Merkblatt

Anstellung eines/-r Psychotherapeuten/-in
gem. § 95 Abs. 9 SGB V i.V.m. § 32b Ärzte-ZV
(Genehmigung ohne Leistungsbeschränkung)

(Für Ihre Unterlagen bestimmt)

I. CHECKLISTE:

Dem Antrag auf Genehmigung zur Anstellung eines/-r Psychotherapeuten/-in sind nachstehende Unterlagen vollständig beizufügen:

- ☐ Antrag auf Anstellung
- ☐ schriftlicher Arbeitsvertrag, insbesondere unter Angabe der Arbeitszeiten und des konkreten Anstellungsortes (Straße, PLZ, Ort)
- ☐ Nachweis über die Entrichtung der Antragsgebühr
- ☐ Versicherungsbescheinigung nach § 113 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes, aus dem sich das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes ergibt (Entfällt im Falle der Nachbesetzung der Stelle eines/-r angestellten Psychotherapeuten/-in - Punkt 2f) - sofern bereits eingereicht)
- ☐ Zweigpraxisantrag sofern im Antrag mit „Ja“ angekreuzt, dass der Dienstort ein anderer als der Vertragsarztsitz ist
- ☐ Dienstort befindet sich an einem Krankenhaus (sofern im Antrag mit „Ja“ angekreuzt):
  - ☐ Mietvertrag
  - ☐ Lageplan
  - ☐ Bestätigung des Krankenhauses, dass keine Kooperation vorliegt ansonsten Kooperationsvertrag
- ☐ Antragsergänzung „Weitere Antragsteller“ (Formblatt 1)
- ☐ Anlage 1 sofern die Anstellung im Sonderbedarf erfolgt
- ☐ Ferner ist bei Übernahme eines auf der Homepage der KV Hessen (www.kvhessen.de/ausgeschriebene-sitze) gem. § 103 Abs. 4 SGB V ausgeschriebenen Vertragsarztsitzes eine formlose schriftliche Bewerbung um die ausgeschriebene Vertragspraxis nach Veröffentlichung auf der Homepage der KV Hessen unter Angabe der Chiffre-Nr. an das zuständige BeratungsCenter der KV Hessen zu richten.

Von dem anzustellenden Psychotherapeuten/der anzustellenden Psychotherapeutin sind folgende Unterlagen zusätzlich einzureichen:

- ☐ aktueller EDV-Ausdruck über die Eintragung in das Arztregister/Psychotherapeutenregister einer Kassenärztlichen Vereinigung, aus dem der Tag der Approbation, der Tag der Eintragung in das Arztregister und der Tag der Anerkennung des Rechts zum Führen einer bestimmten Facharzt-, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung bzw. Fachbezeichnung hervorgehen muss (entfällt, sofern die Eintragung in das Register der KV Hessen erfolgt ist)
- ☐ aktueller, lückenloser Lebenslauf mit Datum und Unterschrift sowie den Angaben über die seit der Approbation ausgeübten ärztlichen Tätigkeiten. Soweit Zeiten ohne Beschäftigungsverhältnis vorgelegen haben (z.B. wegen Kindererziehung, Erkrankung, Arbeitslosigkeit), sind diese ebenso anzugeben. Achten Sie darauf, den Lebenslauf mindestens monatlich auszuführen.
  Bitte beachten Sie, dass der Lebenslauf zum Zeitpunkt der Erteilung der Zulassung (Sitzungstermin des Zulassungsausschusses) nicht älter als sechs Monate sein darf.
- ☐ Beleg über den Antrag auf Erteilung eines polizeilichen Führungszeugnisses der Belegart „O“ zur Vorlage bei einer Behörde. Bei Antragstellung ist die im Antrag genannte Adresse anzugeben.
  Bitte beachten Sie, dass das Führungszeugnis zum Zeitpunkt der Erteilung der Zulassung (Sitzungstermin des Zulassungsausschusses) nicht älter als sechs Monate sein darf und zur Verhandlung vor dem Zulassungsausschuss zwingend vorliegen muss.

II. WICHTIGE HINWEISE ZUR ENTRICHTUNG DER ANTRAGSGEBÜHR:

Gem. § 46 Abs. 1 c) Ärzte-ZV ist eine Gebühr fällig, sobald Sie Ihren Antrag im BeratungsCenter der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen oder bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses eingereicht haben. Diese Gebühr ist somit auch dann zu entrichten, wenn Sie Ihren Antrag später zurücknehmen sollten.

Über die Zahlung der Antragsgebühr legen Sie uns bitte innerhalb von 14 Tagen (Eingang) nach Einreichung Ihres Antrags unaufgefordert einen geeigneten Zahlungsnachweis vor.
Sollte die Antragsgebühr nicht fristgemäß gezahlt worden und der geeignete Zahlungsnachweis hier nicht innerhalb der vorgenannten 14 Tagesfrist eingegangen sein, gilt Ihr Antrag nach § 38 Ärzte-ZV als zurückgenommen. In jedem Fall wird Ihr Antrag ohne fristgerechten Nachweis über die Entrichtung der Antragsgebühr nicht für eine Sitzung des Zulassungsausschusses terminiert.

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

Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG
IBAN: DE92 3006 0601 0101 2721 28
BIC: DAAEDEDDXXX

Die Antragsgebühr beträgt:

a) für die Nachbesetzung der Stelle: € 60,00
(Verwendungszweck: ZA 3.2.1 Anstellung / Name Praxisinhaber / Name Angestellter)

b) in allen anderen Fällen: € 120,00
(Verwendungszweck: ZA 3.2. Anstellung/ Name Praxisinhaber / Name Angestellter)

Nach der Genehmigung werden auf gesonderte Anforderung zusätzlich Verwaltungsgebühren erhoben, § 46 Abs. 2 c) und d), Abs. 4 Ärzte-ZV.
Diese betragen:
a) für die Nachbesetzung der Stelle: 2x € 200,00
b) in allen anderen Fällen: 2 x € 400,00.

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 Hessen (www.kvhessen.de/zulassungsbeschraenkungen).

III. ALLGEMEINE HINWEISE ZUM ANTRAGSVERFAHREN:

Die **Übersendung von Originalunterlagen ist**, mit Ausnahme von Bürgschaftserklärungen, **nicht erforderlich**. Etwaig zugesandte Originalunterlagen können nicht zurückgeschickt werden. Bitte heften Sie Ihre Unterlagen nicht, da diese hier elektronisch weiterverarbeitet werden.

Bitte nutzen Sie nur einen Versandweg für Ihren Antrag. Für eine elektronische Übermittlung können folgende Kontaktdaten genutzt werden:

- **zulassungsausschuss@kvhessen.de**
- **sicherstellung@kvhessen.kim.telematik** (KIM-Dienst)
- **bebpo-za@kvhessen.de** (nur von Rechtsanwälten nutzbar)

Auch die Übersendung auf dem Postweg ist möglich.

Haben Sie Ihre Unterlagen im für Sie zuständigen BeratungsCenter abgegeben, erübrigt sich eine nochmalige Zusendung derselben Unterlagen. Gleiches gilt für die Nachreichung angeforderter Unterlagen.

Bitte beachten Sie, dass die Terminierung eines Antrages für eine Sitzung des Zulassungsausschusses erst erfolgen kann, wenn alle angeforderten Unterlagen vollständig hier eingereicht und die Antragsgebühr überwiesen wurde.

Die Bestimmungen gelten für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten gleichermaßen.

IV. HINWEISE ZUR BERUFSHAFTPFLICHTVERSICHERUNG:

Ab dem 01.07.2021 sieht das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) gemäß § 95e SGB V den Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung für alle Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten als vertragsärztliche bzw. vertragspsychotherapeutische Pflicht vor. Bei Stellung eines Antrags auf Zulassung, Ermächtigung oder Genehmigung einer Anstellung ist dem Zulassungsausschuss das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes nachzuweisen. Ausreichend ist dieser, wenn das individuelle Haftungsrisiko des Vertragsarztes versichert ist. Jedenfalls darf die Mindestversicherungssumme für alle Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten drei Millionen Euro für Personen- und Sachschäden nicht unterschreiten und die Leistungen des Versicherers für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden dürfen nicht weiter als auf den zweifachen Betrag der Mindestversicherungssumme begrenzt werden.

Für medizinische Versorgungszentren sowie für Vertragsärzte und Berufsausübungsgemeinschaften mit angestellten Ärzten ist der Berufshaftpflichtversicherungsschutz ausreichend, sofern er für die gesamte von dem Leistungserbringer ausgehende ärztliche Tätigkeit besteht. Jedenfalls darf die Mindestversicherungssumme fünf Millionen Euro für Personen- und Sachschäden für jeden Versicherungsfall nicht unterschreiten und die Leistungen des Versicherers für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden nicht weiter als auf den dreifachen Betrag der Mindestversicherungssumme begrenzt werden.

Auch ermächtigte Ärzte müssen das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes nachweisen, soweit für deren Tätigkeit im Rahmen der Ermächtigung kein anderweitiger Versicherungsschutz besteht. Sollte der ermächtigte Arzt von einer Betriebshaftpflichtversicherung eines Krankenhauses mitumfasst sein, ist dem Zulassungsausschuss eine Versicherungsbescheinigung nach § 113 des Versicherungsvertragsgesetzes sowie eine entsprechende Erklärung vorzulegen, aus der sich ergibt, dass die vorliegende Betriebshaftpflichtversicherung auch ambulante Tätigkeiten im Rahmen der Ermächtigung abdeckt.

V. 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 gemäß Art. 6 Abs. 1 Satz 1 c) DSGVO für die Aufgabenerfüllung der KV Hessen und der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses erforderlich und erfolgt damit rechtmäßig.

Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter dem Link www.kvhessen.de/datenschutz.

Darüber hinaus gilt in **Auswahlverfahren** nachfolgende Besonderheit:

Übersteigt die Anzahl der Bewerber die Anzahl der zur Verfügung stehenden Sitze, findet ein Auswahlverfahren vor dem Zulassungsausschuss statt.

Dies kann bei Anträgen im Rahmen einer partiellen Öffnung und bei Praxisübernahmen zum Tragen kommen.

Unter mehreren Bewerbern entscheidet der Zulassungsausschuss nach pflichtgemäßem Ermessen unter Berücksichtigung verschiedener Kriterien (berufliche Eignung, Dauer der bisherigen ärztlichen Tätigkeit, Approbationsalter, Dauer der Eintragung in die Wartelisten gem. § 103 Abs. 5 Satz 1 SGB V, bestmögliche Versorgung der Versicherten im Hinblick auf die räumliche Wahl des Vertragsarztsitzes, Entscheidung nach Versorgungsgesichtspunkten (z.B. Fachgebietsschwerpunkt, Barrierefreiheit)).

Im Hinblick auf das bei Auswahlverfahren angestrebte Ziel der Bewerber, einen öffentlich-rechtlichen Status zu erhalten, muss ein transparentes Verfahren durchgeführt werden. Dies bedingt, dass im Rahmen des Auswahlverfahrens alle Mitbewerber Kenntnis von den entscheidungserheblichen Aspekten erhalten. Hierzu gehören ggf. auch personenbezogene Daten, die im Rahmen des Bewerbungsverfahrens mitgeteilt werden.

Dies hat zur Folge, dass in dem Auswahlverfahren ein einheitlicher Beschluss für alle Bewerber gemeinsam gefasst wird.

Antrag auf Anstellung eines/r Psychotherapeuten/in gem. § 95 Abs. 9 SGB V i.V.m. § 32b Ärzte-ZV (Genehmigung ohne Leistungsbeschränkung)

ZULASSUNGS AUSSCHUSS HESSEN ZA

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Zulassungsausschuss/Psychotherapie
Postfach 15 02 04
60062 Frankfurt

Notizfeld für Bearbeitungshinweise des BeratungsCenters der KVH

Das Antragsformular bitte vollständig und in Großbuchstaben 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. Persönliche Angaben

a) 1. Praxisinhaber				(Bei Anstellung in einer Berufsausübungsgemeinschaft bitte für die weiteren BAG-Mitglieder das Formblatt „Weitere Antragsteller“ (Formblatt 1 - Seiten 7 und 8) gesondert ausfüllen. Die auf diesen zusätzlich eingereichten Formblättern gemachten Angaben sind Bestandteil dieses Antrages.
Titel, Name/ Firma:				
Vorname(n):				
Vertragspraxis:	Straße, Nr.:			
	PLZ:	Ort:		
Optional zur schnelleren Kontaktaufnahme:	Telefon:		Fax:	
	E-Mail:		BSNR:	

b) Anzustellender Psychotherapeut				
Titel, Name:				
Vorname(n):				
Geburtsdatum:			LANR:	
Hauptwohnsitz: (Zeitpunkt der Anstellung)	Straße, Nr.:			
	PLZ:	Ort:		
Optional zur schnelleren Kontaktaufnahme:	Telefon:		Fax:	
	E-Mail:		BSNR:	

Im Psychotherapeutenregister der Kassenärztlichen Vereinigung _____ bin ich seit _____ eingetragen.	Sofern sich Ihr Hauptwohnsitz in Hessen befindet und Sie noch nicht eingetragen sind, finden Sie den Antrag unter www.kvhessen.de/ptregister

Weitere Anträge zu meiner Teilnahme an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung habe ich derzeit auch bei einem anderen Zulassungsausschuss gestellt:

☐ nein

☐ ja, beim Zulassungsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung

mit dem Antrag auf:

zum:

. Vertragspsychotherapeutische Tätigkeit/Anstellungsgenehmigung

Die Genehmigung zur Anstellung eines Psychotherapeuten wird beantragt:

☐ a) in einem unterversorgten Gebiet

☐ b) in einem offenen Planungsbereich

☐ c) für eine Arzt-/Fachgruppe, die nicht der Bedarfsplanung unterliegt

☐ d) aufgrund des Zulassungsverzichts des Vertragspsychotherapeuten (Bitte fügen Sie die Erklärung über den Zulassungsverzicht unter Angabe des konkreten Beendigungszeitpunkts bei.)

☐ e) zur Übernahme eines ausgeschriebenen Vertragssitzes

Datum der Ausschreibung/Chiffre:		(www.kvhessen.de/ausgeschriebene-sitze)
für das Fachgebiet:		(Facharztgruppe)

Ein zivilrechtlicher Praxisübernahmevertrag mit dem bisherigen Praxisinhaber wurde abgeschlossen

☐ nein ☐ ja

Nach § 103 Abs. 4 Satz 8 SGB V sind die wirtschaftlichen Interessen des ausscheidenden Vertragsarztes oder seiner Erben nur insoweit zu berücksichtigen, als der Kaufpreis die Höhe des Verkehrswerts der Praxis nicht übersteigt.

☐ f) zur Nachbesetzung der Stelle eines bereits von mir beschäftigten angestellten Psychotherapeuten (Sofern hierdurch eine Statusänderung des bisher Angestellten eintritt [Anstellungsende, Änderung des Arbeitszeitrahmens], reichen Sie bitte den entsprechenden Folgeantrag ein)

für das Fachgebiet:		(Facharztgruppe)
bestehender freier Faktor:		(Anrechnungsfaktor gem. § 58 Abs. 2 Satz 4 BP-RL)
bisher besetzt von:		(Titel und Name des bisher Angestellten)
unbesetzt seit:		

Die Nachbesetzung einer Anstellung ist möglich, auch wenn Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, sofern die sonstigen Voraussetzungen vorliegen. Die vollständige oder teilweise Nachbesetzung hat binnen sechs Monaten nach vollständigem oder teilweisem Ende des Anstellungsverhältnisses zu erfolgen. Die Genehmigung zur Nachbesetzung ist rechtzeitig innerhalb der genannten Frist zu beantragen.

☐ g) aufgrund eines zusätzlichen Versorgungsbedarfs

☐ lokal (§ 36 BP-RL, Zulassung ohne Leistungskatalog)

☐ qualifikationsbezogen (§§ 36, 37 Abs. 1 - 3 BP-RL, Zulassung mit Leistungskatalog)

Die Anstellung erfolgt	
zum:	(geplanter Zeitpunkt der Aufnahme der Tätigkeit)
mit:	(Tätigkeitsumfang in Stunden pro Woche)
als:	☐ ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Arzt/Facharzt
für	(Fachgebietsanerkennung lt. Urkunde - ggf. einschließlich Zusatzbezeichnung)
	☐ Psychologische/r Psychotherapeut/in (PP)
	☐ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in (KJP)
Richtlinienverfahren (sofern die Anstellung als PP oder KJP beantragt wird)	
	☐ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
	☐ analytische Psychotherapie
	☐ Verhaltenstherapie
	☐ systemische Therapie

§ 58 Abs. 2 Satz 4 BP-RL:

Vertraglich vereinbarte Arbeitszeit	Anrechnungsfaktor
bis 10 Stunden pro Woche	0,25
über 10 bis 20 Stunden pro Woche	0,5
über 20 bis 30 Stunden pro Woche	0,75
über 30 Stunden pro Woche	1,0

Angaben zum Anstellungsort:	Bitte beachten Sie, dass der Anstellungsort auch im Arbeitsvertrag **konkret** anzugeben ist.
☐ Dienstort ist der Vertragssitz des Praxisinhabers zu Nr. ___	
☐ Dienstort ist die Zweigpraxis:	
Straße, Nr.:	
PLZ:	Ort:
Die hierfür erforderliche Zweigpraxisgenehmigung der KV Hessen	Formular:www.kvhessen.de/praxis-management/zweigpraxis
☐ liegt für den Angestellten bzw. das Fachgebiet bereits vor.	
☐ wurde am bei der KV Hessen beantragt.	

§ 22 Abs. 2 Satz 4 Berufsordnung der Landeskammer für Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen -therapeuten Hessen:

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben Vorkehrungen für eine ordnungsgemäße Versorgung an jedem Ort ihrer Tätigkeit zur treffen.

Uns ist bekannt, dass eine vertragspsychotherapeutische Tätigkeit an einem anderen Ort als dem Dienstort nur in untergeordnetem Umfang und soweit vertragsarztrechtlich zulässig, möglich ist. Sofern neben o.g. Hauptdienstort eine untergeordnete Tätigkeit an weiteren Standorten erfolgt, ist dafür eine separate Genehmigung erforderlich. -Dies entfällt bei einem Tätigwerden an weiteren Standort der BAG.-

Der Dienstort an der Zweigpraxis befindet sich in bzw. an einem Krankenhaus:

☐ nein ☐ ja*, Name des Krankenhauses:

*Sofern sich der Vertragssitz an einem Krankenhaus befindet, bitten wir zur Prüfung der Frage, ob Hinderungsgründe gem. § 20 Abs. 1 Ärzte-ZV einer Zulassung entgegenstehen, um Vorlage des Mietvertrages, der Grundrisse/Lagepläne sowie des Kooperationsvertrages mit dem entsprechenden Krankenhaus. Sollte zwischen Ihnen und dem Krankenhaus kein Kooperationsvertrag bestehen, benötigen wir diesbezüglich eine formlose schriftliche Bestätigung des Krankenhauses/ Krankenhausträgers.

3. Erklärungen des Praxisinhabers (Arbeitgeber)

Für die Anstellung des Psychotherapeuten ist folgendes gewährleistet:

☐	Bestehen einer Berufshaftpflichtversicherung mit ausreichender Deckung	
☐	fachliche Weisungen erfolgen unter Beachtung des Berufsrechts	
☐	mindestens angemessene Vergütung	Eine Vergütung ist angemessen, wenn sie in einem gerechten Verhältnis zur geschuldeten Leistung steht und sich im Rahmen der üblichen Vergütungsgrenzen des Marktes hält.

4. Praxisbesonderheiten/ Teilhabe von Menschen mit Behinderung

Die **Versorgung von Menschen mit Behinderung** wird in der Praxis wie folgt sichergestellt:

☐	behindertengerechte Beratungsform, nämlich:	(per Telefon, Fax, E-Mail) **-bitte im Einzelnen benennen-**
☐	behindertengerechtes Informationsmaterial, nämlich:	(für Lernschwache in leicht verständlicher Sprache; für Sehbehinderte in vergrößerter Schrift; für Blinde als Hördatei oder in Brailleschrift) **-bitte im Einzelnen benennen-**
☐	Angebot eines/r Gebärdendolmetschers/in:	(in den Praxisräumen muss vor der Behandlung explizit und verständlich auf das bestehende Angebot hingewiesen werden)
☐	körperbehindertengerechter Zugang, nämlich:	(stufenfreier Praxiszugang, Fahrstuhl, Rollstuhl, behindertengerechtes WC und/oder andere behindertengerechte Ausstattungsgegenstände) **-bitte im Einzelnen benennen-**

5. Erklärungen des anzustellenden Psychotherapeuten (Arbeitnehmer)

Ich erkläre, dass ich nicht drogen- und/oder alkoholabhängig bin und dies nicht innerhalb der letzten fünf Jahre war. Ferner erkläre ich, dass ich mich innerhalb der letzten fünf Jahre keiner Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen habe und dass gesetzliche Hinderungsgründe meiner Ausübung des ärztlichen Berufes nicht entgegenstehen.

§ 21 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte:

Ungeeignet für die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit ist ein Arzt, der aus gesundheitlichen oder sonstigen in der Person liegenden schwerwiegenden Gründen nicht nur vorübergehend unfähig ist, die vertragsärztliche Tätigkeit ordnungsgemäß auszuüben. Das ist insbesondere zu vermuten, wenn er innerhalb der letzten fünf Jahre vor seiner Antragstellung drogen- oder alkoholabhängig war.

§ 20 Abs. 1 und 2 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte:

Ein Beschäftigungsverhältnis oder eine andere nicht ehrenamtliche Tätigkeit steht der Eignung für die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit entgegen, wenn der Arzt unter Berücksichtigung der Dauer und zeitlichen Lage der anderweitigen Tätigkeit den Versicherten nicht in dem seinem Versorgungsauftrag entsprechenden Umfang persönlich zur Verfügung steht und insbesondere nicht in der Lage ist, Sprechstunden zu den in der vertragsärztlichen Versorgung üblichen Zeiten anzubieten. Für die Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit ist nicht geeignet ein Arzt, der eine ärztliche Tätigkeit ausübt, die ihrem Wesen nach mit der Tätigkeit des Vertragsarztes am Vertragsarztsitz nicht zu vereinbaren ist. Eine Nebentätigkeit in Bezug auf Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken ist gestattet.

Angaben zu bestehenden Dienst- bzw. Beschäftigungsverhältnissen des anzustellenden Psychotherapeuten

☐	Ich stehe zurzeit in **keinem** Dienst- bzw. Beschäftigungsverhältnis.		
☐	Ich stehe zurzeit in **folgendem/n** Dienst- bzw. Beschäftigungsverhältnis(sen) (ggf. gesondertes Blatt verwenden):		
1.	bei/im:	mit	Std./Woche
2.	bei/im:	mit	Std./Woche
3.	bei/im:	mit	Std./Woche

☐	Das Beschäftigungsverhältnis zu Nr.	ist mit Wirkung zum	gekündigt worden.
☐	Das Beschäftigungsverhältnis zu Nr.	wird mit Wirkung zum	gekündigt.
☐	Das Beschäftigungsverhältnis zu Nr.	wird mit	Std./Woche weitergeführt.

Mir ist bekannt, dass ich mich mit Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit (voller Versorgungsauftrag) nur mit insgesamt maximal 13 Std./Woche in einem anderen Dienst- bzw. Beschäftigungsverhältnis befinden darf und dass jede regelmäßige Nebentätigkeit dem Zulassungsausschuss unter Angabe des zeitlichen Umfangs anzuzeigen ist.

6. Hinweise zur Abrechnung von Genehmigungspflichtigen Leistungen

Uns ist bekannt, dass für die Ausführung und Abrechnung von Genehmigungspflichtigen Leistungen jeweils bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein müssen und diese Leistungen -unabhängig vom Status der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung- im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nur ausgeführt bzw. abgerechnet werden, wenn hierfür von der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen eine zusätzliche Genehmigung bzw. Anerkennung vorliegt.

Uns ist zudem bekannt, dass eine rückwirkende Genehmigung nicht möglich ist und die Ausführung und Abrechnung dieser Leistungen erst nach Erteilung der entsprechenden Genehmigungen zulässig ist und Honoraranspruch besteht.

Die Antragsformulare finden Sie auf unserer Homepage (www.kvhessen.de). Bitte beachten Sie, dass die Genehmigungen standortbezogen erteilt werden, d. h. für Nebenbetriebsstätten müssen für den jeweiligen Standort nochmals entsprechende Genehmigungen beantragt werden.

7. Sonstige Hinweise

Sämtliche Angaben in diesem Antrag werden für die Genehmigung gemäß § 95 Abs. 1 SGB V i.V.m. § 18 Ärzte-ZV benötigt. Unvollständige Angaben können zur Folge haben, dass die Genehmigung nicht erteilt wird. Wenn die bei der Erteilung dieser Genehmigung zugrunde gelegten Voraussetzungen tatsächlich nicht erfüllt waren oder nachträglich entfallen, kann die Zulassung entzogen werden; sie ist zu entziehen, wenn die Voraussetzungen, unter denen sie erteilt wurde, tatsächlich nicht vorlagen oder nachträglich weggefallen sind; im Übrigen kann die Genehmigung in durch Gesetz bestimmten Fällen entzogen werden.

Jede Änderung bzw. Beendigung der genehmigten Anträge auch im Hinblick auf den Status des Vertragsarztes wie z. B. die Verlegung der Vertragspraxis bedarf der vorherigen Genehmigung des Zulassungsausschusses. Die für einen Antrag erforderliche Genehmigung des Ausschusses kann -wie auch jede sonstige Genehmigung- **nur mit Wirkung für die Zukunft** und nicht für einen in der Vergangenheit liegenden Zeitraum erteilt werden.

Ändert sich die vertraglich vereinbarte Arbeitszeit bei einem in einer Vertragsarztpraxis nach § 95 Abs. 9 SGB V angestellten Arzt, so bedarf es einer vorherigen Genehmigung des Zulassungsausschusses (§ 55 BP-RL). Innerhalb von sechs Monaten nach der Reduzierung der Arbeitszeit des angestellten Arztes kann der Vertragsarzt zur Nachbesetzung unbeschadet von Zulassungsbeschränkungen einen weiteren in Teilzeit beschäftigten Arzt anstellen.

8. Antragsgebühren

☐ Ich habe den Betrag in Höhe von € 120,00 am _____ unter Angabe des Verwendungszwecks **„ZA 3.2 Anstellung / Name Praxisinhaber / Name Angestellter“**

☐ Ich habe den Betrag in Höhe von € 60,00 am _____ unter Angabe des Verwendungszwecks **„ZA 3.2.1 Anstellung / Name Praxisinhaber / Name Angestellter“**

auf das Bankkonto der Deutschen Apotheker- und Ärztebank eG, IBAN: DE92 3006 0601 0101 2721 28, BIC: DAAEDEDDXXX, überwiesen. Ein Nachweis über die Entrichtung liegt bei (z. B. Kontoauszug, gestempelte Bestätigung der Bank).

Spätestens innerhalb von 14 Tagen nach dem Antragseingang muss die Antragsgebühr entrichtet und ein geeigneter Zahlungsnachweis vorgelegt werden, sonst gilt der Antrag als zurückgenommen.

Ich versichere, dass meine Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Sofern sich Änderungen zu vorstehenden Angaben ergeben, verpflichte ich mich, diese umgehend dem Zulassungsausschuss schriftlich mitzuteilen.

Durch Ihre Unterschrift geht die in dem angefügten Merkblatt dargestellte datenschutzrechtliche Erklärung als Bestandteil in den Antrag über.

_____ (Ort, Datum)

..... (Unterschrift und Stempel Praxisinhaber)

_____ (Ort, Datum)

..... (Unterschrift anzustellender Psychotherapeut)

Formblatt 1 - Weitere Antragsteller

(Die auf diesem Formblatt gemachten Angaben sind Bestandteil des Antrages.)

2. Praxisinhaber			
Titel, Name/ Firma:			
Vorname(n):			
Optional zur schnelleren Kontaktaufnahme:	Telefon:		Fax:
	E-Mail:		BSNR:
		(Unterschrift und Stempel Praxisinhaber zu 2)	

3. Praxisinhaber			
Titel, Name/ Firma:			
Vorname(n):			
Optional zur schnelleren Kontaktaufnahme:	Telefon:		Fax:
	E-Mail:		BSNR:
		(Unterschrift und Stempel Praxisinhaber zu 3)	

4. Praxisinhaber			
Titel, Name/ Firma:			
Vorname(n):			
Optional zur schnelleren Kontaktaufnahme:	Telefon:		Fax:
	E-Mail:		BSNR:
		(Unterschrift und Stempel Praxisinhaber zu 4)	

Formblatt 1 - Weitere Antragsteller

(Die auf diesem Formblatt gemachten Angaben sind Bestandteil des Antrages.)

5. Praxisinhaber			
Titel, Name/ Firma:			
Vorname(n):			
Optional zur schnelleren Kontaktaufnahme:	Telefon:		Fax:
	E-Mail:		BSNR:
		(Unterschrift und Stempel Praxisinhaber zu 5)	

6. Praxisinhaber			
Titel, Name/ Firma:			
Vorname(n):			
Optional zur schnelleren Kontaktaufnahme:	Telefon:		Fax:
	E-Mail:		BSNR:
		(Unterschrift und Stempel Praxisinhaber zu 6)	

7. Praxisinhaber			
Titel, Name/ Firma:			
Vorname(n):			
Optional zur schnelleren Kontaktaufnahme:	Telefon:		Fax:
	E-Mail:		BSNR:
		(Unterschrift und Stempel Praxisinhaber zu 7)	

Anlage 1 zum Antrag auf Anstellung ohne LB gem. § 95 Abs. 9 SGB V i.V.m. § 32b Ärzte-ZV i.V.m. §§ 36 bzw. 37 BP-RL

Angaben über den Leistungsumfang der beantragten Zulassung
sowie Ausführungen zur Begründung des angenommenen Sonderbedarfs

I. Beschreibung der Region, die vom Ort der Niederlassung aus versorgt werden soll:

II. Benennung der Leistungen, die erbracht werden sollen (Leistungsbezeichnung nach EBM):
(nicht erforderlich sofern die Zulassung aufgrund eines lokalen Versorgungsbedarfs beantragt wird)

III. Begründung für die beantragten Leistungen bzw. die Sonderbedarfszulassung:
(falls erforderlich bitte gesondertes Beiblatt verwenden)

(Ort, Datum) (Unterschrift und Stempel Praxisinhaber)