

**Antrag auf Feststellung der Qualifikation als Supervisor\*in und/oder Selbsterfahrungsleiter\*in**

(Version 08.2025)

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

Grundlage: Weiterbildungsordnung für Psychologische Psychotherapeut\*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen (WBO PP/KJP).

**Ich beantrage die Feststellung der Qualifikation als**

Supervisor\*in

Selbsterfahrungsleiter\*in

**1. Persönliche Angaben**

Mitgliedsnummer in der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes (PKS)	
Titel, Vorname, Name Anschrift Telefonnummer 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 – PP, KJP**

- 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                               | 0 |
| Spezielle Schmerzpsychotherapie                                     | 0 |
| Sozialmedizin   | 0 |
| Analytische Psychotherapie Kinder und Jugendliche                   | 0 |
| Analytische Psychotherapie Erwachsene                               | 0 |
| Systemische Psychotherapie Kinder und Jugendliche                   | 0 |
| Systemische Psychotherapie Erwachsene                               | 0 |
| Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie Kinder und Jugendliche | 0 |
| Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie Erwachsene             | 0 |
| Verhaltenstherapie Kinder und Jugendliche                           | 0 |
| Verhaltenstherapie Erwachsene                                       | 0 |
| Gesprächspsychotherapie Erwachsene                                  | 0 |

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

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

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

- |   |   |
|---|---|
| Analytische Psychotherapie Kinder und Jugendliche                   | 0 |
| Analytische Psychotherapie Erwachsene                               | 0 |
| Systemische Psychotherapie Kinder und Jugendliche                   | 0 |
| Systemische Psychotherapie Erwachsene                               | 0 |
| Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie Kinder und Jugendliche | 0 |
| Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie Erwachsene             | 0 |
| Verhaltenstherapie Kinder und Jugendliche                           | 0 |
| Verhaltenstherapie Erwachsene                                       | 0 |

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

- |   |   |
|---|---|
| Klinische Neuropsychologie  | 0 |
| Spezielle Psychotherapie bei Diabetes                               | 0 |
| Spezielle Schmerzpsychotherapie                                     | 0 |
| Sozialmedizin (hier: Supervision)                                   | 0 |
| Analytische Psychotherapie Kinder und Jugendliche                   | 0 |
| Analytische Psychotherapie Erwachsene                               | 0 |
| Systemische Psychotherapie Kinder und Jugendliche                   | 0 |
| Systemische Psychotherapie Erwachsene                               | 0 |
| Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie Kinder und Jugendliche | 0 |
| Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie Erwachsene             | 0 |
| Verhaltenstherapie Kinder und Jugendliche                           | 0 |
| Verhaltenstherapie Erwachsene                                       | 0 |
| Gesprächspsychotherapie Erwachsene                                  | 0 |

### 3. Nachweise

#		
	Kopie der Approbationsurkunde	<input type="checkbox"/>
	PP/KJP Nachweis über die Fachkunde im Vertiefungsverfahren	<input type="checkbox"/>
	Fachpsychotherapeut*innen: Nachweis über den Abschluss der fachpsychotherapeutischen Weiterbildung	<input type="checkbox"/>
	Fachärzt*innen: Nachweis über den Abschluss der fachärztlichen Weiterbildung	<input type="checkbox"/>
	Ggf. Nachweis über die Befähigung zur Durchführung der Gruppentherapie im be- antragten Verfahren	<input type="checkbox"/>
	Ggf. Nachweis über den Erwerb der Zusatzbezeichnung, für die die Eignungsfest- stellung beantragt wird	
	Nachweis über mindesten dreijährige Tätigkeit in dem Bereich, für den die Eig- nungsfeststellung beantragt wird	
	Tabellarischer Lebenslauf	<input type="checkbox"/>
A	Nur bei Selbsterfahrungsleiter*innen: Selbstverpflichtung zur Beachtung des Abhängigkeitsverhältnisses	<input type="checkbox"/>

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

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

Ort und Datum	
Unterschrift	

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

Gemäß § 10 der WBO PP/KJP darf zu Selbsterfahrungsleiter\*innen kein dienstliches Abhängigkeitsverhältnis bestehen.

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

Vorname und Name	
Ort und Datum	
Unterschrift	