Zulassungsausschüsse Ärzte Sachsen

in der Besetzung nach § 95 (13) SGB V (Psychotherapie)

Postfach 11 64

09070 Chemnitz

Bitte wählen Sie Ihren Zulassungsbezirk aus:

☐ Chemnitz

☐ Dresden

☐ Leipzig

E-Mail: zulassung@kvsachsen.de

BITTE BEACHTEN SIE DIE HINWEISE ZUR ANTRAGSTELLUNG!

Antrag

auf Umwandlung einer Anstellung in eine Zulassung

Antragsteller

Titel, Vorname, Name/ Bezeichnung der BAG/Träger des MVZ

BSNR

bei BAG/MVZ: Name Vertretungsberechtigter

falls abweichend: Name des MVZ, in dem der Angestellte bislang tätig ist

Vertragspsychotherapeutensitz (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Antragstellung

Ich beantrage die Umwandlung der genehmigten Anstellung von

Titel, Vorname, Name

LANR

als …

Approbation

Richtlinienverfahren

am Beschäftigungsort:

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Kann die Praxis am bisherigen Ort fortgeführt werden? ☐ Ja ☐ Nein

Hinweis: Die Zulassung erfolgt für den bisherigen Beschäftigungsort. Ist durch den künftigen Zulassungsinhaber allerdings eine Praxisführung an einem anderen Beschäftigungsort geplant, dann ist ein gesonderter Antrag auf Verlegung des Vertragspsychotherapeutensitzes erforderlich.

Wandlungsumfang

Die Wandlung kann maximal in dem Umfang der bisherigen Anstellungsgenehmigung erfolgen. Bei einer Umwandlung in eine Zulassung bei gleichzeitiger Reduzierung des Umfangs der bisherigen vollzeitigen Anstellung ist ein geänderter Arbeitsvertrag vorzulegen. Eine Wandlung des Faktors 0,25 ist ausschließlich zur Aufstockung bereits bestehender Zulassungen mit mindestens hälftigen Versorgungsauftrag möglich.

Umfang der Wandlung / Aktueller Beschäftigungsumfang	1,0	0,75	0,5	0,25
1,0	☐	☐	☐	☐
0,75		☐	☐	☐
0,5			☐	☐
0,25				☐

Folgen der Umwandlung

☐ Der bisher angestellte Psychotherapeut soll Inhaber einer Zulassung mit folgendem Versorgungsauftrag werden:

☐ 1,0 (voller VA)

☐ 0,75 (3/4 VA)

☐ 0,5 (hälftiger VA)

Hinweis: Durch den bislang angestellten Psychotherapeuten ist die **Anlage 1** auszufüllen und zu unterzeichnen.

☐ Der Vertragspsychotherapeutensitz soll mit einem anderen Psychotherapeuten im Wege einer Nachfolgezulassung besetzt werden.

Die Umwandlung soll nur unter der Bedingung erfolgen, dass ein Nachfolger für den umgewandelten Vertragspsychotherapeutensitz zugelassen wird.

Hinweis: Mit dem Antrag auf Umwandlung der Anstellung ist ein Antrag auf Ausschreibung des Vertragspsychotherapeutensitzes bei der KV Sachsen zu stellen.

Zeitpunkt der Umwandlung

Die Wandlung der Anstellung in eine Zulassung soll zum (tt.mm.jjjj) _____

erfolgen. Die bisherige Anstellung wird zum genannten Zeitpunkt entsprechend beendet/reduziert.

Hinweise zur Antragsstellung

Wann wird mein Antrag für den ZA terminiert?

Unser Ziel ist die schnellstmögliche Bearbeitung und Abwicklung Ihres Antrages. Um dies einhalten zu können benötigen wir daher zwingend ein vollständig ausgefülltes Antragsformular einschließlich aller im Formular genannten notwendigen Unterlagen. Wir weisen darauf hin, dass unvollständige Anträge nicht durch den Zulassungsausschuss genehmigt werden und unter Umständen zur Ablehnung Ihres Antrags führen können.

Bitte beachten Sie, dass statusbegründende oder statusändernde Entscheidungen (z. B. Zulassungen, Anstellungen, Ermächtigungen, Verlegungen, Ruhen…) nur mit Wirkung für die Zukunft genehmigt werden können. Eine rückwirkende Genehmigung ist nicht möglich.

Bitte stellen Sie Ihren Antrag daher rechtzeitig (mind. 6-8 Wochen) vor dem geplanten Sitzungstermin. Für bedarfsabhängige Anträge (z. B. Sonderbedarf, Ermächtigung) sowie die Gründung eines MVZ gilt eine dreimonatige Antragsfrist.

Die vorstehenden Fristen gelten nicht für Zulassungsanträge im Nachbesetzungsverfahren, bei denen eine Ausschreibung notwendig ist, oder bei einer Entsperrung des Planungsbereichs; hier gelten besondere Bewerbungsfristen, die den Veröffentlichungen zu entnehmen sind.

In welcher Form muss der Antrag eingereicht werden?

Der Antrag ist nach §§ 24 Ärzte-ZV, 18 Abs. 1 Ärzte-ZV schriftlich zu stellen und unterschrieben in der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses (entweder per Post oder E-Mail (pdf)) einzureichen.

Die sächsischen Zulassungsgremien verfolgen das Ziel vorrangig elektronischer Kommunikation. Wir bitten daher, die Anträge vorzugsweise per E-Mail an zulassung@kvsachsen.de zu übermitteln.

Bitte übersenden Sie dieses Antragsformular sowie beizufügende Unterlagen jeweils in einer separaten pdf-Datei.

Um zusätzlichen Verwaltungsaufwand zu vermeiden, bitten wir Sie ausdrücklich auf eine Mehrfachübermittlung zu verzichten.

Bitte beachten Sie, dass der von Ihnen eingereichten Antrag an den Zulassungsausschuss und beigefügte Unterlagen digitalisiert und nach einer entsprechenden Frist vernichtet werden. Eine Rücksendung der Unterlagen, insbesondere von Arbeitsverträgen, durch die Geschäftsstelle ist daher nicht möglich.

Antragsgebühr:

Für die Antragstellung ist eine Gebühr in Höhe von 120,- € zu entrichten, vgl. § 46 Abs. 1 lit. c) Ärzte-ZV. Die Gebühr wird mit der Antragsstellung fällig. Diese wird Ihnen gesondert in Rechnung gestellt. Nach § 38 Ärzte-ZV wird über den Antrag erst nach Entrichtung der nach § 46 Ärzte-ZV zu zahlenden Gebühr verhandelt.

Datenschutz:

Die zur Bearbeitung Ihres Antrages erforderlichen Daten werden auf Grundlage der §§ 95,98 SGB V i. V. m. Ärzte-ZV erhoben und im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben verarbeitet.

Die Datenverarbeitung ist nach Art. 6 Abs. 1 S. 1c) DSVO für die Aufgabenerfüllung der KVS erforderlich. Weitere Informationen zum Thema Datenschutz finden Sie unter www.kvsachsen.de.

Beratungsservice:

Haben Sie Fragen? Die Mitarbeiter der KVS beantworten Ihre Fragen gern. Ihre konkreten Ansprechpartner finden Sie unter www.kvsachsen.de/fuer-praxen/beratung-service.

Ich bestätige, dass ich den Inhalt des Antrags sowie des beigefügten Anhangs mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an. Die im Anhang aufgeführten Erläuterungen und Anhänge sind Bestandteil dieses Antrags.

Ort, Datum	Unterschrift Antragssteller

Sollten Sie in einer BAG tätig sein, so sind hier neben Ihrer Unterschrift und der Unterschrift des anzustellenden Psychotherapeuten die Unterschriften aller BAG-Mitglieder notwendig.

Anlage 1: Besondere Erklärungen des bisher angestellten Psychotherapeuten, der Inhaber der Zulassung werden soll

Neben der beantragten Zulassung werden folgende Tätigkeiten ausgeübt:

☐ Dienst-/Beschäftigungsverhältnis _____

als

_____

bei

☐ im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung _____

Name KV

☐ zugelassener Vertragspsychotherapeut

☐ zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt

☐ Die angegebene Tätigkeit wird beendet zum _____.

Datum

☐ Die angegebene Tätigkeit wird im Anteil von _____ Stunden weitergeführt. (Eine Kopie des angepassten Arbeitsvertrag ist beizulegen.)

☐ ohne Dienst-/Beschäftigungsverhältnis

Die Praxis wird zukünftig geführt als

☐ **Einzelpraxis**

☐ **Berufsausübungsgemeinschaft** geplant mit:_____

Hinweis: Die Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit in einer BAG bedarf der Genehmigung durch den Zulassungsausschuss. Hierzu ist ein gesonderter Antrag sowie die Vorlage eines BAG-Vertrages erforderlich.

☐ **zugelassener Vertragspsychotherapeut im MVZ**

Hinweis: Bitte füllen Sie zur Tätigkeit als zugelassener Vertragspsychotherapeut im MVZ außerdem die **Anlage 2** aus.

Die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit in Form einer **Praxisgemeinschaft** ist bei der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen anzeigepflichtig.

Sind mit der beantragten Zulassung ggf. noch weitere Antragsstellungen verbunden, die für den Gesamtsachverhalt relevant sind (z.B. Antrag auf Verlegung des Vertragspsychotherapeutensitzes, Genehmigung einer Nebenbetriebsstätte)?

☐ nein

☐ ja: _____

Hinweis: Diese Information ersetzt **nicht** die Antragsstellung!

Antragsunterlagen

Dem schriftlich einzureichenden Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:

☐ Versicherungsbescheinigung gemäß § 95e SGB V i. V. m. § 113 Abs. 2 VVG, aus der sich das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes ergibt

Hinweise für den bisher angestellten Psychotherapeuten

Wann kann ich meine Tätigkeit aufnehmen?

Um eine rechtzeitige verwaltungsgemäße Umsetzung Ihres Antrages zu gewähren, ist eine Tätigkeitsaufnahme grundsätzlich nur zum Monatsbeginn möglich. Gründungen von Berufsausübungsgemeinschaften oder MVZ sind nur zum Quartalswechsel zulässig.

Praxismeldebögen

Die Praxismeldebögen müssen unbedingt vor Aufnahme der Tätigkeit vollständig ausgefüllt und an die Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses zurückgesendet werden.

Ohne vorliegende Praxismeldebögen ist keine Abrechnung möglich!

Reichen Sie die Unterlagen spätestens 2 Wochen vor Tätigkeitsaufnahme elektronisch per E-Mail ein, um Verzögerungen zu vermeiden.

Alle aktuellen Formulare finden Sie unter: Formularcenter

Genehmigungspflichtige Leistungen:

Bitte beachten Sie, dass die Erbringung und Abrechnung genehmigungspflichtiger Leistungen einer zusätzlichen Genehmigung des Ressorts Qualität/116 117 Sachsen – Fachbereich Qualitätssicherung der KVS bedürfen. Die Genehmigung kann grundsätzlich nicht rückwirkend erteilt

werden. Welche Leistungen der Genehmigungspflicht unterliegen, entnehmen Sie bitte unserer Homepage. Genehmigungspflichtige Leistungen, die ohne vorherige Genehmigung erbracht werden, werden nicht vergütet.

☐ Die Übersicht der genehmigungspflichtigen Leistungen habe ich zur Kenntnis genommen und werde die entsprechenden Antragsunterlagen downloaden oder mich direkt mit dem Fachbereich Qualitätssicherung in Verbindung setzen.

☐ Die Übersicht der genehmigungspflichtigen Leistungen habe ich zur Kenntnis genommen. Ich beabsichtige jedoch keine genehmigungspflichtigen Leistungen zu erbringen.

Bei Rückfragen zu genehmigungspflichtigen Leistungen steht Ihnen der Fachbereich Qualitätssicherung unter qualitaetssicherung@kvsachsen.de oder unter der Telefonnummer 0351 8290-6553 zur Verfügung.

Datenschutz:

Die zur Bearbeitung Ihres Antrages erforderlichen Daten werden auf Grundlage der §§ 95,98 SGB V i. V. m. Ärzte-ZV erhoben und im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben verarbeitet.

Die Datenverarbeitung ist nach Art. 6 Abs. 1 S. 1c) DSVO für die Aufgabenerfüllung der KVS erforderlich. Weitere Informationen zum Thema Datenschutz finden Sie unter www.kvsachsen.de.

Beratungsservice:

Haben Sie Fragen? Die Mitarbeiter der KVS beantworten Ihre Fragen gern. Ihre konkreten Ansprechpartner finden Sie unter www.kvsachsen.de/fuer-praxen/beratung-service.

Ich erkläre hiermit, dass ich nicht **drogen- und alkoholabhängig** bin und es auch nicht innerhalb der letzten fünf Jahre war. Weiterhin erkläre ich, dass ich mich innerhalb der letzten fünf Jahre nicht einer Entziehungskur wegen **Drogen- oder Alkoholabhängigkeit** unterzogen habe und dass gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufes nicht entgegenstehen.

Ich erkläre, dass ich spätestens 3 Monate nach Unanfechtbarkeit des Zulassungsbeschlusses ein dem der Zulassung entgegenstehendes Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis oder eine andere nicht ehrenamtliche Tätigkeit beenden werde. Soll ggf. ein Anstellungsverhältnis nach Ablauf der drei Monate weiterhin bestehen bleiben, dann muss ich dieses dem Zulassungsausschuss durch umgehende Vorlage einer Bescheinigung des Arbeitgebers anzeigen.

Ort, Datum	Unterschrift des bisher angestellten Psychotherapeuten

Anlage 2: Erklärung zur Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit als zugelassener Vertragsarzt/Psychotherapeut im Rahmen eines MVZ

Hiermit erkläre ich,

_____ _____

Titel, Vorname, Name oder Firmenname LANR

_____

Anschrift der Betriebsstätte (Straße, Nr., PLZ, Ort)

_____

Zugelassen als (Fachgebiets-/Schwerpunktbezeichnung)

meine vertragsärztliche/vertragspsychotherapeutische Tätigkeit ab dem (tt.mm.jjjj) _____
im Rahmen des MVZ Datum

_____

Name des MVZ

_____

Anschrift der Hauptbetriebsstätte (Straße, Nr., PLZ, Ort)

auszuüben.

Die bisher bestehende Zulassung als Vertragsarzt/Vertragspsychotherapeut bleibt auch nach dem beantragten Eintritt in das MVZ bestehen. Die Abrechnung der vertragsärztlichen/ vertragspsychotherapeutischen Leistungen erfolgt allerdings durch das MVZ.

Dieser Erklärung liegen folgende Unterlagen bei:

☐ geänderter Gesellschaftsvertrag bzw. Änderung zum Gesellschaftsvertrag

☐ aktualisierte Sicherheitsleistung der Gesellschafter (nur bei Rechtsform einer GmbH)

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift