

Bitte füllen Sie diese Anlage aus und fügen Sie diese dem Antrag auf Zulassung einer Weiterbildungsstätte im Bereich „Klinische Neuropsychologie“ bei. In Ihren Ausführungen bitten wir Sie insbesondere auf die kurz dargestellt Punkte einzugehen.

## **Leitfaden zur Anlage 2 zum Antrag auf Zulassung einer Weiterbildungsstätte im Bereich „Klinische Neuropsychologie“ nach der Weiterbildungsordnung der OPK**

---

### **Beschreibung des gegliederten und curricular aufgebauten Weiterbildungsprogramm der Einrichtung für den Bereich „Klinische Neuropsychologie“**

---

#### **I. Weiterbildungsstätte für den Weiterbildungsteil Klinische Tätigkeit**

##### **1. Art der Einrichtung**

*Bitte beschreiben Sie kurz Ihre Einrichtung (stationär/ambulant) inkl. personelle Ausstattung und Organisationsstruktur*

##### **2. Personelle Ausstattung**

- Anzahl neuropsychologisch tätiger Psychotherapeuten:
- Art und Anzahl sonstiger Mitarbeiter:  
(dazu zählen Lehrende, Supervisoren, Referenten, Verwaltung)

##### **3. Interdisziplinäre Zusammenarbeit: Therapiebezogene Kooperation mit anderen Einrichtungen**

*Falls Sie auf therapeutisch 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 Klinische Neuropsychologie**

Zugelassen werden können Einrichtungen, die ein breites Spektrum von Erkrankungen und Verletzungen umfassen, die psychische Störungen von Krankheitswert haben. Die Versorgung muss hierbei die neuropsychologische Diagnostik, Therapie und Rehabilitation in wesentlichen Teilen umfassen.

*Bitte beschreiben Sie das neuropsychologische Therapie- und Diagnostikangebot 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 Verweildauer/Behandlungsdauer der Patienten*

#### **5. Neuropsychologische Tätigkeit**

##### **5.1 Aufgabenbereich:**

- Welche Aufgaben umfasst die neuropsychologische Tätigkeit?
- Welche Patientenunterlagen stehen den Neuropsychologischen Mitarbeitern zur Verfügung?
- In welcher Form werden neuropsychologische Befunde abgefasst und in die Krankenunterlagen integriert?

##### **5.2 Personelle Ausstattung:**

*Nennen Sie die Anzahl der neuropsychologischen Mitarbeiter und machen Sie ggf. Angaben über die Dauer der klinisch-neuropsychologischen Berufserfahrung der einzelnen Mitarbeiter und über evtl. erworbene Zusatzqualifikationen.*

##### **5.3 Diagnostische Ausstattung:**

*Bitte nennen Sie die wesentlichen Bereiche, in denen Sie eine neuropsychologische Diagnostik durchführen und die wesentlichen der dabei verwendeten Verfahren.*

#### **5.4 Therapeutische Ausstattung:**

*Bitte stellen Sie das neuropsychologische Therapieangebot und das von Ihnen regelmäßig verwendete Repertoire an Therapiemethoden dar.*

#### **5.5 Technische und räumliche Ausstattung:**

*Bitte beschreiben Sie die technische und räumliche Ausstattung der neuropsychologischen Abteilung 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*
- *Häufigkeit und Dauer*
- *durchgeführt durch Befugte selbst bzw. hinzugezogene Supervisoren (Genehmigung durch die Kammer erforderlich)*

#### **7. Ausgestaltung der Weiterbildungsstellen**

*Bitte stellen Sie dar, in welcher Form Sie die Weiterbildungsstelle(n) zum Klinischen Neuropsychotherapeuten einrichten können:*

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

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

## **II. Weiterbildungsstätte für den Weiterbildungsteil Theorie**

Als Weiterbildungsstätten kommen gemäß § 6 Abs. 2 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 Referenten*
- *Qualifikation der Referenten*

### **3. Ausübung von Psychotherapie**

*Inwieweit wird in Ihrer Einrichtung Klinische Neuropsychologie ausgeübt?*

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

### **4. Räumliche Ausstattung**

*Bitte beschreiben Sie die räumlichen Begebenheiten der Theoretischen Ausbildungsstätte.*

### **5. Materielle Ausstattung**

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

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

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