

An die

Fax: 0231 / 9432-86050

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

Eingangsstempel des  
Zulassungsausschusses

**Antrag auf  
Ermächtigung zur Teilnahme an der  
vertragspsychotherapeutischen Versorgung in eigener Praxis  
als**

- Psychologische(r) Psychotherapeut(in)
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut(in)
- Ärztliche(r) Psychotherapeut(in)
- Facharzt(ärztin) für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Facharzt(ärztin) für Psychotherapeutische Medizin

**1. Antragsteller**

Titel (akad. Grad), Name	Vorname - nur Rufname lt. Geburtsurkunde -	
Geburtsdatum	Geburtsort (Gemeinde, Land)	
Geschlecht	Familienstand	Staatsangehörigkeit
Wohnort (Straße, Nr., PLZ, Ort, Tel.-Nr., Fax-Nr.)		

**2. Ich beantrage die Ermächtigung  
zur Teilnahme an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung**

<b>Praxis</b>	
	(Straße, Nr.)
	(PLZ, Ort, Ortsteil, Tel.-Nr., Fax-Nr.)

- Erstermächtigung
- in dem bisher vom Zulassungsausschuss ausgesprochenen Leistungsumfang
- Erweiterungsantrag (Aufstellung der Gebührennummern auf Seite 3 des Antrages)

*bitte entsprechend ankreuzen*

**Antragsbegründung:**

(die im Wesentlichen Ausführungen darüber enthalten soll, worauf sich Ihre Auffassung stützt, dass die beantragte Ermächtigung im Hinblick auf eine ausreichende vertragspsychotherapeutische Versorgung der Versicherten notwendig ist)

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

Antrag auf Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragspsychotherapeutischen  
Versorgung

---

Hiermit beantrage ich die Ermächtigung nach § 31 Ärzte-ZV zur Erbringung folgender  
Leistungen im Rahmen der vertragstherapeutischen Versorgung ab dem

.....

Leistungskatalog  
(bitte Gebührennummern nach EBM angeben)

Gebührennummer	Leistungsbezeichnung nach EBM

**Sollten Sie ebenfalls Gruppentherapie oder andere außerordentliche Leistung abrechnen wollen, müssen die entsprechenden Nachweise beigelegt werden.**

**Nur bei Beantragung der Erstermächtigung ausfüllen:**

**3. Angaben zur Person:**

- Staatsexamen am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_
- Approbation am \_\_\_\_\_ durch \_\_\_\_\_
- Med. Promotion am \_\_\_\_\_ durch \_\_\_\_\_
- Facharztanerkennung/Schwerpunktbezeichnung nach Weiterbildungsordnung  
am \_\_\_\_\_ als \_\_\_\_\_  
am \_\_\_\_\_ als \_\_\_\_\_  
am \_\_\_\_\_ als \_\_\_\_\_
- Eintragung in einem Arztregister ? AR-Stelle \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_  
jetzige Tätigkeit: \_\_\_\_\_  
künftige Funktion: \_\_\_\_\_

**Sofern keine deutsche Approbation vorliegt, bitte amtlich beglaubigte Kopie der Genehmigung zur Ausübung des ärztlichen/ psychotherapeutischen Berufes auf der Grundlage der Bestimmungen der Bundesärzteordnung beifügen. Urkunden sind im Original bzw. amtlich beglaubigter Kopie vorzulegen.**

Nachweis über die psychotherapeutische Tätigkeit (vom Zeitpunkt der Approbation bis zum Tage der Antragstellung)

von	bis	Ort	Krankenhaus od. Praxis	Fachgebiet

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

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift und Stempel des  
Therapeuten**

## **Erklärung über die Verpflichtung zur persönlichen Leistungserbringung**

Der zur Teilnahme an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung ermächtigte Arzt/Psychotherapeut hat die in dem Ermächtigungsbeschluss bestimmte vertragspsychotherapeutische Tätigkeit persönlich auszuüben<sup>1</sup>. Eine Vertretung bei genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen einschließlich der probatorischen Sitzungen ist grundsätzlich unzulässig<sup>2</sup>. 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 lassen<sup>3</sup>. Darüber hinausgehend besteht keine Befugnis, dass der im stationären Bereich zuständige Vertreter den ermächtigten Krankenhausarzt/-psychotherapeuten auch bei seiner vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit vertritt.

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 differenzieren<sup>4</sup>. 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 V<sup>5</sup> 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 ist<sup>6</sup>. 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.

Ort und Datum

Unterschrift

Name (Stempel oder Druckbuchstaben)

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

<sup>2</sup> § 14 Abs. 3 S. 1 BMV-Ä

<sup>3</sup> § 32a S. 2 Ärzte-ZV

<sup>4</sup> §§ 15 Abs. 1 S. 2, 28 Abs. 1 SGB V

<sup>5</sup> Anlage 24 zum BMV-Ä

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

## Erklärung

im Sinne von §§ 20, 21 Ärzte-ZV

1. Des Weiteren erkläre ich, 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 psychotherapeutischen Berufes nicht entgegenstehen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Erläuterungen für die Antragstellung

Dem Antrag auf Erstermächtigung zur Teilnahme an der vertragstherapeutischen Versorgung sind folgende Unterlagen beizufügen:

- Antragsformular (liegt im Vordruck bei)
- Erklärung des Antragstellers hinsichtlich Drogen- oder Alkoholabhängigkeit nach § 18 Absatz 2 Nr.5 Ärzte-ZV (liegt im Vordruck bei)
- Erklärung des Antragstellers hinsichtlich der persönlichen Leistungserbringung (liegt im Vordruck bei)
- Antragsgebühr in Höhe von 120,-- EUR. **Es wird um Verständnis gebeten, dass nach § 38 Ärzte-ZV über Ihren Antrag erst nach Entrichtung der nach § 46 Ärzte-ZV zu zahlenden Gebühr verhandelt wird.** (Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG Dortmund, IBAN DE82300606010002613123, BIC DAAEDEDXXX)
- Approbationsurkunde
- Facharztanerkennung (ggf. Schwerpunktbezeichnung)
- ggf. Promotionsurkunde
- Angabe aller Gebührennummern nach EBM, die im Rahmen der Ermächtigung erbracht werden sollen (Formular liegt im Vordruck bei)
- Sofern Leistungskomplexe beantragt werden: Einzelleistungen bitte den Komplexen zuordnen z. B: "einmalige konsiliarische Untersuchung" (Gebührennummer ...)
- Begründung, die im Wesentlichen Ausführungen darüber enthalten soll, worauf sich die Auffassung stützt, dass die beantragte Ermächtigung im Hinblick auf eine ausreichende vertragspsychotherapeutische Versorgung der Versicherten notwendig ist. Eine Bearbeitung des Antrages kann erst dann erfolgen, wenn diese Begründung vorliegt

Hinweis:

Bei Bestandskraft wird eine Verwaltungsgebühr von € 400,00 fällig.

### **Achtung:**

**Die Seiten 1-5 des Antrages aufgrund der elektronischen Erfassung bitte nur komplett einreichen!! Andernfalls ist eine Bearbeitung nicht möglich.**

**Anstelle von Urschriften können amtlich beglaubigte Abschriften beigelegt werden.**