

An die Ärztekammer



# Rasterzeugnis

## für die Sonderfach-Schwerpunktausbildung zur Fachärztin/zum Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin

### Modul 6: Schmerzmedizin

Zutreffendes bitte ankreuzen.

Nachname		Akad. Grad /Titel	
Vorname			
Geburtsdatum (tt.mm.jjjj)		Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
hat sich gemäß den Bestimmungen des Ärztegesetzes 1998, idgF			
von (tt.mm.jjjj)		bis (tt.mm.jjjj)	
<input type="checkbox"/> an der Krankenanstalt/Abteilung für <sup>1)</sup>			
<input type="checkbox"/> in der anerkannten Lehrpraxis von			
<input type="checkbox"/> in dem anerkannten Lehrambulatorium			
<input type="checkbox"/> in der anerkannten Lehrgruppenpraxis			
einer praktischen Ausbildung als Turnusärztin/Turnusarzt unterzogen.			

<sup>1)</sup> Bezeichnung der Fachabteilung, Organisationseinheit (Department für ...), Universitätsklinik, Universitätsinstitut, usw.

# Anästhesiologie und Intensivmedizin

## Modul 6: Schmerzmedizin

### 1. Ausbildungsinhalte

Folgender Inhalt und Umfang der Ausbildung sind von der/dem Ausbildungsverantwortlichen (Ausbildungsassistent/-in) vermittelt und durch geeignete Maßnahmen von der/dem Ausbildungsverantwortlichen überprüft worden:

Inhalte, die im Zuge der Ausbildung nicht oder nicht erfolgreich vermittelt bzw. überprüft wurden, sind durch Streichung des jeweiligen Punktes zu kennzeichnen.

A) Kenntnisse	mit Erfolg	
	Datum	Unterschrift
1. Pathophysiologie, -anatomie und erweiterte Pharmakologie des akuten und chronischen Schmerzes		
2. Akutschmerzmanagement inklusive komplexer Behandlungskonzepte		
3. Schmerzerfassung bei Menschen: deren Relevanz, Selbst- und Fremdbeurteilung mittels Skalen bzw. Scores, inkl. jener bei Kindern, Menschen mit geistiger Behinderung, Demenz, Wachkoma, fremdsprachige, kommunikationsunfähige, intubierte und beatmete Patientinnen und Patienten		
4. Möglichkeiten von nicht-medikamentösen Maßnahmen in der Akutschmerztherapie		
5. Umgang mit invasiven Akutschmerztherapieverfahren		
6. Diverse Schmerzentitäten inkl. deren Neurophysiologie und Neuropharmakologie		
7. Chronische Schmerzkrankheiten		
8. Biopsychosoziales Schmerzmodell und biopsychosoziale Schmerzanamnese, neuroorthopädische Untersuchung, Indikation und Interpretation von speziellen Untersuchungen		
9. Quantitative sensorische Testung		
10. Erkennung, Umgang mit und Therapie von Patientinnen und Patienten mit Substanzmissbrauch, Sucht und Entzugssymptomatik		
11. Möglichkeiten, Indikationen und Grenzen von adjuvanten Therapieformen: Akupunktur, Manualtherapie, Neuraltherapie, Triggerpunkttherapie		
12. Möglichkeiten, Indikationen und Grenzen von physiotherapeutischen bzw. physikalischen Verfahren, Institutionen und Möglichkeiten der Rehabilitation		

A) Kenntnisse	mit Erfolg	
	Datum	Unterschrift
13. Möglichkeiten, Indikationen und Grenzen einer psychologischen Intervention		
14. Möglichkeiten, Indikationen und Grenzen der invasiven Therapie: Nervenblockaden, Katheterverfahren, implantierte Schmerzpumpen, Neuromodulation, Neurodestruktion, intravenöse Therapien, Bestrahlungen		
15. Multimodale Schmerztherapiekonzepte		

B) Erfahrungen	mit Erfolg	
	Datum	Unterschrift
1. Anwendung abgestufter Akutschmerz-Behandlungskonzepte		
2. Einsatz von verschiedenen Schmerz-Beurteilungsinstrumenten		
3. Erhebung einer Akutschmerzanamnese		
4. Erhebung einer chronischen biopsychosozialen Schmerzanamnese		
5. Durchführung eines neuroorthopädischen Status und Interpretation seiner Ergebnisse		
6. Auswertung und Interpretation spezifischer Fragebögen		
7. Teilnahme an interdisziplinären Fallkonferenzen		
8. Pharmakologisches Management von Patientinnen und Patienten mit chronischem Schmerz unter spezieller Berücksichtigung der multimodalen Analgesie und des adäquaten Gebrauchs von Opioiden		
9. Mechanismen-basierte Therapiekonzeption gemeinsam mit Kollegen und Patientinnen und Patienten		
10. Einsatz von psychologischen Selbstschutzmaßnahmen, Erkennen und Vermeiden von Burn-Out-Risiken, Gegenübertragung, Projektion		

C) Fertigkeiten	Richt- zahl	mit Erfolg	
		Datum	Unterschrift
1. Patientinnen und Patienten in der innerklinischen, postoperativen Akutschmerzbetreuung	50		
2. Anwendung komplexer Akutschmerz-Behandlungskonzepte inkl. Verlaufskontrollen	20		
3. Einsatz von Schmerz-Fremdbeurteilungsinstrumenten	10		

C) Fertigkeiten	Richt- zahl	mit Erfolg	
		Datum	Unterschrift
4. Umgang/Betreuung invasiver Akutschmerztherapieverfahren	50		
5. Erhebung einer Akutschmerzanamnese	20		
6. Erhebung einer biopsychosozialen Schmerzanamnese	10		
7. Durchführung eines neuroorthopädischen Status	10		
8. Auswertung und Interpretation spezieller Fragebögen	5		
9. Fallpräsentation in interdisziplinären Fallkonferenzen	3		
10. Planung und Besprechung eines mechanismus-basierten Therapiekonzepts mit Kollegen, Patientinnen und Patienten, deren Angehörigen; Definition Behandlungsoptionen, klinische Ziele	5		
11. Durchführung und Erfolgskontrolle von invasiven Verfahren der Schmerztherapie z. B. Infiltrationen, Nervenblockaden	5		
12. Behandlungsdokumentation von Schmerzpatientinnen und -patienten inkl. Behandlung und Prozeduren, Dokumentation der Schmerzentwicklung	20		

## 2. Begründung

für negativ beurteilte Inhalte und allenfalls Hinweis, wann mit einer neuerlichen Beurteilung gerechnet werden kann.

## 3. Begleitende theoretische Unterweisungen

Folgende, begleitende theoretische Unterweisungen sind zur Erreichung des Ausbildungszieles absolviert worden:

#### 4. Allfällige fachspezifische Projekte oder wissenschaftliche Arbeiten

--

#### 5. Allfällige Zusatzqualifikationen

--

#### 6. Evaluierungsgespräche am

(zeitnahe zum Ende der jeweiligen Modulausbildungszeit bzw. bei Modulen über 24 Monate nach der Hälfte der Modulausbildungszeit )

Datum (tt.mm.jjjj)	Inhalt des Gespräches

#### 7. Verhinderungszeiten

Erholungsurlaub, Pflegeurlaub:	
von (tt.mm.jjjj)	bis (tt.mm.jjjj)

Erkrankung:	
von (tt.mm.jjjj)	bis (tt.mm.jjjj)

mutterschutzrechtliches Beschäftigungsverbot:	
von (tt.mm.jjjj)	bis (tt.mm.jjjj)

**Familienhospizkarenz, Pflegekarenz, Elternkarenz:**

von (tt.mm.jjjj)

bis (tt.mm.jjjj)

**8. Beschäftigungsausmaß**

Vollzeit

Ja  Nein

**9. Unterbrechungszeiten**

von (tt.mm.jjjj)

bis (tt.mm.jjjj)

**10. Absolvierung von Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdiensten  
(mindestens ein Dienst pro Monat)**

Nachtdienste:

Ja  Nein

Wochenenden/Feiertage:

Ja  Nein

**11. Supervision (Empfehlung 2 Std./Monat)**

Ja  Nein

**12. Allfällige Anmerkungen der/des Ausbildungsverantwortlichen**

--

---

Name der/des Auszubildenden, Geburtsdatum

Für die ordnungsgemäße Durchführung der Ausbildung (Punkte 1 - 11) zeichnen verantwortlich:

---

Ausbildungsassistent(in)  
(Name und Unterschrift)

---

Ausbildungsverantwortliche(r) <sup>1)</sup>  
(Name und Unterschrift)

---

Stampiglie

---

Datum (tt.mm.jjjj)

---

Ort

<sup>1)</sup> Leiter(in) der Abteilung/des Instituts der Krankenanstalt, Klinik- bzw. Institutsvorstände, Lehrpraxisinhaber(in)

### **13. Allfällige Anmerkungen der/des in Ausbildung befindlichen Ärztin/Arztes**

*Anm.: Dieses Blatt kann auf Wunsch der Turnusärztin/des Turnusarztes der ÖÄK zur Verfügung gestellt werden.*