

**KRANKENHAUS**

**Erhebungsbogen zum Antrag**  
**auf Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis**  
**im Bereich**

**Spezielle Schmerztherapie**

---

A. **UMFANG DER BEFUGNIS**

Beantragt wird die Befugnis zur Weiterbildung im zeitlichen Umfang von  
\_\_\_\_\_ **(Angabe in Monaten)**

B. **ANGABEN ZUR PERSON:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.am: \_\_\_\_\_

Anschrift der Klinik / Klinikabteilung:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Privatanschrift: \_\_\_\_\_

Anerkennung als Facharzt/Fachärztin für:

\_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Anerkennung der Bezeichnung  
Spezielle Schmerztherapie

seit: \_\_\_\_\_

weitere Anerkennungen gemäß Weiterbildungsordnung:

\_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

**BERUFLICHE STELLUNG:**

Voll-  Teilzeittätigkeit als: \_\_\_\_\_

seit \_\_\_\_\_

Dienststellung in der Abteilung: \_\_\_\_\_

Bitte Einzelheiten zum beruflichen Werdegang als gesonderte **ANLAGE** beifügen !

Weisungsbefugt gegenüber nachgeordneten Ärzten?

Nein /  Ja

Vertragsärztliche Ermächtigung?

Nein /  Ja, welche

Sind / waren Sie bereits zu einem früheren Zeitpunkt für eine Qualifikation zur Weiterbildung befugt?

Ja /  Nein

Falls Ja, bitte angeben:

Weiterbildungsstätte \_\_\_\_\_

Zeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

zeitlicher Umfang \_\_\_\_\_ Monate

**C. ANGABEN ZUR KRANKENHAUSABTEILUNG / WEITERBILDUNGSSTÄTTE:**

**1. Einbindung der Abteilung in die Krankenhausstruktur  
(selbständig / zugeordneter Funktionsbereich etc.)**

**2. Anzahl der Betten sowie besondere apparative Ausstattung  
der schmerztherapeutischen Abteilung**

Bitte Angaben hierzu als **ANLAGE 1** beifügen !

**3. Fachliche Schwerpunkte der schmerztherapeutischen Abteilung**  
Bitte detaillierte Angaben zu den in der Klinik eingesetzten Verfahren  
als **ANLAGE 2** beifügen !

**4. Möglichkeiten zur Fachinformationen**

Bibliothek mit gängiger Fachliteratur  Nein /  Ja, welche

Nutzung von Datennetzen  Nein /  Ja, welche

Regelmäßige Klinikfortbildung  Nein /  Ja, welche

**Genauere Aufstellung als ANLAGE 3 beifügen !**

**D. ANGABEN ZUR STRUKTURIERUNG DER WEITERBILDUNG IN IHRER ABTEILUNG:**

1. Bitte strukturierten Weiterbildungsplan als **gesonderte ANLAGE** beifügen !

2. Ist für die Absolvierung der Weiterbildung in Ihrer Abteilung eine Rotation erforderlich?

Ja  NEIN

Wenn ja, ist die Rotation für die Weiterzubildenden organisatorisch gesichert?

JA  NEIN

3. Wie wird die Weiterbildung – unter Berücksichtigung des § 8 Abs. 2 – dokumentiert ?

- in Form des Logbuches  
 in Form eines eigenen Dokumentationssystems

**E. ANGABEN ZUR PERSONELLEN BESETZUNG:**

<b>Gesamtzahl der Ärzte</b>	_____	davon beteiligt an der WB-Vermittlung	_____
<b>Oberärzte</b>	_____	davon mit Facharztanerkennung	_____
<b>Assistenzärzte</b>	_____	davon mit Facharztanerkennung	_____

**Konsiliarärzte für die schmerztherapeutische Abteilung**

Nein /  Ja, welche Fachrichtung

---

---

---

**F. PERSÖNLICHE UND FACHLICHE EIGNUNG:**

1. Lehrtätigkeit in Aus-, Weiter- und Fortbildung in den letzten 5 Jahren

- Nein  
 Ja (welche:)

---

---

---

2. wissenschaftlichen Studien in den letzten 5 Jahren:

- Nein  
 Ja (welche:)

---

---

---

3. Fortbildungsnachweis der letzten 2 Jahre:

Bitte Punktekontoauszug der Fortbildungsakademie als **gesonderte ANLAGE** beifügen.

**4. Teilnahme an Qualitätszirkeln:**

- Nein  
 Ja (welche:)

---

---

---

**5. Teilnahme an Schmerzkonferenzen:**

- Nein  
 Ja (welche / Daten:)

---

---

---

**G. ALLGEMEINE STATISTISCHE ANGABEN DER ABTEILUNG <sup>1</sup>:**

1. Fallzahl pro Jahr \_\_\_\_\_  
2.1 davon stationär \_\_\_\_\_  
2.2 davon ambulant \_\_\_\_\_  
3. Konsiliarisch betreute Patienten \_\_\_\_\_

**Spezielles Leistungsspektrum / Jahresstatistik des Vorjahres  
(bei operativen Fächern OP-Statistik)**

Bitte genaue Angaben als **ANLAGE 4** beifügen !

Bitte Ausdruck des aktuellen Qualitätsberichtes der Abteilung als **gesonderte ANLAGE** beifügen !

Hamburg, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel  
des/derAntragstellers/-stellerin

<sup>1</sup> Nachweis einer regelmäßigen und überwiegenden Tätigkeit im Bereich der „Speziellen Schmerztherapie“ im Sinne des 5 8 Abs. 2 WBO.

Die schmerztherapeutische Einrichtung soll mindestens 100 Patienten pro Jahr neu in die Behandlung aufnehmen. Die Gesamtpatientenzahl soll 300 pro Jahr betragen, wobei auch die Konsiliarbehandlungsfälle, die den Kriterien der speziellen Schmerztherapie entsprechen, berücksichtigt werden (vergl. § 1 Abs. 2 Nr. 2 der Befugnikriterien)



**ANLAGE 2**

Name und Stempel der/des  
Antragstellerin/-stellers:

**Detaillierte Angaben zu den schmerztherapeutischen  
Verfahren, die in der Klinik eingesetzt werden**

**HINWEIS:** Anzugeben ist der Einsatz von 6 aus 9 schmerztherapeutischen Verfahren gemäß den Bestimmungen der Weiterbildungsordnung. Für die restlichen 3 Verfahren muss die/der zur Weiterbildung befugte Ärztin/Arzt in Kooperation mit anderen Einrichtungen die Vermittlung der Kenntnisse und Erfahrungen gewährleisten (vergl. § 1 Nr. 3 VII der Befugnis-kriterien)

1. Entzugsbehandlungen bei Medikamentenabhängigkeit

NEIN

JA (welche / in welcher Häufigkeit pro Jahr):

---

---

---

2. Spezifische Pharmakotherapie

NEIN

JA (welche / in welcher Häufigkeit pro Jahr):

---

---

---

3. Spezifische psychosomatische und übende Verfahren

NEIN

JA (welche / in welcher Häufigkeit pro Jahr):

---

---

---

4. Diagnostische und therapeutische Lokal- und Leitungsanästhesie

NEIN

JA (welche / in welcher Häufigkeit pro Jahr):

---

---

---

5. Stimulationstechniken, z.B. TENS

NEIN

JA (welche / in welcher Häufigkeit pro Jahr):

---

---

---

## 6. Spezifische Verfahren der manuellen Diagnostik und physikalischen Therapie

 NEIN JA (welche / in welcher Häufigkeit pro Jahr):

---

---

---

## 7. Denervationsverfahren und/oder augmentative Verfahren (z.B. Neurologie, zentrale Stimulation)

 NEIN JA (welche / in welcher Häufigkeit pro Jahr):

---

---

---

## 8. Plexus- und rückenmarksnahe Analgesien

 NEIN JA (welche / in welcher Häufigkeit pro Jahr):

---

---

---

## 9. Sympathikusblockaden

 NEIN JA (welche / in welcher Häufigkeit pro Jahr):

---

---

---

**Bitte angeben:**

Es besteht eine Kooperation mit folgender/-den Einrichtung(en):

---

---

---

---

---

**ANLAGE 3**

Name und Stempel der/des  
Antragstellerin/-stellers:

**Möglichkeiten zur Fachinformation**1) Angaben zur Bibliothek:

Ihre Angaben beziehen sich auf

Online-Medien  vor Ort einsehbare Medien

Fachzeitschriften des Gebietes, und zwar

International anerkannte Fachzeitschrift: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

Fachbücher des Gebietes, und zwar

---

---

---

---

---

2) Zugang zu Datennetzen:

Ja  Nein

## **ANLAGE 4**

Name und Stempel der/des  
Antragstellerin/-stellers:

### **Angaben zum Leistungsspektrum / Jahresstatistik des Vorjahres**