



Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines angestellten Therapeuten  
nach § 95 Abs. 9 SGB V in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ)

**Teil 1 – (vom Geschäftsführer des MVZ auszufüllen)**

**Angaben zum Antragsteller (Trägergesellschaft oder  
Berufsausübungsgemeinschaft – sofern erfolgt entsprechend der  
Registereintragung):**

|              |  |
|--------------|--|
| <b>Name:</b> |  |
|--------------|--|

|                |  |                          |  |
|----------------|--|--------------------------|--|
| <b>PLZ:</b>    |  | <b>Ort:</b>              |  |
| <b>Straße:</b> |  | <b>Haus-<br/>nummer:</b> |  |

**Falls abweichend Angaben zur Betriebsstätte bzw. Angaben zur  
Berufsausübungsgemeinschaft**

|              |  |
|--------------|--|
| <b>Name:</b> |  |
|--------------|--|

|                |  |                          |  |
|----------------|--|--------------------------|--|
| <b>PLZ:</b>    |  | <b>Ort:</b>              |  |
| <b>Straße:</b> |  | <b>Haus-<br/>nummer:</b> |  |

|              |  |
|--------------|--|
| <b>BSNR:</b> |  |
|--------------|--|

**Angaben zu dem / zu den Vertretungsberechtigten**

|                            |  |
|----------------------------|--|
| <b>Name:</b>               |  |
| <b>Vorname:</b>            |  |
| <b>Titel (akad. Grad):</b> |  |

|                 |  |             |  |
|-----------------|--|-------------|--|
| <b>Telefon:</b> |  | <b>FAX:</b> |  |
|-----------------|--|-------------|--|

|                |  |
|----------------|--|
| <b>E-Mail:</b> |  |
|----------------|--|

## Angaben zur beantragten Anstellung

Name des anzustellenden  
Therapeuten:

- Psychologische(r) Psychotherapeut(in)
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut(in)
- Ärztliche(r) Psychotherapeut(in)
- Facharzt(ärztin) für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Facharzt(ärztin) für Psychotherapeutische Medizin

Beschäftigungsbeginn:

## 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*

- Faktor 0,25 bis zu 10 Stunden pro Wochen
- Faktor 0,5 über 10 bis 20 Stunden pro Woche
- Faktor 0,75 über 20 bis 30 Stunden pro Woche
- Faktor 1 über 30 Stunden pro Woche

**Bitte unbedingt genaue Stundenzahl angeben:**

im Umfang von (Wochenstunden):

## Angaben zur Versorgungssituation *-Bitte zwischen a), b) und c) auswählen!*

### a) Reaktivierter Planungsbereich

- Die Anstellung wird in einem reaktivierten Planungsbereich beantragt.

**oder**

## b) Ausschreibungsverfahren

- Die Anstellung erfolgt im Rahmen eines Ausschreibungsverfahrens  
(**ausgeschriebener Vertragstherapeutensitz**)

Übernahme der Praxis bzw. des Sitzes von

|                            |  |
|----------------------------|--|
| <b>Name:</b>               |  |
| <b>Vorname:</b>            |  |
| <b>Titel (akad. Grad):</b> |  |

Praxisanschrift:

|                |  |                    |  |
|----------------|--|--------------------|--|
| <b>PLZ:</b>    |  | <b>Ort:</b>        |  |
| <b>Straße:</b> |  | <b>Hausnummer:</b> |  |

oder

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <b>Kennzahl der Ausschreibung:</b> |  |
|------------------------------------|--|

Nur auszufüllen bei sofortiger Verlegung im Ausschreibungsverfahren:

- Ich/Wir beantrage(n) die Verlegung des Psychotherapeutensitzes

nach:

|                |  |                    |  |
|----------------|--|--------------------|--|
| <b>PLZ:</b>    |  | <b>Ort:</b>        |  |
| <b>Straße:</b> |  | <b>Hausnummer:</b> |  |

**Begründung zur Versorgungslage nach § 24 Abs. 7 Ärzte-ZV:**

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

oder

### c) Nachbesetzungsverfahren

- Die Anstellung erfolgt im Rahmen der Nachbesetzung des bestehenden Angestelltenverhältnisses von

|                            |  |
|----------------------------|--|
| <b>Name:</b>               |  |
| <b>Vorname:</b>            |  |
| <b>Titel (akad. Grad):</b> |  |

- aufgrund dessen Reduzierung auf

|                            |  |
|----------------------------|--|
| <b>neue Wochenstunden:</b> |  |
|----------------------------|--|

**oder**

- aufgrund dessen Ausscheidens.

#### **Falls nicht bereits mitgeteilt:**

- Hiermit zeige(n) ich/wir an, dass die Beschäftigung von

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <b>Name:</b>                    |  |
| <b>Vorname:</b>                 |  |
| <b>Titel (akad. Grad):</b>      |  |
| als angestellte/r Therapeut(in) |  |
| <b>mit Ablauf des:</b>          |  |

beendet wird/wurde.

### Tätigkeitsort des anzustellenden Therapeuten

- Hauptbetriebsstätte

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <b>Umfang von (Wochenstunden):</b> |  |
|------------------------------------|--|

- Nebenbetriebsstätte

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <b>Umfang von (Wochenstunden):</b> |  |
| <b>Anschrift :</b>                 |  |

- Zweigpraxis

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <b>Umfang von (Wochenstunden):</b> |  |
| <b>Anschrift:</b>                  |  |

## Erklärung zur Berufshaftpflichtversicherung

(Bitte beachten Sie die Erläuterungen zum Antrag!)

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

## Antragsgebühr

Bei Genehmigungen zur Anstellung eines Therapeuten im Rahmen einer Nachbesetzung (auch Erhöhung und Reduzierung des Beschäftigungs-umfangs bei Änderung des Faktors) beträgt die Gebühr **jeweils** 60,00 EUR.

Bei Anträgen in reaktivierten Planungsbereichen und im Rahmen eines Ausschreibungsverfahrens beträgt die Gebühr 120,00 EUR.

Sofern im Rahmen eines Ausschreibungsverfahrens die sofortige Verlegung des Sitzes beantragt wird entsteht eine **zusätzliche** Gebühr in Höhe von 120,00 EUR.

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

Bitte beachten Sie die [Erläuterungen](#) zu der Antragsstellung und unsere [Antragsfristen](#).

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

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Geschäftsführers des MVZ)

Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines angestellten Therapeuten  
nach § 95 Abs. 9 SGB V in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ)

**Teil 2 (vom anzustellenden Therapeuten auszufüllen)**

**Angaben zum anzustellenden Therapeuten**

|                            |  |
|----------------------------|--|
| <b>Name:</b>               |  |
| <b>Vorname:</b>            |  |
| <b>Titel (akad. Grad):</b> |  |

|                      |  |                    |  |
|----------------------|--|--------------------|--|
| <b>Geburtsdatum:</b> |  | <b>Geburtsort:</b> |  |
|----------------------|--|--------------------|--|

Wohnort:

|                |  |                    |  |
|----------------|--|--------------------|--|
| <b>PLZ:</b>    |  | <b>Ort:</b>        |  |
| <b>Straße:</b> |  | <b>Hausnummer:</b> |  |

|                 |  |             |  |
|-----------------|--|-------------|--|
| <b>Telefon:</b> |  | <b>FAX:</b> |  |
| <b>E-Mail:</b>  |  |             |  |

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

|                   |  |
|-------------------|--|
| <b>Ggf. LANR:</b> |  |
|-------------------|--|

**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).

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <b>Name der Institution:</b>         |  |
| <b>in (Anschrift)</b>                |  |
| <b>im Umfang von (Wochenstunden)</b> |  |

## Eintragung in das Arzt-/Psychotherapeutenregister

|  |  |                            |  |
|--|--|----------------------------|--|
| <b>ist erfolgt am:</b>                       |  | <b>wurde beantragt am:</b> |  |
| <b>bei der Kassenärztlichen Vereinigung:</b> |  |                            |  |

## Ausbildung:

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

|                                   |  |            |  |
|-----------------------------------|--|------------|--|
| <b>Approbation erteilt durch:</b> |  | <b>am:</b> |  |
|-----------------------------------|--|------------|--|

|                              | in / durch: | Datum: |
|------------------------------|-------------|--------|
| <b>Staatsexamen:</b>         |             |        |
| <b>deutsche Approbation:</b> |             |        |
| <b>Berufserlaubnis:</b>      |             |        |
| <b>Med. Promotion:</b>       |             |        |

## Weiterbildung:

| Therapeut:                                   | Genauere Bezeichnung: | Prüfung am / Anerkennung am: |
|--|-----------------------|------------------------------|
| <b>Diplom als:</b>                           |                       |                              |
| <b>Anerkennung als:</b>                      |                       |                              |
| <b>Richtlinienverfahren:</b>                 |                       |                              |
| <b>Zusatzbez. Klinische Neuropsychologie</b> |                       |                              |

|                                       |                           |   |
|---------------------------------------|---------------------------|---|
| <b>Arzt:</b>                          | <b>Genau Bezeichnung:</b> | <b>Prüfung am /<br/>Anerkennung am:</b> |
| <b>Facharztanerkennung<br/>als:</b>   |                           |   |
| <b>Schwerpunkt-<br/>bezeichnung:</b>  |                           |   |
| <b>Fakultative<br/>Weiterbildung:</b> |                           |   |
| <b>Besondere<br/>Fachkunde:</b>       |                           |   |
| <b>Zusatzbezeichnung:*</b>            |                           |   |
| <b>Zusatzweiterbildung:</b>           |                           |   |
| <b>Richtlinienverfahren:</b>          |                           |   |

\*Zusatzbezeichnung fachgebunden:  ja

nein

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

| von | bis | Ort | Einrichtung | Stellung/Funktion |
|-----|-----|-----|-------------|-------------------|
|     |     |     |             |                   |
|     |     |     |             |                   |
|     |     |     |             |                   |
|     |     |     |             |                   |



**Nur bei Anstellung im Rahmen eines Ausschreibungsverfahrens erforderlich**

Bei Übernahme einer Vertragstherapeutenpraxis in einem von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Planungsbereich trifft der Zulassungsausschuss bei Vorliegen mehrerer Zulassungsanträge eine Auswahlentscheidung, bei der u. a. die bisherige Dauer der psychotherapeutischen Tätigkeit eine Rolle spielt. Die Dauer der psychotherapeutischen Tätigkeit wird nach § 103 Abs. 4 Satz 5 Nr. 3 SGB V verlängert um Zeiten, in denen die psychotherapeutische Tätigkeit wegen der Erziehung von Kindern oder der Pflege pflegebedürftiger naher Angehöriger in häuslicher Umgebung unterbrochen worden ist. Diesbezüglich bitten wir ggf. um entsprechende Angaben.

**ggf. Bemerkungen Erziehungs- und/oder Pflegezeiten:**

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

Sofern Sie mindestens fünf Jahre dauerhaft einer vertragstherapeutischen Tätigkeit in einem Planungsbereich nachgegangen sind, in dem der Landesausschuss nach § 100 Abs. 1 SGB V das Bestehen von Unterversorgung festgestellt hat, geben Sie bitte den Praxissitz bzw. Arbeitgeber und Tätigkeitszeitraum an. Diese Tätigkeit wird ebenfalls bei einer evtl. Auswahlentscheidung berücksichtigt.

**vertragstherapeutische Tätigkeit in unterversorgten Planungsbereichen:**

| von | bis | Ort | Praxissitz bzw. Arbeitgeber |
|-----|-----|-----|-----------------------------|
|     |     |     |                             |

## Erforderliche Erklärungen zum Antrag

### 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 <input type="checkbox"/> wird <input type="checkbox"/> 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 Arzt-/Psychotherapeutenregister (sofern nicht im Bereich der KVWL eingetragen)
- schriftlicher Arbeitsvertrag mit 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 die 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)