

Merkblatt

Zulassung zur vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit

(Für Ihre Unterlagen bestimmt)

I. CHECKLISTE

Dem Antrag auf Zulassung zur vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit sind nachstehende Unterlagen vollständig beizufügen:

Antrag auf Zulassung zur vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit

Bitte verwenden Sie ausschließlich unser anliegendes Antragsformular

Aktueller EDV-Ausdruck über die Eintragung in das Psychotherapeutenregister einer Kassenärztlichen Vereinigung, aus dem der Tag der Approbation, der Tag der Eintragung in das Psychotherapeutenregister und der Tag der Anerkennung des Rechts zum Führen einer bestimmten Psychotherapeut-, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung bzw. Fachbezeichnung hervorgehen muss

(entfällt, sofern die Eintragung in das Register der KV Sachsen-Anhalt erfolgt ist)

Aktueller, lückenloser Lebenslauf mit Datum und Unterschrift im Original sowie den Angaben über die bisher ab Studienabschluss ausgeübten psychotherapeutischen Tätigkeiten. Soweit Zeiten ohne Beschäftigungsverhältnis vorgelegen haben (z.B. wegen Kindererziehung, Erkrankung, Arbeitslosigkeit), sind diese ebenso anzugeben.

Polizeiliches Führungszeugnis zur „Vorlage bei einer Behörde nach § 30 Abs. 5 BZRG“ (ehemals Belegart „O“). Dieses Führungszeugnis wird nicht dem Antragsteller ausgehändigt, sondern direkt an den Zulassungsausschuss gesandt. Als Versandadresse geben Sie bei der Meldebehörde die Anschrift der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses der Kassenärztlichen Vereinigung in Magdeburg an. Die Ausstellung des Führungszeugnisses durch das Bundesamt für Justiz dauert mindestens zwei bis drei Wochen.

Bitte beachten Sie, dass das Führungszeugnis zum Zeitpunkt der Entscheidung über den Antrag im Zulassungsausschuss nicht älter als drei Monate sein darf und zur Verhandlung vor dem Zulassungsausschuss zwingend vorliegen muss.

Nachweis über die Entrichtung der Antragsgebühr

Nachweis über einen ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutz gemäß §§ 113 Abs. 2 VVG, 95 e SGB V.

II. WICHTIGE HINWEISE ZUR ENTRICHTUNG DER ANTRAGSGEBÜHR

Gem. § 46 Abs. 1 b) Ärzte-ZV ist eine Gebühr in Höhe von € 100,- fällig, sobald Sie Ihren Antrag in der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses eingereicht haben. Diese Gebühr ist somit auch dann zu entrichten, wenn Sie Ihren Antrag später zurücknehmen sollten.

Damit die eindeutige Zuordnung des Antrags gewährleistet werden kann, ist es unbedingt erforderlich, dass die Überweisung der Antragsgebühr unter **Angabe des im Formular näher bezeichneten Verwendungszwecks** zugunsten nachfolgender Bankverbindung durchgeführt wird:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank Magdeburg
IBAN: DE95 3006 0601 0003 1050 67
BIC: DAAEDEDXXX

Nach der Genehmigung werden auf gesonderte Anforderung zusätzliche Verwaltungsgebühren in Höhe von € 400,- fällig, § 46 Abs. 2 a) Ärzte-ZV.

Für Anträge in unterversorgten Gebieten oder Gebieten mit drohender Unterversorgung fällt keine Gebühr an, § 46 Abs. 4 Ärzte-ZV.

Bitte entnehmen Sie die gem. § 100 Abs. 1 SGB V unterversorgten Regionen dem jeweils aktuellen Beschluss des Landesausschusses auf der Homepage der KV Sachsen-Anhalt (https://www.kvsa.de/praxis/vertragsaerztliche_taetigkeit/foerdermittel.html).

III. ALLGEMEINE HINWEISE ZUM ANTRAGSVERFAHREN

Die Übersendung der Antragsunterlagen im Original samt Anlagen hat zwingend auf dem Postweg zu erfolgen. Alternativ können Sie die vorgenannten Unterlagen auch persönlich in der KV Sachsen-Anhalt abgeben. Eine elektronische Übermittlung aller Unterlagen per Fax oder E-Mail ist nicht zulässig.

Die Antragsunterlagen sollten spätestens vier Wochen (Sonderbedarfe spätestens acht Wochen) vor der Sitzung des Zulassungsausschusses vorliegen. Rückwirkende Entscheidungen trifft der Zulassungsausschuss nicht, daher ist der Antrag rechtzeitig zu stellen.

Der Zulassungsausschuss Sachsen-Anhalt tagt in der Regel einmal im Monat. Die Termine entnehmen Sie bitte der Homepage der KVSA.

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

Bitte beachten Sie, dass über einen Antrag erst entschieden werden kann, wenn alle erforderlichen Unterlagen und Angaben vollständig eingereicht und die Antragsgebühr überwiesen wurde.

IV. DATENSCHUTZ

Die zur Bearbeitung Ihres Antrags erforderlichen Daten werden auf der gesetzlichen Grundlage der §§ 95 und 98 SGB V in Verbindung mit den Vorschriften der Zulassungsverordnung erhoben und verarbeitet.

Die Daten werden nur im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften verarbeitet. Die Datenverarbeitung ist gem. Art. 6 Abs. 1 Satz 1 c) DSGVO für die Aufgabenerfüllung der KV Sachsen-Anhalt und der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses erforderlich und erfolgt damit rechtmäßig.

Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter dem Link:
https://www.kvsa.de/service/ueber_uns/datenschutz_informationen.html

Weitere Informationen zu den Besonderheiten des Datenschutzes im **Auswahlverfahren** finden Sie auf der Homepage der KVSA.

Antrag auf Zulassung zur vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit

ZULASSUNGS-
AUSSCHUSS
SACHSEN-ANHALT

ZA

Zulassungsausschuss für Psychotherapeuten
bei der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt
Doctor-Eisenbart-Ring 2
39120 Magdeburg

Das Antragsformular bitte vollständig ausfüllen sowie Zutreffendes ankreuzen!

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Die männliche Form schließt die weibliche mit ein, ohne dadurch eine geschlechtsspezifische Diskriminierung vornehmen zu wollen.

1. Allgemeine Angaben zum Antragsteller

Titel:

Name:

Vorname(n):

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Wohnanschrift **zum Zeitpunkt der Antragstellung**

E-Mail-Adresse

Telefonnummer

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Wohnanschrift **zum Zeitpunkt der Niederlassung**

E-Mail-Adresse

Telefonnummer

2. BEANTRAGUNG

Ich beantrage die Zulassung zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung im Umfang eines

vollen Versorgungsauftrages

hälftigen Versorgungsauftrages

dreiviertel Versorgungsauftrages

als

Psychologischer
Psychotherapeut

Kinder- und
Jugendpsychotherapeut

Psychotherapeutisch
tätiger Arzt

Fachgebiet

Verhaltenstherapie

Tiefenpsychologische Psychotherapie

Analytische Psychotherapie

Systemische Psychotherapie

Behandlungsverfahren

im

Jobsharing¹

Name des Vertragspsychotherapeuten, mit dem die Jobsharing-BAG gegründet werden soll

¹ Ist ein Planungsbereich aufgrund einer festgestellten Überversorgung für eine Niederlassung gesperrt, gibt es dennoch die Möglichkeit, die vertragspsychotherapeutische Tätigkeit im Rahmen eines Jobsharings gemeinsam auszuüben.

Zulassung im Ausnahmetatbestand

Sonderbedarf gem. Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte, Abs. 8, §§ 36 bis 37

Hinweis: Bitte Zusatzunterlagen ausfüllen. Diese finden Sie auf der Homepage der KVSA
https://www.kvsa.de/praxis/vertragsaerztliche_taetigkeit/zulassung.html

Ich beantrage die Zulassung für folgenden Psychotherapeutensitz ab:

Psychotherapeutensitz

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort des Psychotherapeutensitzes

E-Mail-Adresse

Telefonnummer/Faxnummer

zum Niederlassungsbeginn

Die Praxis wird zukünftig geführt als

Einzelpraxis,

örtliche/überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) (**gesondertes Antragsformular**)
mit folgenden Partnern,

Praxisgemeinschaft

Wird die Praxis von einem anderen Psychotherapeuten übernommen?² nein ja, dann

Titel, Vorname, Name des abgebenden Arztes

² Wird die Tätigkeit nicht am Vertragsarztsitz des abgebenden Arztes aufgenommen, ist die Verlegung gesondert zu beantragen und durch den ZA zu genehmigen. Siehe: Antragsformular Verlegung des Vertragsarztsitzes (gebührenpflichtiger Antrag)

3. ZULASSUNGSVORAUSSETZUNGEN

Eintragung Psychotherapeutenregister

Bereits eingetragen im Psychotherapeutenregister der
Kassenärztlichen Vereinigung

Eintragsnummer (ENR): (7-stellig)

Eintragung beantragt bei der
Kassenärztlichen Vereinigung

am: (tt.mm.jjjj)

Derzeitige Tätigkeit

Ich gebe gemäß § 18 Abs. 2 Nr. 4 Ärzte-ZV folgende Erklärung ab:

Ich erkläre hiermit, dass ich zurzeit in

keinem Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis stehe.

einem Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis stehe / eine nicht ehrenamtliche Tätigkeit (z.B. auf Honorarbasis) ausübe:

Art der ausgeübten Tätigkeit

im Umfang von Stunden/Woche

Arbeitgeber, Anschrift des Arbeitgebers

Das zurzeit bestehende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis

kann frühestens zum beendet werden.

ist mit Wirkung zum gekündigt worden.

soll wie folgt fortgeführt werden:

Angabe des wöchentlichen Zeitumfangs in Stunden (Stunden/Woche)

4. WEITERE TÄTIGKEITEN NEBEN DER BEANTRAGTEN ZULASSUNG

Kein weiteres Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis

Keine weitere vertragsärztliche Tätigkeit

Folgende weitere vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit – z.B. Tätigkeit als angestellter Psychotherapeut bei Vertragspsychotherapeuten oder MVZ, als ermächtigter Psychotherapeut, Mitwirkung in einer Berufsausübungsgemeinschaft

1. als bei

mit folgender Betriebsstättennummer (BSNR):

Stundenanzahl

2. als bei

mit folgender Betriebsstättennummer (BSNR):

Stundenanzahl

folgende weitere Tätigkeit als angestellter Arzt z.B. in einem Krankenhaus, in einer Vorsorge-, Rehabilitationseinrichtung

als bei

zeitlicher Umfang in **Wochenstunden**

5. AUSGEÜBTE PSYCHOTHERAPEUTISCHE TÄTIGKEITEN

Lückenlose Aufstellung über die **psychotherapeutischen** Tätigkeiten ab dem Zeitpunkt des Studienabschlusses des Psychotherapeuten in das Psychotherapeutenregister **in zeitlicher Reihenfolge**. *(Hinweis: Bitte auch Zeiten ohne Beschäftigung angeben)* Zum Nachweis der Tätigkeiten bitte Bescheinigungen/Zeugnisse der entsprechenden Einrichtungen beifügen.

von tt.mm.jj	bis tt.mm.jj	Stellung/Funktion	Krankenhaus, Vertragsarzt o.ä.	Ort

6. ERKLÄRUNG GEM. § 18 ABS. 2 NR. 5 UND § 21 ÄRZTE-ZV

Hiermit erkläre ich, dass ich weder drogen- oder alkoholabhängig bin noch in den letzten fünf Jahren gewesen bin, dass ich mich innerhalb der letzten fünf Jahre keiner Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen habe, und dass gesetzliche Hinderungsgründe einer Ausübung des Berufes als Arzt nicht entgegenstehen.

Hiermit erkläre ich, dass weder Strafen, Disziplinarmaßnahmen oder berufsgerichtliche Maßnahmen gegen mich verhängt worden sind, noch gegen mich ein strafrechtliches Ermittlungsverfahren oder ein Strafverfahren schwebt, noch ein Disziplinarverfahren oder berufsgerichtliches Verfahren gegen mich anhängig ist.

Ort/Datum

Name/Unterschrift des Antragstellers

7. ANTRAGSGEBÜHR

Die Antragsgebühr in Höhe von € 100,-- wurde überwiesen am (tt.mm.jjjj)

Angaben für Ihre Überweisung:

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt

Deutsche Apotheker- und Ärztebank Magdeburg

IBAN: DE95 3006 0601 0003 1050 67

BIC: DAAEDEDXXX

Verwendungszweck:

ZA-PT-001 / ZA / Name, Vorname des Antragstellers

Ein Nachweis über die Entrichtung der Antragsgebühr liegt bei.

Wichtige Information zu den genehmigungspflichtigen Leistungen

Bitte beachten Sie, dass Sie alle genehmigungspflichtigen Leistungen erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen,

- an dem Sie die Berechtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung (Zulassung) durch den Zulassungsausschuss erhalten haben und
- an dem Ihnen für beantragte Leistungen der Genehmigungsbescheid der KVSA zugegangen ist.

Um die genehmigungspflichtigen Leistungen erbringen und abrechnen zu können, müssen die entsprechenden Anträge und Teilnahmeerklärungen vorab bei der KVSA eingereicht und genehmigt werden.

Die erforderlichen **Anträge und Formulare** finden Sie auf der Homepage der KVSA wie folgt:

- ⇒ Im Bereich PRAXIS > Vertragsärztliche Tätigkeit > Qualität > Genehmigungen
oder
- ⇒ Link: https://www.kvsa.de/praxis/vertragsaerztliche_taetigkeit/foerdermittel.html

Ort, Datum

Name/Unterschrift Antragsteller

Bitte zutreffendes ankreuzen

Checkliste	Sind dem Antrag beigefügt
1. Unterschriebener tabellarischer Lebenslauf	
2. Kopie der Bestätigung der Behörde über die Beantragung eines polizeilichen Führungszeugnisses zur „Vorlage bei einer Behörde nach § 30 Abs. 5 BZRG“ (ehemals Belegart „O“), das an den Zulassungsausschuss adressiert wird und diesem direkt zugeht (Behördenführungszeugnis)	
3. Für Antragsteller, die im Arztregister außerhalb der KVSA eingetragen sind: Auszug aus Arztregister	
4. Falls der Antragsteller außerhalb von Sachsen-Anhalt bereits niedergelassen oder zugelassen war: Bescheinigungen der entsprechenden KV, aus der sich Ort und Dauer der bisherigen Niederlassung oder Zulassung und der Grund einer etwaigen Beendigung ergeben	
5. Tabellarische Auflistung über die bisherigen <u>psychotherapeutischen</u> Tätigkeiten mit entsprechenden Bescheinigungen (Seite 5 des Antragsformulars)	
6. Nachweis über einen ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutz gemäß §§ 113 Abs. 2 VVG, 95 e SGB V.	

Anlage A zum Antrag auf Zulassung zur vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit

Angaben zur Versicherungsbescheinigung gemäß § 113 Abs. 2 VVG i.V.m. § 95e SGB V über das Bestehen eines Berufshaftpflichtversicherungsschutzes für Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten in Einzelpraxis ohne angestellte Psychotherapeuten sowie in Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) ohne angestellte Psychotherapeuten.

Name des Vertragspsychotherapeuten¹:

Vorname des Vertragspsychotherapeuten:

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort des Psychotherapeutensitzes

Name der BAG (falls zutreffend):

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort des **Hauptbetriebsstätte**

Versicherungsschein-Nummer:

Versicherungsunternehmen:

Hiermit bestätigen wir, dass bei uns für den Vertragspsychotherapeuten eine § 95e Abs. 2 SGB V entsprechende Pflichtversicherung gegen die sich aus der Berufsausübung als Vertragspsychotherapeuten ergebenden Haftpflichtgefahren besteht.

Die Versicherungssumme² beträgt (bei BAG: je Vertragspsychotherapeut)³ EUR ⁴ für Personen- und Sachschäden für jeden Versicherungsfall. Die Leistungen für alle innerhalb eines Jahres (bei BAG: je Vertragspsychotherapeut) verursachten Schäden sind nicht weiter als nach § 95e SGB V zulässig begrenzt.

Ort/Datum

(Faksimilierte) Unterschrift des Versicherungsunternehmens



¹ Da in einer BAG ohne angestellte Psychotherapeuten die Versicherungspflicht nach § 95e Abs. 2 SGB V für jeden einzelnen Vertragspsychotherapeuten gilt, ist grundsätzlich für jeden Vertragspsychotherapeuten der BAG eine Bescheinigung nach § 113 Abs. 2 VVG auszustellen. Wenn nur eine Bescheinigung für sämtliche in der Berufsausübungsgemeinschaft tätigen Vertragspsychotherapeuten ausgestellt werden soll, muss bestätigt werden, dass die Berufshaftpflichtversicherung je Vertragspsychotherapeut den Anforderungen des § 95 Abs. 2 SGB V entspricht.

² Die Mindestversicherungssumme muss nach § 95e Abs. 2 SGB V (bei Berufsausübungsgemeinschaften ohne angestellte Psychotherapeuten je Vertragspsychotherapeut) mindestens drei Millionen Euro für Personen- und Sachschäden für jeden Versicherungsfall betragen. Die Leistungen des Versicherers für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden dürfen nicht weiter als auf den zweifachen Betrag der Mindestversicherungssumme begrenzt werden.

³ Mit dem Klammerzusatz werden beide Fälle der möglichen Vertragskonstellation bei einer BAG erfasst (gemeinsamer Versicherungsvertrag für alle darin tätige Vertragspsychotherapeuten und Einzelverträge für die der darin tätigen Vertragspsychotherapeuten)

⁴ Anzugeben ist die tatsächliche Versicherungssumme.