

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

15. Gebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

(Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeut/Kinder- und Jugendpsychiaterin und –psychotherapeutin)

| | |
|---------------------------|---|
| Gebietsdefinition | Das Gebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie umfasst die Erkennung, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Erkrankungen oder Störungen sowie psychischer und sozialer Verhaltensauffälligkeiten im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter und bei Heranwachsenden auch unter Beachtung ihrer Einbindung in das familiäre und soziale Lebensumfeld. |
| Weiterbildungszeit | 60 Monate Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie unter Anleitung eines Weiterbildungsermächtigten an Weiterbildungsstätten, davon - können zum strukturierten Kompetenzerwerb bis zu 12 Monate Weiterbildung in anderen Gebieten erfolgen |

Weiterbildungsinhalte der Facharzt-Kompetenz

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | Richtzahl | nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | durchführen (unter Anleitung) | selbstverantwortlich durchführen | nicht vermittelt |
|--|--|-----------|---|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|------------------|
| A. Allgemeine Inhalte der Weiterbildung für Abschnitt B | | | | | | | | |

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | Richtzahl | nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | durchführen (unter Anleitung) | selbstverantwortlich durchführen | nicht vermittelt |
|--|---|-----------|--|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| B. Spezifische Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie | | | | | | | | |
| 1. Übergreifende Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie | | | | | | | | |
| Wesentliche Gesetze, Verordnungen und Richtlinien | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> |
| Begutachtung im Sozial-, Unterbringungs-, Straf- und Familienrecht | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> |
| | Gefahreinschätzung, Prävention und Intervention bei körperlicher und psychischer Gewalt bei Kindern und Jugendlichen in der Häuslichkeit und in sozialen Systemen | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Indikationsstellung und Umsetzung deeskalierender Maßnahmen im Vorrang zu Zwangsmaßnahmen | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Krankheitslehre und Diagnostik | | | | | | | | |
| Entwicklungspsychologie und -psychopathologie | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> |

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | Richtzahl | nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | durchführen (unter Anleitung) | selbstverantwortlich durchführen | nicht vermittelt |
|--|--|-----------|--|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| | Kinder- und jugendpsychiatrische, -psychosomatische und -psychotherapeutische Anamnese und Befunderhebung, Differentialdiagnostik, Verhaltensbeobachtung und Explorationstechnik unter Beachtung einer diagnostischen Klassifikation und der Einbeziehung symptomatischer Erscheinungsformen sowie familiärer, epidemiologischer, schichtenspezifischer und transkultureller Gesichtspunkte einschließlich standardisierter Diagnostik, insbesondere | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <ul style="list-style-type: none"> Theorie- und Fallseminare zur Krankheitslehre und Diagnostik in Stunden | 70 | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <ul style="list-style-type: none"> dokumentierte Erstuntersuchungen einschließlich Konsiliar- oder Liaisonuntersuchungen | 60 | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Entstehungsbedingungen, Differentialdiagnostik und Verlaufsformen der psychischen und psychosomatischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter sowie bei Heranwachsenden | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> |

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | Richtzahl | nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | durchführen (unter Anleitung) | selbstverantwortlich durchführen | nicht vermittelt |
|--|--|------------------|---|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| Theoretische Grundlagen der Psychotherapie in den wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> |
| Neurologische Krankheitsbilder bei Kindern und Jugendlichen einschließlich der Methodik und Technik der neuropädiatrischen Anamneseerhebung und Untersuchung | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> |
| Neuropsychologische Untersuchungs- und Behandlungsmethoden | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> |
| | Indikationsstellung und Befundinterpretation neurophysiologischer Untersuchungen, insbesondere Elektroenzephalographie | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Indikationsstellung und Befundinterpretation bildgebender Untersuchungen | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Methodik, Durchführung und Befunderstellung psychologischer Testverfahren in der Entwicklungs-, Leistungs- und Persönlichkeitsdiagnostik | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | Richtzahl | nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | durchführen (unter Anleitung) | selbstverantwortlich durchführen | nicht vermittelt |
|---|---|-----------|--|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| | Erhebung des psychopathologischen Befundes | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Behandlung psychischer und psychosomatischer Störungen im Kindes- und Jugendalter | | | | | | | | |
| | Behandlung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Technik der Behandlung durch Spezialtherapeuten, z. B. Ergotherapeuten, Heilpädagogen, Sprach-, Bewegungs- und Kreativtherapeuten | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> |
| | Indikationsstellung zu spezialtherapeutischen Therapien | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Anleitung eines multiprofessionellen Teams | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Behandlung psychischer und psychosomatischer Störungen einschließlich der Definition von Behandlungszielen, der Indikationsstellung für verschiedene Behandlungsmethoden, der Anwendungstechnik und Erfolgskontrolle sowie der Festlegung eines Behandlungsplans unter Einbeziehung der Bezugspersonen, davon | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | Richtzahl | nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | durchführen (unter Anleitung) | selbstverantwortlich durchführen | nicht vermittelt |
|--|--|-----------|--|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> Theorie- und Fallseminare zur störungsspezifischen Behandlung einschließlich Psychotherapie in Stunden | 170 | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <ul style="list-style-type: none"> Behandlungsfälle unter Supervision | 75 | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Verhaltensmodifikationen von Bezugspersonen durch Psychoedukation und fokussierte störungsspezifische Psychotherapie | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Sozialpsychiatrische Behandlung komplexer kinder- und jugendpsychiatrischer Fallkonstellationen in Zusammenarbeit mit Jugendhilfe, Sozialhilfe und Schule sowie Gremienarbeit im Sozialraum und Case Management | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Behandlung mit wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren und -methoden sowie -techniken, davon | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <ul style="list-style-type: none"> Kurzzeittherapien und Langzeittherapien im jeweiligen Verfahren in Einzel-Psychotherapiesitzungen unter Supervision und unter Einbeziehung der Bezugspersonen in Stunden | 240 | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | Richtzahl | nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | durchführen (unter Anleitung) | selbstverantwortlich durchführen | nicht vermittelt |
|---|---|-----------|--|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> Gruppen-Psychotherapien bei Kindern oder Jugendlichen mit 3 bis 9 Teilnehmern (bei mehr als 9 Teilnehmern mit 2 Therapeuten) unter Supervision in Stunden sowie begleitende Gruppen-Psychotherapie von Bezugspersonen | 120 | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Übende und suggestive Techniken, z. B. Autogenes Training, Jacobson-Entspannungsverfahren, Hypnose, Skills-Training | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Somato- und Pharmakotherapie kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen einschließlich der Berücksichtigung der Rahmenbedingungen und Complianceförderung | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Notfälle | | | | | | | | |
| | Kriseninterventionen und Fokalthherapie bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> |
| 5. Suchtmedizinische Grundversorgung | | | | | | | | |

 Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | Richtzahl | nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | durchführen (unter Anleitung) | selbstverantwortlich durchführen | nicht vermittelt |
|---|---|-----------|--|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| Jugendspezifische Konsumgewohnheiten und Risikokonstellationen von riskantem Konsumverhalten, Pharmakologie suchterzeugender Stoffe | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> |
| Kenntnisse der rechtlichen Grundlagen für die Verschreibung von Substitutionsmitteln | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> |
| | Entzugs- und Substitutionsbehandlung | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Anamneseerhebung bei Patienten mit substanzabhängigen und substanzunabhängigen Abhängigkeitserkrankungen einschließlich Fallvorstellungen zur Behandlungsplanung | 10 | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Suchtspezifische Behandlung und Rehabilitation | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> |
| | Behandlung von Patienten mit Suchtproblemen unter Berücksichtigung ihres sozialen Umfeldes und Komorbidität, Fälle mit mindestens 5 Behandlungsstunden ggf. einschließlich der Beratung von Bezugspersonen, davon | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <ul style="list-style-type: none"> dokumentierte Fälle mit jeweils mindestens 5 Sitzungen | 3 | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | Richtzahl | nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | durchführen (unter Anleitung) | selbstverantwortlich durchführen | nicht vermittelt |
|---|--|-----------|--|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| 6. Prävention und Rehabilitation | | | | | | | | |
| Früherkennung, Krankheitsverhütung, Rückfallverhütung und Verhütung unerwünschter Therapieeffekte | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> |
| | Indikationsstellung und Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Selbsterfahrung | | | | | | | | |
| | Personale Kompetenzen oder Beziehungskompetenzen durch Einzel- und Gruppenselbsterfahrung in Stunden | 200 | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Balintgruppenarbeit oder interaktionsbezogene Fallarbeit in Stunden | 70 | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten