

Logbuch

Zusatz-Weiterbildung Geriatrie

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

10. Zusatz-Weiterbildung Geriatrie

Definition	<p>Die Zusatz-Weiterbildung Geriatrie umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Vorbeugung, Erkennung, konservative und interventionelle Behandlung unter Einbezug von Palliation und Rehabilitation körperlicher und seelischer Erkrankungen im biologisch fortgeschrittenen Lebensalter mit dem Ziel der Erhaltung und Wiederherstellung größtmöglicher Selbstständigkeit und Lebensqualität. Die Zusatz-Weiterbildung vermittelt zusätzliche gebietserweiternde Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten.</p>
Mindestanforderungen gemäß § 11 WBO	<ul style="list-style-type: none"> - Facharztanerkennung im Gebiet Allgemeinmedizin, Anästhesiologie, Arbeitsmedizin, Augenheilkunde, Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Humangenetik, Innere Medizin, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Neurochirurgie, Neurologie, Nuklearmedizin, Öffentliches Gesundheitswesen, Physikalische und Rehabilitative Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Radiologie, Strahlentherapie, Transfusionsmedizin und Urologie oder Anerkennung als Facharzt für Nervenheilkunde. <p>und zusätzlich</p> <ul style="list-style-type: none"> - 18 Monate Geriatrie unter Anleitung eines Weiterbildungsermächtigten in Geriatrie

Übergangsbestimmung:

§ 22 Abs. 5 gilt nur für Fachärzte für Anästhesiologie, Arbeitsmedizin, Augenheilkunde, Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Humangenetik, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Nervenheilkunde, Neurochirurgie, Nuklearmedizin, Öffentliches Gesundheitswesen, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Radiologie, Strahlentherapie, Transfusionsmedizin und Urologie.

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Zusatz-Weiterbildung Geriatrie

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Weiterbildungsinhalte der Zusatz-Weiterbildung

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 C								
1. Übergreifende Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Geriatrie								
Demographie und Altersepidemiologie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Biologische, psychologische, soziologische Aspekte des Alterns				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Management der Komplexität bei Multimorbidität					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ernährungsberatung und Ernährungstherapie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Symptomatologie und funktionelle Bedeutung von Altersveränderungen sowie Erkrankungen und Behinderungen des höheren Lebensalters				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Sexualität im Alter				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
2. Geriatisches Team								

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Zusatz-Weiterbildung Geriatrie

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
	Anleitung eines interdisziplinären und interprofessionellen Teams bei geriatrischen Fragestellungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Multiprofessionelle Therapiekonzepte, z. B. physio- und ergotherapeutische sowie logopädische Maßnahmen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
3. Diagnostische Verfahren								
	Geriatrische Screeningverfahren					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Geriatrisches Assessment zur Erfassung und Verlaufsbeurteilung organischer, motorischer, funktioneller, emotioneller und kognitiver Funktionseinschränkungen	300				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Tests zur Beurteilung der Mobilität und des Sturzrisikos					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Tests zur Beurteilung der Funktionalität und Performance (ATL, iATL)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Tests zur Beurteilung der Muskelfunktion und Muskelkraft					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Zusatz-Weiterbildung Geriatrie

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
	- Tests zur Beurteilung der Kognition					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Tests zur Erfassung eines Delirs					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Tests zur Beurteilung der Emotion					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Tests zur Beurteilung des Ernährungszustandes					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Beurteilung der sozialen Situation					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- standardisierte Schmerzerfassung, auch bei kognitiv eingeschränkten Patienten					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	EKG	200				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Langzeit-EKG	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Langzeit-Blutdruckmessung	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Orthostase-Tests	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Richtungsweisende B-Modus-Sonographie des Abdomen und Retroperitoneum einschließlich Nieren und Blase					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Richtungsweisende B-Modus-Sonographie der Halsweichteile					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Zusatz-Weiterbildung Geriatrie

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
	Durchführung von Punktionen, z. B. Pleura, Aszites, Liquor					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dopplersonographie der hirnersorgenden und peripheren Arterien und Venen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Echokardiographie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Einfache Lungenfunktionsdiagnostik					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endoskopische Verfahren, z. B. fiberoptische endoskopische Schluckdiagnostik und Anlage der perkutanen endoskopischen Gastrostomie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Spezielle neuropsychologische Testverfahren				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Konventionelle Röntgendiagnostik des Thorax, des Abdomens und des Skelettsystems				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Schnittbilddiagnostik				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
4. Behandlung von Gesundheitsstörungen und Krankheiten								

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Zusatz-Weiterbildung Geriatrie

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
	Prophylaxe, Diagnostik, prognostische Einschätzung und Therapie bei geriatrischen Syndromen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Ernährungsstörungen und Sarkopenie einschließlich „Sarcopenic Obesity“					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Gebrechlichkeit (Frailty)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- lokomotorische Probleme und Stürze					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- verzögerte Remobilität/Immobilität und Dekubitus					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Harn- und Stuhlinkontinenz					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- kognitiv-neuropsychologische Störungen einschließlich Delir, Depression und Demenz					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- metabolische Instabilität einschließlich Altersdiabetes und Anämie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Multimorbidität, Polypharmazie und verzögerte Rekonvaleszenz					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Exsikkose und Elektrolytstörung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- chronische Schmerzen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Zusatz-Weiterbildung Geriatrie

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
Sensorische Einschränkungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Erstmaßnahmen und Indikationsstellung zur weiterführenden Therapie bei typischen Notfällen im Alter, z. B. Herzinfarkt, Lungenembolie, akute Blutung, Synkope, Schlaganfall, Epilepsie, Delir, Sturz, Fraktur					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kardiologische und angiologische Erkrankungen im Alter				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankungen im Alter				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Gastroenterologische Erkrankungen im Alter				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Infektiologische Erkrankungen im Alter				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Nephrologische und urologische Krankheiten im Alter				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Transurethraler und/oder suprapubischer Katheter					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hämatologische und onkologische Krankheiten im Alter				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Endokrinologische Krankheiten und Diabetes im Alter				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Zusatz-Weiterbildung Geriatrie

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
Rheumatische Krankheiten im Alter				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Neurologische Erkrankungen im Alter				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Psychiatrische Erkrankungen im Alter				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Alterstypische traumatische und orthopädische Erkrankungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Behandlung chronischer Wunden, Wundversorgung, Indikationsstellung zur weiterführenden Therapie bei Wundheilungsstörungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnmedizinische und kieferorthopädische Aspekte einschließlich Zahnprothetik				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
5. Pharmakotherapie								
Spezielle Pharmakokinetik und Pharmakodynamik im Alter unter Berücksichtigung von Multimorbidität und Multimedikation				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Psychopharmakotherapie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Zusatz-Weiterbildung Geriatrie

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
Faktoren der Pharmakoadhärenz im Alter				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Typische Arzneimittelinteraktionen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Management von Multimedikation, z. B. Priorisierung, „Deprescribing“					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schmerztherapie im Alter					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antikoagulation geriatrischer Patienten				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
6. Rehabilitative Aspekte der Therapie								
	Beurteilung von Potentialen und Behinderungen nach der International Classification of Functioning, Disability and Health					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rehabilitationsplanung und Therapieorganisation					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozialrechtliche Aspekte, z. B. Akuttherapie, Frührehabilitation, Rehabilitation unter Berücksichtigung ambulanter, teilstationärer und stationärer Leistungsangebote				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Beantragung von Rehabilitationsleistungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Zusatz-Weiterbildung Geriatrie

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
	Einleitung von Reintegrationsmaßnahmen einschließlich Nutzung externer Hilfen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ethische und palliativmedizinische Aspekte								
Gesetzliche Regelungen zur Durchsetzung des Patientenwillens einschließlich Betreuungsrecht, insbesondere Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Zwangsbehandlung				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Beratung zum Willen des Patienten, auch unter Berücksichtigung kognitiv-neuropsychologischer Einschränkungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Priorisierung evidenzbasierter Verfahren hinsichtlich Prognose, Praktikabilität und Patientenwunsch					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Symptomkontrolle bei Palliativpatienten im Alter					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Konsile und Beratungen								
	Hygieneberatung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Inkontinenzberatung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Zusatz-Weiterbildung Geriatrie

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
	Sturzprophylaxe					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beratung bezüglich besonderer Aspekte der Heil- und Hilfsmittelversorgung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gerontotechnologie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Durchführung geriatrischer Konsile					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten