

Merkblatt:

Antrag auf Erteilung der psychotherapeutischen Approbation – Abschluss der Ausbildung außerhalb Deutschlands –

Wenn Sie Ihre Ausbildung in einem Staat der Europäischen Union oder außerhalb der Europäischen Union abgeschlossen haben und in der Bundesrepublik Deutschland unbeschränkt und dauerhaft in Ihrem Beruf tätig werden möchten, benötigen Sie eine **Approbation**.

Die **Approbation** wird unabhängig von Ihrer Staatsangehörigkeit erteilt, wenn

- Sie eine **abgeschlossene psychotherapeutische Ausbildung** nachweisen und über einen gleichwertigen Ausbildungsstand verfügen.
- Sie sich nicht eines **Verhaltens** schuldig gemacht haben, aus dem sich Ihre Unwürdigkeit oder Unzuverlässigkeit zur Ausübung des Berufs ergibt.
- Sie zur Ausübung des Berufs **gesundheitlich geeignet** sind.
- Sie über die für die Ausübung der Berufstätigkeit erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache verfügen. Erforderlich sind Sprachkenntnisse auf dem Niveau B2 mit Fachsprachkenntnissen auf dem Niveau C2 des GER. Es ist daher ein Zertifikat über das Bestehen einer Prüfung auf dem Niveau B2 der GER vorzulegen (s. Punkt 15). Die Fachsprachkenntnisse auf dem Niveau C1 des GER werden i.d.R. durch das Bestehen der Fachsprachprüfung nachgewiesen, die bei den jeweiligen Ärzte-, Zahnärzte- oder Apothekerkammern angeboten wird und zu der Sie von der Bezirksregierung angemeldet werden können, wenn Sie den Antrag auf Approbation gestellt haben. Sollten Sie beabsichtigen anderweitig den Nachweis der erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache zu erbringen (z.B. weil die deutsche Sprache Ihre Muttersprache ist oder Sie eine ärztliche, zahnärztliche, pharmazeutische Ausbildung, die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder Psychotherapeuten in deutscher Sprache erfolgreich abgeschlossen haben oder Sie eine mindestens zehnjährige allgemeinbildende Schulbildung an einer deutschsprachigen Schule oder den Abschluss einer anderen mindestens dreijährigen, berufsnahen Berufsausbildung in deutscher Sprache erworben haben), so wird dies jeweils im Einzelfall geprüft. Die Geeignetheit eines solchen Nachweises wird aus den Gründen des Schutzes der Patientinnen und Patienten unter Anlegung eines strengen Maßstabs beurteilt.

Für den Antrag auf Erteilung der Approbation werden die folgenden Unterlagen benötigt:

1. Schriftlicher, persönlich unterschriebener Antrag in deutscher Sprache auf Erteilung der Approbation und ggf. einer Berufserlaubnis (Datum und Unterschrift; **Anlage 1 - Psy**),
2. Schriftliche, formlose Erklärung mit folgendem Wortlaut: „Hiermit erkläre ich, dass ich nicht vorbestraft bin und dass weder ein gerichtliches Strafverfahren noch ein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren gegen mich anhängig ist.“ (Datum und Unterschrift; **Anlage 2 - Psy**),

3. Schriftliche, formlose, persönlich unterschriebene Erklärung, dass Sie in der Vergangenheit in Deutschland noch keinen Antrag auf Erteilung der Approbation gestellt haben (Datum und Unterschrift; **Anlage 2 - Psy**),
4. Schriftliche, formlose, persönlich unterschriebene Erklärung, dass Sie in der Bundesrepublik Deutschland noch kein psychotherapeutisches Studium begonnen haben und nicht endgültig durch die psychotherapeutische Vor-/Prüfung gefallen sind (Datum und Unterschrift; **Anlage 2 - Psy**),
5. Aktueller, tabellarischer, persönlich unterschriebener Lebenslauf (darin sind Studium und der berufliche Werdegang lückenlos darzustellen),
6. Identitätsnachweis (z. B. Reisepass oder Ausweis). Der Nachweis soll mindestens den Namen, das Geburtsdatum, den Geburtsort und ein Lichtbild enthalten; Daten, die nicht zur Identifizierung benötigt werden, sollen auf der Kopie geschwärzt werden,
7. Geburtsurkunde / Auszug aus dem Familienbuch
8. Bei Namensänderung: Nachweis / Urkunde über die Änderung des Namens,
9. Glaubhaftmachung der beabsichtigten Tätigkeitsaufnahme im Land Nordrhein-Westfalen (Dieser Nachweis kann beispielsweise durch die Vorlage einer Anstellungsbestätigung eines Krankenhauses oder einer Praxis aus Nordrhein-Westfalen oder analoge Nachweise, die die Aufnahme einer beabsichtigten Berufstätigkeit in Nordrhein-Westfalen nachvollziehbar belegen können (z. B. dauerhafter Wohnsitz), erbracht werden.),
10. Bei bereits längerem Aufenthalt von mehr als sechs Monaten in Deutschland zusätzlich ein Führungszeugnis der Belegart „O“ gem. § 30 Abs. 5 BZRG. Es ist zu beantragen beim zuständigen Einwohnermeldeamt. Bitte unbedingt den Verwendungszweck „Bezirksregierung Münster - Dezernat 241 – ZAG-aH – Psy – DS/EU, Joseph-König-Straße 3, 48147 Münster“ angeben,
11. Aktuelle ärztliche Bescheinigung über Ihre gesundheitliche Eignung zur Ausübung Ihres Berufs (die Bescheinigung darf nicht früher als drei Monate vor Antragstellung ausgestellt worden sein; **Anlage 3 - Psy**),
12. Strafregisterauszüge aus allen Ländern, in denen Sie innerhalb der letzten 5 Jahre wohnhaft waren (die Bescheinigung darf nicht früher als drei Monate vor Antragstellung ausgestellt worden sein),
13. Bescheinigung der obersten Gesundheitsbehörden aus den Ländern, in denen Sie bereits psychotherapeutisch tätig geworden sind, dass keine berufs- oder disziplinarrechtlichen Maßnahmen gegen Sie getroffen oder eingeleitet wurden (sogenannte Unbedenklichkeitsbescheinigung),
14. Bescheinigung der obersten Gesundheitsbehörde aus Ihrem Heimatland/Studienland, dass Sie zur uneingeschränkten Ausübung des Berufes berechtigt sind,
15. Bescheinigung über ausreichende Deutschkenntnisse in Wort und Schrift eines Sprachinstitutes, Stufe B 2 des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmens für Sprachen (GER) – diese Bescheinigung ist zur Anmeldung zur Fachsprachenprüfung erforderlich,
16. Nachweise über die abgeschlossene Ausbildung:
 - a) Diplom,
 - b) detaillierte Fächerauflistung, mit Angabe der pro Fach gelehrten Stundenzahl,
 - c) Fächer- und Notenübersicht,

- d) Nachweis über den Zugang zum Beruf,
 - e) Kostenübernahmeerklärung für die Anfertigung eines Gutachtens über die „Feststellung der Referenzqualifikation“ (**Anlage KÜE – Referenz Psy**)
17. Nachweis über eine Anerkennung der Ausbildung in einem anderen EU-Mitgliedsstaat, falls vorhanden
18. Nachweise für die gutachterliche Überprüfung hinsichtlich der Gleichwertigkeit der absolvierten Ausbildung:
- a) Vorlage des für Ihren Studienzeitraum gültigen Lehrplanes, Curriculum, Syllabus etc., aus denen Inhalte, Art und Weise von deren Vermittlung sowie Häufigkeit, Art und Weise der Prüfungen hervorgehen,
 - b) Programmablauf zum Nachweis über die Ableistung der praktischen Ausbildung
 - c) Qualifizierte Dienstzeugnisse über die bisher ausgeübten Tätigkeiten mit amtlich beglaubigten Kopien der Übersetzungen,
 - d) Teilnahmebescheinigungen über besuchte Fortbildungen, falls vorhanden,
 - e) Kostenübernahmeerklärung für die Anfertigung eines Gutachtens über die Gleichwertigkeit der erworbenen psychotherapeutischen Ausbildung gegenüber der deutschen psychotherapeutischen Ausbildung (**Anlage 4 - Psy**).

Die unter den Nummern 7, 11, 12, 13, 14, 16, 17 und 18 b, c + d benannten Dokumente sind in Form einer **qualifizierten Übersetzung** vorzulegen. Das Dokument Nummer 18 a kann ausnahmsweise in englischer Sprache vorgelegt werden (in Form einer qualifizierten Übersetzung oder als Originalausfertigung der ausstellenden Institution).

Die unter den Nummern 1, 2, 3, 4 und 5 genannten Dokumente sind im Original vorzulegen, alternativ können die Dokumente 9 und 11 als einfache Kopie vorgelegt werden.

Die unter den Nummern 6, 7, 8, 12, 13, 14, 16, 17 und 18 a, b, c + d genannten Dokumente sind als **amtlich beglaubigte Kopie** vorzulegen.

Hinweis: Die eingereichten Dokumente werden zum Bestandteil der Verwaltungsakte und können daher nicht zurückgegeben werden.

Im Einzelfall kann die Vorlage weiterer Unterlagen notwendig sein.

Zuständigkeitsbereich:

Die Bezirksregierung Münster ist landesweit für die Bearbeitung von Approbationsanträgen für Personen, die im Land NRW ihre Arbeit aufnehmen wollen und über eine außerhalb Deutschlands abgeschlossene entsprechende Ausbildung verfügen, zuständig.

Antragsform:

Bitte reichen Sie Ihre Antragsunterlagen postalisch ein. Alternativ haben Sie die Möglichkeit die Unterlagen persönlich während unserer Sprechstundenzeiten (s.u.) abzugeben. Eine Bearbeitung per E-Mail übersandter Unterlagen ist nicht möglich.

Beglaubigte Kopie:

Anerkennungsfähig sind nur Beglaubigungen, die von einer zuständigen Behörde vorgenommen worden sind. Beglaubigungen durch Kirchen, Schulen, Studentenwerke, Verbände etc. gelten nicht als amtliche Beglaubigungen. Anerkennungsfähig sind beispielsweise Beglaubigungen, die durch Stadt- und Gemeindeverwaltung oder im Ausland vorgenommene Beglaubigungen durch die Deutsche Botschaft vorgenommen wurden. Die Kosten hierfür sind von Ihnen zu tragen.

Legalisation oder Haager Apostille:

Die Echtheit der ausländischen Urkunden ist im Einzelfall durch die zuständige deutsche Auslandsvertretung zu bestätigen.

Übersetzungen:

Qualifizierte Übersetzung z. B. von einer in Deutschland gerichtlich ermächtigten Person (eine Liste der gerichtlich ermächtigten Übersetzer gibt es beim Oberlandesgericht) oder einen Übersetzer aus dem Ausland, der von der deutschen Auslandsvertretung anerkannt ist. Eine im Ausland gefertigte Übersetzung kann einer qualifizierten Übersetzung gleichstehen, wenn die diplomatische Vertretung der Bundesrepublik Deutschland die Richtigkeit und Vollständigkeit der Übersetzung bestätigt oder der Auslandsvertretung eine Liste zu den im Ausstellungsland anerkannten Übersetzern vorliegt und die Übersetzung von einem auf der Liste aufgeführten Übersetzer vorgenommen wurde.

Liegt Letzteres nicht vor, hat der Antragstellende vor Erteilung einer Approbation oder Berufserlaubnis eine Übersetzung von einem in Deutschland gerichtlich ermächtigten Übersetzer vorzulegen.

Postanschrift:

Bezirksregierung Münster
Dezernat 241 – ZAG-aH
Joseph-König-Straße 3
48147 Münster

Persönliche Sprechstundenzeiten:

Zurzeit werden keine persönlichen Sprechstunden angeboten.

Internet:

Weitere Informationen zum Ablauf des Approbationsverfahren finden Sie im Internet unter:

<http://www.brms.nrw.de/go/zag>

(Name)	(Vorname)
(Straße, Hausnummer)	
(PLZ, Ort)	
(E-Mailadresse)	(Telefon)
(Aktenzeichen)	

**Bezirksregierung Münster
-Dezernat 241 - ZAG-aH -
Joseph-König-Straße 3
48147 Münster**

Antrag
(zutreffendes bitte ankreuzen)

- Abschluss in der EU
 Abschluss in einem Drittstaat

Hiermit beantrage ich die

() Erteilung der **Approbation** als Psychotherapeutin/ Psychotherapeut gem. § 2 Psychotherapeutengesetz (PsychThG)

Beabsichtigter Tätigkeitsort: _____

- () Einstellungsbestätigung des zukünftigen Arbeitgebers oder
- () Beleg des dauerhaften Wohnsitzes oder
- () Glaubhaftmachung der beabsichtigten Tätigkeitsaufnahme im Land NRW

Weitere Angaben zur Person:

Geburtsdatum:	
Geburtsort/-land:	
ggf. Geburtsname:	
Staatsangehörigkeit:	
In der Bundesrepublik Deutschland seit:	

Angaben zum Studium:

Studienland:	
Universität:	
Studienzeitraum:	

Angaben über berufliche Tätigkeiten seit Abschluss der Ausbildung:

von	bis	als	in

Sind Sie in Ihrem Heimatland berechtigt den Berufs als _____
 uneingeschränkt auszuüben? () Ja () Nein

In der Bundesrepublik Deutschland bereits tätig seit: _____

Bereits erhaltene Berufserlaubnisse:

Behörde	von	bis

(zutreffendes bitte ankreuzen)

- () Ich beantrage hiermit die Überprüfung der Gleichwertigkeit meines Ausbildungsstandes im Gutachterverfahren festzustellen.
- () Ich verzichte hiermit auf die Beauftragung eines Gutachters, um die Gleichwertigkeit meines Ausbildungsstandes festzustellen.

Hinweise zur Datenverarbeitung:

Ich nehme zur Kenntnis, dass meine persönlichen Informationen zur Bearbeitung des Antrags erforderlich sind und hierfür gespeichert werden. Meine Angaben werden ggf. an die zuständige Kammer u. a. weitergegeben, soweit dies für die Antragsbearbeitung erforderlich ist. Meine hier erklärte Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen, bin mir aber bewusst, dass mein Antrag dann ggf. nicht oder nicht unter Berücksichtigung der dann fehlenden Angaben bearbeitet werden kann. Die weitergehenden Informationen zu meinen Rechten unter www.bezreg-muenster.de/de/datenschutz/24/index.html habe ich zur Kenntnis genommen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass eingereichte Unterlagen zum Zwecke der digitalisierten Verarbeitung scanfähig aufbereitet werden. Der automatisierte Dokumenteneinzug innerhalb des Scanvorganges erfordert es, dass beispielsweise Unterlagen die in gebundener oder ähnlicher Form eingereicht werden, vollständig gelöst bzw. aufgetrennt werden.

(Name) (Vorname)

(Straße, Hausnummer)

(PLZ, Ort)

(E-Mailadresse) (Telefon)

(Aktenzeichen)

**Bezirksregierung Münster
-Dezernat 241 – ZAG-aH-
Joseph-König-Straße 3
48147 Münster**

Erklärung zur Datenverarbeitung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass eingereichte Unterlagen zum Zwecke der digitalisierten Verarbeitung scanfähig aufbereitet werden. Der automatisierte Dokumenteneinzug innerhalb des Scanvorganges erfordert es, dass beispielsweise Unterlagen die in gebundener oder ähnlicher Form eingereicht werden, vollständig gelöst bzw. aufgetrennt werden, sodass mir der ggf. eintretende Beweiswertverlust bewusst ist.

Ich nehme weiterhin zur Kenntnis, dass von mir eingereichte Dokumente im Rahmen des ersetzenden Scannens vernichtet werden und diese Dokumente nach erfolgter Antragstellung nicht mehr in physikalischer Form bereitgestellt werden können.

(Ort und Datum)

(Unterschrift*)

Erklärung zum digitalen Empfang von Dokumenten

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Bezirksregierung Münster ausgewählte Dokumente digital per E-Mail übermittelt, sofern ich im Rahmen der Antragstellung meine E-Mail-Adresse oder die einer bevollmächtigten Person angebe.

(Ort und Datum)

(Unterschrift*)

**beide Erklärungen sind gesondert zu unterschreiben*

(Name) (Vorname)

(Straße, Hausnummer)

(PLZ, Ort)

(E-Mailadresse) (Telefon)

(Aktenzeichen)

**Bezirksregierung Münster
-Dezernat 241 - ZAG-aH -
Joseph-König-Straße 3
48147 Münster**

Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich nicht vorbestraft bin und dass gegen mich kein gerichtliches Strafverfahren, kein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren und kein berufsgerichtliches Verfahren eingeleitet ist.

(Ort und Datum)

(Unterschrift)

Erklärung

Ich habe (in der Vergangenheit und derzeit) bei folgenden Behörden einen entsprechenden Antrag gem. BÄO, ZHG, BApO, PsychThG gestellt bzw. eine Erlaubnis erhalten:

(Name und Sitz der Behörde/n)

() Ich habe bisher noch keinen entsprechenden Antrag gestellt

(Ort und Datum)

(Unterschrift)

Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich nicht im Rahmen eines psychotherapeutischen Studiums in der Bundesrepublik Deutschland eine Prüfung endgültig nicht bestanden habe.

(Ort und Datum)

(Unterschrift)

(Name) (Vorname)

(Straße, Hausnummer)

(PLZ, Ort)

(E-Mailadresse) (Telefon)

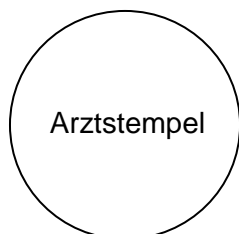
(Aktenzeichen)

**Bezirksregierung Münster
-Dezernat 241 - ZAG-aH -
Joseph-König-Straße 3
48147 Münster**

Ärztliche Bescheinigung

Nach eingehender Untersuchung liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass die/der Obengenannte in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des psychotherapeutischen Berufes ungeeignet ist.

(Ort und Datum) (Unterschrift)



(Name) (Vorname)

(Straße, Hausnummer)

(PLZ, Ort)

(E-Mailadresse) (Telefon)

(Aktenzeichen)

**Bezirksregierung Münster
-Dezernat 241 - ZAG-aH -
Joseph-König-Straße 3
48147 Münster**

Kostenübernahmeerklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die „Feststellung der deutschen Referenzqualifikation Psychotherapeutin / Psychotherapeut“ für meine Berufsqualifikation, die ich in _____(Studienland) absolviert habe, wünsche.

Ich erkläre, dass ich sämtliche Kosten für die gutachterliche Überprüfung der „Feststellung der Referenzqualifikation“ im Hinblick auf meine Berufsqualifikation übernehme. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Kosten für die Anfertigung eines o.g. Gutachtens 417,00€ betragen.

(Ort und Datum)

(Unterschrift)

Ich erkläre mich weiterhin damit einverstanden, dass eingereichte Unterlagen zum Zwecke der gutachterlichen Überprüfung aufbereitet werden. Die Überprüfung erfordert es gegebenenfalls, dass Unterlagen, die in gebundener oder ähnlicher Form eingereicht werden, vollständig gelöst bzw. aufgetrennt werden.

Ort und Datum)

(Unterschrift)

(Name) (Vorname)

(Straße, Hausnummer)

(PLZ, Ort)

(E-Mailadresse) (Telefon)

(Aktenzeichen)

**Bezirksregierung Münster
-Dezernat 241 - ZAG-aH -
Joseph-König-Straße 3
48147 Münster**

Kostenübernahmeerklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die Beauftragung der Anfertigung eines Gutachtens über die Gleichwertigkeit meiner psychotherapeutischen Ausbildung gegenüber der entsprechenden deutschen Ausbildung wünsche.

Ich erkläre, dass ich sämtliche Kosten für die gutachterliche Überprüfung der Gleichwertigkeit meiner Ausbildung übernehme. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Kosten für die Anfertigung eines o.g. Gutachtens 1.773,00€ betragen.

(Ort und Datum)

(Unterschrift)

Ich erkläre mich weiterhin damit einverstanden, dass eingereichte Unterlagen zum Zwecke der gutachterlichen Überprüfung aufbereitet werden. Die Überprüfung erfordert es gegebenenfalls, dass Unterlagen, die in gebundener oder ähnlicher Form eingereicht werden, vollständig gelöst bzw. aufgetrennt werden.

Ort und Datum)

(Unterschrift)

(Name) _____ (Vorname) _____

(Straße, Hausnummer) _____

(PLZ, Ort) _____

(E-Mailadresse) _____ (Telefon) _____

(Aktenzeichen) _____

**Bezirksregierung Münster
-Dezernat 241 - ZAG-aH -
Joseph-König-Straße 3
48147 Münster**

Vollmacht

Wenn Sie sich im Antragsverfahren durch eine andere Person vertreten lassen wollen, erteilen Sie bitte eine **Vollmacht**:

Hiermit bevollmächtige ich

Vor- und Nachname: _____

Anschrift: _____

E-Mail-Adresse: _____

Telefonnummer: _____

mich im Antragsverfahren gegenüber der Bezirksregierung Münster zur Approbations-/Berufserlaubniserteilung zu vertreten. Die Vollmacht erstreckt sich insbesondere auf die Erteilung und Einholung von Auskünften, die Führung der schriftlichen Korrespondenz sowie den Empfang von Original-Urkunden und Bescheiden. Über etwaige Abweichungen der zuvor genannten Punkte informiere ich die Bezirksregierung Münster.

Die Vollmacht gilt ab untenstehendem Datum bis diese meinerseits gegenüber der Bezirksregierung Münster widerrufen wird.

_____, den _____

(Ort) (Datum) (Unterschrift)