

# Antrag auf Zulassung als Weiterbildungsstätte für die Bereichsweiterbildung „Spezielle Schmerzpsychotherapie“ mit Zulassung eines/einer Weiterbildungsbefugten

gemäß der Weiterbildungsordnung für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten der Ostdeutschen Psychotherapeuten-kammer (WBO PP/KJP) in der jeweils geltenden Fassung

Bitte per Fax an 0341 462432-19 oder per Post senden an:

Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer (OPK)  
Goyastraße 2d  
04105 Leipzig

Hiermit wird die

**Zulassung als Weiterbildungsstätte** für die Bereichsweiterbildung „Spezielle Schmerzpsychotherapie“

Altersgruppen:

Erwachsene

Kinder und Jugendliche

beide Altersgruppen

## **und die entsprechende Befugnis zur Weiterbildung**

beantragt.

### **Hinweis:**

Für die praktische Weiterbildung ist zu beachten: Erforderlich ist, dass die Weiterbildungsstätten als Einrichtungen der ambulanten, teilstationären und/oder stationären Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Schmerzen auf den Schmerz bezogene psychotherapeutische Behandlungen durchführen.

Die Anerkennung der Befugnis zur Weiterbildung kann nur gleichlautend zur Weiterbildungsstätte beantragt werden.

## A) Zulassung als Weiterbildungsstätte

Angaben zur Weiterbildungsstätte	
Name der Einrichtung:	
ggf. Abteilung:	
Anschrift:	
E-Mail:	
Telefon:	Fax:
<input type="checkbox"/> Die vollständig ausgefüllte und mit den geforderten Nachweisen hinterlegte Anlage 1 ist dem Antrag beigelegt. <input type="checkbox"/> Im Falle von Kooperationen ist die vollständig ausgefüllte und mit den geforderten Nachweisen hinterlegte Anlage 2 dem Antrag beigelegt.	

Erklärung	
<p>Uns ist bekannt, dass die Zulassung als Weiterbildungsstätte befristet und mit Nebenbestimmungen versehen werden kann.</p> <p>Uns ist bekannt, dass die von der OPK erteilte Zulassung als Weiterbildungsstätte von der Kammer ganz oder teilweise zurückzunehmen oder zu widerrufen ist, wenn oder soweit die Voraussetzungen bei Erteilung nicht gegeben waren oder nachträglich nicht mehr gegeben sind.</p> <p>Uns ist bekannt, dass die Zulassung als Weiterbildungsstätte in dem Verzeichnis der zugelassenen Weiterbildungsstätten gemäß § 8 Abs. 7 WBO PP/KJP veröffentlicht wird.</p> <p>Uns ist bekannt, dass alle für die Weiterbildung relevanten Veränderungen, z.B. in der Struktur und Größe der Einrichtung oder der Kooperation der OPK unverzüglich mitzuteilen sind, § 10 Abs. 6 WBO PP/KJP.</p> <p>Uns ist bekannt, dass der Antrag auf Zulassung als Weiterbildungsstätte sowie der Anerkennung einer/eines Weiterbildungsbefugten in dieser Weiterbildungsstätte gemäß § 1, 2, Anlage zu § 1 Abs. 2 S. 1 Gebührenordnung OPK, A Gebühren, Ziffer 7.1., 7.2. gebührenpflichtig sind. Die Gebühr für einen Antrag auf Anerkennung als Weiterbildungsstätte beträgt 640,00 EUR und die Anerkennung einer/eines Weiterbildungsbefugten beträgt 250,00 EUR. Die Gebührenpflicht entsteht mit Antragstellung und bleibt bestehen, auch wenn der Antrag negativ beschieden oder zurückgenommen wird. Nach Antragseingang wird eine Gebührenrechnung gestellt. Erst nach Zahlungseingang wird mit der Bearbeitung des Antrags begonnen.</p> <p>Wir versichern die Richtigkeit der Angaben zu den personellen und organisatorischen Strukturen zur Durchführung der Weiterbildung entsprechend der WBO PP/KJP sowie die Übereinstimmung eingereicherter Kopien mit den entsprechenden Originalen.</p>	
Ort, Datum:	Name, Vorname berechnete/r Vertreter/in in Druckbuchstaben:
Unterschrift berechnete/r Vertreter/in der antragstellenden Einrichtung (Stempel der antragstellenden Einrichtung)	



Es wird die Richtigkeit der Angaben und die Übereinstimmung eingereicherter Kopien mit den entsprechenden Originalen versichert.

Ort, Datum:	Unterschrift Weiterbildungsbefugte/r:
Ort, Datum:	Unterschrift berechnigte/r Vertreter/in der antragstellenden Einrichtung:

## ANLAGE 1

### zum Antrag der Einrichtung auf Zulassung einer Weiterbildungsstätte im Bereich „Spezielle Schmerzpsychotherapie“

Bitte füllen Sie das nachfolgende Antragsformular vollständig aus - soweit die Angaben auf Ihre Einrichtung zutreffen - und ergänzen Sie die Angaben mit einem schriftlichen Weiterbildungsprogramm für den Bereich gemäß den Vorgaben des Abschnittes B 3. WBO PP/KJP. Hieraus muss hervorgehen, welche Weiterbildungsteile von Ihnen und ggf. welche Teile über einen Kooperationspartner erbracht werden.

Im Falle einer Kooperation füllen Sie bitte zusätzlich Anlage 2 aus.

#### I. Art der Einrichtung

Bitte geben Sie die Art der Einrichtung an (z. Bsp. Fachklinik (mit Schwerpunkt), Klinik für AHB/Rehabilitation, Einzelpraxis mit/ohne KV-Zulassung, etc.):

-----  
 -----  
 -----  
 -----  
 -----  
 -----

#### II. Personelle Struktur der Einrichtung

##### Leitung der Einrichtung / des Fachbereiches

Name, Vorname: .....

Qualifikation: .....

##### Angestelltes psychotherapeutisches Personal:

Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten Anzahl: .....

Teilzeit / Vollzeit .....

PP Anzahl: .....

Teilzeit / Vollzeit .....

Zusatzbezeichnung: ..... Anzahl: .....

Teilzeit / Vollzeit .....

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> KJP<br><br>Zusatzbezeichnung: ..... | Anzahl: .....<br>Teilzeit / Vollzeit .....<br>Anzahl: .....<br>Teilzeit / Vollzeit ..... |
| <input type="checkbox"/> PiA <sup>3</sup>                    | Anzahl: .....<br>Teilzeit / Vollzeit .....   |
| <input type="checkbox"/> PtW <sup>4</sup>                    | Anzahl: .....<br>Teilzeit / Vollzeit .....   |

**Nicht angestelltes/hinzugezogenes psychotherapeutisches Personal<sup>5</sup>:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten<br><br>Zusatzbezeichnung: ..... | Anzahl: .....<br>Teilzeit / Vollzeit .....<br>Anzahl: .....<br>Teilzeit / Vollzeit ..... |
| <input type="checkbox"/> PP<br><br>Zusatzbezeichnung: .....                                     | Anzahl: .....<br>Teilzeit / Vollzeit .....<br>Anzahl: .....<br>Teilzeit / Vollzeit ..... |
| <input type="checkbox"/> KJP<br><br>Zusatzbezeichnung: .....                                    | Anzahl: .....<br>Teilzeit / Vollzeit .....<br>Anzahl: .....<br>Teilzeit / Vollzeit ..... |
| <input type="checkbox"/> PiA  | Anzahl: .....<br>Teilzeit / Vollzeit .....   |

**Weitere Professionen:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ärztinnen/Ärzte<br>Facharztkompetenz: ..... | Anzahl: .....                              |
| <input type="checkbox"/> Verwaltungspersonal                         | Anzahl: .....<br>Teilzeit / Vollzeit ..... |

---

<sup>3</sup> Psychotherapeutin/Psychotherapeut in Ausbildung

<sup>4</sup> Psychotherapeutin/Psychotherapeut in Weiterbildung

<sup>5</sup> z.B. Honorarkräfte, Praktikantinnen/Praktikanten

Sonstiges therapiebezogenes Personal (z.B. Ergotherapie, Sozialarbeit, Physiotherapie, Logopädie)

-.....	Anzahl: .....
-.....	Anzahl: .....
-.....	Anzahl: .....
-.....	Anzahl: .....
-.....	Anzahl: .....

Erläutern Sie bitte kurz den Personalschlüssel im Verhältnis zur Patientenzahl

-----  
 -----  
 -----  
 -----  
 -----  
 -----  
 -----  
 -----  
 -----  
 -----

### III. Ausstattung der Einrichtung

Bitte fügen Sie als **Anlage** eine Beschreibung der räumlichen und apparativen Ausstattung der Einrichtung/Fachbereich (z.B. Erläuterung der Räumlichkeiten der Einrichtung mit Angabe der Gesamtfläche, Einzel- und Gruppentherapieräume, Anzahl der Bettenzimmer, Personalräume, Besprechungs- und Schulungsräume, Ausstattung zur Diagnosestellung, Testverfahren, -material), mit Angaben zur Barrierefreiheit, zur technischen Ausstattung (z.B. IT-System, elektronische Patientenakte, Internetzugang) sowie Angaben zum Vorhalten von Fachliteratur bei. Auch ausgelagerte Praxisräume sind zu beschreiben und deren Anschrift anzugeben.

### IV. Angaben zur Patientenstruktur / Behandlungsstruktur

Bitte fügen Sie als **Anlage** eine Erläuterung zur Patientenstruktur sowie zum psychotherapeutischen Behandlungskonzept Ihrer Einrichtung bei (z.B. Angaben zur Anzahl der Behandlungsplätze, Erläuterung des Behandlungsspektrums mit Vorlage einer Diagnosestatistik unterteilt in die behandelten Haupt- und Nebendiagnosen, Beschreibung der Altersstruktur der Patientinnen/Patienten, Einzel- und/oder Gruppentherapien, mit Angaben zur Behandlungsdauer, Vernetzung, besonderen Versorgung, Konsiliaruntersuchungen). Bitte legen Sie geeignete Nachweise bei (z.B. einen dem Fachbereich zuordenbaren Qualitätsbericht/Strukturerhebungsbogen/Abrechnungsdaten).

## V. Angaben zur Umsetzung der theoretischen Weiterbildung

Bitte fügen Sie als **Anlage** eine Darstellung zur Gestaltung, zur Verteilung und zum Inhalt der theoretischen Weiterbildung sowie zur Zahl und Qualifikation der Referentinnen/Referenten unter Berücksichtigung der Vorgaben in Abschnitt B 3. der WBO PP/KJP in strukturierter Weise bei.

## VI. Angaben zur Umsetzung der geforderten Hospitation und Schmerzkonferenzen

Bitte fügen Sie als **Anlage** eine Darstellung zur Gestaltung der gemäß Abschnitt B 3. WBO PP/KJP geforderten Hospitationen und Schmerzkonferenzen in strukturierter Weise bei.

Im Rahmen der vorzuhaltenden Hospitationen ist das gesamte Behandlungskonzept in einer auf schmerztherapeutische Behandlung spezialisierten Einrichtung in Theorie und täglicher Praxis kennenzulernen über insgesamt mindestens 40 Stunden, nach Möglichkeit an 5 Tagen einer Arbeitswoche. Darüber hinaus ist die Teilnahme an 12 interdisziplinären Schmerzkonferenzen gefordert. Alternativ kann die Teilnahme an 12 Sitzungen interdisziplinär besetzter Qualitätszirkel anerkannt werden. Den Qualitätszirkeln sollen mindestens drei Fachdisziplinen angehören: Ärztinnen/Ärzten, Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten, Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten oder Angehörige anderer Gesundheitsfachberufe.



## ANLAGE 3

### Weiterbildungsbefugte/r

#### I. Fachliche und persönliche Eignung

Bitte fügen Sie als **Anlage** einen kurzen Lebenslauf zu Art und Umfang Ihrer klinisch-praktischen Tätigkeiten unter Berücksichtigung ggf. vorliegender Unterbrechungszeiten im beantragten Bereich gemäß Abschnitt B 3. WBO PP/KJP bei. Darüber hinaus ist über laufende/abgeschlossene berufsrechtliche Verfahren und deren Inhalte zu informieren. Außerdem bitten wir um Angaben zu begonnener oder abgeschlossener Supervisorenqualifikation, Lehrtätigkeiten in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten oder sonstigen vertieften fachlichen Kenntnissen.

Zum Nachweis der Angaben sind die entsprechenden Belege dem Antrag beizufügen (z.B. Fachkundenachweis, KV-Abrechnungsgenehmigung, Gruppenzusatzqualifikation, Arbeitszeugnisse, Selbsterklärung bei Selbständigen zu Art und Dauer der Tätigkeit, Bescheinigungen zu Fortbildungen, Urkunde einer Psychotherapeutenkammer über den Erwerb einer Zusatzbezeichnung).

#### II. Art und Umfang der Tätigkeit an der Weiterbildungsstätte

##### 1. Qualifikation

- PP
- KJP
- Fachpsychotherapeut/in
  
- Vorlage Qualifikationsnachweise für den beantragten Bereich „Spezielle Schmerzpsychotherapie“

##### 2. Tätigkeitsumfang an der Weiterbildungsstätte

- Stunden / Woche: .....

Ist eine Vertretungsregelung getroffen worden für den Fall einer längeren Abwesenheit der/des Weiterbildungsbefugten (z.B. längerer Krankheit, Mutterschutz)?

ja

nein

Wenn ja, durch wen?

Name, Vorname:
OPK-Mitgliedsnummer:

Ist die Vertretung der/des Weiterbildungsbefugten gegenüber der/dem Weiterzubildenden weisungsbefugt?

ja

nein

Im Rahmen der Weiterbildung wird Supervision durch die/den Weiterbildungsbefugte/n durchgeführt.

ja

nein

Wenn „Ja“:

Bitte legen Sie eine kurze Darstellung zu Art und Umfang der geplanten Supervision vor (Supervision mindestens jede 10. Therapiestunde zu den eigenen Fällen der/des Weiterzubildenden (insgesamt mindestens 25 Einheiten bei einer Altersgruppe, mindestens 38 Einheiten bei beiden Altersgruppen), Form der Supervision, z.B. Einzel- und/oder Gruppensupervision, etc.).

Wenn „Nein“: bitte weitere Angaben unter Punkt III.

### III. Antrag auf Hinzuziehung von Supervisorinnen/Supervisoren

Es wird beantragt, die nachfolgend benannten Supervisorinnen/Supervisoren hinzuziehen (ggf. Vorlage einer gesonderten Auflistung):

Name, Vorname:
OPK-Mitgliedsnummer:

Einzelsupervision

Gruppensupervision

Name, Vorname:
OPK-Mitgliedsnummer:

Einzelsupervision

Gruppensupervision

Bitte legen Sie eine kurze Darstellung zu Art und Umfang der geplanten Supervision vor (Supervision mindestens jede 10. Therapiestunde zu den eigenen Fällen der/des Weiterzubildenden (insgesamt mindestens 25 Einheiten bei einer Altersgruppe, mindestens 38 Einheiten bei beiden Altersgruppen), Form der Supervision, z.B. Einzel- und/oder Gruppensupervision, etc.).

Für den Nachweis der persönlichen und fachlichen Eignung der benannten Supervisorinnen/Supervisoren sind dem Antrag jeweils ein kurzer Lebenslauf (z.B. Angabe zur klinisch-praktischen Tätigkeit mit ggf. vorliegenden Unterbrechungen der Tätigkeit, Angaben zur Supervisorenqualifikation, Angaben zur Lehrtätigkeit in der Aus-, Fort- und Weiterbildung) sowie die notwendigen Unterlagen beigelegt (z.B. Fachkundenachweis, Anerkennungsurkunden der Zusatzbezeichnungen, Anerkennung der Bereichsweiterbildungen, KV-Abrechnungsgenehmigungen für Leistungen des entsprechenden Richtlinienverfahrens).

Bei der Hinzuziehung von Fachärztinnen/Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie, sind die jeweiligen Weiterbildungszeugnisse, aus denen sich die Qualifikation für das Psychotherapieverfahren ergibt, sowie ein kurzer Lebenslauf, aus dem sich die psychotherapeutische klinisch-praktische Tätigkeit ergibt, vorzulegen.

#### IV. Antrag auf Hinzuziehung Einrichtungen für Hospitation/Schmerzkonferenz

Soweit eine Hospitation/die Schmerzkonferenzen nicht in der eigenen Einrichtung möglich sind, wird beantragt, diese in der nachfolgend aufgeführten Einrichtung zu genehmigen:

##### Hospitation

Name der Einrichtung:	
ggf. Abteilung:	
Anschrift:	
E-Mail:	
Telefon:	Fax:

##### Schmerzkonferenz

Name der Einrichtung:	
ggf. Abteilung:	
Anschrift:	
E-Mail:	
Telefon:	Fax:

## V. Antrag auf Hinzuziehung von Dozentinnen/Dozenten

Es wird beantragt, die Dozentin/den Dozenten hinzuzuziehen (ggf. Vorlage einer gesonderten Auflistung):

Titel, Name, Vorname:	Qualifikation:	für folgende Weiterbildungsinhalte:

Titel, Name, Vorname:	Qualifikation:	für folgende Weiterbildungsinhalte:

Dem Antrag werden die notwendigen Nachweise beigelegt zur Qualifikation der Dozentin/des Dozenten für die zu vermittelnden Weiterbildungsinhalte (z.B. Nachweis Berufserfahrung, Publikationsliste, Qualifikationsnachweise).