

Geschäftsstelle des  
Zulassungsausschusses für  
Psychotherapie Westfalen-Lippe  
Robert-Schimrigk-Str. 4 – 6  
44141 Dortmund



Eingangsstempel des  
Zulassungsausschusses

E-Mail: [ZA-Psychotherapie@KVWL.de](mailto:ZA-Psychotherapie@KVWL.de)  
Fax: 0231 9432-86050

**Antrag auf Erhöhung des Beschäftigungsumfanges**  
eines angestellten Therapeuten nach § 95 Abs. 9 SGB V

**Antragsteller: Vertragspsychotherapeut / Berufsausübungsgemeinschaft /  
MVZ**

<b>Name:</b>	
<b>Vorname:</b>	
<b>Titel (akad. Grad):</b>	

<b>oder Name der bestehenden Berufsausübungsgemeinschaft (Sofern erfolgt entsprechend der Registereintragung) / des bestehenden MVZ</b>

<b>(N)BSNR:</b>	
-----------------	--

Praxisanschrift:

<b>PLZ:</b>		<b>Ort:</b>	
<b>Straße:</b>		<b>Hausnummer:</b>	

<b>Telefon:</b>		<b>FAX:</b>	
<b>E-Mail:</b>			

**Angaben zum angestellten Therapeuten**

<b>Name:</b>	
<b>Vorname:</b>	
<b>Titel (akad. Grad):</b>	

<b>LANR:</b>	
--------------	--

<b>Facharztbezeichnung / Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung</b> <b>Bei Psychologischen Psychotherapeuten: Approbation</b>

## Angaben zum Beschäftigungsumfang

Auch für angestellte Therapeuten gilt die Verpflichtung zur Abhaltung von Mindestsprechstundenzeiten (Faktor 1 = 25 Wochenstunden). Bitte berücksichtigen Sie dies bei der Vereinbarung der Arbeitszeit.

Faktor 0,5 mindestens 12 Stunden und 30 Minuten

**Bitte unbedingt genaue Stundenzahl angeben:**

<b>bisheriger</b> im Umfang von (Wochenstunden):	
---	--

<b>zukünftiger</b> im Umfang von (Wochenstunden)	
---	--

Die **zukünftige** Stundenzahl entspricht:

- Faktor 0,5 über 10 bis 20 Stunden pro Woche
- Faktor 0,75 über 20 bis 30 Stunden pro Woche
- Faktor 1 über 30 Stunden pro Woche

<b>beabsichtigter Termin zur Änderung:</b>	
--	--

## Angaben zur Versorgungssituation *-Bitte zwischen a), b) und c) auswählen!*

### a) Reaktivierter Planungsbereich

- Die Erhöhung des Beschäftigungsumfanges wird in einem reaktivierten Planungsbereich beantragt.

**oder**

## b) Ausschreibungsverfahren

- Die Erhöhung des Beschäftigungsumfanges erfolgt im Rahmen eines Ausschreibungsverfahrens  
(**ausgeschriebener Vertragssitz**)

Übernahme der Praxis bzw. des Sitzes von

<b>Name:</b>	
<b>Vorname:</b>	
<b>Titel (akad. Grad):</b>	

Praxisanschrift:

<b>PLZ:</b>		<b>Ort:</b>	
<b>Straße:</b>		<b>Hausnummer:</b>	

oder

<b>Kennzahl der Ausschreibung:</b>	
------------------------------------	--

### Nur auszufüllen bei sofortiger Verlegung im Ausschreibungsverfahren:

- Ich/Wir beantrage(n) die Verlegung des Vertragssitzes

nach:

<b>PLZ:</b>		<b>Ort:</b>	
<b>Straße:</b>		<b>Hausnummer:</b>	

### **Begründung zur Versorgungslage nach § 24 Abs. 7 Ärzte-ZV:**


oder

### c) Nachbesetzungsverfahren

- Die Erhöhung des Beschäftigungsumfanges erfolgt im Rahmen der Nachbesetzung des bestehenden Angestelltenverhältnisses von

<b>Name:</b>	
<b>Vorname:</b>	
<b>Titel (akad. Grad):</b>	

- aufgrund dessen Reduzierung auf

<b>neue Wochenstunden:</b>	
----------------------------	--

**oder**

- aufgrund dessen Ausscheidens.

**falls nicht bereits mitgeteilt:**

- Hiermit zeige(n) ich/wir an, dass die Beschäftigung von

<b>Name:</b>	
<b>Vorname:</b>	
<b>Titel (akad. Grad):</b>	

**als angestellte/r Therapeut(in)**

<b>mit Ablauf des:</b>	
------------------------	--

**beendet wird/wurde.**

## Tätigkeitsort des angestellten Therapeuten

Hauptbetriebsstätte

Umfang von (Wochenstunden):

Nebenbetriebsstätte

Umfang von (Wochenstunden):

Anschrift :

Zweigpraxis

Umfang von (Wochenstunden):

Anschrift:

## Erklärung zur Berufshaftpflichtversicherung

(Bitte beachten Sie die Erläuterungen zum Antrag!)

Der Nachweis nach § 113 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes ist als Anlage beigefügt.

## Antragsgebühr

Bei Genehmigungen zur Anstellung eines Therapeuten im Rahmen einer Nachbesetzung (auch Erhöhung und Reduzierung des Beschäftigungs-umfangs bei Änderung des Faktors) beträgt die Gebühr **jeweils** 60,00 EUR.

Bei Anträgen in reaktivierten Planungsbereichen und im Rahmen eines Ausschreibungsverfahrens beträgt die Gebühr 120,00 EUR.

Sofern im Rahmen eines Ausschreibungsverfahrens die sofortige Verlegung des Sitzes beantragt wird entsteht eine **zusätzliche** Gebühr in Höhe von 120,00 EUR.

Hiermit erkläre(n) ich/wir mein/unser Einverständnis, dass die nach § 46 Ärzte-ZV entstandene(n) Gebühr(en) von der Vertragsabrechnung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe dem Konto der Buchhaltung gutgeschrieben wird.

## Anlagen

- schriftliche Nachtragsvereinbarung zum Arbeitsvertrag
- Nachweis einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung nach § 113 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes  
(Informationen hierzu finden Sie in den Erläuterungen zum Antrag.)

Bei zusätzlicher Beantragung einer Nebentätigkeit des angestellten Therapeuten:

- entsprechender Arbeitsvertrag mit Angaben über Art, Umfang und Tätigkeitsbeschreibung

Mit den Unterschriften wird die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben versichert.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

Unterschrift des Praxisinhabers / Unterschriften **aller** Partner einer BAG (*Bei der eGbR ist die Unterschrift des Geschäftsführers ausreichend.*)

Name, Vorname (In Druckbuchstaben)	Unterschrift

Weitere BAG-Partner müssen in einer Anlage benannt werden.

Anlage  
zum Antrag auf **Erhöhung des Beschäftigungsumfanges**  
eines angestellten Therapeuten nach § 95 Abs. 9 SGB V  
(vom angestellten Therapeuten auszufüllen)

**Angaben zum angestellten Therapeuten**

<b>Name:</b>	
<b>Vorname:</b>	
<b>Titel (akad. Grad):</b>	

**Weitere Tätigkeiten neben der vertragstherapeutischen Versorgung**

- Ich werde keine weitere Tätigkeit ausüben
  
- Es ist eine weitere Tätigkeit geplant bzw. eine bestehende Tätigkeit wird weiterhin ausgeübt (Vertrag und ggf. weitere Angaben bitte als Anlage beifügen).

<b>Name der Institution:</b>	
<b>in (Anschrift)</b>	
<b>im Umfang von (Wochenstunden)</b>	

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des angestellten Therapeuten)