

## **Merklblatt** **zum Antrag auf Zulassung zur Teilnahme an der vertragspsycho- therapeutischen Versorgung gemäß § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V**

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, datierter und 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.

- Gesellschaftsvertrag.
- 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. Hinsichtlich der Überweisung der Antragsgebühr werden Sie von uns eine Antragsnummer mitgeteilt bekommen. **Bitte zahlen Sie erst dann und 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.

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**

Postanschrift:  
40182 Düsseldorf

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

## **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 vertragspsychotherapeutischen  
Versorgung gemäß § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V**

- 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: \_\_\_\_\_ . Quartal 20

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

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

## 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, Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens 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 vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit noch in einem Beschäftigungsverhältnis stehen, oder werden Sie eine andere nicht ehrenamtliche Tätigkeit hauptamtlich oder nebenberuflich ausüben?

nein

ja

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 vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit nicht entgegen.

Name:

Datum:

Unterschrift:

## 1. Variante: Neugründung einer Berufsausübungsgemeinschaft

### Antrag auf Genehmigung zur Errichtung einer Berufsausübungsgemeinschaft gem. § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V

Hiermit beantragen wir

1. Therapeut / Therapeutin

Titel:

\_\_\_\_\_

Vorname, Name:

\_\_\_\_\_

2. Therapeut / Therapeutin

Titel:

\_\_\_\_\_

Vorname, Name:

\_\_\_\_\_

die Genehmigung zur Errichtung einer Berufsausübungsgemeinschaft  
gem. § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V.

Praxisanschrift:

Straße:

\_\_\_\_\_

PLZ / Ort:

\_\_\_\_\_

ab

\_\_\_\_\_ . Quartal 20

Die Genehmigung wird auf der Basis des dem Zulassungsausschuss vorzulegenden Gesellschaftsvertrages beantragt. Wir versichern, dass weitere Vereinbarungen, die dem entgegenstehen, nicht getroffen wurden bzw. werden.

Der Antrag ist von beiden Partnern zu unterschreiben.

Datum, Unterschrift / 1. Therapeut / Therapeutin

Datum, Unterschrift / 2. Therapeut / Therapeutin

#### **Hinweis:**

Für das Verfahren wird gem. § 46 Abs. 1 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte eine Gebühr von 120 Euro pro Vertragsarzt erhoben. Die Gebühr ist bei Antragstellung fällig. Wenn Sie noch nicht über ein Honorarkonto bei der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein verfügen, ist die Gebühr vorab zu entrichten.

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.



## 2. Variante: Betritt in eine bestehende Berufsausübungsgemeinschaft

Hiermit beantragt die Berufsausübungsgemeinschaft

Vertragspsychotherapeutenstempel

Herrn / Frau

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

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

gem. § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V ab dem \_\_\_\_\_. Quartal 20\_\_ als Partner / Partnerin aufzunehmen.

Die Teilung des Vertragspsychotherapeutensitzes erfolgt mit:

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

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

Die Genehmigung wird auf der Basis des dem Zulassungsausschuss vorzulegenden Gesellschaftsvertrages beantragt. Wir versichern, dass weitere Vereinbarungen, die dem entgegenstehen, nicht getroffen wurden bzw. werden.

Der Antrag ist von allen Partnern und dem Job-Sharing Partner zu unterschreiben.

Datum, Unterschrift

Datum, Unterschrift

Datum, Unterschrift

Datum, Unterschrift

Datum, Unterschrift

Datum, Unterschrift

### Hinweis:

Für das Verfahren wird gem. § 46 Abs. 1 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte eine Gebühr von 120 Euro pro Vertragsarzt erhoben. Die Gebühr ist bei Antragstellung fällig. Wenn Sie noch nicht über ein Honorarkonto bei der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein verfügen, ist die Gebühr vorab zu entrichten.

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.

Bezirksstellen Düsseldorf/Köln  
Abteilung Qualitätssicherung  
40182 Düsseldorf

E-Mail: Psychoth.Leistungen@kvno.de  
Fax-Nr.: 0211 / 59 70 – 33 166

### **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.