

An die

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

Eingangsstempel des  
Zulassungsausschusses

**Antrag auf Sonderbedarfszulassung nach §36  
und / oder §§ 36, 37 Bedarfsplanungsrichtlinie**

**1. Antragsteller**

_____	_____	_____
Titel (akad. Grad)	Name	Vorname - nur Rufname lt. Geburtsurkunde -
_____	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	_____
Geburtsdatum	Geschlecht	
_____	_____	_____
Tel.-Nr. tagsüber	E-Mail-Adresse	
_____		
Wohnanschrift zum Zeitpunkt der Antragstellung (Straße und Hausnr., PLZ, Ort, Tel.-Nr., Fax-Nr.)		
_____		
künftige Wohnanschrift zum Zeitpunkt der Niederlassung (Straße und Hausnr., PLZ, Ort, Tel.-Nr., Fax-Nr.)		

**2. Antragsart**

- lokale                       qualifikationsbezogene
- Sonderbedarfszulassung mit vollem Versorgungsauftrag
- Sonderbedarfszulassung mit hälftigem Versorgungsauftrag

### 3. Ich beantrage die Zulassung zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung

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

für das Fachgebiet

\_\_\_\_\_   
 ggf. einschl. Fachkunde, Schwerpunktbezeichnungen und  
sonstige Bezeichnungen nach ärztlichem Weiterbildungsrecht

Praxisanschrift, Vertragssitz

\_\_\_\_\_   
 (Straße und Hausnummer)

\_\_\_\_\_   
 Postleitzahl, Ort, Ortsteil

mit Wirkung ab dem

\_\_\_\_\_   
 (Datum)

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, die Vereinbarung liegt dem Antrag bei.  nein

Eine  Gemeinschaftspraxis oder  Praxismgemeinschaft (gemeinsame Nutzung von Praxisräumen und Praxiseinrichtungen sowie die gemeinsame Beschäftigung von Hilfspersonal bei getrennter Karteiführung, Behandlung und Abrechnung)

ist geplant mit:

\_\_\_\_\_   
 (Name, Vorname, Straße und Hausnummer, Postleitzahl und Ort)

#### **Hinweis:**

Die Ausübung vertragstherapeutischer 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. Das Antragsformular finden Sie auf unserer Homepage [www.kvwl.de](http://www.kvwl.de).

Ist eine ausgelagerte Praxisstätte geplant oder soll bei Gründung einer Gemeinschaftspraxis eine bereits bestehende ausgelagerte Praxisstätte mitbenutzt werden?

ja, \_\_\_\_\_

nein

#### **4. Angaben zum Sonderbedarf**

##### **Begründung zum Sonderbedarf**

Nach den Bestimmungen der Bedarfsplanungsrichtlinie (§§ 36, 37) hat der Zulassungsausschuss vor Erteilung einer Sonderbedarfszulassung die in der Bedarfsplanungsrichtlinie genannten Voraussetzungen zu prüfen, wobei für diese Prüfungen zum Teil auch Angaben des antragstellenden Arztes/Therapeuten erforderlich sind. Wir bitten Sie daher, zur Prüfung Ihres Vorhabens uns die Region zu benennen, die vom Niederlassungsort aus versorgt werden soll, sowie uns ggf. weitere Informationen zu geben.

##### **4.1 Nennen Sie uns bitte die Region (z. B. anhand der Gemeinden), die vom beantragten Ort der Niederlassung aus versorgt werden soll:**

---

---

---

---

##### **4.2 Ggf. sonstige Anmerkungen:**

---

---

---

---

- Erfahrungsnach erteilt der Zulassungsausschuss, sofern der Versorgungsbedarf noch nicht dauerhaft gesehen wird, eine zeitlich befristete Ermächtigung. Diese kann Ihnen nur dann erteilt werden, falls Sie den entsprechenden Antrag gestellt haben sollten. Um bei der Überprüfung der Versorgungssituation hinsichtlich des Sonderbedarfes gleichzeitig die Versorgungssituation bezüglich einer Ermächtigung überprüfen zu können, bitten wir Sie auch gleichzeitig einen Antrag auf Erstermächtigung einzureichen. Für diesen hilfsweise gestellten Antrag auf Erstermächtigung fallen keine erneuten Antragsgebühren an.

## **5. Angaben zur Weiterbildung (bei Ärzten)**

### **5.1 Approbation**

erteilt am \_\_\_\_\_ durch \_\_\_\_\_

### **5.2 Facharztanerkennung als: \_\_\_\_\_**

Prüfung am \_\_\_\_\_ Anerkennung am \_\_\_\_\_

### **5.3 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

## 6. Fachkunde (bei Psychotherapeuten)

**Nur von Psychologischen Psychotherapeuten / Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten auszufüllen:**

6.1 Hochschulabschluss  
Diplom/ Master  nein  
 ja, vom: \_\_\_\_\_ durch: \_\_\_\_\_

6.2 Approbation  nein  
 ja, seit: \_\_\_\_\_

6.3 Die vertiefte Ausbildung  
gem. § 8 Abs. 3 Nr. 1  
PsychThG wurde  
erfolgreich abgeschlossen  
in:

\_\_\_\_\_  
(Behandlungsverfahren)

6.4 Zusatzbezeichnung  
Klinische Neuropsychologie  nein  
 ja, vom: \_\_\_\_\_ durch \_\_\_\_\_

## 7. Arztregistereintragung

ist erfolgt am \_\_\_\_\_  wurde beantragt am \_\_\_\_\_

bei der Kassenärztlichen Vereinigung \_\_\_\_\_

**8. Angaben über die psychotherapeutische Tätigkeit vom Zeitpunkt der Approbation bis zum Tag der Antragstellung**

Geben Sie bitte insbesondere an, ob Sie bereits als Vertragsarzt, Vertragstherapeut zugelassen, in einem MVZ oder in einer Praxis angestellt waren. Bitte benennen Sie auch Sitz bzw. Arbeitgeber sowie Zulassungs- bzw. Beschäftigungszeitraum.

von	bis	Ort	Einrichtung	Stellung/Funktion

**9. Andere Tätigkeit außerhalb der Zulassung**

- keine Tätigkeit                       Nebentätigkeit  
(bitte mit gesondertem Schreiben beantragen!)

\_\_\_\_\_   
Ort, Umfang (Wochenstunden)

## **9. Antragsgebühr**

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

## **10. Erklärung zur Datenerhebung**

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.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Name (Stempel oder Druckbuchstaben)

**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



\_\_\_\_\_  
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.

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 vertragspsychotherapeutischen Versorgung 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 Westfalen-Lippe  
Robert-Schimrigk-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. 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)

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

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

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

**Hilfsweise gestellter  
 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

### ***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)

---

**Ort, Datum**

---

**Unterschrift und Stempel des Therapeuten**

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

*(Um eine Bearbeitung des Ermächtigungsantrages gewährleisten zu können, bitten wir Sie die  
genauen EBM Ziffern einzutragen)*

Gebührennummer	Leistungsbezeichnung nach EBM

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

---

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 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

---

<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

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



## **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)
- 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.