

# Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses Sachsen-Anhalt

bei der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt  
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS  
Doctor-Eisenbart-Ring 2, 39120 Magdeburg

Ansprechpartnerin:  
Frau Julia Diósi

Tel.: 0391/627-7334

**Für diesen Antrag ist die Schriftform vorgeschrieben und muss daher vom Antragsteller eigenhändig durch Namensunterschrift oder mittels notariell beglaubigten Handzeichen unterzeichnet sein. Eine empfangsbedürftige Willenserklärung wird nur wirksam, wenn die formgerecht errichtete Erklärung dem Erklärungsempfänger zugeht. Eine Übermittlung durch Telefax oder E-Mail genügt nicht. (Urteil des LSG Hamburg vom 20.05.2015 Az.: L 5 KA 50/13)**

## Antragsunterlagen

**Zulassung zur  
vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit**

**Zulassung mit Ausnahmetatbestand**

(Sonderbedarf gem. Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte,  
Abschnitt 8, §§ 36 bis 37)

**Bitte Zusatzunterlagen ausfüllen; erhältlich auf der Homepage der KVSA  
[http://www.kvsa.de/praxis/vertragsaerztliche\\_taetigkeit/zulassung.html](http://www.kvsa.de/praxis/vertragsaerztliche_taetigkeit/zulassung.html)**

***Bitte informieren Sie nach Zulassung die Ärztekammer Sachsen-Anhalt und das für Ihren Niederlassungsort zuständige Gesundheitsamt.***

# Erforderliche Unterlagen für den Antrag auf Zulassung für die vertragspsychotherapeutische Tätigkeit

**Der Antrag auf Zulassung zur vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit muss folgende Angaben beinhalten (Antragsformular liegt bei):**

- Fachrichtung (d. h. Psychologischer Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
- Niederlassungsort
- geplanter Zeitpunkt der Niederlassung

**Dem Antrag sind beizufügen (gem. § 18 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte, Vertragszahnärzte, Psychotherapeuten und Medizinische Versorgungszentren [Ärzte-ZV]):**

- Auszug aus dem Psychotherapeutenregister oder ausgefülltes Antragsformular mit dazugehörigen Urkunden (*die Eintragung im Psychotherapeutenregister ist Voraussetzung für die Zulassung*)
- unterzeichneter Lebenslauf
- Bescheinigungen aller Tätigkeiten seit der Approbation (*nur einreichen, wenn diese noch nicht im Psychotherapeutenregister vorliegen*)
- Bescheinigungen jeweiliger Kassenärztlicher Vereinigungen (*gem. § 18 Abs. 2 Nr. 3 Ärzte-ZV*) über bisherige Zulassungen unter Angabe von Ort und Dauer etwaiger Niederlassungen sowie Beendigungsgrund
- Erklärung über bestehende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse (*gem. § 18 Abs. 2 Nr. 4 Ärzte-ZV (liegt bei)*)
- Erklärung über das Nichtbestehen persönlicher und gesetzlicher Hinderungsgründe (*gem. § 18 Abs. 2 Nr. 5 Ärzte-ZV (liegt bei)*)
- aktuelles Führungszeugnis - **bitte "zur Vorlage bei einer Behörde gem. § 30 Abs. 5 BZRG"** beantragen (*muss bis zur Sitzung vorliegen*). Dieses Führungszeugnis wird **nicht** dem Antragsteller ausgehändigt, sondern direkt an den Zulassungsausschuss gesandt!
- Nachweis über die Einzahlung der Gebühr in Höhe von 100,00 Euro gem. § 46 Abs. 1 Ärzte-ZV (*z.B. Kopie des Einzahlungsbeleges*)

(Können die bezeichneten Unterlagen nicht als Originale oder amtlich beglaubigte Kopien vorgelegt werden, so ist der nachzuweisende Sachverhalt glaubhaft zu machen.)

Die Termine für die Sitzungen des Zulassungsausschusses entnehmen Sie bitte dem Internetauftritt der KVSA. Die Unterlagen sollten spätestens **4 Wochen (Sonderbedarf spätestens 8 Wochen)** vor der Sitzung des Zulassungsausschusses vorliegen, fehlende Unterlagen können ggf. bis zur Sitzung vervollständigt werden. Rückwirkende Entscheidungen trifft der Zulassungsausschuss nicht; daher den Antrag rechtzeitig stellen!

Wir machen darauf aufmerksam, dass eine positive Entscheidung über Ihren Antrag nur dann erfolgen kann, wenn die Unterlagen **komplett vorliegen!** Jeder gestellte Zulassungsantrag wird umgehend bearbeitet. Vorratsanträge werden nicht entgegengenommen.

Die Niederlassungsfrist beträgt nach erteilter Zulassung in der Regel 3 bis 5 Monate. Sollte diese Frist nicht ausreichen, bitten wir, dies unter Angabe von Gründen zu beantragen.



# Geplante Praxis

**Ich beantrage die Zulassung für folgenden Psychotherapeutensitz:**

**Praxisanschrift \***  
(Straße, Hausnr., PLZ, Ort)

Telefon-Nummer  
(wenn vorhanden)

Fax-Nummer  
(wenn vorhanden)

Niederlassungsbeginn

**Wohnanschrift** nach  
Niederlassung (Str., PLZ, Ort)

**Ort, Datum**

**Unterschrift Antragsteller/in**

**Bitte beachten Sie, dass eine Verlegung der Praxis, eine neue Praxisanschrift, der vorherigen Genehmigung des Zulassungsausschusses bedarf! Hierfür ist ein separater gebührenpflichtiger Antrag zwingend erforderlich! (siehe Seite 16)**

Es handelt sich um eine Praxisneugründung.       Es handelt sich um eine Praxisübernahme.

Bisheriger Praxisinhaber

Bisherige Praxisanschrift  
(Straße, Hausnr., PLZ, Ort)

Wie sind Sie auf die Praxis aufmerksam geworden?

# Aktuelle Erwerbstätigkeit

(Erklärungen gem. § 18 Abs. 2 Nr. 4 Ärzte-ZV)

- Ich stehe zum jetzigen Zeitpunkt in keinem Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis.
- Ich übe zum jetzigen Zeitpunkt keine sonstige nicht ehrenamtliche Tätigkeit (z.B. auf Honorarbasis) aus.
- oder

- Ich stehe zum jetzigen Zeitpunkt in folgendem Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis:

Arbeitgeber:

Anschrift:

Umfang der Tätigkeit  
(Std./Woche)

Dieses Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis

- beende ich zum (Datum):

Dieses Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis

- wird im Umfang von Stunden/Woche fortgeführt:  
(Anzahl Stunden/Woche einfügen)

- Ich übe zum jetzigen Zeitpunkt folgende nicht ehrenamtliche Tätigkeit aus:

Einrichtung/Institution:

Anschrift:

Umfang der Tätigkeit  
(Std./Woche)

Diese nicht ehrenamtliche Tätigkeit

- beende ich zum (Datum):

Diese nicht ehrenamtliche Tätigkeit

- wird im Umfang von Stunden/Woche fortgeführt:  
(Anzahl Stunden/Woche einfügen)

**Ort, Datum**

**Unterschrift Antragsteller/in**

# Eintragung/ bisherige vertragspsychotherapeutische Tätigkeit

Ich bin eingetragen in das Psychotherapeutenregister der

Kassenärztlichen Vereinigung (Name und Sitz der KV)

unter der Nr. (Eintragungs-Nr.)

Ich bin/ich war

vom

bis

- zugelassen.
- angestellt tätig.
- nicht vertragspsychotherapeutisch tätig.

Praxis, Einrichtung, MVZ, Klinik

Grund der Beendigung:

## Erklärung gemäß § 18 Abs. 2 Nr. 5 Ärzte-ZV

Hiermit erkläre ich, dass ich nicht drogen- und/oder alkoholabhängig bin, es auch in den zurückliegenden fünf Jahren nicht war, dass ich mich in den letzten fünf Jahren keiner Entziehungskur wegen Drogen- und/oder Alkoholabhängigkeit unterziehen musste und keine gesetzlichen Hinderungsgründe der Ausübung meines ärztlichen Berufes entgegenstehen.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in

# Psychotherapeutische Aus- und Weiterbildung

Approbation

erteilt am:

erteilt durch:

Psychologische(r) Psychotherapeut(in)

oder

erteilt am:

erteilt durch:

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut(in)

erteilt am:

erteilt durch:

## Richtlinien-Verfahren

Verhaltenstherapie

tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

analytische Psychotherapie

## Zusatzausbildungen

1.

erteilt am:

erteilt durch:

2.

erteilt am:

erteilt durch:

3.

erteilt am:

erteilt durch:

4.

erteilt am:

erteilt durch:

5.

erteilt am:

erteilt durch:

# Aufstellung über die ausgeübten psychotherapeutischen Tätigkeiten seit Approbation bis zur geplanten Niederlassung in lückenloser und zeitlicher Reihenfolge (bitte auch Zeiten ohne Beschäftigung angeben)

| Nr. | Zeitraum: von - bis | Tätigkeit | Krankenhaus, Praxis, Amt etc.<br>Name, Abteilung, Ort |
|-----|---------------------|-----------|---|
| 1.  |                     |           |   |
| 2.  |                     |           |   |
| 3.  |                     |           |   |
| 4.  |                     |           |   |
| 5.  |                     |           |   |
| 6.  |                     |           |   |
| 7.  |                     |           |   |
| 8.  |                     |           |   |
| 9.  |                     |           |   |
| 10. |                     |           |   |
| 11. |                     |           |   |

**Für die vorgenannten ärztlichen Tätigkeiten müssen Nachweise beigelegt werden, soweit diese noch nicht im Psychotherapeutenregister einer Kassenärztlichen Vereinigung vorgelegt wurden.**



# Kooperationen

(Nur ausfüllen, falls eine Tätigkeit in Kooperation geplant ist.)

Ich beabsichtige, meine vertragspsychotherapeutische Tätigkeit in Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) (früher Gemeinschaftspraxis genannt) auszuüben.

Antragsteller  
Titel, Vorname, Name:

Die Berufsausübungsgemeinschaft soll unter folgender Praxisanschrift tätig werden.

Praxisanschrift  
(Straße, Hausnr., PLZ, Ort)

Der Beginn der Kooperation ist geplant für den

## **Bitte beachten Sie:**

**Die Tätigkeit in Berufsausübungsgemeinschaft bedarf der vorherigen Genehmigung des Zulassungsausschusses. Bedarf es zur Gründung der Berufsausübungsgemeinschaft einer Praxissitzverlegung, so ist auch diese genehmigungspflichtig.**

Ich beabsichtige folgende Form der Berusausübungsgemeinschaft:

- örtliche Berusausübungsgemeinschaft  
(vollständige Kooperation, alle Partner haben die gleiche Praxisanschrift)
  
- überörtliche Berusausübungsgemeinschaft  
(vollständige Kooperation, nicht alle Partner haben die gleiche Praxisanschrift)
  
- Teilberusausübungsgemeinschaft  
(Kooperation nur bezogen auf einzelne Leistungen)

**Praxisanschriften der Kooperationspartner/innen:**

Partner 1  
Titel, Name, Vorname  
Straße, Hausnr, PLZ, Ort

Partner 2  
Titel, Name, Vorname  
Straße, Hausnr, PLZ, Ort

Partner 3  
Titel, Name, Vorname  
Straße, Hausnr, PLZ, Ort

Partner 4  
Titel, Name, Vorname  
Straße, Hausnr, PLZ, Ort

**Ort, Datum**

**Unterschrift  
aller Partner/innen der BAG**

**Nur ausfüllen, falls eine überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft ausschließlich innerhalb von Sachsen-Anhalt gegründet werden soll:**

Hat die Berufsausübungsgemeinschaft mehrere örtlich unterschiedliche Psychotherapeutensitze innerhalb Sachsen-Anhalts, bestimmen die Partner durch Anzeige einen Psychotherapeutensitz als Betriebsstätte und den oder die weiteren Sitze als Nebenbetriebsstätte.

Praxissitz 1  
Titel, Name, Vorname  
Straße, Hausnr, PLZ, Ort

Praxissitz 2  
Titel, Name, Vorname  
Straße, Hausnr, PLZ, Ort

Praxissitz 3  
Titel, Name, Vorname  
Straße, Hausnr, PLZ, Ort

Praxissitz 4  
Titel, Name, Vorname  
Straße, Hausnr, PLZ, Ort

Uns ist bekannt, dass die Wahl als Betriebsstätte nur für den Ort zulässig ist, an dem der Versorgungsschwerpunkt unserer Berufsausübungsgemeinschaft liegt. Diese Entscheidung kann nur jeweils für den Beginn eines Quartals getroffen werden und ist für die Dauer von zwei Jahren verbindlich.

Hauptsitz wird sein:

**Nur ausfüllen, falls eine kv-übergreifende Berufsausübungsgemeinschaft (mindestens 1 Partner ist außerhalb Sachsen-Anhalts niedergelassen) gegründet werden soll!**

Hat eine überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft Mitglieder in mehreren Kassenärztlichen Vereinigungen, so hat sie den Psychotherapeutensitz zu wählen, der maßgeblich ist für die Genehmigungsentscheidung sowie für die Durchführung der Plausibilitätsprüfungen. Auch für die Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen gelten die Regelungen des gewählten Sitzes. Die Abrechnung der Leistungen erfolgt über die jeweilige KV in deren Bereich die Leistungen erbracht wurden. Die Wahl hat jeweils für einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren unwiderruflich zu erfolgen.

Wir bestimmen als maßgeblichen Psychotherapeutensitz:

vollständige Anschrift  
(Straße, Hausnr., PLZ, Ort,  
Bundesland):

**Ort, Datum**

**Unterschrift  
aller Partner/innen der BAG**

**Nur ausfüllen, falls eine Teilberufsausübungsgemeinschaft gegründet werden soll!**

Der Antrag wird ausschließlich auf folgenden Patientengruppen/Krankheitsbilder/individuelle Leistungen bezogen:

**Ort, Datum**

**Unterschrift  
aller Partner/innen der BAG**

# Bildung einer Berufsausübungsgemeinschaft

Rechtsgrundlage: § 33 der Zulassungsverordnung

Die gemeinsame Nutzung von Praxisräumen und Praxiseinrichtungen sowie die gemeinsame Beschäftigung von Hilfspersonal durch mehrere Ärzte ist zulässig. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind hiervon zu unterrichten. Nicht zulässig ist die gemeinsame Beschäftigung von Ärzten und Zahnärzten; dies gilt nicht für medizinische Versorgungszentren.

Die gemeinsame Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit ist zulässig unter allen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern an einem gemeinsamen Vertragsarztsitz (örtliche Berufsausübungsgemeinschaft). Sie ist auch zulässig bei unterschiedlichen Vertragsarztsitzen der Mitglieder der Berufsausübungsgemeinschaft (überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft), wenn die Erfüllung der Versorgungspflicht des jeweiligen Mitglieds an seinem Vertragsarztsitz unter Berücksichtigung der Mitwirkung angestellter Ärzte und Psychotherapeuten in dem erforderlichen Umfang gewährleistet ist sowie das Mitglied und die bei ihm angestellten Ärzte und Psychotherapeuten an den Vertragsarztsitzen der andern Mitglieder nur in zeitlich begrenztem Umfang tätig werden. Die gemeinsame Berufsübung, bezogen auf einzelne Leistung, ist zulässig, sofern diese Berufsausübungsgemeinschaft nicht zur Erbringung überweisungsgebundener medizinisch-technischer Leistungen mit überweisungsberechtigten Leistungserbringern gebildet wird.

Die Berufsausübungsgemeinschaft bedarf der vorherigen Genehmigung des Zulassungsausschusses. Für überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften mit Vertragsarztsitzen in mehreren Zulassungsbezirken einer Kassenärztlichen Vereinigung wird der zuständige Zulassungsausschuss durch Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen bestimmt. Hat eine überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft Mitglieder in mehreren Kassenärztlichen Vereinigungen, so hat sie den Vertragsarztsitz zu wählen, der maßgeblich ist für die Genehmigungsentscheidung sowie für die auf die gesamte Leistungserbringung dieser überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft anzuwendenden ortsgebundenen Regelungen, insbesondere zur Vergütung, zur Abrechnung sowie zu den Abrechnung-, Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen. Die Wahl hat jeweils für einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren unwiderruflich zu erfolgen. Die Genehmigung kann mit Auflagen erteilt werden, wenn dies zur Sicherung der Anforderungen nach Absatz 2 erforderlich ist; das Nähere hierzu ist einheitlich in den Bundesmantelverträgen geregelt.

Gemäß § 5 Bundesmantelverträge kann sich die gemeinsame Berufsausübungsgemeinschaft auf die Erbringung einzelner Leistungen beschränken. Unbeschadet des Erfordernisses der Genehmigung nach § 33 Abs. 3 Ärzte-ZV ist eine solche Teilberufsausübungsgemeinschaft nur zulässig, wenn das zeitlich begrenzte Zusammenwirken der Ärzte erforderlich ist, um Patienten zu versorgen, die einer gemeinschaftlichen Versorgung der Teilberufsausübungsgemeinschaft angehörenden Ärzte bedürfen und die Ärzte gemeinschaftlich im Rahmen des § 17 Abs. 1 a zur Verfügung stehen. Die Möglichkeit für den Patienten, die Zweitmeinung anderer Ärzte, welche nicht in der Teilberufsausübungsgemeinschaft zusammengeschlossen sind, einzuholen, darf nicht beeinträchtigt werden.

- Der Antrag ist beim Zulassungsausschuss möglichst 6 bis 8 Wochen vor der geplanten Berufsausübungsgemeinschaft zu stellen. In der Regel tagt der Zulassungsausschuss einmal im Monat; Termine können erfragt werden.
- Für die Genehmigung einer Berufsausübungsgemeinschaft ist die Vorlage eines Gesellschaftsvertrages an den Zulassungsausschuss erforderlich. Der Vertrag oder die Verträge (kein Entwurf) müssen vollständig den Zulassungsgremien mindestens 2 bis 4 Wochen vor der Sitzung zur Prüfung vorgelegt werden. Bitte beachten Sie bei der Terminplanung, dass der Zulassungsausschuss Einwände gegen die im Vertrag aufgeführten Punkte erheben kann. Dann würde sich ggf. die Entscheidung auf eine andere Sitzung verschieben.

- Die Bildung einer Berufsausübungsgemeinschaft sollte immer nur zu einem Quartalsanfang vorgenommen werden.
- Voraussetzung für eine Berufsausübungsgemeinschaft ist, dass alle Partner eine Zulassung besitzen.
- Es sind neue Stempel und Rezepte notwendig. Für die Anfertigung sind etwa 2 bis 3 Wochen einzuplanen.
- Die Teilberufsausübungsgemeinschaft erhält eine weitere (zusätzliche) Nummer, die "alten" Abrechnungsnummern bleiben bestehen.
- Da sich bei mehreren Partnern die Abschlagszahlungen ändern werden, bitten wir Sie, rechtzeitig mit der Buchhaltung Kontakt aufzunehmen.
- Bei Fragen oder Hinweisen zur Abrechnung setzen Sie sich bitte mit der Abrechnungsabteilung in Verbindung.
- Die steuerlichen Aspekte sollten vorher mit dem Steuerberater geklärt werden.

Die Zulassungsgremien sind verpflichtet, sich einen schriftlich fixierten Gesellschaftsvertrag (Berufsausübungsgemeinschaftsvertrag) über die gemeinsame Praxisausübung und über die Regelung der gemeinsamen beruflichen Tätigkeit vorlegen zu lassen. Andernfalls können sie die von § 33 Abs. 2 Ärzte-ZV geforderte Prüfung, ob und inwieweit die Versorgung der Versicherten beeinträchtigt wird, nicht ordnungsgemäß durchführen. Ein Gesellschaftsvertrag ist Voraussetzung für das Bestehen einer Berufsausübungsgemeinschaft und damit der Genehmigungsfähigkeit dieser Form der Berufsausübung

Zulassungsrechtlich genehmigungsfähig ist eine Berufsausübungsgemeinschaft nur, wenn sie den Anforderungen genügt, die auf Grund berufs- und vertragsarztrechtlicher Bestimmungen an diese Form der ärztlichen Berufsausübung gestellt werden.

Vertragsarztrechtlich muss u.a. vereinbart werden:

- Bezeichnung der Berufsausübungsgemeinschaft
- Haftungsregelungen
- Sicherstellung der freien Arztwahl
- Verantwortlichkeit für die fachliche und sachliche Praxisführung
- Sicherstellung der persönlichen Leistungserbringung
- Regelungen über Sprechstundenzeiten (an allen Standorten)
- Urlaub und Vertretung
- Zuständigkeit für Personalangelegenheiten
- Regelungen der Vertragspartner über die Abrechnung und Leistungserbringung
- aus dem Vertrag muss hervorgehen, dass die Partner ihre Vertragsärztliche Tätigkeit persönlich in freier Praxis ausüben, selbständig tätig sind und das Unternehmensrisiko tragen

# Auflösung einer Berufsausübungsgemeinschaft

Die Zulässigkeit einer gemeinsamen Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit wird u.a. dann die Rechtsgrundlage entzogen, wenn sich ein Partner einer Berufsausübungsgemeinschaft von der Übereinstimmung lossagt. Dabei ist es für die Gültigkeit einer entsprechenden Erklärung in vertragsarztrechtlicher Hinsicht ohne Belang, ob nach dem privatrechtlichen Rechtsverhältnis der nicht mehr kooperationsbereite Partner zu einer Aufkündigung der Berufsausübungsgemeinschaft zu diesem Zeitpunkt befugt ist und er sich dadurch evtl. sogar schadensersatzpflichtig machen könnte.

Das Bundessozialgericht hat in seinem Urteil hierzu (6 RKa 36/90) ausgeführt, dass sich die Kompetenz und damit auch die Pflicht des Zulassungsausschusses auf die Feststellung der Auflösung einer Berufsausübungsgemeinschaft beschränkt, wenn einer der Praxispartner gegenüber dem Zulassungsausschuss seinen Willen zum Ausdruck bringt, dass er von der gemeinschaftlichen Ausübung der Kassenpraxis Abstand nimmt, auch wenn der/die Praxispartner hiermit nicht einverstanden sind.

Der Zulassungsausschuss hat dies zu bestätigen ohne Rücksicht auf u.U. anders lautende privatrechtliche Vereinbarungen der Praxispartner (z.B. Berufsausübungsgemeinschafts-verträge) untereinander. Das Bundessozialgericht hat somit die strikte Trennung von öffentlichem und privatem Recht verdeutlicht.

Eine Informationsbroschüre vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung zur kooperativen Berufsausübung zwischen Ärzten und anderen Heilberufen (grünes Heft - Band 8) kann bei der Kassenärztlichen Vereinigung unentgeltlich bezogen werden.

## Gebühren

Gemäß § 38 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) wird über gebührenpflichtige Anträge erst nach Entrichtung der nach § 46 Ärzte-ZV zu zahlenden Gebühr verhandelt. Die Antragsgebühren sind mit der Stellung des Antrages fällig.

Gemäß § 46 Abs. 1 und 2 Ärzte-ZV werden folgende Gebühren erhoben:

### "§ 46 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV)

- (1) für das Verfahren werden nachstehende Gebühren erhoben:
- a) ...
  - b) bei Antrag des Arztes oder des medizinischen Versorgungszentrums auf Zulassung 100 Euro
  - c) bei sonstigen Anträgen, mit denen der Arzt, das medizinische Versorgungszentrum oder die sonstige ärztlich geleitete Einrichtung die Beschlussfassung des Zulassungsausschusses anstrebt 120 Euro
  - d) ...
  - ...
- (2) Außer der Gebühr nach Absatz 1 werden als Verwaltungsgebühren erhoben:
- a) nach unanfechtbar gewordener Zulassung 400 Euro
  - b) ...
  - c) nach erfolgter Genehmigung der Anstellung eines Arztes bei einem Vertragsarzt, in einem medizinischen Versorgungszentrum nach § 95 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder einer Einrichtung nach § 311 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch 400 Euro
  - d) nach erfolgter Eintragung einer auf § 32 b Abs. 2 beruhenden Genehmigung in das Verzeichnis nach § 32 b Abs. 4 400 Euro
- (3) ...
- (4) Abweichend von den Absätzen 1 und 2 werden in Verfahren, die eine Tätigkeit in Gebieten betreffen, für die der Landsausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Feststellung nach § 100 Absatz 1 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch getroffen hat, keine Gebühren erhoben. Dies gilt nicht für Anträge nach Absatz 1 Buchstabe a. Der Zulassungsausschuss kann von der Erhebung von Gebühren auch absehen oder diese reduzieren, wenn dies aus Versorgungsgründen angezeigt ist. Bei der Nachbesetzung einer genehmigten Anstellung sind die Gebühren nach den Absätzen 1 und 2 um 50 Prozent zu reduzieren."

Zahlen Sie diese Gebühren bitte unter Angabe des Namens auf das **Konto bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank Magdeburg, IBAN: DE95300606010003105067; BIC: DAAEDEDXXX** ein. **Bitte geben Sie bei der Einzahlung unbedingt auch den konkreten Verwendungszweck an!**



## **Antrag auf Erbringung genehmigungspflichtiger Leistungen**

Sehr geehrte Damen und Herren,

für besondere psychotherapeutische Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sind nach den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses bzw. der Partner der Bundesmantelverträge teilweise zusätzliche Qualifikationsvoraussetzungen und Nachweise durch die an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu führen.

Nur Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die die Qualifikation nach den §§ 6 und 7 der Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie erfüllen, dürfen diese sogenannten genehmigungspflichtigen Leistungen abrechnen.

Die nachfolgende Aufstellung soll Ihnen den Überblick über die Fülle dieser genehmigungspflichtigen Leistungen erleichtern und nennt Ihnen als Ansprechpartner die jeweilige Sachbearbeiterin der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt.

Da der Katalog der genehmigungspflichtigen Leistungen ständig fortgeschrieben wird, möchten wir Sie darauf hinweisen, dass diese Aufstellung Sie nicht von Ihrer Pflicht befreit, sich sowohl über die geltenden gesetzlichen Regelungen, Vereinbarungen und Verträge des Vertragsarztrechts als auch des allgemeinen Arztrechts zu informieren.

Wenn sich Fragen ergeben oder Sie weitere Informationen wünschen, können Sie sich gern an uns wenden.

Die für Sie in Betracht kommenden genehmigungspflichtigen Leistungen kreuzen Sie bitte auf den beiliegenden Anlagen unter Angabe des Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, der diese Leistungen erbringen soll, an und geben diese schnellstmöglich an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt, Abt. Zulassungswesen, Postfach 1664, 39006 Magdeburg (Fax. 0391/627 8544) zurück.

|  |                      |
|--|----------------------|
| Antragsteller<br>Titel, Vorname, Name: | <input type="text"/> |
| Privatanschrift                        | <input type="text"/> |
| Telefon Praxis                         | <input type="text"/> |
| Fax Praxis                             | <input type="text"/> |
| Telefon Privat                         | <input type="text"/> |
| Fax Privat                             | <input type="text"/> |
| Fachgebiet                             | <input type="text"/> |

**Im Rahmen meiner**

- Zulassung  Ermächtigung

voraussichtlicher Beginn der Tätigkeit:

Anstellung  Praxis/MVZ:

Anschrift  
Praxis/MVZ

möchte ich folgende genehmigungspflichtige Leistungen erbringen und bitte um Zusendung der entsprechenden Unterlagen:

*Das Ankreuzen der entsprechenden genehmigungspflichtigen Leistung ist auch dann zwingend erforderlich, wenn Sie bereits vertragspsychotherapeutisch tätig sind und sich lediglich Ihr Zulassungsstatus ändert.*

*Die nachfolgenden Leistungen dürfen in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung nur durchgeführt und abgerechnet werden, wenn von der KV Sachsen-Anhalt eine Genehmigung ausgesprochen wurde.*

# **Ich beabsichtige, im Rahmen meiner vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit folgende genehmigungspflichtige Leistungen zu erbringen und abzurechnen:**

**Für Psychologische Psychotherapeuten:**

## **Genehmigungspflichtige Leistung**

**Ansprechpartner**

**Telefon**

### **Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie**

Frau Brumm

0391 627-7447

- Einzeltherapien bei Erwachsenen
- Gruppentherapien bei Erwachsenen
- Einzeltherapien bei Kindern und Jugendlichen
- Gruppentherapien bei Kindern und Jugendlichen

### **Analytische Psychotherapie**

- Einzeltherapien bei Erwachsenen
- Gruppentherapien bei Erwachsenen
- Einzeltherapien bei Kindern und Jugendlichen
- Gruppentherapien bei Kindern und Jugendlichen

### **Verhaltenstherapie**

- Einzeltherapien bei Erwachsenen
- Gruppentherapien bei Erwachsenen
- Einzeltherapien bei Kindern und Jugendlichen
- Gruppentherapien bei Kindern und Jugendlichen

### **Systemische Therapie**

- Einzeltherapien bei Erwachsenen
- Gruppentherapien bei Erwachsenen

### **Autogenes Training / Jacobsonsche Relaxation**

- Einzeltherapien bei Erwachsenen
- Gruppentherapien bei Erwachsenen
- Einzeltherapien bei Kindern und Jugendlichen
- Gruppentherapien bei Kindern und Jugendlichen

### **Neuropsychologische Therapie**

### **Hypnose**

### **EMDR**