# APPROBATION

**Kontakt:**
Frau Weiß
Telefon: (040) 428 37 – 3794
E-Mail: katrin.weiss@soziales.hamburg.de

Sozialbehörde, Amt für Gesundheit
Landesprüfungsamt für Heilberufe
Postfach 760 106, 22051 Hamburg

Besucheranschrift:
Billstraße 80, 20539 Hamburg

**HINWEISE**
**zur Erteilung einer Approbation als Psychotherapeutin / Psychotherapeut**
**nach § 2 PsychThG**
- Ausbildung außerhalb Deutschlands -

Die Erteilung der Approbation erfolgt auf Antrag. Amtliche Urkunden, die außerhalb der EU erstellt wurden, müssen durch eine Apostille oder Legalisation bestätigt sein. Information hierzu unter: http://www.konsularinfo.diplo.de/Vertretung/konsularinfo/de/05/Urkundenverkehr__Allgemein/Urkundenverkehr.html
Ausländische Bescheinigungen sind mit beglaubigten Übersetzungen von staatlich vereidigten Übersetzers vorzulegen.
Für die Erteilung der Approbation wird derzeit eine Verwaltungsgebühr von 125,00 € bis 360,00 € erhoben. Bei einem Wohnsitz im Ausland erfolgt die Antragsbearbeitung erst nach Eingang einer Gebührenvorauszahlung.
Zusätzlich zu den Gebühren für die Approbationserteilung können weitere Kosten entstehen, bspw. für die Erstellung von Gutachten, eine Kenntnisprüfung oder die Fachsprachenprüfung.

Dem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:

1. **Antrag mit Erklärung über anhängige Straf- und Ermittlungsverfahren (Vordruck 1)**

2. **Kurzer, lückenloser Lebenslauf mit Datum und Unterschrift**

3. **Geburtsurkunde und zusätzlich bei Namensänderung eine entsprechende Bescheinigung**
   (Original und einfache Kopie oder amtl. oder notariell beglaubigte Kopie)

4. **Identitätsnachweis**
   bspw. Personalausweis, Reisepass
   (Original und einfache Kopie oder amtl. oder notariell beglaubigte Kopie)

5. **Amtliches Führungszeugnis der Belegart 0,**
   das zum Zeitpunkt der Approbationserteilung nicht älter als drei Monate sein darf

   Hinweis: *Ab sofort werden die von Ihnen zu beantragenden Führungszeugnisse vom Bundeszentralregister dem Landesprüfungsamt (LPA) digital zugestellt.*

   *Dazu ist es erforderlich, dass Sie bei der Beantragung im zuständigen Kundenzentrum (innerhalb HH) den Hinweis geben, dass Sie ein **„Führungszeugnis zur Vorlage bei einer Behörde“ (Belegart 0, gemäß § 30 Abs. 5 BZRG**) beantragen. Empfänger ist das Landesprüfungsamt Hamburg, Behördenkennzeichen **K6392Q**.*

   *Diese Angabe stellt sicher, dass Ihr Führungszeugnis dem LPA digital zugestellt wird.*

6. **Ärztliche Bescheinigung (Vordruck 2),**
   eines in Deutschland niedergelassenen Arztes, die zum Zeitpunkt der Approbationserteilung nicht älter als drei Monate sein darf. Ärztliche Bescheinigungen von Familienangehörigen und Lebenspartnern werden nicht anerkannt.

7. **Ausbildungsnachweis**
   Nachweis über die Berechtigung zur uneingeschränkten Ausübung des Referenzberufs der Psychologischen Psychotherapeutin / des Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin / Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut im Herkunftslandland, ausgestellt von den dort zuständigen Behörden (z.B. Diplom)

8. **Darstellung der erfolgten Ausbildung**
   Nachweise über einzelne absolvierte Ausbildungsabschnitte; bspw. Theorieseminare (Inhalt, Stunden); praktische Ausbildung (Ableistungsort, Dauer, Stundenumfang, etc.), Supervision (Umfang / Stunden, Art: Einzel- od. Gruppensupervision); Nachweis über das psychotherapeutische Verfahren, das Gegenstand der Ausbildung war

9. **Stellennachweis / Absichtserklärung**
   Nachweis einer Beschäftigungsstelle in Hamburg bzw. Absichtserklärung, dass der Beruf zukünftig in Hamburg ausgeübt werden soll.

10. **Berufszulassungsurkunden** (sofern zutreffend)

11. **Bisher erteilte Berufserlaubnisse** (sofern zutreffend)
    in der Bundesrepublik Deutschland, ggf. Nachweis über die erfolgreich abgelegte Eignungs- / Kenntnisprüfung.

12. **Nachweise über die bisherige Berufstätigkeit** (sofern zutreffend)

13. **Certificate of Current Professional Status / Certificate of Good Standing**
    der zuständigen Behörde/n des Landes/der Länder, in dem/denen zuletzt Tätigkeiten als Psychotherapeutin / Psychotherapeut ausgeübt wurden.

14. **Nachweis ausreichender Deutschkenntnisse** (nach dem *Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmen* (GER) des Europarates)
    - allgemein: GER-B2-Zertifikat eines anerkannten Sprachinstituts (Goethe-Institut, telc GmbH, Test-DaF, ÖSD)
    - Fachsprache: Fachsprachzertifikat GER-C2 (bei Vorlage nicht älter als drei Jahre), entsprechend den Anforderungen des auf der 87. Gesundheitsministerkonferenz vom 26./27. Juni 2014 beschlossenen Eckpunktepapiers zur Überprüfung der für die Berufsausübung erforderlichen Deutschkenntnisse in den akademischen Heilberufen (vgl. https://www.gmkonline.de/documents/TOP73BerichtP_Oeffentl_Bereich.pdf)

    Die Fachsprachprüfungen unter anderem folgender Anbieter entsprechen den GMK-Vorgaben:
    - Psychotherapeutenkammern der Bundesländer

    Derzeit keine Angebote weiterer Anbieter bekannt.

    Zertifikate über die Teilnahme an bloßen Fachsprachkursen reichen nicht aus!

Die Vorlage von Sprachzertifikaten ist entbehrlich, etwa bei:

- Deutsch als Muttersprache
- Erwerb des universitären Ausbildungsnachweises auf Deutsch
- Abschluss einer mindestens zehnjährigen allgemeinbildenden Schulbildung erworben an einer deutschsprachigen Schule

15. **Bescheinigung des Herkunftsmitgliedstaats** (bei Ausbildung in der EU / EWR oder Schweiz)
Bescheinigung des Herkunftsmitgliedstaats über das Ausbildungsniveau (gemäß Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (ABl. EU Nr. L 255 S. 22, 2007 Nr. L 271 S. 18) in der jeweils geltenden Fassung)

# APPROBATION

Vordruck 1

Sozialbehörde, Amt für Gesundheit
Landesprüfungsamt für Heilberufe
G1134
Postfach 760 106
22051 Hamburg

**Antrag zur Erteilung der Approbation als**
**Psychotherapeutin / Psychotherapeut**
(Ausbildung außerhalb Deutschlands)

Hiermit beantrage ich gemäß § 2 Psychotherapeutengesetz die Erteilung der Approbation als Psychotherapeutin / Psychotherapeut.

**Bitte vollständig in Blockschrift ausfüllen!**

| | |
|---|---|
| Anrede | |
| Name | |
| Vorname/n | |
| Geburtsname (falls abweichend) | |
| Geburtsdatum | |
| Geburtsort | |
| Straße/ Nr. | |
| PLZ/ Ort | |
| Staatsangehörigkeit | |
| Telefon-Nr./ E-Mail | |

☐ Ich erkläre, dass ich in keinem anderen Bundesland die Approbation beantragt habe.

☐ Ich erkläre, dass gegen mich kein gerichtliches Strafverfahren oder staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren anhängig ist und ich nicht gerichtlich oder berufsgerichtlich vorbestraft bin.

☐ Ich kann die vorstehende/n Erklärung/en nicht abgeben und erläutere die Gründe hierfür auf der Rückseite dieses Antrages.

Mir ist bekannt, dass nach der geltenden Fassung der Gebührenordnung für das öffentliche Gesundheitswesen für die Erteilung der Approbation eine Gebühr in Höhe von derzeit 125,00 € bis 360,00 € zzgl. Porto erhoben wird und ggf. Kosten für z.B. die Erstellung von Gutachten, eine Kenntnisprüfung oder die Fachsprachenprüfung anfallen. Alle Unterlagen werden per Einschreiben/ Rückschein an meine o. g. Anschrift gesandt.

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen richtig und vollständig gemacht habe und die psychotherapeutische Tätigkeit erst nach der Erteilung der beantragten Approbation aufnehmen werde.

_____

**Datum / Unterschrift**

# APPROBATION

Vordruck 2

Sozialbehörde, Amt für Gesundheit
Landesprüfungsamt für Heilberufe
G1134
Postfach 760 106
22051 Hamburg

**Ärztliche Bescheinigung**
**zur Vorlage beim Landesprüfungsamt für Heilberufe für die**
**Erteilung der Approbation als Psychotherapeutin / Psychotherapeut**

Frau / Herr

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

ist von mir heute ärztlich untersucht worden.

***Hierbei ist festgestellt worden, dass sie / er***

☐ nicht in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufes der Psychotherapeutin / des Psychotherapeuten ungeeignet ist.

Insbesondere wird bestätigt, dass weder psychische Einschränkungen noch akute oder chronische Erkrankungen (Infektionserkrankungen wie z.B. Hepatitis B und C) oder Suchterkrankungen vorliegen.

☐ in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufes der Psychotherapeutin / des Psychotherapeuten ungeeignet ist.

Die Untersuchung wurde nicht von einem Familienangehörigen oder Lebensgefährten der untersuchten Person durchgeführt.

_____
Ort, Datum

(Praxisstempel)

_____
Unterschrift der Ärztin / des Arztes



Hamburg