

Erhebungsbogen zum Antrag
auf Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis im Gebiet

Psychosomatische Medizin und Psychotherapie¹

A. UMFANG DER BEFUGNIS

I. Zeitlicher Umfang (gem. Fachliche Empfehlungen, Pkt. II, Nr. 1)

Beantragt wird die Befugnis zur Weiterbildung

- im vollen zeitlichen Umfang von 3 Jahren ²
- im eingeschränkten zeitlichen Umfang von _____ (Angabe in Monaten)
für die Durchführung der Langzeittherapie im ambulanten Bereich ³

II. Berufsbegleitender Weiterbildungsteil (gem. Fachliche Empfehlungen, Pkt. II, Nr. 2)

- Supervision von Behandlungen
- Selbsterfahrung

bezogen auf die Grundorientierung: TP VT

¹ Ein Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, der eine Befugnis zur Weiterbildung erhalten hat, ist automatisch auch befugt für die ZWB Psychotherapie-fachgebunden und den berufsbegleitenden Psychotherapie teil des Gebietes. Ebenso ist die Befugnis anwendbar auf den berufsbegleitenden Teil der Weiterbildung im Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie.

² Eine volle Weiterbildungsbefugnis im Gebiet erfordert eine Mindestzahl von 200 Patienten pro Jahr aus dem gesamten Krankheitsspektrum des Gebietes. Eine volle Weiterbildungsbefugnis kommt deshalb am ehesten als sogenannte kumulative Befugnis für mehrere Ärzte/Ärztinnen, die im Verbund eine Weiterbildung in Psychotherapeutischer Weiterbildung anbieten, in Frage. Zur Durchführung der Weiterbildung sind für den/die in Weiterbildung befindlichen Arzt/Ärztin 20 bis 25 Psychotherapiesitzungen pro Woche notwendig.

³ In der Einzelpraxis mit dafür ausreichender Zahl an Behandlungsfällen kann die Durchführung von Langzeittherapie und bis zu 20 diagnostische Untersuchungen durch einen/eine zur Weiterbildung befugten Arzt/Ärztin vermittelt werden (Teilbefugnis). Beantragt werden kann eine maximal 18-monatige Befugnis.

B. ANGABEN ZUR PERSON:

Name: _____ Vorname: _____ geb. am: _____

Praxis- oder Klinikanschrift _____ Tel. _____

E-Mail: _____

Kassenarztnummer: _____

Privatanschrift: _____

Anerkennung als Facharzt / Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin resp.
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie seit: _____

ggf. weitere Anerkennungen (gemäß Weiterbildungsordnung):

_____ seit: _____
_____ seit: _____
_____ seit: _____

niedergelassen in Voll- Teilzeittätigkeit als:

Facharzt / Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin resp. Psychosomatische
Medizin und Psychotherapie

seit: _____ (Datum der Niederlassung) ZUVOR als _____

seit: _____ (Datum der Niederlassung)

Name der anerkannten Einrichtung (Weiterbildungsinstitut) in der die
theoretische Weiterbildung stattfindet:

Bitte fügen Sie dem Antrag als gesonderte Anlage bei:

1. einen Nachweis über die Mitarbeit an einer Weiterbildungsstätte oder an einer von der Ärztekammer zugelassenen Weiterbildungseinrichtung nach Erwerb der Gebietsbezeichnung als **Dozent** (mindestens drei Jahre) oder eine entsprechende Tätigkeit an einer vergleichbaren Einrichtung;
2. einen Nachweis über die **gegenwärtige Mitarbeit** an einer von der Ärztekammer Hamburg zugelassenen Weiterbildungseinrichtung, für die der Antrag gestellt wird;
3. einen Nachweis über eine regelmäßige und überwiegende Tätigkeit im beantragten Gebiet nach Abschluss der Weiterbildung mindestens über einen Zeitraum, der als Mindestweiterbildungszeit in der Weiterbildungsordnung vorgeschrieben ist;

Waren Sie bereits zu einem früheren Zeitpunkt für die beantragte Qualifikation
zur Weiterbildung befugt?

Ja / Nein

Falls Ja, bitte angeben:

Weiterbildungsstätte _____

Zeitraum von _____ bis _____

zeitlicher Umfang _____ Monate

C. ANGABEN ZUR PRAXIS:

1. Praxisform

- Einzelpraxis
- Gemeinschaftspraxis
Anzahl der Partner und Nennung der Namen _____
- Praxisgemeinschaft
Anzahl der Partner und Nennung der Namen _____
- Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)⁴
Anzahl der Partner und Nennung der Namen _____
- ggf. andere Formen der gemeinsamen Praxisausübung
z.B. Praxisnetz, Partnerschaftsgesellschaft

2. Räumliche Ausstattung

Größe der Praxis in m²: _____
 Gesamtzahl der Räume: _____
 davon: _____ Behandlungsräume
 _____ Funktionsräume
 _____ sonstige Räume

Arbeits-/Untersuchungszimmer für WB-Assistenten Ja / Nein

3. Personelle Ausstattung (Bitte Anzahl angeben)

a) Ärztinnen / Ärzte davon Fachärzte

davon **davon**
Vollzeit / Teilzeit Vollzeit / Teilzeit
 _____/_____ _____/_____

b) Medizinisches Assistenzpersonal

	Medizinische Fachangestellte	MTA / MTRA	Kranken-Schwestern	Sonstige
Vollzeit:				
Teilzeit:				

4. Umfang der Patientenversorgung

Durchschnittliche Fallzahl pro Quartal:

DER GEMEINSCHAFTSPRAXIS **DER EINZELPRAXIS**
 Kassenpatienten: _____ Kassenpatienten: _____
 Privatpatienten: _____ Privatpatienten : _____

davon
 des/der Antragsteller/-stellerin
 Kassenpatienten: _____
 Privatpatienten: _____

⁴ Bei der Tätigkeit in einem MVZ muss sichergestellt werden, dass der zur Weiterbildung befugte Arzt in jedem Fall weisungsbefugt gegenüber dem Weiterbildungsassistenten ist. Bitte fügen Sie diesem Antrag eine entsprechende Bestätigung als gesonderte ANLAGE bei.

5. Angaben zum Leistungsumfang der Praxis

Bitte fügen Sie dem Antragsformular folgende Unterlagen bei:

- ◆ Aktuelle Einzelleistungsstatistik der Honorarabrechnung der Kassenärztlichen Vereinigung und ggf. privatärztliche Abrechnungen zum Nachweis einer mindestens dreijährigen ständigen Tätigkeit in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder Verhaltenstherapie in der Praxis
- ◆ Wochenstundenpläne, aus denen der Umfang von Erstuntersuchungen, Kurztherapien, Langzeittherapien / Verhaltenstherapien sowie ggf. analytischen Psychotherapien oder Verhaltenstherapien hervorgeht.

6. Fachliche Schwerpunkte des/der Antragstellers/-stellerin

Bitte detaillierte Angaben als ANLAGE 1 vermerken

7. Möglichkeiten zur Fachinformation

Bitte genaue Aufstellung auf ANLAGE 2 vermerken

D. PERSÖNLICHE UND FACHLICHE EIGNUNG:

8. Lehrtätigkeit in Aus-, Weiter- und Fortbildung in den letzten 5 Jahren

- Nein
- Ja (welche:)

9. Wissenschaftlichen Studien in den letzten 5 Jahren:

- Nein
- Ja (welche:)

10. Fortbildungsnachweis der letzten 2 Jahre:

Bitte Punktekontoauszug der Fortbildungsakademie als gesonderte Anlage beifügen.

11. Teilnahme an Qualitätszirkeln einschließlich Intervisions- und Balintgruppen:

- Nein
 Ja (welche:)

12. Beruflichen Werdegang

Bitte als ANLAGE 3 beifügen.

13. Strukturierter Weiterbildungsplan

Bitte als gesonderte ANLAGE beifügen.

E. BELEGARZTTÄTIGKEIT / KONSILIARTÄTIGKEIT / HEIMARZTTÄTIGKEIT:

- Nein
 Ja

Name des Krankenhauses / des Heimes:

_____ Bettenzahl
_____ Behandlungsfälle pro Jahr
_____ Zeitlicher Umfang der beleg-/ konsiliarärztlichen Tätigkeit
(Bitte Prozentsatz der Gesamtarbeitszeit angeben)

ERMÄCHTIGUNG FÜR DIE BERUFGENOSSENSCHAFT:

- Nein
 Ja

Hamburg, den: _____

Unterschrift/Stempel
des/derAntragstellers/-stellerin

ANLAGE 1

Detaillierte Angaben zu den fachlichen Schwerpunkten des/der Antragstellers/-stellerin

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

Unterschrift/Stempel
des/derAntragstellers/-stellerin

ANLAGE 2

Möglichkeiten zur Fachinformation

Angaben zur Handbibliothek:

- Fachbücher des Gebietes ¹¹
- Fachzeitschriften des Gebietes

Angaben zur Bibliothek:

Ihre Angaben beziehen sich auf

- Online-Medien
- vor Ort einsehbare Medien

Fachzeitschriften des Gebietes, und zwar

International anerkannte Fachzeitschrift: _____

Fachbücher des Gebietes, und zwar

Zugang zu Datennetzen:

- Ja
- Nein

Unterschrift/Stempel
des/derAntragstellers/-stellerin

¹¹ Beschränkung auf wichtige Handbücher des Gebietes / summarische Auflistung

ANLAGE 3

Beruflicher Werdegang

1. Ärztliche Ausbildung

2. AiP-Ausbildung

3. Fachärztliche Weiterbildung

4. Zusatzqualifizierungen

5. Ärztliche Tätigkeiten im Ausland

6. Forschung und Lehre
(ggf. Liste der Publikationen beifügen)

Unterschrift/Stempel
des/derAntragstellers/-stellerin