

## **Merkblatt zum Antrag auf Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung**

Für diesen Antrag sind folgende Unterlagen erforderlich:

- Auszug aus dem Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung (sofern Sie nicht im Arztregister Nordrhein eingetragen sind), aus dem der Tag der Approbation, der Tag der Eintragung in das Arztregister und gegebenenfalls der Tag der Anerkennung des Rechts zum Führen einer bestimmten Facharzt-, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung hervorgehen müssen,
- aktueller unterschriebener Lebenslauf,
- Bescheinigungen über die seit der Eintragung in das Arztregister ausgeübten therapeutischen Tätigkeiten (Arbeitsverträge sind nicht ausreichend),
- Nachweis über das zum Zeitpunkt der Antragstellung bestehende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis unter Angabe des frühestmöglichen Endes des Beschäftigungsverhältnisses,
- Beantragung eines Polizeilichen Führungszeugnisses zur Vorlage bei einer Behörde nach § 30 Abs. 5 BZRG, welches bei Antragstellung nicht älter als 3 Monate sein darf,
- Das Führungszeugnis muss zur Sitzung des Zulassungsausschusses vorliegen. Es empfiehlt sich eine frühzeitige Beantragung.
- Bei Stellung des Antrags auf Zulassung, Ermächtigung und auf Genehmigung einer Anstellung ist das Bestehen einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung durch eine Versicherungsbescheinigung nach § 113 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) gegenüber dem Zulassungsausschuss nachzuweisen (§ 95 e SGB V i. V. m. § 18 Abs. 2 Nr. 6 Ärzte-ZV). Policen oder vorläufige Deckungszusagen sind nicht ausreichend.

Ein Berufshaftpflichtversicherungsschutz ist ausreichend, wenn das individuelle Haftungsrisiko des Vertragsarztes versichert ist.

Die Mindestversicherungssumme beträgt für einen Vertragsarzt (ohne angestellte Ärzte) drei Millionen Euro für Personen- und Sachschäden für jeden Versicherungsfall. Die Leistungen des Versicherers für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden

dürfen nicht weiter als auf den zweifachen Betrag der Mindestversicherungssumme begrenzt werden.

Für MVZ sowie Vertragsärzte und Berufsausübungsgemeinschaften mit angestellten Ärzten muss ein Haftpflichtversicherungsschutz für die gesamte von dem Leistungserbringer ausgehende ärztliche Tätigkeit bestehen. Die Mindestversicherungssumme beträgt fünf Millionen Euro für Personen- und Sachschäden für jeden Versicherungsfall. Die Leistungen des Versicherers für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden dürfen nicht weiter als auf den dreifachen Betrag der Mindestversicherungssumme begrenzt werden.

Weitere wichtige Informationen und Muster zu dem Thema finden Sie unter [Berufshaftpflichtversicherung | KV Nordrhein](#)

- Einzahlung einer Gebühr von 100 Euro gem. § 46 Abs. 1 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte. Die Gebühr ist bei Antragstellung fällig. Hinsichtlich der Überweisung der Gebühr werden Sie von uns eine Antragsnummer mitgeteilt bekommen. Bitte verwenden Sie nur diese Nummer im Verwendungszweck bei Überweisung.

Nach § 38 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte gilt der Antrag als zurückgenommen, wenn die Antragsgebühr bis zur Sitzung des Zulassungsausschusses nicht entrichtet wird

**Bitte beachten Sie, dass die Angabe der Praxisanschrift (S. 2 des Antrages) zwingend erforderlich ist und die Anschrift meint, an welcher Adresse Sie zukünftig Ihre Tätigkeit ausüben. Bei einer Sitzübernahme tragen Sie bitte die Praxisanschrift des abgebenden Therapeuten ein.**

Wir machen schon jetzt darauf aufmerksam, dass darüber hinaus – nach Eintritt der Rechtskraft des Beschlusses – bei positiver Entscheidung eine Verwaltungsgebühr in Höhe von 400 Euro fällig wird (§ 46 Abs. 2 b Ärzte-ZV), die dann von Ihrem Honorarkonto abgebucht wird.

**Geschäftsstelle  
Zulassungsausschuss  
Köln**

Kontakt:  
**Kammer Psychotherapie** ☎ 0221 7763 33279  
@ [ZA.Kammer.Psychotherapie@kvno.de](mailto:ZA.Kammer.Psychotherapie@kvno.de)

Postanschrift:  
40182 Düsseldorf

## **Bescheinigung zur Beantragung eines Führungszeugnisses zur Vorlage bei einer Behörde nach § 30 Abs. 5 BZRG**

Hiermit bescheinigt die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Körperschaft des öffentlichen Rechts, dass die Vorlage des Führungszeugnisses zur Vorlage bei einer Behörde nach § 30 Abs. 5 BZRG für Zulassungsverfahren zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 18 Ärzte-ZV erforderlich ist.

Wir bitten entsprechend um Übersendung an:

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein  
Geschäftsstelle Zulassungsausschuss  
40182 Düsseldorf

## Antrag auf Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

Als

- Psychologische/r Psychotherapeut/in
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in
- Ärztliche/r Psychotherapeut/in

Titel: \_\_\_\_\_

Vorname, Name: \_\_\_\_\_

Verfahren: \_\_\_\_\_

Privatanschrift:

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon / Fax \_\_\_\_\_

Praxisanschrift:

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon / Fax \_\_\_\_\_

ab \_\_\_\_\_

- Es wird die Praxis bzw. der hälftige/drei Viertel/volle Versorgungsauftrag eines anderen Therapeuten / einer anderen Therapeutin im Rahmen des Ausschreibungsverfahrens

von: \_\_\_\_\_

mit der Chiffre-Nr.: \_\_\_\_\_

übernommen.

- Es wird ein freier Sitz in dem offenen Planungsbereich

\_\_\_\_\_

übernommen.

Waren Sie bereits vertragsärztlich (Zulassung, Anstellung, Ermächtigung) tätig?

nein

ja, im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung: \_\_\_\_\_

### § 19a der Zulassungsverordnung Ärzte (Ärzte-ZV)

Die Zulassung verpflichtet den Therapeuten, die vertragsärztliche Tätigkeit vollzeitig auszuüben. Der Therapeut ist berechtigt, seinen Versorgungsauftrag auf die Hälfte oder drei Viertel des Versorgungsauftrages zu beschränken.

Ich erkläre, dass meine vertragsärztliche Tätigkeit mit einem

vollen Versorgungsauftrag

drei Viertel Versorgungsauftrag

halben Versorgungsauftrag

durchgeführt wird.

### Weitere Vorhaben

Sind mit der beantragten Zulassung ggf. noch weitere Vorhaben verbunden, die für den **Gesamtsachverhalt** relevant sind? Was ist Ihr Ziel? (z. B. weitere **Anträge an den Zulassungsausschuss**, die im Zusammenhang mit der Zulassung stehen, wie etwa Verlegung des Vertragsarztsitzes, Genehmigung einer Berufsausübungsgemeinschaft oder **Anträge an die KV** wie etwa Genehmigung einer Zweigpraxis)

nein

ja

welche?

Wir weisen darauf hin, dass ein gesonderter Antrag bezüglich des weiteren Vorhabens einzureichen ist.

## Erklärung zu einem Dienst- / Beschäftigungsverhältnis

Hiermit erkläre ich, dass ich zurzeit in einem Dienst- / keinem Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis stehe.

Das Beschäftigungsverhältnis kann frühestens am .....beendet werden.

Das Beschäftigungsverhältnis ist mit Wirkung vom..... gekündigt / beendet worden.

Das bestehende Beschäftigungsverhältnis wird mit Wirkung zum ..... auf einen Umfang von..... Stunden reduziert bzw. im bestehenden Umfang beibehalten. Nachweis über das bestehende Beschäftigungsverhältnis beifügen.

## Nebentätigkeitserklärung

Werden Sie nach Aufnahme Ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit noch in einem Beschäftigungsverhältnis stehen, oder werden Sie eine andere nicht ehrenamtliche Tätigkeit hauptamtlich oder nebenberuflich ausüben?

- nein
- ja (Bitte fügen Sie, wenn vorhanden, die Nebentätigtigkeitsgenehmigung bei.)

Art der Tätigkeit: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort der Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Umfang: \_\_\_\_\_

(Anzahl der Tage wöchentlich  
und Stunden täglich)

Ende der Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Name:

Datum:

Unterschrift:

## **Erklärung über das Nichtvorliegen von Suchterkrankungen**

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich nicht drogen- oder alkoholabhängig bin oder innerhalb der letzten fünf Jahre gewesen bin. Ich habe mich innerhalb der letzten fünf Jahre keiner Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterziehen müssen. Gesetzliche Hinderungsgründe stehen der Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit nicht entgegen.

Name:

Datum:

Unterschrift:

### **Antrag auf Genehmigung zur Durchführung von psychotherapeutischen Leistungen**

Neben Ihrem Antrag an den Zulassungsausschuss ist es zusätzlich erforderlich, bei der KV Nordrhein eine Genehmigung zur Durchführung der Einzel- und Gruppentherapien sowie für die übenden und suggestiven Verfahren zu beantragen. Diese Leistungen dürfen Sie erst dann erbringen und abrechnen, wenn Sie dafür die Genehmigung der KV Nordrhein erhalten haben.

Welche Leistungen einer Genehmigungspflicht unterliegen, entnehmen Sie bitte der Auflistung auf der Homepage der KV Nordrhein unter [www.kvno.de/genehmigungen](http://www.kvno.de/genehmigungen)

**Bitte füllen Sie daher auch noch dieses Antragsformular aus, welches Sie bitte Ihrem Antrag an den Zulassungsausschuss beifügen. Die Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses wird Ihren Antrag dann an die zuständige Abteilung Qualitätssicherung zur weiteren Bearbeitung weiterleiten. Sie können diesen Antrag aber auch selbst an die o. g. Kontakte versenden.**

Name: \_\_\_\_\_

LANR: \_\_\_\_\_ BSNR: \_\_\_\_\_

#### **Praxisanschrift**

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

#### **Ich besitze die Anerkennung als:**

Facharzt für \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Schwerpunkt: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Zusatzbezeichnung \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_



- Psychologische/r Psychotherapeutin/ Psychotherapeut
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
- Angestellt bei \_\_\_\_\_
- Berufsausübungsgemeinschaft mit \_\_\_\_\_

Zulassung / Ermächtigung ab \_\_\_\_\_

**Ich beantrage die Durchführung und Abrechnung folgender psychotherapeutischer Leistungen:**

**tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie**

- als Einzelbehandlung
- als Gruppenbehandlung
- bei Erwachsenen
- bei Kindern und Jugendlichen

**tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie**

- als Einzelbehandlung
- als Gruppenbehandlung
- bei Erwachsenen
- bei Kindern und Jugendlichen

**Verhaltenstherapie**

- als Einzelbehandlung
- als Gruppenbehandlung
- bei Erwachsenen
- bei Kindern und Jugendlichen

## Systemische Therapie

- als Einzelbehandlung
- als Gruppenbehandlung
- bei Erwachsenen

## übende und suggestive Techniken

- Autogenes Training, Relaxationsbehandlung nach Jacobson als Einzelbehandlung
- Autogenes Training, Relaxationsbehandlung nach Jacobson als Gruppenbehandlung bei Erwachsenen
- Autogenes Training, Relaxationsbehandlung nach Jacobson als Gruppenbehandlung bei Kindern und Jugendlichen
- Hypnose
  
- EMDR

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift  
des Antragstellers

\_\_\_\_\_  
Im Falle der Anstellung  
Stempel und Unterschrift des  
Ärztlichen Leiters der Einrichtung/  
des MVZ bzw. des Praxisinhabers

### Hinweis:

Die beantragten Leistungen dürfen erst mit erteilter Genehmigung durchgeführt und abgerechnet werden. Die Genehmigung kann nicht nachträglich mit Wirkung für die Vergangenheit erteilt werden.