

Hinweise zur Antragstellung

Sie beabsichtigen, einen Antrag auf Zulassung bzw. Anstellung zur Teilnahme an der vertragstherapeutischen Versorgung auf der Grundlage des § 103 Abs. 2 Satz 4 SGB V zu stellen.

Hierzu möchten wir Ihnen folgende Hinweise geben:

- Berücksichtigungsfähig sind nur Zulassungs- oder Anstellungsanträge, die innerhalb der Frist, beginnend am **29.11.2024 bis zum 13.01.2025**, **vollständig** in der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses für Psychotherapeuten eingegangen sind.
- Es wird um die **zwingende Angabe des Teilgebietes** gebeten. Des Weiteren wird darauf hingewiesen, dass **je Teilgebiet eine gesonderte Antragstellung** notwendig ist.
- **Bitte reichen Sie nur vollständig ausgefüllte Anträge, versehen mit allen notwendigen Anlagen ein!**
- Für die Antragstellung ist das Antragsformular nach § 103 Abs. 2 Satz 4 SGB V zu verwenden.
- **Die Antragsunterlagen müssen vollständig sein.** Folgende Unterlagen sind einzureichen:
 - Antragsformular (vollständig ausgefüllt und versehen mit Originalunterschrift)
 - Unterschriebener Lebenslauf
 - Führungszeugnis zur Vorlage bei einer Behörde
 - Nachweis Berufshaftpflicht nach § 95e SGB V
 - Auszug aus dem Arzt- bzw. Psychotherapeutenregister
 - Bei Anträgen auf Anstellung zudem: Arbeitsvertrag
- **Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die zusätzlichen Zulassungsmöglichkeiten an das Teilgebiet gebunden sind! Verlegungen des Vertragssitzes sowie etwaige künftige Nachbesetzungen sind ausschließlich in diesem Teilgebiet möglich!**

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

E-Mail: ZA-Psychotherapie@KVWL.de
Fax: 0231 9432-86050

Eingangsstempel des
Zulassungsausschusses

Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines angestellten Therapeuten
aufgrund Beschlussfassung nach § 103 Abs.2 Satz 4 SGB V

Teil 1 – (vom Praxisinhaber auszufüllen)

**Antragsteller: Vertragspsychotherapeut / Berufsausübungsgemeinschaft /
MVZ**

Name:	
Vorname:	
Titel (akad. Grad):	

oder Name der bestehenden Berufsausübungsgemeinschaft (Sofern erfolgt entsprechend der Registereintragung) / des bestehenden MVZ

(N)BSNR:	
-----------------	--

Praxisanschrift:

PLZ:		Ort:	
Straße:		Hausnummer:	

Telefon:		FAX:	
-----------------	--	-------------	--

E-Mail:	
----------------	--

Angaben zur beantragten Anstellung

**Name des anzustellenden
Therapeuten:**

- Psychologische(r) Psychotherapeut(in)
 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut(in)

Beschäftigungsbeginn:

Benennung des betreffenden Teilgebietes (Pro Antrag ist nur eine Option auszuwählen):

	Teilgebiet:	Kreis:
<input type="checkbox"/>	Rödinghausen, Gemeinde (Behandlungsverfahren Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie)	Kreis Herford
<input type="checkbox"/>	Herne-Wanne, Stadtteil	krfr. Stadt Herne
<input type="checkbox"/>	Herne-Wanne, Stadtteil (psychotherapeutische Versorgung für Kinder und Jugendliche)	krfr. Stadt Herne
<input type="checkbox"/>	Beverungen, Stadt (psychotherapeutische Versorgung für Kinder und Jugendliche)	Kreis Höxter
<input type="checkbox"/>	Borgentreich, Gemeinde (Behandlungsverfahren Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie)	Kreis Höxter
<input type="checkbox"/>	Brakel, Stadt (psychotherapeutische Versorgung für Kinder und Jugendliche)	Kreis Höxter
<input type="checkbox"/>	Höxter, Stadt (psychotherapeutische Versorgung für Kinder und Jugendliche)	Kreis Höxter
<input type="checkbox"/>	Willebadessen, Gemeinde	Kreis Höxter
<input type="checkbox"/>	Dörentrup, Gemeinde (psychotherapeutische Versorgung für Erwachsene)	Kreis Lippe
<input type="checkbox"/>	Exertal, Gemeinde (psychotherapeutische Versorgung für Kinder und Jugendliche)	Kreis Lippe
<input type="checkbox"/>	Schieder-Schwalenberg, Stadt (psychotherapeutische Versorgung für Erwachsene)	Kreis Lippe
<input type="checkbox"/>	Eslohe, Gemeinde (Behandlungsverfahren Verhaltenstherapie)	Mittelbereich Meschede
<input type="checkbox"/>	Stemwede, Gemeinde (Behandlungsverfahren Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie)	Kreis Minden-Lübbecke
<input type="checkbox"/>	Burbach, Gemeinde (Behandlungsverfahren Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie)	Kreis Siegen-Wittgenstein
<input type="checkbox"/>	Wilnsdorf, Gemeinde (Behandlungsverfahren Verhaltenstherapie)	Kreis Siegen-Wittgenstein
<input type="checkbox"/>	Wilnsdorf, Gemeinde (psychotherapeutische Versorgung für Kinder und Jugendliche)	Kreis Siegen-Wittgenstein

Praxisanschrift:

PLZ:		Ort:	
Straße:		Hausnummer:	

mit Wirkung ab dem:	
----------------------------	--

Angaben zum Beschäftigungsumfang

Auch für angestellte Therapeuten gilt die Verpflichtung zur Abhaltung von Mindestsprechstundenzeiten (Faktor 1 = 25 Wochenstunden). Bitte berücksichtigen Sie dies bei der Vereinbarung der Arbeitszeit.

Faktor 0,25 mindestens 6 Stunden und 15 Minuten

Faktor 0,5 mindestens 12 Stunden und 30 Minuten

- | | | |
|--------------------------|-------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Faktor 0,25 | bis zu 10 Stunden pro Wochen |
| <input type="checkbox"/> | Faktor 0,5 | über 10 bis 20 Stunden pro Woche |
| <input type="checkbox"/> | Faktor 0,75 | über 20 bis 30 Stunden pro Woche |
| <input type="checkbox"/> | Faktor 1 | über 30 Stunden pro Woche |

Bitte unbedingt genaue Stundenzahl angeben:

im Umfang von (Wochenstunden):

Begründung zur Versorgungslage nach § 24 Abs. 7 Ärzte-ZV: (ggf. als Anlage beifügen)

Tätigkeitsort des anzustellenden Therapeuten

Hauptbetriebsstätte

Umfang von (Wochenstunden):

Nebenbetriebsstätte

Umfang von (Wochenstunden):

Anschrift:

Zweigpraxis

Umfang von (Wochenstunden):

Anschrift:

Erklärung zur Berufshaftpflichtversicherung

(Bitte beachten Sie die Erläuterungen zum Antrag!)

- Der Nachweis nach § 113 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes ist als Anlage beigefügt.

Antragsgebühr

- Hiermit erkläre(n) ich/wir mein/unser Einverständnis, dass die nach § 46 Ärzte-ZV entstandene(n) Gebühr(en) in Höhe von 120,00 EUR von der Vertragsabrechnung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe dem Konto der Buchhaltung gutgeschrieben wird.

Mit den Unterschriften wird die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben versichert.

(Ort, Datum)

Unterschrift des Praxisinhabers / Unterschriften **aller** Partner einer BAG (*Bei der eGmbH ist die Unterschrift des Geschäftsführers ausreichend.*) / Unterschrift des Geschäftsführers des MVZ

Name, Vorname (In Druckbuchstaben)	Unterschrift

Weitere BAG-Partner müssen in einer Anlage benannt werden.

Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines angestellten Therapeuten
aufgrund Beschlussfassung nach § 103 Abs.2 Satz 4 SGB V
Teil 2 – (vom anzustellenden Therapeuten auszufüllen)

Angaben zum anzustellenden Therapeuten

Name:	
Vorname:	
Titel (akad. Grad):	

Geboren am:		Geburtsort:	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> Männlich	<input type="checkbox"/> Weiblich	<input type="checkbox"/> Divers

Wohnort:

PLZ:		Ort:	
Straße:		Hausnummer:	

Telefon:		FAX:	
-----------------	--	-------------	--

E-Mail:	
----------------	--

--

Facharztbezeichnung und ggf. Schwerpunkt/Zusatz-Weiterbildung bei Psychologischen Psychotherapeuten: Approbation

Ggf. LANR:	
-------------------	--

Weitere Tätigkeiten neben der vertragstherapeutischen Versorgung

- Ich werde keine weitere Tätigkeit ausüben
- Es ist eine weitere Tätigkeit geplant bzw. eine bestehende Tätigkeit wird weiterhin ausgeübt (Vertrag und ggf. weitere Angaben bitte als Anlage beifügen).

Name der Institution:	
in (Anschrift)	
im Umfang von (Wochenstunden)	

Ausbildung:

Sofern eine Arzt-/Psychotherapeutenregistereintragung vorliegt ist eine Angabe der Daten unter „Ausbildung“ und „Weiterbildung“ nicht erforderlich. Nach der Arztregistereintragung erworbene Weiterbildungen ggf. ergänzen.

	in / durch:	Datum:
Staatsexamen:		
deutsche Approbation:		
Berufserlaubnis:		
Med. Promotion:		

Weiterbildung:

Therapeut:	Genauere Bezeichnung:	Prüfung am / Anerkennung am:
Diplom als:		
Anerkennung als:		
Richtlinienverfahren:		
Zusatzbez. Klinische Neuropsychologie		

Arzt:	Genauere Bezeichnung:	Prüfung am / Anerkennung am:
Facharztanerkennung als:		
Schwerpunktbezeichnung:		
Fakultative Weiterbildung:		
Besondere Fachkunde:		
Zusatzbezeichnung:*		
Zusatzweiterbildung:		
Richtlinienverfahren:		

*Zusatzbezeichnung fachgebunden: ja

nein

Angaben über die psychotherapeutische Tätigkeit vom Zeitpunkt der Approbation bis zum Tage der Antragstellung

von	bis	Ort	Einrichtung	Stellung/Funktion

Eintragung in das Arzt-/Psychotherapeutenregister

ist erfolgt am:		wurde beantragt am:	
bei der Kassenärztlichen Vereinigung:			

Gruppentherapie (bitte zutreffende Antworten ankreuzen):

- Die Voraussetzungen für die Durchführung von Gruppentherapie sind vorhanden.
- Die Bereitschaft und das Vorhandensein von Räumlichkeiten zur Durchführung von Gruppentherapien sind vorhanden.

Erforderliche Erklärungen zum Antrag

nur von Ärzten auszufüllen: Erklärung zur Teilnahme am Notfalldienst

- 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.

Erklärung hinsichtlich Drogen- und Alkoholabhängigkeit

- Ich erkläre, 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 ärztlichen Berufes nicht entgegenstehen.

Erklärung über ein bestehendes Dienst- und Beschäftigungsverhältnis

- Ich erkläre hiermit, dass ich zurzeit in **keinem** Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis oder sonstiger nicht ehrenamtlicher Tätigkeit stehe.
- Ich erkläre hiermit, dass ich zurzeit in **einem** Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis oder sonstiger nicht ehrenamtlicher Tätigkeit stehe.

im Umfang von (Wochenstunden)

Das Beschäftigungsverhältnis wird wurde
gekündigt mit Wirkung vom:

Das Beschäftigungsverhältnis wird fortgeführt mit
(Wochenstunden)

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

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.

Anlagen: Dem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:

- unterschriebener Lebenslauf
- Auszug aus dem Arztregister (sofern nicht im Bereich der KVWL eingetragen)
- schriftlicher Arbeitsvertrag mit dem Praxisinhaber/der BAG/dem MVZ
- Bestätigung (Quittung) der Beantragung eines Führungszeugnisses zur Vorlage bei einer Behörde nach § 30 Abs. 5 Bundeszentralregistergesetz (BZRG)
 - Ich erkläre an Eides statt, dass im beantragten Führungszeugnis keine Eintragung zu meinem Nachteil enthalten ist.

(Sollte das Führungszeugnis zum Sitzungstermin noch nicht vorliegen, kann durch Abgabe der eidesstattlichen Erklärung ggf. eine Vertagung der Verhandlung des Zulassungsausschusses vermieden werden.)

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des anzustellenden
Therapeuten)