



Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe  
**Team Bedarfsprüfung/Genehmigungen  
Psychotherapie**  
Robert-Schimrigk-Straße 4 – 6  
44141 Dortmund

**Tel.:** 0231/9432-9450  
**Fax:** 0231/9432-80450  
**E-Mail:** Bedarfspruefung-Psych@kvwl.de

**Antrag auf vertragspsychotherapeutische Tätigkeit an  
weiteren Orten außerhalb des  
Vertragspsychotherapeutensitzes  
(Versorgerzweigpraxis\*/Zweigpraxis)**

\*Versorgerzweigpraxis= ausschließliche Tätigkeit am Standort der Zweigpraxis

<b>Name des Antragstellers<sup>1</sup>:</b> (Vertragspsychotherapeut, MVZ, Berufsausübungsgemeinschaft)	
------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

	<b>Vertragspsychotherapeutensitz</b>	<b>Geplante (Versorger-)Zweigpraxis</b>
<b>PLZ, Ort:</b>		
<b>Straße/Hausnr.:</b>		
<b>BSNR/NBSNR:</b>		

**In der (Versorger-)Zweigpraxis soll folgender Vertragspsychotherapeut (m/w/d) bzw. angestellter Psychotherapeut (m/w/d) tätig werden** (eine Benennung ist erforderlich, da die Genehmigungen personenbezogen erteilt werden; sollen weitere Psychotherapeuten in der Zweigpraxis tätig werden, füllen Sie bitte den Ergänzungsantrag für jeden weiteren Psychotherapeuten aus):

<b>Name:</b>	
--------------	--

<b>Vorname:</b>	
-----------------	--

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

<b>Fachgruppe:</b>	
--------------------	--

<sup>1</sup> Im Interesse einer besseren Lesbarkeit wird davon abgesehen, bei Fehlen einer geschlechtsneutralen Formulierung sowohl die männliche als auch weitere Formen anzuführen. Die in diesem Antrag gewählten männlichen Formulierungen gelten deshalb uneingeschränkt auch für die weiteren Geschlechter.

**Leistungsspektrum:** (Bitte ausführlich ggf. unter Angabe der EBM Ziffern beschreiben.)


**Falls Sie genehmigungspflichtige Leistungen erbringen wollen, wenden Sie sich bitte an das Team Bedarfsprüfung/Genehmigungen Psychotherapie.**

**Die Sprechzeiten am Vertragsarztsitz sind im Mitgliederportal gepflegt:**

<input type="checkbox"/>	Ja
--------------------------	----

<input type="checkbox"/>	Nein
--------------------------	------

**Sofern die Sprechzeiten am Vertragspsychotherapeutensitz bereits im Mitgliederportal gepflegt sind oder es sich um Änderungen in einer Versorgerzweigpraxis handelt, entfällt die Angabe der Sprechzeiten am Vertragspsychotherapeutensitz in diesem Antragsformular.**

**Sprechzeiten am Vertragspsychotherapeutensitz (Hauptstandort):**

		vormittags		nachmittags	
		von	bis	von	bis
<input type="checkbox"/>	Montag				
<input type="checkbox"/>	Dienstag				
<input type="checkbox"/>	Mittwoch				
<input type="checkbox"/>	Donnerstag				
<input type="checkbox"/>	Freitag				
<input type="checkbox"/>	Samstag				

**Sprechzeiten in der (Versorger-)Zweigpraxis:**

		vormittags		nachmittags	
		von	bis	von	bis
<input type="checkbox"/>	Montag				
<input type="checkbox"/>	Dienstag				
<input type="checkbox"/>	Mittwoch				
<input type="checkbox"/>	Donnerstag				
<input type="checkbox"/>	Freitag				
<input type="checkbox"/>	Samstag				

**Begründung für die Beantragung der (Versorger-)Zweigpraxis:**

Genehmigungsvoraussetzung der (Versorger-)Zweigpraxis ist u. a., dass die Versorgung am Ort der (Versorger-)Zweigpraxis verbessert wird. Zum Begriff der Verbesserung sind von der Rechtsprechung Fallkonstellationen festgelegt worden. Wir bitten Sie, zur Erleichterung der Antragsbearbeitung uns mitzuteilen, weshalb aus Ihrer Sicht eine oder mehrere der u. g. Fallkonstellationen der Versorgungsverbesserung gegeben ist bzw. sind. Beachten Sie bitte, dass die Genehmigung der (Versorger-)Zweigpraxis je nach Fallkonstellation inhaltlich oder zeitlich entsprechend des gegebenen Sachverhalts eingeschränkt wird.

Bitte fügen Sie hierzu eine ausführliche Begründung Ihres Antrags bei.

**1. Zweigpraxis:**

- |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Quantitatives Defizit<br>(Es sind nicht genügend Psychotherapeuten oder kein Psychotherapeut der Fachgruppe in der Gemeinde/Stadt/Ortsteil tätig.)                                                                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> | Lange Wartezeiten<br>(Es sind zwar genügend Psychotherapeuten niedergelassen, aber diese sind ausgelastet und die Wartezeiten für die Patienten sind nicht zumutbar.)                                                                                                                                               |
| <input type="checkbox"/> | Abweichendes Leistungsspektrum<br>(Sie bieten Leistungen an, die in der Stadt/Gemeinde/Ortsteil nicht erbracht werden, z.B. ist kein Psychotherapeut mit dem Schwerpunkt oder Zusatzbezeichnung dort tätig.) <b>Bitte nennen Sie uns die Gebührenordnungspositionen auf einem gesonderten Blatt.</b>                |
| <input type="checkbox"/> | Quantitativ höherwertige Leistungen<br>(Sie bieten besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden an, die besonders schonend sind oder bessere Diagnoseergebnisse liefern.) <b>Bitte nennen Sie uns die Gebührenordnungspositionen und den sich ergebenden medizinischen Vorteil auf einem gesonderten Blatt.</b> |
| <input type="checkbox"/> | Organisatorische/logistische Gründe<br>(Bsp.: Sie bieten besondere Sprechstundenzeiten am Abend und/oder samstags an oder bessere Erreichbarkeit für die Patienten.)                                                                                                                                                |

2.

**Versorgerzweigpraxis:**  
(Bei Anstellungen und ausschließlicher Tätigkeit am Standort der Versorgerzweigpraxis.)

Die Versorgerzweigpraxis soll wie folgt entstehen:

Verzicht auf die Zulassung eines Vertragspsychotherapeuten zugunsten der Anstellung.

Ausschreibungsverfahren der Praxis eines Vertragspsychotherapeuten

Ist die Verlegung des ausgeschriebenen Sitzes nach Übernahme geplant?

ja       nein

Bewerbungsverfahren nach Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen durch den Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen Westfalen-Lippe (Reaktivierung).

Anstellung im Sonderbedarf

Ausführliche Begründung des Antrages (evtl. mit gesondertem Schreiben):


\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel des  
Vertragspsychotherapeuten/Vertretungsberechtigten  
der BAG/des MVZs



## Informationsblatt

für die vertragsärztliche bzw. vertragspsychotherapeutische Tätigkeit an weiteren Orten außerhalb des Vertragsarztsitzes (Zweigpraxis)

Nach § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV können Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeuten und Medizinische Versorgungszentren ihre vertragsärztliche bzw. vertragspsychotherapeutische Tätigkeit auch an weiteren Orten außerhalb des Vertragssitzes (Zweigpraxis) ausüben, wenn und soweit dies die Versorgung der Versicherten an den weiteren Orten verbessert und die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragssitzes nicht beeinträchtigt wird. Eine geringfügige Beeinträchtigung für die Versorgung am Ort des Vertragssitzes ist unbeachtlich, wenn sie durch die Verbesserung an den weiteren Orten aufgewogen werden.

Für die Genehmigung einer derartigen Zweigpraxis bitten wir Sie, das entsprechende Antragsformular der KVWL zu verwenden. Nachfolgend sollen einige ergänzende Hinweise zu der Ausübung vertragsärztlicher bzw. vertragspsychotherapeutischer Tätigkeit in Zweigpraxen gegeben werden:

1. Genehmigungsvoraussetzung einer Zweigpraxis ist zum einen, dass die Versorgung der Versicherten an dem weiteren Ort verbessert wird. Zur Prüfung einer "Verbesserung" ist es erforderlich, dass Sie die Sprechzeiten sowie das Spektrum der Leistungen angeben, die in der Zweigpraxis erbracht werden sollen. Bei einer Änderung des Sitzes der Zweigpraxis, der Sprechzeiten und des Leistungsspektrums ist eine erneute Antragstellung und Genehmigung erforderlich. Genehmigungspflichtige Leistungen können in Zweigpraxen nur durchgeführt und abgerechnet werden, wenn hierfür eine Abrechnungsgenehmigung vorliegt oder erteilt wird. Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeuten oder Medizinische Versorgungszentren behalten die ihnen erteilten Abrechnungsgenehmigungen nach den Vereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V grundsätzlich auch, wenn sie die betreffenden Leistungen aufgrund der Genehmigung einer Zweigpraxis dort erbringen. Eine Besonderheit besteht bei sog. betriebsstättenbezogenen Anforderungen, d. h. Anforderungen, die sich auf eine bestimmte apparative Ausstattung, auf räumlich gebundene Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen oder die auf Praxisräume bezogene bestimmte Qualitätssicherungsverfahren bedingen; diese sind betriebsstättenbezogen, d. h. also auch für die Zweigpraxis, zu prüfen.
2. Die Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragssitzes darf zum anderen durch die Zweigpraxis nicht beeinträchtigt werden. Nach den Bestimmungen des Bundesmantelvertrages-Ärzte hat der Vertragsarzt bzw. Vertragstherapeut mit vollem Versorgungsauftrag den sich aus der Zulassung ergebenden Versorgungsauftrag dadurch zu erfüllen, dass er am Vertragssitz persönlich mindestens 25 Stunden wöchentlich in Form von Sprechstunden zur Verfügung steht. Für einen Vertragsarzt bzw. Vertragstherapeuten mit hälftigem Versorgungsauftrag gilt dies mit der Maßgabe von 12,5 Stunden wöchentlicher Sprechstunden und für einen Vertragsarzt bzw. Vertragstherapeuten mit einem  $\frac{3}{4}$ -Versorgungsauftrag gilt dies mit der Maßgabe von 18,75 Stunden wöchentlicher Sprechstunden. In allen Fällen der Ausübung vertragsärztlicher bzw. vertragstherapeutischer Tätigkeit an einem weiteren oder mehreren Tätigkeitsorten außerhalb des Vertragssitzes gilt, dass die Tätigkeit am Vertragssitz alle Tätigkeiten außerhalb des Vertragssitzes zeitlich insgesamt überwiegen muss. Bei Medizinischen Versorgungszentren gelten diese

Regelungen mit der Maßgabe, dass die angegebenen Mindestzeiten für den Versorgungsauftrag des Medizinischen Versorgungszentrums unabhängig von der Zahl der beschäftigten Ärzte bzw. Therapeuten anzuwenden sind.

### 3. Rechte und Pflichten aus der Genehmigung einer Zweigpraxis:

- Auch außerhalb der Sprechstundenzeiten der Zweigpraxis ist der Leistungserbringer verpflichtet, im Sinne der Präsenzpflcht (Erreichbarkeit) für die Versicherten zur Verfügung zu stehen.
- Für eine Teilnahme am Notfalldienst am Standort der Zweigpraxis gilt die Gemeinsame Notfalldienstordnung in ihrer jeweils gültigen Fassung.
- Die in der Zweigpraxis erbrachten Leistungen werden unter der lebenslangen Arztnummer des Leistungserbringers abgerechnet. Es gelten damit für die in der Zweigpraxis erbrachten und abgerechneten Leistungen alle Bestimmungen des Honorarverteilungsvertrages.
- Betreffend der steuerrechtlichen Auswirkungen des Betriebs einer Zweigpraxis wird die Beratung durch den Steuerberater empfohlen; insbesondere, wenn in der Zweigpraxis angestellte Ärzte zum Einsatz kommen.