

An die

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

Eingangsstempel des
Zulassungsausschusses

**Antrag auf
Zulassung zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung im
Rahmen des Job-Sharing
nach § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V i. V. mit § 24 Ärzte-ZV**

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)

Wohnanschrift zum Zeitpunkt der Antragstellung

(Straße, Nr., PLZ, Ort, Tel.-Nr., Fax-Nr.)

künftige Wohnanschrift zum Zeitpunkt der Niederlassung (Straße, Nr., PLZ, Ort, Tel.-Nr., Fax-Nr.)
für

(Praxisanschrift)

(Straße, Nr.)

(PLZ, Ort, Ortsteil, Tel.-Nr., Fax-Nr.)

zum

voraussichtl. Niederlassungsdatum

Wohnort zum Zeitpunkt der Praxisaufnahme

Die Praxis befindet sich in den Räumlichkeiten einer Behörde, eines Krankenhauses o.ä.:

ja Name der Institution: _____ nein

bzw. wird eine Kooperation mit einem Krankenhaus angestrebt ja nein

Ist zusätzlich eine Praxisgemeinschaft (gemeinsame Nutzung von Praxisräumen und Praxiseinrichtungen sowie die gemeinsame Beschäftigung von Hilfspersonal bei getrennter Karteiführung, Behandlung und Abrechnung) geplant und mit wem (Name, Vorname, Ort, Straße)?

ja nein

2. Angaben zur Weiterbildung (bei Ärzten)

2.1 Approbation

erteilt am _____ durch _____

2.2 Facharztanerkennung als: _____

Prüfung am _____ Anerkennung am _____

2.3 Sonstige Bezeichnungen nach ärztlichem Weiterbildungsrecht:

Art der Bezeichnung

- Schwerpunktbezeichnung _____
- fakultative Weiterbildung: _____
- besondere Fachkunde: _____
- Zusatzbezeichnung: _____
- Zusatzweiterbildung: _____

Welches Richtlinienverfahren wurde erworben?

(Benennung)

Ist das Richtlinienverfahren fachgebunden? nein ja

3. Fachkunde (bei Psychotherapeuten)

Nur von Psychologischen Psychotherapeuten / Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten auszufüllen:

3.1 Hochschulabschluss
Diplom/ Master nein
 ja, vom: _____ durch: _____

3.2 Approbation nein
 ja, seit: _____

3.3 Die vertiefte Ausbildung
gem. § 8 Abs. 3 Nr. 1
PsychThG wurde erfolg-
reich abgeschlossen in:

(Behandlungsverfahren)

3.4 Zusatzbezeichnung
Klinische Neuropsychologie nein
 ja, vom: _____ durch _____

4. Arztregistereintragung

ist erfolgt am _____ wurde beantragt am _____

bei der Kassenärztlichen Vereinigung _____

5. Nachweis über die psychotherapeutische Tätigkeit vom Zeitpunkt der Approbation bis zum Tage der Antragstellung

von	bis	Ort	Einrichtung	Stellung/Funktion

6. Andere Tätigkeit außerhalb der Zulassung

- keine Tätigkeit Nebentätigkeit (mit gesondertem Schreiben beantragen)

Art; Umfang, Ort

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

Hinweis:

Die Ausübung vertragspsychotherapeutischer Tätigkeit in der Gemeinschaftspraxis bedarf der Genehmigung durch den Zulassungsausschuss. Hierzu ist ein gesonderter, von allen Partnern der zukünftigen Gemeinschaftspraxis unterschriebener Antrag sowie die Vorlage eines Gemeinschaftspraxisvertrages erforderlich.

Antrag auf Genehmigung zur Führung einer Gemeinschaftspraxis

Wir, _____ und _____
beantragen mit Wirkung vom _____ die Genehmigung zur Führung einer
Gemeinschaftspraxis im Rahmen des Job-Sharing als
_____ in _____.

Der im Jobsharing zugelassene Psychotherapeut wird hierbei _____
zugeordnet. Im Falle des Ausscheidens von _____ tritt an dessen
Stelle dessen Praxisnachfolger, sofern die Gemeinschaftspraxispartner nicht überein-
stimmend eine andere Feststellung treffen.

(Erläuterung: Das Erfordernis der Zuordnung des im Jobsharing zugelassenen Psychotherapeuten zu einem konkreten Vertragspsychotherapeuten aus einer mehrgliedrigen Gemeinschaftspraxis ergibt sich aus der Zuweisung therapeutenbezogener Volumina im Rahmen der Honorarverteilung. Die Zuordnung des Jobsharing-Partners zu einem konkreten Mitglied der Gemeinschaftspraxis hat keine Auswirkungen auf die Anwartschaft des Jobsharing-Partners, nach Ablauf von 10 Jahren mit ununterbrochener Zugehörigkeit zu der Gemeinschaftspraxis eine ‚Vollzulassung‘ zu erwerben.)

Falls Sie Fragen bezüglich der geforderten Zuordnung oder der Berechnung haben, wenden Sie sich bitte direkt und ausschließlich an das

Team Jobsharing (Abteilung Abrechnungsdatenmanagement), Tel.: 0231/9432-3003

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Ort, Datum

Unterschrift des Praxisinhabers

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe nach § 285 Abs. 1 SGB V die vorstehenden Daten zu meiner Person zur Durchführung des beantragten Verwaltungsverfahrens erhebt. Änderungen bzgl. der erhobenen Daten werde ich der KVWL mitteilen.

Ich erkläre hiermit mein Einverständnis, dass meine Zulassung im Vertragsverzeichnis der KVWL veröffentlicht wird.

Ort, Datum

Unterschrift

6. Antragsgebühren

Die Antragsgebühr nach § 46 Ärzte-ZV in Höhe von 100,-- EUR für die Zulassung habe ich am _____ der Kassenärztlichen Vereinigung (Konto: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Dortmund, IBAN DE82300606010002613123, BIC DAAEDEDXXX) überwiesen.

Die Antragsgebühr nach § 46 Ärzte-ZV in Höhe von 120,-- EUR für die Genehmigung zur Ausübung gemeinsamer vertragstherapeutischer Tätigkeit habe ich am _____ der Kassenärztlichen Vereinigung (Konto: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Dortmund, IBAN DE82300606010002613123, BIC DAAEDEDXXX) überwiesen. **(Hinweis: Der Praxisinhaber erhält bei Antragstellung eine Abbuchungserklärung bzgl. der Einbehaltung der Antragsgebühr vom Honorarkonto.)**

Ort und Datum

Unterschrift

Nur von ärztlichen Psychotherapeuten / Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie auszufüllen

Erklärung

im Sinne von §§ 20, 21 Ärzte-ZV

1. Ich erkläre hiermit, dass ich nach der "Gemeinsamen Notfalldienstordnung" der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe in der jeweils gültigen Fassung am organisierten ärztlichen Notfalldienst teilnehmen werde.

(Ort, Datum)

Unterschrift

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.

Ich erkläre, dass ich ab Aufnahme der Tätigkeit in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung persönlich und im erforderlichen Maße für die Versorgung der Versicherten zur Verfügung stehe.

2. Ich erkläre hiermit, dass ich zurzeit in **einem / keinem** Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis oder sonstiger nicht ehrenamtlicher Tätigkeit in einem Umfang von _____ Stunden pro Woche/Vollzeit stehe.

Das Beschäftigungsverhältnis ist mit Wirkung vom _____ gekündigt worden.

Sollten sich im Hinblick auf das Ende des Beschäftigungsverhältnisses Änderungen ergeben, ist der Zulassungsausschuss für Ärzte schriftlich davon in Kenntnis zu setzen.

(Ort, Datum)

Unterschrift

Merkblatt

für Psychotherapeuten, die die Zulassung zur Teilnahme an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung beantragt haben und derzeit noch in einem Beschäftigungsverhältnis stehen

Bei Psychotherapeuten, die die Zulassung zur Teilnahme an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung beantragen und in einem Beschäftigungsverhältnis stehen, kann einer Zulassung entgegen stehen, dass der Psychotherapeut wegen des Beschäftigungsverhältnisses für die Versorgung der Versicherten persönlich nicht in erforderlichem Maße zur Verfügung steht bzw. eine Tätigkeit ausübt, die ihrem Wesen nach mit der Tätigkeit des Vertragspsychotherapeuten am Vertragsitz nicht zu vereinbaren ist. Bei Vorliegen dieser Hinderungsgründe für die Zulassung zur Teilnahme an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung kann es sich gleichwohl empfehlen, nicht vor Bestandskraft der Zulassung das bestehende Beschäftigungsverhältnis zu kündigen. Liegen bei dem Psychotherapeuten die genannten Hinderungsgründe vor, kann er vom Zulassungsausschuss unter der Bedingung zugelassen werden, dass der seiner Eignung entgegenstehende Grund spätestens drei Monate nach dem Zeitpunkt beseitigt wird, in dem die Entscheidung über die Zulassung unanfechtbar geworden ist. Erteilt der Zulassungsausschuss diese Bedingung, so ist der Psychotherapeut verpflichtet, sein Beschäftigungsverhältnis innerhalb von 3 Monaten nach Bestandskraft der Zulassung zu beenden. Bis zum Eintritt dieser Bedingung ist die Zulassung nicht wirksam, d. h. der Psychotherapeut darf nicht vertragspsychotherapeutisch tätig werden. Wird die der Zulassung entgegenstehende Beschäftigung nicht beendet, so ist der Zulassungsausschuss berechtigt und verpflichtet, nach Ablauf der gesetzten Frist die Zulassung des Psychotherapeuten zu beenden.

Erläuterungen für die Antragstellung

Dem Antrag auf Zulassung zur Vertragspraxis sind nach § 18 Ärzte-ZV nachstehende Unterlagen beizufügen:

- ein Auszug aus dem Arztregister (nicht notwendig, wenn der Psychotherapeut im Register der KVWL eingetragen ist)
- unterschriebener Lebenslauf
- ein polizeiliches Führungszeugnis mit der Bezeichnung "O". Bei der Meldestelle (Einwohnermeldeamt) ist unbedingt anzugeben, dass ein polizeiliches Führungszeugnis zur Vorlage bei einer Behörde beantragt wird. Als Behörde ist oben links im Führungszeugnis anzugeben:

Zulassungsausschuss für Psychotherapie
Robert-Schirrigk-Straße 4 - 6
44141 Dortmund.

Dieses polizeiliche Führungszeugnis wird nicht dem antragstellenden Psychotherapeuten, sondern dem Zulassungsausschuss direkt vom Bundeszentralregister übermittelt.

Bitte bei Beantragung beachten:

Das Führungszeugnis hat **sechs Monate Gültigkeit**; es darf bei Aufnahme der Tätigkeit nicht älter als 1/2 Jahr sein.

Das polizeiliche Führungszeugnis mit der Bezeichnung "N" (diese Bezeichnung wird von der Meldestelle oben links eingetragen) hat keine Gültigkeit.

- Erklärung des Antragstellers hinsichtlich der Teilnahme am organisierten ärztlichen Notfalldienst (liegt im Vordruck bei) – nur bei Ärztlichen Psychotherapeuten / Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie erforderlich –
- Erklärung des Antragstellers hinsichtlich Drogen- oder Alkoholabhängigkeit nach § 18 Absatz 2 Nr.5 Ärzte-ZV (liegt im Vordruck bei)
- Erklärung des Antragstellers über ein bestehendes Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis oder Ausübung einer sonstigen nicht ehrenamtlichen Tätigkeit (liegt im Vordruck bei)
- Antragsgebühr in Höhe von 100,-- EUR für die Zulassung. Es wird um Verständnis gebeten, dass gem. § 38 Ärzte-ZV über Ihren Antrag erst nach Entrichtung der nach § 46 Ärzte-ZV zu zahlenden Gebühr verhandelt wird.
- Antragsgebühr in Höhe von 120,-- EUR pro Partner für die Genehmigung zur Ausübung gemeinsamer vertragstherapeutischer Tätigkeit. 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.
- Verpflichtungserklärung zur Leistungsbegrenzung (die entsprechende Formularerklärung wird Ihnen zu gegebener Zeit zur Verfügung gestellt)
- Gemeinschaftspraxisvertrag

Bitte beachten!

Sofern geplant ist, eine weitere Tätigkeit neben der Anstellung (Nebentätigkeit) zu beantragen, sind nachstehende Unterlagen dem Antrag beizufügen:

- formloser Antrag auf weitere Tätigkeit mit Tätigkeitsbeschreibung, Umfang und Ort
- entsprechender Arbeitsvertrag (sofern vorhanden) für die geplante weitere Tätigkeit

Hinweis:

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