Brandenburg

Entsprechend § 6 Abs. 2 QSV erkläre ich, 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) |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| • Hypnose                                        | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |                                                      |
| • Ernährungsberatung                             | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |                                                      |
| • Entzugsbehandlung bei Medikamentenabhängigkeit | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |                                                      |
| • Komplementäre Verfahren (z. B. Akupunktur)     | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |                                                      |

Der Arzt muss entsprechend § 6 Absatz 2 Sätze 2 und 3 QSV mindestens drei dieser fakultativen schmerztherapeutischen Behandlungsverfahren vorhalten. Die nicht vorgehaltenen fakultativen schmerztherapeutischen Behandlungsverfahren können in Kooperation mit anderen Ärzten erbracht werden.

|                                                                                                                                                                                                            |                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 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

|                                                                                                           |                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Entsprechend § 9 QSV erfülle ich die nachfolgend aufgeführten räumlichen und apparativen Voraussetzungen: |                                                           |
| • 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