

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

8.1 Facharzt/Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

(Frauenarzt/Frauenärztin)

Gebietsdefinition	Das Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe umfasst die Erkennung, Vorbeugung, konservative und operative Behandlung sowie Nachsorge von geschlechtsspezifischen Gesundheitsstörungen der Frau einschließlich plastisch-rekonstruktiver Eingriffe, der gynäkologischen Onkologie, Endokrinologie, Fortpflanzungsmedizin, Urogynäkologie, der Betreuung und Überwachung normaler und gestörter Schwangerschaften, Geburten und Wochenbettverläufe sowie der Prä- und Perinatalmedizin.
Weiterbildungszeit	60 Monate Frauenheilkunde und Geburtshilfe unter Anleitung eines Weiterbildungsermächtigten an zugelassenen Weiterbildungsstätten, davon - können zum strukturierten Kompetenzerwerb bis zu 12 Monate Weiterbildung in anderen Gebieten erfolgen 80 Stunden Kurs-Weiterbildung gemäß § 5 Abs. 10 in Psychosomatischer Grundversorgung

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 Frauenheilkunde und Geburtshilfe								
1. Übergreifende Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Frauenheilkunde und Geburtshilfe								

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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
Wesentliche Gesetze, Verordnungen und Richtlinien				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Wundheilung und Narbenbildung				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Prophylaxe, Diagnostik und Therapie von Thrombosen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Perioperative Behandlung einschließlich Vorbereitung, Nachsorge, Komplikationsmanagement und Behandlung von Infektionen sowie Indikationsstellung zu weiterführenden Maßnahmen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wundmanagement und stadiengerechte Wundtherapie sowie Verbandslehre einschließlich verschiedener Wundauflagen, Unterdruck- und Kompressionstherapie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Chirurgische Techniken und Instrumentengebrauch, insbesondere Inzision, Präparation, Retraktion, Naht- und Knotentechniken einschließlich Laseranwendung unter Berücksichtigung der verschiedenen Gewebestrukturen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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
2. Fachgebundene genetische Beratung								
Grundlagen hereditärer und multifaktorieller Krankheitsbilder und Entwicklungsstörungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Interpretation und Aussagekraft genetischer Untersuchungsergebnisse (Sensitivität, Spezifität, prädiktiver Wert)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Methodische, psychosoziale und ethische Aspekte der genetischen Beratung und Diagnostik einschließlich pharmakogenetischer Tests				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Erkennung fachbezogener genetisch bedingter Krankheitsbilder oder Entwicklungsstörungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fachgebundene genetische Beratung bei diagnostischer und prädiktiver genetischer Untersuchung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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. Notfälle								
	Diagnostik und Therapie von schwangerschaftsassozierten, peripartalen, perinatalen, gynäkologischen und reproduktionsmedizinischen Notfallsituationen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Erkrankungen des äußeren und inneren Genitale, des Abdomens, der Harnblase, der Harnröhre und der Brust einschließlich einer im Einzelfall notwendigen Partnerbehandlung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diagnostik und Therapie von sexuell übertragbaren Infektionen (STI) einschließlich der Beratung zur Prävention					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diagnostik und Therapie von Infektionen in Schwangerschaft und Wochenbett					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sexualmedizinische Aspekte des Gebietes								

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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 biopsychosozialen Sexualitätsmodells, der somato- und psychosexuellen Entwicklung über die Lebensspanne, sexueller Traumatisierungen und deren Auswirkungen einschließlich Paarkonflikt- und Beziehungsstörungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Sexualanamnese					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnostik und Therapie von sexuellen Funktionsstörungen, sexuellen Präferenz- und Verhaltensstörungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Sexualberatung der Frau und des Paares sowie Indikationsstellung zur weiterführenden Behandlung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Urogynäkologische, organische und funktionelle Störungen								
	Diagnostik und medikamentöse Therapie bei Senkungszuständen des Genitale und Harninkontinenz sowie Analinkontinenz einschließlich Beckenbodentraining und Indikationsstellung zur operativen Therapie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Deszensus- und Inkontinenzoperationen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

_____ Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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
6. Gynäkologische Endokrinologie								
Störungen der weiblichen Geschlechtsentwicklung und Pubertät				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Diagnostik und Therapie von Störungen des weiblichen Zyklus einschließlich Zyklusbeschwerden					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Behandlung des prämenstruellen Syndroms					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ovarielle Fehlfunktion				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Diagnostik und Therapie weiblicher Sterilität und zugrundeliegender endokriner Störungen einschließlich Indikationsstellung zur weiterführenden Behandlung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diagnostik und Therapie der Ovarialinsuffizienz					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beratung zur Familienplanung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beratung zur hormonellen, chemischen, mechanischen und operativen Kontrazeption					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diagnostik und Therapie der Endometriose					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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
	Therapie bei Beschwerden im Klimakterium und in der Postmenopause					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Prävention, Diagnostik und Therapie der Osteoporose					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Alters- und kulturspezifische Erkrankungen								
Grundlagen der Kinder- und Jugendgynäkologie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Symptome sexueller und körperlicher Gewalt, Genitalverstümmelung				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Untersuchungen und Dokumentation von Sexualdelikten					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beratung zu Hilfsangeboten bei Gewaltfolgen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grundlagen plastisch-operativer und rekonstruktiver Eingriffe bei gestörter Anlage und Entwicklung von Genitale und Mamma sowie Gewaltfolgen und Genitalverstümmelung				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
8. Tumorerkrankungen								

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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
Benigne, prä-maligne und maligne Erkrankungen des inneren und äußeren Genitale und der weiblichen und männlichen Mamma einschließlich Tumornachsorge				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Komplementärmedizinische Verfahren				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung zur medikamentösen, operativen und strahlentherapeutischen Behandlung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mitwirkung bei der systemischen Tumortherapie sowie der supportiven Therapie bei soliden Tumorerkrankungen der Facharztkompetenz					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Regelmäßige Teilnahme an interdisziplinären Tumorkonferenzen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Erkennung und Behandlung von Tumor- und Therapiekomplicationen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Basisbehandlung palliativmedizinisch zu versorgender Patienten					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Prävention								

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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
	Altersspezifische Gesundheitsberatung einschließlich Ernährungsberatung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kolposkopie	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Befundinterpretation zytologischer und HPV-Abstriche	100				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Durchführung und spezifische Beratung zur HPV-Impfung auf Grundlage der STIKO-Empfehlungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Diagnostische Verfahren								
	B-Modus-Sonographien der weiblichen Genitalorgane einschließlich Endosonographie	200				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	B-Modus-Sonographien der Brustdrüse sowie der Lymphabflusswege	200				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Duplex-Sonographien der Gefäße des weiblichen Genitalsystems sowie der Lymphabflusswege	200				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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
	Anfertigung und Beurteilung von Nativpräparaten im Phasenkontrastmikroskop	100				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Abstrich- und Probenentnahme für mikrobiologische Untersuchungen einschließlich semiquantitativer Urindiagnostik und Befundinterpretation	100				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Operative und weitere therapeutische Verfahren								
	Operative Eingriffe, davon					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- einfache Eingriffe am äußeren und inneren Genitale und der Brust, insbesondere Abrasio, Konisation, Nachkürettage, diagnostische und therapeutische Hysteroskopie, diagnostische Laparoskopie	100				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Mitwirkung bei komplexen Eingriffen am äußeren und inneren Genitale und der Brust, insbesondere therapeutische Laparoskopien sowie Tumorektomien, Entfernung von regionalen Lymphknoten	100				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lokalanästhesien	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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
	Infusions-, Transfusions- und Blutersatztherapien, enterale und parenterale Ernährung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett								
Physiologie und Pathologie von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Stillberatung und Betreuung des gesunden Neugeborenen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Feststellung einer Schwangerschaft und Beratung sowie Mutterschaftsvorsorge					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diagnostik und Therapie von schwangerschaftsinduzierten Erkrankungen und Erkrankungen in der Schwangerschaft einschließlich der Diagnostik des Schwangerschaftsdiabetes					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Behandlung von Risikoschwangerschaften					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fetale Erkrankungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Erstversorgung und Betreuung des Neugeborenen einschließlich Erstbehandlung von Anpassungsstörungen	100				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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 bei Schwangerschaftskonflikten sowie Indikationsstellung zum Schwangerschaftsabbruch unter Berücksichtigung gesundheitlicher einschließlich psychischer Risiken					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	B-Modus-Sonographien der utero-plazento-fetalen Einheit	300				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Duplex-Sonographien des feto-maternalen Gefäßsystems, davon	100				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- pathologische Fälle	5				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Antepartale Kardiotokogramme	200				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Intrapartale Kardiotokogramme	200				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Leitungen von normalen Geburten, auch mit Versorgung von Scheidendammschnitten und Geburtsverletzungen	200				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sectio caesarea	20				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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
	Mitwirkung bei weiteren geburtshilflichen Eingriffen, z. B. Forzeps, Vakuum-Extraktion, vaginale Entwicklung aus Beckenendlage und manuelle Plazentalösung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Geburtsbetreuung und Mitwirkung bei Risikogeburten und geburtshilflichen Eingriffen höherer Schwierigkeitsgrade					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen im Wochenbett einschließlich Beratung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Strahlenschutz								
Grundlagen der Strahlenbiologie und Strahlenphysik bei der Anwendung ionisierender Strahlen am Menschen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
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