

**Antrag auf Zulassung als Weiterbildungsstätte für den Bereich
Spezielle Schmerzpsychotherapie nach der Weiterbildungsordnung der PTK
Bayern**

Anlage 1: Angaben zur Einrichtung

Bitte füllen Sie diese Anlage aus und fügen Sie diese dem Antrag bei. In Ihren Ausführungen bitten wir Sie insbesondere auf die kursiv dargestellten Punkte einzugehen.

I. Praktische Weiterbildung

1. Art der Einrichtung

Bitte beschreiben Sie kurz Ihre Einrichtung (stationär/ambulant)

2. Personelle Ausstattung

- schmerztherapeutisch tätige Psychotherapeut*innen:
- Art und Anzahl sonstiger Mitarbeitende:
(dazu zählen Lehrende, Supervisor*innen, Referent*innen, Verwaltung)

3. Therapiebezogene Kooperation mit anderen Einrichtungen

Falls Sie auf therapeutischer oder diagnostischer Ebene mit anderen (stationären / teilstationären / ambulanten) Einrichtungen zusammenarbeiten, skizzieren Sie bitte die Art der Kooperation unter Berücksichtigung folgender Gesichtspunkte:

- *Name und Anschrift der Einrichtung*
- *Art der Einrichtung*
- *Diagnose- und Therapiespektrum der Einrichtung*
- *Form und Inhalte der Kooperation*
- *Einzel-/Paar-/Familien-Setting*

Bitte fügen Sie ggf. bestehende Kooperationsverträge bei.

4. Patientenstruktur im Bereich Spezielle Schmerzpsychotherapie

Die Versorgung muss hierbei die schmerzpsychotherapeutische Diagnostik, Therapie und Rehabilitation in wesentlichen Teilen umfassen.

Bitte beschreiben Sie das schmerzbezogene Therapie- und Diagnoseangebot in Ihrer Einrichtung und legen Sie einen Überblick über Ihre Patientenstruktur bei (beispielhaft anhand des letzten Jahres vor der Antragstellung). Dieser sollte insbesondere umfassen:

- *Art und Häufigkeit der Erkrankungen (Diagnosegruppen/-statistik)*
- *die Zahl der Behandlungsplätze*
- *das Altersspektrum und*
- *die Behandlungsdauer der Patient*innen*

5. Schmerzpsychotherapeutische Tätigkeit

5.1 Aufgabenbereich:

Welche Aufgaben umfasst die schmerzpsychotherapeutische Tätigkeit?

5.2 Personelle Ausstattung:

Nennen Sie die Anzahl der Schmerzpsychotherapeutischen Mitarbeitenden und machen Sie ggf. Angaben über die Dauer der schmerzpsychotherapeutischen Berufserfahrung der einzelnen Mitarbeitenden und über evtl. erworbene Zusatzqualifikationen.

5.3 Räumliche Ausstattung:

Bitte beschreiben Sie die räumliche Ausstattung der Weiterbildungsstätte, insbesondere unter Angabe der:

- *Anzahl der Einzelbehandlungsräume*
- *Anzahl der Gruppenbehandlungsräume*
- *Anzahl (zusätzlicher) Büroräume*
- *Sonstige diagnostisch-therapeutische Räume*
- *Weitere Veranstaltungsorte*

6. Supervision

- *Art der Supervision (Einzel/in der Gruppe)*
- *Häufigkeit und Dauer*
- *durchgeführt durch Befugte selbst bzw. hinzugezogene Supervisoren (Genehmigung durch die Kammer erforderlich)*

7. Hospitation

- *Umsetzung / Ausgestaltung*

8. Ausgestaltung der Weiterbildungsstellen

Bitte stellen Sie dar, in welcher Form Sie die Weiterbildungsstelle(n) für die Weiterbildung Spezielle Schmerzpsychotherapie anbieten können:

- *Anzahl*
- *Wochenarbeitszeit*
- *Vertragliche Vereinbarung*
- *Räumlichkeiten für den Weiterbildungsassistenten*
- *Möglichkeit zur Teilnahme an externen Weiterbildungsveranstaltungen*
- *Unterstützung der externen Weiterbildung (durch z.B. Kostenzuschüsse, zeitliche Freistellungen)*

Bitte geben Sie an, wie die Weiterbildungseinrichtung ihr Weiterbildungsangebot evaluiert.

II. Theoretische Weiterbildung

Als Weiterbildungsstätten kommen gem. § 5 Abs. 6 WBO in Betracht: die nach § 6 PsychThG anerkannten Ausbildungsstätten, Einrichtungen der Hochschulen, Abteilungen von Krankenhäusern, Kliniken oder Rehabilitationseinrichtungen oder sonstige Einrichtungen oder Praxen, in denen Psychotherapie ausgeübt wird.

1. Art der Einrichtung

Bitte beschreiben Sie kurz Ihre Einrichtung und Ihre Rechtsform

2. Personelle Ausstattung

Bitte beschreiben Sie die personelle Ausstattung der Weiterbildungsstätte unter Berücksichtigung folgender Gesichtspunkte:

- *Zahl der Referent*innen*
- *Qualifikation der Referent*innen*

3. Ausübung von Psychotherapie

*Inwieweit wird in Ihrer Einrichtung Spezielle Schmerzpsychotherapie
Wenn in Ihrer Einrichtung unmittelbar keine Psychotherapie ausgeübt wird, legen Sie bitte die Kooperationsverträge mit Einrichtungen bei, in denen Psychotherapie ausgeübt wird.*

4. Materielle Ausstattung

Bitte beschreiben Sie die materielle Ausstattung der Weiterbildungsstätte unter Berücksichtigung folgender Gesichtspunkte:

- *Technische Ausstattung, Medien*
- *Bibliothek*
- *Literatur(-zugang), Zugriff auf Literaturdatenbanken*

Ich versichere hiermit die Richtigkeit meiner zum Antrag gemachten Angaben und die Übereinstimmung der eingereichten Kopien mit den entsprechenden Originalen.

Ort, Datum

Unterschrift berechnigte*r Vertreter*in
der Einrichtung

ggf. weitere Unterschrift berechnigte*r Vertreter*in
der Einrichtung

ggf. weitere Unterschrift berechnigte*r Vertreter*in
der Einrichtung