



**Antrag auf Erwerb einer Befugnis zur Weiterbildung und
Antrag auf Zulassung der Weiterbildungsstätte in der Diabetologie**

Bitte beachten Sie, alle notwendigen Anlagen den Antragsunterlagen beizufügen.

Vorname Name Antragsteller	
--------------------------------------	--

<input type="checkbox"/>	Antrag auf Erteilung einer Einzelbefugnis
--------------------------	--

oder

<input type="checkbox"/>	Antrag auf Erteilung einer Gemeinsamen Befugnis* * Die weiteren Antragsteller müssen die Ergänzung zur Beantragung einer Gemeinsamen Befugnis beilegen.
--------------------------	---

oder

<input type="checkbox"/>	Antrag auf Erteilung einer Verbundbefugnis mit der/den Einrichtungen/-en ... Die an der Verbundeinrichtung verantwortlichen Ärzte müssen ebenfalls eine entsprechende WB-Befugnis haben/beantragen.

Beantragter WB-Umfang in Monaten		Monate
---	--	---------------

Tätigkeit in der <u>ambulanten</u> Versorgung als Facharzt:					
<input type="checkbox"/> Vertragsarzt					
		<input type="checkbox"/> Mit einem vollzeitigem Versorgungsauftrag		<input type="checkbox"/> Mit einem hälftigen Versorgungsauftrag	
		<input type="checkbox"/> Mit einem dreiviertel Versorgungsauftrag		<input type="checkbox"/> Mit einem viertel Versorgungsauftrag	
Adresse					
<input type="checkbox"/> angestellter Arzt					
		<input type="checkbox"/> Vollzeit		<input type="checkbox"/> Teilzeit, Angabe in % und in Wochenstunden	
				%	
				/	
				h/Woche	
Adresse					
<input type="checkbox"/> Sonstiges:					
Weitere Tätigkeiten in der ambulanten Versorgung				<input type="checkbox"/> ja	
z. B. in einer Nebenbetriebsstätte/Zweigpraxis, einer weiteren Praxisniederlassung, MVZ oder als Belegarzt etc.				<input type="checkbox"/> nein	
in einem Umfang von				Wochenstunden	
Angabe des weiteren Tätigkeitsortes					
Weitere Tätigkeiten in der stationären Versorgung				<input type="checkbox"/> ja	
als				<input type="checkbox"/> nein	
Einrichtung					
		<input type="checkbox"/> Vollzeit		<input type="checkbox"/> Teilzeit, Angabe in % und in Wochenstunden	
				%	
				/	
				h/Woche	

Tätigkeit in der <u>stationären</u> Versorgung als					
<input type="checkbox"/> Chefarzt/Leitender Arzt		<input type="checkbox"/> Oberarzt			
<input type="checkbox"/> Leitender Oberarzt		<input type="checkbox"/> Facharzt			
<input type="checkbox"/> sonstiges					
in	<input type="checkbox"/> Vollzeit	<input type="checkbox"/> Teilzeit, Angabe in % und in Wochenstunden		% /	h/Woche

Einrichtung					
<input type="checkbox"/>	Weitere Tätigkeit in der ambulanten Versorgung				
in einem Umfang von					Wochenstunden
Adresse					

Angaben zur Weiterbildungsstätte (WBS)

Weiterbildungsstätte				
	Anzahl der Diabetologen in Vollzeit			
	Anzahl der Diabetesberater in Vollzeit			
	Anzahl der Diabetesassistentinnen DDG in Vollzeit			
Schulungsabteilung		<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein
	Ist ein Schulungsraum vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein
	Gibt es eine oder mehrere verantwortliche Personen für die Schulung?	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein
Vorzuhaltende Schulungen				
	Typ 2-Diabetes mit und ohne Insulintherapie	<input type="checkbox"/> ja	Anzahl	<input type="checkbox"/> nein
	Typ 1-Diabetes mit ICT	<input type="checkbox"/> ja	Anzahl	<input type="checkbox"/> nein
	Typ 1-Diabetes mit CSII	<input type="checkbox"/> ja	Anzahl	<input type="checkbox"/> nein
	Patient mit Hypoglykämie-Wahrnehmungsstörungen	<input type="checkbox"/> ja	Anzahl	<input type="checkbox"/> nein

anlegen von			
	rtCGM-Systemen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Insulinpumpen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Hybrid-AID-Systemen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<u>Begriffserklärungen</u>			
*CSII: Kontinuierliche subcutane Insulininfusion (Insulinpumpentherapie)			
*rtCGM: real time kontinuierliche Glukosemessung			
*Hybrid-AID: Hybride automatische Insulindosierung			
Befindet sich in Ihrer stationären Weiterbildungseinrichtung eine Diabetologische Fachambulanz/Ermächtigungssprechstunde?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Existiert in Ihrer ambulanten/stationären Weiterbildungseinrichtung ein Fußbehandlungsraum?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Tätigkeit in der <u>ambulanten</u> Versorgung			
durchschnittliche Fallzahl von Patienten in der Einrichtung			pro Jahr
Betreute Diabetespatienten	insgesamt		pro Woche

Tätigkeit in der <u>stationären</u> Versorgung			
Angaben zur Einrichtung an der sich die Weiterbildungsstätte befindet			
	Eigenständige Diabetesstation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Bettenanzahl auf der Diabetesstation		
	Integrierte Diabetesstation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Teilnahme an Qualitätssichernden Maßnahmen			
	Ambulante Versorgung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Stationäre Versorgung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche Maßnahmen?			

Die Weiterzubildenden Ärzte erhalten ein gegliedertes Programm für die Weiterbildung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wann wurde es zuletzt aktualisiert?		

Dokumentierte Gespräche mit dem Weiterzubildenden zum Stand der Weiterbildung werden durchgeführt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Mindestens vierteljährlich		
<input type="checkbox"/> Mindestens halbjährlich		
<input type="checkbox"/> Mindestens einmal im Jahr		

Welche Perspektive haben Weiterzubildende nach Abschluss Ihrer Weiterbildung bei Ihnen?		
<input type="checkbox"/>	nur Weiterbildung	
<input type="checkbox"/>	Anstellungsverhältnis	
<input type="checkbox"/>	Juniorpartnerschaft	
<input type="checkbox"/>	Praxispartnerschaft	
<input type="checkbox"/>	Praxisübernahme	

Ich bin damit einverstanden, dass die Information über die Erteilung der Befugnis zur Weiterbildung / Zulassung als Weiterbildungsstätte an die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern bereitgestellt wird.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
---	-----------------------------	-------------------------------

Ich bin einverstanden, dass das von mir eingereichte WB-Curriculum/-Programm auf der Homepage der Ärztekammer zusammen mit meiner Befugnis veröffentlicht wird.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
---	-----------------------------	-------------------------------

Anerkennung der Rechte und Pflichten als Weiterbilder:

Mir ist bewusst, dass die Weiterbildung eine besonders ehren- und verantwortungsvolle Aufgabe ist, die neben der fachlichen Eignung vor allem auch eine persönliche Eignung und besondere Vorbildfunktion voraussetzt.

Ich verpflichte mich eine zügige und umfassende Weiterbildung gemäß dem Weiterbildungsprogramm/-curriculum in kollegialer Atmosphäre und im gegenseitigen Respekt zu ermöglichen und alle erforderlichen Unterlagen zeitnah zu erstellen, auszuhändigen und auf angemessene Arbeitsbedingungen hinzuwirken.

Ich anerkenne die Rechte und Pflichten der Befugten zur Weiterbildung.

Die Anlässe zur Prüfung der persönlichen Eignung als Weiterbildungsbefugter i. S. d. § 5 Abs. 2 Weiterbildungsordnung der Ärztekammer M-V (WBO ÄK MV 2020) sind mir bekannt.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel

Kompetenzbogen Zusatz-Weiterbildung Diabetologie

Die Zusatz-Weiterbildung kann auch in einer berufsbegleitenden Weiterbildung absolviert werden.

Bitte lesen Sie die zeitlichen Anforderungen an die Weiterbildung (Weiterbildungsabschnitte) in der der WBO ÄK MV 2020 auf der Homepage der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern nach.
[Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern \(aek-mv.de\)](http://aek-mv.de)

Antragsteller

WB-Stätte

Berichtszeitraum
(12 Monate)

Hinweise:

KM: Kognitive und Methodenkompetenz (Kenntnisse)

Der Weiterzubildende muss diesen Inhalt am Ende seiner Weiterbildungszeit systematisch einordnen und erklären können.

Bitte kreuzen Sie diese Kompetenz nur dann mit ja als vermittelbar an, wenn eine vollständige Kognitive und Methodenkompetenz vermittelt werden kann = „systematisch einordnen und erklären“.

H: Handlungskompetenz (Erfahrungen und Fertigkeiten)

Der Weiterzubildende muss diesen Inhalt am Ende seiner Weiterbildungszeit eigenverantwortlich durchführen können.

Bitte geben Sie hier eine Zahl nur dann an, wenn die Handlungskompetenz vollständig vermittelt werden kann = „selbständig durchführen“.

Die dunkel markierten Zellen sind nicht auszufüllen und bleiben leer.

Mitwirkung: Dem Weiterzubildenden muss die Teilnahme an einer Untersuchung/Therapie, die primär durch einen anderen Arzt erbracht wird, auch interdisziplinär ermöglicht werden.

Übergreifende Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Diabetologie		Einrichtung (Zahl)	Persönlich (Zahl)	vermittelbar	
KM	Differentialdiagnose des Diabetes mellitus sowie der Begleit- und Folgeerkrankungen, auch bei Kindern und Jugendlichen			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Wirkungen, Interaktionen, Nebenwirkungen von Medikamenten bei Diabetes mellitus, auch unter Berücksichtigung des Ernährungszustandes			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Diabetologische Notfälle	Zahl	Zahl		
H	Indikationsstellung und Befundinterpretation von Labor-Diagnostik unter Berücksichtigung von Screening und Differentialdiagnostik sowie der Diagnostik von Folgeschäden	Zahl	Zahl		
H	Durchführung des oralen Glukose-Toleranztests	Zahl	Zahl		
H	Durchführung von Assessments einschließlich Beratung unter Berücksichtigung kultureller Besonderheiten, Reisen, Sport, Ernährungs- und Lebensweise, Beruf, Fahrtauglichkeit, Schwerbehinderung einschließlich Selbstmanagementfähigkeit	Zahl	Zahl		
H	Maßnahmen der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention bei Diabetes mellitus und dessen Folgeerkrankungen	Zahl	Zahl		
KM	Grundzüge der Dialyse und Nierenersatztherapie			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

KM	Vorbereitung und Nachsorge bei Transplantationen, insbesondere bei Niere und Pankreas einschließlich der Indikation zur Pankreas- und Inselzell-Transplantation			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Transition einschließlich psychologischer und sozialmedizinischer Aspekte			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Auswirkungen der Diabeteserkrankung auf die Sexualität			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Auswahl und Durchführung standardisierter Schulungen, davon	Zahl	Zahl		
H	- Hypoglykämieschulungen	Zahl	Zahl		
	- Schulungen für Patienten ohne Insulintherapie	Zahl	Zahl		
	- Schulungen für Patienten mit ICT/Insulinpumpen	Zahl	Zahl		
Sekundäre und monogenetische Diabetesformen		Einrichtung (Zahl)	Persönlich (Zahl)	vermittelbar	
KM	Klassifikation der Formen des sekundären und monogenetischen Diabetes			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Indikationsstellung zur genetischen Untersuchung und zur Beratung bei genetischen Diabetesformen	Zahl	Zahl		
H	Indikationsstellung und Durchführung der spezifischen Therapie bei sekundären Diabetesformen	Zahl	Zahl		
Psychodiabetologie		Einrichtung (Zahl)	Persönlich (Zahl)	vermittelbar	
H	Partizipative Therapieplanung, Therapiemotivation, ressourcenorientierte Patientenansprache und Angehörigenberatung	Zahl	Zahl		
H	Erkennung von psychischen Komorbiditäten und Anpassung der Diabetestherapie, z. B. bei Essstörungen und Depressionen	Zahl	Zahl		
H	Erkennung von Hypoglykämie- und Hyperglykämie-Akzeptanzproblemen sowie Folgeerkrankungen und Anpassung der Diabetestherapie	Zahl	Zahl		
H	Psychoziale Beratung bei mangelnder Diabetesintegration und Diabetesakzeptanz sowie zu Berufswahl und Schwerbehindertenrecht	Zahl	Zahl		

Spezifische Inhalte für die Facharzt-Weiterbildung Allgemeinmedizin oder für die Facharzt-Weiterbildungen im Gebiet Innere Medizin

Typ 1 und Typ 2 Diabetes sowie sekundäre Diabetesformen		Einrichtung (Zahl)	Persönlich (Zahl)	vermittelbar	
H	Ersteinstellung mittels intensivierter Insulintherapie, Therapiefortführung und Therapieanpassung bei Typ 1 Diabetes	Zahl	Zahl		
H	Therapieeinstellung und Therapieanpassung bei kontinuierlicher Blutzuckermessung (CGM) und Pumpen bei Typ 1 Diabetes	Zahl	Zahl		
H	Diagnostik, Therapieanpassung und Nachsorge von Notfällen bei Hypoglykämien mit und ohne Bewusstseinsverlust, Ketoazidosen sowie bei diabetischem Koma	Zahl	Zahl		
KM	Diabetes bei Kindern und Jugendlichen			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Nicht-medikamentöse und medikamentöse Therapieoptionen des Typ 2 Diabetes, z. B. OAD, GLP-1-Analoga, Insulintherapieregime			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Diagnostik und Therapie bei Typ 2 Diabetes, metabolischem Syndrom und Adipositas	Zahl	Zahl		
H	Prä-, peri- und postoperatives Diabetesmanagement	Zahl	Zahl		

H	Indikationsstellung, prä- und postoperative Betreuung von Patienten bei bariatrischer Operation einschließlich Beratung zur Anpassung der Diabetestherapie und Ernährung	Zahl	Zahl	
H	Interdisziplinäre Differentialdiagnostik und Therapie bei Folge- und Begleiterkrankungen, insbesondere	Zahl	Zahl	
H	- koronare Herzkrankheit und periphere arterielle Verschlusskrankheit	Zahl	Zahl	
H	- Hypertonie und Gefäßkrankheiten	Zahl	Zahl	
H	- Hyperlipoproteinämie	Zahl	Zahl	
H	- Gicht und Hyperurikämie	Zahl	Zahl	
H	- nicht-alkoholische und alkoholische Fettleber	Zahl	Zahl	
H	- metabolisches Syndrom	Zahl	Zahl	
H	- Nephropathie	Zahl	Zahl	
H	- periphere und autonome Neuropathie	Zahl	Zahl	
H	- Retinopathie	Zahl	Zahl	
H	- entzündliche urologische und gynäkologische Erkrankungen	Zahl	Zahl	
H	- Dermopathie	Zahl	Zahl	
H	- Pankreatitis	Zahl	Zahl	
H	Umstellung intensivierter Diabetestherapie bei Demenz und in Palliativsituationen	Zahl	Zahl	
H	Langzeitbetreuung von Typ 1 und Typ 2 Diabetikern einschließlich Heimbetreuung, auch interprofessionell	Zahl	Zahl	
H	Schulungen zu digitalen Anwendungen und aktuellen Diabetestechnologien	Zahl	Zahl	
H	Diagnostik und Therapie des diabetischen Fußsyndroms einschließlich Schulung, Wundversorgung, Schuhversorgung, Prothetik	Zahl	Zahl	
Diabetes und Schwangerschaft		Einrichtung (Zahl)	Persönlich (Zahl)	vermittelbar
KM	Schwangerschaft bei Typ 1 oder Typ 2 Diabetes (<i>Anzahl pro Jahr</i>)	Zahl	Zahl	
H	Screening, Diagnostik, Schulung und Therapie des Gestationsdiabetes bzw. des Diabetes während der Schwangerschaft einschließlich der Anpassung der Medikation an die postpartale Stoffwechselsituation	Zahl	Zahl	
KM	Teratogenitätsrisiko der Medikamente und der Folgen von Hyperglykämie			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
KM	Kontrazeption bei Diabetes			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
KM	Polyzystisches Ovar-Syndrom			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
KM	Fetale und maternale Risiken und Hinweiszeichen von akuten und Folgeerkrankungen, z. B. postpartale Depression			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Spezifische Inhalte für die Facharzt-Weiterbildung Kinder- und Jugendmedizin

Diabetesformen im Kindes- und Jugendalter		Einrichtung (Zahl)	Persönlich (Zahl)	vermittelbar	
KM	Ätiologie, Differentialdiagnose, Verlauf, Therapieoptionen und Prognose bei Diabetesformen im Kindes- und Jugendalter			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Langzeitversorgung von Kindern und Jugendlichen mit medizinischen, psychologischen und sozialen Bedürfnissen während der verschiedenen Krankheitsphasen, insbesondere in der Initial-, Remissions- und Postremissions-, Pubertäts- und Transitionsphase einschließlich Erstgespräch bei Manifestation des Diabetes mellitus	Zahl	Zahl		
H	Ersteinstellung von Kindern und Jugendlichen mit Typ 1 Diabetes mittels intensivierter Insulintherapie, Therapiefortführung und Therapieanpassung	Zahl	Zahl		
H	Betreuung von Patienten mit Insulinpumpentherapie	Zahl	Zahl		
H	Langzeitversorgung mit einer intensivierten konventionellen Insulin-Therapie/Insulinpumpentherapie einschließlich Beratung hinsichtlich Therapie, Sport und Ernährung	Zahl	Zahl		
H	Therapieeinstellung und Therapieanpassung bei kontinuierlicher Blutzuckermessung, z. B. sensorunterstützte Pumpen- und Insulintherapie, sensorintegrierte Pumpentherapie	Zahl	Zahl		
H	Diagnostik sowie Therapieanpassung und Nachsorge bei Komplikationen und Notfällen unter Berücksichtigung von Risikofaktoren sowie von assoziierten Autoimmunerkrankungen	Zahl	Zahl		
H	Prä-, peri- und postoperatives Diabetesmanagement	Zahl	Zahl		
H	Betreuung und Beratung der Kinder und Jugendlichen und deren Eltern in Alltagssituationen	Zahl	Zahl		
H	Umgang mit Diabetestechnologien im Kindes- und Jugendalter	Zahl	Zahl		
H	Interdisziplinäre Behandlung bei Diabetes Typ 2, insbesondere im Hinblick auf die Transition	Zahl	Zahl		
KM	Molekulargenetische und immunologische Mechanismen diabetologischer Erkrankungen			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Weiterführende Diagnostik und Therapie bei Diabetes Typ 3, z. B. monogentische Erkrankungen (Maturity Onset Diabetes of the Young, neonataler Diabetes)	Zahl	Zahl		
H	Indikationsstellung zur weiterführenden Diagnostik bei Erkrankungen der Schilddrüse, Zöliakie, Adipositas und weiteren seltenen assoziierten Erkrankungen	Zahl	Zahl		
H	Diagnostik und Therapie bei Hyperlipidämien und anderen metabolischen Risikofaktoren, z. B. Hypertonie	Zahl	Zahl		

Anmerkungen:

Ort, Datum

Unterschrift

Stempel
Einrichtung

Bitte fügen Sie Ihrem Antrag folgende Anlagen bei:

(falls nicht bereits in vorherigen Antragsverfahren eingereicht oder Änderungen eingetreten sind)

1. beruflicher Werdegang
2. Beschreibung der beruflichen/ärztlichen Tätigkeitsfelder und evtl. Besonderheiten der WB-Stätte
3. das gegliederte Programm für die Umsetzung der Weiterbildung im beantragten
Weiterbildungsabschnitt an der Weiterbildungsstätte (§ 5 Abs. 10 WBO ÄK MV 2020)
4. Darstellung der apparativen Ausstattung der Weiterbildungsstätte
5. aktueller Arztregisterauszug der Kassenärztlichen Vereinigung (Tel. 0385 / 74 31 363)