



**Antrag auf Erwerb einer Befugnis zur Weiterbildung /
Antrag auf Zulassung der Weiterbildungsstätte
für die Facharzt-Weiterbildung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**

Bitte beachten Sie, alle notwendigen Anlagen den Antragsunterlagen beizufügen.

Teil 1: Angaben zur Person (WBB)

Vorname Name Antragsteller	
--------------------------------------	--

<input type="checkbox"/>	Antrag auf Erteilung einer Einzelbefugnis
--------------------------	--

oder

<input type="checkbox"/>	Antrag auf Erteilung einer Gemeinsamen Befugnis* *Die weiteren Antragsteller müssen die Ergänzung zur Beantragung einer Gemeinsamen Befugnis beilegen.
--------------------------	--

oder

<input type="checkbox"/>	Antrag auf Erteilung einer Verbundbefugnis mit der/den Einrichtung/-en ... Die an der Verbundeinrichtung verantwortlichen Ärzte müssen ebenfalls eine entsprechende WB-Befugnis haben/beantragen.

Bitte geben Sie die von Ihnen durchgeführten Therapieverfahren an...			
	Psychodynamische Psychotherapie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Verhaltenstherapie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Systemische Verfahren	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Die Weiterzubildenden Ärzte erhalten ein gegliedertes Programm für die Weiterbildung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wann wurde es zuletzt aktualisiert?		

Dokumentierte Gespräche mit dem Weiterzubildenden zum Stand der Weiterbildung werden durchgeführt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Mindestens vierteljährlich		
<input type="checkbox"/> Mindestens halbjährlich		
<input type="checkbox"/> Mindestens einmal im Jahr		

A. Die Befugnis wird beantragt für die Weiterbildung im vollstationären Bereich
(Akut-, Rehabilitationseinrichtungen)

Tätigkeit des Weiterbilders als				
<input type="checkbox"/> Chefarzt				<input type="checkbox"/> Oberarzt
<input type="checkbox"/> Leitender Oberarzt				<input type="checkbox"/> Facharzt
<input type="checkbox"/> sonstiges				
in				
<input type="checkbox"/> Vollzeit	<input type="checkbox"/> Teilzeit, Angabe in % und in Wochenstunden		% /	h/Woche

Tätigkeit in einer weiteren Einrichtung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
in einem Umfang von		Wochenstunden
Angabe des weiteren Tätigkeitsortes		
Führen Sie Konsile durch?		
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
wenn ja: Für welche Fachgebiete/Abteilungen?		

B. Die Befugnis wird beantragt für die Weiterbildung im ambulanten Bereich

(ärztliche Einzelpraxis/ Praxismgemeinschaft/Gemeinschaftspraxis/Praxis in einem Medizinischen Versorgungszentrum/Tagesklinik)

Tätigkeit des Weiterbildungers in der ambulanten Versorgung als FA für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie					
<input type="checkbox"/> Vertragsarzt					
	<input type="checkbox"/> Mit einem vollzeitigem Versorgungsauftrag		<input type="checkbox"/> Mit einem <u>häufigen</u> Versorgungsauftrag		
	<input type="checkbox"/> Anderer Umfang:				
<input type="checkbox"/> <u>angestellter</u> Arzt					
	<input type="checkbox"/> Vollzeit	<input type="checkbox"/> Teilzeit, Angabe in % und in Wochenstunden		% /	h/Woche

Teilnahme an Qualitätssichernden Maßnahmen		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
wenn ja, welche			

Teil 2: Angaben zur Weiterbildungsstätte (WBS)

Weiterbildungsstätte und ggf. Träger der Einrichtung	
ggf. Name des ärztlichen Leiters der WBS	

A. Angaben zur vollstationären Weiterbildungsstätte

Weiterbildungsstätte ist			
<input type="checkbox"/>	ein Akutkrankenhaus der	Grund- und Regelversorgung	<input type="checkbox"/>
		Schwerpunktversorgung	<input type="checkbox"/>
		Maximalversorgung	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	eine Rehabilitationseinrichtung		
<input type="checkbox"/>	sonstiges		

Angaben zur Einrichtung an der sich Weiterbildungsstätte befindet	
	Bettenzahl der gesamten Einrichtung
	Bettenzahl der Abteilung/Klinik (WBS) für die beantragte Weiterbildung

Personalschlüssel / Personelle Besetzung der Abteilung/Klinik (WBS) für beantragte Weiterbildung (Zahlenangabe)		
lt. Stellenplan	aktuell besetzt	
		Chefarzt
		Oberärzte
		Fachärzte
		Fachärzte in anderen Gebieten (bitte nennen)
		Ärzte in Weiterbildung

		Psychologen in Aus- und Weiterbildung
		Approbierte Psychotherapeuten

Rechnen Sie die Komplexbehandlung OPS 9-63 ab?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Betreibt Ihre Einrichtung/Krankenhaus eine PIA?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Betreibt Ihre Einrichtung/Krankenhaus eine PsIA?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bitte geben Sie eine Anzahl der monatlichen Patientenkontakte an	<i>Zahl</i>	

Welche weiteren Fachgebiete betreibt Ihre Weiterbildungsstätte?	

Weiterbildungskompetenz Theorie			
selbstständig in der Einrichtung	<input type="checkbox"/>	vollständig	<input type="checkbox"/> teilweise
oder			
in Kooperation mit verschiedenen Instituten	<input type="checkbox"/>	vollständig	<input type="checkbox"/> teilweise
	Name des Institutes:		

Weiterbildungskompetenz Selbsterfahrung		
Selbsterfahrung für externe WBA	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wie oft führen Sie Selbsterfahrung an Ihrer Einrichtung für externe WBA durch?	<i>Zahl</i>	

Weiterbildungskompetenz Supervision					
Supervision	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Supervision für externe WBA	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wie oft führen Sie eine Supervision an Ihrer Einrichtung durch?				<i>Zahl</i>	

Führen Sie eine Gutachtertätigkeit durch?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
---	-----------------------------	-------------------------------

B. Angaben zur ambulanten Weiterbildungsstätte

Die Weiterbildungsstätte ist eine	
<input type="checkbox"/>	Einzelpraxis / Praxisgemeinschaft
<input type="checkbox"/>	Gemeinschaftspraxis mit:
<input type="checkbox"/>	Praxis in einem MVZ
<input type="checkbox"/>	Nebenbetriebsstätte/Zweigpraxis
<input type="checkbox"/>	Tagesklinik

Strukturmerkmale Tagesklinik		
Personalschlüssel / Personelle Besetzung der Abteilung/Klinik (WBS) für beantragte Weiterbildung (Zahlenangabe)		
lt. Stellenplan	aktuell besetzt	
		Chefarzt
		Oberärzte
		Fachärzte
		Fachärzte in anderen Gebieten (bitte nennen)
		Ärzte in Weiterbildung
		Psychologen in Aus- und Weiterbildung
		Approbierte Psychotherapeuten

Betreibt Ihr Krankenhaus eine oder mehrere PIA/PsIA?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bitte geben Sie eine Anzahl der monatlichen Patientenkontakte an	<i>Zahl</i>	
Rechnen Sie die Komplexbehandlung OPS 9-63 ab?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist ein eigener Arbeitsplatz (eigenes Sprechzimmer) für den Weiterzubildenden vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Durchführung der Theorie				
selbstständig in der Einrichtung	<input type="checkbox"/>	vollständig	<input type="checkbox"/>	teilweise
oder				
in Kooperation mit verschiedenen Instituten	<input type="checkbox"/>	vollständig	<input type="checkbox"/>	teilweise
	Angabe des Institutes:			

Weiterbildungskompetenz Selbsterfahrung		
Selbsterfahrung für externe WBA	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wie oft führen Sie Selbsterfahrung an Ihrer Einrichtung für externe WBA durch?	<i>Zahl</i>	

Weiterbildungskompetenz Supervision						
Supervision	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		Supervision für externe WBA	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wie oft führen Sie eine Supervision an Ihrer Einrichtung durch?				<i>Zahl</i>		

Führen Sie eine Gutachtertätigkeit durch?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
---	-----------------------------	-------------------------------

Statistische Angaben zur Weiterbildungsstätte

A. Statistische Angaben zur <u>vollstationären</u> Weiterbildungsstätte		
Anzahl im letzten Jahr der		
	Fallzahl vollstationär behandelter Patienten	
	Fallzahl teilstationär behandelter Patienten	
	Fallzahl in der PIA behandelter Patienten	
	Fallzahl in der PslA behandelter Patienten	

B. Statistische Angaben zur <u>ambulanten</u> Weiterbildungsstätte	
Anzahl der Behandlungsfälle im letzten Abrechnungsquartal	

Statistische Angaben zur <u>vollstationären/ambulanten</u> Weiterbildungsstätte		
Zahl der durchgeführten, supervidierten und dokumentierten Erstuntersuchungen	<i>Anzahl/Jahr</i>	

Psychotherapeutische Ausrichtung		
- Verhaltenstherapie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
- Tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
- Analytische Psychotherapie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
- Systemische Therapie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fakultatives Angebot von Zweitverfahren	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Welche? Bitte eintragen:		

Praktische Anwendung von Entspannungsverfahren		
- Kurse Autogenes Training	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
- Kurse Progressive Muskelrelaxation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
- Andere Entspannungsverfahren wenn ja, bitte nennen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Psychosomatisch-psychotherapeutische Konsiliar- und Liaisonarbeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gruppentherapie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Für die Weiterbildung im <u>ambulanten</u> Bereich: Ich bin damit einverstanden, dass die Information über die Erteilung der Befugnis zur Weiterbildung / Zulassung als Weiterbildungsstätte an die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern bereitgestellt wird.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
---	-----------------------------	-------------------------------

Ich bin einverstanden, dass das von mir eingereichte WB-Curriculum/-Programm auf der Homepage der Ärztekammer zusammen mit meiner Befugnis veröffentlicht wird.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
---	-----------------------------	-------------------------------

Anerkennung der Rechte und Pflichten als Weiterbilder:

Mir ist bewusst, dass die Weiterbildung eine besonders ehren- und verantwortungsvolle Aufgabe ist, die neben der fachlichen Eignung vor allem auch eine persönliche Eignung und besondere Vorbildfunktion voraussetzt.

Ich verpflichte mich eine zügige und umfassende Weiterbildung gemäß dem Weiterbildungsprogramm/-curriculum in kollegialer Atmosphäre und im gegenseitigen Respekt zu ermöglichen und alle erforderlichen Unterlagen zeitnah zu erstellen, auszuhändigen und auf angemessene Arbeitsbedingungen hinzuwirken.

Ich anerkenne die Rechte und Pflichten der Befugten zur Weiterbildung.

Die Anlässe zur Prüfung der persönlichen Eignung als Weiterbildungsbefugter i. S. d. § 5 Abs. 2 Weiterbildungsordnung der Ärztekammer M-V (WBO ÄK MV 2020) sind mir bekannt.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel

Kompetenzbogen Facharzt-Weiterbildung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Bitte lesen Sie die zeitlichen Anforderungen an die Weiterbildung (Weiterbildungsabschnitte) in der der WBO ÄK MV 2020 auf der Homepage der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern nach.

[Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern \(aek-mv.de\)](http://aek-mv.de)

Antragsteller

WB-Stätte

Berichtszeitraum
(12 Monate)

Hinweise:

KM: Kognitive und Methodenkompetenz (Kenntnisse)

Der Weiterzubildende muss diesen Inhalt am Ende seiner Weiterbildungszeit systematisch einordnen und erklären können.

Bitte kreuzen Sie diese Kompetenz nur dann als vermittelbar an, wenn eine vollständige Kognitive und Methodenkompetenz vermittelt werden kann = „systematisch einordnen und erklären“.

H: Handlungskompetenz (Erfahrungen und Fertigkeiten)

Der Weiterzubildende muss diesen Inhalt am Ende seiner Weiterbildungszeit eigenverantwortlich durchführen können.

Bitte kreuzen Sie diese Kompetenz nur dann an, wenn die Handlungskompetenz vollständig vermittelt werden kann = „selbständig durchführen“.

Mitwirkung: Dem Weiterzubildenden muss die Teilnahme an einer Untersuchung/Therapie, die primär durch einen anderen Arzt erbracht wird, auch interdisziplinär ermöglicht werden.

Übergreifende Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie		Einrichtung		Persönlich	
KM	Wesentliche Gesetze und Richtlinien, insbesondere hinsichtlich Patientenrechte, Behandlung, Unterbringung und Betreuung psychisch Kranker	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Wissenschaftlich begründete Gutachtenerstellung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Krankheitslehre und Diagnostik		Einrichtung		Persönlich	
H	Krankheitslehre und Diagnostik	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Psychosomatische und psychotherapeutische Anamnese und Befunderhebung, ggf. unter Einbeziehung der Familie und der sozialen Situation einschließlich der Erfassung des psychopathologischen Befundes und der Erkennung seelisch-körperlicher Wechselwirkungen bei psychischen und somatischen Erkrankungen und Störungen, z. B. onkologische, neurologische, kardiologische, orthopädische und rheumatische Erkrankungen sowie Stoffwechsel- und Autoimmunerkrankungen, davon	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	- Untersuchungen mit unmittelbarem Bericht im Konsiliar- und Liaisondienst <ul style="list-style-type: none"> • ambulant • stationär 	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
KM	Konzepte der psychosomatischen Medizin	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

KM	Ätiologie und Chronifizierung psychischer und psychosomatischer Störungen und Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Konzepte der psychosozialen Belastungen und der Lebensqualität bei somatischen Störungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Konzepte der Bewältigung von somatischen Störungen und Erkrankungen einschließlich spezieller Verfahren der Diagnostik bei seelisch-körperlicher Wechselwirkung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Psychopathologie, psychiatrische Nosologie, Neurobiologie, Genetik und Epigenetik der psychischen und psychosomatischen Störungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Verhaltensdiagnostik, Psychodynamik und Gruppendynamik, Lernpsychologie, psychodiagnostische Testverfahren	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Generationsübergreifende neurobiologische und psychologische Entwicklungskonzepte, Psychotraumatologie und Bindungstheorie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Psychosomatische und psychotherapeutische Untersuchungen einschließlich psychopathologischer Befunde und deren standardisierter Erfassung, davon	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	ENTWEDER (Hauptverfahren) - dokumentierte Untersuchungen im psychodynamischen/ tiefenpsychologischen Verfahren, z. B. psychodynamisches Erstinterview, tiefenpsychologisch-biographische Anamnese, strukturierte Interviews einschließlich Testdiagnostik, davon können bis zu 20 Untersuchungen in der jeweils anderen Grundorientierung erbracht werden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	ODER - dokumentierte Untersuchungen im verhaltenstherapeutischen Verfahren, z. B. strukturierte Interviews, Testdiagnostik und Verhaltensanalyse, davon können bis zu 20 Untersuchungen in der jeweils anderen Grundorientierung erbracht werden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	ODER - dokumentierte Untersuchungen im Verfahren der systemischen Therapie, z. B. strukturiertes systemisches Interview im Ein- und Mehrpersonensetting zur Diagnostik von interaktionellen Mustern, Beziehungsdynamiken, Ressourcen und Lösungskompetenzen im relevanten System, einschließlich Genogramm und Testdiagnostik, davon können bis zu 20 Untersuchungen in der jeweils anderen Grundorientierung erbracht werden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Konfliktlehre, Ich-Psychologie, Strukturtheorie, Objektbeziehungstheorie, Selbstpsychologie, Mentalisierungstheorie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Sozialpsychologie, Lernpsychologie, Kognitionspsychologie sowie allgemeine und spezielle Verhaltenslehre	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Therapie psychosomatischer Störungen und Erkrankungen		Einrichtung		Persönlich	
KM	Wissenschaftlich anerkannte Psychotherapieverfahren und -methoden, insbesondere psychodynamisch/tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Verhaltenstherapie und systemische Therapie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Konzepte der Psychoedukation und der supportiven, imaginativen, ressourcenorientierten, achtsamkeitsbasierten und non-verbalen psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Störungsorientierte Methoden und Techniken bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Verhaltensauffälligkeiten und psychosomatische Störungen im Kindes- und Jugendalter	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Indikations- und Differentialindikationsstellung zur Psychotherapie, Somatotherapie, Soziotherapie, Kunst-, Musik- und Bewegungstherapie sowie sensomotorischen Übungsbehandlungen einschließlich Krankenhausbehandlung und Rehabilitation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

KM	Verhalten bei nicht-stoffgebundenen und stoffgebundenen Süchten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Psychopharmakotherapie und Risiken des Arzneimittelgebrauches	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Mitbehandlung im interdisziplinären Team bei somatischen Erkrankungen/Störungen, die einer psychosomatischen und psychotherapeutischen Behandlung bedürfen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Psychosomatische-psychotherapeutische Gesprächsführung und Beziehungsgestaltung zur Klärung psychosomatischer Interaktionen sowie zum Aufbau eines psychosozialen Krankheitsverständnisses und von Therapiemotivation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Entspannungstechniken, z. B. Hypnose, autogenes Training, progressive Muskelentspannung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Psychosomatisch-supportive und psychoedukative Therapien bei somatisch Erkrankten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Therapien mit Anwendung von traumaspezifischen Techniken, z. B. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Theorie in Behandlungslehre in Stunden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Psychosomatische und psychotherapeutische Behandlungen einschließlich traumabedingter und sexueller Störungen mit besonderer Gewichtung der psychosomatischen Symptomatik unter Einschluss der Anleitung zur Bewältigung somatischer und psychosomatischer Störungen und Erkrankungen und/oder der multimodalen psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung und der multimodalen Therapie im stationären Setting in dokumentierten Fällen, davon können bis zu 20 in der jeweils anderen Grundorientierung erbracht werden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	ENTWEDER Behandlungen unter Supervision im psychodynamischen/tiefenpsychologischen Verfahren, davon	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	- Einzelpsychotherapien von 30 bis 100 Stunden pro Behandlungsfall einschließlich Bericht an den Gutachter	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	- Kurzzeitpsychotherapien von 5 bis 25 Stunden pro Behandlungsfall	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	- Gruppenpsychotherapien von 200 Stunden mit 3 bis 9 Patienten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	ODER Behandlungen unter Supervision im verhaltenstherapeutischen Verfahren, davon	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	- Langzeitpsychotherapien von jeweils 30 bis 80 Stunden pro Behandlungsfall einschließlich Bericht an den Gutachter	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	- Kurzzeitpsychotherapien von 5 bis 25 Stunden pro Behandlungsfall	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	- Gruppenpsychotherapie von 200 Stunden mit 3 bis 9 Patienten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	ODER Behandlungen unter Supervision im systemischen Verfahren (Einzel-, Paar- oder Familientherapie), davon	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	- Psychotherapien von 30 bis 100 Stunden pro Behandlungsfall einschließlich Bericht an den Gutachter	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	- Kurzzeitpsychotherapien von 5 bis 25 Stunden pro Behandlungsfall	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	- Gruppenpsychotherapien von 200 Stunden mit 3 bis 9 Patienten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Psychodynamische/tiefenpsychologische Einzeltherapie, psychodynamische Paartherapie, Familientherapie einschließlich systemischer Therapie, Gruppenpsychotherapie und Psychotraumatheorie mit Anwendung von traumaspezifischen Techniken	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

KM	Verhaltenstherapeutische Einzel- und Paartherapie, Familientherapie einschließlich systemischer Therapie, Gruppenpsychotherapie und Psychotraumathepie mit Anwendung von traumaspezifischen Techniken	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Prävention und Rehabilitation		Einrichtung		Persönlich	
KM	Prävention, Früherkennung und Rehabilitation psychosomatischer Störungen und Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Indikationsstellung zur psychosomatischen Rehabilitation und Differentialindikation zur psychiatrischen Rehabilitation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Klassifikationsmodelle der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit von Patienten mit psychischen Erkrankungen und Störungen, z. B. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Befunderstellung für Rehabilitationsanträge	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Notfälle		Einrichtung		Persönlich	
H	Krisenintervention bei Suizidalität, Traumafolgestörungen, akuten Belastungsreaktionen, akuten Angststörungen, psychotischen Zustände, Dissoziationen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Selbsterfahrung		Einrichtung		Persönlich	
H	Selbsterfahrung zur Stärkung personaler und Beziehungskompetenzen, welche im gleichen psychotherapeutischen Verfahren erfolgen muss, in welchem die Psychotherapiestunden geleistet werden, davon	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	ENTWEDER im tiefenpsychologisch/psychodynamischen Verfahren in Einzel- und Gruppenselbsterfahrung, davon	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	- Einzelselbsterfahrung in Stunden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	- Doppelstunden in Gruppen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	ODER im verhaltenstherapeutischen Verfahren in Einzel- und Gruppenselbsterfahrung in Stunden, davon	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	- Doppelstunden in Gruppen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	ODER im Verfahren der systemischen Therapie in Einzel- und Gruppenselbsterfahrung in Stunden, davon	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	- Doppelstunden in Gruppen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Balintgruppenarbeit und/oder interaktionsbezogene Fallarbeit in Doppelstunden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Anmerkungen:

Ort, Datum

Unterschrift

Stempel
Einrichtung

Bitte fügen Sie Ihrem Antrag folgende Anlagen bei:

(falls nicht bereits in vorherigen Antragsverfahren eingereicht oder Änderungen eingetreten sind)

1. beruflicher Werdegang
2. Beschreibung der beruflichen/ärztlichen Tätigkeitsfelder und der Charakteristika der WB-Stätte
3. das gegliederte Programm für die Umsetzung der Weiterbildung im beantragten Gebiet an der Weiterbildungsstätte (§ 5 Abs. 10 WBO ÄK MV 2020)
4. Darstellung der apparativen Ausstattung der Weiterbildungsstätte
5. Für die Weiterbildung im ambulantem Bereich: aktueller Arztregisterauszug der Kassenärztlichen Vereinigung (Tel: 0385/7431363)
6. Formular: Erklärung zur Teilnahme an Verbundregelungen

Das entsprechende Formular für Punkt 6 finden Sie unter:

www.aek-mv.de / Ärztin & Arzt / Weiterbildung/ Weiterbildungsbefugnis / Anträge auf Erteilung einer Befugnis / Anträge zum Download / Anlagen zum Antrag