

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Arbeitsmedizin

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

4. Gebiet Arbeitsmedizin

Facharzt/Fachärztin für Arbeitsmedizin

(Arbeitsmediziner/Arbeitsmedizinerin)

Gebietsdefinition	<p>Das Gebiet Arbeitsmedizin umfasst als präventivmedizinisches Fach die Wechselbeziehungen zwischen Arbeits- und Lebenswelten einerseits sowie Gesundheit und Krankheiten andererseits. Im Mittelpunkt stehen dabei der Erhalt und die Förderung der physischen und psychischen Gesundheit und Leistungsfähigkeit des arbeitenden Menschen, die Gefährdungsbeurteilung der Arbeitsbedingungen, die Vorbeugung, Erkennung, Behandlung und Begutachtung arbeits- und umweltbedingter Risikofaktoren, Erkrankungen und Berufskrankheiten, die Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefährdungen einschließlich individueller und betrieblicher Gesundheitsberatung, die Vermeidung von Erschwernissen und Unfallgefahren sowie die berufsfördernde Rehabilitation.</p>
Weiterbildungszeit	<p>60 Monate Arbeitsmedizin unter Anleitung eines Weiterbildungsermächtigten an zugelassenen Weiterbildungsstätten, davon</p> <ul style="list-style-type: none"> • müssen 24 Monate in anderen Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung abgeleistet werden <p>360 Stunden Kurs-Weiterbildung gemäß § 5 Abs. 10 in Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin</p>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Arbeitsmedizin

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

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 Arbeitsmedizin								
1. Übergreifende Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Arbeitsmedizin								
Wesentliche Gesetze, Verordnungen und Richtlinien				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Duales Arbeitsschutzsystem durch den Staat und die Träger der Gesetzlichen Unfallversicherung				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Betriebliche Organisationsstrukturen und Ablaufprozesse				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Arbeitsmedizin

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
	Beratung von Arbeitgebern, Beschäftigten und deren Interessenvertretungen im Fall arbeitsbedingter Gefährdung der Gesundheit einschließlich psychischer Belastung und Beanspruchung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufskunde				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Konzepte der Arbeitsmedizin, z. B. Belastungs-Beanspruchungs-Konzept und Dosis-Wirkungs-Beziehungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Grundlagen der Epidemiologie und Statistik				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Arbeitsphysiologie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Grundlagen der Sozialmedizin				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Sozialmedizinische Beratung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grundlagen der Reise-, Tropen- und Flugmedizin				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Arbeitsmedizin

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
	Beratung über gesundheitsgerechtes Verhalten im Ausland einschließlich der Expositionsprophylaxe, bei gesundheitlichen Einschränkungen sowie bei Reisen während der Schwangerschaft					<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"/>
	Wissenschaftlich begründete Gutachtenerstellung	10				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Funktionsstörungen und Erkrankungen von Organsystemen								
Differentialdiagnose und Therapieoptionen bei Funktionsstörungen und Erkrankungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
- des Auges				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
- des Blutes und der Blutgerinnung				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
- des Endokriniums und Stoffwechsels				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
- des Gastrointestinaltraktes				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Arbeitsmedizin

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
- von Hals, Nase und Ohren				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
- der Haut				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
- des Herzkreislaufsystems				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
- der Lunge				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
- des Muskel-Skelettsystems				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
- des Nervensystems				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
- der Psyche				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
- des Urogenitalsystems einschließlich Niere				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Differentialdiagnose und Therapieoptionen bei nichtinfektiösen, infektiösen, toxischen und neoplastischen sowie von allergischen, immunologischen, metabolischen, ernährungsabhängigen und degenerativen Erkrankungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Berufsbezogene Risiken				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Arbeitsmedizin

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
	Berufsanamnese mit Erhebung von berufsbezogenen Risiken und Symptomen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bewertung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit sowie der physischen und psychischen Leistungsfähigkeit anhand von					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- EKG	100				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Lungenfunktionsprüfung	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Ergometrie	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- apparative Techniken zur richtungsweisenden Untersuchung des Hörvermögens	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- apparative Techniken zur richtungsweisenden Untersuchung des Sehvermögens	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung zu und Befundinterpretation von radiologischen Untersuchungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Arbeitsmedizin

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
3. Primärprävention								
Verhältnisprävention und Verhaltensprävention einschließlich Arbeitsplatzgestaltung, Ergonomie, Arbeitshygiene und Unfallprävention				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Betriebs- und Arbeitsplatzbegehung, Arbeitsplatzbeurteilung, Gefährdungsbeurteilung einschließlich psychischer Belastungen, Risikobeurteilung, z. B. für besondere Beschäftigungsgruppen wie Jugendliche, Schwangere, leistungsgewandelte Beschäftigte					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beratung und Gefährdungsbeurteilung im Rahmen des Mutterschutzgesetzes					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beratung zu Maßnahmen der Verhaltensprävention, Präventionsberatung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Arbeitsmedizin

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
	Beurteilung von Messergebnissen verschiedener Arbeitsumgebungsfaktoren, z. B. Lärm, Klima, Beleuchtung, Gefahrstoffe					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beratung zur Auswahl von persönlichen Schutzausrüstungen, z. B. beim Umgang mit Gefahrstoffen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grundzüge der Pandemieplanung im Betrieb				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Durchführung von Maßnahmen der Infektionsprophylaxe im Betrieb					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Organisation der Ersten Hilfe im Betrieb					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sekundärprävention								
	Früherkennungsuntersuchungen bei Risikofaktoren und arbeitsbedingten Erkrankungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vorsorge gemäß Verordnung arbeitsmedizinischer Vorsorge					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tertiärprävention								

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Arbeitsmedizin

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
	Beratung zum betrieblichen Eingliederungsmanagement einschließlich individueller Einzelmaßnahmen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medizinische, arbeitsplatzbezogene, betriebliche und soziale Rehabilitation				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Beratung zur Arbeitsplatzgestaltung bei Beschäftigten, z. B. mit chronischen Erkrankungen und bei leistungsgewandelten Beschäftigten					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Arbeitsbedingte Erkrankungen einschließlich Berufskrankheiten								
Berufskrankheiten gemäß SGB VII und gemäß Berufskrankheiten-Verordnung, insbesondere				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
- durch chemische Einwirkungen verursachte Krankheiten				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
- durch physikalische Einwirkungen verursachte Krankheiten				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
- Infektionskrankheiten und Tropenkrankheiten				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Arbeitsmedizin

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
- Atemwegserkrankungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
- Hautkrankheiten				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Meldung des Verdachts von Berufskrankheiten gemäß SGB VII					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeits(mit)bedingte Erkrankungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Beteiligung am Feststellungsverfahren für Berufskrankheiten					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Finale und kausale Gutachtenerstellung einschließlich Zusammenhangsgutachten bei Berufskrankheiten					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wechselwirkungen zwischen Arbeit und Volkskrankheiten				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
7. Arbeitstoxikologie								
Toxikologische Grundlagen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Grundlagen der Kanzerogenese				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Biomonitoring am Arbeitsplatz					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambient Monitoring				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Arbeitsmedizin

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
	Beurteilung chemischer Belastungen und Beanspruchungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beratung beim Umgang mit Gefahrstoffen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Arbeit und psychische Gesundheit								
Grundlagen psychischer und psychosomatischer Krankheitsbilder und Symptome				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Grundlagen der Arbeits-, Betriebs- und Organisationspsychologie einschließlich betrieblichem Konflikt- und Stressmanagement				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Beurteilung psychischer Belastungen und Beanspruchungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beratung und Begleitung im Rahmen betrieblicher Suchtprävention					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Psychologische und psychometrische Analyseverfahren und Fragebögen zur Gefährdungsbeurteilung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Arbeitsmedizin

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
Auswirkungen kultureller Faktoren und Einflüsse auf den Zusammenhang von Arbeit und psychischer Gesundheit				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
9. Umweltmedizinische Risikofaktoren								
	Erfassung, Beschreibung und Beurteilung von Umweltfaktoren hinsichtlich ihrer gesundheitlichen Relevanz am Arbeitsplatz					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Umweltmedizinische Beratung, z. B. bei umweltassoziierten Belastungen, umweltbezogenen Syndromen, umweltbedingten Erkrankungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Betriebliches Gesundheitsmanagement								
Grundlagen der Förderung der Gesundheit der Beschäftigten				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Beratung zum betrieblichen Gesundheitsmanagement in Unternehmen und Organisationen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grundsätze der Salutogenese				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Grundsätze gesunder Führung				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Arbeitsmedizin

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
Instrumente der Gesundheitsförderung				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Koordination von Präventionsdienstleistern im Betrieb					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten