

Zulassung zur vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit gem. § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V (Job-Sharing-Verfahren)

(Für Ihre Unterlagen bestimmt)

CHECKLISTE:

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

- Antrag auf Zulassung zur vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit
- 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 Register 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.
- Erhebungsbogen, von Ihnen und dem bereits zugelassenen Vertragsarzt/-therapeuten unterzeichnet; sofern der Eintritt in eine bestehende Berufsausübungsgemeinschaft erfolgen soll ist der Erhebungsbogen von allen Vertragsärzten/-therapeuten zu unterzeichnen (Dies wird dem Praxisinhaber direkt von der KV Hessen zugestellt)
- Erklärung zur Leistungsbeschränkung, von Ihnen und dem bereits zugelassenen Vertragsarzt/-therapeuten unterzeichnet; sofern der Eintritt in eine bestehende Berufsausübungsgemeinschaft erfolgen soll ist die Erklärung von allen Vertragsärzten/-therapeuten zu unterzeichnen (Dies wird dem Praxisinhaber direkt von der KV Hessen zugestellt)
- 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
- Antrag 2.6 Genehmigung zur Gründung/Änderung einer Berufsausübungsgemeinschaft gem. § 33 Ärzte-ZV; gemeinsam mit dem bereits zugelassenen Vertragsarzt/-therapeuten unterzeichneter separater Antrag; sofern der Eintritt in eine bestehende Berufsausübungsgemeinschaft erfolgen soll ist der Antrag von allen Vertragsärzten/-therapeuten zu unterzeichnen

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.

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.

**Antrag auf Zulassung zur
vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit
gem. § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V
(Job-Sharing-Verfahren)**

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

Ich beantrage die Zulassung zur Teilnahme an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung.

zum:

(geplanter Zeitpunkt der Niederlassung)

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 Zulassung als PP oder KJP beantragt wird)

tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

analytische Psychotherapie

Verhaltenstherapie

mit:

(bereits zugelassener Vertragsarzt/-psychotherapeut: Titel, Name, Vorname – abrechnungstechnische Zuordnung)

§ 40 Nr. 3 der Bedarfsplanungs-Richtlinie:

Auf Antrag hat der Zulassungsausschuss zu Beginn eines Quartals einen Arzt in einem Planungsbereich, für dessen Arztgruppe Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, zur gemeinsamen Berufsausübung mit einem bereits zugelassenen Arzt (Vertragsarzt) derselben Arztgruppe mit den Rechtswirkungen des § 101 Abs. 3 SGB V zuzulassen, wenn der antragstellende Arzt derselben Arztgruppe wie der Vertragsarzt angehört.

| | | | | |
|-------------------------|--------------|--|------|--|
| Praxisanschrift: | Straße, Nr.: | | | |
| | PLZ: | | Ort: | |

Die Vertragspraxis befindet sich in bzw. an einem Krankenhaus:

nein ja*, Name des Krankenhauses: _____

*Sofern sich die Vertragspraxis 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:

nein

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.

§ 17 Abs. 1a Bundesmantelvertrag-Ärzte:

Der sich aus der Zulassung ergebende Versorgungsauftrag ist dadurch zu erfüllen, dass der Vertragsarzt an seinem Vertragsarztsitz persönlich mindestens 20 Std. wöchentlich in Form von Sprechstunden zur Verfügung steht. Für einen Teilversorgungsauftrag nach § 19a Ärzte-ZV gelten die in Satz 1 festgelegten Sprechstundenzeiten entsprechend auf der Grundlage von zehn Stunden wöchentlich für den Vertragsarztsitz.

Ich versichere, dass die Mindestsprechstundenzeiten am Vertragsarztsitz angeboten werden.

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 / Für unsere Mitglieder / Qualität / Qualitätssicherung und Genehmigungspflicht). 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 1.3 Job-Sharing / 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 Antragsingang 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)