

Logbuch

Zusatz-Weiterbildung Spezielle Schmerztherapie

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

49. Zusatz-Weiterbildung Spezielle Schmerztherapie

Definition	Die Zusatz-Weiterbildung Spezielle Schmerztherapie umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Erkennung und interdisziplinäre Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten, bei denen der Schmerz seine Leit- und Warnfunktion verloren und einen selbstständigen Krankheitswert erlangt hat. Die Zusatz-Weiterbildung vermittelt zusätzliche gebietserweiternde Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten.
Mindestanforderungen gemäß § 11 WBO	<ul style="list-style-type: none"> - Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung und zusätzlich - 12 Monate Spezielle Schmerztherapie unter Anleitung eines Weiterbildungsermächtigten in Spezieller Schmerztherapie und zusätzlich - 80 Stunden Kurs-Weiterbildung gemäß § 5 Abs. 10 in Spezieller Schmerztherapie

Übergangsbestimmung:

§ 22 Abs. 5 findet nur Anwendung für Fachärzte in den Gebieten Arbeitsmedizin, Nuklearmedizin, Öffentliches Gesundheitswesen, Radiologie und Transfusionsmedizin und gilt mit der Maßgabe, dass die Kurs-Weiterbildung zusätzlich nachzuweisen ist.

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Zusatz-Weiterbildung Spezielle Schmerztherapie

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Weiterbildungsinhalte der Zusatz-Weiterbildung

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl	nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverant- wortlich durchführen	nicht vermittelt
A. Allgemeine Inhalte der Weiterbildung für Abschnitt C								
1. Übergreifende Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Spezielle Schmerztherapie								
Neurophysiologische Grundlagen der Schmerzentstehung und Schmerzverarbeitung einschließlich der Schmerzchronifizierung				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Bio-psycho-soziales Schmerzverständnis				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Ursachen, Epidemiologie und Prävention chronischer Schmerzen einschließlich genetischer, geschlechtsbezogener und psychosozialer Zusammenhänge				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Wirkmechanismen und Evidenzlage von medikamentösen, physiotherapeutischen, psychotherapeutischen, interventionellen und komplementärmedizinischen Verfahren				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Standardisierte Erfassung und Verlaufsdokumentation					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Zusatz-Weiterbildung Spezielle Schmerztherapie

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl	nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverant- wortlich durchführen	nicht vermittelt
	Schmerzmedizinische Gutachtenerstellung einschließlich der Klärung relevanter sozialmedizinischer Fragestellungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Teilnahme an interdisziplinären Schmerzkonferenzen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Diagnostik des Schmerzes								
	Erhebung einer bio-psycho-sozialen Schmerzanamnese	100				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Anwendung standardisierter und validierter Testverfahren und Fragebögen	100				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vollständige körperliche Untersuchung und Funktionsstatus	100				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Spezifische Schmerztherapie								
Besonderheiten bei Patienten mit psychischen und somatischen Komorbiditäten und Störungen einschließlich Suchterkrankungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Besonderheiten der Schmerzbehandlung bei Kindern und Jugendlichen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Besonderheiten der Schmerzbehandlung des alternden Menschen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Zusatz-Weiterbildung Spezielle Schmerztherapie

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl	nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverant- wortlich durchführen	nicht vermittelt
Spezielle Pathophysiologie und Differentialdiagnose des neuropathischen Schmerzes				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Spezielle Pathophysiologie und Differentialdiagnose primärer und sekundärer Kopf- und Gesichtsschmerzen einschließlich der Kopfschmerzen durch Medikamente und toxische Substanzen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Spezielle Pathophysiologie und Differentialdiagnose von Rückenschmerzen, Gelenkschmerzen und Muskelschmerzen einschließlich Fibromyalgie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Schmerzhafte Erkrankungen des Gefäßsystems				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Thorakale Schmerzsyndrome				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Viszerale Schmerzen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Urogenitale Schmerzsyndrome				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Somatoforme Schmerzsyndrome				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Zusatz-Weiterbildung Spezielle Schmerztherapie

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl	nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverant- wortlich durchführen	nicht vermittelt
	Indikationsstellung physiotherapeutischer, psychotherapeutischer, interventioneller und komplementärmedizinischer Verfahren					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Eingehende Beratung und partizipative Entscheidungsfindung einschließlich Festlegung von Therapiezielen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schmerzedukation, auch mit Klärung von aufrechterhaltenden psychosozialen Einflussfaktoren					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aufstellung eines inhaltlich und zeitlich gestuften multimodalen Therapieplanes einschließlich der zur Umsetzung erforderlichen interdisziplinären, interprofessionellen und sozialmedizinischen Koordination	100				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Initiierung, Modifizierung und/oder Beendigung medikamentöser Kurzzeit-, Langzeit-, und Dauertherapie, davon	100				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Langzeit- oder Dauertherapie mit standardisierter Dokumentation des schmerztherapeutischen Behandlungsverlaufs	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Zusatz-Weiterbildung Spezielle Schmerztherapie

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl	nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverant- wortlich durchführen	nicht vermittelt
Medikamentenmissbrauch und Medikamentenabhängigkeit				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Entzugsbehandlungen	10				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten