



Deutsche Gesellschaft für
Hirnstimulation
in der Psychiatrie e.V.

Zertifikat „nicht-invasive und nicht-convulsive transkranielle Hirnstimulationsverfahren in der Therapie psychischer Störungen“

Die Deutsche Gesellschaft für Hirnstimulation in der Psychiatrie (DGHP) vergibt auf Antrag und unter festgelegten Bedingungen ein Zertifikat „nicht-invasive und nicht-convulsive transkranielle Hirnstimulationsverfahren (non-invasive brain stimulation - NIBS) in der Therapie psychischer Störungen“.

In den letzten Jahren haben Technologien zur nicht-invasiven Hirnstimulation, und hier insbesondere die repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS) und die transkranielle Gleichstromstimulation (tDCS), weltweit viel Aufmerksamkeit als wirksames Therapieverfahren erhalten.

Zusätzlich stellen die NIBS einen wesentlichen Bestandteil im Curriculum der Facharztweiterbildung dar und werden 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 der Versorgungsqualität von Patient*innen mit psychischen Erkrankungen leisten. Das Zertifikat dient ausschließlich der Qualitätssicherung, es ist **nicht** rechtsverbindlich hinsichtlich z.B. Anwendung oder Abrechnung.

Das Zertifikat umfasst nicht-invasive Stimulationsverfahren im engeren Sinne und bezieht sich auf die rTMS und die tDCS.

Anforderungen:

Die Vergabe des Zertifikates ist an folgende Bedingungen geknüpft:

- Der/die Antragsteller*in muss über eine Anerkennung in einem der genannten Gebiete verfügen:
 - o Fachärztin/-arzt für Psychiatrie und Psychotherapie
 - o Fachärztin/-arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
 - o Fachärztin/-arzt für Neurologie und Psychiatrie bzw. Nervenheilkunde
 - o Fachärztin/-arzt für Neurologie
 - o Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut bzw. Fachpsychotherapeutin/Fachpsychotherapeut
 - Nachweis von:
 - o regelmäßiger Anwendung von NIBS
 - o praktischen Kenntnissen und Fortbildungsinhalten in NIBS
 - praktische Kenntnisse und Fortbildungsinhalte werden nachgewiesen durch:
 - die Teilnahme an mindestens einem Workshop (mindestens 3 Zeitstunden Hands-On) mit Kenntnisprüfung (zum Beispiel im Rahmen der DGHP-Jahrestagung, DGKN-Zertifizierungskurs oder einer vergleichbaren Veranstaltung). Im Falle von Hersteller Workshops ist das Programm und Informationen zur Hands-On-Zeit und zur Kenntnisprüfung 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, technische Voraussetzungen der NIBS; Prinzip der Neuronavigation; Stimulationsprotokolle und Erfolgs-Prädiktoren; Neurobiologische Effekte, Nebenwirkungen, Kontraindikationen und Sicherheit.

o selbständig erbrachte NIBS-Anwendung und Dokumentation von 50 Patienten mit einem der genannten Verfahren.

- Antragsteller*innen müssen nachweisen, dass sie die Gebühr für die Bearbeitung ihres Antrages in Höhe von 150€ auf folgendes Konto entrichtet haben:

Empfänger: DGHP

Bank: Sparkasse Regensburg

IBAN: DE44 7505 0000 0027 6205 41

BIC: BYLADEM1RBG

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

Zertifizierungsverfahren

Alle Antragsteller*innen 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/die Antragsteller*in 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.

Alle Zertifikatinhaber*innen 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:

- für Ärztinnen/Ärzte: Approbationsurkunde und Facharzt-Anerkennung
- für Psychologinnen/Psychologen: Approbationsurkunde zum Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut oder entsprechend dem Psychotherapeuten-Ausbildungsreformgesetz Approbationsurkunde und Fachpsychotherapeut-Anerkennung
- tabellarischer Lebenslauf
- Nachweis der selbständig erbrachten NIBS-Anwendung und Dokumentation von 50 Patient*innen mit einem der genannten Verfahren
 - o bei Chefärztinnen/Chefärzten oder niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten und Psychotherapeut*innen durch Selbsterklärung (Anlage 1 a/b)
 - o bei angestellten Ärztinnen/Ärzten und Psychotherapeutinnen /Psychotherapeuten in Form eines Zeugnisses der/des verantwortlichen Chefärztin/Chefarztes/Oberärztin/Oberarztes (Anlage 2).

Das Zeugnis (Anlage 2: Musterzeugnis) soll eine ausführliche Stellungnahme über die fachliche 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 einer Jahrestagung der DGHP inklusive des Workshops bzw. umfänglich vergleichbaren Veranstaltungen
- Nachweis der Bezahlung der Bearbeitungsgebühr

Gültigkeit des Zertifikates

Nach Ausstellung ist das Zertifikat zeitlich unbegrenzt gültig.

Bei einem Wechsel der Institution ist die DGHP zu informieren um eine lückenlose Übertragung des Zertifikats durch den Vorstand der DGHP zu prüfen.

Der Vorstand der DGHP, Juni 2015, Neufassung Januar 2024

ANLAGEN

Checkliste

Anlage 1a: Selbsterklärung für Chefärztinnen/Chefärzte Anlage 1b: Selbsterklärung für

Niedergelassene Anlage 2: Musterzeugnis

Checkliste

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

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

- für Ärztinnen/Ärzte: Approbationsurkunde und Facharzt-Urkunde (für Psychiatrie und Psychotherapie / für Neurologie und Psychiatrie / für Nervenheilkunde)
- für Psychologinnen/Psychologen: Approbationsurkunde zum Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut oder entsprechend dem Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz Approbationsurkunde und Fachpsychotherapeut-Anerkennung
- tabellarischer Lebenslauf
- Teilnahmebescheinigungen an Fortbildungsveranstaltungen (z.B. mind. 1 Jahrestagung der DGHP inklusive des Workshops, bzw. Veranstaltungen vergleichbaren Umfangs)
- Selbstauskunft bei Chefärztinnen/Chefärzten oder niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten/Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten über die selbständige Anwendung der NIBS unter Supervision an 50 Patientinnen/Patienten (Anlage 1a/1b)

- Zeugnis der/des Chefärztin/Chefarztes/Oberärztin/Oberarztes bei angestellten Ärztinnen/Ärzten bzw. Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten (Anlage 2)
- Eingangsbestätigung Bearbeitungsgebühr an die DGHP in Höhe von 150€

Anlage 1a

Selbstauskunft für Chefärztinnen/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 (NIBS)“

(Name)

Diagnostik und Therapie von 50 Patientinnen/Patienten, die mit einem Hirnstimulationsverfahren eigenständig behandelt wurden

Nr.	Diagnose	Behandlungsparameter	Kontraindikationen, Nebenwirkungen	Therapieerfolg
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				

22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				
31.				
32.				
33.				
34.				
35.				
36.				
37.				
38.				
39.				
40.				
41.				
42.				
43.				
44.				
45.				
46.				
47.				
48.				
49.				
50.				

Datum

Unterschrift Chefärztin/Chefarzt

Anlage 1b

Selbstauskunft für Niedergelassene Ärztinnen/Ärzte oder
Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten

**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 (NIBS)“**

(Name)

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

Allgemeine und Spezielle Grundlagen der nicht-invasiven Hirnstimulationsverfahren.

- Eine zusammenfassende Darstellung der Fortbildungsthemen,
- ungefährender Stundenumfang,
- Teilnahmebescheinigungen (z.B. DGHP-Jahrestagung und

Workshops / o.ä.)

**Diagnostik und Therapie von 50 Patientinnen/Patienten, die mit einem Hirnstimulationsverfahren
eigenständig behandelt wurden**

Nr.	Diagnose	Behandlungsparameter	Kontraindikationen, Nebenwirkungen	Therapieerfolg
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				

16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				
31.				
32.				
33.				
34.				
35.				
36.				
37.				
38.				
39.				
40.				
41.				
42.				
43.				
44.				
45.				
46.				
47.				
48.				
49.				
50.				

Datum

Unterschrift

Anlage 2

Musterzeugnis

Kopfbogen der Einrichtung

Musterzeugnis zum Erwerb des DGHP-Zertifikats „nicht-invasive und nichtkonvulsive transkranielle Hirnstimulationsverfahren in der Therapie psychischer Störungen (NIBS)“

Herr/Frau xxxxxxxx, 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 xxxxxxxx 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 der/Chefärztin/Chefarztes/Fachärztin/Facharztes mit Weiterbildungsbefugnis