

Landesärztekammer Thüringen

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Postfach 10 07 40
07707 JenaTelefon: 03641 614-124
Fax: 03641 614-129
Internet: www.laek-thueringen.de
Email: weiterbildung@laek-thueringen.de

Antrag auf Erteilung einer Ermächtigung zur Zusatz-Weiterbildung Transplantationsmedizin

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: _____

* Zutreffendes ankreuzen

Verbund/Gemeinsame Ermächtigung zur Weiterbildung² ja nein *

Wenn ja, mit wem: _____

B. Berufliche Angaben des Antragstellers

Dienststellung _____ seit _____

Facharztanerkennung _____ seit _____
(wird von LÄK ausgefüllt)

_____ seit _____

Teilgebietsanerkennung _____ seit _____
(wird von LÄK ausgefüllt)

_____ seit _____

Anerkennung von Zusatzbezeichnungen
(wird von LÄK ausgefüllt)

_____ seit _____

_____ seit _____

Bitte benennen Sie namentlich einen fachkundigen Arzt für die Vermittlung der erforderlichen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten im Strahlenschutz nach der Strahlenschutzverordnung (StrlSchV).

Bitte nennen Sie namentlich für die folgenden Untersuchungen in der Ultraschall Diagnostik jeweils einen entsprechend qualifizierten Arzt, der für das jeweilige Anwendungsgebiet verantwortlich zeichnet. Bitte geben Sie Verantwortlichen nur an, wenn Sie eine der Facharzt-Bezeichnungen (in Klammern dahinter) führen.

Farbkodierte Duplexsonographie der Leber und/oder Niere (Allgemeinchirurgie, Gefäßchirurgie, Viszeralchirurgie, Urologie)

Organentnahme bei Nierenlebendspende und/oder Leberlebendspende (Allgemeinchirurgie, Gefäßchirurgie, Viszeralchirurgie, Urologie)

Organentnahme bei postmortalen Organspende (Allgemeinchirurgie, Gefäßchirurgie, Viszeralchirurgie, Urologie, Herzchirurgie, Thoraxchirurgie)

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

* Zutreffendes ankreuzen

D. Struktur der Klinik/Abteilung/vertragsärztliche Versorgung

Klinik/Abteilung

Gesamtbettenzahl des Transplantationszentrums: _____

		Fälle/Jahr	Leiter
Allgemeinchirurgische Struktureinheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	_____	_____
Gefäßchirurgische Struktureinheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	_____	_____
Orthopäd. u. Unfallchirurgische Struktureinheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	_____	_____
Thoraxchirurgische Struktureinheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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 _____

E. Notfallaufnahme

Welcher Stufe ist die Notaufnahme zugeordnet?

Stufe 1 – Basisnotfallversorgung

Stufe 2 – erweiterte Notfallversorgung

Stufe 3 – umfassende Notfallversorgung

Leiter _____

Akutkrankenhaus ja nein *

F. Personelle Besetzung der Klinik/Abteilung/vertragsärztliche Versorgung

1. Zahl der Ärzte

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

Weiterbildungsassistenten (gesamt VK) _____

* Zutreffendes ankreuzen

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 Operationsräume werden für Transplantationen genutzt? _____

Radiologie und Nuklearmedizin

Zentrale Röntgenabteilung ja nein * Leiter _____

Eigene Röntgenabteilung ja nein * Leiter _____

Kooperierende Praxis ja nein * Leiter _____

Außer den konventionellen röntgendiagnostischen Verfahren sind für die Weiterbildungseinrichtung nutzbar:

Digitale Subtraktionsangiographie ja nein *

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 im Haus vorhanden ja nein *

Kooperierende Einrichtung ja nein *

* Zutreffendes ankreuzen

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 2)

Zeitliche Strukturierung der Weiterbildung (mindestens 6 Monatsabschnitte) 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 *

N. Beantragt werden

Weiterbildungsermächtigung für _____ Monate Transplantationszentrum

Bisherige Weiterbildungsermächtigung für _____ Monate Transplantationszentrum

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.

Gleichzeitig erfolgt die Beantragung der Zulassung als Weiterbildungsstätte

(§ 6 Weiterbildungsordnung für das Land Thüringen vom 18.03.2020):

Gemäß § 1 Gebührenordnung der Landesärztekammer Thüringen wird für die Beantragung der Zulassung als Weiterbildungsstätte eine Gebühr fällig.

Ort/Datum_____
Unterschrift/Stempel**Haben Sie beigefügt?**

- Beruflicher Werdegang
- Weiterbildungsprogramm
- Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz

* Zutreffendes ankreuzen

Teil 2

Zeitraum von _____ bis _____ (der letzten 12 Monate)

G. Statistische Angaben**Für das Transplantationszentrum**

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 3)**

Die geforderten Zahlen sind anhand eines entsprechenden Auszugs 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

Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Kann vermittelt werden*	Zahlen Einrichtung
Gemeinsame Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Transplantationsmedizin			
Übergreifende Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Transplantationsmedizin			
Rechtliche, ethische und gesellschaftliche Rahmenbedingungen der Organtransplantation, insbesondere hinsichtlich postmortaler Organspende und Lebendorganspende sowie Allokationsverfahren			
	Vorbereitung und Meldung auf die Warteliste zur Organtransplantation sowie Wartelistenmanagement		
Grundlagen der Spender- und Empfängerauswahl			
	Indikationsstellung und Kontraindikationen für die Transplantation		
Immunsuppressive Therapieoptionen bei Organtransplantation			
	Erkennung und ggf. interdisziplinäre Behandlung von immunologischen, chirurgischen und pharmakologischen Komplikationen nach Organtransplantation		
Infektiologische Aspekte der Transplantation			
	Nachsorge nach Organtransplantation, auch in interdisziplinärer Zusammenarbeit		
Transplantationsmedizinische Qualitätssicherung			
Grundlagen der Immunologie, insbesondere der Humanen Leukozyten Antigene (HLA) und Antikörper relevanten Organallokation und Kompatibilitätsdiagnostik			
Spezifische Inhalte für die Facharzt-Weiterbildung Allgemein Chirurgie, Gefäßchirurgie, Viszeralchirurgie, Urologie			
Diagnostik und Therapie			
	Perioperative Behandlung von Patienten vor und nach Nieren-, Leber-, Pankreas- und/oder Dünndarmtransplantation		
	Farbkodierte Duplexsonographie der Leber und/oder Niere		
	Organentnahme bei Nierenlebendspende und/oder Leberlebendspende		
	Organentnahme bei postmortalen Organspende		

	Transplantationen, alternativ		
	- entweder Nieren		
	- oder Leber		
	- oder Pankreas		
	Nieren- und/oder Lebertransplantatbiopsie		
Spezifische Inhalte für die Facharzt-Weiterbildung Herzchirurgie			
Diagnostik und Therapie			
	Perioperative Behandlung von Patienten vor und nach Herz- und/oder Lungentransplantation		
	Organentnahme bei postmortaler Organspende		
	Thorakale Transplantation von Herz und/oder Lunge und/oder kombiniert Herz-Lunge		
Spezifische Inhalte für die Facharzt-Weiterbildung Thoraxchirurgie			
Diagnostik und Therapie			
	Perioperative Behandlung von Patienten vor und nach Lungentransplantation		
	Organentnahme bei postmortaler Organspende		
	Lungentransplantation		
Spezifische Inhalte für die Facharzt-Weiterbildung Innere Medizin und Gastroenterologie			
Diagnostik und Therapie			
	Behandlung von Patienten vor und nach Lebertransplantation, auch im Langzeitverlauf		
	Farbkodierte Duplexsonographie des Lebertransplantats		
	ERCP nach Lebertransplantation		
	Lebertransplantatbiopsie nach Lebertransplantation		
	Teilnahme an Lebertransplantationen		
Spezifische Inhalte für die Facharzt-Weiterbildung Innere Medizin und Kardiologie			
Diagnostik und Therapie			
	Behandlung von Patienten vor und nach Herz- und Herz-Lungentransplantation, auch im Langzeitverlauf		

	Endomyokardbiopsie nach Herztransplantation		
	Linksherzkatheter einschließlich Koronarangiographie nach Herztransplantation		
	Teilnahme an Herztransplantationen		
Spezifische Inhalte für die Facharzt-Weiterbildung Innere Medizin und Nephrologie			
Diagnostik und Therapie			
	Behandlung von Patienten vor und nach Nierentransplantation und Pankreastransplantation, auch im Langzeitverlauf		
	Farbkodierte Duplexsonographie des Nierentransplantats		
	Nierentransplantatbiopsie		
	Teilnahme an Nierentransplantationen		
Spezifische Inhalte für die Facharzt-Weiterbildung Innere Medizin und Pneumologie			
Diagnostik und Therapie			
	Behandlung von Patienten vor und nach Lungen- und Herz-Lungentransplantation, auch im Langzeitverlauf		
	Bronchoskopie mit bronchoalveolärer Lavage nach Lungentransplantation		
	Lungenfunktionsuntersuchungen nach Lungentransplantation		
	Teilnahme an Lungen- und/oder Herz-Lungentransplantationen		
Spezifische Inhalte für die Facharzt-Weiterbildung Kinder- und Jugendmedizin			
Diagnostik und Therapie			
	Behandlung von Kindern und Jugendlichen vor und nach Nieren-, Leber-, Darm-, Herz- und/oder Lungentransplantation, auch im Langzeitverlauf		
	ENTWEDER		
	Farbkodierte Duplexsonographie		
	- entweder des Nierentransplantats		
	- oder des Lebertransplantats, davon		
	- vor Transplantation		
	- nach Transplantation		
	Nieren- und/oder Lebertransplantatbiopsie		

	Teilnahme an Nieren- und/oder Lebertransplantationen bei Kindern und Jugendlichen		
	ODER		
	Echokardiographie und EKG		
	- vor Transplantation		
	- nach Transplantation		
	Rechts-/Linksherzkatheter einschließlich Koronarangiographie nach Herztransplantation		
	Endomyokardbiopsie nach Herztransplantation		
	Teilnahme an Herztransplantationen bei Kindern und Jugendlichen		