

**Zulassung zur vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit**  
**gem. §§ 36 bzw. 37 Bedarfsplanungs-Richtlinie (Sonderbedarfszulassung)**  
(Für Ihre Unterlagen bestimmt)

**CHECKLISTE:**

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

- Antrag auf Zulassung zur vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit gem. §§ 36 bzw. 37 Bedarfsplanungs-Richtlinie
- 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.
- Nachweis über die Entrichtung der Antragsgebühr
- Vertragsarztsitz befindet sich an einem Krankenhaus (sofern im Antrag mit „Ja“ angekreuzt):
  - Mietvertrag
  - Lageplan
  - Bestätigung des Krankenhauses, dass keine Kooperation vorliegt ansonsten Kooperationsvertrag
- Anlage 1 zum Antrag auf Sonderbedarfszulassung
- Ferner ist bei Übernahme eines auf der Homepage der KV Hessen ([www.kvhessen.de/ausschreibungen](http://www.kvhessen.de/ausschreibungen)) 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.

**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 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 im Formular näher bezeichneten Verwendungszwecks** zugunsten nachfolgender Bankverbindung durchgeführt wird:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG

IBAN: DE92 3006 0601 0101 2721 28

BIC: DAAEDEDXXX

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

### **ALLGEMEINE HINWEISE ZUM ANTRAGSVERFAHREN:**

Um Ihnen Ihr Antragsverfahren zu erleichtern, ist die **Übersendung von Originalunterlagen**, mit Ausnahme von Bürgschaftserklärungen, **nicht erforderlich**. Etwaig zugesandte Originalunterlagen können daher nicht an Sie zurückgeschickt werden.

Aufgrund dieser Verfahrenserleichterung bitten wir Sie, nur eine Form der Übersendung von Anträgen zu wählen. Entweder entscheiden Sie sich für eine elektronische **Zusendung per Fax oder E-Mail oder** Sie schicken uns Ihre Anträge nebst Anlagen **auf dem Postweg** zu.

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.**

**Zudem beachten Sie bitte bei Ihrer Praxisplanung, dass alle im Zusammenhang mit den Verfahren Ermächtigung, Sonderbedarf oder Ermächtigung zur Gründung einer Zweigpraxis in Hessen stehenden Anträge (Neuanträge, Anstellungen, sonstige Änderungen) einer Antragsfrist von zehn Wochen bedürfen.**

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

### **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 erforderlich und erfolgt damit rechtmäßig.

Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter dem Link [www.kvhessen.de/datenschutz](http://www.kvhessen.de/datenschutz).

**Antrag auf Zulassung zur  
vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit  
gem. §§ 36 bzw. 37 BP-RL  
(Sonderbedarfszulassung)**

ZULASSUNGS  
AUSSCHUSS  
HESSEN



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

Notizfeld für Bearbeitungshinweise des  
BeratungsCenters der KVH

**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. Persönliche Angaben				
Titel, Name:				
Vorname(n):				
Geburtsdatum:				
Hauptwohnsitz: <small>(Zeitpunkt der Antragsstellung)</small>	Straße, Nr.:			
	PLZ:		Ort:	
Hauptwohnsitz: <small>(Zeitpunkt der Niederlassung)</small>	Straße, Nr.:			
	PLZ:		Ort:	
Telefon (tagsüber):			Fax:	
E-Mail:				
2. Vertragspsychotherapeutische Tätigkeit				
<b>Ich beantrage die Zulassung zur Teilnahme an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung, da nachfolgend genannte Ausnahme gem. § 36 bzw. 37 der Bedarfsplanungs-Richtlinie vorliegt:</b>				
<input type="checkbox"/>	a) zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf (§ 36 BP-RL)		(Zulassung ohne Leistungskatalog)	
<input type="checkbox"/>	b) zusätzlicher qualifikationsbezogener Versorgungsbedarf (§ 36 und 37 Abs. 1 - 3 BP-RL)		(Zulassung mit Leistungskatalog)	
<b>§ 36 Bedarfsplanungs-Richtlinie:</b>				
Die Sonderbedarfszulassung aufgrund eines lokalen oder qualifikationsbezogenen Versorgungsbedarfs ist an den Ort der Niederlassung gebunden.				
<b>Der aus der Zulassung folgende Versorgungsauftrag wird</b>				
<input type="checkbox"/>	vollzeitig ausgeübt.			
<input type="checkbox"/>	auf die Hälfte beschränkt.			

<b>Die Zulassung erfolgt:</b>			
<input type="checkbox"/> a) als Neu-/Erstzulassung			
<input type="checkbox"/> b) zur Übernahme eines ausgeschriebenen Vertragsarztsitzes			
Datum der Ausschreibung/Chiffre: _____			<a href="http://www.kvhessen.de/ausschreibungen">www.kvhessen.de/ ausschreibungen</a>
für das Fachgebiet: _____			(Facharztgruppe)
Ein zivilrechtlicher Praxisübernahmevertrag mit dem bisherigen Praxisinhaber wurde abgeschlossen			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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.			
zum: _____ (geplanter Zeitpunkt der Niederlassung)			
als: <input type="checkbox"/> ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Arzt/Facharzt für _____ (Fachgebietsanerkennung lt. Urkunde - ggf. einschließlich Zusatzbezeichnung)			
<input type="checkbox"/> Psychologische/r Psychotherapeut/in (PP)			
<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in (KJP)			
Richtlinienverfahren (sofern die Zulassung als PP oder KJP beantragt wird)			
<input type="checkbox"/> tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie			
<input type="checkbox"/> analytische Psychotherapie			
<input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie			
mit: _____ (bereits zugelassener Vertragsarzt/-psychotherapeut: Titel, Name, Vorname)			
<b>Praxisanschrift:</b>	Straße, Nr.: _____		
	PLZ: _____	Ort: _____	_____
Der Vertragsarztsitz befindet sich in bzw. an einem Krankenhaus:			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja*, Name des Krankenhauses: _____			
*Sofern sich der Vertragsarztsitz 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.			
Weitere Anträge zu meiner Teilnahme an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung habe ich derzeit auch bei einem anderen Zulassungsausschuss gestellt:			
<input type="checkbox"/> nein			
<input type="checkbox"/> ja, beim Zulassungsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung _____ mit dem Antrag auf: _____			
zum: _____			

### 3. Erklärungen

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.

#### Angaben zu bestehenden Dienst- bzw. Beschäftigungsverhältnissen

Ich stehe zurzeit in **keinem** Dienst- bzw. Beschäftigungsverhältnis.

Ich stehe zurzeit in **folgendem/n** Dienst- bzw. Beschäftigungsverhältnis(en) (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.

#### § 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.

Mir ist bekannt, dass jede regelmäßige Nebentätigkeit dem Zulassungsausschuss unter Angabe des zeitlichen Umfangs und Vorlage des entsprechenden Vertrages anzuzeigen ist.

### 4. Hinweise zur Abrechnung von Genehmigungspflichtigen Leistungen

Mir 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.

Mir 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](http://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.

## 5. Wichtige 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.

Die Ausübung gemeinsamer Tätigkeit, z. B. in Form einer Berufsausübungsgemeinschaft, bedarf der Genehmigung des Zulassungsausschusses. Hierzu ist ein gesonderter Antrag erforderlich. Die Ausübung der Tätigkeit in Praxisgemeinschaft ist bei der KV Hessen anzeigepflichtig.

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.

## 6. Antragsgebühren

Der Betrag in Höhe von € 100,-- wurde am \_\_\_\_\_ auf das Bankkonto der Deutschen Apotheker- und Ärztebank eG, IBAN: DE92 3006 0601 0101 2721 28, BIC: DAAEDEDXXX, mit dem Verwendungszweck „**ZA 1.4 Sonderbedarf / Name des Antragstellers**“ 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.**

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

**Anlage 1 zum Antrag auf Zulassung zur Teilnahme  
an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung gem. §§ 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 des Antragstellers)