

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



Eingangsstempel des
Zulassungsausschusses

E-Mail: ZA-Psychotherapie@KVWL.de
Fax: 0231 9432-86050

Antrag auf **Ermächtigung**

zur ambulanten psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von
Empfängern laufender Leistungen nach §2 des Asylbewerberleistungsgesetzes, die
Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder
sexueller Gewalt erlitten haben

Antragsteller:

Name:	
Vorname:	
Titel (akad. Grad):	

Geboren am:		in:	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> Männlich	<input type="checkbox"/> Weiblich	<input type="checkbox"/> Divers
Staatsangehörigkeit:			

Privatanschrift:

PLZ:		Ort:		
Straße:			Hausnummer:	

Telefon:		FAX:	
-----------------	--	-------------	--

E-Mail:	
----------------	--

**Facharztbezeichnung / Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung
bei Psychologischen Psychotherapeuten: Approbation**

Angaben zur beantragten Ermächtigung

Praxisanschrift:

PLZ:		Ort:	
Straße:		Hausnummer:	

Telefon:		FAX:	
-----------------	--	-------------	--

E-Mail:	
----------------	--

Wirkungsdatum:	
-----------------------	--

Die Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung nach § 31 Ärzte-ZV wird wie folgt beantragt: (ggf. als Anlage beifügen)

- als Erstermächtigung
- als erneute Ermächtigung in dem bisher vom Zulassungsausschuss ausgesprochenen Leistungsumfang

Wirkungsdatum:	
-----------------------	--

Leistungsbezeichnung nach EBM	GOP/SNR				

Für Gruppentherapien oder andere außerordentlichen Leistungen müssen die entsprechenden Nachweise der Therapeuten beigelegt werden.

Antragsbegründung, die im Wesentlichen Ausführungen darüber enthalten sollte, dass die beantragte Ermächtigung im Hinblick auf eine ausreichende vertragspsychotherapeutische Versorgung der Versicherten notwendig ist (ggf. als Anlage beifügen).

Angaben zur Person

jetzige Tätigkeit:	
künftige Funktion:	
Arzt- /Psychotherapeutenregistereintr agung liegt vor:	
Falls ja: Angabe der Kassenärztlichen Vereinigung:	

Sofern eine Arzt-/Psychotherapeutenregistereintragung vorliegt ist der Angabe der Daten unter „Ausbildung“ und „Weiterbildung“ nicht erforderlich. Nach der Arzt-/Psychotherapeutenregistereintragung erworbene Weiterbildungen ggf. ergänzen.

Ausbildung:

Sofern eine Arzt-/Psychotherapeutenregistereintragung vorliegt ist eine Angabe der Daten unter „Ausbildung“ und „Weiterbildung“ nicht erforderlich. Nach der Arztregistereintragung erworbene Weiterbildungen ggf. ergänzen.

	in / durch:	Datum:
Staatsexamen:		
deutsche Approbation:		
Berufserlaubnis:		
Med. Promotion:		

Weiterbildung:

Therapeut:	Genau Bezeichnung:	Prüfung am / Anerkennung am:
Diplom als:		
Anerkennung als:		
Richtlinienverfahren:		
Zusatzbez. Klinische Neuropsychologie		

Arzt:	Genau Bezeichnung:	Prüfung am / Anerkennung am:
Facharztanerkennung als:		
Schwerpunkt- bezeichnung:		
Fakultative Weiterbildung:		
Besondere Fachkunde:		
Zusatzbezeichnung:*		
Zusatzweiterbildung:		
Richtlinienverfahren:		

*Zusatzbezeichnung fachgebunden: ja

nein

**Angaben über die psychotherapeutische Tätigkeit vom Zeitpunkt der
Approbation bis zum Tage der Antragstellung**

von	bis	Ort	Einrichtung	Stellung/Funktion

Erklärung über die Verpflichtung zur persönlichen Leistungserbringung

- Der zur Teilnahme an der vertragstherapeutischen Versorgung ermächtigte Arzt/ Psychotherapeut hat die in dem Ermächtigungsbeschluss bestimmte vertragstherapeutische Tätigkeit persönlich auszuüben¹. Eine Vertretung bei genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen einschließlich der probatorischen Sitzungen ist grundsätzlich unzulässig². Im Übrigen kann sich der ermächtigte Arzt/Psychotherapeut bei Krankheit, Urlaub oder Teilnahme an ärztlicher Fortbildung oder an einer Wehrübung innerhalb von 12 Monaten bis zur Dauer von 3 Monaten vertreten lassen³.

Bei Durchführung der im Ermächtigungsbeschluss bestimmten Tätigkeit ist zwischen höchstpersönlichen (nicht delegierbaren) Leistungen des Arztes/ Psychotherapeuten und den Hilfeleistungen anderer Personen, die von dem Arzt/Psychotherapeut angeordnet und von ihm zu verantworten sind, zu differenzieren⁴. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband haben in der Vereinbarung über die Delegation ärztlicher/ psychotherapeutischer Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten Versorgung nach § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V⁵ beispielhaft festgelegt, bei welchen Tätigkeiten nichtärztliche Mitarbeiter ärztliche/psychotherapeutische Leistungen erbringen können und welche Anforderungen an die Erbringung zu stellen sind. Das Delegieren von Leistungen an ärztliches/psychotherapeutisches Personal ist nicht zulässig, da die Beschäftigung von Assistenten und angestellten Ärzten/ Psychotherapeuten für ermächtigte Ärzte/Psychotherapeuten gesetzlich nicht vorgesehen ist⁶. Psychotherapeutische Leistungen können auch dann nicht delegiert werden, wenn der ermächtigte Arzt/Psychotherapeut andere Ärzte/ Psychotherapeuten bei der Leistungserbringung persönlich anweist, anleitet und überwacht. Die Kontrolle einer von anderen Ärzten/Psychotherapeuten vorgenommenen Befundung ist ebenfalls nicht ausreichend.

Im Rahmen der ermächtigten Tätigkeit dürfen Leistungen entgegen den dargestellten Grundsätzen nicht erbracht werden. Werden sie erbracht und zur Abrechnung gebracht, so ist die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe zur sachlich-rechnerischen Berichtigung dieser Leistungen verpflichtet.

Ich habe von diesen Verpflichtungen Kenntnis genommen und werde sie in der Ausübung der Tätigkeit im Rahmen des Ermächtigungsbeschlusses beachten.

Erklärung hinsichtlich Drogen- und Alkoholabhängigkeit

- Ich erkläre, dass ich nicht drogen- oder alkoholabhängig bin und auch innerhalb der letzten fünf Jahre nicht war. Ich erkläre weiter, dass ich mich innerhalb der letzten fünf Jahre einer Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit nicht unterzogen habe und gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufes nicht entgegenstehen.

¹ § 15 Abs. 1 S. 1 SGB V, § 32a S. 1 Ärzte-ZV, § 15 Abs. 1 S. 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)

² § 14 Abs. 3 S. 1 BMV-Ä

³ § 32a S. 2 Ärzte-ZV

⁴ §§ 15 Abs. 1 S. 2, 28 Abs. 1 SGB V

⁵ Anlage 24 zum BMV-Ä

⁶ vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 21.03.2018, Az. B 6 KA 47/16 R

Antragsgebühr

- Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass die nach § 46 Ärzte-ZV entstandene(n) Gebühr(en) in Höhe von 120,00 EUR von der Vertragsabrechnung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe dem Konto der Buchhaltung gutgeschrieben wird.

Sofern eine Erstermächtigung beantragt wird, ist eine Abbuchung der 120,00 EUR von der Vertragsabrechnung nicht möglich. Daher wird um Überweisung der Antragsgebühr gebeten.

Die Antragsgebühr nach § 46 Ärzte-ZV in Höhe von 120,00 EUR wurde an die Kassenärztlichen Vereinigung überwiesen am:

(Konto: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Dortmund, IBAN DE82 3006 0601 0002 6131 23, BIC DAAEDEDXXX)

Nach § 38 Ärzte-ZV wird über den Antrag erst nach Entrichtung der nach § 46 Ärzte-ZV zu zahlenden Gebühr verhandelt.

Anlagen

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

Urkunden, der aufgeführten Weiterbildungen sowie der deutschen Approbation (bzw. Genehmigung zur Ausübung des ärztlichen/psychotherapeutischen Berufes auf Grundlage der Bestimmungen der Bundesärzteordnung)

- liegen im Original als Anlage bei.
- liegen als amtlich beglaubigte Kopien als Anlagen bei.
- wurden im Rahmen der Arzt/Psychotherapeutenregistereintragung bereits vorgelegt.
Eine Fotokopie des Registerauszuges liegt als Anlage bei.

Bitte beachten Sie die [Erläuterungen](#) zu der Antragsstellung und unsere [Antragsfristen](#).

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

(Ort, Datum)

(Unterschrift)