

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Strahlentherapie

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

32. Gebiet Strahlentherapie

Facharzt/Fachärztin für Strahlentherapie

(Strahlentherapeut/Strahlentherapeutin)

Gebietsdefinition	Das Gebiet Strahlentherapie umfasst die Strahlenbehandlung maligner und benigner Erkrankungen einschließlich der medikamentösen und physikalischen Verfahren zur Radiosensibilisierung und Verstärkung der Strahlenwirkung am Tumor unter Berücksichtigung von Schutzmaßnahmen der gesunden Gewebe.
Weiterbildungszeit	60 Monate Strahlentherapie unter Anleitung eines Weiterbildungsermächtigten an zugelassenen 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)	selbstverant- wortlich durchführen	nicht vermittelt
A. Allgemeine Inhalte der Weiterbildung für Abschnitt B								
B. Spezifische Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Strahlentherapie								

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Strahlentherapie

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)	selbstverant- wortlich durchführen	nicht vermittelt
1. Übergreifende Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Strahlentherapie								
Wesentliche Gesetze, Verordnungen und Richtlinien				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
2. Indikationsstellung								
	Indikationsstellung für alle strahlentherapeutischen Verfahren unter Berücksichtigung der spezifischen Risiken und möglicher Komplikationen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bewertung und Vergleich der unterschiedlichen strahlentherapeutischen Verfahren					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung und Befundinterpretation von vorbereitender und weiterführender Diagnostik im Rahmen von strahlentherapeutischen Behandlungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Strahlenschutz								
Grundlagen des Strahlenschutzes beim Patienten und Personal einschließlich der Personalüberwachung und des baulichen und apparativen Strahlenschutzes				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Strahlentherapie

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)	selbstverant- wortlich durchführen	nicht vermittelt
Grundlagen des Umgangs mit offenen und geschlossenen radioaktiven Strahlen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Voraussetzungen zur Erlangung der erforderlichen Fachkunden im gesetzlich geregelten Strahlenschutz					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Medizinische Strahlenphysik und Informationstechnologie								
Grundlagen der Radioaktivität, Strahlerzeugung, Strahlcharakteristik sowie der Wechselwirkungen von Strahlung mit Materie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Dosimetrie und Bestrahlungsplanungssysteme sowie in der Strahlentherapie eingesetzte Geräte, z. B. Linearbeschleuniger, sonstige Teilchenbeschleuniger, radioaktive Quellen, Röntgentherapie, Bildgebungsanlagen, Zusatzgeräte				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Strahlentherapeutisch relevante Informationstechnologie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Strahlentherapie

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)	selbstverant- wortlich durchführen	nicht vermittelt
5. Strahlenbiologie								
Biologie unterschiedlicher Strahlenarten, insbesondere linearer Energietransfer (LET) und relative biologische Wirksamkeit (RBE)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Biologische Grundlagen der Strahlenbehandlung gutartiger Erkrankungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Akute und späte Nebenwirkungen an gesunden Geweben				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Bewertung von Risiken für strahlentherapieassoziierte Nebenwirkungen, insbesondere Spätfolgen (Toleranzdosen, linear-quadratisches Modell, Dosisvolumeneffekte von Normalgewebsschäden) einschließlich Einsatz von Radioprotektoren					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strahlenbiologie von Tumoren				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Bewertung von Tumorkontrollwahrscheinlichkeiten					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strahlenbiologie der Kombination der Bestrahlung mit medikamentösen und physikalischen Verfahren				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Strahlentherapie

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)	selbstverant- wortlich durchführen	nicht vermittelt
	Bewertung der Radiosensibilisierung und Verstärkung der Strahlenwirkung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Strahlentherapie gutartiger Erkrankungen								
Konzepte der strahlentherapeutischen Behandlung gutartiger Erkrankungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Strahlentherapeutische Behandlung auch im Kontext interdisziplinärer Behandlungskonzepte von gutartigen Erkrankungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Grundlagen der Onkologie								
Interdisziplinäre Behandlungskonzepte				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Grundlagen der Tumorbiologie und Tumorpathologie einschließlich der molekularen Diagnostik und Kategorisierung onkologischer Erkrankungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Grundlagen nicht-radioonkologischer Therapieverfahren in interdisziplinären Konzepten, insbesondere operative Verfahren, systemische Therapien einschließlich myeloablativer Verfahren, Radionuklidtherapie und immunologischer Therapie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Strahlentherapie

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)	selbstverant- wortlich durchführen	nicht vermittelt
	Indikationsstellung zur radioonkologischen Kombinationsbehandlung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Tumorerkrankungen								
	Strahlentherapeutische Behandlung, auch im Kontext interdisziplinärer Behandlungskonzepte von verschiedenen Tumorentitäten einschließlich onkologischer Notfälle und der Behandlung von Metastasen, insbesondere					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Tumore des zentralen Nervensystems					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Kopf-Hals-Tumore					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- gastrointestinale Tumore					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Tumore der Lunge und des Mediastinum					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Tumore der Brust					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- gynäkologische Tumore					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- urologische Tumore					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Lymphome und Leukämien					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Knochen- und Weichteilsarkome					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Hauttumore					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Strahlentherapie

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)	selbstverant- wortlich durchführen	nicht vermittelt
	- Tumore mit unbekanntem Primärtumor					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Tumore des Auges und der Orbita					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- pädiatrische Tumore					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Bestrahlungsplanung und Therapieverifikation								
Lagerung und Immobilisation von Patienten				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Indikation und Durchführung bildgebender Verfahren zur Therapieplanung und Verifikation der Bestrahlungsfelder, insbesondere konventionelle Simulation, CT-Simulation					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Definition von Tumorumfängen und Normalgewebe anhand bildgebender Methoden					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Computergestützte Bestrahlungsplanung auf der Basis von CT-Untersuchungen für die Strahlentherapie unter Berücksichtigung möglicher Kombinationstherapien und interdisziplinärer Behandlungen, ggf. unter Einbeziehung weiterer bildgebender Verfahren, z. B. MRT, Positronenemissionstomographie (PET), davon	500				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- CT verschiedener Körperregionen	200				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Strahlentherapie

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)	selbstverant- wortlich durchführen	nicht vermittelt
10. Externe Strahlentherapie								
	Durchführung von externer Strahlentherapie mit Linearbeschleunigern einschließlich Ersteinstellung, Genauigkeitskontrolle, Korrekturen, Dokumentation, Überwachung des Patienten, Erkennung und Behandlung von Nebenwirkungen, davon					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- bei gutartigen Erkrankungen	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- bei bösartigen Erkrankungen mit Linearbeschleuniger	450				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Brachytherapie								
Grundlagen der Anwendung umschlossener radioaktiver Stoffe zur permanenten Implantation, zur Afterloadingtherapie sowie zur endovaskulären Strahlentherapie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Durchführung von Brachytherapie, insbesondere bei Tumoren des weiblichen Genitale, davon	100				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- mit Afterloading-Einrichtung	60				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Medikamentöse Tumorthherapie und Supportivtherapie								

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Strahlentherapie

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)	selbstverant- wortlich durchführen	nicht vermittelt
Begleitbehandlungen zur Verstärkung der Strahlenwirkung im Tumor und zur Protektion gesunder Gewebe				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Indikation, Durchführung und Überwachung der systemischen Tumortherapie in Kombination mit Bestrahlungen bei soliden Tumorerkrankungen einschließlich der Beherrschung auftretender Komplikationen in Behandlungsfällen, davon	500				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- mit Chemotherapie	100				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Strahlentherapeutische Nachsorge von Tumorpatienten					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Regelmäßige Teilnahme an interdisziplinären Tumorkonferenzen, davon					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Falldarstellungen	20				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pharmakologie und Wirkungsweise von medikamentösen Tumortherapien				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Indikationsstellung zur medikamentösen Tumortherapie unter Berücksichtigung von Komorbiditäten					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Strahlentherapie

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)	selbstverant- wortlich durchführen	nicht vermittelt
	Prävention, Erkennung und Behandlung spezifischer Nebenwirkungen von Tumortheraeutika					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspekte der Nachsorge bei medikamentöser Tumorthherapie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Grundlagen der Supportivtherapie und Rehabilitation bei Tumorerkrankungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Prophylaktische und interventionelle Supportivtherapie, insbesondere Antiemese, Ernährungsberatung und Diätetik einschließlich enteraler und parenteraler Ernährung, Infektionsprophylaxe und Therapie von Infektionen, Antikoagulation					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Einleitung und Überwachung physikalischer Maßnahmen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychogene Symptome, somatopsychische Reaktionen und psychosoziale Zusammenhänge				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Infusions-, Transfusions- und Blutersatztherapie sowie parenterale Ernährung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Einleitung und Überwachung rehabilitativer Maßnahmen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Strahlentherapie

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)	selbstverant- wortlich durchführen	nicht vermittelt
	Betreuung palliativmedizinisch zu versorgender Patienten					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten