Landesärztekammer Thüringen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Postfach 10 07 40
07707 Jena

Telefon: 03641 614-123
Fax: 03641 614-129
Internet: www.laek-thueringen.de
Email: weiterbildung@laek-thueringen.de

Antrag auf Erteilung einer Ermächtigung zur Weiterbildung in der Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie

A. Allgemeines

Name: _____ Vorname: _____ Titel: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

E-Mail (dienstlich): _____

Telefon (dienstlich): _____

Liegt ein gültiges Fortbildungszertifikat vor ☐ ja ☐ nein * Gültigkeitsende _____

Privatanschrift

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____ Tel.: _____

Anschrift/en der zukünftigen Weiterbildungsstätte/n

Name_____ Name_____

Abt. _____ Abt. _____

Straße _____ Straße_____

PLZ/Ort _____ PLZ/Ort_____

Name_____

Abt. _____

Straße _____

PLZ/Ort_____

Vollzeittätigkeit: ☐ ja ☐ nein * Teilzeittätigkeit: ☐ ja ☐ nein * Anzahl der Stunden / Woche: _____

niedergelassen/angestellt MVZ seit: _____ als: _____

Wenn in MVZ – Leiter des MVZ: _____

Tätigkeit in PIA seit: _____ als: _____

Leiter: _____

*** Zutreffendes ankreuzen**

Tätigkeit in PSIA seit: _____ als: _____

Leiter: _____

Verbund/Gemeinsame Ermächtigung zur Weiterbildung ☐ ja ☐ nein *

Wenn ja, mit wem:_____

_____

B. Berufliche Angaben des Antragstellers

Dienststellung _____ seit _____

Sind Sie durch die Landesärztekammer Thüringen anerkannter Balint-Gruppenleiter? ☐ ja ☐ nein *

Sind Sie durch die Landesärztekammer Thüringen anerkannter Supervisor? ☐ ja ☐ nein *

C. Bitte fügen Sie bei Erstantragstellung Ihren **Beruflicher Werdegang** stichwortartig als **Anlage 1** bei, einschließlich Ausbildungsnachweise.

D. Umfang der eigenen Weiterbildung

(ggf. als **Anlage 2** beifügen)

Verfügen Sie oder ein Kollege Ihrer Einrichtung über eine Weiterbildung in den folgenden therapeutischen Verfahren:

Traumatherapie ☐ ja ☐ nein *

Balintgruppenarbeit ☐ ja ☐ nein *

Andere Spezifische therapeutische Verfahren, wenn ja welche?

_____

_____

_____

_____

_____

E. In welchen psychotherapeutischen Methoden wollen Sie aufgrund Ihrer eigenen Weiterbildung vermitteln?

_____

_____

_____

_____

_____

*** Zutreffendes ankreuzen**

F. Art Ihres beabsichtigten Fort- und Weiterbildungsangebotes in Ihrer Einrichtung

Welche Weiterbildungsveranstaltungen (möglichst mit genauen Angaben über Art und Umfang) beabsichtigen Sie anzubieten (z. B. Vorlesungen, Seminare, praktische Übungen, Supervision nach Behandlung, einzeln oder in Gruppen)?

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Welche dieser Weiterbildungsveranstaltungen werden in Kooperation mit anderen Einrichtungen realisiert?

_____

_____

_____

_____

_____

Welche Fortbildungsveranstaltungen bieten Sie an?

_____

_____

_____

_____

_____

*** Zutreffendes ankreuzen**

G. Struktur der fachspezifischen Einrichtung

Klinik/Abteilung

Gesamtzahl der psychotherapeutischen Betten _____

Gesamtzahl der psychotherapeutischen teilstationären Behandlungsplätze _____

Ambulanz ☐ ja ☐ nein * Pflichtversorgung ☐ ja ☐ nein *

Behandlung von untergebrachten Patienten ☐ ja ☐ nein *

Beschreibung der Struktur, des Behandlungsprofils, der Einrichtung und des Pflichtversorgungsgebietes:

_____

_____

_____

_____

_____

Teilnahme an der Akut- und Notfallversorgung von Patienten ☐ ja ☐ nein *

Vertragsärztliche Versorgung

Steht für den Assistenten ein eigener Arbeitsplatz zur Verfügung? ☐ ja ☐ nein *

H. Personelle Besetzung der fachspezifischen Einrichtung

Zahl der Mitarbeiter _____

Fachärzte (gesamt VK) _____ Weiterbildungsassistenten (gesamt VK) _____

I. Jahresleistungsstatistik (siehe Teil 2)

J Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz (siehe Teil 2)

K. Weiterbildungsprogramm (siehe **Anlage 3**)

Zeitliche Strukturierung der Weiterbildung mit Zuordnung der jeweils vermittelbaren Inhalte.

L. Vertretung (nur bei stationärer Weiterbildung)

Wer vertritt den ermächtigten Arzt im Fall seiner Verhinderung durch Urlaub, Kongresse oder Krankheit im Rahmen der Weiterbildung? (Name, Gebiet, Ort)

_____

_____

Ist die Absprache mit dem oben genannten Vertreter erfolgt? ☐ ja ☐ nein *

*** Zutreffendes ankreuzen**

M. Beantragt werden

Vollumfängliche Vermittlung der gemäß Weiterbildungsordnung
für das Land Thüringen vom 18.03.2020 geforderten Inhalte ☐ ja ☐ nein *

Bisher anerkannte Weiterbildungszeit _____ Monate Psychotherapie

Mit folgender Unterschrift erkläre ich, dass ich

1. den Antrag auf Erteilung der Weiterbildungsermächtigung verbindlich stelle.

2. damit einverstanden bin, dass die LÄKT mittels E-Mail Kontakt zu mir aufnehmen kann (*bitte ankreuzen*).

☐ Ja ☐ Nein

3. damit einverstanden bin, dass die angegebene E-Mail-Adresse auf der Internetseite der LÄKT veröffentlicht wird.

☐ Ja ☐ Nein

4. der Bekanntgabe von Bescheiden und der Übermittlung anderer Dokumente der Landesärztekammer Thüringen im Mitglieder-Portal zustimme.

☐ Ja ☐ Nein

5. einverstanden bin, dass meine personenbezogenen Daten gemäß der Datenschutzerklärung verarbeitet werden (Datenschutz | Landesärztekammer Thüringen). Ich wurde über mein Recht auf Widerruf informiert.

☐ Ja ☐ Nein

6. sämtliche Angaben vollständig und der Wahrheit entsprechend getätigt habe.

7. gleichzeitig die Zulassung meiner Organisationseinheit als Weiterbildungsstätte beantrage. Mir ist bewusst, dass hierfür Kosten entstehen können.

_____ _____
Ort/Datum Unterschrift/Stempel

Die Angaben sind erforderlich, um zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die persönliche Weiterbildungsermächtigung vorliegen. Rechtsgrundlage ist die Weiterbildungsordnung für die Ärzte Thüringens § 5 Abs. 5.

Haben Sie beigefügt?

☐ Beruflicher Werdegang
☐ Diagnosestatistik
☐ Weiterbildungsprogramm

*** Zutreffendes ankreuzen**

Teil 2

Zeitraum von _____ bis _____(der letzten 12 Monate)

I. Jahresleistungsstatistik

Patientendurchgang pro Jahr (stationär)

Patientendurchgang pro Jahr (ambulant) _____

Patientendurchgang pro Jahr (tagesklinisch) _____

Diagnosestatistik über 12 Monate (aufgeschlüsselt nach Diagnosen und Fallzahlen als Anlage 4 beifügen), für vertragsärztliche Versorgung für ein Quartal.

Zahl der Langzeittherapien _____

Zahl der Kurzzeittherapien _____

Zahl der persönlich durchgeführten Psychotherapien _____

J Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz (siehe Anlage 4)

_____ _____

Ort/Datum Unterschrift/Stempel

*** Zutreffendes ankreuzen**

Anlage 3

- Aufzuführen ist das gegliederte Programm für die Weiterbildung in **der Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie.**
- Das Weiterbildungsprogramm ist die individuelle Umsetzung der gemäß Richtlinie zum Inhalt der Weiterbildung geforderten Weiterbildungsinhalte in einen konkreten internen Ablaufplan für den Arzt in Weiterbildung in seiner Weiterbildungseinrichtung. Bitte stellen Sie zeitlich und inhaltlich gegliedert dar, welche Weiterbildungsinhalte in welchen Weiterbildungsabschnitten der (beantragten) Weiterbildungszeit unter Ihrer Leitung dem Arzt in Weiterbildung vermittelt werden können.
- Dieses Programm ist dem Weiterzubildenden auszuhändigen.

Weiterbildungsleiter:

Name _____

Weiterbildungsprogramm (Ablauf/Rotationsplanung):

Inhaltliche Gliederung	ggf. Angaben zum Zeitraum, in dem die jeweiligen Inhalte vermittelt werden

_____ _____

Ort/Datum Unterschrift/Stempel

*** Zutreffendes ankreuzen**

Anlage 4

Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	**Handlungskompetenz** Erfahrungen und Fertigkeiten	Kann vermittelt werden*
Übergreifende Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie		
	Situationsangepasste Kommunikation; bei Kindern und Jugendlichen auch unter Nutzung nonverbaler Kommunikationsmittel, z. B. Spiel	
	Einbeziehung der relevanten Bezugspersonen und des sozialen Umfeldes in dem jeweils gewählten Psychotherapieverfahren einschließlich Akuttherapie, interdisziplinäre Kooperation	
Krankheitslehre und Diagnostik		
Psychopathologie und allgemeine psychiatrische und psychosomatische Krankheitslehre unter Berücksichtigung der Altersgruppen, des psychosozialen Kontexts sowie der psychotherapeutischen Aspekte einschließlich		
- psychodynamischer und verhaltenstherapeutischer Konzepte zur Ätiologie und Behandlung		
- Entwicklungspsychologie		
- Lernpsychologie		
- Psychologie der Beziehungen und Systeme		
- Persönlichkeitslehre		
- Neurobiologie		
- Grundlagen von Motivation, Emotion, Kognition, Krankheitsverarbeitung, Bewältigungstrategien und Salutogenese		
Wissenschaftlich anerkannte Psychotherapieverfahren und Psychotherapiemethoden		
Methoden der psychotherapeutischen Anamneseerhebung in den verschiedenen Verfahren und Altersgruppen		
	Psychiatrische, psychosomatische oder kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchungen in Fällen, davon	
	- Anamnese einschließlich psychopathologischer Befunderhebung	

*** Zutreffendes ankreuzen**

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	**Handlungskompetenz** Erfahrungen und Fertigkeiten	Kann vermittelt werden*
	- differentialdiagnostische Einschätzung bezüglich krankheitswertiger psychischer bzw. somatischer/hirnorganischer Störung einschließlich Dokumentation	
	- Indikationsstellung zur Einzelpsychotherapie, zur Gruppenpsychotherapie, zu sozialpsychiatrischen Maßnahmen, zur Psychopharmakotherapie, zur somatischen Abklärung, zu stationärer und/oder rehabilitativer Behandlung	
	Psychiatrisch, psychosomatisch oder kinder- und jugendpsychiatrisch geleitete kasuistisch technische Fallbesprechungen in Doppelstunden	
	Psychotherapeutische Anamnesen in dem jeweils gewählten Verfahren, ENTWEDER psychodynamisch/tiefenpsychologisch ODER verhaltenstherapeutisch	
	- Theorieseminare zur Krankheitslehre und Diagnostik in Stunden	
	- Untersuchungen unter Supervision in Fällen; bei Kindern und Jugendlichen einschließlich Entwicklungs- und Intelligenzuntersuchungen	
	Differentielle Indikationsstellung in den verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren	
Methoden der Psychodiagnostik bezogen auf die verschiedenen Altersgruppen		
Therapie		
Grundlagen der wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren unter Berücksichtigung der Altersgruppen und des psychosozialen Kontexts		
- psychoedukative, systemische und störungsorientierte Methoden und Entspannungsverfahren		
- tiefenpsychologisch/psychodynamische Verfahren und verhaltenstherapeutische Verfahren in Einzel-, Gruppen- und Kombinationsbehandlungen		
Grundlagen der Psychopharmakotherapie		

*** Zutreffendes ankreuzen**

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	**Handlungskompetenz** Erfahrungen und Fertigkeiten	Kann vermittelt werden*
	Durchführung wissenschaftlich anerkannter Psychotherapieverfahren und Methoden, ENTWEDER psychodynamisch/tiefenpsychologisch ODER verhaltenstherapeutisch unter Berücksichtigung psychoedukativer Gesichtspunkte und Psychopharmakotherapie	
	- Theorieseminare in Stunden	
	- Einzelpsychotherapie unter Supervision in dem jeweils gewählten Verfahren einschließlich Akuttherapie mit insgesamt 240 Stunden in Fällen	
	Gruppenpsychotherapie unter Supervision in dem jeweils gewählten Verfahren mit 3 bis 9 Teilnehmern	
	Entspannungsverfahren in Doppelstunden, z. B. Autogenes Training, progressive Muskelentspannung, Achtsamkeitstraining, Hypnose	
	Umgang mit psychischen Krisen einschließlich Einschätzung von Selbst- und Fremdgefährdung, Suizidalität, akuten Belastungsreaktionen, Panikattacken, dissoziativen und psychotischen Zuständen in Fällen	
Selbsterfahrung		
	Selbsterfahrung zur Stärkung personaler und Beziehungskompetenzen, welche im gleichen psychotherapeutischen Verfahren erfolgen muss, in welchem die Psychotherapiestunden geleistet werden	
	ENTWEDER im tiefenpsychologisch/psychodynamischen Verfahren in Einzel- und Gruppenselbsterfahrung in Stunden, davon	
	- in einer kontinuierlichen Gruppe in Doppelstunden	
	- in Einzelselbsterfahrung	
	ODER im verhaltenstherapeutischen Verfahren in Einzel- und Gruppenselbsterfahrung in Stunden, davon	
	- Gruppenselbsterfahrung in Doppelstunden	
	Balintgruppenarbeit oder interaktionsbezogene Fallarbeit in Doppelstunden	

*** Zutreffendes ankreuzen**