

Antrag auf Genehmigung der Hinzuziehung von Supervisor*innen und/oder Selbsterfahrungsleiter*innen

(Version 09.2025)

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

Ich beantrage für die nachfolgend genannte Weiterbildungsstätte die Genehmigung der Hinzuziehung gemäß § 10 der Weiterbildungsordnung für Psychologische Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen (WBO PP/KJP).

1. Angaben des hinzuziehenden Weiterbildungsbefugten

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

2. Angaben zur Weiterbildungsstätte

Ich bin in folgender Weiterbildungsstätte tätig

| | |
|----------------------|--|
| Weiterbildungsstätte | |
| Anschrift | |
| Hinzuziehung ab dem: | |

3. Angaben zur/zum hinzugezogenen Supervisor*in oder Selbsterfahrungsleiter*in

| | |
|--|--|
| Mitgliedsnummer in der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes | |
| Alternativ: Andere zuständige Heilberufekammer | |
| Titel, Vorname, Name Anschrift Telefonnummer E-Mail | |
| Geburtsdatum | |
| Geburtsort | |

Approbation als

- | | |
|---|-----------------------|
| Psychologische*r Psychotherapeut*in | <input type="radio"/> |
| Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in | <input type="radio"/> |
| Fachpsychotherapeut*in für Erwachsene | <input type="radio"/> |
| Fachpsychotherapeut*in für Kinder und Jugendliche | <input type="radio"/> |
| Fachpsychotherapeut*in für Neurologische Psychotherapie | <input type="radio"/> |
| Ärztin / Arzt | <input type="radio"/> |

| Relevante Aus- und Weiterbildungen | Anerkennungsdatum | Ausstellende Behörde / Institution |
|------------------------------------|-------------------|------------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Hinzuziehung als

Supervisor*in

Selbsterfahrungsleiter*in

Für die folgende(n) Bereichsweiterbildung(en)

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

4. Nachweise

| # | Einzureichende Unterlagen (Kopien) | |
|----------|--|-----------------------|
| | Approbationsurkunde | <input type="radio"/> |
| | <i>Für PP/KJP:</i> Nachweis über die Zusatzbezeichnung in dem Bereich, oder über die abgeschlossene vertiefte Ausbildung gem. § 5 PsychThG im entsprechenden Bereich, oder die Fachkunde gem. § 12 PsychThG i. V. m. § 95c SGB V | <input type="radio"/> |
| | <i>Für Fachpsychotherapeut*innen:</i> Anerkennung einer entsprechenden Gebiets- oder Bereichsweiterbildung in einem Richtlinienverfahren und Nachweise, aus denen sich die Qualifikation für die Psychotherapieverfahren oder den Methoden und Techniken eines Psychotherapieverfahrens ergeben | <input type="radio"/> |
| | Bereichsweiterbildung: Nachweis über mindestens 3-jährige berufliche Tätigkeit im beantragten Bereich seit der Approbation | <input type="radio"/> |
| | Gebietsweiterbildung: Nachweis über mindestens 3-jährige berufliche Tätigkeit zu Dauer und Umfang der bisherigen Tätigkeiten im entsprechenden Gebiet und Versorgungsbereich seit der Approbation | <input type="radio"/> |
| | Tabellarischer Lebenslauf als Nachweis der fachlichen Eignung mit Angaben zu Dauer und Umfang der bisherigen Tätigkeiten im beantragten Gebiet und Versorgungsbereich seit der Approbation | <input type="radio"/> |
| Anlage A | <i>Nur bei Selbsterfahrungsleiter*innen:</i> Selbstverpflichtung zur Beachtung des Abhängigkeitsverhältnisses | <input type="radio"/> |

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

Erklärung der weiterbildungsbefugten Person

Die Weiterbildungsordnung PP/KJP der PKS habe ich zur Kenntnis genommen. Hiermit versichere ich, in meiner Tätigkeit als Befugte*r den hier dargestellten Erfordernissen nachzukommen. Mir ist bewusst, dass anderenfalls die Weiterbildungsbefugnis ganz oder teilweise zurückgenommen oder widerrufen werden kann.

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.

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

Erklärung der hinzugezogenen Person

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

Selbsterklärung hinsichtlich der persönlichen Eignung (§ 10 (5) WBO PP/KJP): Ich versichere, dass die persönliche Eignung zur Durchführung von Supervision bzw. Selbsterfahrung gegeben ist. Es gibt insbesondere keine berufsrechtlichen Gründe (anhängige oder abgeschlossene Verfahren/Beschwerden bei dieser oder einer anderen deutschen Heilberufekammer), die einer Eignung entgegenstehen.

| | |
|---------------|--|
| 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, ich meiner Tätigkeit als Selbsterfahrungsleiter*in nur Weiterbildungsteilnehmer*innen zu betreuen, die in keinem Abhängigkeitsverhältnis bestehen.

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