Landesärztekammer Thüringen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Postfach 10 07 40
07707 Jena

Telefon: 03641 614-123
Fax: 03641 614-129
Internet: www.laek-thueringen.de
Email: weiterbildung@laek-thueringen.de

Antrag auf Erteilung einer Ermächtigung zur Weiterbildung in der Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin

A. Allgemeines

Name: _____ Vorname: _____ Titel: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

E-Mail (dienstlich): _____

Telefon (dienstlich): _____

Liegt ein gültiges Fortbildungszertifikat vor ☐ ja ☐ nein * Gültigkeitsende _____

Privatanschrift

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____ Tel.: _____

Anschrift/en der zukünftigen Weiterbildungsstätte/n

Name_____ Name_____

Abt. _____ Abt. _____

Straße _____ Straße_____

PLZ/Ort _____ PLZ/Ort_____

Name_____

Abt. _____

Straße _____

PLZ/Ort_____

Vollzeittätigkeit: ☐ ja ☐ nein * Teilzeittätigkeit: ☐ ja ☐ nein * Anzahl der Stunden / Woche: _____

niedergelassen/angestellt MVZ seit: _____ als: _____

Wenn in MVZ – Leiter des MVZ: _____

Verbund/Gemeinsame Ermächtigung zur Weiterbildung ☐ ja ☐ nein *

Wenn ja, mit wem: _____

_____

*** Zutreffendes ankreuzen**

B. Berufliche Angaben des Antragstellers

Dienststellung _____ seit _____

Berufspraxis in Palliativmedizin:

Zeitraum	Teilzeit/Vollzeit	anteiliger Umfang der Tätigkeit	Wo

C. Bitte fügen Sie bei Erstantragstellung Ihren **Beruflichen Werdegang** stichwortartig als **Anlage 1** bei.

D. Struktur der Klinik/Abteilung/vertragsärztliche Versorgung

Klinik/Abteilung

Palliativmedizinische Betten Anzahl _____

Liegen abgeschlossene Räumlichkeiten vor? ☐ ja ☐ nein *

Sind die Betten auf Ein- und Zweibettzimmer verteilt? ☐ ja ☐ nein *

Zahl der Einbettzimmer _____ Zahl der Zweibettzimmer _____

Sind Übernachtungsmöglichkeiten für Angehörige vorhanden? ☐ ja ☐ nein *

Wenn ja, wie viele? _____

Funktionsräume:

Behindertengerechtes Bad	☐ ja ☐ nein *	Dienstzimmer	☐ ja ☐ nein *
Behandlungszimmer	☐ ja ☐ nein *	Besprechungsraum	☐ ja ☐ nein *
Wohnzimmer/Gemeinschaftsraum	☐ ja ☐ nein *	Abschiedsraum	☐ ja ☐ nein *

Kochgelegenheit für Patienten/Angehörige ☐ ja ☐ nein *

Wird ein Palliativdienst angeboten? ☐ ja ☐ nein *

Erfolgt die Betreuung im Rahmen einer SAPV? ☐ ja ☐ nein *

*** Zutreffendes ankreuzen**

E. Personelle Besetzung (bezogen auf die alleinige Betreuung von Palliativpatienten)

1. Zahl der Ärzte

Fachärzte (gesamt VK) _____ Weiterbildungsassistenten (gesamt VK) _____

2. Zahl des Assistenzpersonals

Qualifikation der Stationsleitung: _____

Anteil des Assistenzpersonals mit Qualifikation in palliative care _____

Anzahl des vollzeitlichen Assistenzpersonals mit palliative care Ausbildung _____

Gesundheits- und Krankenpfleger	_____	Psychologen	_____
Sozialarbeiter	_____	Physiotherapeuten	_____
Arzthelferinnen/MFA	_____	Ergotherapeuten	_____
Andere Berufsgruppen:	_____		_____
	_____		_____
	_____		_____

F. Leistungsstandards der Klinik/Abteilung/vertragsärztliche Versorgung

(In Anlehnung an die Vorgaben für die Kodierung der palliativmedizinischen Komplexbehandlung und die DGP-Eingabe für 2005)

Finden regelmäßige Teambesprechungen statt? ☐ ja ☐ nein *

Wenn ja, bitte Angaben zur Häufigkeit, Teilnehmerkreis, Leitung und Art der Dokumentation

_____

_____

_____

Finden Supervisionen statt? ☐ ja ☐ nein *

Wenn ja, bitte Angaben zur Häufigkeit und zum Umfang

_____

_____

_____

*** Zutreffendes ankreuzen**

Finden Ethische Fallbesprechungen statt? ☐ ja ☐ nein *

Wenn ja, bitte Angaben zur Häufigkeit und zum Umfang

_____

_____

_____

Wird für jeden Patienten ein individueller Behandlungsplan erstellt? ☐ ja ☐ nein *

Wenn ja, durch wen? _____

Wie wird der Verlauf dokumentiert (Behandlung, Ergebniskontrolle)?

_____

_____

Wie ist die Weiterbildung des Assistenzpersonals gesichert?

_____

_____

Anforderungen an das Arbeitsfeld bei Antragstellern aus dem niedergelassenen Bereich:

Kooperierende Einrichtungen

_____

_____

_____

Hausbesuche ☐ ja ☐ nein *

Ist die Erreichbarkeit (des Antragstellers) rund um die Uhr gesichert?

Wenn ja, wie? _____

G. Statistische Angaben (siehe **Teil 2)**

H. Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz (siehe Teil 2)

*** Zutreffendes ankreuzen**

I. Sonstige Einrichtungen

Physiotherapie ☐ ja ☐ nein *

Leiter _____

Anzahl der Krankengymnasten _____

Kooperation mit Ehrenamtlichen ☐ ja ☐ nein *

Kooperation mit stationärem Hospiz ☐ ja ☐ nein *

Aufgaben der Ehrenamtlichen / Unterstützungsangebote für Ehrenamtliche

_____

_____

Weitere Angaben

_____

_____

_____

_____

J. Weiterbildung

Werden für die in Weiterbildung stehenden Ärzte Fortbildungsveranstaltungen (hausintern, extern, überregional) abgehalten? (ggf. als Anlage beifügen) ☐ ja ☐ nein *

Art / Bezeichnung der Veranstaltung	Wochenstunden
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

K. Weiterbildungsprogramm (siehe **Anlage 2**)

Zeitliche Strukturierung der Weiterbildung mit Zuordnung der jeweils vermittelbaren Inhalte.

L. Vertretung **(nur bei stationärer Weiterbildung)**

Wer vertritt den ermächtigten Arzt im Fall seiner Verhinderung durch Urlaub, Kongresse oder Krankheit im Rahmen der Weiterbildung? (Name, Gebiet, Ort)

_____

*** Zutreffendes ankreuzen**

Ist die Absprache mit dem oben genannten Vertreter erfolgt? ☐ ja ☐ nein *

M. Beantragt werden

Vollumfängliche Vermittlung der gemäß Weiterbildungsordnung
für das Land Thüringen vom 18.03.2020 geforderten Inhalte ☐ ja ☐ nein *

Bisher anerkannte Weiterbildungszeit _____ Monate Palliativmedizin

Mit folgender Unterschrift erkläre ich, dass ich

1. den Antrag auf Erteilung der Weiterbildungsermächtigung verbindlich stelle.

2. damit einverstanden bin, dass die LÄKT mittels E-Mail Kontakt zu mir aufnehmen kann (*bitte ankreuzen*).

☐ Ja ☐ Nein

3. damit einverstanden bin, dass die angegebene E-Mail-Adresse auf der Internetseite der LÄKT veröffentlicht wird.

☐ Ja ☐ Nein

4. der Bekanntgabe von Bescheiden und der Übermittlung anderer Dokumente der Landesärztekammer Thüringen im Mitglieder-Portal zustimme.

☐ Ja ☐ Nein

5. einverstanden bin, dass meine personenbezogenen Daten gemäß der Datenschutzerklärung verarbeitet werden (Datenschutz | Landesärztekammer Thüringen). Ich wurde über mein Recht auf Widerruf informiert.

☐ Ja ☐ Nein

6. sämtliche Angaben vollständig und der Wahrheit entsprechend getätigt habe.

7. gleichzeitig die Zulassung meiner Organisationseinheit als Weiterbildungsstätte beantrage. Mir ist bewusst, dass hierfür Kosten entstehen können.

_____ _____
Ort/Datum Unterschrift/Stempel

Die Angaben sind erforderlich, um zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die persönliche Weiterbildungsermächtigung vorliegen. Rechtsgrundlage ist die Weiterbildungsordnung für die Ärzte Thüringens § 5 Abs. 5.

Haben Sie beigefügt?

☐ Beruflicher Werdegang
☐ Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz
☐ Weiterbildungsprogramm

*** Zutreffendes ankreuzen**

Teil 2

Zeitraum vom _____ **bis** _____ (12 Monate)

G. Statistische Angaben

Klinik/Abteilung

Fallzahl pro Jahr _____

Durchschnittliche Verweildauer _____

Belegung im Berichtsjahr _____

Wird ein Konsiliardienst vorgehalten? ☐ ja ☐ nein *

Wo _____

Konsile innerhalb der letzten 12 Monate _____

vertragsärztliche Versorgung

Durchschnittliche Fallzahl pro Quartal _____

Zahl der Konsultationen pro Quartal _____

Zahl der Hausbesuche pro Quartal _____

Belegbetten ☐ ja ☐ nein * Zahl _____

Wo _____

Palliativdienst

Anzahl der Betreuungen pro Jahr _____
(Auszug des OPS-Kataloges als **Anlage** beifügen)

SAPV

Anzahl der Betreuungen pro Jahr _____
(Nachweis als **Anlage** beifügen)

H. Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz **(siehe Anlage 3)**

_____ _____

Ort/Datum Unterschrift/Stempel

*** Zutreffendes ankreuzen**

Anlage 2

Hinweise (gemäß § 5 Abs. 6 WBO):

- Aufzuführen ist das gegliederte Programm für die Weiterbildung in **der Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin.**
- Das Weiterbildungsprogramm ist die individuelle Umsetzung der gemäß Richtlinie zum Inhalt der Weiterbildung geforderten Weiterbildungsinhalte in einen konkreten internen Ablaufplan für den Arzt in Weiterbildung in seiner Weiterbildungseinrichtung. Bitte stellen Sie zeitlich und inhaltlich gegliedert dar, welche Weiterbildungsinhalte in welchen Weiterbildungsabschnitten der (beantragten) Weiterbildungszeit unter Ihrer Leitung dem Arzt in Weiterbildung vermittelt werden können.
- Dieses Programm ist dem Weiterzubildenden auszuhändigen.

Weiterbildungsleiter:

Name _____

Weiterbildungsprogramm (Ablauf/Rotationsplanung):

Inhaltliche Gliederung	ggf. Angaben zum Zeitraum, in dem die jeweiligen Inhalte vermittelt werden

_____ _____

Ort/Datum Unterschrift/Stempel

*** Zutreffendes ankreuzen**

Anlage 3

Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	**Handlungskompetenz** Erfahrungen und Fertigkeiten	Kann vermittelt werden*	Zahlen Einrichtung
Übergreifende Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin			
Grundprinzipien der Palliativversorgung			
Komplexität bei Patienten mit unheilbaren fortgeschrittenen Erkrankungen und in der letzten Lebensphase			
Einbeziehung und Unterstützung der Angehörigen			
Versorgungskonzepte und Betreuungskontinuität			
Strukturen der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung			
Besonderheiten der pädiatrischen und geriatrischen Palliativversorgung			
Krankheit, Sterben, Tod und Trauer in verschiedenen Kulturen und Religionen			
Grundlagen der symptomorientierten Behandlung			
Kausale versus symptomatische Therapieoptionen, deren Angemessenheit, Nutzen und Risiken			
	Erstellung, kontinuierliche Überprüfung, Anpassung und Dokumentation von Therapieplänen mit palliativmedizinischer Intention einschließlich der Beurteilung der Angemessenheit von Therapiemaßnahmen, Therapiezieldiskussion, Therapiezieländerung mit kritischer Diskussion medizinischer Indikationen		
	Management von körperlichen und psychischen Krisen		
	Beratung und Unterstützung des Patienten in seiner Entscheidungsfindung sowie Einholung und Abwägung eines der aktuellen Situation angepassten (Behandlungs-)Auftrags des Patienten		
Symptomlinderung und Behandlung palliativmedizinischer Krankheitsbilder			
Pharmakologische und therapeutische Zusammenhänge einzelner belastender Symptome			

*** Zutreffendes ankreuzen**

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	**Handlungskompetenz** Erfahrungen und Fertigkeiten	Kann vermittelt werden*	Zahlen Einrichtung
	Diagnostik, stadien- und bedarfsgerechte, differenzierte medikamentöse und nichtmedikamentöse palliativmedizinische Therapie belastender Symptome anhand mechanismen- und ursachenorientierter Therapiepläne		
	Erstellung von Protokollen zur palliativen Sedierung einschließlich kritischer Diskussion		
	Palliativmedizinische Therapie von Funktionsstörungen, z. B. maligne intestinale Obstruktion, Elektrolyt- und metabolische Störungen sowie von Organfunktionseinschränkungen und -ausfällen einschließlich der Ernährungs- und Flüssigkeitszufuhr in Relation zu Prognose und Patientenwillen		
Zusammenhänge und Therapieoptionen palliativmedizinischer Krankheitsbilder			
	Diagnostik und Therapie palliativmedizinisch wichtiger Krankheitsbilder in Relation zu Prognose und Patientenwillen, insbesondere maligne Erkrankungen, Organinsuffizienzen, neurologische Erkrankungen einschließlich Demenz, hereditäre Erkrankungen, Anpassungsstörung und posttraumatische Belastungen		
Soziales Umfeld des Patienten			
Wiederkehrende Verhaltens- und Kommunikationsmuster in Familien			
	Einschätzung der Struktur und Tragfähigkeit des sozialen Umfelds des Patienten, Identifikation von Ressourcen und Verringerung von Defiziten, Organisation und bedarfsadaptierte Anpassung der Versorgungsstrukturen		
	Biographiearbeit		
	Erfassung der Familienstruktur, z. B. Genogramm		
Berücksichtigung der Bedürfnisse der Angehörigen im Behandlungskonzept			
Spiritualität			
Lebensbilanz und Lebensidentität			
Konzepte von Spiritualität, Leben, Krankheit, Leid und Tod, Religion und ihre Zusammenhänge			

*** Zutreffendes ankreuzen**

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	**Handlungskompetenz** Erfahrungen und Fertigkeiten	Kann vermittelt werden*	Zahlen Einrichtung
	Beratung und Unterstützung des Patienten bei spirituell-existentiellen Fragen, beim Umgang mit Scheitern, Versagen und Schuld sowie bei existentiellen Ängsten und offenen Fragen über die Zeit nach dem Tod		
	Einleitung und ggf. Mitgestaltung kultureller und religiöser Sterbe- und Bestattungsriten		
Anpassung, Bewältigung, Trauer			
	Beratung und Unterstützung bei Krankheitsbewältigung, Körperbildveränderungen und Trauer		
Ethische und rechtliche Grundlagen			
Ethische Bewertung und rechtliche Grundlagen der Entscheidungsfindung, Patientenautonomie, Vorausverfügungen, Behandlungsbegrenzung, Formen der „Sterbehilfe“, palliative Sedierung			
	Anwendung und Abwägen medizinethischer Prinzipien		
	Reflexion und Haltung zum Umgang mit Todeswünschen		
	Umsetzung von gesundheitlicher Vorausplanung		
Kommunikation und Arbeit im Team			
Kommunikationsmodelle			
	Kommunikation und Supervision im interdisziplinären und interprofessionellen Team zur Entscheidungsfindung einschließlich kollegialer Beratung		
	Kommunikation und wertschätzender Umgang mit den Gefühlen der Patienten und Angehörigen, auch mit kommunikationseingeschränkten Menschen, z. B. alte, behinderte und demente Menschen		
	Beratungsgespräche, z. B. Aufklärungs-, Entscheidungs-, Konflikt-, Angehörigen-Gespräche, Überbringen schlechter Nachrichten, Gespräche über medizinische und menschliche Versäumnisse und Fehler		
	Teilnahme an und Durchführung von Familiengesprächen		
	Förderung der Kommunikation der Betroffenen untereinander		

*** Zutreffendes ankreuzen**

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	**Handlungskompetenz** Erfahrungen und Fertigkeiten	Kann vermittelt werden*	Zahlen Einrichtung
Selbstreflexion			
	Reflexion der eigenen Grundhaltung und der eigenen Einstellung zu Sterben und Tod		
	Aktive Gestaltung von Entlastung und Abgrenzung		

*** Zutreffendes ankreuzen**