

**Geschäftsstelle
Zulassungsausschuss
Köln**

Kontakt:
Kammer Psychotherapie ☎ 0221 7763 33279
@ ZA.Kammer.Psychotherapie@kvno.de

Postanschrift:
40182 Düsseldorf

Antrag auf Umwandlung eines Angestelltensitzes in eine Zulassung gem. § 95 Abs. 9b SGB V

Verwenden Sie dieses Formular, wenn Ihr derzeit angestellter Arzt Inhaber der Zulassung werden soll.

Für die Umwandlung der Angestelltenstelle zum Zwecke der Ausschreibung verwenden Sie bitte das Formular „Antrag auf Ausschreibung Anstellung“.

Für die Umwandlung des Angestelltensitzes in eine Zulassung wird gem. § 46 Abs. 1 der Ärzte-ZV eine Gebühr von € 120,-- erhoben, welche automatisch vom Honorarkonto abgebucht wird.

Titel: _____

Name des Antragstellers: _____
(MVZ, Praxisinhaber oder BAG)

Praxisanschrift:

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

- Mein bisher angestellter Psychotherapeut soll Inhaber der vertragspsychotherapeutischen Zulassung werden. (Umwandlung)**

Name des **angestellten Psychotherapeuten**, dessen Vertragstherapeutensitz umgewandelt werden soll: _____

hälftig drei Viertel voll

Beschäftigungsumfang pro Woche: _____

Hinweis:

Die Umwandlung einer genehmigten Anstellung gem. § 95 Abs. 9b Satz 1 SGB V setzt voraus, dass der Umfang der Tätigkeit des angestellten Psychotherapeuten einem ganzen oder halben Versorgungsauftrag entspricht. Ein halber Versorgungsauftrag entspricht einem Beschäftigungsumfang von über 10 bis 20 Stunden pro Woche je Psychotherapeut. Ein drei Viertel Versorgungsauftrag entspricht einem Beschäftigungsumfang von über 20 bis 30 Stunden pro Woche je Psychotherapeut. Ein voller Versorgungsauftrag entspricht einem Beschäftigungsumfang über 30 Stunden pro Woche je Psychotherapeut.

Sofern nach Umwandlung und Übertragung des Vertragspsychotherapeutensitzes eine Berufsausübungsgemeinschaft gegründet bzw. erweitert werden soll, ist hierfür ein gesonderter Antrag erforderlich („Antrag auf Genehmigung einer Berufsausübungsgemeinschaft“).

Name:

Datum:

Unterschrift:

Merkblatt **zum Antrag auf Zulassung zur Teilnahme** **an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung nach Umwandlung einer** **Anstellung gem.§ 95 Abs. 9b SGB V**

Für diesen Antrag sind folgende Unterlagen erforderlich:

- Nachweis über das zum Zeitpunkt der Antragstellung bestehende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis unter Angabe des frühestmöglichen Endes des Beschäftigungsverhältnisses, sofern neben der momentanen Anstellung ein weiteres Beschäftigungsverhältnis besteht,
- Einzahlung einer Gebühr von 100 Euro gem. § 46 Abs. 1 der Ärzte-ZV. 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 Ärzte-ZV gilt der Antrag als zurückgenommen, wenn die Antragsgebühr bis zur Sitzung des Zulassungsausschusses nicht entrichtet wird.
- 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](#)

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 Arztes 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**

Postanschrift:
40182 Düsseldorf

Kontakt:
Kammer Psychotherapie ☎ 0221 7763 33279
@ ZA.Kammer.Psychotherapie@kvno.de

Antrag auf Zulassung zur Teilnahme an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung

- 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 _____

§ 19a der Zulassungsverordnung Ärzte (Ärzte-ZV)

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

Ich erkläre, dass meine vertragspsychotherapeutische 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 ggf. 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 des ärztlichen Berufs 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

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.