



**Antrag auf Erwerb einer Befugnis zur Weiterbildung und
Antrag auf Zulassung als Weiterbildungsstätte im stationären Bereich
für die Facharzt-Weiterbildung Innere Medizin und Gastroenterologie**

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 Einrichtung/-en ... Die an der Verbundeinrichtung verantwortlichen Ärzte müssen ebenfalls eine entsprechende WB-Befugnis haben/beantragen. |
| | |

| | | |
|--|--|---------------|
| Beantragter Umfang in der Facharzt-Weiterbildung Innere Medizin und Gastroenterologie | | Monate |
|--|--|---------------|

| | | | | |
|--------------------------|-----------------------------------|---|----------|---------|
| Tätigkeit 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 |

| |
|---|
| Zusätzlich zur stationären Tätigkeit |
| KV-Ermächtigung für |

| | | | |
|---|--|---|-------------|
| Weitere Tätigkeit in der ambulanten Versorgung als ... | | | |
| <input type="checkbox"/> | Vertragsarzt | | |
| | <input type="checkbox"/> Mit einem vollzeitigem Versorgungsauftrag | <input type="checkbox"/> Mit einem <u>häufigen</u> Versorgungsauftrag | |
| | <input type="checkbox"/> Anderer Umfang: | | |
| | | | |
| <input type="checkbox"/> | <u>angestellter</u> Arzt in der ambulanten Versorgung | | |
| | <input type="checkbox"/> Vollzeit | <input type="checkbox"/> Teilzeit, Angabe in % und in Wochenstunden | % / h/Woche |
| | | | |
| <input type="checkbox"/> | Sonstiges: | | |

| | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Weitere Tätigkeit <u>in einer weiteren</u> stationären Einrichtung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| in einem Umfang von | | Wochenstunden |
| Angabe des weiteren Tätigkeitsortes | | |

Angaben zur Weiterbildungsstätte (WBS)

| | |
|---|--|
| Weiterbildungsstätte (WBS) und Träger der Einrichtung | |
| Name des ärztlichen Leiters der WBS | |

| | | |
|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| Weiterbildungsstätte ist | ein Akutkrankenhaus der | |
| | Grund- und Regelversorgung | <input type="checkbox"/> |
| | Schwerpunktversorgung | <input type="checkbox"/> |
| | Maximalversorgung | <input type="checkbox"/> |
| | eine Rehabilitationseinrichtung | <input type="checkbox"/> |
| | sonstiges | |

Angaben zur Einrichtung an der sich Weiterbildungsstätte befindet

| | |
|--|--|
| | Bettenzahl der gesamten Einrichtung |
| | Bettenzahl der Abteilung/Klinik (WBS) für die beantragte Weiterbildung |

Personalschlüssel / Personelle Besetzung der Abteilung/Klinik (WBS) für beantragte Weiterbildung (Zahlenangabe)

| lt. Stellenplan | aktuell besetzt | |
|-----------------|-----------------|--|
| | | Chefarzt |
| | | Oberärzte |
| | | Fachärzte |
| | | Assistenzärzte, davon in Weiterbildung |

| | | |
|--|--------------------------|---|
| Die WBS betreibt folgende Abteilungen selbst ... | | ... bzw. bietet Zugang den folgenden Abteilungen, die unter folgender Leitung stehen: |
| Notaufnahme | <input type="checkbox"/> | |
| Intensivstation | <input type="checkbox"/> | |
| Intermediate Care (IMC) | <input type="checkbox"/> | |
| Tagesklinik | <input type="checkbox"/> | |
| Poliklinik/Ambulanz/MVZ | <input type="checkbox"/> | |
| andere für die Fach-WB notwendige Abteilungen | <input type="checkbox"/> | |

| | | | |
|---|--|------------------|--|
| Spezialsprechstunde an der Weiterbildungsstätte | | durchgeführt von | |
| Spezialsprechstunde an der Weiterbildungsstätte | | durchgeführt von | |

| | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|--|--|
| Anstellung der WBA | | | |
| normalerweise beträgt die Anstellung | <input type="checkbox"/> 1 Jahr | <input type="checkbox"/> mehr als 1 Jahr | |
| es besteht die Option zu verlängern | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |

| | | | |
|--|---|---|---|
| In welchem Zeitverhältnis stehen | | | |
| Dienstleistung / Weiterbildung / Forschung und Lehre | % | % | % |

| | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 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 |
| Mindestens vierteljährlich | <input type="checkbox"/> | |
| Mindestens halbjährlich | <input type="checkbox"/> | |
| Mindestens einmal im Jahr | <input type="checkbox"/> | |

Wenn vorliegend: Die Weiterbildungsstätte ist/betreibt

| | | |
|--|--------------------------|------|
| Teil eines vertraglich vereinbarten WB-Verbundes | <input type="checkbox"/> | mit: |
| Teil eines vertraglich vereinbarten WB-Netzes | <input type="checkbox"/> | mit: |
| lose WB-Kooperationen mit anderen WBS | <input type="checkbox"/> | mit: |

Bereitschaftsdienst in der beantragten Weiterbildung

| | | | 24/7 | wenn nicht 24/7 fachärztlich besetzt, Umfang sonst ... |
|---------------|-------------------------|--------------------------|------|--|
| OA/Itd. Ärzte | nur Fachgebiet | <input type="checkbox"/> | | |
| | fachgebietsübergreifend | <input type="checkbox"/> | | |
| FA/WBA | nur Fachgebiet | <input type="checkbox"/> | | |
| | fachgebietsübergreifend | <input type="checkbox"/> | | |

Regelungen zum Bereitschaftsdienst*

| | |
|--|----------|
| Teilnahme der Weiterbildungsärzte am Bereitschaftsdienst in der Regel ab dem | Monat. |
| Durchschnittszahl der Bereitschaftsdienste der Weiterbildungsärzte | / Monate |

* sofern im Dienstmodell der WBS Bereitschaftsdienste vorgesehen sind.

Statistische Angaben

| | | |
|--|------|--------|
| Fallzahl stationär behandelter Patienten/Jahr | Jahr | Anzahl |
| Fallzahl ambulant behandelter Patienten/Jahr | Jahr | Anzahl |
| Fallzahl behandelter Patienten in Notaufnahme/Jahr | Jahr | Anzahl |

| |
|-----------------------------------|
| Belegung im Antragsjahr (Prozent) |
| Konsultationszahl pro Jahr |
| Patienten in der Notfallambulanz |

| Angabe/Anzahl zu Weiterbildungsveranstaltungen in der Einrichtung | | | jährlich |
|---|-------------------------------|-----------------------------|----------|
| Weiterbildungsveranstaltungen im Fachgebiet | | | |
| Interdisziplinäre Weiterbildungs- und Fortbildungsveranstaltungen | | | |
| Röntgendemonstrationen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Klinisch-pathologische Demonstrationen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Problemvisiten, etc. | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Durchführung von Obduktionen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |

| Qualitätssicherungsmaßnahmen, Zertifizierungen, WB-geeignete Veranstaltungen und Konferenzen etc. | |
|---|---|
| Zertifizierungen | jeweils mit Angabe von Umfang, Zeiten, Anzahl |
| | |
| | |
| | |
| | |

| | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Erstellen von Gutachten (ausführlich begründete, einschließlich Formulargutachten) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| | - wenn ja, | pro Jahr |

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel

Kompetenzbogen Facharzt-Weiterbildung Innere Medizin und Gastroenterologie

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)

BITTE BEACHTEN SIE:

Die Kompetenzbögen 1 und 2 sind jedem Antrag mit einzureichen.

Die Kompetenzbögen 3 und 4 sind optional und nur einzureichen, wenn Sie die Befugnis für diese WB-Abschnitte beantragen möchten

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

Bitte geben Sie wie folgt Auskunft (alle Zeilen sind auszufüllen):

Mit **KM** gekennzeichnete Zeilen bitte wie folgt angeben: **X** = Kompetenz vorhanden; **Ø** = Kompetenz nicht vorhanden

Mit **H** gekennzeichnete Zeilen grundsätzlich eine Anzahl (z.B. der durchgeführten Behandlungen/Untersuchung/Verfahren) angeben.

Sollte eine Angabe der Anzahl nicht sinnvoll erscheinen, bitte mit **X** = Kompetenz vorhanden, kennzeichnen,

Ist eine Kompetenz nicht vermittelbar, bitte mit **Ø** = Kompetenz nicht vorhanden, kennzeichnen.

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

Kompetenzbogen 1

**Spezifische Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Innere Medizin und Gastroenterologie
(maximal 36 Monate)**

Nach ICD-10

| | |
|-----------------|--|
| A00-A09 | |
| B15-B19 | |
| E65-E68 | |
| K20-K93 | |
| Q39-Q45 | |
| E83.0 und E83.1 | |
| C15-C26 | |
| | |

| Spezifische Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Innere Medizin und Gastroenterologie (WB-Umfang max.36 Monate) <i>*Der kursive Text ist ein Hinweis zur jeweiligen Kompetenz nach WBO 2020</i> | | | |
|--|--|----------------------|----------------------|
| Gastroenterologie | | Einrichtung | Persönlich |
| KM | Prävention, Differentialdiagnose, Therapieoptionen, Rehabilitation und Nachsorge von gastroenterologischen Erkrankungen und Tumoren sowie Stoffwechselkrankheiten | | |
| H | Diagnostik und Therapie von akuten und chronisch entzündlichen Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts, von Leber und Pankreas | (bitte Zahl angeben) | (bitte Zahl angeben) |
| H | Diagnostik und Therapie gastroenterologischer Infektionskrankheiten, insbesondere Virushepatitiden, intraabdominelle Infektionen und infektiöse Darmkrankheiten <i>*z. B. H.p.-Gastritis, bakterielle, virale Enteritis, Virushepatitis, Abszesse, Cholangitis, Transplantatnachsorge</i> | (bitte Zahl angeben) | |
| H | Diagnostik und Therapie von funktionellen Störungen, insbesondere Reizdarmsyndrom, Obstipation, Dyspepsie | | |
| H | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen durch Nahrungs- und Genussmittel, z. B. Laktoseintoleranz, Fruktosemalabsorption und intestinale Malabsorptions- und Maldigestionssyndrome | (bitte Zahl angeben) | |
| H | Diagnostik und Therapie von Essstörungen und Störungen durch psychotrope Substanzen einschließlich Folgen der Alkoholkrankheit im Verdauungssystem | | |
| H | Einleitung rehabilitativer Maßnahmen bei psychosomatischen Störungen | | |
| H | Diagnostik und Therapie bei Stoffwechselstörungen und -erkrankungen, z. B. Hämochromatose, Morbus Wilson, Hyperlipoproteinämie | (bitte Zahl angeben) | |

| | | Einrichtung | Persönlich |
|---|---|----------------------|----------------------|
| H | <p>Diagnostik und Therapie der Adipositas und assoziierter Manifestationen im Verdauungstrakt, insbesondere Steatohepatitis, endoskopische Bypassverfahren und Nachsorge nach bariatrischen Eingriffen</p> <p><i>*Die wichtigsten Bypass-Verfahren der Adipositas-Chirurgie müssen vermittelt werden, einschl. ihrer Komplikationen und endoskopisch-therapeutischer Behandlungsoptionen.</i></p> | | |
| H | <p>Diagnostik, konservative und interventionelle Therapie von angeborenen Fehlbildungen des Verdauungssystems im Erwachsenenalter</p> <p><i>*voraussetzt werden, z.B.:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Bougierung von Stenosen, Punktionen (z.B. symptomatische dysontogenetische Zysten) - Pancreas divisum - Megacolon | | |
| H | <p>Diagnostik, konservative und interventionelle Therapie gastroenterologischer Erkrankungen bei geriatrischen Patienten, z. B. chronische mesenteriale Ischämie, Motilitätsstörungen und Inkontinenz einschließlich Pharmakotherapie bei Multimorbidität</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>*Dokumentation komplexer Behandlungsfälle bei Mesenterialischämie</i> - <i>Medikamentöse Behandlungsoptionen der Motilitätsstörungen einschl. der diabetischen Gastroparese</i> - <i>Zenker-Divertikel</i> - <i>Typ-A-Gastritis</i> | | |
| H | <p>Vorsorge, Früherkennung, Diagnostik, konservative und interventionelle Therapie gutartiger und bösartiger Neubildungen der Verdauungsorgane</p> | | |
| H | <p>Diagnostik, konservative und interventionelle Therapie von gastroenteropankreatischen neuroendokrinen Tumorerkrankungen, z. B. Karzinoid, Gastrinom, Insulinom</p> <p><i>*Einschl. sonogr. und endosonografisch gestützter Punktionen Lokale Schlingenresektion in Magen/Rectum Tumorboard bei met. NET</i></p> | | |
| H | <p>Diagnostik und interdisziplinäre Indikationsstellung zu chirurgischen, strahlentherapeutischen und nuklearmedizinischen Therapieverfahren bei gastroenterologischen Tumoren</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>*regelmäßiges Tumorboard an WBS vorhanden</i> - <i>regelmäßige aktive Teilnahme des WBB erforderlich</i> | | |
| H | <p>Palliativmedizinische Betreuung bei Patienten mit lebenslimitierenden gastroenterologischen Krankheiten</p> <p><i>*Empfehlung: Hospitation auf Palliativstation</i></p> | | |
| H | <p>Durchführung und Interpretation von nicht-invasiven Funktionstests, insbesondere H2-Atemtest, 13C-Atemtest, Stuhluntersuchung</p> | (bitte Zahl angeben) | (bitte Zahl angeben) |
| H | <p>Duplex-Sonographie der abdominellen, retroperitonealen und mediastinalen Gefäße</p> <p><i>*sichere Kenntnisse in der sonografischen Diagnostik der Pfortaderthrombose, des Pfortaderflusses, der Lebervenenarstellung, Wertung normaler und pathologischer TIPS-Befunde</i></p> | | |
| H | <p>Sonographische Spezialdiagnostik, z. B. kontrastmittelgestützte Sonographie, Elastographie, Minisonden</p> <p><i>*Kenntnisse in der Kontrastmittel-Sonografie oder alternativer Verfahren</i></p> | | |
| H | <p>Endosonographie des oberen Gastrointestinaltrakts (Ösophagus, Magen/Darm, Gallenwege, Pankreas) und des Rektums</p> <p><i>*Langjährige Erfahrung des WBB in dieser Kompetenz</i></p> | (bitte Zahl angeben) | |

| | | Einrichtung | Persönlich |
|---|---|----------------------|----------------------|
| H | Indikationsstellung und Befundinterpretation weiterer bildgebenden Verfahren <i>*u. a. CT, MRT, Angiografie, Szintigrafie, Kapselendoskopie</i> | | |
| H | Ösophago-Gastro-Duodenoskopie einschließlich Zoom- und Chromoendoskopie | (bitte Zahl angeben) | (bitte Zahl angeben) |
| H | Ileo-Koloskopie einschließlich Zoom- und Chromoendoskopie | (bitte Zahl angeben) | (bitte Zahl angeben) |
| H | Rektosigmoidoskopie | | |
| H | Proktoskopie | | |
| H | Endoskopische Dünndarmdiagnostik, z. B. Kapsel-, Push- oder Ballon-Enteroskopie <i>*Zusätzlich: Sichere Kenntnisse in der Differenzierten Dünndarm-Sonographie</i> | (bitte Zahl angeben) | (bitte Zahl angeben) |
| H | Indikationsstellung und Mitwirkung bei endoskopischer Diagnostik der Gallenwege und des Pankreas <i>*ERCP</i> | (bitte Zahl angeben) | (bitte Zahl angeben) |
| H | Endoskopische und laparoskopische Diagnostik chronischer Lebererkrankungen und Lebertumoren, z. B. transjuguläre Leberbiopsie, Lebervenenverschlussdruckmessung, Minilaparoskopie <i>*Alternativ: Möglichkeit der Teilnahme an laparoskopischen Operationen</i> | (bitte Zahl angeben) | |
| H | Indikation, Durchführung und Befunderstellung bei endoskopisch-therapeutischen Eingriffen im oberen, mittleren und unteren Verdauungstrakt, insbesondere PEG, endoskopische Blutstillung, Varizen-therapie, Thermokoagulation, Stenteinlage, Polypektomie, Mukosektomie, Bougierung bzw. Dilatation <i>*Differenzieren</i> | | |
| | - PEG/ PEJ | | |
| | - Varizenligatur | | |
| | - Histoacrylinjektion | | |
| | - EMR (Magen/Colon) | | |
| | - Basiskenntnisse ESD | | |
| | - APC | | |
| | - Oesophagusstents, Duodenalstents, GG-Stents | | |
| | - Bougierung/Dilatation von Stenosen im oberen und unteren GI-Trakt | | |
| | - Endoskopische Fremdkörperentfernung | | |
| H | Indikationsstellung und Mitwirkung bei interventionellen Eingriffen an Gallen- und Pankreasgängen, insbesondere Papillotomie, Stenteinlage, Konkremententfernung, perkutane transhepatische Choledochusdrainage | | |

| | | Einrichtung | Persönlich |
|----|---|----------------------|----------------------|
| H | Perkutane Biopsien intraabdomineller Organe und deren Tumoren einschließlich Anlage von Drainagen im Abdomen <i>*Differenzieren</i> | (bitte Zahl angeben) | (bitte Zahl angeben) |
| | - <i>*Aszites-Punktion/Drainage</i> | (bitte Zahl angeben) | (bitte Zahl angeben) |
| | - <i>Solide Tumoren</i> | (bitte Zahl angeben) | (bitte Zahl angeben) |
| | - <i>Abszessdrainagen</i> | (bitte Zahl angeben) | (bitte Zahl angeben) |
| | - <i>Cystensklerosierungen</i> | (bitte Zahl angeben) | (bitte Zahl angeben) |
| H | Mitwirkung bei interventionellen Eingriffen bei chronischen Lebererkrankungen und Lebertumoren, z. B. Ethanolinjektion, Radiofrequenzablation, transjugulärer intrahepatischer Stent-Shunt | | |
| H | Konservative und endoskopische Therapie bei proktologischen Erkrankungen einschließlich Indikationsstellung zur weiterführenden Behandlung | | |
| H | Funktionsprüfungen, z. B. pH-Metrie des Ösophagus, Transitzeitmessungen, manometrische Untersuchungen im oberen und unteren Verdauungstrakt | | |
| H | Sedierungen und Überwachung von Patienten in der Endoskopie | | |
| H | Ernährungsberatung und Diätetik bei Erkrankungen der Verdauungsorgane, Stoffwechselstörungen sowie Mangel- und Überernährung und alimentären Mangelzuständen <i>*fundierte Kenntnisse in der Ernährungsberatung bei gastroenterologischen Krankheitsbildern erforderlich</i> | | |
| H | Indikationsstellung und Durchführung enteraler Sondenernährung einschließlich perkutaner endoskopischer Gastrostomie (PEG) <i>*einschließlich Triluminasonde</i> | (bitte Zahl angeben) | (bitte Zahl angeben) |
| H | Behandlung und Koordination von gastroenterologischen Notfällen einschließlich diagnostischer und therapeutischer Endoskopien, insbesondere akute gastrointestinale Blutungen, akute und fulminante Verläufe bei infektiösen und chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, Komplikationen der Leberzirrhose und bei Leberversagen, akute und chronische Pankreatitis, Gallenwegserkrankungen/ Verschlussikterus, gastrointestinale Stenosen/Obstruktionen, metabolische Krise <i>*Differenzieren</i> | | |
| | - <i>SOP's müssen vorhanden sein</i> | | |
| | - <i>Angabe zu 24/7 endoskopischem BD erforderlich</i> | (bitte Zahl angeben) | (bitte Zahl angeben) |
| | - <i>Anzahl der jährlichen Notfallendoskopien müssen angegeben werden</i> | (bitte Zahl angeben) | (bitte Zahl angeben) |
| | - <i>Kenntnisse in der Endoskopie von Kindern und Jugendlichen auch gastroenterologisch-intensivmedizinische Inhalte, wie z. B. akutes Leberversagen sind Teil des WB-Spektrums</i> | | |
| KM | Prinzipien der Lebertransplantation und Organspende | | |
| H | Vor- und Nachsorge transplanteder Patienten (Leber, Pankreas) <i>*Kenntnisse in der med. Immunsuppression</i> <i>Kenntnisse in den Standards der Betreuung lebertransplanteder Patienten</i> | | |

| Medikamentöse Tumortherapie und Supportivtherapie | | Einrichtung | Persönlich |
|---|---|----------------------|------------|
| H | Regelmäßige Teilnahme an interdisziplinären Tumorkonferenzen, davon | | |
| H | - Falldarstellungen | (bitte Zahl angeben) | |
| KM | Pharmakologie und Wirkungsweise medikamentöser Tumortherapie | | |
| H | Indikationsstellung zur medikamentösen Tumortherapie unter Berücksichtigung von Komorbiditäten | | |
| H | Planung und Überwachung der medikamentösen Therapie bei Tumorerkrankungen der Facharztkompetenz einschließlich der Prävention, Erkennung und Behandlung spezifischer Nebenwirkungen von Tumortherapeutika | | |
| H | Medikamentöse Therapie bei Patienten mit Tumoren der Facharztkompetenz in Behandlungsfällen, davon | (bitte Zahl angeben) | |
| H | - zytostatisch | (bitte Zahl angeben) | |
| H | - zielgerichtet | (bitte Zahl angeben) | |
| H | - immunmodulatorisch | (bitte Zahl angeben) | |
| H | - antihormonell | (bitte Zahl angeben) | |
| KM | Aspekte der Nachsorge bei medikamentöser Tumortherapie | | |
| KM | Grundlagen der Supportivtherapie und Rehabilitation bei Tumorerkrankungen des Fachgebietes | | |
| H | Prophylaktische und interventionelle Supportivtherapie, insbesondere Antiemese, Ernährungsberatung und Diätetik einschließlich enteraler und parenteraler Ernährung, Infektionsprophylaxe und Therapie von Infektionen, Antikoagulation | | |
| Strahlenschutz | | Einrichtung | Persönlich |
| KM | Grundlagen der Strahlenbiologie und Strahlenphysik bei der Anwendung ionisierender Strahlen am Menschen | | |
| KM | Grundlagen des Strahlenschutzes beim Patienten und Personal einschließlich der Personalüberwachung und des baulichen und apparativen Strahlenschutzes <i>*Kurs sollte vorhanden sein bei regelmäßigen interventionellen Eingriffen z.B. ERCP, Stenteinlagen, Bougierungen etc.</i> | | |
| H | Voraussetzungen zur Erlangung der erforderlichen Fachkunden im gesetzlich geregelten Strahlenschutz <i>*FK Notfalldiagnostik WBS: FK Interventionsradiologie oder FK durchleuchtungsgestützte Endoskopie</i> | | |

| |
|--------------|
| Anmerkungen: |
|--------------|

Ort, Datum

Unterschrift

Stempel
Einrichtung

Kompetenzbogen 2

Gemeinsame Inhalte der Facharzt-Weiterbildungen im Gebiet Innere Medizin

| | | Einrichtung (Zahl) | persönlich (Zahl) | vermittelbar |
|---|--|-----------------------|----------------------|---|
| Übergreifende Inhalte im Gebiet Innere Medizin | | | | |
| KM | Wesentliche Gesetze, Verordnungen und Richtlinien | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| H | Beratung bezüglich gesundheitsfördernder Lebensführung | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| H | Schulung bei ernährungsbedingten Gesundheitsstörungen | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| H | Begutachtung der Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| H | Begutachtung der Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsminderung | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| H | Begutachtung der Pflegebedürftigkeit | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| H | Beratung und Führung Suchtkranker sowie Suchtprävention | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| KM | Grundlagen der medikamentösen Tumorthherapie | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| H | Basisbehandlung palliativmedizinisch zu versorgender Patienten | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| H | Beratung zu Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten einschließlich Organspende | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Fachgebundene genetische Beratung | | | | |
| KM | Grundlagen hereditärer und multifaktorieller Krankheitsbilder und Entwicklungsstörungen | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| KM | Interpretation und Aussagekraft genetischer Untersuchungsergebnisse (Sensitivität, Spezifität, prädiktiver Wert) | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| KM | Methodische, psychosoziale und ethische Aspekte der genetischen Beratung und Diagnostik einschließlich pharmakogenetischer Tests | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| H | Erkennung fachbezogener genetisch bedingter Krankheitsbilder oder Entwicklungsstörungen | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| H | Fachgebundene genetische Beratung bei diagnostischer und prädiktiver genetischer Untersuchung | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Funktionelle Störungen im Gebiet Innere Medizin | | | | |
| H | Basisbehandlung psychosomatischer Krankheitsbilder | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| KM | Krisenintervention unter Berücksichtigung psychosozialer Zusammenhänge | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Diagnostische Verfahren im Gebiet Innere Medizin | | | | |
| H | Durchführung von ultraschallgestützten Punktionen bei Pleuraerguss und Aszites | | | |
| H | B-Modus-Sonographie der Schilddrüse | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| H | Elektrokardiogramm | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| H | Langzeit-Elektrokardiogramm | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| H | Ergometrie | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| H | Langzeitblutdruckmessung | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| H | CW-, PW-, Duplex-, Farbduplex-Sonographie der Arterien und Venen | | | |

| | | Einrichtung (Zahl) | persönlich (Zahl) | vermittelbar | |
|--|---|-----------------------|----------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| H | B-Modus-Sonographie der peripheren Arterien und Venen | | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| H | B-Modus-Sonographie des Abdomens und Retroperitoneums einschließlich der Nieren und ableitender Harnwege | | | | |
| H | Spirometrische Untersuchung der Lungenfunktion | | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| H | Indikationsstellung und Befundinterpretation von Röntgen-Thorax-Untersuchungen | | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| KM | Differentialdiagnosen atopischer Erkrankungen | | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Therapeutische Verfahren im Gebiet Innere Medizin | | | | | |
| H | Durchführung von Entlastungspunktionen und Drainagen bei Pleuraerguss und Aszites | | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| H | Enterale und parenterale Ernährung einschließlich Sondentechnik mit Berechnung des Energie- und Nährstoffbedarfs sowie Erstellen eines Ernährungsplans | | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| H | Infusionstherapie | | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| H | Transfusions- und Blutersatztherapie | | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Angiologische Basisbehandlung | | | | | |
| KM | Weiterführende Diagnostik, Therapie und Rehabilitation der Erkrankungen von Arterien, Venen, Kapillaren und Lymphgefäßen | | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| H | Internistische Basisbehandlung von Erkrankungen von Arterien, Venen, Kapillaren und Lymphgefäßen | | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Endokrinologische und diabetologische Basisbehandlung | | | | | |
| KM | Weiterführende Diagnostik, Therapie und Rehabilitation endokriner Erkrankungen einschließlich assoziierter Stoffwechselstörungen | | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| H | Internistische Basisbehandlung von endokrinen Erkrankungen einschließlich assoziierter Stoffwechselstörungen | | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| H | Behandlung des Diabetes mellitus | | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Geriatrische Basisbehandlung | | | | | |
| KM | Spezielle geriatrische Behandlungsmöglichkeiten mit dem Ziel der Erhaltung und Wiederherstellung größtmöglicher Selbstständigkeit | | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| H | Behandlung von Erkrankungen und Behinderungen des höheren Lebensalters einschließlich interdisziplinärer Aspekte bei Multimorbidität | | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hämatologische und onkologische Basisbehandlung | | | | | |
| KM | Weiterführende Diagnostik, Therapie und Rehabilitation der Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden und lymphatischen Organe, des Immunsystems, der Hämostase sowie von malignen Neoplasien | | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| H | Internistische Basisbehandlung von Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden und lymphatischen Organe, des Immunsystems, der Hämostase sowie von malignen Neoplasien | | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

| | | Einrichtung (Zahl) | persönlich (Zahl) | vermittelbar |
|---|---|-----------------------|----------------------|---|
| Infektiologische Basisbehandlung | | | | |
| KM | Weiterführende Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Infektionskrankheiten | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| KM | Meldepflichten gemäß Infektionsschutzgesetz | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| H | Internistische Basisbehandlung von Infektionskrankheiten | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| H | Management bei therapieresistenten Erregern | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Kardiologische Basisbehandlung | | | | |
| KM | Weiterführende Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Erkrankungen des Herzens und des Kreislaufs | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| H | Internistische Basisbehandlung von Erkrankungen des Herzens und des Kreislaufs | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Nephrologische Basisbehandlung | | | | |
| KM | Weiterführende Diagnostik, Therapie und Rehabilitation der akuten und chronischen Nierenkrankheiten sowie deren extrarenaler Komplikationen | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| H | Internistische Basisbehandlung von akuten und chronischen Nierenkrankheiten sowie deren extrarenale Komplikationen | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Pneumologische Basisbehandlung | | | | |
| KM | Weiterführende Diagnostik, Therapie und Rehabilitation der Erkrankungen der Atemwege, der Lunge, des Lungenkreislaufs, des Mediastinum, der Pleura, der Atempumpe einschließlich schlafbezogener Atmungsstörungen sowie der extrapulmonalen Manifestationen pulmonaler Erkrankungen | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| H | Internistische Basisbehandlung von Erkrankungen der Atemwege, der Lunge, des Lungenkreislaufs, des Mediastinum, der Pleura, der Atempumpe einschließlich schlafbezogener Atmungsstörungen sowie der extrapulmonalen Manifestationen pulmonaler Erkrankungen | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| KM | Grundlagen allergologischer Erkrankungen | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Rheumatologische Basisbehandlung | | | | |
| KM | Weiterführende Diagnostik, Therapie und Rehabilitation entzündlich-rheumatischer Systemerkrankungen sowie entzündlicher Erkrankungen des Bewegungsapparates | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| H | Internistische Basisbehandlung von entzündlich-rheumatischen Systemerkrankungen sowie entzündlichen Erkrankungen des Bewegungsapparates | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Anmerkungen:

Ort, Datum

Unterschrift

Stempel
Einrichtung

Optional Kompetenzbogen 3

WB-Abschnitte in der Notfallaufnahme und in der Intensivmedizin

| Notfall- und intensivmedizinische Maßnahmen im Gebiet Innere Medizin Die jeweils 6-monatige WB-Abschnitte Notaufnahme und Intensivmedizin müssen in der Regel durch Kooperation mit den jeweils für die Notaufnahme bzw. Intensivstation zuständigen Weiterbildungsbefugten erfolgen. | | | |
|--|---|-----------------------------|-------------------------------|
| | | vermittelbar | |
| H | Stufendiagnostik und Therapie bei akut einsetzenden Leitsymptomen, z. B. Dyspnoe, Thoraxschmerz, Bauchschmerz, passagere und persistierende Bewusstseinsstörungen, Fieber, Erbrechen, Durchfall | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| H | Diagnostik und Therapie akuter und vital bedrohlicher Erkrankungen und Zustände, insbesondere | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| H | - respiratorische Insuffizienz | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| H | - Schock | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| H | - kardiale Insuffizienz | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| H | - akutes Nierenversagen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| H | - sonstiges Ein- und Mehrorganversagen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| H | - Koma und Delir | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| H | - Sepsis | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| H | - Intoxikationen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| H | Kardiopulmonale Reanimation | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| H | Intensivmedizinische Behandlung von Patienten mit Funktionsstörungen von mindestens zwei vitalen Organsystemen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| H | Analosedierung von intensivmedizinischen Patienten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| H | Atemunterstützende Maßnahmen bei intubierten und nicht-intubierten Patienten einschließlich Beatmungsentwöhnung bei langzeitbeatmeten Patienten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| KM | Differenzierte Beatmungstechniken | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| H | Therapie von Stoffwechsellstörungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| H | Notfallsonographie | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| H | Bronchoskopie | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| H | Passagere Schrittmacheranlage | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| H | Punktions- und Katheterisierungstechniken, insbesondere | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| H | - zentralvenöse Zugänge | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| H | - arterielle Gefäßzugänge | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| H | Endotracheale Intubation | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Anmerkungen:

Ort, Datum

Unterschrift

Stempel
Einrichtung

Optional: Kompetenzbogen 4

Spezifische Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Innere Medizin

Möchten Sie neben der Befugnis zur FA-WB Innere Medizin und Gastroenterologie auch anteilig – in diesem Verfahren maximal bis zu einem Umfang von 12 Monaten – zusätzlich die Befugnis zur FA-WB Innere Medizin beantragen, reichen Sie bitte folgende Tabelle ausgefüllt ein.

| Allgemeine Innere Medizin | | Einrichtung (Zahl) | vermittelbar | |
|---------------------------|--|--------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| KM | Prävention, Differentialdiagnose, Therapieoptionen und Rehabilitation internistischer Erkrankungen | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| KM | Haus- und Heimbetriebsbetreuung bei Immobilität | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| H | Beratung zu sozialen und pflegerischen Hilfen | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| H | Indikationsstellung und Verordnung von Rehabilitationsmaßnahmen einschließlich geriatrischer Frührehabilitation | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| H | Langzeit-EKG | | | |
| H | B-Modus-Sonographie der Schilddrüse (AB 3.3) | | | |
| H | Duplex-Sonographie der Extremitätengefäße (AB 20.8) | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| H | - arteriell | | | |
| H | - venös | | | |
| H | Duplex-Sonographie der abdominalen, retroperitonealen und mediastinalen Gefäße (AB 20.10) | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| H | Duplex-Sonographie der extrakraniellen hirnversorgenden Arterien (AB 20.6) | | | |
| H | Indikationsstellung zur transösophagealen Echokardiographie (TEE) (Doppler AB 21.2/ B-Modus AB 4.2) | | | |
| H | Transthorakale B-/M-Modus-Echokardiographie bei Erwachsenen und Jugendlichen (AB 4.1) | | | |
| H | Transthorakale Doppler-/Duplex-Echokardiographie bei Erwachsenen und Jugendlichen (AB 21.1) | | | |
| H | Indikationsstellung und Befundinterpretation weiterer bildgebender Verfahren | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| H | Ultraschallgestützte Punktionen von Schilddrüse, Lymphknoten, Leber | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| H | Punktionen des Liquorraumes | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| H | Punktionen des Knochenmarks | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| H | Richtungsweisende Ösophago-Gastro-Duodenoskopien | | | |
| H | Untere Intestinoskopien, Proktoskopien, Sigmoidoskopien | | | |
| H | Richtungsweisende Koloskopien | | | |
| H | Indikationsstellung zur perkutanen endoskopischen Gastrostomie | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| H | Diagnostik und konservative Therapie von Erkrankungen der Arterien, Venen und Lymphgefäße | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| H | Langzeitbehandlung endokrinologischer Erkrankungen einschließlich Indikationsstellung zu invasiven therapeutischen Maßnahmen | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| H | Ernährungsberatung und Diätetik bei Diabetes mellitus und Stoffwechselerkrankungen | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| H | Behandlung der benignen Krankheiten der Verdauungsorgane einschließlich Leber, Galle und Pankreas | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

| | | Einrichtung (Zahl) | vermittelbar | |
|---|---|--------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| H | Mitbehandlung und Nachsorge der malignen Krankheiten der Verdauungsorgane einschließlich Leber, Galle und Pankreas | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| H | Ernährungsberatung und Diätetik bei Erkrankungen der Verdauungsorgane | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| H | Behandlung häufiger akuter Erkrankungen unter Berücksichtigung der besonderen Spezifika geriatrischer Patienten | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| H | Arzneimitteltherapie und angepasste Stufendiagnostik unter besonderer Berücksichtigung der Multimorbidität und des Alters | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| H | Mitbehandlung und Nachsorge von hämatologischen, hämostaseologischen und onkologischen Erkrankungen | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| H | Diagnostik und konservative Therapie der kardialen Erkrankungen einschließlich der Indikationsstellung zur invasiven Diagnostik und Therapie | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| H | Diagnostik und konservative Therapie der akuten und chronischen Nierenerkrankungen sowie deren Folgeerkrankungen und Indikationsstellung zu Nierenersatzverfahren | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| H | Diagnostik und konservative Therapie der akuten und chronischen respiratorischen und ventilatorischen Insuffizienz | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| H | Langzeitbehandlung der chronischen obstruktiven Atemwegserkrankungen und des Asthma | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| H | Mitbehandlung von rheumatischen und muskuloskelettalen Erkrankungen | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

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. bei operativen Fächern: ein persönlicher Operationskatalog der letzten zwei Jahre (keine OPS-Übersicht)
4. das gegliederte Programm für die Umsetzung der Weiterbildung im beantragten Weiterbildungsabschnitt an der Weiterbildungsstätte (§ 5 Abs. 10 WBO ÄK MV 2020)
5. Darstellung der apparativen Ausstattung der Weiterbildungsstätte
6. Formular: Erklärung zur Teilnahme an Verbundregelungen

Das entsprechende Formular für Punkt 6 finden Sie unter:

www.aek-mv.de / *Ärzte / Weiterbildung / Antrag WB-Befugnis / Anlagen zum Antrag*