



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

Bitte beachten Sie, alle notwendigen Anlagen den Antragsunterlagen beizufügen.

<input type="checkbox"/>	Antrag auf Erteilung einer Einzelbefugnis
Vorname Name Antragsteller	

oder

<input type="checkbox"/>	Antrag auf Erteilung einer Gemeinsamen Befugnis Insbesondere SAPV-Team (Hauptverantwortlicher Leiter und alle weiteren SAPV-Ärzte*)
* Die weiteren Antragsteller müssen die Ergänzung zur Beantragung einer Gemeinsamen Befugnis beilegen.	

SAPV-Team	
Vorname Name Hauptverantwortlicher Leiter	
Vorname Name weitere Ärzte des SAPV-Teams	

Beantragung des anrechenbaren Weiterbildungsumfangs (mehrfach Nennung möglich)						
<input type="checkbox"/>	3 Monate (inkl. akut-stationäre WB)					
<input type="checkbox"/>	6 Wochen (nicht akut-stationäre Palliativeinrichtung)					
<input type="checkbox"/>	3 Monate (statt Fallseminar)					
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	<input type="checkbox"/> nein
z. B. in einer Nebenbetriebsstätte/Zweigpraxis, einer weiteren Praxisniederlassung, MVZ oder als Belegarzt etc.						
in einem Umfang von					Wochenstunden	
Angabe weiterer Tätigkeitsorte						
Weitere Tätigkeiten in der stationären Versorgung					<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
als						
Einrichtung						
	<input type="checkbox"/> Vollzeit	<input type="checkbox"/> Teilzeit, Angabe in % und in Wochenstunden		% /	h/Woche	

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

Angaben zur Weiterbildungsstätte (WBS)

Weiterbildungsstätte	
<input type="checkbox"/>	Akut-stationäre Palliativstation
<input type="checkbox"/>	SAPV-Team/Einrichtung (Name/Sitz)
<input type="checkbox"/>	Praxis / MVZ
<input type="checkbox"/>	Sonstiges

Tätigkeit in der <u>ambulanten</u> Versorgung			
durchschnittliche Fallzahl Palliativpatienten in der Einrichtung / im SAPV-Team			pro Jahr
Betreute Palliativpatienten	insgesamt		pro Woche
Persönliche Palliativpatientenkontakte (Hausbesuch)	durchschnittlich		pro Woche

Tätigkeit in der <u>stationären</u> Versorgung			
Angaben zur Einrichtung an der sich die Weiterbildungsstätte befindet			
durchschnittliche Fallzahl Palliativpatienten in der Einrichtung			pro Jahr
Bettenzahl der Palliativstation			
Integrierte Palliativstation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Eigenständige Palliativstation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Kooperation mit SAPV-Team	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wird ein palliativmedizinisches Zusatz-Entgelt abgerechnet?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Nachweis (Zahl) der OPS 8-98e / OPS 8-982			pro Jahr

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

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 eine beglaubigte Kopie des Bescheides über die Erteilung der Befugnis zur Weiterbildung / Zulassung als Weiterbildungsstätte an die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern überreicht wird.

Bitte durchstreichen, wenn Sie nicht einverstanden sind!

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel

Kompetenzbogen Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin

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 kreuzen Sie diese Kompetenz nur dann mit ja als vermittelbar an, wenn die Handlungskompetenz vollständig vermittelt werden kann = „selbständig durchführen“.

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

		vermittelbar für 12 Monate	
Übergreifende Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin		Einrichtung	Persönlich
KM	Grundprinzipien der Palliativversorgung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
KM	Komplexität bei Patienten mit unheilbaren fortgeschrittenen Erkrankungen und in der letzten Lebensphase	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
KM	Einbeziehung und Unterstützung der Angehörigen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
KM	Versorgungskonzepte und Betreuungskontinuität	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
KM	Strukturen der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
KM	Besonderheiten der pädiatrischen und geriatrischen Palliativversorgung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
KM	Krankheit, Sterben, Tod und Trauer in verschiedenen Kulturen und Religionen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Grundlagen der symptomorientierten Behandlung		Einrichtung	Persönlich
KM	Kausale versus symptomatische Therapieoptionen, deren Angemessenheit, Nutzen und Risiken	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Erstellung, kontinuierliche Überprüfung, Anpassung und Dokumentation von Therapieplänen mit palliativmedizinischer Intention einschließlich der Beurteilung der Angemessenheit von Therapiemaßnahmen, Therapieziel Diskussion, Therapiezieländerung mit kritischer Diskussion medizinischer Indikationen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

H	Management von körperlichen und psychischen Krisen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Beratung und Unterstützung des Patienten in seiner Entscheidungsfindung sowie Einholung und Abwägung eines der aktuellen Situation angepassten (Behandlungs-)Auftrags des Patienten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Symptomlinderung und Behandlung palliativmedizinischer Krankheitsbilder		Einrichtung	Persönlich
KM	Pharmakologische und therapeutische Zusammenhänge einzelner belastender Symptome	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Diagnostik, stadien- und bedarfsgerechte, differenzierte medikamentöse und nicht-medikamentöse palliativmedizinische Therapie belastender Symptome anhand mechanismen- und ursachenorientierter Therapiepläne	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Erstellung von Protokollen zur palliativen Sedierung einschließlich kritischer Diskussion	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
KM	Zusammenhänge und Therapieoptionen palliativmedizinischer Krankheitsbilder	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Soziales Umfeld des Patienten		Einrichtung	Persönlich
KM	Wiederkehrende Verhaltens- und Kommunikationsmuster in Familien	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Einschätzung der Struktur und Tragfähigkeit des sozialen Umfelds des Patienten, Identifikation von Ressourcen und Verringerung von Defiziten, Organisation und bedarfsadaptierte Anpassung der Versorgungsstrukturen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Biographiearbeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Erfassung der Familienstruktur, z. B. Genogramm	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
KM	Berücksichtigung der Bedürfnisse der Angehörigen im Behandlungskonzept	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Spiritualität		Einrichtung	Persönlich
KM	Lebensbilanz und Lebensidentität	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
KM	Konzepte von Spiritualität, Leben, Krankheit, Leid und Tod, Religion und ihre Zusammenhänge	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Beratung und Unterstützung des Patienten bei spirituell-existentialen Fragen, beim Umgang mit Scheitern, Versagen und Schuld sowie bei existentiellen Ängsten und offenen Fragen über die Zeit nach dem Tod	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Einleitung und ggf. Mitgestaltung kultureller und religiöser Sterbe- und Bestattungsriten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Anpassung, Bewältigung, Trauer		Einrichtung	Persönlich
H	Beratung und Unterstützung bei Krankheitsbewältigung, Körperbildveränderungen und Trauer	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ethische und rechtliche Grundlagen		Einrichtung	Persönlich
KM	Ethische Bewertung und rechtliche Grundlagen der Entscheidungsfindung, Patientenautonomie, Voraussetzungen, Behandlungsbegrenzung, Formen der „Sterbehilfe“, palliative Sedierung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Anwendung und Abwägen medizinethischer Prinzipien	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Reflexion und Haltung zum Umgang mit Todeswünschen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Umsetzung von gesundheitlicher Vorausplanung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Kommunikation und Arbeit im Team		Einrichtung	Persönlich
KM	Kommunikationsmodelle	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Kommunikation und Supervision im interdisziplinären und interprofessionellen Team zur Entscheidungsfindung einschließlich kollegialer Beratung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Kommunikation und wertschätzender Umgang mit den Gefühlen der Patienten und Angehörigen, auch mit kommunikationseingeschränkten Menschen, z. B. alte, behinderte und demente Menschen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Beratungsgespräche, z. B. Aufklärungs-, Entscheidungs-, Konflikt-, Angehörigen-Gespräche, Überbringen schlechter Nachrichten, Gespräche über medizinische und menschliche Versäumnisse und Fehler	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Teilnahme an und Durchführung von Familiengesprächen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Förderung der Kommunikation der Betroffenen untereinander	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Selbstreflexion		Einrichtung	Persönlich
H	Reflexion der eigenen Grundhaltung und der eigenen Einstellung zu Sterben und Tod	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Aktive Gestaltung von Entlastung und Abgrenzung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<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. 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)
6. Wocheneinsatzplan / Dienstplan sofern der Antrag im Rahmen der SAPV erfolgt (inhaltlich muss sich ergeben, durch wen die palliativmedizinische Behandlung der aufgeführten Ärzte auf Seite 1 des Antrages, an den einzelnen Wochentagen durchgeführt wurde)