

Landesärztekammer Thüringen

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Postfach 10 07 40
07707 JenaTelefon: 03641 614-123
Fax: 03641 614-129
Internet: www.laek-thueringen.de
Email: weiterbildung@laek-thueringen.de

Antrag auf Erteilung einer Ermächtigung zur Weiterbildung in der Zusatz-Weiterbildung Spezielle Schmerztherapie

A. Allgemeines

Name: _____ Vorname: _____ Titel: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

E-Mail (dienstlich): _____

Telefon (dienstlich): _____

Liegt ein gültiges Fortbildungszertifikat vor ja nein * Gültigkeitsende _____Privatanschrift

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____ Tel.: _____

Anschrift/en der zukünftigen Weiterbildungsstätte/n

Name _____ Name _____

Abt. _____ Abt. _____

Straße _____ Straße _____

PLZ/Ort _____ PLZ/Ort _____

Name _____

Abt. _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Vollzeittätigkeit: ja nein * Teilzeittätigkeit: ja nein * Anzahl der Stunden / Woche: _____

niedergelassen/angestellt MVZ seit: _____ als: _____

Wenn in MVZ – Leiter des MVZ: _____

Verbund/Gemeinsame Ermächtigung zur Weiterbildung ja nein *

Wenn ja, mit wem: _____

* Zutreffendes ankreuzen

Spezielle Schmerztherapie

B. Berufliche Angaben des Antragstellers

Dienststellung _____ seit _____

Facharztanerkennung _____ seit _____
 (wird von LÄK ausgefüllt) _____ seit _____

Teilgebietsanerkennung _____ seit _____
 (wird von LÄK ausgefüllt) _____ seit _____

Anerkennung der Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie _____ seit _____
 (kann von der Geschäftsstelle eingetragen werden)

Anerkennung weiterer Zusatzbezeichnungen _____ seit _____
 (wird von LÄK ausgefüllt) _____ seit _____

C. Bitte fügen Sie bei Erstantragstellung Ihren **Beruflichen Werdegang** stichwortartig als **Anlage 1** bei.

D. Struktur der Weiterbildungsstätte

Klinik/Abteilung

Maximalversorger ja nein *

Grund- und Regelversorger ja nein *

Ambulante Sprechstunde ja nein *

vertragsärztliche Versorgung

Liegt eine Qualitätssicherungsvereinbarung vor? ja nein *

(Qualitätsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gem. § 135 Abs. 2 SGBV*)

E. Personelle Besetzung der Weiterbildungsstätte/Angaben zu Kooperationspartnern

1. Fachärzte

Fachärzte (gesamt VK) _____ davon mit Zusatzbezeichnung _____

Weiterbildungsassistenten (gesamt VK) _____

2. Zahl der Psychotherapeuten

Psychologische Psychotherapeuten (gesamt VK) _____

in Kooperation ja nein *

* Zutreffendes ankreuzen

Spezielle Schmerztherapie

Ärztliche Psychotherapeuten (gesamt VK) _____

in Kooperation

ja nein *

3. Zahl der Bewegungstherapeuten (gesamt VK) _____

in Kooperation

ja nein *

F. Spezielle Angaben zur Weiterbildungsstätte

1. Weiterbildungsstätte

Bitte beschreiben Sie die Kooperation mit dem unter E. genannten Personal genauer.

Qualifikation der in die interdisziplinäre Zusammenarbeit eingebundenen Fachvertreter:

Name:

Qualifikation

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Bitte mindestens zwei verschiedene exemplarische, anonymisierte Behandlungsverläufe als **Anlage 2** beifügen. (einschl. Angaben einzelner Zeiten)

Bitte um Vorlage jeweils eines anonymisierten Schmerzfragebogens als **Anlage 3**.

Werden durch Sie bzw. Ihre Einrichtung interdisziplinäre Schmerzkonferenzen veranstaltet?

ja nein *

Wie viele Schmerzkonferenzen werden pro Jahr veranstaltet?

* Zutreffendes ankreuzen

2. Ausführliche Angaben zur psychotherapeutischen Betreuung
(Diagnostik- und Diagnostikinstrumente, Krankheits- bzw. Behandlungsspektrum)

3. Ausführliche Angaben zu bewegungstherapeutischen Betreuung

4. Fortbildung

In welcher Form und Umfang ermöglichen Sie allen Ihrem Team beteiligten Mitarbeitern interne und externe Fortbildung?

G. Weiterbildungsprogramm (siehe Anlage 4)

Zeitliche Strukturierung der Weiterbildung (mindestens 3 Monatsabschnitte) mit Zuordnung der jeweils vermittelbaren Inhalte.

* Zutreffendes ankreuzen

H. Vertretung (nur bei stationärer Weiterbildung)

Wer vertritt den ermächtigten Arzt im Fall seiner Verhinderung durch Urlaub, Kongresse oder Krankheit im Rahmen der Weiterbildung? (Name, Gebiet, Ort)

Ist die Absprache mit dem oben genannten Vertreter erfolgt?

ja nein *

I. Beantragt werden

Weiterbildungsermächtigung für _____ Monate Spezielle Schmerztherapie

Bisher anerkannte Weiterbildungszeit _____ Monate Spezielle Schmerztherapie

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel

Die Angaben sind erforderlich, um zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die persönliche Weiterbildungsermächtigung vorliegen. Rechtsgrundlage ist die Weiterbildungsordnung für die Ärzte Thüringens § 5 Abs. 5.

Gleichzeitig erfolgt die Beantragung der Zulassung als Weiterbildungsstätte

(§ 6 Weiterbildungsordnung für das Land Thüringen vom 18.03.2020):

Gemäß § 1 Gebührenordnung der Landesärztekammer Thüringen wird für die Beantragung der Zulassung als Weiterbildungsstätte eine Gebühr fällig.

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel

Haben Sie beigefügt?

- Beruflicher Werdegang
- exemplarischer, anonymer Behandlungsverlauf
- standardisierter, anonymer Schmerzbogen
- Leistungsstatistik
- Weiterbildungsprogramm

* Zutreffendes ankreuzen

Spezielle Schmerztherapie

Teil 2**Leistungsstatistik** (der letzten 12 Monate)

Zeitraum vom _____ bis _____

Fallzahl pro Jahr _____

1. Behandlungsspektrum

Fallzahl pro Jahr

Tumorschmerzen _____

Schmerzen des Stütz- und Bewegungsapparates _____

Kopf- und Gesichtsschmerz _____

Neuropathischer und Deafferentierungsschmerz,
Sympathisch unterhaltender Schmerz (CRPS, SMP, SIP),
ZNS-bedingter Schmerz _____

Schmerzen bei peripheren Durchblutungsstörungen (z.B. PAVK) _____

Viszeraler Schmerz _____

Psychogener Schmerz (z.B. somatoformes Schmerzsyndrom) _____

2. Welche Therapieformen werden routinemäßig durchgeführt?

spezifische schmerzbezogene Pharmakotherapie _____

Multimodale Schmerztherapien (incl. Gruppenbetreuung) * _____

diagnostische und therapeutische Lokal- und Leitungsanästhesien
einschließlich Plexus brachialis- und Plexus lumbalis Blockaden _____

Periphere und rückenmarksnahe Blockadeverfahren, Sympathikusblockaden _____

Stimulationstechniken (z.B. TENS, Akupunktur) _____

spezifische Verfahren der manuellen Medizin und der Physikalischen Therapie _____

Entspannungsverfahren (PMR, autogenes Training) und Hypnose u. a. _____

Verhaltenstherapeutische Verfahren (Edukation, kognitiv-behaviorale Verfahren) _____

Denervations- und augmentative Verfahren (z. B. Neurolyse, zentrale Stimulation) _____

Entzug bei Medikamentenabhängigkeit/-fehlgebrauch _____

Port-, Pumpen- und/oder Stimulatorimplantationen _____

*Multimodale Schmerztherapie analog zu den Kriterien der Ad-hoc-Kommission Multimodale interdisziplinäre Schmerztherapie.

* Zutreffendes ankreuzen

Spezielle Schmerztherapie

Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz (siehe Anlage 5)

Die Zahlen-Angaben aus dem Block Diagnostik des Schmerzes in der Antragsstellung sollen durch einen Auszug aus dem DRG- oder OPS-Kataloges mit Unterschrift des zuständigen Controllers für den stationären Bereich ausschließlich für die angegebenen Zahlen als Nachweis beigebracht werden, im ambulanten Bereich ist ein Auszug aus den Abrechnungsziffern (30.7) beizubringen

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel

Anlage 5

Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Kann vermittelt werden*	Zahlen Einrichtung
Übergreifende Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Spezielle Schmerztherapie			
Neurophysiologische Grundlagen der Schmerzentstehung und Schmerzverarbeitung einschließlich der Schmerzchronifizierung			
Bio-psycho-soziales Schmerzverständnis			
Ursachen, Epidemiologie und Prävention chronischer Schmerzen einschließlich genetischer, geschlechtsbezogener und psychosozialer Zusammenhänge			
Wirkmechanismen und Evidenzlage von medikamentösen, physiotherapeutischen, psychotherapeutischen, interventionellen und komplementärmedizinischen Verfahren			
	Standardisierte Erfassung und Verlaufsdokumentation		
	Schmerzmedizinische Gutachtenerstellung einschließlich der Klärung relevanter sozialmedizinischer Fragestellungen		
	Teilnahme an interdisziplinären Schmerzkonferenzen		
Diagnostik des Schmerzes			
	Erhebung einer bio-psycho-sozialen Schmerzanamnese		
	Anwendung standardisierter und validierter Testverfahren und Fragebögen		
	Vollständige körperliche Untersuchung und Funktionsstatus		
Spezifische Schmerztherapie			
Besonderheiten bei Patienten mit psychischen und somatischen Komorbiditäten und Störungen einschließlich Suchterkrankungen			
Besonderheiten der Schmerzbehandlung bei Kindern und Jugendlichen			
Besonderheiten der Schmerzbehandlung des alternden Menschen			
Spezielle Pathophysiologie und Differentialdiagnose des neuropathischen Schmerzes			

* Zutreffendes ankreuzen

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Kann vermittelt werden*	Zahlen Einrichtung
Spezielle Pathophysiologie und Differentialdiagnose primärer und sekundärer Kopf- und Gesichtsschmerzen einschließlich der Kopfschmerzen durch Medikamente und toxische Substanzen			
Spezielle Pathophysiologie und Differentialdiagnose von Rückenschmerzen, Gelenkschmerzen und Muskelschmerzen einschließlich Fibromyalgie			
Schmerzhafte Erkrankungen des Gefäßsystems			
Thorakale Schmerzsyndrome			
Viszerale Schmerzen			
Urogenitale Schmerzsyndrome			
Somatoforme Schmerzsyndrome			
	Indikationsstellung physiotherapeutischer, psychotherapeutischer, interventioneller und komplementärmedizinischer Verfahren		
	Eingehende Beratung und partizipative Entscheidungsfindung einschließlich Festlegung von Therapiezielen		
	Schmerzedukation, auch mit Klärung von aufrechterhaltenden psychosozialen Einflussfaktoren		
	Aufstellung eines inhaltlich und zeitlich gestuften multimodalen Therapieplanes einschließlich der zur Umsetzung erforderlichen interdisziplinären, interprofessionellen und sozialmedizinischen Koordination		
	Initiierung, Modifizierung und/oder Beendigung medikamentöser Kurzzeit-, Langzeit-, und Dauertherapie, davon		
	- Langzeit- oder Dauertherapie mit standardisierter Dokumentation des schmerztherapeutischen Behandlungsverlaufs, davon		
	- in einer terminalen Behandlungsphase einer palliativen Situation		
Medikamentenmissbrauch und Medikamentenabhängigkeit			
	Entzugsbehandlungen		

Die Zahlen-Angaben aus dem Block Diagnostik des Schmerzes in der Antragsstellung sollen durch einen Auszug aus dem DRG- oder OPS-Kataloges mit Unterschrift des zuständigen Controllers für den stationären Bereich ausschließlich für die angegebenen Zahlen als Nachweis beigebracht werden, im ambulanten Bereich ist ein Auszug aus den Abrechnungsziffern (30.7) beizubringen.

* Zutreffendes ankreuzen