

# Antrag zur Erteilung einer Befugnis für die Zusatzweiterbildung Spezielle Schmerztherapie

Weiterbildungsbefugnis beantragt ab: \_\_\_\_\_

## 1 Angaben zum Antragsteller

Bitte fügen Sie dem Antrag Ihren beruflichen Werdegang als Anlage bei!

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Dienststellung: Chefarzt seit \_\_\_\_\_  
Oberarzt/Leitender Arzt \* seit \_\_\_\_\_  
fachlicher Vertreter des Weiterbildungsbefugten \_\_\_\_\_

Praxisinhaber seit \_\_\_\_\_

angestellter Arzt in der Praxis \* seit \_\_\_\_\_

\* Bitte Befürwortung des Chefarztes/Praxisinhabers zur Weiterbildungsbefugnis beifügen

Können Sie eine Weiterbildung in Vollzeit gewährleisten?  ja  nein

wenn nein, bitte Angabe der Teilzeit in h/Woche: \_\_\_\_\_

Qualifikationen: Facharzt \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  
Schwerpunkt, Zusatz- \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  
bezeichnung \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  
Sonstiges \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  
(z. B. RÖV, \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  
Ultraschall \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  
usw. \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

## 2 Standort der Weiterbildungsstätte

Bitte benennen Sie alle Klinik- oder Praxisstandorte, an denen Sie die Weiterbildung durchführen (ggf. zusätzliche Seite einfügen).

Einrichtung \_\_\_\_\_

Abteilung: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Versorgungsstufe: \_\_\_\_\_

### zusätzliche Angaben für den ambulanten Bereich:

Einzelpraxis  mit Zweigpraxis  Sonstiges: \_\_\_\_\_  
 Berufsausübungsgemeinschaft  mit Zweigpraxis \_\_\_\_\_  
 Medizinisches Versorgungszentrum  mit Zweigpraxis \_\_\_\_\_

Bitte fügen Sie einen Grundriss der Praxis (Skizze) als Anlage bei.

### 3 Qualitätssicherungsmaßnahmen

Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen  ja  nein  
wenn ja, welche intern extern


### 4 Fort- und Weiterbildung

regelmäßige Fort-/Weiterbildungsveranstaltungen  ja  nein  
 Freistellung für die Teilnahme an Fort-/Weiterbildungsveranstaltungen  ja  nein  
 Fallbesprechungen  ja  nein  
 Sicherung von Rotationen/Hospitationen  ja  nein  
 wenn ja, welche \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### 5 Technische Ausstattung

Bitte fügen Sie eine fachspezifische Geräteliste als Anlage bei.

### 6 Gegliedertes Programm für die Weiterbildung

Das Weiterbildungsprogramm ist die individuelle Umsetzung der gemäß Weiterbildungsordnung geforderten Weiterbildungsinhalte in einen konkreten internen Ablaufplan für den Arzt in Weiterbildung in seiner Weiterbildungsstätte. In welchen Weiterbildungsabschnitten werden welche Weiterbildungsinhalte unter Ihrer Leitung dem Arzt in Weiterbildung vermittelt? Dieses gegliederte Programm ist dem Arzt in Weiterbildung gemäß § 5 Abs. 6 der WBO auszuhändigen und diesem Antrag beizufügen.

### 7 Kognitive und Methodenkompetenzen/Handlungskompetenzen

Zur Beurteilung Ihres Antrages ist es erforderlich, die tatsächlich an Ihrer Weiterbildungsstätte vermittelbaren Kompetenzen nach der WBO 2020 zu erfassen. Bitte füllen Sie daher die Tabelle zum Punkt "Kognitive-und Methodenkompetenzen" des regulären Antrags Ihres Facharzt-/Teilgebiets-/Zusatz-Weiterbildung vollständig aus und fügen diese als Anlage bei.

## 8 Beschreibung der Weiterbildungsstätte

Die Weiterbildungsstätte ist die Klinik/Praxis \_\_\_\_\_

	Anzahl Betten	organisatorische Leitung	fachliche Leitung
Spezielle Schmerztherapie	_____	_____	_____
Weitere Schmerztherapeutische Abteilungen	_____	_____	_____

### 8.1 Räumliche Voraussetzungen

Arztzimmer bzw. eigenes Sprechzimmer  ja  nein  
Internetverbindung  ja  nein

### 8.2 Schmerztherapeutisch tätige Ärztinnen/Ärzte

gesamt	mit Facharztanerkennung	mit Anerkennung Schwerpunktbezeichnung
_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____
Vollzeitkräfte / Personen	Vollzeitkräfte / Personen	Vollzeitkräfte / Personen

### 8.3 Medizinisches Assistenzpersonal in der Schmerztherapie

Gesundheits- und Krankenpfleger \_\_\_\_\_  
Krankengymnasten \_\_\_\_\_  
sonstiges Assistenzpersonal \_\_\_\_\_  
Arzthelferinnen/Medizinische Fachangestellte \_\_\_\_\_

### 8.4 Sonstige Abteilung bzw. Kooperationen im Krankenhaus oder mit der Praxis

	Bettenzahl
Spezialabteilungen (z. B. Chirurgie)	_____
sonstige Abteilungen bzw. Praxiskooperation (z. B. Orthopädie)	_____

### 8.5 Statistische Angaben

(Bitte durch Jahres- oder Quartalsstatistiken belegen.)

\*Aufschlüsselung nach den 5 häufigsten Hauptdiagnosen auf Basis ICD 10)

#### stationär

Anzahl der Patienten \_\_\_\_\_  
davon mit chronischen Schmerzen\* \_\_\_\_\_  
durchschnittliche Verweildauer \_\_\_\_\_ Tage  
Belegung im Berichtsjahr \_\_\_\_\_ %  
klinische Konsiliartätigkeit  ja  nein

#### ambulant

Anzahl der Patienten \_\_\_\_\_  
davon mit chronischen Schmerzen\* \_\_\_\_\_  
Anzahl der Konsultationen \_\_\_\_\_

## 8.6 Dokumentationsverfahren

- |                     |                          |
|---------------------|--------------------------|
| ICD 10-Diagnosen    | <input type="checkbox"/> |
| DRG/OPS             | <input type="checkbox"/> |
| MASK                | <input type="checkbox"/> |
| Komorbität          | <input type="checkbox"/> |
| MPSS (Gerbershagen) | <input type="checkbox"/> |

## 8.7 Schmerztherapeutische Setting

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| Dokumentationsstandard/Deutscher Schmerzfragebogen - DSF                  | <input type="checkbox"/> |
| Teambesprechungen   | <input type="checkbox"/> |
| Interdisziplinäre Fallbesprechung   | <input type="checkbox"/> |
| Schmerzkonferenzen  | <input type="checkbox"/> |
| Supervisionen   | <input type="checkbox"/> |
| Diagnostische und therapeutische Verfahren<br>(in Klinik/Praxis erbracht) | <input type="checkbox"/> |

### Haben Sie beigefügt?

Bitte beachten Sie, dass aus allen Anlagen die Bezeichnung der Weiterbildungsstätte hervorgeht (Kopfbogen bzw. Stempel auf jeder Seite)!

- Anlage 1: Kognitive und Methodenkompetenz/Handlungskompetenz
- Anlage 2: Beruflicher Werdegang
- Anlage 3: fachspezifische Geräteliste
- Anlage 4: Gegliedertes Programm für die Weiterbildung
- Anlage 5: Statistische Anlagen (Patienten mit chronischen Schmerzen –Aufschlüsselung nach den 5 häufigsten Hauptdiagnosen auf Basis ICD 10)
- ggf. Praxisgrundriss
- ggf. Befürwortung des Chefarztes/Praxisinhabers
- Ehrenerklärung

Lt. Beschluss der Kammerversammlung vom 04.12.2021 sind Personen ab Jahrgang 1975 von der Verpflichtung zur Abgabe der Ehrenerklärung befreit.

- Ehrenerklärung liegt bereits vor

Die Ehrenerklärung der LÄKB muss in ihrer bestehenden Form nicht wiederholt werden.

Kontaktdaten:    Telefon \_\_\_\_\_    E-Mail \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

# EHRENERKLÄRUNG

Ich versichere, zu keinem Zeitpunkt als offizieller oder inoffizieller Mitarbeiter für das Ministerium für Staatssicherheit bzw. das Amt für Nationale Sicherheit der DDR gearbeitet zu haben.

Ich verpflichte mich, auf Anforderung bei der zuständigen Behörde eine mögliche Zusammenarbeit mit o. g. Institution überprüfen zu lassen.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift und Stempel