

**Antrag auf Feststellung der Qualifikation als Supervisor\*in und/oder Selbsterfahrungsleiter\*in**  
(Version 04.2025)

Hinweis: Im jeweils rechten Feld des gesamten Antrags entweder ankreuzen oder ausfüllen, was Sie beantragen.

Grundlage: Weiterbildungsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (WBO Pt).

**Ich beantrage die Feststellung der Qualifikation als**

Supervisor\*in  
☐

Selbsterfahrungsleiter\*in  
☐

**1. Persönliche Angaben**

|                                                                     |  |
|---------------------------------------------------------------------|--|
| Mitgliedsnummer in der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes (PKS) |  |
| Titel,<br>Vorname,<br>Name<br>Anschrift<br>Telefonnummer<br>E-Mail  |  |

**Approbation als**

Psychologische\*r Psychotherapeut\*in ☐  
 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*in ☐  
 Fachpsychotherapeut\*in für Erwachsene ☐  
 Fachpsychotherapeut\*in für Kinder und Jugendliche ☐  
 Fachpsychotherapeut\*in für Neurologische Psychotherapie ☐  
 Ärztin / Arzt ☐

**Ich verfüge über die folgende(n) Fachkunden bzw. Zusatzbezeichnungen**

Klinische Neuropsychologie ☐  
 Spezielle Psychotherapie bei Diabetes ☐  
 Spezielle Schmerzpsychotherapie ☐  
 Sozialmedizin ☐  
 Analytische Psychotherapie Kinder und Jugendliche ☐  
 Analytische Psychotherapie Erwachsene ☐  
 Systemische Psychotherapie Kinder und Jugendliche ☐  
 Systemische Psychotherapie Erwachsene ☐  
 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie Kinder und Jugendliche ☐  
 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie Erwachsene ☐  
 Verhaltenstherapie Kinder und Jugendliche ☐  
 Verhaltenstherapie Erwachsene ☐  
 Gesprächspsychotherapie Erwachsene ☐

**Ich verfüge über die folgende(n) Fachkunden bzw. Zusatzbezeichnungen – Fachpsychotherapeut\*in, Ärztin/Arzt**

|                                                                     |                          |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Spezielle Psychotherapie bei Diabetes                               | <input type="checkbox"/> |
| Spezielle Schmerzpsychotherapie                                     | <input type="checkbox"/> |
| Sozialmedizin                                                       | <input type="checkbox"/> |
| Analytische Psychotherapie Kinder und Jugendliche                   | <input type="checkbox"/> |
| Analytische Psychotherapie Erwachsene                               | <input type="checkbox"/> |
| Systemische Psychotherapie Kinder und Jugendliche                   | <input type="checkbox"/> |
| Systemische Psychotherapie Erwachsene                               | <input type="checkbox"/> |
| Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie Kinder und Jugendliche | <input type="checkbox"/> |
| Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie Erwachsene             | <input type="checkbox"/> |
| Verhaltenstherapie Kinder und Jugendliche                           | <input type="checkbox"/> |
| Verhaltenstherapie Erwachsene                                       | <input type="checkbox"/> |
| Gesprächspsychotherapie Erwachsene                                  | <input type="checkbox"/> |

Sonstige, und zwar: \_\_\_\_\_

Sonstige, und zwar: \_\_\_\_\_

**Ich verfüge über die Befähigung zur Durchführung von Gruppentherapie**

|                                                                     |                          |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Analytische Psychotherapie Kinder und Jugendliche                   | <input type="checkbox"/> |
| Analytische Psychotherapie Erwachsene                               | <input type="checkbox"/> |
| Systemische Psychotherapie Kinder und Jugendliche                   | <input type="checkbox"/> |
| Systemische Psychotherapie Erwachsene                               | <input type="checkbox"/> |
| Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie Kinder und Jugendliche | <input type="checkbox"/> |
| Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie Erwachsene             | <input type="checkbox"/> |
| Verhaltenstherapie Kinder und Jugendliche                           | <input type="checkbox"/> |
| Verhaltenstherapie Erwachsene                                       | <input type="checkbox"/> |

**2. Die Feststellung der Qualifikation wird die folgende(n) Weiterbildungen beantragt**

|                                                                                 |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Analytische Psychotherapie Kinder und Jugendliche                               | <input type="checkbox"/> |
| Analytische Psychotherapie Erwachsene                                           | <input type="checkbox"/> |
| Systemische Psychotherapie Kinder und Jugendliche                               | <input type="checkbox"/> |
| Systemische Psychotherapie Erwachsene                                           | <input type="checkbox"/> |
| Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie Kinder und Jugendliche             | <input type="checkbox"/> |
| Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie Erwachsene                         | <input type="checkbox"/> |
| Verhaltenstherapie Kinder und Jugendliche                                       | <input type="checkbox"/> |
| Verhaltenstherapie Erwachsene                                                   | <input type="checkbox"/> |
| Neurologische Psychotherapie (WBO Pt) / Klinische Neuropsychologie /WBO PP/KJP) | <input type="checkbox"/> |
| Sozialmedizin (hier: Supervision)                                               | <input type="checkbox"/> |

### 3. Nachweise

| # |                                                                                                                    |   |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
|   | Kopie der Approbationsurkunde                                                                                      | O |
|   | PP/KJP<br>Nachweis über die Fachkunde im Vertiefungsverfahren                                                      | O |
|   | Fachpsychotherapeut*innen:<br>Nachweis über den Abschluss der fachpsychotherapeutischen Weiterbildung              | O |
|   | Fachärzt*innen:<br>Nachweis über den Abschluss der fachärztlichen Weiterbildung                                    | O |
|   | Ggf. Nachweis über die Befähigung zur Durchführung der Gruppentherapie im be-<br>antragten Verfahren               | O |
|   | Ggf. Nachweis über den Erwerb der Zusatzbezeichnung, für die die Eignungsfest-<br>stellung beantragt wird          |   |
|   | Nachweis über mindesten dreijährige Tätigkeit in dem Bereich, für den die Eig-<br>nungsfeststellung beantragt wird |   |
|   | Tabellarischer Lebenslauf und Selbsterklärung hinsichtlich der persönlichen Eig-<br>nung (§ 11 (6) WBO Pt)         | O |
| A | Nur bei Selbsterfahrungsleiter*innen:<br>Selbstverpflichtung zur Beachtung des Abhängigkeitsverhältnisses          | O |

Hinweis: Bitte nummerieren Sie Ihre Nachweise entsprechend durch (#).

#### Erklärung

Die Weiterbildungsordnung der PKS habe ich zur Kenntnis genommen. Hiermit versichere ich die Richtigkeit meiner Angaben und die Übereinstimmung eingereicherter Kopien mit den entsprechenden Originalen.

Die Psychotherapeutenkammer des Saarlandes erhebt eine Gebühr (nach Aufwand, mindestens 200 Euro) für die Prüfung der Voraussetzungen zur (Erst-)Anerkennung einer Weiterbildungsbefugnis gemäß Ziffer 3.4 der Gebührenordnung der PKS. Nach Antragsstellung erhalte ich einen Gebührenbescheid. Die Bearbeitung des Antrags erfolgt erst nach Eingang der Gebühr. Die Gebühr ist auch zu entrichten, sollte der Antrag abgelehnt werden.

Ich bin damit einverstanden, auf der Website der PKS als Supervisor\*in / Selbsterfahrungsleiter\*in gelistet zu werden O

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| Und zwar mit folgenden Angaben: |  |
|---------------------------------|--|

|               |  |
|---------------|--|
| Ort und Datum |  |
| Unterschrift  |  |

**Anlage A: Selbstverpflichtung zur Beachtung des Abhängigkeitsverhältnisses  
(Selbsterfahrungsleiter\*in)**

Gemäß § 11 (6) der WBO Pt darf zu Selbsterfahrungsleiter\*innen kein dienstliches Abhängigkeitsverhältnis bestehen.

Ich versichere, ich meiner Tätigkeit als Selbsterfahrungsleiter\*in nur Weiterbildungsteilnehmer\*innen zu betreuen, die in keinem Abhängigkeitsverhältnis bestehen.

|                  |  |
|------------------|--|
| Vorname und Name |  |
| Ort und Datum    |  |
| Unterschrift     |  |