



ZWB GERIATRIE

Die Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Schleswig-Holstein vom 5. Februar 2020 fordert für die Zusatzbezeichnung Geriatrie folgende Weiterbildungszeiten:

- ▶ 18 Monate Geriatrie unter Befugnis an Weiterbildungsstätten

Der maximale Weiterbildungsumfang liegt somit bei 18 Monaten.

Für den Umfang der zu erteilenden Befugnis ist maßgebend, inwieweit die an Inhalt, Ablauf und Zielsetzung der Weiterbildung gestellten Anforderungen durch den befugten Arzt / Ärztin erfüllt werden können. Je nach Umfang der zu vermittelnden Inhalte werden die Befugnisse zeitlich und inhaltlich abgestuft erteilt.

Es gelten zudem folgende **Mindest-Kriterien**:

- ▶ Arztzimmer bzw. eigenes Sprechzimmer
- ▶ Für einen vollen Weiterbildungsumfang müssen die vollen Strukturvoraussetzungen für die Abrechnung der OPS 550 ff vorhanden sein

Zusätzlich für den ambulanten Bereich:

- ▶ mind. 500 fachspezifische Patienten/Quartal
- ▶ eine ausgebildete Medizinische Fachkraft

Für den Umfang der zu erteilenden Befugnis ist maßgebend, inwieweit die an Inhalt, Ablauf und Zielsetzung der Weiterbildung gestellten Anforderungen erfüllt werden können. Je nach Umfang der zu vermittelnden Inhalte/Elemente werden die Befugnisse zeitlich und inhaltlich abgestuft erteilt. Genauere Befugniskriterien nach 2020er Weiterbildungsordnung wurden bisher noch nicht festgelegt.

Stand: 08.02.2022

Leistungsnachweis Geriatrie

Name, Vorname Antragsteller:

Weiterbildungsstätte:

Berichtszeitraum (ein Jahr):

| |
|--|
| |
| |
| |

Bitte beachten Sie:

Geben Sie, wenn erforderlich (s. Symbol „→“), die Leistungszahl des o. g. Berichtszeitraums an. Es gilt die Leistungszahl der gesamten Stätte (nicht Ihre eigene).

* Inhalte ohne eine Elementnummer haben keinen Einfluss auf den zeitlichen Befugnisumfang.

** KM: Kognitive und Methodenkompetenz (Der Weiterzubildende muss diesen Inhalt am Ende seiner Weiterbildungszeit systematisch einordnen und erklären können)

H: Handlungskompetenz (Der Weiterzubildende muss diesen Inhalt am Ende seiner Weiterbildungszeit selbstverantwortlich durchführen können)

Bitte kreuzen Sie nur dann „Ja“ an, wenn eine vollständige Handlungskompetenz vermittelt werden kann (= eLogbuch Stufe 2 - „selbständig durchführen können“).

| Element | * | Folgende Weiterbildungsinhalte gemäß den Bestimmungen der WBO werden von mir/uns während der Weiterbildung vermittelt: | Ja | Nein | Leistungszahl im o. g. Berichtszeitraum | Nachweis durch |
|---------|----|--|--------------------------|--------------------------|--|-----------------------------|
| | | Übergreifende Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Geriatrie | | | | |
| 1 | KM | Demographie und Altersepidemiologie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| 2 | KM | Biologische, psychologische, soziologische Aspekte des Alterns | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| 3 | H | Management der Komplexität bei Multimorbidität | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| 4 | H | Ernährungsberatung und Ernährungstherapie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| 5 | KM | Symptomatologie und funktionelle Bedeutung von Altersveränderungen sowie Erkrankungen und Behinderungen des höheren Lebensalters | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| 6 | KM | Sexualität im Alter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| | | Geriatrisches Team | | | | |
| 7 | H | Anleitung eines interdisziplinären und interprofessionellen Teams bei geriatrischen Fragestellungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| 8 | KM | Aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| 9 | KM | Multiprofessionelle Therapiekonzepte, z. B. physio- und ergotherapeutische sowie logopädische Maßnahmen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |

| Diagnostische Verfahren | | | | | | |
|--------------------------------|----|--|--------------------------|--------------------------|----------------------|-----------------------------|
| 10 | H | Geriatrische Screeningverfahren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| | | Geriatrisches Assessment zur Erfassung und Verlaufsbeurteilung organischer, motorischer, funktioneller, emotioneller und kognitiver Funktionseinschränkungen | → | | <input type="text"/> | Verbindliche Selbstauskunft |
| 11 | H | ▶ Tests zur Beurteilung der Mobilität und des Sturzrisikos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| 12 | H | ▶ Tests zur Beurteilung der Funktionalität und Performance (ATL, iATL) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| 13 | H | ▶ Tests zur Beurteilung der Muskelfunktion und Muskelkraft | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| 14 | H | ▶ Tests zur Beurteilung der Kognition | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| 15 | H | ▶ Tests zur Erfassung eines Delirs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| 16 | H | ▶ Tests zur Beurteilung der Emotion | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| 17 | H | ▶ Tests zur Beurteilung des Ernährungszustandes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| 18 | H | ▶ Beurteilung der sozialen Situation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| 19 | H | ▶ standardisierte Schmerzerfassung, auch bei kognitiv eingeschränkten Patienten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| 20 | H | EKG | → | | <input type="text"/> | Verbindliche Selbstauskunft |
| 21 | H | Langzeit-EKG | → | | <input type="text"/> | Verbindliche Selbstauskunft |
| 22 | H | Langzeit-Blutdruckmessung | → | | <input type="text"/> | Verbindliche Selbstauskunft |
| 23 | H | Orthostase-Tests | → | | <input type="text"/> | Verbindliche Selbstauskunft |
| 24 | H | Richtungsweisende B-Modus-Sonographie des Abdomen und Retroperitoneum einschließlich Nieren und Blase | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| 25 | H | Richtungsweisende B-Modus-Sonographie der Halsweichteile | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| 26 | H | Durchführung von Punktionen, z. B. Pleura, Aszites, Liquor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| 27 | KM | Dopplersonographie der hirnversorgenden und peripheren Arterien und Venen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |

| | | | | | | |
|---|----|---|--------------------------|--------------------------|---|-----------------------------|
| 28 | KM | Echokardiographie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| 29 | H | Einfache Lungenfunktionsdiagnostik | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| 30 | KM | Endoskopische Verfahren, z. B. fiberoptische endoskopische Schluckdiagnostik und Anlage der perkutanen endoskopischen Gastrostomie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| 31 | KM | Spezielle neuropsychologische Testverfahren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| 32 | KM | Konventionelle Röntgendiagnostik des Thorax, des Abdomens und des Skelettsystems | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| 33 | KM | Schnittbilddiagnostik | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| Behandlung von Gesundheitsstörungen und Krankheiten | | | | | | |
| Prophylaxe, Diagnostik, prognostische Einschätzung und Therapie bei geriatrischen Syndromen | | | | | | |
| 34 | H | ► Ernährungsstörungen und Sarkopenie einschließlich „Sarcopenic Obesity“ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| 35 | H | ► Gebrechlichkeit (Frailty) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| 36 | H | ► lokomotorische Probleme und Stürze | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| 37 | H | ► verzögerte Remobilität/Immobilität und Dekubitus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| 38 | H | ► Harn- und Stuhlinkontinenz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| 39 | H | ► kognitiv-neuropsychologische Störungen einschließlich Delir, Depression und Demenz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| 40 | H | ► metabolische Instabilität einschließlich Altersdiabetes und Anämie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| 41 | H | ► Multimorbidität, Polypharmazie und verzögerte Rekonvaleszenz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| 42 | H | ► Exsikkose und Elektrolytstörung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| 43 | H | ► chronische Schmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| 44 | KM | Sensorische Einschränkungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| 45 | H | 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"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |

| | | | | | | |
|-------------------------|----|---|--------------------------|--------------------------|---|-----------------------------|
| 46 | KM | Kardiologische und angiologische Erkrankungen im Alter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| 47 | KM | Lungenerkrankungen im Alter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| 48 | KM | Gastroenterologische Erkrankungen im Alter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| 49 | KM | Infektiologische Erkrankungen im Alter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| 50 | KM | Nephrologische und urologische Krankheiten im Alter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| 51 | H | Transurethraler und/oder suprapubischer Katheter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| 52 | KM | Hämatologische und onkologische Krankheiten im Alter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| 53 | KM | Endokrinologische Krankheiten und Diabetes im Alter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| 54 | KM | Rheumatologische Krankheiten im Alter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| 55 | KM | Neurologische Erkrankungen im Alter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| 56 | KM | Psychiatrische Erkrankungen im Alter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| 57 | KM | Alterstypische traumatologische und orthopädische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| 58 | H | Behandlung chronischer Wunden, Wundversorgung, Indikationsstellung zur weiterführenden Therapie bei Wundheilungsstörungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| 59 | KM | Zahnmedizinische und kieferorthopädische Aspekte einschließlich Zahnprothetik | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| Pharmakotherapie | | | | | | |
| 60 | KM | Spezielle Pharmakokinetik und Pharmakodynamik im Alter unter Berücksichtigung von Multimorbidität und Multimedikation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| 61 | KM | Psychopharmakotherapie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| 62 | KM | Faktoren der Pharmakoadhärenz im Alter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| 63 | KM | Typische Arzneimittelinteraktionen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| 64 | H | Management von Multimedikation, z. B. Priorisierung, „Deprescribing“ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| 65 | H | Schmerztherapie im Alter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |

| | | | | | | |
|---|----|---|--------------------------|--------------------------|---|-----------------------------|
| 66 | KM | Antikoagulation geriatrischer Patienten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| Rehabilitative Aspekte der Therapie | | | | | | |
| 67 | H | Beurteilung von Potentialen und Behinderungen nach der International Classification of Functioning, Disability and Health | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| 68 | H | Rehabilitationsplanung und Therapieorganisation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| 69 | KM | Sozialrechtliche Aspekte, z. B. Akuttherapie, Frührehabilitation, Rehabilitation unter Berücksichtigung ambulanter, teilstationärer und stationärer Leistungsangebote | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| 70 | H | Beantragung von Rehabilitationsleistungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| 71 | H | Einleitung von Reintegrationsmaßnahmen einschließlich Nutzung externer Hilfen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| Ethische und palliativmedizinische Aspekte | | | | | | |
| 72 | KM | Gesetzliche Regelungen zur Durchsetzung des Patientenwillens einschließlich Betreuungsrecht, insbesondere Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Zwangsbehandlung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| 73 | H | Beratung zum Willen des Patienten, auch unter Berücksichtigung kognitiv-neuropsychologischer Einschränkungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| 74 | H | Priorisierung evidenzbasierter Verfahren hinsichtlich Prognose, Praktikabilität und Patientenwunsch | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| 75 | H | Symptomkontrolle bei Palliativpatienten im Alter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| Konsile und Beratungen | | | | | | |
| 76 | H | Hygieneberatung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| 77 | H | Inkontinenzberatung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| 78 | H | Sturzprophylaxe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| 79 | H | Beratung bezüglich besonderer Aspekte der Heil- und Hilfsmittelversorgung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| 80 | KM | Gerontotechnologie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| 81 | H | Durchführung geriatrischer Konsile | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |

Hiermit bestätige/n ich/wir, dass die vollen Strukturvoraussetzungen für die Abrechnung der OPS 550 ff vorhanden sind.

Ort, Datum, Unterschrift/en Antragsteller