

Geschäftsstelle
Zulassungsausschuss
Köln

Postanschrift
40182 Düsseldorf

Kontakt:
Sonderbedarf ☎ 0211 5970-33281
@ sonderbedarf@kvno.de

Merkblatt **zum Antrag auf Genehmigung der Beschäftigung eines** **angestellten Psychotherapeuten / einer angestellten Psychotherapeutin an einem** **Medizinischen Versorgungszentrum** **im Sonderbedarf**

Diesem Antrag sind vom anzustellenden Psychotherapeuten / von der anzustellenden Psychotherapeutin folgende Unterlagen beizufügen:

- 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 und datierter Lebenslauf,
- Bescheinigungen über die seit der Eintragung in das Arztregister ausgeübten ärztlichen Tätigkeiten (Arbeitsverträge sind nicht ausreichend),
- Nachweis über das zum Zeitpunkt der Antragstellung bestehende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis unter Angabe der Arbeitszeit und des frühestmöglichen Endes des Beschäftigungsverhältnisses,
- Im Falle einer Neuanstellung die 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.

Diesem Antrag ist vom Antragsteller / von der Antragstellerin beizufügen:

- Anstellungsvertrag.
- 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](#)

Für das Verfahren wird gem. § 46 Abs. 1 Buchst. c Ärzte-ZV eine Gebühr von 120 Euro erhoben, die von Ihrem Honorarkonto abgebucht wird.

Wir machen schon jetzt darauf aufmerksam, dass nach erfolgter Genehmigung der Anstellung die Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses gem. § 46 Abs. 2 Buchst. c Ärzte-ZV eine weitere Gebühr in Höhe von 400 Euro erhebt. Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein hat gem. § 46 Abs. 2 Buchst. d i.V.m. § 32b Abs. 4 Ärzte-ZV weitere 400 Euro an Verwaltungsgebühr zu erheben.

**Geschäftsstelle
Zulassungsausschuss
Köln**

Postanschrift
40182 Düsseldorf

Kontakt:
Sonderbedarf ☎ 0211 5970-33281
@ sonderbedarf@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 Genehmigung der Beschäftigung eines
angestellten Therapeuten / einer angestellten Therapeutin an einem Medizinischen
Versorgungszentrum im Sonderbedarf**

Antragsteller / Antragstellerin:

Name des MVZ _____

BSNR: _____

Anschrift:

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

angestellter Therapeut / angestellte Therapeutin:

Titel: _____

Vorname, Name: _____

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

Verfahren: _____

Privatanschrift:

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon / Fax: _____

Beginn der Tätigkeit: _____ . Quartal 20____

- Vollzeit: _____ Stunden pro Woche
- Teilzeit: _____ Stunden pro Woche

Hinweis:

Die Anstellung im Sonderbedarf kann nur im Umfang eines **halben** Versorgungsauftrages (über 10-20 Wochenstunden) oder eines **drei Viertel** Versorgungsauftrages (über 20 bis 30 Wochenstunden) oder eines **vollen** Versorgungsauftrages (über 30 Wochenstunden) beantragt werden.

War der/die anzustellende Psychotherapeut/in bereits vertragspsychotherapeutisch (Zulassung, Anstellung, Ermächtigung) tätig?

nein

ja, im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung: _____

Die Anstellung soll an o.g. Praxisanschrift erfolgen

Die Anstellung soll **ausschließlich** in einer Zweigpraxis erfolgen
(Die Zweigpraxisgenehmigung ist bei der Kassenärztlichen Vereinigung zu beantragen)

Die Anstellung soll an o.g. Praxisanschrift **und** in einer Zweigpraxis erfolgen
(Die Zweigpraxisgenehmigung ist bei der Kassenärztlichen Vereinigung zu beantragen)

Aufteilung: _____ Stunden pro Woche in der Praxis des anstellenden Arztes

_____ Stunden pro Woche in der Zweigpraxis

Zweigpraxisanschrift:

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Beginn der Tätigkeit: _____ . Quartal 20

Vollzeit: _____ Stunden pro Woche
 Teilzeit: _____ Stunden pro Woche

Hinweis:

Die Anstellung im Sonderbedarf kann nur im Umfang eines **halben** Versorgungsauftrages (über 10-20 Wochenstunden) oder eines **drei Viertel** Versorgungsauftrages (über 20 bis 30 Wochenstunden) oder eines **vollen** Versorgungsauftrages (über 30 Wochenstunden) beantragt werden.

Allgemeine Angaben

Bitte definieren Sie die Region anhand von Stadt-, Kreis- und/oder Gemeindegrenzen, die vom beantragten Ort der Niederlassung aus versorgt werden soll:

Zusätzliche Angaben bei Beantragung qualifikationsbezogener Leistungen

Diese Leistungen sind Inhalte

des Schwerpunktes: _____

oder

der fakultativen Weiterbildung: _____

oder

der besonderen Fachkunde: _____

oder

der Zusatzweiterbildung/Zusatzbezeichnung: _____

Begründung

Warum ist die von Ihnen beantragte Sonderbedarfsanstellung unerlässlich um die Versorgung der Patienten in dieser Region sicherzustellen?

(Bitte fügen Sie diesem Antragsformular eine gesonderte maschinen-geschriebene Begründung als Anlage bei)

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

Geschäftsführung

anzustellender Arzt/Therapeut

Name: _____

Name: _____

Datum, Unterschrift

Datum, Unterschrift

ggf. BAG Partner

ggf. BAG Partner

Name: _____

Name: _____

Datum, Unterschrift

Datum, Unterschrift

Hinweis: Sollten Sie nicht über eine Einzelvertretungsbefugnis verfügen, so sind hier neben Ihrer Unterschrift und der Unterschrift des anzustellenden Arztes/Therapeuten bzw. der anzustellenden Ärztin/Therapeutin die Unterschriften aller BAG Partner notwendig.

Weitere Vorhaben

Sind mit der beantragten Anstellung im Sonderbedarf ggf. noch weitere Vorhaben verbunden, die für den **Gesamtsachverhalt** relevant sind? Was ist Ihr Ziel?

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 zur Zeit 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.

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:

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

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.