



## 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 sowie personellen und materiellen Ausstattung der Weiterbildungsstätte 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.

### Schwerpunkt (SP) Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin

(Vorstandsbeschluss 04.03.2015)

#### 12 Monate (Klinik)

Erfüllung der Anforderungen des GBA an einen perinatalen Schwerpunkt	ja / nein
Vorhandensein interner schriftlicher Verfahrensanweisungen zu typischen Notfallsituationen	ja / nein
Vorhandensein eines etablierten Risk- und Schadensmanagementsystems **	ja / nein
Anzahl der Geburten/Jahr ***	Anzahl:>500 ja / nein
DEGUM II-Qualifikation ****	ja / nein
Ermächtigung der KV zur Durchführung der erweiterten Fehlbildungsdiagnostik, der Dopplersonographie des fetomaternalen Gefäßsystems und der fetalen Echokardiographie ****	ja / nein
Vorhandensein US-Gerät mit Farbdoppler	ja / nein
Vorhandensein pw-Doppler	ja / nein
mindestens eine Fortbildungsveranstaltung der WBS/ Jahr zu einem perinatalmedizinischen Thema	ja / nein
erweiterte Fehlbildungsdiagnostik	ja / nein
fetale Echokardiographie	ja / nein
invasive Diagnostik	ja / nein
Dopplersonographie des fetomaternalen Gefäßsystems	ja / nein
Erfüllung der Qualitätsindikatoren der Perinatalerhebung Modul 16.1 in den letzten 3 Jahren *****	ja / nein
Teilnahme an der Evaluation der Weiterbildung	ja / nein



### 12 Monate (ambulant)

DEGUM II-Qualifikation ****	ja / nein
Ermächtigung der KV zur Durchführung der erweiterten Fehlbildungsdiagnostik, der Dopplersonographie des fetomaternalen Gefäßsystems und der fetalen Echokardiographie ****	ja / nein
Vorhandensein US-Gerät mit Farbdoppler	ja / nein
Vorhandensein pw-Doppler	ja / nein
Anzahl der erweiterten Fehlbildungsdiagnostik/Jahr	Anzahl:>600 ja / nein
Anzahl fetale Echokardiographie/Jahr	Anzahl:>300 ja / nein
Anzahl invasive Diagnostik/Jahr	Anzahl:>50 ja / nein
Dopplersonographie des fetomaternalen Gefäßsystems/Jahr*****	Anzahl:>400 ja / nein
Teilnahme an der Evaluation der Weiterbildung	ja / nein

### 36 Monate

Erfüllung der Anforderungen des GBA an ein Perinatalzentrum Level I	ja / nein
Erfüllung der Anforderungen des GBA an ein Perinatalzentrum Level II *	ja / nein
Vorhandensein interner schriftlicher Verfahrensanweisungen zu typischen Notfallsituationen	ja / nein
Vorhandensein eines etablierten Risk- und Schadensmanagementsystems **	ja / nein
Anzahl der Geburten/Jahr ***	Anzahl: 750 ja / nein
DEGUM II-Qualifikation ****	ja / nein
Ermächtigung der KV zur Durchführung der erweiterten Fehlbildungsdiagnostik, der Dopplersonographie des fetomaternalen Gefäßsystems und der fetalen Echokardiographie ****	ja / nein
Vorhandensein US-Gerät mit Farbdoppler	ja / nein
Vorhandensein pw-Doppler	ja / nein
Anzahl der erweiterten Fehlbildungsdiagnostik/Jahr	Anzahl:>200 ja / nein
Anzahl fetale Echokardiographie/Jahr	Anzahl:>100 ja / nein
Anzahl invasive Diagnostik/Jahr	Anzahl:>40 ja / nein
Dopplersonographie des fetomaternalen Gefäßsystems/Jahr*****	Anzahl:>200 ja / nein
Erfüllung der Qualitätsindikatoren der Perinatalerhebung Modul 16.1 in den letzten 3 Jahren *****	ja / nein
mindestens eine Fortbildungsveranstaltung der WBS/ Jahr zu einem perinatalmedizinischen Thema	ja / nein
Teilnahme an der Evaluation der Weiterbildung	ja / nein



**Hinweise:**

1. \* Sofern die Anforderungen für ein Perinatalzentrum Level II vorgehalten werden, ist eine ergänzende Hospitation den Weiterzubildenden an einer Weiterbildungsstätte (WBS), die die Anforderungen Level I erfüllt, über mindestens 3 Monate zu gewähren.
2. \*\* Dem Antrag ist eine kurze Beschreibung unter Benennung des verantwortlichen Mitarbeiters beizufügen.
3. \*\*\* Ergebnisse der Perinatalerhebung Modul 16.1 sind dem Antrag beizufügen
4. \*\*\*\* Urkunden/Ermächtigungen der KV sind dem Antrag beizufügen
5. \*\*\*\*\* Ergänzung der Untersuchungszahlen durch Kooperation möglich, Kooperationsvertrag ist dem Antrag beizufügen
6. \*\*\*\*\* Ergebnisse der Perinatalerhebung Modul 16.1 der letzten 3 Jahre sind dem Antrag beizufügen (sofern Abfrage bejaht wurde)
7. Die Weiterbildung an einer nicht voll befugten WBS ist an einer voll befugten WBS zu ergänzen/abzuschließen.