

Kriterien für die Anerkennung von Weiterbildungszeiten an einer zugelassenen Weiterbildungsstätte (WBS)

Die Richtlinien über die Befugnis zur Weiterbildung für eine Facharztweiterbildung, einen zugehörigen Schwerpunkt und für eine Zusatz-Weiterbildung sind als allgemeine Verwaltungsvorschriften Grundlage für diese Kriterien und werden bei der Bemessung der Anerkennung von Weiterbildungszeiten an zugelassenen WBS zu Grunde gelegt. Die Entscheidungen werden auf der Grundlage der nachgewiesenen Leistungszahlen, der Struktur der Weiterbildungsstätte sowie deren personeller und materieller Ausstattung im Einzelfall getroffen. Hierzu finden die von den Fachkommissionen erarbeiteten und vom Vorstand beschlossenen Kriterien für die Anerkennung von Weiterbildungszeiten an zugelassenen WBS Anwendung. Für die zeitlichen Abstufungen sind die jeweils aufgeführten Kriterien vollständig zu erfüllen. Im Einzelfall kann davon abgewichen werden.

Die Teilnahme an Evaluationen und Qualitätssicherungsmaßnahmen der Ärztekammer zur ärztlichen Weiterbildung wird bei der Entscheidung berücksichtigt.

Zusatzbezeichnung Medikamentöse Tumortherapie

(Vorstandsbeschluss 25.11.2020)

<u>personelle Voraussetzungen</u>	
• FÄ/FA der Gebiete Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Innere Medizin, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Neurochirurgie und Neurologie	ja / nein
• mehrjährig erfahren (mindestens 6 Monate ZB-Anerkennung)	ja / nein
• persönliche fachliche Eignung	ja / nein
• Vertretungsregelung (Vertreter mit gleicher Qualifikation)	ja / nein
• gültiges Fortbildungszertifikat der ÄKSA	ja / nein
• Teilnahme an der Evaluation der Weiterbildung	ja / nein
<u>räumliche und apparative Voraussetzungen</u>	
• Arztzimmer bzw. eigenes Sprechzimmer (auch pro Arzt in Weiterbildung)	ja / nein
• Internetverbindung, Medieneausrüstung für Telemedizin	ja / nein
• Nachweis der notwendigen Räumlichkeiten und Apparate/Geräte/Ausstattung (Grundrisse, ggf. Fotodokumentation, Raumbeschreibung, Aufstellung der Geräte und ggf. Betriebserlaubnis/ Qualifikationsnachweis)	ja / nein

<u>strukturelle Voraussetzungen</u>	
• Nachweis über etablierte Spezialsprechstunde Tumortherapie des Fachgebietes	ja / nein
• Nachweis über etablierte Spezialsprechstunde Tumornachsorge des Fachgebietes	ja / nein
• Mitgliedschaft in einem zertifizierten Onkologischen Zentrum/ Organkrebszentrum als Hauptbehandlungspartner/ Behandlungspartner/Hauptzuweiser und/oder Mitgliedschaft in einem Netzwerk der Ambulanten Spezialärztlichen Versorgung (ASV)	ja / nein
• regelmäßige Teilnahme und Vorstellung von Patienten in einer interdisziplinären Tumorkonferenz (Nachweis über Teilnahmebescheinigungen und Patientenprotokolle obligat)	ja / nein
• Nachweis eines Zugangs zu Schnittbildverfahren und Intensivmedizin (Nachweis über Kooperationen)	ja / nein
• Nachweis eines Zugangs zu stationärer und ambulanter (SAPV) palliativmedizinischer Versorgung (Nachweis über Kooperationen)	ja / nein
• Nachweis über ambulante Notfallversorgung 24 h/7 Tage	ja / nein
• Vorliegen eines strukturierten Weiterbildungsplanes (Curriculum für den Arzt in Weiterbildung mit Darstellung wie, in welchem zeitlichen Rahmen und mit welchen personellen und apparativen Ressourcen, die Weiterbildungsinhalte entsprechend der Weiterbildungsordnung vermittelt werden sollen	ja / nein
• Nachweis von Therapieplänen (SOP's) für alle zu behandelnden Tumorentitäten des Fachgebietes für verschiedene Therapielinien incl. notwendiger Supportivtherapien	ja / nein

6 Monate

• Nachweis von mind. 100 med. Tumortherapien, so z. B. Anzahl von Therapieserien oder Patientenzahl bei Langzeittherapien (zytostatisch, zielgerichtet, immunmodulatorisch, antihormonell) innerhalb der letzten 2 Jahre incl. Nebenwirkungsmanagement und supportiver Therapiemaßnahmen	ja / nein Anzahl:
--	--------------------------

12 Monate

• Nachweis von mind. 200 med. Tumortherapien, so z. B. Anzahl von Therapieserien oder Patientenzahl bei Langzeittherapien (zytostatisch, zielgerichtet, immunmodulatorisch, antihormonell) innerhalb der letzten 2 Jahre incl. Nebenwirkungsmanagement und supportiver Therapiemaßnahmen	ja / nein Anzahl:
--	--------------------------