

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie

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

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

## 28. Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie

<b>Gebietsdefinition</b>	Das Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie umfasst die Vorbeugung, Erkennung und somatotherapeutische, psychotherapeutische sowie sozialpsychiatrische Behandlung und Rehabilitation von psychischen Erkrankungen und Störungen, die psycho-somatischen bzw. somato-psychischen Wechselwirkungen und toxischen Schädigungen unter Berücksichtigung ihrer psychosozialen Anteile, psychosomatischen Bezüge und forensischen Aspekte.
--------------------------	--

### 28.1 Facharzt/Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie

(Psychiater und Psychotherapeut/Psychiaterin und Psychotherapeutin)

<b>Gebietsdefinition</b>	Das Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie umfasst die Vorbeugung, Erkennung und somatotherapeutische, psychotherapeutische sowie sozialpsychiatrische Behandlung und Rehabilitation von psychischen Erkrankungen und Störungen, die psycho-somatischen bzw. somato-psychischen Wechselwirkungen und toxischen Schädigungen unter Berücksichtigung ihrer psychosozialen Anteile, psychosomatischen Bezüge und forensischen Aspekte.
<b>Weiterbildungszeit</b>	<p><b>60 Monate</b> Psychiatrie und Psychotherapie unter Anleitung eines Weiterbildungsermächtigten an zugelassenen Weiterbildungsstätten, davon</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• müssen 12 Monate in Neurologie abgeleistet werden</li> <li>• müssen 24 Monate in der stationären Patientenversorgung in Psychiatrie und Psychotherapie abgeleistet werden</li> </ul> <p>- können zum strukturierten Kompetenzerwerb bis zu 12 Monate Weiterbildung in Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und/oder im Schwerpunkt Forensische Psychiatrie erfolgen</p>

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie

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

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

### Weiterbildungsinhalte der Facharzt-Kompetenz

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl	nachgewiesene Zahlen/ <b>Richtzahl</b> sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverant- wortlich durchführen	nicht vermittelt
<b>A. Allgemeine Inhalte der Weiterbildung für Abschnitt B</b>								
<b>B. Spezifische Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Psychiatrie und Psychotherapie</b>								
<b>1. Übergreifende Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Psychiatrie und Psychotherapie</b>								
Wesentliche Gesetze, Verordnungen und Richtlinien				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Deeskalierende Maßnahmen im Vorrang zu Zwangmaßnahmen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wissenschaftlich begründete Gutachtenerstellung	3				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grundlagen hereditärer Krankheitsbilder				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung für eine humangenetische Beratung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2. Psychiatrische Krankheitslehre und Diagnostik</b>								
Allgemeine und spezielle Psychopathologie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie

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

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

<b>Kognitive und Methodenkompetenz</b> Kenntnisse	<b>Handlungskompetenz</b> Erfahrungen und Fertigkeiten	<b>Richtzahl</b>	<b>nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl</b> sofern gefordert	<b>benennen und beschreiben</b>	<b>systematisch einordnen und erklären</b>	<b>durchführen (unter Anleitung)</b>	<b>selbstverantwortlich durchführen</b>	<b>nicht vermittelt</b>
Grundlagen der Diagnostik und Therapie psychischer Erkrankungen und Störungen unter Einbeziehung biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Somatische, insbesondere neurobiologische, soziale und psychologische Grundlagen und Differentialdiagnostik sowie Verlauf psychischer Erkrankungen und Störungen einschließlich Transitionsphasen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Grundlagen der Psychotherapie in den wissenschaftlich anerkannten Verfahren, insbesondere der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, der Verhaltenstherapie, der systemischen Therapie sowie der Neuropsychologie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Psychiatrie 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
Grundlagen der somatischen und psychotherapeutischen Behandlung in der forensischen Psychiatrie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Psychodiagnostische Testverfahren, neuropsychologische und neurophysiologische Untersuchungs- und Behandlungsmethoden				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Psychiatrische und psychotherapeutische Anamnese- und Befunderhebung unter Einbeziehung familiärer, psychosozialer, altersspezifischer, epidemiologischer und transkultureller sowie kultur- und wertorientierter Gesichtspunkte einschließlich der Anwendung standardisierter Verfahren sowie Fremd- und Selbstbeurteilungsskalen, davon					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- dokumentierte Erstuntersuchungen	60				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung und Befundinterpretation von elektrophysiologischen Methoden, z. B. Elektroenzephalographie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie

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

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

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl	nachgewiesene Zahlen/ <b>Richtzahl</b> sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverantwortlich durchführen	nicht vermittelt
	Indikationsstellung und Befundinterpretation bildgebender Verfahren, z. B. kraniale Computertomographie, Kernspin- und Positronen-Emissions-Tomographie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lumbalpunktionen einschließlich der Interpretation von Liquordiagnostik					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grundlagen der neuropsychiatrischen Differentialdiagnostik und der klinisch-neurologischen Diagnostik				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Psychiatrische und psychotherapeutische Konsiliar- und/oder Liaisondienste, davon					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- dokumentierte Fälle	40				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diagnostik von psychischen Erkrankungen und Störungen im Alter unter Berücksichtigung von Multimorbidität und Einbeziehung des psychosozialen Umfeldes					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3. Behandlung psychischer Erkrankungen und Störungen</b>								
Psychische Erkrankungen und Störungen im Kindes- und Jugendalter				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie

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

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

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl	nachgewiesene Zahlen/ <b>Richtzahl</b> sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverantwortlich durchführen	nicht vermittelt
Technik der Behandlung durch Spezialtherapeuten, z. B. Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Heilpädagogen, Sprach-, Bewegungs- und Kreativtherapeuten				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Angehörigenarbeit und triadische Arbeit					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spezielle Versorgungsformen, z. B. Home Treatment, Akutbehandlung im häuslichen Umfeld, Interventionen in den Bereichen Wohnen und Arbeit				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Einleitung von Maßnahmen zur Wiederherstellung der Selbstständigkeit und Minderung der Pflegebedürftigkeit, zur Sicherung der Geschäftsfähigkeit sowie Einleitung von Vorsorgevollmacht, Betreuung und Pflege					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Psychiatrische und psychotherapeutische Therapie von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Störungen mittels bio-psycho-sozialem Behandlungsansatz unter Berücksichtigung der Transitionsphasen, davon					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- dokumentierte Fälle	300				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie

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

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

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl	nachgewiesene Zahlen/ <b>Richtzahl</b> sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverantwortlich durchführen	nicht vermittelt
	Therapie von Traumafolgestörungen mittels wissenschaftlich anerkannten Verfahren bei Patienten	5				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grundlagen der Psychopharmakologie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Somatische Therapieverfahren, z. B. Lichttherapie, Stimulationsverfahren, Schlafphasenverschiebung und Wachtherapie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Grundlagen der psychosozialen Therapien				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Einleitung und Überwachung von ergotherapeutischen, sport- und bewegungstherapeutischen und kreativtherapeutischen Maßnahmen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mitbehandlung von Folgen psychischer Erkrankungen und Störungen auf somatische Funktionen sowie Behandlung von Folgen somatischer Erkrankungen auf psychische Funktionen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Störungen aufgrund von Störungen der Schlaf-Wach-Regulation, der Schmerz Wahrnehmung und der Sexualentwicklung und -funktionen einschließlich Störungen der sexuellen Identität					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Psychiatrie 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
	Psychopharmakotherapie einschließlich Drugmonitoring, der Erkennung und Verhütung unerwünschter Therapieeffekte sowie der Probleme der Mehrfachverordnung und Risiken des Arzneimittelgebrauchs unter Einbeziehung rechtlicher, ökonomischer und ethischer Fragen einschließlich der Besonderheiten der Pharmakologie im Alter					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mitwirkung bei Elektrokonvulsionstherapie (EKT) und anderen Hirnstimulationsverfahren					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Therapie von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Störungen im Alter unter Berücksichtigung von Multimorbidität, Polypharmazie und Einbeziehung des psychosozialen Umfeldes					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grundlagen der Palliativmedizin				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Entspannungsverfahren, z. B. autogenes Training, progressive Muskelrelaxation, Hypnose, in Stunden							<input type="checkbox"/>
	Anwendung supportiver und psychoedukativer Methoden bei Patienten							<input type="checkbox"/>

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



# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Psychiatrie 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
	Psychiatrisch-psychotherapeutische Gesprächsführung und Beziehungsgestaltung bei Patienten unter Berücksichtigung von Syndrom und Krankheitsstadium, der eingeschränkten kognitiven und affektiven Wahrnehmungsfähigkeit und Introspektionsfähigkeit des Patienten							<input type="checkbox"/>
	Psychotherapeutische evidenzbasierte Kurzinterventionen (Techniken), die aus den wissenschaftlichen anerkannten Therapieverfahren und -methoden hergeleitet sind, in Therapieeinheiten in vier Sitzungen á mindestens 20 Minuten							<input type="checkbox"/>
	Durchführung wissenschaftlich anerkannter Psychotherapieverfahren und Methoden, insbesondere ENTWEDER im verhaltenstherapeutischen Verfahren ODER im psychodynamischen/tiefenpsychologischen Verfahren ODER im Verfahren der systemischen Therapie (Einzel, Paar- oder Familientherapie)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Theorie- und Fallseminare in Stunden	100				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie

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

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

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl	nachgewiesene Zahlen/ <b>Richtzahl</b> sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverantwortlich durchführen	nicht vermittelt
	- dokumentierte Fälle Einzelpsychotherapie (bei systemischer Therapie auch Paar- und Familientherapie) mit Patienten in der jeweiligen Grundorientierung, davon	10				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Kurzzeitpsychotherapien von 5 - 25 Stunden Therapiedauer	6				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Psychotherapien von mindestens 25 Stunden Therapiedauer	2				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Langzeittherapien von mindestens 45 Stunden Therapiedauer	2				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gruppenpsychotherapie in der gewählten Grundorientierung mit 3 bis 9 Teilnehmern unter Supervision in Stunden	120				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Koordination der sozialpsychiatrischen Behandlung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Behandlung psychischer Erkrankungen und Störungen bei Menschen mit Behinderung und mit Intelligenzminderung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4. Suchtmedizinische Grundversorgung</b>								
Kenntnisse der rechtlichen Grundlagen für die Verschreibung von Substitutionsmitteln				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie

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

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

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl	nachgewiesene Zahlen/ <b>Richtzahl</b> sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverantwortlich durchführen	nicht vermittelt
	Entzugs- und Substitutionsbehandlung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Krisenintervention und suchtmmedizinische Notfälle					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Qualifizierte Entzugsbehandlung aller stoffgebundenen Süchte, insbesondere Alkohol, Medikamente, Nikotin und illegale Drogen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suchthilfesystem, z. B. Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Anamneseerhebung bei Menschen mit substanzabhängigen und substanzunabhängigen Abhängigkeitserkrankungen einschließlich der Berücksichtigung der Motivationsentwicklung und des sozialen Umfeldes, davon					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- dokumentierte Fälle	10				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Suchtmmedizinische Behandlung und Beratung von Menschen mit krankhaftem stoffgebundenen und nicht stoffgebundenen Suchtverhalten mit Anwendung von somatotherapeutischen und psychotherapeutischen Verfahren einschließlich der motivierenden Gesprächsführung, davon					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- 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 Psychiatrie und Psychotherapie

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

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

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl	nachgewiesene Zahlen/ <b>Richtzahl</b> sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverantwortlich durchführen	nicht vermittelt
<b>5. Prävention und Rehabilitation</b>								
Klassifikationsmodelle der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Störungen, z. B. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention bei psychischen Erkrankungen und Störungen einschließlich Suchterkrankungen, auch bei Ko- und Multimorbidität mit somatischen Krankheiten				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Primärprävention psychischer Störungen in Familien mit psychisch kranken Eltern				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Beratung, Koordination, Begleitung und Einleitung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen zur Teilhabe an allen Lebensbereichen einschließlich Suchterkrankungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Befunderstellung für Rehabilitationsanträge					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie

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

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

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl	nachgewiesene Zahlen/ <b>Richtzahl</b> sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverantwortlich durchführen	nicht vermittelt
<b>6. Notfälle</b>								
	Krisenintervention bei Suizidalität, Intoxikation, Delir, maniformen Syndromen, katatonen Syndromen, akuten Angstzuständen, dissoziativen Syndromen und anderen Notfällen bei Menschen mit psychischen Erkrankungen und Störungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7. Selbsterfahrung</b>								
Personale Kompetenzen und Beziehungskompetenzen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Einzelselbsterfahrung und/oder Gruppenselbsterfahrung ENTWEDER im verhaltenstherapeutischen Verfahren ODER im psychodynamischen/tiefenpsychologischen Verfahren ODER im Verfahren der systemischen Therapie in Stunden, welche im gleichen psychotherapeutischen Verfahren erfolgen muss, in welchem die Psychotherapiestunden geleistet werden, davon	150				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Doppelstunden in einer kontinuierlichen Gruppe	40				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Balintgruppenarbeit oder interaktionsbezogene Fallarbeit in Doppelstunden	35				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Psychiatrie 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>8. Neurologie im Rotationsjahr</b>								
Neuropsychologisch-neuropsychiatrische Diagnostik zur Erfassung neuropsychologischer Syndrome wie Störungen der Orientierung, der Aufmerksamkeit und der Konzentration, der Sprache, z. B. bei Frontalhirnsyndromen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Kopf- und Gesichtsschmerzen, zentrale und periphere Schmerzsyndrome				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Grundlagen der neuropsychiatrischen Differentialdiagnostik und der klinisch-neurologischen Diagnostik, insbesondere der verschiedenen Formen erworbener neuropsychiatrischer Erkrankungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Psychiatrie 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
	Neurologische Anamnese und klinisch-neurologische Befunderhebung, insbesondere unter Beachtung motorischer Symptome und Syndrome, z. B. Gangstörung, Akinese, Rigor, Tremor und Sprachstörungen wie Aphasie, Sprechapraxie und Dysarthrie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Erkennung und Umgang mit					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- vaskulären Erkrankungen des Gehirns, insbesondere Ischämien und Blutungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- entzündlichen und Autoimmunerkrankungen des Nervensystems					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- anfallsartigen Störungen des Bewusstseins und Epilepsien					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Hirntumoren und anderen raumfordernden Prozessen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- degenerativen Erkrankungen des Nervensystems mit dem Leitsymptom Demenz und Basalganglienerkrankungen, insbesondere Parkinsonsyndrome					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- somatoforme Störungen der Motorik					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Psychiatrie 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
Grundlagen neuropsychologischer Therapien nach Hirnschädigung und bei Hirnfunktionsstörungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Durchführung und Befunderstellung von standardisierten Testverfahren und Skalen bei neuropsychologischen/verhaltensneurologischen Störungen	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hirnorganische Ursachen für psychiatrische Erkrankungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

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