



LEITFADEN ZUR ANERKENNUNG DER PSYCHOONKOLOGISCHEN FACHQUALIFIKATION

Zu erfüllende Rahmenbedingungen für die Anerkennung der psychoonkologischen Fachqualifikation:

1. *Quellenberuf*: Ärzt:innen, Klinische Psycholog:innen und Psychotherapeut:innen mit der Befähigung zur selbstständigen Berufsausübung
2. *Psychoonkologische Tätigkeit*: mindestens 10 Jahre, davon mindestens 2 Jahre in einer stationären Einrichtung (Akutkrankenhaus mit onkologischem Schwerpunkt, Rehabilitation mit onkologischem Schwerpunkt) oder mit onkologischen Patient:innen in einem institutionellen Rahmen, die den Erwerb praktisch fachlicher Kompetenz sicherstellen.
3. *Supervision, Intervision, Selbsterfahrung*: mindestens 40 Einheiten (á 45min) bei Supervisor:innen/Intervisor:innen mit psychoonkologischer Expertise
4. *Medizinisch-onkologische Fort- und Weiterbildung*: mindestens 40 Einheiten (á 45min), Inhalte entsprechend dem ÖPPO-Curriculum:
z.B. grundlegendes onkologisches Wissen über die häufigsten Krebserkrankungen (Mamma-, Bronchial-, Prostatakarzinom, gastrointestinale Tumore, systemische Erkrankungen) und Behandlungen, sowie damit einhergehende psychosoziale Belastungen, grundlegendes onkologisches Wissen über weitere Krebserkrankungen (z. B. Nierenkrebs, weitere gynäkologische Tumore, Kopf-Hals-Karzinome, Hirntumore), Onkogenese, kritische Diskussion psychosomatischer Ätiologien, Schmerz und interdisziplinäre Schmerzbehandlung, Sport und Bewegung, Rehabilitation, Rückkehr zur Arbeit, Palliativbehandlung, Hospiz, (ärztl.) Kommunikation, Sozialrecht, soziale Folgen, Dokumentation, Qualitätssicherung
5. *Psychoonkologische Fort- und Weiterbildung*: mindestens 40 Einheiten (á 45min); Inhalte entsprechend dem ÖPPO-Curriculum:
z.B. Gesprächsführung, Psychosoziale Belastungen, Krankheitsverarbeitung, psychische Komorbidität, Trauer, Depression, Angst, Trauma, Lebensqualität, Survivorship, Psychodiagnostik, Screeningverfahren, Indikationen zur psychoonkologischen Intervention, Krisenintervention, psychotherapeutische Verfahren mit nachgewiesener Wirksamkeit bei Tumorpatienten und Angehörigen, Psychoedukation, Gruppenprogramme, Entspannungsverfahren, systemische und Familieninterventionen, Burnout, Fatigue, Selbsthilfe, Körpererleben, spezifische psychoonkologische Ansätze (z.B. sinnbasierte Ansätze, Interventionen bei behandlungsassoziierten Symptomen,



ÖPPO
Österreichische Plattform
für Psychoonkologie

bestimmten Erkrankungen oder Zielgruppen), künstlerische Therapien, imaginative Verfahren, Spiritualität

ÖPPO – Österreichische Plattform für Psychoonkologie
Psychoonkologische Ambulanz
der Universitätsklinik für Psychiatrie II
Anichstraße 35, A-6020 Innsbruck

Telefon: 0512/504-23691 | E-Mail: anfrage@oeppo.com

Kontoverbindung: IBAN: AT53 2040 4000 0004 7894 | BIC: SBGSAT2SXXX
Salzburger Sparkasse, lautend auf: ÖPPO



Einzureichende Unterlagen zur Beantragung der Anerkennung:

- ✓ Nachweis aktiver ÖPPO Mitgliedschaft mittels Einzahlungsbeleg
- ✓ Ausgefülltes und unterzeichnetes Rasterzeugnis
- ✓ Belege zu Quellenberuf, Tätigkeitsnachweise (Dienstzeugnisse, Dienstvertrag, oder Versicherungszeitenauszug), Supervision, Intervention, Selbsterfahrung, Fort- und Weiterbildungen (inkl. Literaturstudium, max. 20%)
- ✓ Gegebenenfalls Belege zur eigenen Vortrags- und Lehrtätigkeit
- ✓ Gegebenenfalls Belege zur eigenen facheinschlägigen Dissertation oder zu Publikationen
- ✓ Lebenslauf
- ✓ Motivation/Beweggründe für die Antragstellung (2-Zeiler im Anschreiben)

Übermittlung in elektronischer Form

an: office@m-amon.at (Mag. Martina Amon)

cc: monika.sztankay@tirol-kliniken.at (Mag. Monika Sztankay, PhD)

Die Begutachtung findet im 4-Augenprinzip durch Mitglieder des ÖPPO-Vorstandes nach Eingang der vollständigen Unterlagen statt. Derzeit findet eine Durchsicht und Anerkennung einmal im Quartal statt. Stichtage sind 1.2., 1.5., 1.8. und 1.11. des jeweiligen Kalenderjahres.

Die mit der Anerkennung verbundenen Kosten belaufen sich aktuell auf 350€.

Bei positivem Ausgang Ihrer Unterlagensichtung ersuchen wir Sie um Überweisung des genannten Betrages auf folgende Kontoverbindung:

ÖPPO

Salzburger Sparkasse

IBAN: AT53 2040 4000 0004 7894

BIC: SBGSAT2SXXX

Verwendungszweck: ÖPPO Anerkennung

(bei zusätzlich notwendiger Einzahlung des Mitgliedsbeitrages von 45€ für 2023)

Verwendungszweck: ÖPPO Mitgliedsbeitrag 2023)

Nach Zahlungseingang erhalten Sie Ihre schriftliche Bestätigung zur Anerkennung Ihrer psychoonkologischen Fachqualifikation.



RASTERZEUGNIS ÖPPO-ANERKENNUNG

Herr/Frau

Titel: **Vorname:** **Nachname:**

Geburtsdatum:

Adresse:

Tel.:

E-Mail.:

Voraussetzungen	Bezeichnung von Arbeitgeber, Praxisadresse, Fortbildungsträger oder Super-/IntervisorIn,	Berufstätigkeit oder Fortbildungsinhalt, Supervision, Intervention, Selbsterfahrung, inkl. Zeitraum	Gesamtstunden bzw. Einheiten
Quellenberuf: Ärzt:innen, Klinische Psycholog:innen und Psychotherapeut:innen	Ggf. Fortbildungsträger	Abschluss der Ausbildung oder Eintragsdatum in den Gesundheitsberuferegister (zB Link)	-
Psychoonkologische Tätigkeit: mindestens 10 Jahre, davon mindestens 2 Jahre stationär/institutionell	Arbeitgeber, Ort	2-Zeiler zu psychoonkologischer Tätigkeit und Aufgabenspektrum, xx/xxxx-xx/xxxx	xx Wochenstunden oder xxx Gesamtstunden
	Ggf. niedergelassene Praxis, Adresse, Homepage etc.		
Supervision, Intervention, Selbsterfahrung: mind. 40 Einheiten	Name, Adresse der Supervisor:in, Therapeut:in bzw. der Interventionsteilnehmer:innen	Fall-/Teamsupervision oder Selbsterfahrung, ggf. therapeutische Ausrichtung	xx Einheiten



Medizinisch-Onkologische Fort- und Weiterbildung: mindestens 40 Einheiten	Fortbildungsträger	Fortbildungsbezeichnung, 2-Zeiler zu Fortbildungsinhalten xx.xx.xxxx	x Einheiten
		Literaturstudium, 2-Zeiler zu Inhalten (Beleg z.B. Literaturverzeichnis einer Abschlussarbeit), Zeitraum	
Psychoonkologische Fort- Und Weiterbildung: mindestens 40 Einheiten	Fortbildungsträger	Fortbildungsbezeichnung, 2-Zeiler zu Fortbildungsinhalten, xx.xx.xxxx	x Einheiten
		Literaturstudium, 2-Zeiler zu Inhalten (Beleg z.B. Literaturverzeichnis einer Abschlussarbeit), Zeitraum	

Name in Blockschrift

Unterschrift

Datum

Mit meiner Unterschrift bestätige ich Richtigkeit und Vollständigkeit der gemachten Angaben.