

# Antrag auf Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis nach der Weiterbildungsordnung für die Psychotherapeut\*innen Bayerns

Hiermit beantrage ich die Erteilung einer Befugnis gemäß § 11 Abs. 7 der Weiterbildungsordnung für die Psychotherapeut\*innen Bayerns (WBO PT). Die WBO PT habe ich zur Kenntnis genommen.

Bitte beachten Sie, dass die Befugnis an die Weiterbildungsstätte gebunden ist.

# **Zur Person** Titel / Name / Vorname: Straße: PLZ/Ort: E-Mail: Tel.-Nr.: Mitglieds-Nr. PTK Bayern: Approbation: Psychotherapeut\*in Psychologische\*r Psychotherapeut\*in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*in Gemäß einer Weiterbildungsordnung erworbene Bezeichnung: seit: Aussteller:



## I. Die Befugnis wird wie folgt beantragt:

| 1. Gebiete (Abschnitt B der WBO PT) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |                                              |                                               |  |  |  |
|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------|--|--|--|
|                                     | ☐ Psychotherapie für Kinder und Jugendliche (KJ)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                          |                                              |                                               |  |  |  |
|                                     | ☐ Psychotherapie für Erwachsene (E)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                          |                                              |                                               |  |  |  |
|                                     | □ Neuropsychologische Psychotherapie (Neuro)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                          |                                              |                                               |  |  |  |
| 2.                                  | . Versorgungsbereiche (in 6-Monats-Schritten angeben)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                          |                                              |                                               |  |  |  |
|                                     | ☐ Ambulante Versorgung:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                          |                                              |                                               |  |  |  |
|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Monate KJ Mona           | ite E                                        | Monate Neuro                                  |  |  |  |
|                                     | □ Sta                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                          |                                              |                                               |  |  |  |
|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Monate KJ Mona           | ate E                                        | Monate Neuro                                  |  |  |  |
|                                     | □ Ins                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | titutionelle Versorgung: |                                              |                                               |  |  |  |
|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Monate KJ Mona           | ate E                                        | Monate Neuro                                  |  |  |  |
|                                     | ambulanten sowie stationären Versorgungsbereich angegeben werden. In drei Gebieten können für den institutionellen Bereich maximal 12 Mo angegeben werden. Im Gebiet Neuropsychologische Psychotherapie können b 24 Monate, maximal aber 48 Monate im ambulanten Versorgungsbereich sowi zu 12 Monate, maximal aber 36 Monate im stationären Versorgungsberangegeben werden. |                          |                                              |                                               |  |  |  |
| 3.                                  | Psyc                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | hotherapieverfahren in d | en Geb                                       | ieten (Abschnitt C der WBO PT)                |  |  |  |
|                                     | Analytische Psychotherapie (AP)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |                                              | Tiefenpsychologisch fund. Psychotherapie (TP) |  |  |  |
|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | AP – KJ                  |                                              | ТР-КЈ                                         |  |  |  |
|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | AP – E                   |                                              | TP - E                                        |  |  |  |
|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |                                              | TP - Neuro                                    |  |  |  |
|                                     | Syste                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | mische Therapie (ST)     | nische Therapie (ST) Verhaltenstherapie (VT) |                                               |  |  |  |
|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ST - KJ                  |                                              | VT - KJ                                       |  |  |  |
|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ST - E                   |                                              | VT - E                                        |  |  |  |
|                                     | П                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ST - Neuro               | П                                            | VT - Neuro                                    |  |  |  |



## Spezielle Psychotherapie bei Diabetes Spezielle Schmerzpsychotherapie Sozialmedizin Analytische Psychotherapie (AP) Tiefenpsychologisch fund. Psychotherapie (TP) AP – KJ TP - KJ AP – E TP - E Systemische Therapie (ST) Verhaltenstherapie (VT) ST - KJ VT - KJ ST - E VT - E 5. Zeitpunkt Die Erteilung der Weiterbildungsbefugnis soll ab dem folgenden Tag gelten: (Datum) Erklärungen der\*des Weiterbildungsbefugten ☐ Ich versichere, dass ich die nach § 11 Abs. 6 S. 4 WBO PT geforderte Dauer der beruflichen Tätigkeiten in den jeweiligen beantragten Gebieten, Versorgungsbereichen und/oder Bereichen erfülle. ☐ Ich versichere, dass keine gesundheitlichen Beeinträchtigungen bestehen, die meiner verantwortungsvollen Ausübung als Weiterbildungsbefugte\*r entgegenstehen. Angabe der durchschnittlichen Wochenstunden, die ich als Weiterbildungsbefugte\*r in der Weiterbildungsstätte tätig bin: \_\_\_\_\_ ☐ Ich versichere, dass die in Abschnitt B bzw. D der WBO PT aufgeführte Kompetenzvermittlung und die Richtzahlen von mir erfüllt werden.

Weiterbildungsbereiche (Abschnitt D der WBO PT)

Stand: Februar 2024

4.



### III. Einzureichende Nachweise (als Anlage) ☐ Tabellarischer Lebenslauf (Nachweis für die Dauer der Berufserfahrung) □ Nachweis zur fachlichen Eignung: ☐ Psychotherapeut\*in (§ 11 Abs. 2 WBO PT) Vorlage der Anerkennungsurkunde, aus der sich auch die Qualifikation für die jeweiligen Psychotherapieverfahren ergeben. ☐ Psychologische Psychotherapeut\*in oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*in (§ 11 Abs. 3 WBO PT) □ Nachweis der Approbation gemäß dem Psychotherapeutengesetz in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung, sofern der Kammer nicht schon mit Meldung zur Mitgliedschaft vorgelegt. Nachweise, aus denen sich die Qualifikation für die jeweiligen Psychotherapieverfahren ergeben (z. B. Arztregistereintrag, Zeugnis über die staatliche Prüfung, Anerkennung einer entsprechenden Bereichsweiterbildung, KV-Abrechnungsgenehmigung für Leistungen des entsprechenden Richtlinienverfahrens, bei Übergangsapprobierten Nachweise äquivalenter Qualifikationen) ☐ Für das Gebiet Psychotherapie für Kinder und Jugendliche alternativ Nachweis einer Zusatzqualifikation Psychologische von Psychotherapeut\*innen entsprechend der Psychotherapie-Vereinbarung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ☐ Für das Gebiet Neuropsychologische Psychotherapie zusätzlich die Vorlage Anerkennungsurkunde entsprechende der für die Zusatzbezeichnung П Nur im Falle der Beantragung einer gemeinsamen Weiterbildungsbefugnis i. S. d. § 11 Abs. 5 Satz 2 WBO PT: Nachweise über Einzelbefugnisse zur

Weiterbildung und Dokumentation der gemeinsamen Befugnis



#### IV. Selbstverpflichtungen der\*des Weiterbildungsbefugten

Mir ist bewusst, dass die Befugnis zur Weiterbildung auf sieben Jahre befristet ist und anschließend auf Antrag hin verlängert werden kann.

Mir ist bekannt, dass die mein Name in das Verzeichnis der zur Weiterbildung Befugten gemäß § 11 Abs. 9 WBO PT aufgenommen und veröffentlicht wird.

Mir ist bekannt, dass wenn oder soweit die Voraussetzungen bei Erteilung nicht gegeben waren oder nachträglich nicht mehr erfüllt sind, die PTK Bayern, darüber entscheidet, ob die Befugnis ganz oder teilweise zurückzunehmen oder zu widerrufen ist.

Mir ist bekannt, dass die Befugnis mit der Beendigung der Tätigkeit an der Weiterbildungsstätte oder mit dem Ende der Zulassung der Weiterbildungsstätte endet.

Ich versichere, nur Dozent\*innen hinzuziehen, die für die jeweiligen Weiterbildungsinhalte ausreichend qualifiziert sind.

Ich verpflichte mich, die Dokumentation, insbesondere der Gespräche mit den Weiterbildungsteilnehmer\*innen sowie der Logbücher, sicherzustellen.

Ich versichere hiermit die Richtigkeit meiner zum Antrag gemachten Angaben und die Übereinstimmung der eingereichten Kopien mit den entsprechenden Originalen. Ich verpflichte mich, bei Änderung oder Wegfall einer dieser Voraussetzungen die PTK Bayern zu informieren.



#### V. Erklärungen der Weiterbildungsstätte

| Name der Einrichtung: |     |  |  |  |  |
|-----------------------|-----|--|--|--|--|
| Kontaktdat            | en: |  |  |  |  |
| Anschrift:            |     |  |  |  |  |
| E-Mail:               |     |  |  |  |  |
| TelNr.:               |     |  |  |  |  |

Die <u>Weiterbildungsstätte</u>, bei der die\*der antragsstellende Weiterbildungsbefugte tätig ist, erklärt, dass

- die\*der Weiterbildungsbefugte in gegenüber der\*dem Weiterbildungsteilnehmer\*in die Weisungsberechtigung in Bezug auf die Weiterbildung hat.
- die\*der Weiterbildungsbefugte die Weiterbildung innerhalb der vorgegebenen Einrichtungsstrukturen nach Maßgabe der Weiterbildungsordnung persönlich leitet sowie zeitlich und inhaltlich gestaltet. Dazu wird gewährleistet, dass er\*sie den Leistungsstand der einzelnen Weiterbildungsteilnehmenden und die jeweils erworbenen Kompetenzen sowie die Behandlungsergebnisse prüft, insbesondere im Rahmen von Supervision, Visiten, Gesprächen mit den Weiterbildungsteilnehmenden und anderen Dritten, die in die Weiterbildung involviert sind sowie Entscheidungen über den Fortschritt im individuellen Weiterbildungsplan trifft.
- die fachliche Anleitung der\*des den Weiterbildungsteilnehmenden gewährleistet wird.
- für den Fall, dass die fachliche Anleitung auch durch hierfür qualifizierte Dritte erfolgt, die\*der Weiterbildungsbefugte die Qualität der fachlichen Anleitung in Bezug auf die ordnungsgemäße Durchführung der Weiterbildung sicherstellen kann.
- die\*der Weiterbildungsbefugte mit den unter Ziffer II. angegebenen durchschnittlichen Wochenstunden in der Weiterbildungsstätte tätig ist und damit in dem Umfang, der erforderlich ist, um die Aufgaben einer\*eines Weiterbildungsbefugten wahrzunehmen.
- es Vertretungsregelungen für längere Abwesenheiten der\*des Weiterbildungsbefugten gibt (z. B. Elternzeit, längere Krankheit) und bei Vertretungen eine Meldung an die Kammer erfolgt.



# VI. Antragsverlängerung bzw. Anerkennung durch eine andere Psychotherapeutenkammer

**Hinweis:** Dieser Teil des Antrags ist **nur auszufüllen**, wenn Sie eine bereits durch die PTK Bayern erteilte Weiterbildungsbefugnis nach sieben Jahren verlängern möchten (§ 11 Abs. 4 WBO PT) oder die Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis durch eine andere Psychotherapeutenkammer erfolgt ist und Sie diese von der PTK Bayern anerkennen lassen möchten.

| Die A                                     | nerkennung als Weiterbildungsbefugte*r erfolgte durch                                                                                      |  |  |  |  |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
|                                           | die PTK Bayern (Antragsverlängerung nach sieben Jahren, § 11 Abs. 4 WBO PT) eine andere Psychotherapeutenkammer (bitte Nachweise beilegen) |  |  |  |  |
| in dem <b>Gebiet</b>                      |                                                                                                                                            |  |  |  |  |
| für den <b>Versorgungsbereich</b>         |                                                                                                                                            |  |  |  |  |
| in dem/den <b>Psychotherapieverfahren</b> |                                                                                                                                            |  |  |  |  |
| in de                                     | m <b>Weiterbildungsbereich</b>                                                                                                             |  |  |  |  |



Ort, Datum Name berechtigte\*r Vertreter\*in Unterschrift berechtigte\*r Vertreter\*in der Einrichtung der Einrichtung Name berechtigte\*r Vertreter\*in Unterschrift berechtigte\*r Vertreter\*in der Einrichtung der Einrichtung Name berechtigte\*r Vertreter\*in Unterschrift berechtigte\*r Vertreter\*in der Einrichtung der Einrichtung Ort, Datum Name Weiterbildungsbefuge\*r Unterschrift Weiterbildungsbefuge\*r (Antragssteller\*in)

Ich versichere hiermit die Richtigkeit meiner zum Antrag gemachten Angaben und die

Übereinstimmung der eingereichten Kopien mit den entsprechenden Originalen.

#### Hinweis für die\*den Antragsteller\*in:

Die PTK Bayern erhebt für die Prüfung der Voraussetzungen für die **Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis Gebühren** gemäß Ziffer 3.01 des Gebührenverzeichnisses der Gebührensatzung. Die konkrete Höhe der Gebühr richtet sich nach dem jeweiligen Bearbeitungsaufwand und beträgt 200€ bis 500€.

Sollte eine ablehnende Entscheidung über einen Antrag auf einer **Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis** erfolgen, werden zusätzlich zu Ziffer 3.01 für die **Erteilung eines ablehnenden rechtsmittelfähigen Bescheids** gemäß Ziffer 3.03 des Gebührenverzeichnisses der Gebührensatzung 300€ erhoben.

Die notwendigen Auslagen, die nicht bereits in die Gebühr für die Erbringung der Leistung nach Ziffer 3.01 und Ziffer 3.03 einbezogen sind, sind gem. § 3 der Gebührensatzung zu ersetzen. Die Kosten werden am Ende des jeweiligen Verfahrens festgesetzt. Bitte warten Sie bis dahin mit der Zahlung.