

# **ANTRAG auf Genehmigung eines angestellten Arztes/Psychotherapeuten**

Dieser Antrag ist nur rechtsverbindlich gestellt, wenn

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

## **Antragsteller/Praxisstempel**

--	--

## **I Angaben zum anzustellenden Arzt/Psychotherapeuten:**

Name	
Vorname	
aktueller Arztregister-Auszug:	<input type="checkbox"/> ist beigefügt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht (bis dahin ist der Antrag nicht rechtsverbindlich!) <input type="checkbox"/> Die Eintragung erfolgte im Arztregister der KVSH (siehe Seite 3).

## **II Unterlagen / Gebühren**

<b>Zum Antrag sind folgende Unterlagen des Angestellten einzureichen:</b> (Originale oder ausnahmsweise amtlich beglaubigte Kopien)	liegt/lag bereits vor	ist beigefügt	wird nachgereicht
Anlage 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unterschriebener Lebenslauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anstellungsvertrag (aus dem Arbeitsort und Arbeitszeit hervorgehen und aus dem ersichtlich ist, dass es sich um eine lohnsteuer- und sozialabgabenpflichtige Beschäftigung handelt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versicherungsbescheinigung nach § 113 Abs. 2 VVG (Berufshaftpflicht) <b>NICHT:</b> Kopie der Police, vorläufige Deckungszusage etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

polizeiliches Führungszeugnis der Belegart „O“ (Behördenführungszeugnis) (an: Zulassungsausschuss für Ärzte in SH, Bismarckallee 1-3, 23795 Bad Segeberg)	<b>ist beantragt</b> <input type="checkbox"/>	<b>wird beantragt</b> <input type="checkbox"/>
--	--	---

Für diesen Antrag ist eine Gebühr von 120,00 EUR (Ausnahme Nachbesetzung: 60,00 EUR) zu entrichten.

Verrechnung der Gebühren mit dem Honorarkonto bei der KVSH?  ja  nein  
(ACHTUNG, das Honorarkonto muss mindestens seit sechs Monaten bestehen!)

Bitte beachten Sie, dass nach Abschluss des Verfahrens weitere Verwaltungsgebühren erhoben werden.

## **II Angaben zur beantragten Anstellung:**

Für welches Fachgebiet wird die Anstellung beantragt?	
Für welchen Schwerpunkt nach der WBO wird <u>zusätzlich</u> die Anstellung beantragt?	
Die Anstellung ist beabsichtigt ab	
Die Anstellung wird beantragt für	_____ Stunden/Woche

Anstellungsort (ohne Angabe ist der Antrag nicht rechtsverbindlich!)	PLZ, Ort						
	Straße, Nr.						
ggf. weitere Tätigkeitsorte, an denen Leistungen erbracht werden sollen (PLZ, Ort, Straße):  <b>(nicht möglich bei Sonderbedarf)</b>							

Nachbesetzung einer Angestelltenstelle?	<input type="checkbox"/> ja, von _____ (Name, Vorname des vorherigen Angestellten)
	<input type="checkbox"/> nein
Verzicht zugunsten der Anstellung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Anstellung mit Leistungsbeschränkung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bezieht sich der Antrag auf eine Ausschreibung?	<input type="checkbox"/> ja _____ (Ausschreibungsnummer bzw. Name des Abgebers)
	<input type="checkbox"/> ja, geöffneter Planungsbereich
	<input type="checkbox"/> nein
Soll der Angestellte tätig werden als ... ?	<input type="checkbox"/> Belegarzt
	<input type="checkbox"/> Bade-/Kurarzt

**Hinweis**

Sollte der Angestellte seiner, aufgrund einer bereits ausgeübten vertragsärztlichen Tätigkeit bestehenden, Fortbildungspflicht nicht nachgekommen sein, kann es bereits ab Tätigkeitsbeginn in Ihrer Praxis zu deutlichen Honorarkürzungen im Bezug auf die Leistungen des Angestellten kommen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel Arbeitgeber

# Erklärung des angestellten Arztes/Psychotherapeuten zu diesem Antrag

## A-I Erklärung gemäß § 18 Abs. 2 Punkt 4 Ärzte-ZV

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

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

## A-II Erklärung gemäß § 18 Abs. 2 Punkt 5 Ärzte-ZV

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.

## A-III Arztregister-Auszug

Ich bin im Arztregister der KVSH eingetragen, bitte fordern Sie den Auszug dort an.

---

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

- A-I Erklärung gemäß § 18 Abs. 2 Punkt 4 Ärzte-ZV
- A-II Erklärung gemäß § 18 Abs. 2 Punkt 5 Ärzte-ZV
- A-III Arztregister-Auszug

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

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/ggf. Stempel Angestellte/r

## **WICHTIGER HINWEIS der Abteilung Qualitätssicherung der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein**

### **Vor Aufnahme der Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen einer Zulassung, Anstellung oder Ermächtigung bitte beachten:**

Zur Erbringung und Abrechnung bestimmter Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ist nur die Person berechtigt, der von der Abteilung Qualitätssicherung der Kassenärztlichen Vereinigung nach Beantragung eine Genehmigung erteilt worden ist. Eine Abrechenbarkeit dieser Leistungen ist erst vom Tage des Zugangs des Genehmigungsbescheides an gegeben.

Die vollständige Übersicht finden Sie unter:

[www.kvsh.de](http://www.kvsh.de) → Praxis → Qualität und Fortbildung → genehmigungspflichtige Leistungen

**Bei Rückfragen zu genehmigungspflichtigen Leistungen steht Ihnen die Abteilung Qualitätssicherung der KVSH unter der Nummer 04551 883 262 zur Verfügung.**

### ***für Ärzte***

- Die Liste der genehmigungspflichtigen Leistungen habe ich zur Kenntnis genommen und werde die entsprechenden Antragsunterlagen unter [www.kvsh.de](http://www.kvsh.de) downloaden oder mich direkt mit der Abteilung Qualitätssicherung in Verbindung setzen.
- Die Liste der genehmigungspflichtigen Leistungen habe ich zur Kenntnis genommen. Ich beabsichtige jedoch keine genehmigungspflichtigen Leistungen zu erbringen.

### ***für Psychotherapeuten***

- Folgende Leistungen beabsichtige ich zu erbringen:
  - Analytische Psychotherapie
  - Autogenes Training
  - EMDR
  - Gruppenpsychotherapie
  - Hypnose
  - Jacobsonsche Relaxationstherapie
  - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
  - Neuropsychologische Therapie
  - Tiefenpsychologische Psychotherapie
  - Verhaltenstherapie

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes/Psychotherapeuten, der die  
Leistungen erbringen soll

- Es liegen bereits Genehmigungen zur Durchführung und Abrechnung genehmigungspflichtiger Leistungen vor, diese sollen für die zukünftige Tätigkeit übernommen werden. Für weitere genehmigungspflichtige Leistungen müssen gesondert Anträge gestellt werden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des anstellenden Vertragsarztes (Arbeitgeber)  
bzw. Unterschrift des ärztlichen Leiters des MVZ

\_\_\_\_\_  
**und** bei einer MVZ-GmbH Unterschrift des Geschäftsführers

## Eigenerklärung

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

---

### **für Ärzte**

Bei der Berechnung der Dauer der Tätigkeit werden nur diejenigen Zeiten berücksichtigt, die **nach Erlangung der Facharztanerkennung** für die beantragte Zulassung abgeleistet wurden.

### **für ärztliche und nichtärztliche Psychotherapeuten**

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 maßgeblich, ob ein Bewerber seit Erlangung der Facharztanerkennung/Approbation mindestens 60 Monate ärztl./psychoth. 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 ärztl./psychoth. Berufstätigkeit seit der Facharztanerkennung/Approbation ausgeübt habe.
  - Ich erkläre hiermit, dass ich noch keine 60 Monate ärztl./psychoth. Berufstätigkeit ausgeübt habe, sondern
    - erst \_\_\_\_\_ Monate. Ich bitte darum,
      - meine derzeitige Tätigkeit (Nachweis ist beigelegt) bis zum Sitzungstag anzurechnen.
      - folgende Kindererziehungszeiten (max. 36 Monate pro Kind) zu berücksichtigen (Geburtsurkunde ist in Kopie beigelegt)

---

---

---

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

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift