

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 beigelegt.**

### **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 standarisierten Schmerzanamnese einschl. der Auswertung von Fremdbeunden 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.
- Standariserte 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 Schmerzkonferenzen* teilgenommen (min. 8 Schmerzkonferenzen, Nachweise liegen bei):

---

---

---

Ich war über 12 Monate ganztägig in einer qualifizierten Schmerzpraxis, Schmerzambulanz 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 rollstuhlgeeignet 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 \_\_\_\_\_