

An die

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

Fax: 0231 / 9432-86050

Eingangsstempel des
Zulassungsausschusses

**Antrag auf
Ermächtigung zur Teilnahme an der
vertragspsychotherapeutischen Versorgung am Krankenhaus
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**

Name des Krankenhauses	
	(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)

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**

Antragsteller:

Krankenhaus:

Ort:

(Vom Träger der Einrichtung auszufüllen!)

Funktion: Chefarzt / Leitender Arzt / Oberarzt

Beschäftigungsumfang
(wöchentliche Arbeitszeit gem.
Arbeits-/Dienstvertrag ist anzugeben) _____

zu betreuende Bettenzahl _____

Radiologie am Hause Ja / Nein

Name

Falls nicht, wer ist für die Radiologie
verantwortlich? _____
Name

Laborarzt am Hause Ja / Nein

Name

Falls nicht, wer ist für das Labor
verantwortlich bzw. wem ist dieses
unterstellt? _____
Name

Führt bereits ein anderer Arzt am
Hause die beantragten Leistungen
ambulant durch? * Ja / Nein

Name

*(ggf. wird um Übersendung einer entsprechenden
Verzichtserklärung gebeten)

Ort, Datum

Unterschrift

Stempel bzw. Druckschrift

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 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. 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 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.

Ort und Datum

Unterschrift

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

Name (Stempel oder Druckbuchstaben)

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

Stempel des
Krankenhauses

Zustimmungserklärung der Einrichtung

Die Einrichtung hat Kenntnis davon, dass

Herr / Frau

einen Antrag auf Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung gestellt hat.

Der Umfang der beantragten Ermächtigung ist der Einrichtung bekannt.

Entsprechend den Bestimmungen des § 31 a Abs. 2 Ärzte-ZV erklären wir unser Einverständnis zu der von

Herrn / Frau

beantragten Ermächtigung.

Stempel und Unterschrift der Verwaltung

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)
- Zustimmungserklärung der Einrichtung (liegt im Vordruck bei)
- Strukturbogen der Einrichtung (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 gemäß § 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 1-7 des Antrages aufgrund der elektronischen Erfassung bitte nur komplett einreichen!!! Andernfalls ist eine Bearbeitung nicht möglich

Anstelle von Urschriften können amtlich beglaubigte Abschriften beigefügt werden.