

Erweiterter Landesausschuss
der Ärzte, der Krankenhäuser und der Krankenkassen
in der Freien und Hansestadt Hamburg
Geschäftsstelle
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg

Arzt- /Krankenhausstempel

**Nachweis der fachlichen Befähigung für die Erbringung von
schmerztherapeutischen Leistungen
im Rahmen der ASV – Tumoren der Lunge und des Thorax**

Hinweis: Der Behandlungsumfang ergibt sich erkrankungs- oder leistungsbezogen aus dem Appendix der Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax. ASV-Berechtigte sind daher nur berechtigt Leistungen anzuzeigen und zu erbringen, die gemäß diesem Appendix zum Behandlungsumfang der jeweiligen Arztgruppe gehören. Die verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und schließen auch Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.

Die Anzeige erfolgt für:

Name, Vorname, ggf. Titel

Fachgebiet

ASV-Team, ggf. ASV-Teamnummer

Die Leistungen werden am Tätigkeitsort der Teamleitung erbracht:

☐

ja

☐

nein, Leistungen werden am folgenden **Tätigkeitsort** erbracht:

.....

.....

.....

Angabe der Anschrift: Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

Leistungen, die im Rahmen der ASV erbracht werden sollen

- ☐ schmerztherapeutischen Leistungen (GOP 30700, 30702 EBM)

Fachliche Qualifikation - Facharzturkunde ist der Anzeige beizufügen

Ich bin Fachärztin/Facharzt für

- ☐ Innere Medizin und Pneumologie
☐ Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
☐ Thoraxchirurgie
☐ Herzchirurgie
☐ Innere Medizin und Kardiologie
☐ Anästhesiologie

weitere Qualifikationsnachweise - sind der Anzeige beizufügen

- Fachliche Befähigung zur Erbringung der psychosomatischen Grundversorgung gem. § 5, Abs. 6 der Psychotherapievereinbarung (Anl. 1 BMV-Ä/EKV).
- Erwerb der fachlichen Befähigung gem. § 4 der Schmerztherapie-Vereinbarung wie nachfolgend dargestellt. **Entsprechende Zeugnisse / Bescheinigungen sind beizufügen.**

Ärztliche Tätigkeit nach der Approbation:

(ggf. bitte ein Extrablatt benutzen)

Krankenhaus Abt. / Einrichtung	von / bis	davon spezielle schmerztherapeutische Tätigkeit von / bis

a) Für alle Fachgebiete

- Erhebung einer standardisierten Schmerzanamnese einschl. der Auswertung von Fremdbefunden bei 100 Patienten
- Durchführung der Schmerzanalyse einschl. der gebietsbezogenen differentialdiagnostischen Abklärung der Schmerzkrankheiten bei 100 Patienten
- Eingehende Beratung und gemeinsame Festlegung der Therapieziele bei 100 Patienten
- Aufstellung eines inhaltlich und zeitlich gestuften Therapieplanes einschl. der zur Umsetzung des Therapieplanes erforderlichen interdisziplinären Koordination der Ärzte und sonstigen am Therapieplan zu beteiligenden Personen oder Einrichtungen bei 50 Patienten.
- Standardisierte Dokumentation des schmerztherapeutischen Behandlungsverlaufs bei 50 Patienten
- Medikamentöse Therapie über Kurzzeit, Langzeit oder als Dauertherapie sowie in der terminalen Behandlungsphase bei 25 Patienten
- Spezifische Pharmakotherapie bei 50 Patienten
- Simulationstechniken (z.B. TENS) bei 50 Patienten
- Diagnostische und therapeutische Lokal- und Leitungsanästhesie bei 200 Patienten
- Spezielle Verfahren der manuellen Diagnostik und physikalischen Therapie bei 50 Patienten
- Teilnahme an einem von der Ärztekammer anerkannten interdisziplinären Kurs über Schmerztherapie von 80 Stunden Dauer

b) Für Fachgebiete mit konservativen Weiterbildungsinhalten zusätzlich:

- Entzugsbehandlung bei Medikamentenabhängigkeit bei 20 Patienten
- Spezifische psychosomatische und übende Verfahren bei 25 Patienten

c) Für Fachgebiete mit operativen Weiterbildungsinhalten zusätzlich:

- Denervationsverfahren und / oder augmentative Verfahren (z.B. Neurolyse, zentrale Stimulation) bei 20 Patienten

d) Für Fachgebiete mit konservativ-interventionellen Weiterbildungsinhalten

- Sympathikusblockaden bei 50 Patienten
- Plexus- und rückenmarksnahe Analgesien bei 50 Patienten

Ich habe in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung an folgenden *interdisziplinären Schmerzkongressen* teilgenommen (min. 8 Schmerzkongresse, Nachweise liegen bei):

Ich war über 12 Monate ganztägig in einer qualifizierten Schmerzpraxis, Schmerzzentrale oder Schmerzkrankenhaus entsprechend der Anlage I zur Schmerztherapie-Vereinbarung tätig; Nachweise liegen bei (§ 4 Abs. 3 Nr. 1 Schmerztherapie-Vereinbarung).

Die Erhebung einer standardisierten Anamnese einschließlich Auswertung von Fremdbefunden, Durchführung einer Schmerzanalyse, differentialdiagnostische Abklärung der Schmerzkrankheit und die Aufstellung eines inhaltlich und zeitlich gestuften Therapieplanes führe ich in meiner Praxis/der Klinik durch (§ 5 Abs. 1 Schmerztherapie-Vereinbarung).

Anforderungen an die räumliche Ausstattung

Ich bestätige, dass die folgenden Anforderungen an die räumliche Ausstattung erfüllt sind:

- Die Praxis/Klinik ist rollstuhlgerecht eingerichtet
- Reanimationsmöglichkeit einschl. Defibrillator ist vorhanden
- EKG- und Pulsmonitoring sind an jedem Behandlungsplatz vorhanden, an dem invasive Verfahren durchgeführt werden.

An folgenden Tagen werden regelmäßig schmerztherapeutische Sprechstunden abgehalten (§ 5 Abs. 2 Schmerztherapie-Vereinbarung):

Wochentag:

Stundenzahl:

- | | |
|---------|-------|
| • _____ | _____ |
| • _____ | _____ |
| • _____ | _____ |
| • _____ | _____ |

Eine Rufbereitschaft zur Beratung meiner Schmerzpatienten außerhalb der Sprechstunde und zur konsiliarischen Beratung der überweisenden Ärzte habe ich wie folgt geregelt (§ 5 Abs. 2 Schmerztherapie-Vereinbarung):

In der Praxis stehen _____ Überwachungs- und Liegeplätze zur Verfügung.
(Anzahl)

Folgendes qualifiziertes Personal zur Assistenz und Überwachung bei schmerztherapeutischen Eingriffen steht zur Verfügung:

(Name, Qualifikation)

Organisatorische Anforderungen

Ich verpflichte mich, die folgenden organisatorischen Anforderungen zu erfüllen:

Es werden folgende obligate schmerztherapeutische Behandlungsverfahren durchgeführt:

- Pharmakotherapie
- Therapeutische Lokalanästhesie
- Psychosomatische Grundversorgung gem. Psychotherapie-Vereinbarung
- Stimulationstechniken (z.B. TENS)
- Koordination und Einleitung von psycho- und physiotherapeutischen Maßnahmen

Die folgenden, in § 6 Abs. 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie genannten, fakultativen schmerztherapeutischen Behandlungsverfahren werden in eigener Praxis / Klinik oder in Kooperation mit anderen Vertragsärzten / Kliniken erbracht:

(Min. 3 fakultative Schmerztherapeutische Behandlungsverfahren müssen in eigener Praxis / der Klinik erbracht werden).

Verfahren	wird in Praxis / Klinik erbracht <small>(bitte ankreuzen)</small>	wird in Kooperation mit Vertragsarzt / Klinik erbracht <small>(bitte Name u. Adresse eintragen)</small>
Manuelle Untersuchungs- und Behandlungsverfahren	<input type="checkbox"/>	_____ _____
Physikalische Therapie	<input type="checkbox"/>	_____ _____
Therapeutische Leitungs- ,Plexus- und rückenmarksnahe Anästhesien	<input type="checkbox"/>	_____ _____
Sympatikusblockaden	<input type="checkbox"/>	_____ _____
Rückenmarksnahe Opioidapplikation	<input type="checkbox"/>	_____ _____
Denervationsverfahren und/oder augmentative Verfahren	<input type="checkbox"/>	_____ _____
Übende Verfahren	<input type="checkbox"/>	_____ _____
Hypnose	<input type="checkbox"/>	_____ _____

Ernährungsberatung

☐

Minimal-invasive Intervention

☐

Operative Therapie

☐

Entzugsbehandlung bei Medikamentenabhängigkeit

☐

Einverständniserklärung

Für die Erteilung der fachlichen Befähigung für die Erbringung von schmerztherapeutischen Leistungen ist die erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium erforderlich ist und ich stimme der Durchführung dieses Kolloquiums zu (§ 4 Abs. 3 Nr. 4 der Schmerztherapie-Vereinbarung).

Rechtlicher Hintergrund

Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gem. § 135 Abs. 2 SGB V
Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V - ASV-RL.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben:

Datum

Unterschrift Teammitglied