

### **3. Andrologie**

**(Zusätzliche Weiterbildung in den Gebieten Haut- und Geschlechtskrankheiten, Innere Medizin und Urologie)**

**Definition:**

Die Zusätzliche Weiterbildung Andrologie umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Vorbeugung, Erkennung, konservative Behandlung und Rehabilitation von männlichen Fertilitätsstörungen einschließlich partnerschaftlicher Störungen und männlicher Kontrazeption, der erektilen Dysfunktion einschließlich Libido-, Ejakulations- und Kohabitationsstörungen, des primären und sekundären Hypogonadismus, der Pubertas tarda sowie der Seneszenz des Mannes.

**Weiterbildungsziel:**

Ziel der Weiterbildung ist die Erlangung der fachlichen Kompetenz in Andrologie nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit und Weiterbildungsinhalte.

**Voraussetzung zum Erwerb der Bezeichnung:**

Facharztanerkennung für Haut- und Geschlechtskrankheiten oder Urologie oder Facharzt- bzw. Schwerpunktanerkennung für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie

**Weiterbildungszeit:** <sup>1</sup>

18 Monate bei einem Weiterbildungsermächtigten für Andrologie gemäß § 6 Abs. 1 Satz 2, davon können

- 6 Monate während der hauptberuflichen Weiterbildung in Haut- und Geschlechtskrankheiten, Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie oder Urologie bei einem Weiterbildungsermächtigten für Andrologie gemäß § 6 Abs. 1 Satz 2 abgeleistet werden

**Weiterbildungsinhalt:**

Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in

- der andrologischen Beratung auch onkologischer Patienten einschließlich Kryokonservierung von Spermatozoen und Hodengewebe
- Störungen der Erektion und Ejakulation
- der interdisziplinären Indikationsstellung zu den Verfahren der assistierten Reproduktion
- den entzündlichen Erkrankungen des männlichen Genitale
- den Grundlagen hereditärer Krankheitsbilder einschließlich der Indikationsstellung für eine human-genetische Beratung
- der Gynäkomastie
- den psychogenen Symptomen, somatopsychischen Reaktionen und der psychologischen Führung andrologischer Patienten
- der Ejakulatuntersuchungen einschließlich Spermaaufbereitungsmethoden
- den sonographischen Untersuchungen des männlichen Genitale
- Nachweis von andrologischen Behandlungsfällen
- der Hodenbiopsie mit Einordnung der Histologie in das Krankheitsbild

---

<sup>1</sup> Ergänzungen bzgl. des Erfordernisses der Weiterbildungsermächtigung für Andrologie

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Seite 1/3

**3. Andrologie (Zusätzliche Weiterbildung in den Gebieten Haut- und Geschlechtskrankheiten, Innere Medizin, Urologie)**

Weiterbildungsinhalte Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in	Bemerkungen des/der Weiterbildungsermächtigten	Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben Datum / Unterschrift des WB-Ermächtigten
der interdisziplinären Indikationsstellung zu den Verfahren der assistierten Reproduktion		
der andrologischen Beratung auch onkologischer Patienten einschließlich Kryokonservierung von Spermatozoen und Hodengewebe		
den entzündlichen Erkrankungen des männlichen Genitale		
den Grundlagen hereditärer Krankheitsbilder einschließlich der Indikationsstellung für eine humangenetische Beratung		
der Gynäkomastie		
den psychogenen Symptomen, somatopsychischen Reaktionen und der psychologischen Führung andrologischer Patienten		
Störungen der Erektion und Ejakulation		
Ejakulatuntersuchungen einschließlich Spermaaufbereitungsmethoden		

**Dokumentationsbogen**

\_\_\_\_\_  
**Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten**

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Seite 2/3

**3. Andrologie (Zusätzliche Weiterbildung in den Gebieten Haut- und Geschlechtskrankheiten, Innere Medizin, Urologie)**

<b>Weiterbildungsinhalte Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in</b>	<b>Bemerkungen des/der Weiterbildungsermächtigten</b>	<b>Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben Datum / Unterschrift des WB-Ermächtigten</b>
den sonographischen Untersuchungen des männlichen Genitale		
Nachweis von andrologischen Behandlungsfällen		
der Hodenbiopsie mit Einordnung der Histologie in das Krankheitsbild		

**Dokumentationsbogen**

\_\_\_\_\_  
**Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten**

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Seite 3/3

**3. Andrologie (Zusätzliche Weiterbildung in den Gebieten Haut- und Geschlechtskrankheiten, Innere Medizin, Urologie)**

Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	Richt- zahl	Bemerkungen des/der Weiterbildungsermächtigten					Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben
		Datum	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum / Unterschrift des WB-Ermächtigten
Dokumentation über angewandte Verfahren der assistierten Reproduktion im Rahmen interdisziplinärer Indikationsstellung	200						
andrologische Beratung auch onkologischer Patienten einschließlich Kryokonservierung von Spermatozoen und Hodengewebe	25						
Dokumentation von andrologischen Behandlungsfällen einschließlich der Symptomatik des alternden Mannes	100						
Behandlung entzündlicher Erkrankungen des männlichen Genitale	50						
Behandlung der Gynäkomastie	25						
Behandlung von Störungen der Erektion und Ejakulation	50						
Ejakulatuntersuchungen einschließlich Spermaaufbereitungsmethoden	100						
sonographische Untersuchungen des männlichen Genitale	100						
Hodenbiopsie einschließlich Einordnung der Histologie in das Krankheitsbild	10						

**Dokumentationsbogen**

\_\_\_\_\_  
**Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Dokumentation des jährlichen Gespräches  
in (der Bezeichnung):**

\_\_\_\_\_

**§ 8 Abs. 2 der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Niedersachsen vom 01.05.2005**

"Das zur Weiterbildung ermächtigte Kammermitglied führt mit dem weiterzubildenden Kollegen nach Abschluss eines Weiterbildungsabschnitts, mindestens jedoch **einmal jährlich**, ein Gespräch, in welchem der Stand der Weiterbildung von beiden beurteilt wird. Bestehende Defizite werden aufgezeigt. Der Inhalt dieses Gesprächs ist zu dokumentieren und dem Antrag zur Zulassung zur Prüfung beizufügen."

**Datum des Gespräches:** \_\_\_\_\_

**Gesprächsinhalt:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel  
des/der Ermächtigten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der  
Assistenz-Arzt/Ärztin