

## Antrag auf Anerkennung der Zusatzbezeichnung „Schmerzpsychotherapeut\*in“

Im Rahmen der Weiterbildungsordnung der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz

Bitte per Fax an 06131-93055-20 oder per Post senden an:

Landespsychotherapeutenkammer RLP  
 Diether-von-Isenburg-Str. 9-11  
 55116 Mainz

Eingangsstempel:

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

<b>Beginn und Ende der Weiterbildung</b> (Dauer mind. 18 Monate)

<b>Generelle Angaben für die Zuordnung</b>	
Mitgliedsnummer:	
Name, Vorname:	
Straße, PLZ, Ort:	
Telefon und E-Mail:	Fax:
Approbation: <input type="checkbox"/> Psychologische*r Psychotherapeut*in <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in	

<b>Folgende Nachweise sind beigefügt:</b>
<input type="checkbox"/> Amtlich beglaubigte Kopie der Approbationsurkunde (sofern diese der LPK noch nicht vorliegt)
<input type="checkbox"/> Nachweis über mind. 80 Stunden theoretische Weiterbildung (bei Wahl beider Schwerpunkte 96 Stunden) (siehe Anlage 1)
<input type="checkbox"/> Nachweis über mind. 180 Stunden praktische Weiterbildung (siehe Anlage 2)
<input type="checkbox"/> Nachweis über mind. 25 Stunden Supervision (siehe Anlage 3)
<input type="checkbox"/> 6 Falldarstellungen (siehe Anlage 4)
<input type="checkbox"/> Nachweis über Teilnahme an mind. 12 interdisziplinären Schmerzkonferenzen (siehe Anlage 5)

<b>Abschluss-Erklärung:</b>	
<p>Die Weiterbildungsordnung 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 <b>gebührenpflichtig</b> ist. Die Gebühr für einen Antrag auf Erwerb einer Zusatzbezeichnung richtet sich nach dem Aufwand, beträgt jedoch mindestens 360,00 EUR.</p> <p>Nach Antragseingang wird eine Gebührenrechnung gestellt. Nach Zahlungseingang wird der Antrag bearbeitet. Die Gebühr entsteht mit Antragstellung; mithin ist die Gebühr auch zu leisten, wenn der Antrag negativ beschieden wird oder zurückgenommen wird.</p>	
Ort, Datum:	Unterschrift Antragsteller*in:

**Anlage 1: Nachweis über theoretische Weiterbildung (mind. 80 Std., bei Wahl beider Schwerpunkte 96 Std.)**

In der theoretischen Weiterbildung wurden Kenntnisse vermittelt über:

- Biopsychosoziale Grundlagen des Schmerzes, insbesondere des chronischen Schmerzes, psychologische Chronifizierungsmechanismen **(8 Stunden)**
- Medizinische Grundlagen einschließlich der Physiologie der Nozizeption, Schmerzinformationsverarbeitung, physiologische Chronifizierungsmechanismen **(8 Stunden)**
- Fallkonzeption einschließlich Anamnese, Diagnostik, Klassifikation und Dokumentation, Therapieplanung und –evaluation **(8 Stunden)**, entweder Erwachsene oder Kinder)
- Spezifische psychologische Interventionskonzepte und –verfahren, insbesondere edukative, psychophysiologische, kognitive, verhaltensbezogene sowie emotions- und konfliktbezogene Interventionen **(8 Stunden)**, entweder Erwachsene oder Kinder)
- Tiefenpsycholog. Konzepte und Therapie chronischer Schmerzen **(8 Stunden)**
- Chronische Schmerzsyndrome und ihre spezifischen Behandlungsmethoden, Physiotherapie, Medikamentenabhängigkeit, Interdisziplinarität; Kopf-, Gesichts- und Rückenschmerzen, Tumorschmerzen, neuropathischer Schmerzen, viszeraler Schmerzen, Schmerzen bei rheumatischen Erkrankungen und altersabhängiger Schmerzsyndrome **(40 Stunden)**
- Diagnostik und therapeutische Interventionen können sowohl mit Schwerpunkt Kinder/Jugendliche als auch mit Schwerpunkt Erwachsene absolviert werden und qualifizieren jeweils für den gewählten Schwerpunkt.

Gewählter Schwerpunkt:       Erwachsene               Kinder- und Jugendliche

Thema	Datum	Stundenzahl	Weiterbildungsstätte

Ort, Datum: \_\_\_\_\_      Unterschrift Antragsteller\*in: \_\_\_\_\_

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



<b>Anlage 2: Nachweis über mind. 180 Stunden praktische Weiterbildung</b>	
<p>Der/die Antragsteller*in hat mind. ein halbes Jahr in einer von der Kammer zugelassenen Weiterbildungsstätte oder in einer mit einer zugelassenen Weiterbildungsstätte kooperierenden schmerztherapeutischen Behandlungseinrichtung gearbeitet.</p> <p><i>oder:</i></p> <p>mind. 18 Monate eng kooperiert mit einer von der Kammer zugelassenen Weiterbildungsstätte oder mit einer schmerztherapeutischen Behandlungseinrichtung, die mit einer zugelassenen Weiterbildungsstätte kooperiert.</p> <p>Die praktische Weiterbildung umfasste mind. 180 Behandlungsstunden unter Supervision. Der/die Antragssteller*in hat über ein breites Spektrum von krankheitswertigen Störungen, bei denen eine Psychotherapie indiziert ist, eingehende Kenntnisse und Erfahrungen in der Behandlung von Patienten mit Schmerz erworben.</p>	
Ort, Datum:	Unterschrift Antragsteller*in:
Name u. Unterschrift Weiterbildungsbefugte*r: (wenn mögl. mit Stempel der Weiterbildungsstätte)	

<b>Anlage 3: Nachweis über mind. 25 Stunden Supervision</b>	
<p>Der/die Antragsteller*in kann mind. 25 Stunden kontinuierliche fallbezogene Supervision durch von der Kammer für den Weiterbildungsbereich „Schmerzpsychotherapie“ anerkannte Supervisoren nachweisen. Die Supervision erfolgte mind. jede 10. Therapiestunde.</p> <p>Die Supervision diente</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- der Reflexion des diagnostischen und therapeutischen Handelns im Hinblick auf die kurz- und langfristigen Behandlungsziele und</li> <li>- der Reflexion der eigenen therapeutischen Rolle, der Rolle des Schmerzpsychotherapeuten im interdisziplinären Team und der verwendeten Methoden.</li> </ul>	
Ort, Datum:	Unterschrift Antragsteller*in:
Name u. Unterschrift: für den Weiterbildungsbereich „Schmerzpsychotherapie“ anerkannte*r Supervisor*in	

<b>Anlage 4: Nachweis über 6 Falldarstellungen</b>	
<p>Der/die Antragsteller*in hat 6 supervidierte und abgeschlossene Behandlungsfälle mit Schmerzpatienten dokumentiert. Die Behandlungen wurden während der Weiterbildungszeit durchgeführt.</p> <p>Hiervon</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- wurden mind. vier Behandlungsfälle als Einzeltherapie durchgeführt</li> <li>- beziehen sich höchstens zwei Fälle ausschließlich auf Diagnostik</li> </ul> <p>Ein Behandlungsfall umfasst jeweils mindestens fünf Behandlungsstunden. Die Falldokumentation beinhaltet: Anamnese, Problemanalyse mit Diagnose, Therapieziele, Behandlungsmethode, Therapieergebnis, Reflexion.</p> <p>Die Falldarstellungen liegen dem Antrag bei.</p>	
Ort, Datum:	Unterschrift Antragsteller*in:
Name u. Unterschrift: für den Weiterbildungsbereich „Schmerzpsychotherapie“ anerkannte*r Supervisor*in oder Weiterbildungsbefugte*r	

<b>Anlage 5: Nachweis über regelmäßige Teilnahme an mind. 12 interdisziplinären Schmerzkonferenzen</b>	
<p>Der/die Antragsteller*in hat an mind. 12 interdisziplinären Schmerzkonferenzen teilgenommen.</p>	
Ort, Datum:	Unterschrift Antragsteller*in:
Name u. Unterschrift Weiterbildungsbefugte*r (wenn mögl. mit Stempel der Weiterbildungsstätte)	