

Merkblatt zum Nachweis von Qualifikationen und Tätigkeitszeiten von Supervisor*innen und Selbsterfahrungsleiter*innen gem. WBO PT bzw. WBO PP/KJP

Nachweis von Qualifikationen:

- Nachweis über die **Approbation**: amtlich beglaubigte Kopie der Approbationsurkunde, sofern diese der PTK Hamburg noch nicht vorliegt
- *PP bzw. KJP*:
 - Nachweis der **Fachkunde im Vertiefungsverfahren** (Zeugnis des Ausbildungsinstituts, Fachkundenachweis)
 - Ggf. Nachweis über den Erwerb von **Zusatzbezeichnungen** (z. B. Anerkennungsbescheid)
- *Fachpsychotherapeut*innen bzw. Fachärzt*innen*:
 - Nachweis über den Abschluss der **fachpsychotherapeutischen bzw. fachärztlichen Weiterbildung** inkl. Angabe zum Vertiefungsverfahren
 - Ggf. Nachweis über den Erwerb von **Zusatzbezeichnungen** (z. B. Anerkennungsbescheid)
- Ggf. Nachweis über die **Befähigung zur Durchführung von Gruppentherapie** in einem Richtlinienverfahren (z. B. Nachweis der Stätte, an der die Qualifikation erworben wurde oder Nachweis der Abrechnungsgenehmigung für Gruppentherapie von der KV)

Nachweis von Tätigkeitszeiten (drei Jahre Vollzeitäquivalent):

Gemäß WBO PT und WBO PP/KJP müssen Antragstellende nach Erwerb der Qualifikation im beantragten Bereich in diesem mindestens drei Jahre in Vollzeit tätig gewesen sein. Bei Tätigkeit in Teilzeit verlängert sich der Nachweiszeitraum entsprechend. Tätigkeitszeiten können folgendermaßen nachgewiesen werden:

- Nachweis von **Tätigkeitszeiten im Rahmen der vertragspsychotherapeutischen bzw. vertragsärztlichen Versorgung**: aktueller Auszug aus dem Arztregister, aus dem Umfang (volle oder Teilzulassung), Dauer (Start- und ggf. Enddatum der Zulassung) und Genehmigungen hervorgehen.
- Nachweis von **Tätigkeitszeiten in Anstellung**: Arbeitszeugnisse, aus denen Dauer, Umfang (bezogen auf die wöchentliche Arbeitszeit) sowie Art der Tätigkeit hervorgehen
- Nachweis von **Tätigkeitszeiten in eigener privater Praxis**: formlose Selbsterklärung, aus der Dauer, Umfang (bezogen auf die wöchentliche Arbeitszeit und durchschnittliche Anzahl von Behandlungen pro Woche) sowie Art der Tätigkeit hervorgehen

Antrag auf Feststellung der Qualifikation als Supervisor*in / Selbsterfahrungsleiter*in

gem. Weiterbildungsordnung der Psychotherapeut*innen (WBO PT) bzw. Weiterbildungsordnung für Psychologische Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen (WBO PP/KJP) der PTK Hamburg

Bitte per E-Mail an weiterbildung@ptk-hamburg.de oder per Post senden an:

Psychotherapeutenkammer Hamburg
 Weidestr. 122c
 22083 Hamburg

Hiermit beantrage ich die Feststellung der Qualifikation als

- Supervisor*in Selbsterfahrungsleiter*in

gemäß WBO PT / WBO PP/KJP der Psychotherapeutenkammer Hamburg

1 Generelle Angaben für die Zuordnung	
<input type="checkbox"/> Ich bin Mitglied der PTK Hamburg Mitgliedsnummer: HH-	<input type="checkbox"/> Ich bin Mitglied einer anderen Heilberufekammer, und zwar
Name, Vorname, Titel:	
Straße, PLZ, Ort:	
Telefon:	
E-Mail:	
Approbation und Berufsgruppe (bitte Nachweise beifügen):	
Ich bin	
<input type="checkbox"/> Psychologische Psychotherapeut*in (PP)	
<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in (KJP)	
<input type="checkbox"/> Fachpsychotherapeut*in für <input type="checkbox"/> Kinder und Jugendliche <input type="checkbox"/> Erwachsene <input type="checkbox"/> Neuropsychologische Psychotherapie	
<input type="checkbox"/> Fachärztin/-arzt für	
Approbationserteilende Behörde bzw. Heilberufekammer, die die Fachbezeichnung (bei Fachpsychotherapeut*innen bzw. -ärzt*innen) ausgestellt hat:	

Ich verfüge über folgende Fachkunde(n) bzw. Zusatzbezeichnungen (bitte Nachweise beifügen)

PP/KJP		Fachpsychotherapeut*innen / -ärzt*innen	
<input type="checkbox"/>	Analytische Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	Analytische Psychotherapie
<input type="checkbox"/>	Gesprächspsychotherapie	<input type="checkbox"/>	Gesprächspsychotherapie
<input type="checkbox"/>	Systemische Therapie	<input type="checkbox"/>	Systemische Therapie
<input type="checkbox"/>	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
<input type="checkbox"/>	Verhaltenstherapie	<input type="checkbox"/>	Verhaltenstherapie
<input type="checkbox"/>	Gesprächspsychotherapie	<input type="checkbox"/>	Gesprächspsychotherapie
<input type="checkbox"/>	Neuropsychologische Therapie/Klinische Neuropsychologie	<input type="checkbox"/>	Spezielle Psychotherapie bei Diabetes
<input type="checkbox"/>	Spezielle Psychotherapie bei Diabetes	<input type="checkbox"/>	Spezielle Schmerzpsychotherapie
<input type="checkbox"/>	Spezielle Schmerzpsychotherapie	<input type="checkbox"/>	Sozialmedizin
<input type="checkbox"/>	Sozialmedizin	<input type="checkbox"/>	Sonstiges, und zwar:

Liegt die Befähigung zur Durchführung von Gruppentherapie vor?

<input type="checkbox"/>	Ja, und zwar für das Richtlinienverfahren (bitte Nachweis beifügen)		<input type="checkbox"/>	Nein
	<input type="checkbox"/>	Analytische Psychotherapie (KJ)		
	<input type="checkbox"/>	Analytische Psychotherapie (E)		
	<input type="checkbox"/>	Systemische Therapie (KJ)		
	<input type="checkbox"/>	Systemische Therapie (E)		
	<input type="checkbox"/>	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (KJ)		
	<input type="checkbox"/>	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (E)		
	<input type="checkbox"/>	Verhaltenstherapie (KJ)		
	<input type="checkbox"/>	Verhaltenstherapie (E)		

2 Die Feststellung der Qualifikation wird für folgende Weiterbildung(en) beantragt:

<input type="checkbox"/>	Analytische Psychotherapie (KJ)
<input type="checkbox"/>	Analytische Psychotherapie (E)
<input type="checkbox"/>	Gesprächspsychotherapie
<input type="checkbox"/>	Systemische Therapie (KJ)
<input type="checkbox"/>	Systemische Therapie (E)
<input type="checkbox"/>	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (KJ)
<input type="checkbox"/>	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (E)
<input type="checkbox"/>	Verhaltenstherapie (KJ)
<input type="checkbox"/>	Verhaltenstherapie (E)
<input type="checkbox"/>	Neuropsychologische Psychotherapie (gem. WBO PT) / Klinische Neuropsychologie (gem. WBO PP/KJP)
<input type="checkbox"/>	Spezielle Psychotherapie bei Diabetes
<input type="checkbox"/>	Spezielle Schmerzpsychotherapie
<input type="checkbox"/>	Sozialmedizin (keine Selbsterfahrung vorgesehen; nur Feststellung der Eignung als Supervisor*in notwendig)

3 Folgende Nachweise sind beizufügen:

A	Vollständiger Antrag nebst Anlagen und erforderlicher Unterschriften
B	Amtlich beglaubigte Kopie der Approbationsurkunde*
C	Bei PP/KJP: Nachweis über die Fachkunde im Vertiefungsverfahren*
D	Bei Fachärzt*innen: Nachweis über den Abschluss der fachärztlichen Weiterbildung* Bei Fachpsychotherapeut*innen: Nachweis über den Abschluss der fachpsychotherapeutischen Weiterbildung*
E	Ggf. Nachweis über die Befähigung zur Durchführung von Gruppentherapie im beantragten Verfahren*
F	Ggf. Nachweis über den Erwerb der Zusatzbezeichnung, für die die Eignungsfeststellung beantragt wird*
G	Tabellarischer Lebenslauf
H	Nachweis über die mindestens dreijährige Tätigkeit in dem Bereich, für die die Eignungsfeststellung beantragt wird*
I	Selbsterklärung hinsichtlich der persönlichen Eignung (Anlage 1)
J	Bei Feststellung der Eignung als Selbsterfahrungsleiter*in: Selbstverpflichtung zur Beachtung des Abhängigkeitsverhältnisses (Anlage 2)

*siehe Merkblatt zum Nachweis von Qualifikationen und Tätigkeitszeiten auf dem Deckblatt dieses Antrags

4 Abschluss-Erklärung:

Die WBO PT bzw. die WBO PP/KJP der Psychotherapeutenkammer Hamburg habe ich zur Kenntnis genommen. Hiermit versichere ich die Richtigkeit meiner Angaben und die Übereinstimmung eingereichter Kopien mit den entsprechenden Originalen.

Mir ist bekannt, dass der Antrag auf Feststellung der Qualifikation als Supervisor*in und/oder Selbsterfahrungsleiter*in gem. WBP PT bzw. WBO PP/KJP gebührenpflichtig ist. Die Gebühr für den Antrag auf Feststellung der Qualifikation als Supervisor*in und/oder Selbsterfahrungsleiter*in gem. WBO PT bzw. WBO PP/KJP richtet sich nach der aktuell gültigen Gebührenordnung der PTK Hamburg. Die Gebühr für diesen Antrag entsteht mit Antragsstellung; damit ist die Gebühr auch zu leisten, wenn der Antrag negativ beschieden oder zurückgenommen wird. Der Gebührenbescheid wird nach Abschluss des Verfahrens verschickt.

Ich bin damit einverstanden, auf der Homepage der Psychotherapeutenkammer Hamburg als Supervisor*in in der Weiterbildung gelistet zu werden .

Folgende Kontaktdaten (z. B. Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse) sollen dabei veröffentlicht werden:

Ort, Datum:

Name [Druckbuchstaben] und Unterschrift Antragsteller*in:

Anlage 1: Selbsterklärung zur persönlichen Eignung

Titel/Vorname/Name:

Geb. am:

Mitgliedsnummer:

Bestehen gesundheitliche Beeinträchtigungen, die Ihnen die verantwortungsvolle Ausübung der Arbeit als Supervisor*in und/oder Selbsterfahrungsleiter*in erschweren und/oder diese beeinträchtigen?

Nein

Ja, und zwar folgende (mit Zeitangaben):

Welche Folgen im Hinblick auf die Beeinträchtigung und Belastbarkeit sind noch vorhanden?

Abschluss-Erklärung:

Ich bestätige die Richtigkeit der getätigten Angaben. Ich bestätige darüber hinaus, dass keine berufsrechtlichen, strafrechtlichen oder arbeitsrechtlichen Umstände vorliegen, die der Hinzuziehung als Supervisor*in und/oder Selbsterfahrungsleiter*in entgegenstehen. Mir ist bewusst, dass, sollten sich die Angaben als falsch herausstellen, die Genehmigung zur Hinzuziehung der Supervisor*in / Selbsterfahrungsleiter*in ganz oder teilweise zurückgenommen oder widerrufen werden kann. Mir ist ebenfalls bewusst, dass ich verpflichtet bin, die PTK Hamburg jederzeit zu informieren, falls meine persönliche Eignung nicht mehr gegeben ist oder aufgrund von berufsrechtlichen, strafrechtlichen oder arbeitsrechtlichen Umständen in Zweifel gezogen werden kann.

Ort, Datum:

Name [Druckbuchstaben] und Unterschrift Antragsteller*in:

Anlage 2: Selbstverpflichtung zur Beachtung des Abhängigkeitsverhältnisses

(nur auszufüllen, wenn Antrag auf Feststellung der Qualifikation als Selbsterfahrungsleiter*in gestellt wird)

Gemäß § 11 Absatz 6 Satz 6 der WBO PT der PTK Hamburg sowie gemäß § 10 Absatz 5 Satz 6 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 zu mir stehen.

Titel/Vorname/Name in Druckbuchstaben:

Ort, Datum:

Unterschrift Antragsteller*in: