**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 zum Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -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: _____

PIA/Hochschulambulanz seit: _____ als: _____

Wenn in MVZ – Leiter des MVZ: _____

*** Zutreffendes ankreuzen**

Verbund/Gemeinsame Ermächtigung zur Weiterbildung ☐ ja ☐ nein *

Wenn ja, mit wem: _____

_____

## B. Berufliche Angaben des Antragstellers

Dienststellung _____ seit _____

Facharztanerkennung _____ seit _____
**(wird von LÄK ausgefüllt)**

_____ seit _____

Teilgebietsanerkennung _____ seit _____
**(wird von LÄK ausgefüllt)**

_____ seit _____

Anerkennung von Zusatzbezeichnungen
**(wird von LÄK ausgefüllt)**

_____ seit _____

_____ seit _____

Liegen abgeschlossene Ausbildungen in anderen Psychotherapieverfahren (z. B. Familientherapie und Gesprächstherapie) vor? Bitte ausführliche Angaben dazu:

_____

_____

Liegt die Anerkennung als Supervisor vor? ☐ ja ☐ nein * seit _____

Wenn nicht, wie ist die Vermittlung der entsprechenden Weiterbildungsinhalte organisiert?

_____

_____

**C.** Bitte fügen Sie bei Erstantragstellung Ihren **Beruflichen Werdegang** stichwortartig als **Anlage 1** bei. (einschließlich der Nachweise zur Erlangung der psychotherapeutischen Inhalte, PT-Verfahren)

## D. Beschreibung der Klinik/Abteilung/vertragsärztliche Versorgung (Niederlassung, MVZ)

**Klinik/Abteilung**

Gesamtzahl der psychiatrischen/psychotherapeutischen Betten _____

Gesamtzahl der teilstationären Behandlungsplätze _____

Psychiatrische Institutsambulanz ☐ ja ☐ nein *

*** Zutreffendes ankreuzen**

Beschreibung des Pflichtversorgungsgebietes:

_____

_____

_____

_____

_____

**Vertragsärztliche Versorgung**

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

Welche anerkannten psychotherapeutischen Verfahren werden angeboten?

- Gruppentherapie ☐ ja ☐ nein *
- Einzeltherapie ☐ ja ☐ nein *
- Elternarbeit ☐ ja ☐ nein *
- _____
- _____
- _____

Welche Abteilungen werden vorgehalten?

_____

_____

_____

_____

_____

_____

## E. Personelle Besetzung der Klinik/Abteilung/vertragsärztliche Versorgung (Niederlassung, MVZ)

**1. Anzahl der Ärzte**

Fachärzte (VK) _____

Fachärzte (TK) _____

Weiterbildungsassistenten (VK) _____

Weiterbildungsassistenten (TK) _____

*** Zutreffendes ankreuzen**

| *davon:* | vollbeschäftigt | teilzeitbeschäftigt |
|---|---|---|
| FÄ für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie | _____ | _____ |
| FÄ für Kinder- und Jugendpsychiatrie | _____ | _____ |
| FÄ für Nervenheilkunde | _____ | _____ |
| FÄ für Psychiatrie und Psychotherapie | _____ | _____ |
| FÄ für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie | _____ | _____ |
| FÄ für Kinder- und Jugendmedizin | _____ | _____ |
| Sonstige FÄ _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

**2. Anzahl der nichtärztlichen Mitarbeiter**

| | | |
|---|---|---|
| Dipl.-Psychologen/M.Sc. Psychologe | _____ | _____ |
| Kinder- und Jugendpsychotherapeuten | _____ | _____ |
| Psychologische Psychotherapeuten | _____ | _____ |
| Nichtärztliche Psychotherapeuten | _____ | _____ |
| Approbierte Psychotherapeuten in WB | _____ | _____ |

**3. Andere Therapeuten**

| | | |
|---|---|---|
| Musik- und Kunsttherapeuten | _____ | _____ |
| Ergotherapeuten | _____ | _____ |
| Logopäden | _____ | _____ |
| Physio- und Mototherapeuten | _____ | _____ |
| Heilpädagogen | _____ | _____ |
| Sozialpädagogen | _____ | _____ |
| Sozialarbeiter | _____ | _____ |
| Sonstige _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

**4. Pflege- und Erziehungsdienst**

| | | |
|---|---|---|
| Gesundheits- und Krankenpfleger | _____ | _____ |
| Kinderkrankenschwestern | _____ | _____ |
| Arzthelferinnen/MFA | _____ | _____ |
| Krankenpflegehelfer | _____ | _____ |

*** Zutreffendes ankreuzen**

| | vollbeschäftigt | teilzeitbeschäftigt |
|---|---|---|
| Erzieher | _____ | _____ |
| **5. Lehrer** | _____ | _____ |

## F. Statistische Angaben **(siehe Teil 2)**

## G. Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz **(siehe Teil 2)**

## I. Weiterbildung

Die Weiterbildung findet in folgenden Abschnitten statt:

1. Weiterbildungscurriculum im Verbund der Kliniken ☐ ja ☐ nein *

2. Weiterbildung am Institut ☐ ja ☐ nein *

3. Eigene Weiterbildung ☐ ja ☐ nein *

Werden für die in der Weiterbildung stehenden Ärzte hausinterne Fortbildungsveranstaltungen abgehalten? (ggf. als Anlage beifügen)

☐ ja ☐ nein *

| Art / Bezeichnung der Veranstaltung | Wochenstunden |
|---|---|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

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

Zeitliche Strukturierung der Weiterbildung (mindestens 6 Monatsabschnitte) mit Zuordnung der jeweils vermittelbaren Inhalte.

*** Zutreffendes ankreuzen**

## M. 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 *

## N. Beantragt werden

Weiterbildungsermächtigung für _____ Monate Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Bisherige Weiterbildungsermächtigung für _____ Monate Kinder- und Jugendpsychiatrie und -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.

*** Zutreffendes ankreuzen**

**Haben Sie beigefügt?**

☐ Beruflicher Werdegang
☐ Weiterbildungsprogramm
☐ Diagnosestatistik
☐ Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz (siehe Teil 2)

## Teil 2

**Zeitraum vom** _____ **bis** _____ (der letzten 12 Monate)

## F. Statistische Angaben

**Klinik/Abteilung**

Fallzahl pro Jahr _____

Mittlere Verweildauer _____

Klinische Konsiliartätigkeit ☐ ja ☐ nein *

Wo _____

Liaisonbehandlung ☐ ja ☐ nein *

Stationsäquivalente Behandlung – Zahl der Plätze _____

**Vertragsärztliche Versorgung**

Durchschnittliche Fallzahl pro Quartal _____

Zahl der Konsultationen pro Quartal _____

Zahl der Hausbesuche pro Quartal _____

Belegbetten ☐ ja ☐ nein * Zahl _____

Wo _____

Stationsäquivalente Behandlung – Zahl der Plätze _____

**Diagnosestatistik** (nach ICD-10; als **Anlage 5** beifügen)

## G. Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz (siehe **Anlage 6**)

_____ _____
Ort/Datum Unterschrift/Stempel

*** Zutreffendes ankreuzen**

## Anlage 3

**Hinweise (gemäß § 5 Abs. 6 WBO):**

- Aufzuführen ist das gegliederte Programm für die Weiterbildung zum **Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –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 6

## Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz

| **Kognitive und Methodenkompetenz**<br>Kenntnisse | **Handlungskompetenz**<br>Erfahrungen und Fertigkeiten | Kann vermittelt werden | Zahlen Einrichtung |
|---|---|---|---|
| **Übergreifende Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie** | | | |
| Wesentliche Gesetze, Verordnungen und Richtlinien | | | |
| Begutachtung im Sozial-, Unterbringungs-, Straf- und Familienrecht | | | |
| | Gefahreneinschätzung, Prävention und Intervention bei körperlicher und psychischer Gewalt bei Kindern und Jugendlichen in der Häuslichkeit und in sozialen Systemen | | |
| | Indikationsstellung und Umsetzung deeskalierender Maßnahmen im Vorrang zu Zwangsmaßnahmen | | |
| **Krankheitslehre und Diagnostik** | | | |
| Entwicklungspsychologie und -psychopathologie | | | |
| | Kinder- und jugendpsychiatrische, -psychosomatische und -psychotherapeutische Anamnese und Befunderhebung, Differentialdiagnostik, Verhaltensbeobachtung und Explorationstechnik unter Beachtung einer diagnostischen Klassifikation und der Einbeziehung symptomatischer Erscheinungsformen sowie familiärer, epidemiologischer, schichtenspezifischer und transkultureller Gesichtspunkte einschließlich standardisierter Diagnostik, insbesondere | | |
| | - Theorie- und Fallseminare zur Krankheitslehre und Diagnostik in Stunden | | |
| | - dokumentierte Erstuntersuchungen einschließlich Konsiliar- oder Liaisonuntersuchungen | | |
| Entstehungsbedingungen, Differentialdiagnostik und Verlaufsformen der psychischen und psychosomatischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter sowie bei Heranwachsenden | | | |

*** Zutreffendes ankreuzen**

| **Kognitive und Methodenkompetenz**<br>Kenntnisse | **Handlungskompetenz**<br>Erfahrungen und Fertigkeiten | Kann vermittelt werden | Zahlen Einrichtung |
|---|---|---|---|
| Theoretische Grundlagen der Psychotherapie in den wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren | | | |
| Neurologische Krankheitsbilder bei Kindern und Jugendlichen einschließlich der Methodik und Technik der neuropädiatrischen Anamneseerhebung und Untersuchung | | | |
| Neuropsychologische Untersuchungs- und Behandlungsmethoden | | | |
| | Indikationsstellung und Befundinterpretation neurophysiologischer Untersuchungen, insbesondere Elektroenzephalographie | | |
| | Indikationsstellung und Befundinterpretation bildgebender Untersuchungen | | |
| | Methodik, Durchführung und Befunderstellung psychologischer Testverfahren in der Entwicklungs-, Leistungs- und Persönlichkeitsdiagnostik | | |
| | Erhebung des psychopathologischen Befundes | | |
| **Behandlung psychischer und psychosomatischer Störungen im Kindes- und Jugendalter** | | | |
| | Behandlung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung | | |
| Technik der Behandlung durch Spezialtherapeuten, z. B. Ergotherapeuten, Heilpädagogen, Sprach-, Bewegungs- und Kreativtherapeuten | | | |
| | Indikationsstellung zu spezialtherapeutischen Therapien | | |
| | Anleitung eines multiprofessionellen Teams | | |
| | Behandlung psychischer und psychosomatischer Störungen einschließlich der Definition von Behandlungszielen, der Indikationsstellung für verschiedene Behandlungsmethoden, der Anwendungstechnik und Erfolgskontrolle sowie der Festlegung eines Behandlungsplans unter Einbeziehung der Bezugspersonen, davon | | |
| | - Theorie- und Fallseminare zur störungsspezifischen Behandlung einschließlich Psychotherapie in Stunden | | |
| | - Behandlungsfälle unter Supervision | | |

*** Zutreffendes ankreuzen**

| **Kognitive und Methodenkompetenz**<br>Kenntnisse | **Handlungskompetenz**<br>Erfahrungen und Fertigkeiten | Kann vermittelt werden | Zahlen Einrichtung |
|---|---|---|---|
| | Verhaltensmodifikationen von Bezugspersonen durch Psychoedukation und fokussierte störungsspezifische Psychotherapie | | |
| | Sozialpsychiatrische Behandlung komplexer kinder- und jugendpsychiatrischer Fallkonstellationen in Zusammenarbeit mit Jugendhilfe, Sozialhilfe und Schule sowie Gremienarbeit im Sozialraum und Case Management | | |
| | Behandlung mit wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren und -methoden sowie -techniken, davon | | |
| | - Kurzzeittherapien und Langzeittherapien gemäß Psychotherapie-Vereinbarung im jeweiligen Verfahren in Einzel-Psychotherapiesitzungen unter Supervision und unter Einbeziehung der Bezugspersonen in Stunden | | |
| | - Gruppen-Psychotherapien bei Kindern oder Jugendlichen mit 3 bis 9 Teilnehmern (bei mehr als 9 Teilnehmern mit 2 Therapeuten) unter Supervision in Stunden sowie begleitende Gruppen-Psychotherapie von Bezugspersonen | | |
| | Übende und suggestive Techniken, z. B. Autogenes Training, Jacobson-Entspannungsverfahren, Hypnose, Skills-Training | | |
| | Somato- und Pharmakotherapie kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen einschließlich der Berücksichtigung der Rahmenbedingungen und Complianceförderung | | |
| **Notfälle** | | | |
| | Kriseninterventionen und Fokaltherapie bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter | | |
| **Suchtmedizinische (Grund-)Versorgung** | | | |
| Jugendspezifische Konsumgewohnheiten und Risikokonstellationen von riskantem Konsumverhalten, Pharmakologie suchterzeugender Stoffe | | | |
| Entzugs- und Substitutionsbehandlung | | | |

*** Zutreffendes ankreuzen**

| **Kognitive und Methodenkompetenz**<br>Kenntnisse | **Handlungskompetenz**<br>Erfahrungen und Fertigkeiten | Kann vermittelt werden | Zahlen Einrichtung |
|---|---|---|---|
| | Anamneseerhebung bei Patienten mit substanzabhängigen und substanzunabhängigen Abhängigkeitserkrankungen einschließlich Fallvorstellungen zur Behandlungsplanung | | |
| Suchtspezifische Behandlung und Rehabilitation | | | |
| | Behandlung von Patienten mit Suchtproblemen unter Berücksichtigung ihres sozialen Umfeldes und Komorbidität, Fälle mit mindestens 5 Behandlungsstunden ggf. einschließlich der Beratung von Bezugspersonen, davon | | |
| | - dokumentierte Fälle mit jeweils mindestens 5 Sitzungen | | |
| **Prävention und Rehabilitation** | | | |
| Früherkennung, Krankheitsverhütung, Rückfallverhütung und Verhütung unerwünschter Therapieeffekte | | | |
| | Indikationsstellung und Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen | | |
| **Selbsterfahrung** | | | |
| | Personale Kompetenzen oder Beziehungskompetenzen durch Einzel- und Gruppenselbsterfahrung in Stunden | | |
| | Balintgruppenarbeit oder interaktionsbezogene Fallarbeit in Stunden | | |

Können die allgemeinen Inhalte der Weiterbildung (siehe WBO Abschnitt B, Seite 22 - 23) im Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie vermittelt werden? ☐ ja ☐ nein *

*** Zutreffendes ankreuzen**