

# Zulassungsausschuss Psychotherapeuten / Krankenkassen

Geschäftsstelle, Schwachhauser Heerstr. 26/28, 28209 Bremen

## Antrag auf Zulassung zur psychotherapeutischen Tätigkeit

### Hinweise:

Bitte beachten Sie, dass der Zulassungsausschuss keine rückwirkende Zulassung beschließen darf. **Zulassungen dürfen nur mit Wirkung für die Zukunft genehmigt werden.** Daher beantragen Sie die Zulassung rechtzeitig (mind. 6-8 Wochen) vor dem jeweiligen Sitzungstermin. Zulassungen in Gemeinschaftspraxis werden nur zum Quartalswechsel erteilt.

### Gebühren:

Mit der Antragsstellung wird eine Gebühr fällig (§ 46 Abs. 1 Buchst. b Ärzte-ZV), die hiermit angefordert wird. Wir weisen darauf hin, dass über Ihren Antrag erst nach Entrichtung der Gebühr verhandelt werden kann (§ 38 Ärzte-ZV). (Bankverbindung: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, BIC: DAAEDEDXXX, IBAN: DE05300606010002 2246 66. Bitte als Verwendungszweck „Zulassungsantrag“ angeben)

Ich habe die Antragsgebühr von 100 Euro

überwiesen am \_\_\_\_\_ (der Überweisungsbeleg mit Namen des Antragstellers und Verwendungszweck ist zwingend beizufügen!)

### Personalien Antragsteller/-in:

Titel, Name, Vorname	
Geburtsdatum/-ort	

### Privatadresse:

Straße, PLZ und Ort	
E-Mail	
Telefon privat/ tagsüber erreichbar	

Ich beantrage die Zulassung zur vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit  
zum: \_\_\_\_\_ in

Bremen-Stadt  Bremerhaven-Stadt

Vollzulassung  ¾ Teilzulassung  ½ Teilzulassung

¼ Teilzulassung (nur möglich, wenn mindestens ½ Zulassung vorhanden ist)

als Psychologischer Psychotherapeut

als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

als ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Facharzt für  
(bitte Gebietsbezeichnung angeben)

für den Vertragspsychotherapeutensitz:

(bei Praxisausschreibungen bitte Chiffre der Veröffentlichung auf der Homepage angeben/ ggf. Angabe Straße und Hausnummer)

**Für eine vollständige Antragstellung sind beizufügen:**

1. Auszug aus dem Arzt-/Psychotherapeutenregister (§ 18 Abs. 1 a Ärzte-ZV) bzw.  
 in Bremen eingetragen
2. Psychotherapeutische Tätigkeiten seit Erteilung der Fachkunde (bzw. Zusatzbezeichnung) § 18 Abs. 1 b Ärzte-ZV) (**wir bitten Sie beigefügte Anlage auszufüllen**)
3. Tabellarischer Lebenslauf (§ 18 Abs. 2 Nr. 1 Ärzte-ZV) mit Datum und Unterschrift
4. Polizeiliches Führungszeugnis Belegart O (§ 18 Abs. 2 Nr. 2 Ärzte-ZV) zur Vorlage bei einer Behörde
5. KV-Bescheinigungen zur bisherigen niedergelassenen Tätigkeit (§ 18 Abs. 2 Nr. 3 Ärzte-ZV)  
Ich bin seit \_\_\_\_\_ Vertragsarzt/-psychotherapeut in: \_\_\_\_\_
6. Erklärung über Dienst-/Beschäftigungsverhältnisse (§ 18 Abs. 2 Nr. 4 Ärzte-ZV)

**Ich erkläre hiermit,**

- dass ich z. Zt. in folgendem Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis stehe**  
(bitte auch Angabe Std./Woche):

Das Beschäftigungsverhältnis kann frühestens am \_\_\_\_\_ beendet werden.  
Das Beschäftigungsverhältnis ist mit Wirkung vom \_\_\_\_\_ gekündigt worden.

Neben der beantragten Zulassung bin ich noch/ werde ich noch in folgenden Dienst-/Beschäftigungsverhältnissen ärztlich/psychotherapeutisch tätig sein (der Anstellungsvertrag wird diesem Antrag in Kopie beigefügt):

- \_\_\_\_\_ (Tätigkeitsort und Std./Woche)

- dass ich z. Zt. in keinem Dienstverhältnis oder Beschäftigungsverhältnis stehe.**

Mir ist bekannt, dass ich mich mit Aufnahme der psychotherapeutischen Tätigkeit nur insgesamt maximal 13 Std./Woche in anderen Dienst-/Beschäftigungsverhältnissen befinden darf und dass jede regelmäßige Nebentätigkeit dem Zulassungsausschuss mit Angabe des zeitlichen Umfangs zur Kenntnis zu geben ist. Bei einer Teilzulassung erhöht sich die zulässige Dauer der Nebentätigkeit(-en) auf 26 Std./Wo.

**7. Erklärung** (§ 18 Abs. 2 Nr. 5 Ärzte-ZV)

Ich erkläre hiermit, dass ich weder drogen- noch alkoholabhängig bin, noch innerhalb der letzten 5 Jahre gewesen bin. Innerhalb der letzten 5 Jahre habe ich mich keiner Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen und dass gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufes nicht entgegenstehen. Ich erkläre, dass kein strafrechtliches Ermittlungsverfahren gegen mich anhängig ist bzw. war.

- 8. Ist Ihnen die Berufsausübung als Psychotherapeut zu irgendeiner Zeit untersagt oder eingeschränkt bzw. die Approbation entzogen/ruhend gestellt worden?**  ja  nein

Wenn ja, von welcher Stelle, für welchen Zeitraum und aus welchem Grund?

- 9. Läuft noch ein Antrag auf Zulassung oder Genehmigung als angestellter Arzt/Psychotherapeut bei einem anderen Zulassungsausschuss (bei welchem/ zu welchem Beginndatum)?**

10. Die Entfernung und durchschnittliche Fahrtzeit zwischen meiner Wohnung und der Praxis beträgt:

\_\_\_\_\_ km \_\_\_\_\_ Minuten

**11. Einverständniserklärung:**

Gemäß § 21 Ärzte-ZV ist ein Arzt/Psychotherapeut, der mit gesundheitlichen oder sonstigen in der Person liegenden schwerwiegenden Gründen nicht nur vorübergehend unfähig ist, die vertragsärztliche/psychotherapeutische ordnungsgemäß auszuüben, insbesondere ein Arzt/Psychotherapeut, der in den letzten 5 Jahren drogen- oder alkoholabhängig war, ungeeignet für die Ausübung der vertragsärztlichen-/psychotherapeutischen Tätigkeit. Wenn es zur Entscheidung über die Ungeeignetheit zur Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit nach Satz 1 erforderlich ist, verlangt der Zulassungsausschuss vom Betroffenen, dass dieser innerhalb einer vom Zulassungsausschuss bestimmten angemessenen Frist das Gutachten eines vom Zulassungsausschuss bestimmten Arztes über seinen Gesundheitszustand vorlegt. Das Gutachten muss auf einer Untersuchung und, wenn dies ein Amtsarzt für erforderlich hält, auch auf einer klinischen Beobachtung des Betroffenen beruhen. Die Kosten des Gutachtens hat der Betroffene zu tragen. Rechtsbehelfe gegen die Anordnung nach Satz 3 haben keine aufschiebende Wirkung.

Ich bin damit einverstanden, dass die Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses die zuständigen Stellen (bisherige KV, Psychotherapeutenkammer, Behörden) danach befragen kann, ob entsprechende Mängel dort bekannt sind.

Datenschutzerklärung:

Ich habe die Datenschutzerklärung der KV Bremen gelesen und bin damit einverstanden.

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner in diesem Antrag gemachten Angaben und Erklärungen. Änderungen in den angegebenen Verhältnissen werde ich umgehend der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses mitteilen.**

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift)

**Checkliste (von der Geschäftsstelle auszufüllen):**

- Auszug Arzt-/Psychotherapeutenregister
- Lebenslauf
- Bescheinigungen über Tätigkeiten nach dem Bestehen der Fachkunde (Zusatzbezeichnung)
- Beleg über beantragtes behördliches Führungszeugnis Belegart O
- KV-Bescheinigungen
- Gebühr über Euro 100,--
- Überweisungsbeleg mit Namen und Verwendungszweck

# Zulassungsausschuss Psychotherapeuten / Krankenkassen

Geschäftsstelle, Schwachhauser Heerstr. 26/28, 28209 Bremen

## Anlage zum Zulassungsantrag für die Bewerbung um eine ausgeschriebene Praxis bzw. für einen geöffneten Planungsbereich

Name des Antragstellers: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsdaten der Kinder, sofern Erziehungszeiten\* geltend gemacht werden: \_\_\_\_\_  
(Geburtsurkunde bzw. Zusatzbezeichnung sind in Kopie beizufügen)

**Es werden grundsätzlich nur Zeiten nach der bestandenen Fachkundeprüfung angerechnet.**

- Dabei ist darauf zu achten, dass aus den Bescheinigungen/Zeugnissen des Arbeitgebers eindeutig hervorgeht, dass der Psychotherapeut im Richtlinienverfahren (VT, TP, Analyse) gearbeitet hat.
- Private Psychotherapien können nur angerechnet werden, wenn diese im Richtlinien-Verfahren durchgeführt wurden (hier Einreichung der Bescheinigung der Kassen o. ä.)

Aufstellung über die Dauer der psychotherapeutischen Tätigkeit seit Bestehen der Fachkunde. (bzw. Zusatzbezeichnung) bis heute mit Angabe des durchgeführten Richtlinienverfahren (**Erziehungszeiten sind chronologisch mit aufzuführen- berücksichtigt werden können nur die bis zur Sitzung des Zulassungsausschusses nachgewiesenen Zeiten**):

Art der Tätigkeit /Fachgebiet	Arbeitgeber	Zeitraum						Std./Woche	Dauer Wochen/Monate	Angabe des RiLi-Verfahren VT/TP/Analyse
		von		bis						
					-					
					-					
					-					
					-					
					-					
					-					
					-					
					-					
					-					
					-					
					-					

Wichtiger Hinweis zur Abrechnung genehmigungspflichtiger Leistungen

Die Erbringung und Abrechnung bestimmter vertragsärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen ist nur zulässig, wenn diese von Ihnen beantragt und von der KV Bremen schriftlich genehmigt worden ist.

Die Übersicht aller genehmigungspflichtigen Leistungen finden Sie im Internet unter:

[www.kvhb.de](http://www.kvhb.de) → Für Praxen → Praxisalltag → Genehmigungen

- Bitte senden Sie mir/uns die Übersicht der genehmigungspflichtigen Leistungen zu.  
oder  
 Ich/wir möchte(n) keine genehmigungspflichtigen Leistungen erbringen und benötige(n) daher die Übersicht nicht.
- 
- Ich/wir bin/sind bereits Genehmigungsinhaber von Leistungen die durch die KV Bremen genehmigt worden sind und wünsche(n) die Übernahme **aller** bisher genehmigten Leistungen.  
oder  
 Ich/wir bin/sind bereits Genehmigungsinhaber von Leistungen die durch die KV Bremen genehmigt worden sind und wünsche(n) die Übernahme **nicht** aller bisher genehmigten Leistungen. Leistungen die ich/wir nicht mehr erbringen möchte(n), zeige(n) ich/wir bei der KV Bremen, Abt. Q/P schriftlich an.

**Bitte beachten Sie, dass manche Leistungen ggf. erneut beantragt werden müssen, auch wenn Sie bereits Genehmigungsinhaber sind. In diesem Fall wird sich die Abt. Q/P mit Ihnen in Verbindung setzen.**

Ausführender Arzt/Leistungserbringer

LANR/BSNR falls bekannt	
Ggf. Titel, Name, Vorname	

Vertragsarzt bzw. der abrechnenden Stelle (anstellender Vertragsarzt, MVZ, Institut)

BSNR falls bekannt	
Ggf. Titel, Name, Vorname	
Ort, Datum Unterschrift	

**BITTE LEGEN SIE DIESE SEITE UNBEDINGT AUSGEFÜLLT IHREM ANTRAG AN DEN ZULASSUNGS-AUSCHUSS BEI.**