

## Zertifikat „nicht-invasive und nicht-krampfbewegende transkranielle Hirnstimulationsverfahren (engl. non-invasive brain stimulation – NIBS) in der Therapie psychischer Störungen“

Die DGHP vergibt auf Antrag ein Zertifikat „nicht-invasive und nicht-krampfbewegende transkranielle Hirnstimulationsverfahren (engl. NIBS) in der Therapie psychischer Störungen“.

In Anbetracht des hohen Prozentsatzes von therapieresistenten Verläufen psychischer Erkrankungen auf psychopharmakologische Mono- oder Kombinationstherapien sowie Psychotherapie erweitern transkranielle Hirnstimulationsverfahren (engl. NIBS) das Spektrum der Behandlungsmöglichkeiten. Die NIBS stellen weder Bestandteil der Facharzt-Weiterbildung, noch einer anderen Zusatzqualifikation dar, dennoch werden die Verfahren bereits in vielen Kliniken und Praxen eingesetzt. Die Vergabe des Zertifikates soll einen Beitrag zu einer Verbesserung der Anwendung der NIBS in der Behandlung und zur Verbesserung der Versorgungsqualität von Patienten mit schweren, z.T. therapieresistenten psychischen Erkrankungen leisten.

Das Zertifikat umfasst nicht-invasive Stimulationsverfahren im engeren Sinne, bezieht sich auf die transkranielle Magnetstimulation (TMS) und die transkranielle Gleichstromstimulation (engl. transcranial direct current stimulation – tDCS).

## Anforderungen:

Die Vergabe des Zertifikates ist an folgende Bedingungen geknüpft:

- Antragsteller müssen über eine Facharztanerkennung in einem der u.g. Gebiete verfügen:
  - Fachärztin/-arzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder
  - Fachärztin/-arzt für Neurologie und Psychiatrie bzw. Nervenheilkunde
- Nachweis von:
  - Fortbildungsinhalten in NIBS
  - regelmäßiger Anwendung von NIBS unter fachlicher Supervision

Die Behandlung mit NIBS soll i.R. einer Festanstellung oder einer Hospitation in einem Fachkrankenhaus oder einer Universitätsklinik geleistet werden. Über die Anrechenbarkeit anderer Settings kann im Einzelfall auf Antrag entschieden werden.

- Gefordert ist ein Nachweis theoretischer Kenntnisse über
  - die Teilnahme an mindestens 2 Jahrestagungen oder vergleichbarer Veranstaltungen sowie an 2 Workshops (davon mind. 1 Workshop der DGHP, anerkannt werden auch Workshops anderer Veranstalter z. B. DGPPN, DGKN, Magstim Neuroscience Conferences – examination school Oxford, Mag & More TMS Tage etc.). Im Falle von Hersteller Workshops ist das Programm mit den jeweiligen Referenten einzureichen
  - dabei sollen folgende Inhalte vermittelt worden sein:
    - allgemeine Grundlagen der NIBS: z.B. Neuroanatomie stimulationsrelevanter Hirnareale; Neurobiologie und Neuropathologie psychischer Erkrankungen; Anwendungsgebiete der NIBS.
    - spezielle Grundlagen der NIBS: z.B. physikalische Grundlagen und technische Voraussetzungen der NIBS; Prinzip der Neuronavigation; Stimulationsprotokolle und Erfolgs-Prädiktoren; Neurobiologische Effekte, Nebenwirkungen, Kontraindikationen und Sicherheit.

- weiterhin ist ein Nachweis der selbständig erbrachten NIBS-Anwendung unter Supervision der Behandlung und Dokumentation von 30 Patienten mit einem der genannten Verfahren erforderlich.
- Antragsteller müssen nachweisen, dass sie die Gebühr für die Bearbeitung ihres Antrages in Höhe von 150€ auf folgendes Konto:

Empfänger: DGHP

Bank: HypoVereinsbank, UniCredit Bank AG, Filiale Regensburg

IBAN: DE19750200730018585030

BIC: HYVEDEMM447

entrichtet haben.

Ein Anspruch auf Rückerstattung bei begründeter Ablehnung des Antrages besteht nicht.

### **Zertifizierungsverfahren**

Alle Antragsteller erhalten eine Bestätigung des Eingangs ihres Antrages und innerhalb von drei Monaten einen Bescheid. Der Zertifizierungsausschuss kann den Antrag annehmen oder ablehnen oder die Vorlage weiterer Nachweise fordern oder den Antragsteller zu einem kollegialen Fachgespräch über die Inhalte der Fortbildung in den NIBS einladen. Gegen die Ablehnung des Antrages kann Einspruch eingelegt werden. Gegen eine erneute Ablehnung des Antrages ist kein Einspruch möglich. Ein Rechtsanspruch auf Erteilung des Zertifikates besteht nicht.

Zur Beurteilung der eingehenden Anträge bildet die DGHP einen Zertifizierungsausschuss, dessen Mitglieder vom Vorstand benannt werden. Jeden Antrag prüfen mindestens zwei Mitglieder des Ausschusses; Zweifelsfälle sind im Ausschuss zu beraten.

Alle Zertifikatinhaber können auf der Homepage der DGHP auf Wunsch namentlich genannt werden.

## **Erforderliche Unterlagen**

Der Antrag auf Erteilung des Zertifikats ist ausschließlich per E-Mail an die DGHP zu richten (info@dghp-online.de).

Dem Antrag sind folgende Unterlagen, unbedingt als pdf-Files, beizufügen:

- Approbationsurkunde
- Facharzt- Anerkennung
- Curriculum vitae
- Nachweis der selbständig erbrachten NIBS-Anwendung unter Supervision der Behandlung und Dokumentation von 30 Patienten mit einem der genannten Verfahren
  - bei Chefarzten oder niedergelassenen Ärzten durch Selbsterklärung (Anlage 1 a/b)
  - bei angestellten Ärzten in Form eines Zeugnisses des Chefarztes/Facharztes mit Weiterbildungsbefugnis (Anlage 2).

Das Zeugnis (Anlage 2: Musterzeugnis) soll eine ausführliche Stellungnahme zur bzw. Beschreibung der fachlichen Eignung für die NIBS enthalten. Außerdem muss ersichtlich sein, wie die Behandlung mit den NIBS in der Struktur der Institution, an der die Fort- und Weiterbildung abgeleistet wurde (Klinik, Facharztpraxis etc.), verankert ist.

- Nachweis der Teilnahme an mindestens zwei Jahrestagungen der DGHP inklusive der Workshops bzw. umfänglich vergleichbaren Veranstaltungen
- Nachweis der Bezahlung der Bearbeitungsgebühr

## **Gültigkeit des Zertifikates**

Nach Ausstellung ist das Zertifikat über den Zeitraum von 5 Jahren gültig.

Nachträglich kann eine Verlängerung für jeweils wiederum 5 Jahre Gültigkeit beantragt werden. Hierfür sind der Nachweis der Teilnahme an jährlichen Fortbildungsveranstaltungen zu der Thematik sowie der Nachweis von selbst erbrachten Behandlungen oder Supervisionen erforderlich.

Der Vorstand der DGHP, Juni 2015, Neufassung November 2018

## ANLAGEN

Checkliste

Anlage 1a: Selbsterklärung für Chefärzte

Anlage 1b: Selbsterklärung für Niedergelassene

Anlage 2: Musterzeugnis

## **Checkliste**

### **Zertifikat „nicht-invasive und nicht-krampfbewegende transkranielle Hirnstimulationsverfahren (engl. non-invasive brain stimulation – NIBS) in der Therapie psychischer Störungen“**

Nachweise als PDF-Datei an die DGHP (info@dghp-online.de):

- Approbationsurkunde
- Facharzturkunde (für Psychiatrie und Psychotherapie / für Neurologie und Psychiatrie / für Nervenheilkunde)
- Lebenslauf
- Teilnahmebescheinigungen an Fortbildungsveranstaltungen (z.B. mind. 2 Jahrestagungen der DGHP inklusive der Workshops, bzw. Veranstaltungen vergleichbaren Umfangs)
- Selbstausskunft bei Chefärzten oder niedergelassenen Ärzten über die selbständige Anwendung der NIBS unter Supervision an 30 Patienten (Anlage 1 a / 1 b)
- Zeugnis des Chefarztes / Weiterbildungsermächtigten bei angestellten Ärzten (Anlage 2)
- Eingangsbestätigung Bearbeitungsgebühr an die DGHP in Höhe von 150€

## Anlage 1 a

### Selbstauskunft für Chefärzte

**Auskunft zu den theoretischen Lehrinhalten und zur Diagnostik und Therapie für das DGHP- Zertifikat „nicht-invasive und nicht-convulsive transkranielle Hirnstimulationsverfahren in der Therapie psychischer Störungen (eng. NIBS)“**

---

---

---

(Name)

Zur Erteilung des Zertifikates ist ein Nachweis theoretischer Kenntnisse gefordert über:

Allgemeine und Spezielle Grundlagen der NIBS.

Hierfür ist die Vorlage aussagefähiger Belege erwünscht, jedoch ist während der Übergangsperiode (2015-2017) - als Ersatz für den Nachweis von vor Inkrafttreten des Zertifikats abgeleisteten Stunden theoretischer Fortbildung in Kursen und Seminaren - eine Selbstauskunft ausreichend. Diese muss umfassen:

- Eine zusammenfassende Darstellung der Fortbildungsthemen,
- ungefährender Stundenumfang,
- Teilnahmebescheinigungen (z.B. zwei DGHP-Jahrestagungen und Workshops / o.ä.)

**Diagnostik und Therapie von 30 Patienten, die unter Supervision mit einem Hirnstimulationsverfahren eigenständig behandelt wurden**

Anmerkung: bitte aufschlüsseln, welche Erkrankungen behandelt wurden und welche Stimulationsprotokolle zur Anwendung kamen

---

---

---

---

Datum

---

Unterschrift



## Anlage 1 b

Selbstauskunft für Niedergelassene

**Auskunft zu den theoretischen Lehrinhalten und zur Diagnostik und Therapie für das DGHP- Zertifikat „nicht-invasive und nicht-convulsive transkranielle Hirnstimulationsverfahren in der Therapie psychischer Störungen (eng. NIBS)“**

---

---

(Name)

Zur Erteilung des Zertifikates ist ein Nachweis theoretischer Kenntnisse gefordert über:

Allgemeine und Spezielle Grundlagen der nicht-invasiven Hirnstimulationsverfahren.

Hierfür ist die Vorlage aussagefähiger Belege erwünscht, jedoch ist während der Übergangsperiode (2015-2017) - als Ersatz für den Nachweis von vor Inkrafttreten des Zertifikats abgeleisteten Stunden theoretischer Fortbildung in Kursen und Seminaren - eine Selbstauskunft ausreichend. Diese muss umfassen:

- Eine zusammenfassende Darstellung der Fortbildungsthemen,
- ungefährender Stundenumfang,
- Teilnahmebescheinigungen (z.B. zwei DGHP-Jahrestagungen und Workshops / o.ä.)

**Diagnostik und Therapie von 30 Patienten, die unter Supervision mit einem Hirnstimulationsverfahren eigenständig unter Supervision behandelt wurden**

Anmerkung:

bitte aufschlüsseln, welche Erkrankungen behandelt wurden und welche Stimulationsprotokolle zur Anwendung kamen

---

---

---

---

Datum

---

Unterschrift

## Anlage 2

Musterzeugnis

Kopfbogen der Einrichtung

### **Musterzeugnis zum Erwerb des DGHP-Zertifikats „nicht-invasive und nicht-konvulsive transkranielle Hirnstimulationsverfahren in der Therapie psychischer Störungen (engl. NIBS)“**

Herr/Frau Dr. med. xxx, geboren am xxxx hat sich in der von mir geleiteten Abteilung der xxx Klinik in xxx in „nicht-invasiven und nicht-konvulsiven transkraniellen Hirnstimulationsverfahren in der Therapie psychischer Störungen“ fort- und weitergebildet.

Er/sie war im Zeitraum von xxx bis xxx in meiner Abteilung vollzeitig tätig/teilzeitbeschäftigt

(Beschäftigungsumfang xx %).

Die xxx Klinik in xxx ist ein Fachkrankenhaus für xxx mit xxx. Menschen mit psychischen Erkrankungen. Pro Jahr werden hier etwa xxx Patienten stationär aufgenommen. Die Klinik verfügt über ein neurophysiologisches Labor / neurophysiologische Therapieeinheit. Der/die Unterzeichner/in verfügt über die Ermächtigung für die Weiterbildung in xxx für xxx Jahre.

### **Alternativ: Darstellung eines anderen, evtl. davon abweichenden Settings.**

Herr/Frau Dr. med. hat gemäß beigefügter Auflistung die für das DGHP-Zertifikat „nicht-invasive und nicht-konvulsive transkranielle Hirnstimulationsverfahren in der Therapie psychischer Störungen“ geforderten Theorieveranstaltungen besucht und die geforderten Patientenbehandlungen durchgeführt.

---

Datum

---

Unterschrift des Chefarztes/Facharztes mit  
Weiterbildungsbefugnis