

An die

Tag des Eingangs des Antrages  
(von der Geschäftsstelle auszufüllen)

Geschäftsstelle des  
Zulassungsausschusses  
für Psychotherapie Westfalen-Lippe  
Robert-Schimrigk-Straße 4-6  
44141 Dortmund

**Antrag auf Genehmigung gemeinsamer Ausübung  
vertragspsychotherapeutischer Tätigkeit an  
KV-bereichsübergreifenden Praxissitzen  
(überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft)**

1. Herr / Frau \_\_\_\_\_  
oder  
die Berufsausübungsgemeinschaft \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fachgruppe(n): \_\_\_\_\_

Vertragspsychotherapeutensitz: \_\_\_\_\_

und

2. Herr / Frau \_\_\_\_\_  
oder  
die Berufsausübungsgemeinschaft \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fachgruppe(n): \_\_\_\_\_

Vertragspsychotherapeutensitz: \_\_\_\_\_

3. Weitere Antragsteller: **(bitte gesondert aufführen)**

beantragen mit Wirkung vom \_\_\_\_\_ die Genehmigung gemeinsamer  
Ausübung vertragspsychotherapeutischer Tätigkeit in einer überörtlichen Berufsaus-  
übungsgemeinschaft mit den vorbezeichneten Vertragspsychotherapeutensitzen.

4. Entfernung der Vertragspsychotherapeutensitze in km ca.: \_\_\_\_\_
5. Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften mit unterschiedlichen Vertragspsychotherapeutensitzen der Mitglieder sind zulässig, wenn die Erfüllung der Versorgungspflicht des jeweiligen Mitgliedes an seinem Vertragspsychotherapeutensitz unter Berücksichtigung der Mitwirkung angestellter Vertragspsychotherapeuten in dem erforderlichen Umfang gewährleistet ist sowie das Mitglied und die bei ihm angestellten Vertragspsychotherapeuten an den Vertragspsychotherapeutensitzen der anderen Mitglieder nur in zeitlich begrenztem Umfang tätig werden. Eine überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft mit Mitgliedern in mehreren Kassenärztlichen Vereinigungen hat den Vertragspsychotherapeutensitz (Hauptsitz) zu wählen, der maßgeblich ist für die Genehmigungsentscheidung sowie für die auf die gesamte Leistungserbringung dieser überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft anzuwendenden ortsgebundenen Regelungen, insbesondere zur Vergütung, zur Abrechnung sowie zu den Abrechnungs-, Wirtschaftlichkeits- und Qualifikationsprüfungen nach Maßgabe der Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung über die Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung bei einer den Bereich einer Kassenärztlichen Vereinigung übergreifenden Berufsausübung (KV-übergreifende Berufsausübungs-Richtlinie). Die Wahl hat jeweils für einen Zeitraum von mindestens 2 Jahren jeweils zu Beginn eines Quartals unwiderruflich zu erfolgen.

Der Versorgungsauftrag des Mitgliedes der Berufsausübungsgemeinschaft am Vertragspsychotherapeutensitz ist jeweils dadurch zu erfüllen, dass der Vertragspsychotherapeut an seinem Vertragspsychotherapeutensitz persönlich mindestens **20** Stunden wöchentlich in Form von Sprechstunden zur Verfügung steht, für Vertragspsychotherapeuten mit Teilversorgungsauftrag gilt dies auf der Grundlage von **10** wöchentlichen Sprechstunden am Vertragspsychotherapeutensitz.

Unter Berücksichtigung dieser gesetzlichen Vorgaben bitten wir Sie, eine Wahl der Vertragspsychotherapeutensitze als Hauptsitz bzw. Nebenbetriebsstätte(n) zu treffen und das Sprechstundenangebot für die jeweiligen Vertragspsychotherapeutensitze anzugeben:

a) Als Hauptsitz gewählter Vertragspsychotherapeutensitz: \_\_\_\_\_

**Sprechzeiten**

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Vormittag von                      bis		Nachmittag von                      bis	

b) Vertragspsychotherapeutensitz: \_\_\_\_\_

**Sprechzeiten**

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Vormittag von	bis	Nachmittag von	bis

c) Sprech- und Anwesenheitszeiten für weitere Vertragspsychotherapeutensitze:   
(bitte gesondert aufführen)

6. Falls ein wechselseitiges Tätigwerden am Vertragsarztsitz des jeweiligen Partners der überörtlichen Gemeinschaftspraxis beabsichtigt ist, bitten wir um entsprechende Mitteilung mit der Angabe der entsprechenden Sprechstundenzeiten:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

a) **geplante Sprechzeiten am Hauptsitz:**

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Vormittag von	bis	Nachmittag von	bis

b) **geplante Sprechzeiten am Nebenstandort:**

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Vormittag von	bis	Nachmittag von	bis

c) Sprech- und Anwesenheitszeiten für weitere Vertragssitze: (**bitte gesondert  
aufführen**)

---

(Ort, Datum)

---

(Unterschrift **aller** Antragsteller)