

Antrag auf Anerkennung der Zusatzbezeichnung „Schmerzpsychotherapeut*in“
gemäß der Weiterbildungsordnung PP & KJP der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz

Bitte per Post senden an:

Landespsychotherapeutenkammer RLP
 Wallaustraße 104
 55118 Mainz

Eingangsstempel:

Ich beantrage hiermit die Anerkennung der Zusatzbezeichnung „Schmerzpsychotherapeut*in“ nach der Weiterbildungsordnung PP & KJP der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz.

Dauer der Bereichsweiterbildung (Dauer mind. 18 Monate)	
Beginn:	Ende:
<input type="checkbox"/> Durchgängig in Vollzeittätigkeit	<input type="checkbox"/> (Auch) in Teilzeittätigkeit
Schwerpunkt(e) der Weiterbildung:	
<input type="checkbox"/> Erwachsene <input type="checkbox"/> Kinder & Jugendliche	

Bitte nutzen Sie das Formular in Anlage 2, um alle Tätigkeitszeiten mit Unterschrift der Weiterbildungsbefugten nachzuweisen.

Generelle Angaben für die Zuordnung
Mitgliedsnummer:
Name, Vorname:
Straße, PLZ, Ort:
Telefon:
E-Mail:
Approbation: <input type="checkbox"/> Psychologische*r Psychotherapeut*in <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in
Liegen relevante Zusatzqualifikationen vor? <i>(Nachweis bitte als Kopie beifügen, sofern dieser der LPK RLP noch nicht vorliegt)</i>

Bitte beachten Sie, dass nur Mitglieder der LPK RLP einen Antrag auf Anerkennung einer Zusatzbezeichnung stellen können!

Folgende Nachweise sind beigefügt:
<input type="checkbox"/> Amtlich beglaubigte Kopie der Approbationsurkunde (sofern diese der LPK noch nicht vorliegt)
<input type="checkbox"/> Bestätigung über mind. 80 (eine Altersgruppe) bzw. 96 (beide Altersgruppen) Einheiten ¹ theoretische Weiterbildung (siehe Anlage 1);
<input type="checkbox"/> Bestätigung über mind. 18-monatige Tätigkeit in einer für die Bereichsweiterbildung in Spezieller Schmerzpsychotherapie anerkannten Weiterbildungsstätte (anerkannt für die Praktische Tätigkeit!) bei der
<input type="checkbox"/> mind. 180 (eine Altersgruppe) bzw. 270 (beide Altersgruppen) Behandlungsstunden absolviert wurden (siehe Anlage 2);
<input type="checkbox"/> Nachweis über mind. 25 (eine Altersgruppe) bzw. 38 (beide Altersgruppen) Einheiten Supervision bei einer/einem von einer LPK anerkannten Supervisor*in (siehe Anlage 3);
<input type="checkbox"/> 6 (eine Altersgruppe) bzw. 8 (bei beiden Altersgruppen jeweils 4) supervidierte Falldarstellungen (siehe Anlage 4);
<input type="checkbox"/> Bestätigung über die Teilnahme an mind. 12 interdisziplinären Schmerzkonferenzen oder 12 Sitzungen interdisziplinär besetzter Qualitätszirkel (siehe Anlage 5);
<input type="checkbox"/> Bestätigung der 40 Stunden Hospitation (siehe Anlage 6);
<input type="checkbox"/> zusätzliche relevante Nachweise (z.B. Teilnahmebescheinigungen, Arbeitszeugnisse, Hospitationsnachweis) in Kopie.

Abschluss-Erklärung:	
<p>Die Weiterbildungsordnung PP & KJP der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz habe ich zur Kenntnis genommen. Hiermit versichere ich die Richtigkeit meiner Angaben und die Übereinstimmung eingereicherter Kopien mit den entsprechenden Originalen.</p> <p>Mir ist bekannt, dass der Antrag auf Erwerb der Zusatzbezeichnung gemäß Ziffer 3 der Anlage 1 der Gebührenordnung gebührenpflichtig ist. Die Gebühr für einen Antrag auf Erwerb einer Zusatzbezeichnung beträgt 360,00 €.</p> <p>Die Gebühr für den Antrag entsteht mit Antragstellung; damit ist die Gebühr auch zu leisten, wenn der Antrag negativ beschieden oder zurückgenommen wird. Der Gebührenbescheid wird nach Abschluss des Verfahrens versendet.</p>	
Ort, Datum:	Unterschrift Antragsteller*in:

¹ Eine Einheit Theorie, Supervision und Selbsterfahrung entspricht 45 Minuten.

Anlage 1: Bestätigung zur Theoretischen Weiterbildung (mind. 80/96 Einheiten)

Die Weiterbildung ist mit den Schwerpunkten Kinder/Jugendliche (Seminare 1 und 2b obligatorisch) und Erwachsene (Seminare 1 und 2a obligatorisch) möglich und unterscheidet sich im Theorieteil sowie der praktischen Weiterbildung. Sofern die Voraussetzungen hierfür vorliegen, können auch beide Schwerpunkte gleichzeitig abgeschlossen werden (alle Seminare obligatorisch). Achten Sie bitte darauf, dass alle Weiterbildungsstätten von einer Psychotherapeutenkammer für die Theoretische Weiterbildung in der Bereichsweiterbildung „Spezielle Schmerzpsychotherapie“ anerkannt sein müssen. Bitte geben Sie den/die dem Antrag zugrundeliegende(n) Schwerpunkt(e) an:

- Schwerpunkt Kinder/Jugendliche
- Schwerpunkt Erwachsene

Details der geforderten Weiterbildungsinhalte sind der WBO PP & KJP zu entnehmen.

Thema	Datum	Einheiten	Name der LPK-anerkannten Weiterbildungsstätte
5.1.1 Seminar 1: Allgemeine Grundlagen			
a) Biopsychosoziales Konzept (mind. 8 Einheiten)			
b) Medizinische Grundlagen (mind. 8 Einheiten)			
c) Krankheitsbilder und psychotherapeutische Interventionen (mind. 28 Einheiten)			
d) physiotherapeutische Methoden (mind. 4 Einheiten)			
5.1.2 Seminar 2a: Weiterbildungsinhalte spezifisch für die Altersgruppe „Erwachsene“			
a) Interdisziplinarität (mind. 8 Einheiten)			
b) Anamnese, Diagnostik und Therapieplanung (mind. 8 Einheiten)			
b) Verfahrensspezifische Ansätze (mind. 16 Einheiten)			
5.1.2 Seminar 2b Weiterbildungsinhalte spezifisch für die Altersgruppe „Kinder und Jugendliche“			
a) Definition, Ätiologie, Diagnostik und Klassifikation (mind. 8 Einheiten)			
b) Psychotherapeutische Interventionen (mind. 24 Einheiten)			
Ort, Datum:	Unterschrift Antragsteller*in:		
Name und Unterschrift Weiterbildungsbefugte*r (wenn mögl. mit Stempel der Weiterbildungsstätte):			

Anlage 4: Nachweis über mind. 6 bzw. 8 Falldarstellungen	
<p>Der/die Antragsteller*in hat 6 (bei einer Altersgruppe) oder mind. 8 (bei beiden Altersgruppen jeweils 4) supervidierte und abgeschlossene Behandlungsfälle mit Schmerzpatient*innen dokumentiert. Die Behandlungen müssen während der Weiterbildungszeit durchgeführt worden sein. Mindestens 4 Falldokumentationen müssen sich auf Einzeltherapien beziehen. Jeder dokumentierte Behandlungsfall muss mindestens 5 Behandlungsstunden umfassen.</p> <p>Die Falldokumentation beinhaltet: Anamnese, Krankheitsentwicklung, psychischer Befund, relevante somatische Befunde, Verhaltensanalyse/Psychodynamik, Diagnosen, Therapieziele, Behandlungsplan, Prognose, Therapieverlauf und Behandlungsergebnisse, Kurzreflexion aus schmerztherapeutischer Sicht.</p> <p>Die Falldarstellungen liegen dem Antrag bei.</p> <p style="color: red;">Bitte senden Sie uns die Falldarstellungen nicht als Originale ein, da diese nur eingescannt aufbewahrt werden und eine postalische Rücksendung nicht möglich ist. Achten Sie zudem unbedingt darauf, dass die Fallberichte anonymisiert bei der LPK RLP eingehen.</p>	
Ort, Datum:	Unterschrift Antragsteller*in:
Name und Unterschrift: für den Weiterbildungsbereich „Schmerzpsychotherapie“ anerkannte*r Supervisor*in oder Weiterbildungsbefugte*r:	

Anlage 5: Bestätigung der regelmäßigen Teilnahme an mind. 12 interdisziplinären Schmerzkonferenzen oder 12 Sitzungen interdisziplinär besetzter Qualitätszirkel

Der/die Antragsteller*in muss an mind. 12 interdisziplinären Schmerzkonferenzen teilgenommen haben. Alternativ kann die Teilnahme an 12 Sitzungen interdisziplinär besetzter Qualitätszirkel anerkannt werden. Den Qualitätszirkeln sollen mindestens drei Fachdisziplinen angehören: Ärzt*innen, Psychotherapeut*innen, Physiotherapeut*innen oder Angehörige anderer Gesundheitsfachberufe. Der/die Weiterbildungsbefugte bestätigt mit seiner/ihrer Unterschrift, dass eine solche Besetzung des Qualitätszirkels vorlag.

	Datum	Schmerzkonferenz (SK) oder Qualitätszirkel (QZ)	Unterschrift Antragsteller*in	Bestätigung der Teilnahme durch Leiter*in der Schmerzkonferenz bzw. des Qualitätszirkels
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Name und Unterschrift Weiterbildungsbefugte*r (wenn mögl. mit Stempel der Weiterbildungsstätte):

Anlage 6: Bestätigung über 40 Stunden Hospitation und deren Dokumentation	
<p>Es ist das gesamte Behandlungskonzept einer auf interdisziplinäre schmerztherapeutische Behandlung spezialisierten Einrichtung in Theorie und täglicher Praxis kennenzulernen. Die/der Antragsteller*in hat insgesamt mindestens 40 Stunden (nach Möglichkeit an 5 Tagen einer Arbeitswoche) Hospitation innerhalb einer hierfür geeigneten Einrichtung absolviert.</p>	
<p>Zeitraum der Hospitation:</p>	
<p>Einrichtung:</p>	
<p>Ort, Datum:</p>	<p>Unterschrift Antragsteller*in:</p>
<p>Name und Unterschrift Weiterbildungsbefugte*r (wenn mögl. mit Stempel der Weiterbildungsstätte):</p>	