Landesärztekammer Thüringen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Postfach 10 07 40
07707 Jena

Telefon: 03641 614-124
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 Spezielle Viszeralchirurgie

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 _____

Bitte benennen Sie namentlich für die folgenden Untersuchungen in der Ultraschalldiagnostik jeweils <u>einen</u> entsprechend qualifizierten Arzt, der für das jeweilige Anwendungsgebiet verantwortlich zeichnet.

Sonographie des Abdomens und Retroperitoneums

_____

Untersuchungen der Urogenitalorgane, Nieren

_____

Duplex-Sonographie der abdominellen und retroperitonealen Gefäße

_____

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

D. Struktur der Klinik/Abteilung/vertragsärztliche Versorgung

Klinik/Abteilung

Gesamtbettenzahl der viszeralchirurgischen Klinik/Abteilung _____ Fallzahl _____

		Fälle/Jahr	Leiter
Allgemeinchirurgische Struktureinheit	☐ ja ☐ nein *	_____	_____
Gefäßchirurgische Struktureinheit	☐ ja ☐ nein *	_____	_____
Orthopäd. u. Unfallchirurgische Struktureinheit	☐ ja ☐ nein *	_____	_____
Thoraxchirurgische Struktureinheit	☐ ja ☐ nein *	_____	_____
Sonstige:		_____	_____
		_____	_____

Intensivabteilung

a) Zentrale Intensivabteilung ☐ ja ☐ nein * Leiter_____

Gesamtbettenzahl _____ Zahl der Dauerbeatmungsplätze _____

Zahl der chirurgisch genutzten intensivtherapeutischen Betten_____

b) Chirurgische Intensivabteilung ☐ ja ☐ nein * Leiter_____

Gesamtbettenzahl _____ Zahl der Dauerbeatmungsplätze _____

Ist die Möglichkeit der Dialyse gegeben? ☐ ja ☐ nein * Anzahl der Plätze _____

- *** Zutreffendes ankreuzen**

E. Notfallaufnahme

Welcher Stufe ist die Notaufnahme zugeordnet?

Stufe 1 – Basisnotfallversorgung ☐
Stufe 2 – erweiterte Notfallversorgung ☐
Stufe 3 – umfassende Notfallversorgung ☐

Leiter _____

Durchgeführte Erstuntersuchungen/Erstbehandlungen pro Jahr _____

Akutkrankenhaus ☐ ja ☐ nein *

F. Personelle Besetzung der Klinik/Abteilung/vertragsärztliche Versorgung

1. Zahl der Ärzte

Oberärzte (gesamt-VK) _____ Fachärzte (gesamt-VK) _____

Praxisärzte (gesamt-VK) _____ Weiterbildungsassistenten (gesamt-VK) _____

2. Zahl des medizinischen Assistenzpersonals

Gesundheits- und Krankenpfleger _____

Arzthelferinnen/MFA _____

Sonstiges Assistenzpersonal _____

G. Statistische Angaben (siehe Teil 2)

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

I. Sonstige Einrichtungen

Operationstrakt der gesamten Klinik

Zahl der betriebenen Operationstische/Woche _____

davon aseptisch _____ septisch _____

Wie viele viszeralchirurgisch genutzte Operationsräume gibt es? _____

Radiologie und Nuklearmedizin

Zentrale Röntgenabteilung ☐ ja ☐ nein *

Eigene Röntgenabteilung ☐ ja ☐ nein *

Kooperierende Einrichtung ☐ ja ☐ nein *

Außer den konventionellen röntgendiagnostischen Verfahren sind für die Weiterbildungseinrichtung nutzbar:

Digitale Subtraktionsangiographie ☐ ja ☐ nein *

- *** Zutreffendes ankreuzen**

Computertomographie ☐ ja ☐ nein *

Magnetresonanztomographie ☐ ja ☐ nein *

Isotopenuntersuchung ☐ ja ☐ nein *

Sonographie in der viszeralchirurgischen Abteilung ☐ ja ☐ nein *

Kooperierende Einrichtung ☐ ja ☐ nein *

Interventionelle Sonographie ☐ ja ☐ nein *

Labor am Haus vorhanden ☐ ja ☐ nein *

Kooperierende Einrichtung ☐ ja ☐ nein *

Pathologie am Haus vorhanden ☐ ja ☐ nein *

Kooperierende Einrichtung ☐ ja ☐ nein *

K. Weiterbildung

Werden für die in der Weiterbildung stehenden Ärzte hausinterne Fortbildungsveranstaltungen abgehalten? (ggf. als Anlage beifügen)

☐ ja ☐ nein *

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

In welcher Weise erfolgen in der Einrichtung Qualitätskontrollen der medizinischen Betreuungsleistungen (z. B. anlässlich von Röntgenvisiten, klinischen Obduktionen, Todesfall- oder Komplikationsanalysen)?

_____

_____

L. Weiterbildungsprogramm (siehe **Anlage 3**)

Strukturierung der Weiterbildung mit Zuordnung der jeweils vermittelbaren Inhalte.

M. 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)

_____

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

- *** Zutreffendes ankreuzen**

N. Beantragt wird

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

Bisher anerkannte Weiterbildungszeit _____ Monate Spezielle Viszeralchirurgie

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
☐ Weiterbildungsprogramm
☐ Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz

- *** Zutreffendes ankreuzen**

Teil 2

Zeitraum von _____ bis _____ (der letzten 12 Monate)

G. Statistische Angaben

Viszeralchirurgische Klinik/Abteilung

Fallzahl pro Jahr _____

Klinische Konsiliartätigkeit ☐ ja ☐ nein *

Wo _____

Belegbetten ☐ ja ☐ nein * Zahl _____

Wo _____

Vertragsärztliche Versorgung

Durchschnittliche Fallzahl pro Quartal _____

Zahl der Konsultationen pro Quartal _____

Werden stationäre Operationen durchgeführt? ☐ ja ☐ nein * _____

H. Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz (siehe **Anlage 4**)

Die geforderten Zahlen sind anhand eines entsprechenden Auszug des ICPM-Kataloges und /oder EBM/GOÄ erstellt und mit Unterschrift vom Controlling nachzuweisen.

Vertragsärztliche Versorgung

Krankheits- bzw. Diagnosestatistik der letzten 12 Monate (keine Vorgaben)

_____ _____

Ort/Datum Unterschrift/Stempel

- *** Zutreffendes ankreuzen**

Anlage 3

Hinweise (gemäß § 5 Abs. 6 WBO):

- Aufzuführen ist das gegliederte Programm für die Weiterbildung in **der Zusatz-Weiterbildung Spezielle Viszeralchirurgie.**
- 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 4

Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	**Handlungskompetenz** Erfahrungen und Fertigkeiten	Kann vermittelt werden*	Zahlen Einrichtung
Übergreifende Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Spezielle Viszeralchirurgie			
Differentialdiagnose und Therapieoptionen von komplexen Erkrankungen, Verletzungen, Infektionen und Fehlbildungen innerer Organe			
	Indikationsstellung zur operativen und konservativen Behandlung einschließlich der Risikoeinschätzung und prognostischen Beurteilung von komplexen Erkrankungen, Verletzungen, Infektionen und Fehlbildungen innerer Organe		
	Interdisziplinäre Indikationsstellung zu gastroenterologischen, onkologischen, strahlentherapeutischen und nuklearmedizinischen Behandlungsverfahren einschließlich Falldarstellung in interdisziplinären Tumorkonferenzen		
Diagnostische und interventionelle Verfahren			
	Mitwirkung bei interdisziplinären interventionellen Verfahren wie radiologisch und radiologisch endoskopischen Verfahren sowie von endosonographischen Untersuchungen des Gastrointestinaltraktes		
Operative Verfahren			
	Ultraschallgesteuerte diagnostische und therapeutische Eingriffe, auch in interdisziplinärer Zusammenarbeit		
	Flexibel endoskopisches Komplikationsmanagement, z. B. Clipping, Stenting, endoskopische Vakuumtherapie		
	Eingriffe höheren Schwierigkeitsgrades an endokrinen Organen, z. B. bei Schilddrüsenkarzinom, an Nebenschilddrüsen, an Nebennieren		
	Sternotomie, Thorakotomie bzw. Thorakoskopie im Rahmen von gastroenterologischen und endokrinen Eingriffen sowie bei Notfällen		
	Resezierende Eingriffe am Ösophagus, insbesondere mit Wiederherstellung der Kontinuität		
	Komplexe Eingriffe an Bauchhöhle und an der Bauchwand, davon		
	- am Magen, davon		
	- Resektion, Gastrektomie mit D2Lymphadenektomie		

- *** Zutreffendes ankreuzen**

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	**Handlungskompetenz** Erfahrungen und Fertigkeiten	Kann vermittelt werden*	Zahlen Einrichtung
	- minimal invasive Resektionen, z. B. Wedge-Resektion sowie Fundoplicatio		
	- an der Leber, resezierende Eingriffe, davon		
	- anatomische Resektion		
	- konventionelle Cholezystektomie, z. B. bei Gangrän, Perforation, Umstieg nach laparoskopischem Beginn		
	- biliodigestive Anastomosen		
	- am Pankreas, resezierende und drainierende Eingriffe		
	- an der Milz einschließlich milzerhaltende Eingriffe, auch in Kombination mit resezierenden Eingriffen an Magen und Pankreas		
	- am Dünndarm, z. B. bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen und komplexen Verwachsungssituationen		
	- am Dickdarm, z. B. bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, Divertikulitis, ausgedehnten Tumoren, davon		
	- minimal invasive Resektion		
	- komplexe onkologische Resektion		
	- nicht-onkologische Resektion		
	- Korrektureingriffe enteraler Stomata		
	- am Rektum, davon		
	- anteriore Resektion mit partieller mesorektaler Exzision, davon		
	- tiefes Rektum mit totaler mesorektaler Exzision		
	- abdominoperineale Rektumexstirpation		
	- transanale Eingriffe, z. B. transanale endoskopische Mikrochirurgie		
	- Rezidiveingriffe bei Leisten- und Bauchwandhernien		
	Eingriffe bei komplexen Abdominaltraumata		
	Komplexe proktologische Operationen, z. B. Sphinkterrekonstruktion bei hohen Analfisteln, nach Geburtstraumata und bei Morbus Crohn		

Die geforderten Zahlen sind anhand eines entsprechenden Auszug des ICPM-Kataloges und /oder EBM/GOÄ erstellt und mit Unterschrift vom Controlling nachzuweisen.

- *** Zutreffendes ankreuzen**