

## **KRITERIEN**

### **für die Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis**

### **Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie**

---

Der Vorstand der Ärztekammer Hamburg hat die nachstehenden Kriterien für die Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis beschlossen:

#### **28. Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie**

#### **FACHÄRZT:IN FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE**

**60 Monate** Psychiatrie und Psychotherapie unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon müssen

- 12 Monate in Neurologie und
- 24 Monate in der stationären Patientenversorgung abgeleistet werden.
- Bis zu 12 Monate Weiterbildung zum Kompetenzerwerb können in Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und/oder im Schwerpunkt Forensische Psychiatrie erfolgen.

- Voraussetzung für die Zulassung zur Weiterbildungsprüfung ist das Erfüllen der Mindestweiterbildungszeit sowie der Nachweis der geforderten Kompetenzen nebst Richtzahlen. Die Weiterzubildenden haben die Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungsinhalte gemäß § 8 Abs. 1 i.V.m. § 2a Nr. 8 WBO im elektronischen Logbuch kontinuierlich zu dokumentieren. Die Dokumentation ist Teil der Weiterbildung. Hierzu ist mindestens einmal jährlich die Bestätigung des Weiterbildungsstandes durch die:den zur Weiterbildung befugte:n Ärzt:in erforderlich (§ 8 Abs. 1 WBO).
- Die Dokumentation der Gespräche gemäß § 5 Abs. 3 Satz 2 WBO erfolgt ebenfalls im elektronischen Logbuch.
- Den Weiterzubildenden muss ein gegliedertes Programm für die Facharzt-/Schwerpunkt- sowie Zusatz-Weiterbildung (sog. Weiterbildungsplan) ausgehändigt werden (§ 5 Abs. 6 WBO).

Für den Umfang der zu erteilenden Befugnis ist maßgebend, inwieweit die an Inhalt, Ablauf und Zielsetzung der Weiterbildung gestellten Anforderungen durch die:den befugte:n Ärzt:in unter Berücksichtigung des Versorgungsauftrages, der Leistungsstatistik sowie der personellen und materiellen Ausstattung der

Weiterbildungsstätte erfüllt werden können, vergl. § 5 Abs. 5 WBO. Je nach Umfang der zu vermittelnden Kompetenzen werden die Befugnisse zeitlich und inhaltlich abgestuft erteilt.

Darüber hinaus gelten für die Beurteilung eines Antrags auf Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis die nachstehenden allgemeinen Befugnis-kriterien.

- Die:der Antragsteller:in muss fachlich und persönlich geeignet sein und eine mindestens 2-jährige Tätigkeit nach Abschluss der entsprechenden Weiterbildung nachweisen (§ 5 Abs. 2 WBO).
- Veränderungen in Struktur und Größe der Ausbildungsstätte sind der Ärztekammer unverzüglich anzuzeigen. Der Umfang der Befugnis ist an Veränderungen anzupassen (§ 5 Abs. 5 WBO).

Bezogen auf die Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis wurden die nachstehenden Befugnis-kriterien erarbeitet. Grundlage sind die in der WBO genannten WB-Blöcke mit unterschiedlichen Kompetenzen in den nachstehend genannten Kompetenzebenen und Richtzahlen (soweit vorgesehen) bzw. Richtzahl-Komplexen:

<p><b>Kognitive und Methodenkompetenz</b> = Inhalt systematisch einordnen und erklären können <b>Handlungskompetenz</b> = Inhalt selbstverantwortlich durchführen können</p>
--

Je nach Befugnisumfang sind die wesentlichen Kompetenzen nebst Richtzahlen und Angaben zur jeweiligen Nachweisform in der Tabelle im Anhang gekennzeichnet.

Die an einer Ausbildungsstätte erbrachten Untersuchungszahlen können in Relation zur Anzahl der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung gesetzt werden.

$$\frac{\text{Leistungszahl des Befugten/Jahr}}{\text{Anzahl der Weiterzubildenden}} = \text{erbrachte Leistungszahl/Jahr/Weiterzubildende}$$

Anerkennungsrelevante Leistungszahl = Erbrachte Leistungszahl des Befugten/Jahr/Weiterzubilden

Es gelten zudem folgende Mindest-Kriterien (unter Berücksichtigung einer zulässigen Toleranz +/- 10% je Fallzahl im klinischen Bereich und von +/- 20% im ambulanten Bereich):

Für die Bestimmung ihres zeitlichen Umfangs ist – bezogen auf die spezifischen Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Psychiatrie und Psychotherapie – der Nachweis folgender Kompetenz-Nummern erforderlich:

**Für den klinischen Bereich:**

Monate	Fallzahl pro Jahr	Anzahl der nachzuweisenden Kompetenzen	Folgende Handlungskompetenzen müssen nachgewiesen werden
48	2000	54 bis 50	H1 bis H34
36	1000	49 bis 40	26 aus H1 bis H34
24	500	39 bis 35	17 aus H1 bis H34
18	250	34 bis 30	14 aus H1 bis H34
12	90	29 bis 25	9 aus H1 bis H34
6	<90	24 bis 20	5 aus H1 bis H34

**Für den ambulanten Bereich:**

Monate	Fallzahl pro Quartal	Anzahl der mindestens nachzuweisenden Handlungskompetenzen	Folgende Handlungskompetenzen. müssen nachgewiesen werden
24	1050	22 bis 20	4, 5, 13, 15, 18, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 35, 37, 38, 41, 42, 44, 47, 48, 52, 57, (54)
18	900	18	
12	700	12	.
6	500	6	

Reine Schwerpunktpraxen sowie Praxen mit Sonderzulassungen können maximal im Umfang von 12 Monaten befugt werden. Auf der Grundlage von § 5 Abs. 5 WBO kann die Ärztekammer Hamburg im Rahmen einer Einzelfallprüfung einen anderen zeitlichen Umfang festlegen.

Es gelten zudem folgende **Mindest-Kriterien für die spezifischen Inhalte der Facharztweiterbildung Psychiatrie und Psychotherapie.**

Bezogen auf die Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis wurden die nachstehenden Befugnis-kriterien erarbeitet. Grundlage sind die in der WBO genannten WB-Blöcke mit unterschiedlichen Kompetenzen in den nachstehend genannten Kompetenzebenen und Richtzahlen (soweit vorgesehen) bzw. Richtzahl-Komplexen:

**Kognitive und Methodenkompetenz** = Inhalt systematisch einordnen und erklären können  
**Handlungskompetenz** = Inhalt selbstverantwortlich durchführen können

### **Grundsätze zum Beantragungsverfahren:**

Anträge auf Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis sind an die Ärztekammer Hamburg zu richten. Der Antragsprüfung liegt das entsprechende Antragsformular nebst Anlagen zugrunde.

Der Weiterbildungsausschuss befasst sich mit Anträgen auf Erteilung einer Befugnis und erarbeitet eine Beschlussempfehlung für den Vorstand der Ärztekammer Hamburg. (Im Falle einer positiven Empfehlung des Weiterbildungsausschusses, beschließt der Vorstand über die Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis). Dieses Verfahren nimmt erfahrungsgemäß eine Zeit von ca. 12 Wochen in Anspruch.

Weiterbildungsbefugnisse werden gemäß § 5 Abs. 2 WBO 20 grundsätzlich zeitlich befristet erteilt. Sie können jederzeit von der Ärztekammer überprüft werden. Entsprechend einem Grundsatzbeschluss des Vorstandes der Ärztekammer erfolgt eine Erstüberprüfung nach einem Jahr und im weiteren Verlauf alle fünf Jahre.

Ändern sich in den Fällen des § 5 Abs. 5 WBO 20 die für die Erteilung der Weiterbildungsbefugnis maßgebend gewesenen Voraussetzungen, so ist der zeitliche Umfang der Weiterbildungsbefugnis den geänderten Verhältnissen anzupassen. **Die:der befugte Ärzt:in ist verpflichtet, der Ärztekammer Änderungen in der Struktur und Größe der Weiterbildungsstätte unverzüglich mitzuteilen.**

### **HINWEIS**

Gemäß der Gebührenordnung der Ärztekammer Hamburg vom 12.09.2018 in der derzeit geltenden Fassung, gilt entsprechend Ziffer 2.4 der Anlage zu § 2 Absatz 2 – Gebührenverzeichnis –, dass für die Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis die nachstehenden Gebühren zu entrichten sind:

Antrag auf Weiterbildungsbefugnis	Gebühr
je Antragsteller und Antrag/Anhebungsantrag	150 Euro
Begehung zusätzlich, nach Anzahl der an der Begehung beteiligten Personen	100 bis 450 Euro
je Antragsteller auf Überprüfung des Fortbestehens	100 Euro
Neuerteilung bei Wechsel der Weiterbildungsstätte je Antrag	35 Euro

WB-Abteilung, Beschluss vom 13.05.2024

# ANHANG

zum Antrag auf Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis

## Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie

Grundorientierung der Weiterbildungsstätte:  Tiefenpsychologie |  Verhaltenstherapie |  Systemische Therapie

Angaben zur Person der:des Antragsteller:in:

Titel, Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Dat.: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Geschlecht: männlich  weiblich  divers

Weiterbildungsstätte:  Klinik |  Praxis |  MVZ

Straße, PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon | E-Mail: \_\_\_\_\_  
dienstlich mobil E-Mail

Haupttätigkeit: \_\_\_\_\_ Std./Woche \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

weitere Tätigkeiten | Std./Woche (z.B. weitere Chefarztstätigkeit, MVZ, Niederlassung etc.):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ich versichere die Richtigkeit der nachfolgenden Angaben

Unterschrift/Stempel Antragsteller:in

Datum: \_\_\_\_\_

**Hinweis zu Ihren nachfolgenden Angaben zu den von Ihnen vermittelten Weiterbildungsinhalten/Richtzahlen:**

Neben Ihrer Selbstauskunft bitten wir Sie für den stationären Bereich um Vorlage einer ICD-10 Statistik (einschließlich Haupt- und Nebendiagnosen) und eines Qualitätsberichtes sowie für den ambulanten Bereich um Vorlage einer aktuellen GOP-Statistik der Kassenärztlichen Vereinigung resp. einer GOÄ-Statistik.

**Folgende Weiterbildungsinhalte/Richtzahlen werden von mir/uns vermittelt**

Kompetenz-Nummer	Kompetenz-Ebene KM <sup>1</sup> / H <sup>2</sup>	WB-Block (Modul)	RZ gem. WBO	JA	NEIN	Leistungszahl im o.g. Berichtszeitraum	Nachweis durch
		<b>1 Übergreifende Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Psychiatrie und Psychotherapie</b>					
1	KM	Wesentliche Gesetze, Verordnungen und Richtlinien		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
2	KM	Grundlagen hereditärer Krankheitsbilder		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
3	H1	Deeskalierende Maßnahmen im Vorrang zu Zwangsmaßnahmen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
4	H2	Wissenschaftlich begründete Gutachtenerstellung	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	Verbindliche Selbstauskunft siehe gesonderte Anlage Seite 8
5	H3	Indikationsstellung für eine humangenetische Beratung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
		<b>2 Psychiatrische Krankheitslehre und Diagnostik</b>					
6	KM	Allgemeine und spezielle Psychopathologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
7	KM	Grundlagen der Diagnostik und Therapie psychischer Erkrankungen und Störungen unter Einbeziehung biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
8	KM	Somatische, insbesondere neurobiologische, soziale und psychologische Grundlagen und Differentialdiagnostik sowie Verlauf psychischer Erkrankungen und Störungen einschließlich Transitionsphasen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
9	KM	Grundlagen der Psychotherapie in den wissenschaftlich anerkannten Verfahren, insbesondere der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, der Verhaltenstherapie, der systemischen Therapie sowie der Neuropsychologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft

<sup>1</sup> **Kognitive und Methodenkompetenz:** Inhalt systematisch einordnen und erklären können

<sup>2</sup> **Handlungskompetenz:** Inhalt selbstverantwortlich durchführen können

Kompetenz- Nummer	Kompetenz- Ebene KM <sup>1</sup> / H <sup>2</sup>	WB-Block (Modul)	RZ gem. WBO	JA	NEIN	Leistungszahl im o.g. Berichtszeitraum	Nachweis durch
10	KM	Grundlagen der somatischen und psychotherapeutischen Behandlung in der forensischen Psychiatrie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
11	KM	Psychodiagnostische Testverfahren, neuropsychologische und neurophysiologische Untersuchungs- und Behandlungsmethoden		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
12	KM	Grundlagen der neuropsychiatrischen Differentialdiagnostik und der klinisch-neurologischen Diagnostik		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
13	H4	Psychiatrische und psychotherapeutische Anamnese- und Befunderhebung unter Einbeziehung familiärer, psychosozialer, altersspezifischer, epidemiologischer und transkultureller sowie kultur- und wertorientierter Gesichtspunkte einschließlich der Anwendung standardisierter Verfahren sowie Fremd- und Selbstbeurteilungsskalen, davon		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
13.1.		<ul style="list-style-type: none"> <li>dokumentierte Erstuntersuchungen</li> </ul>	60	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	Verbindliche Selbstauskunft siehe gesonderte Anlage Seite 8
14	H5	Indikationsstellung und Befundinterpretation von elektro-physiologischen Methoden, z. B. Elektroenzephalographie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
15	H6	Indikationsstellung und Befundinterpretation bildgebender Verfahren, z. B. kraniale Computertomographie, Kernspin- und Positronen-Emissions-Tomographie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
16	H7	Lumbalpunktionen einschließlich der Interpretation von Liquordiagnostik		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
17	H8	Psychiatrische und psychotherapeutische Konsiliar- und/oder Liaisondienste, davon		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft siehe gesonderte Anlage, Seite 10
17.1.		<ul style="list-style-type: none"> <li>dokumentierte Fälle</li> </ul>	40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	Verbindliche Selbstauskunft
18	H9	Diagnostik von psychischen Erkrankungen und Störungen im Alter unter Berücksichtigung von Multimorbidität und Einbeziehung des psychosozialen Umfeldes		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft

		<b>3 Behandlung psychischer Erkrankungen und Störungen</b>					
19	KM	Psychische Erkrankungen und Störungen im Kindes- und Jugendalter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
20	KM	Technik der Behandlung durch Spezialtherapeuten, z. B. Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Heilpädagogen, Sprach-, Bewegungs- und Kreativtherapeuten		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
21	KM	Spezielle Versorgungsformen, z. B. Home Treatment, Akutbehandlung im häuslichen Umfeld, Interventionen in den Bereichen Wohnen und Arbeit		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
22	KM	Grundlagen der Psychopharmakologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
23	KM	Somatische Therapieverfahren, z. B. Lichttherapie, Stimulationsverfahren, Schlafphasenverschiebung und Wachtherapie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
24	KM	Grundlagen der psychosozialen Therapien		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
25	KM	Grundlagen der Palliativmedizin		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
26	H10	Angehörigenarbeit und trialogische Arbeit		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
27	H11	Einleitung von Maßnahmen zur Wiederherstellung der Selbstständigkeit und Minderung der Pflegebedürftigkeit, zur Sicherung der Geschäftsfähigkeit sowie Einleitung von Vorsorgevollmacht, Betreuung und Pflege		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
28	H12	Psychiatrische und psychotherapeutische Therapie von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Störungen mittels bio-psycho-sozialem Behandlungsansatz unter Berücksichtigung der Transitionsphasen, davon		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
28.1.		<ul style="list-style-type: none"> <li>dokumentierte Fälle</li> </ul>	300	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	Verbindliche Selbstauskunft siehe gesonderte Anlage Seite 8
29	H13	Therapie von Traumafolgestörungen mittels wissenschaftlich anerkannten Verfahren bei Patient:innen	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	Verbindliche Selbstauskunft siehe gesonderte Anlage Seite 8

30	H14	Einleitung und Überwachung von ergotherapeutischen, sport- und bewegungstherapeutischen und kreativtherapeutischen Maßnahmen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
31	H15	Mitbehandlung von Folgen psychischer Erkrankungen und Störungen auf somatische Funktionen sowie Behandlung von Folgen somatischer Erkrankungen auf psychische Funktionen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
32	H16	Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Störungen aufgrund von Störungen der Schlaf-Wach-Regulation, der Schmerzwahrnehmung und der Sexualentwicklung und -funktionen einschließlich Störungen der sexuellen Identität		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
33	H17	Psychopharmakotherapie einschließlich Drugmonitoring, der Erkennung und Verhütung unerwünschter Therapieeffekte sowie der Probleme der Mehrfachverordnung und Risiken des Arzneimittelgebrauchs unter Einbeziehung rechtlicher, ökonomischer und ethischer Fragen einschließlich der Besonderheiten der Pharmakologie im Alter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
34	H18	Mitwirkung bei Elektrokonvulsionstherapie (EKT) und anderen Hirnstimulationsverfahren		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
35	H19	Therapie von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Störungen im Alter unter Berücksichtigung von Multimorbidität, Polypharmazie und Einbeziehung des psychosozialen Umfeldes		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
36	H20	Entspannungsverfahren, z. B. autogenes Training, progressive Muskelrelaxation, Hypnose					Verbindliche Selbstauskunft siehe gesonderte Anlage, Seite 8
37	H21	Anwendung supportiver und psychoedukativer Methoden		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
38	H22	Psychiatrisch-psychotherapeutische Gesprächsführung und Beziehungsgestaltung unter Berücksichtigung von Syndrom und Krankheitsstadium, der eingeschränkten kognitiven und affektiven Wahrnehmungsfähigkeit und Introspektionsfähigkeit des Patienten		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
39	H23	Psychotherapeutische evidenzbasierte Kurzinterventionen (Techniken), die aus den wissenschaftlichen anerkannten Therapieverfahren und -methoden hergeleitet sind, in Therapieeinheiten in vier Sitzungen á mindestens 20 Minuten		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
40	H24	Gruppenpsychotherapie in der gewählten Grundorientierung mit 3 bis 9 Teilnehmern unter Supervision in Stunden	120	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	Verbindliche Selbstauskunft siehe gesonderte Anlage Seite 10

41	H25	Koordination der sozialpsychiatrischen Behandlung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
42	H26	Behandlung psychischer Erkrankungen und Störungen bei Menschen mit Behinderung und mit Intelligenzminderung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
		<b>4</b> <b>Suchtmedizinische (Grund-)Versorgung</b>					
43	KM	Suchthilfesystem, z.B. Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
44	H27	Entzugs- und Substitutionsbehandlung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
45	H28	Krisenintervention und suchtmedizinische Notfälle		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
46	H29	Qualifizierte Entzugsbehandlung aller stoffgebundenen Süchte, insbesondere Alkohol, Medikamente, Nikotin und illegale Drogen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
47	H30	Anamneseerhebung bei Menschen mit substanzabhängigen und substanzunabhängigen Abhängigkeitserkrankungen einschließlich der Berücksichtigung der Motivationsentwicklung und des sozialen Umfeldes, davon		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
47.1.		• dokumentierte Fälle	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	Verbindliche Selbstauskunft siehe gesonderte Anlage Seite 8
48	H31	Suchtmedizinische Behandlung und Beratung von Menschen mit krankhaftem stoffgebundenen und nicht stoffgebundenen Suchtverhalten mit Anwendung von somatotherapeutischen und psychotherapeutischen Verfahren einschließlich der motivierenden Gesprächsführung, davon		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
48.1.		• dokumentierte Fälle mit jeweils mindestens 5 Sitzungen	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	Verbindliche Selbstauskunft siehe gesonderte Anlage Seite 8
		<b>5</b> <b>Prävention und Rehabilitation</b>					
49	KM	Klassifikationsmodelle der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Störungen, z. B. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
50	KM	Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention bei psychischen Erkrankungen und Störungen einschließlich		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft

		Suchterkrankungen, auch bei Ko- und Multimorbidität mit somatischen Krankheiten					
51	KM	Primärprävention psychischer Störungen in Familien mit psychisch kranken Eltern		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
52	H32	Beratung, Koordination, Begleitung und Einleitung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen zur Teilhabe an allen Lebensbereichen einschließlich Suchterkrankungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
53	H33	Befunderstellung für Rehabilitationsanträge		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
		<b>6 Notfälle</b>					
54	H34	Krisenintervention bei Suizidalität, Intoxikation, Delir, maniformen Syndromen, katatonen Syndromen, akuten Angstzuständen, dissoziativen Syndromen und anderen Notfällen bei Menschen mit psychischen Erkrankungen und Störungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft

Unterschrift/Stempel Antragsteller:in

\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Diese Seite ist personenbezogen auszufüllen!

**Name, Vorname Antragsteller:in:** \_\_\_\_\_

**GRUNDORIENTIERUNG:**

Tiefenpsychologie |  Verhaltenstherapie |  Systemische Therapie

**Folgende Bausteine werden an der Weiterbildungsstätte angeboten:**

**ENTSPANNUNGSVERFAHREN**

Autogenes Training |  Hypnose |  Progressive Muskelrelaxation

**INTERAKTIONSBEZOGENE FALLARBEIT | BALINTGRUPPENARBEIT**

35 Doppelstunden Interaktionsbezogene Fallarbeit

35 Doppelstunden Balintgruppenarbeit

Näheres dazu regelt die Befugnisrichtlinie für die Interaktionsbezogene Fallarbeit | Balintgruppenarbeit

**Selbsterfahrung (gemäß Befugnis Kriterien für den psychotherapeutischen Teil)**

Hinweis: Besteht zwischen dem Befugten und dem Weiterzubildenden ein direktes Verhältnis zur Weisungsbefugnis, ist die Anleitung zur Selbsterfahrung ausgeschlossen.

Gruppenselbsterfahrung

Einzelselbsterfahrung

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift/Stempel Antragsteller:in  _____
--

Diese Seite ist personenbezogen auszufüllen!

Name, Vorname Antragsteller:in: \_\_\_\_\_

Gutachten (HK 3)	Anzahl/Jahr
Institutionen	
Gerichte (Sozial-, Zivil- und Strafrecht)	
Betreuungsgutachten	
Versicherungen (BG-Gutachten)	
Rententräger	
Agentur für Arbeit	
Privatgutachten (z.B. Fahrtauglichkeit)	
Sonstige (bitte näher erläutern)	

HK-Nr.		Anzahl respektive Std/Jahr
13.1	Psychiatrische und psychotherapeutische dokumentierte Erstuntersuchungen	
17.1	Psychiatrische und psychotherapeutische Konsiliar- und/oder Liaisondienste dokumentierte Fälle	
28.1	Psychiatrische und psychotherapeutische Therapie dokumentierte Fälle	
29	Therapie von Traumafolgestörungen mittels wissenschaftlich anerkannten Verfahren	
40	Gruppenpsychotherapie in der gewählten Grundorientierung mit 3 bis 9 Teilnehmer:innen unter Supervision in Stunden	
47.1	Anamneseerhebung bei Menschen mit substanzabhängigen und substanzunabhängigen Abhängigkeitserkrankungen dokumentierte Fälle	
48.1	Anamneseerhebung bei Menschen mit substanzabhängigen und substanzunabhängigen Abhängigkeitserkrankungen dokumentierte Fälle	

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift/Stempel Antragsteller:in  _____
--

Diese Seite ist personenbezogen auszufüllen!

**Name, Vorname Antragsteller:in:** \_\_\_\_\_

**Zu Kompetenz-Nr. 17**

In welcher Form findet die Handlungskompetenzen in der Praxis Anwendung?

- Hausbesuche
- interdisziplinäre Fallbesprechungen
- curriculär durch externe Anbieter
- andere Facharzt-Abteilung (bitte näher ausführen)

\_\_\_\_\_

- anderer Krankenhäuser (bitte näher ausführen)

\_\_\_\_\_

- Beratung von Pflegeeinrichtungen | Heime (bitte näher ausführen)

\_\_\_\_\_

**Zu Kompetenz-Nr. 40**

Was für Gruppen werden durchgeführt?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Unterschrift/Stempel Antragsteller:in

\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_