

ANTRAG auf Zulassung für nichtärztliche Psychotherapeuten zur vertragsärztlichen Versorgung

Dieser Antrag ist nur rechtsverbindlich gestellt, wenn

- ein Auszug über die Eintragung in das Arztregister einer KV vorliegt,
- das beantragte Fachgebiet eindeutig angegeben ist,
- der genaue Niederlassungsort bezeichnet ist (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort),
- er unterschrieben ist.

I Persönliche Angaben zum Antragsteller:

Name			
Vorname			
aktueller Arztregister-Auszug:	<input type="checkbox"/> ist beigelegt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht (bis dahin ist der Antrag nicht rechtsverbindlich!) <input type="checkbox"/> Ich bin eingetragen im Arztregister der KVSH, bitte fordern Sie den Auszug dort an.		
Anschrift für den Schriftwechsel zu diesem Antrag	PLZ, Ort	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	Straße, Nr.		

II Unterlagen / Gebühren

Zum Antrag sind folgende Unterlagen einzureichen: (Originale oder ausnahmsweise amtlich beglaubigte Kopien)	liegt/lag bereits vor	ist beigelegt	wird nachgereicht
Anlage 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unterschriebener Lebenslauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versicherungsbescheinigung nach § 113 Abs. 2 VVG (Berufshaftpflicht) NICHT: Kopie der Police, vorläufige Deckungszusage etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
polizeiliches Führungszeugnis der Belegart „OB“ (Behördenführungszeugnis) (an: Zulassungsausschuss für Ärzte in SH, Bismarckallee 1-3, 23795 Bad Segeberg)		ist beantragt <input type="checkbox"/>	wird beantragt <input type="checkbox"/>

Für diesen Antrag ist eine Gebühr von **100,00 EUR** zu entrichten.
 Bitte überweisen Sie auf das Konto der KVSH bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank
 IBAN DE72 3006 0601 0701 2313 59 - BIC DAAEDEDXXX.
 Verwendungszweck: **02 - Zulassung - Name, Niederlassungsort**
 Bitte beachten Sie, dass nach Abschluss des Verfahrens weitere Verwaltungsgebühren erhoben werden.

III Angaben zur beantragten Zulassung:

Die Zulassung wird beantragt als	<input type="checkbox"/> Psycholog. Psychotherapeut/in <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichenpsychoth.
Die Zulassung wird beantragt für einen	<input type="checkbox"/> vollen Versorgungsauftrag <input type="checkbox"/> dreiviertel Versorgungsauftrag <input type="checkbox"/> halben Versorgungsauftrag.

Wird eine Job-Sharing-Zulassung beantragt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein												
Bezieht sich der Antrag auf eine Ausschreibung?	<input type="checkbox"/> ja _____ <small>(Ausschreibungsnummer bzw. Name des Abgebers)</small> <input type="checkbox"/> ja, geöffneter Planungsbereich <input type="checkbox"/> nein												
Niederlassungsort (ohne Angabe ist der Antrag nicht rechtsverbindlich!)	<table border="1"> <tr> <td>PLZ, Ort</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Straße, Nr.</td> <td colspan="5"></td> </tr> </table>	PLZ, Ort						Straße, Nr.					
PLZ, Ort													
Straße, Nr.													
Niederlassung ist beabsichtigt am:													
Planen Sie die Gründung einer oder den Einstieg in eine bestehende Berufsausübungsgemeinschaft?	<input type="checkbox"/> ja, mit 1. _____ 2. _____ <small>(gesonderter Antrag notwendig)</small> <input type="checkbox"/> nein												

IV Erklärung gemäß § 18 Abs. 2 Punkt 4 Ärzte-ZV

Zum Zeitpunkt der beantragten Niederlassung werde ich zusätzlich folgende Tätigkeiten ausüben:
(Anstellungs- und Dienstverhältnisse, die zum Niederlassungstermin beendet werden bitte nicht aufführen!)

Arbeitgeber / KV-Bezirk bei Zulassung <small>(bei Anstellung in einem MVZ oder bei einem Vertragsarzt bitte auch den KV-Bezirk angeben!)</small>	Umfang in Stunden

V Erklärung gemäß § 18 Abs. 2 Punkt 5 und § 21 Ärzte-ZV / Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich nicht drogen- oder alkoholabhängig bin und es auch nicht innerhalb der letzten fünf Jahre gewesen bin, und dass ich mich innerhalb der letzten fünf Jahre keiner Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen habe. Es stehen keine gesetzlichen Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufes entgegen. Geistige oder sonstige in der Person liegende schwerwiegende Mängel liegen bei mir nicht vor. Außerdem erkläre ich, dass kein strafrechtliches Ermittlungsverfahren gegen mich anhängig ist bzw. war.

Ich bin damit einverstanden, dass die Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses die zuständigen Stellen (bisherige KVen, Ärztekammern) danach befragt, ob entsprechende Mängel dort bekannt sind.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Angaben für die nachfolgend aufgeführten Punkte:

- | | |
|---|--|
| I Persönliche Angaben zum Antragsteller | III Angaben zur beantragten Zulassung |
| IV Erklärung § 18 Abs. 2 Punkt 4 Ärzte-ZV | V Erklärung § 18 Abs. 2 Punkt 5 Ärzte-ZV |

Änderungen in den geschilderten Verhältnissen werde ich unverzüglich der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses mitteilen.

Datum

Unterschrift

HINWEISE der Abteilung Qualitätssicherung der KVSH zu genehmigungspflichtigen Leistungen

- Zur Erbringung und Abrechnung bestimmter Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ist nur die Person berechtigt, für die von der Kassenärztlichen Vereinigung vorab eine Genehmigung erteilt worden ist.
 - Die im Rahmen einer bisherigen Tätigkeit durch die KVSH erteilten Genehmigungen sind an diese Tätigkeit gebunden. Sofern ein Statuswechsel beabsichtigt ist, dieser aber nicht nahtlos erfolgt, sind vollständige neue Anträge zu stellen. Nutzen Sie gern unsere Formulare.
-

Weitergehende Informationen/Kontakt

- Häufigkeit der genehmigten Leistungsbereiche, getrennt nach Fachgruppen:
www.kvsh.de/haeufigste-genehmigungspflichtige-leistungen
 - Vollständige Übersicht der genehmigungspflichtigen Leistungen mit Antragsformularen und Ansprechpartnern:
www.kvsh.de/praxis/qualitaet-und-fortbildung/genehmigungspflichtige-leistungen
 - Allgemeine Fragen zu genehmigungspflichtigen Leistungen richten Sie an → qs@kvsh.de
-

Antrag auf Übertragung von Genehmigungen (nur bei nahtlosem Statuswechsel)

- Ich beantrage die Übertragung der bisherigen Genehmigungen.
- Es liegt kein Standortwechsel vor. Sämtliche Voraussetzungen (z. B. apparativ, räumlich) liegen unverändert vor, mit Ausnahme der folgenden Leistungsbereiche, diese sollen nicht übertragen werden:

- Es liegt ein Standortwechsel vor. Die Voraussetzungen (z. B. apparativ, räumlich) wurden der KVSH bereits für folgende Leistungsbereiche (z. B. Sonographie, DMP, Psychosomatische Grundversorgung, Ambulantes Operieren) nachgewiesen:

Leistungsbereich	Standort (N)BSNR oder Adresse	Name des Genehmigungsinhabers

- Mit der/den Unterschrift/en wird bestätigt, dass die KVSH, sofern die Rechtsgrundlagen dies vorsehen, die entsprechenden Qualitätssicherungs-Kommissionen beauftragen kann, die Gegebenheiten vor Ort zu überprüfen.

Datum

ggf. Praxisstempel

Praxisinhaber Vertragsarztpraxis /
Geschäftsführung MVZ

Eigenerklärung

Nach einem Urteil des BSG vom 08.12.2010 (B 6 KA 36/09) zielen die Auswahlkriterien Approbationsalter und Dauer der ärztlichen Tätigkeit darauf ab, einen gewissen Erfahrungsstand und den dadurch erworbenen Standard zu berücksichtigen und dieser dürfte in den meisten ärztlichen Bereichen nach circa fünf Jahren in vollem Ausmaß erreicht sein, so dass das darüber hinausgehende höhere Alter eines Bewerbers und eine noch längere ärztliche Tätigkeit keinen zusätzlichen Vorzug mehr begründen.

Im Rahmen von Auswahlverfahren berücksichtigt der Zulassungsausschuss nur die psychotherapeutischen Tätigkeiten, die **nach der Approbation als Psychologischer Psychotherapeut bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut** abgeleistet wurden. Bei ärztlichen Bewerbern werden nur die psychotherapeutischen Tätigkeiten berücksichtigt, die **nach Erlangung der Facharztanerkennung** „Psychotherapeutische Medizin“ oder „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ bzw. der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ abgeleistet wurden.

Davon ausgehend ist für den Zulassungsausschuss für Ärzte in Schleswig-Holstein in der Besetzung für Angelegenheiten der Psychotherapeuten maßgeblich, ob ein Bewerber nach der Approbation mindestens 60 Monate psychotherapeutisch tätig ist oder nicht und er bittet um Abgabe einer entsprechenden Erklärung.

Bitte kreuzen Sie die für Sie zutreffende Variante an und reichen Sie die Erklärung unterzeichnet ein:

Ich erkläre hiermit, dass ich mindestens 60 Monate psychotherapeutische Berufstätigkeit seit der Approbation ausgeübt habe.

Ich erkläre hiermit, dass ich noch keine 60 Monate psychotherapeutische Berufstätigkeit ausgeübt habe, sondern

erst _____ Monate. Ich bitte darum,

meine derzeitige Tätigkeit (Nachweis ist beigefügt) bis zum Sitzungstag anzurechnen.

folgende Kindererziehungszeiten (max. 36 Monate pro Kind) zu berücksichtigen (Geburtsurkunde ist in Kopie beigefügt)

folgende Zeiten der Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung zu berücksichtigen (Pflegebescheid ist in Kopie beigefügt)

Datum _____

Stempel/Unterschrift _____