

**Erhebungsbogen zum Antrag  
auf Erteilung einer Weiterbildungsberechtigung  
im Gebiet**

**Psychotherapeutische Medizin / VT**

---

A. **UMFANG DER BERECHTIGUNG**

I. **Zeitlicher Umfang** (gem. Fachliche Empfehlungen, Pkt. II, Nr. 1)

Beantragt wird die Berechtigung zur Weiterbildung

- im vollen zeitlichen Umfang von 3 Jahren <sup>1</sup>
- im eingeschränkten zeitlichen Umfang von \_\_\_\_\_ (Angabe in Monaten)  
für die Durchführung der Verhaltenstherapie im ambulanten Bereich <sup>2</sup>

II. **Berufsbegleitender Weiterbildungsteil** (gem. Fachliche Empfehlungen, Pkt. II, Nr. 2)

- Supervision von Behandlungen
- Selbsterfahrung
- Institutsgebundene theoretische Weiterbildung <sup>3</sup>

---

—

---

—

---

—

---

—

---

—

---

---

<sup>1</sup> Eine volle Weiterbildungsberechtigung im Gebiet erfordert eine Mindestzahl von 200 Patienten pro Jahr aus dem gesamten Krankheitsspektrum des Gebietes. Eine volle Weiterbildungsberechtigung kommt deshalb am ehesten als sogenannte kumulative Berechtigung für mehrere Ärzte/Ärztinnen, die im Verbund eine Weiterbildung in Psychotherapeutischer Weiterbildung anbieten, in Frage. Zur Durchführung der Weiterbildung sind für den/die in Weiterbildung befindlichen Arzt/Ärztin 20 bis 25 Psychotherapiesitzungen pro Woche notwendig.

<sup>2</sup> In der Einzelpraxis mit dafür ausreichender Zahl an Behandlungsfällen kann die Durchführung von Langzeittherapie und bis zu 20 diagnostische Untersuchungen durch einen/eine zur Weiterbildung berechtigten Arzt/Ärztin vermittelt werden (Teilberechtigung). Beantragt werden kann eine maximal 18-monatige Berechtigung.

<sup>3</sup> Kann sich ggf. auch nur auf eines der in § 4 der Berechtigungsrichtlinien nachgenannten Verfahren beziehen (**Bitte angeben**)

B. **ANGABEN ZUR PERSON:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.am: \_\_\_\_\_

Praxis- oder Klinikanschrift \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Kassenarzt Nummer: \_\_\_\_\_

Privatanschrift: \_\_\_\_\_

Anerkennung als Facharzt / Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin seit:  
\_\_\_\_\_ ( Datum der Anerkennung ) - Bitte die Anerkennungsurkunde beifügen -

ggf. weitere Anerkennungen gemäß Weiterbildungsordnung: - Bitte die

Anerkennungsurkunde beifügen -

\_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Niedergelassen als Facharzt / Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin

seit: \_\_\_\_\_ (Datum der Niederlassung) zuvor als \_\_\_\_\_

seit : \_\_\_\_\_ (Datum der Niederlassung)

Name der anerkannten Einrichtung (Weiterbildungsinstitut) in der die  
theoretische Weiterbildung stattfindet:

\_\_\_\_\_

**Bitte fügen Sie dem Antrag als gesonderte Anlage bei:**

1. einen Nachweis über die Mitarbeit an einer Weiterbildungsstätte oder an einer von der Ärztekammer zugelassenen Weiterbildungseinrichtung nach Erwerb der Gebietsbezeichnung als **Dozent** (mindestens drei Jahre) oder eine entsprechende Tätigkeit an einer vergleichbaren Einrichtung;
2. einen Nachweis über die **gegenwärtige Mitarbeit** an einer von der Ärztekammer Hamburg zugelassenen Weiterbildungseinrichtung, für die der Antrag gestellt wird;
3. einen Nachweis über eine regelmäßige und überwiegende Tätigkeit im beantragten Gebiet nach Abschluss der Weiterbildung mindestens über einen Zeitraum, der als Mindestweiterbildungszeit in der Weiterbildungsordnung vorgeschrieben ist;



#### 4. Umfang der Patientenversorgung

Durchschnittliche Fallzahl pro Quartal:

**DER GEMEINSCHAFTSPRAXIS**

Kassenpatienten: \_\_\_\_\_

Privatpatienten: \_\_\_\_\_

**DER EINZELPRAXIS**

Kassenpatienten: \_\_\_\_\_

Privatpatienten : \_\_\_\_\_

davon

des/der Antragsteller/-stellerin

Kassenpatienten: \_\_\_\_\_

Privatpatienten: \_\_\_\_\_

#### 5. Angaben zum Leistungsumfang der Praxis

Bitte fügen Sie dem Antragsformular folgende Unterlagen bei:

- ◆ Aktuelle Einzelleistungs-Statistik der Honorarabrechnung der Kassenärztlichen Vereinigung und ggf. privatärztliche Abrechnungen zum Nachweis einer mindestens dreijährigen ständigen Tätigkeit in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder Verhaltenstherapie in der Praxis
- ◆ Wochenstundenpläne, aus denen der Umfang von Erstuntersuchungen, Kurztherapien, Langzeittherapien / Verhaltenstherapien sowie ggf. analytischen Psychotherapien oder Verhaltenstherapien hervorgeht.

**6. Fachliche Schwerpunkte des/der Antragstellers/-stellerin**

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**(Detaillierte Angaben als ANLAGE 1 beifügen)**

**7. Möglichkeiten zur Fachinformation**

Angaben zur Handbibliothek:

- Fachbücher des Gebietes <sup>11</sup>
- Fachzeitschriften des Gebietes

Zugang zu Datennetzen:

- Ja
- Nein

**Genauere Aufstellung als ANLAGE 2 beifügen !**

**D. PERSÖNLICHE UND FACHLICHE EIGNUNG:**

**8. Lehrtätigkeit in Aus-, Weiter- und Fortbildung in den letzten 5 Jahren**

- Nein
- Ja (welche:)

_____
_____
_____

**9. Wissenschaftlichen Studien in den letzten 5 Jahren:**

- Nein
- Ja (welche:)

_____
_____
_____

**10. Fortbildungsnachweis der letzten 5 Jahre:**

(Bitte entsprechende Angaben auf Formblatt der Ärztekammer beifügen)

<sup>1</sup> Beschränkung auf wichtige Handbücher des Gebietes / summarische Auflistung

**11. Teilnahme an Qualitätszirkeln einschl. Intervisions - und  
Balintgruppen:**

- Nein  
 Ja (welche:)

---

---

---

**Beruflichen Werdegang als ANLAGE 3 beifügen!**

**E. BELEGARZTTÄTIGKEIT / KONSILIARTÄTIGKEIT / HEIMARZTTÄTIGKEIT:**

- Nein  
 Ja

**Name des Krankenhauses / des Heimes:**

---

\_\_\_\_\_ Bettenzahl  
\_\_\_\_\_ Behandlungsfälle pro Jahr  
\_\_\_\_\_ Zeitlicher Umfang der beleg-/konsiliarärztlichen Tätigkeit  
(Bitte Prozentsatz der Gesamtarbeitszeit angeben)

**ERMÄCHTIGUNG FÜR DIE BERUFGENOSSENSCHAFT:**

- Nein  
 Ja

Hamburg, den: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel  
des/derAntragstellers/-stellerin

**ANLAGE 1**  
PTM

**Detaillierte Angaben zu den fachlichen Schwerpunkten  
des/der Antragstellers/-stellerin**

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

---

Unterschrift/Stempel  
des/derAntragstellers/-stellerin

## Möglichkeiten zur Fachinformation

1) Angaben zur Bibliothek:

Ihre Angaben beziehen sich auf

Online-Medien  vor Ort einsehbare Medien

Fachzeitschriften des Gebietes, und zwar

International anerkannte Fachzeitschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fachbücher des Gebietes, und zwar

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2) Zugang zu Datennetzen:

Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel  
des/derAntragstellers/-stellerin

## **Beruflicher Werdegang**

1. Ärztliche Ausbildung
  
2. AiP-Ausbildung
  
- 3, Fachärztliche Weiterbildung
  
4. Zusatzqualifizierungen
  
5. Ärztliche Tätigkeiten im Ausland
  
6. Forschung und Lehre  
(ggf. Liste der Publikationen beifügen)

---

Unterschrift/Stempel  
des/derAntragstellers/-stellerin

## WICHTIGER HINWEIS

Gemäß § 8 Abs. 5 WBO ist folgendes zu beachten:

"Ändern sich in den Fällen des § 8 Abs. 5 die für die Erteilung der Weiterbildungsberechtigung maßgebend gewesenen Voraussetzungen, so ist der Umfang der Weiterbildungsberechtigung den geänderten Verhältnissen anzupassen. **Der berechnigte Arzt ist verpflichtet, der Ärztekammer Änderungen in der Struktur und Größe der Weiterbildungsstätte unverzüglich mitzuteilen.**".