



## Kriterien für die Anerkennung von Weiterbildungszeiten an einer zugelassenen Weiterbildungsstätte (WBS)

Die Richtlinien über die Befugnis zur Weiterbildung für eine Facharztweiterbildung, einen zugehörigen Schwerpunkt und für eine Zusatz-Weiterbildung sind als allgemeine Verwaltungsvorschriften Grundlage für diese Kriterien und werden bei der Bemessung der Anerkennung von Weiterbildungszeiten an zugelassenen WBS zu Grunde gelegt.

Die Entscheidungen werden auf der Grundlage der nachgewiesenen Leistungszahlen, der Struktur der Weiterbildungsstätte sowie deren personeller und materieller Ausstattung im Einzelfall getroffen. Hierzu finden die von den Fachkommissionen erarbeiteten und vom Vorstand beschlossenen Kriterien für die Anerkennung von Weiterbildungszeiten an zugelassenen WBS Anwendung. Für die zeitlichen Abstufungen sind die jeweils aufgeführten Kriterien vollständig zu erfüllen. Im Einzelfall kann davon abgewichen werden.

Die Teilnahme an Evaluationen und Qualitätssicherungsmaßnahmen der Ärztekammer zur ärztlichen Weiterbildung wird bei der Entscheidung berücksichtigt.

### Facharzt Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie

(Vorstandsbeschluss 26.08.2020)

#### 18 Monate

endokrine Erkrankungen (außer Schilddrüse): > 100/Jahr davon Hypophysenerkrankungen: > 30/Jahr	ja / nein
Diabetes mellitus: > 150/Jahr	ja / nein
Schilddrüsenerkrankungen: > 100/Jahr	ja / nein
Gestationsdiabetes, Schilddrüsenerkrankungen in der Schwangerschaft, primärer Hyperparathyreoidismus: > 18/Jahr	ja / nein
Akromegalie, M. Cushing: mindestens ein Patient/Jahr	ja / nein
seltene Endokrinopathien (z. B. M Addison, Phäochromozytom, Diabetes insipidus, Erkrankungen im Rahmen genetischer Syndrome wie MEN 1 oder MEN 2, Notfallsituationen): > 3/Jahr	ja / nein
Feinnadelpunktion der Schilddrüse	ja / nein
Testungen der Hypophysenfunktion, weitere Stimulations- oder Suppressionstests	ja / nein
Sonographie vor Ort	ja / nein
Radiologie vor Ort (DXA-Messung, QCT, MRT) oder Verbund*	ja / nein
endokrinologisches Labor oder Verbund*	ja / nein
andrologisches Labor oder Verbund*	ja / nein
Teilnahme an der Evaluation der Weiterbildung	ja / nein

\*Verbundpartner ist anzugeben

## 24 Monate

endokrine Erkrankungen (außer Schilddrüse): > 150/Jahr - davon Hypophysenerkrankungen: > 40/Jahr	ja / nein ja / nein
Diabetes mellitus: > 250/Jahr	ja / nein
Schilddrüsenerkrankungen: > 150/Jahr	ja / nein
Gestationsdiabetes, Schilddrüsenerkrankungen in der Schwangerschaft, primärer Hyperparathyreoidismus: > 24/Jahr	ja / nein
Akromegalie, M. Cushing: mindestens ein Patient/Jahr	ja / nein
seltene Endokrinopathien (z. B. M Addison, Phäochromozytom, Diabetes insipidus, Erkrankungen im Rahmen genetischer Syndrome wie MEN 1 oder MEN 2, Notfallsituationen): > 3/Jahr	ja / nein
Feinnadelpunktion der Schilddrüse	ja / nein
Testungen der Hypophysenfunktion, weitere Stimulations- oder Suppressionstests	ja / nein
Sonographie vor Ort	ja / nein
Radiologie vor Ort (DXA-Messung, QCT, MRT) oder Verbund*	ja / nein
endokrinologisches Labor oder Verbund*	ja / nein
andrologisches Labor oder Verbund*	ja / nein
Teilnahme an der Evaluation der Weiterbildung	ja / nein

\* Verbundpartner ist anzugeben

## 36 Monate

endokrine Erkrankungen (außer Schilddrüse): > 200/Jahr - davon Hypophysenerkrankungen: > 60/Jahr	ja / nein ja / nein
Diabetes mellitus: > 300/Jahr	ja / nein
Schilddrüsenerkrankungen: > 200/Jahr	ja / nein
Gestationsdiabetes, Schilddrüsenerkrankungen in der Schwangerschaft, primärer Hyperparathyreoidismus: > 36/Jahr	ja / nein
Akromegalie, M. Cushing: mindestens ein Patient/Jahr	ja / nein
seltene Endokrinopathien (z. B. M Addison, Phäochromozytom, Diabetes insipidus, Erkrankungen im Rahmen genetischer Syndrome wie MEN 1 oder MEN 2, Notfallsituationen): > 5/Jahr	ja / nein
Feinnadelpunktion der Schilddrüse	ja / nein
Testungen der Hypophysenfunktion, weitere Stimulations- oder Suppressionstests	ja / nein
Sonographie vor Ort	ja / nein
Radiologie vor Ort (DXA-Messung, QCT, MRT) oder Verbund*	ja / nein
endokrinologisches Labor oder Verbund*	ja / nein
andrologisches Labor oder Verbund*	ja / nein
Teilnahme an der Evaluation der Weiterbildung	ja / nein

\* Verbundpartner ist anzugeben