



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](mailto:zulassung@kvsachsen.de)

Fax: 0371 2789-4305

## Antrag auf Ermächtigung zur vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit

### Antragsteller

\_\_\_\_\_  
Titel, Vorname, Name

\_\_\_\_\_  
LANR (falls vorhanden)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Wohnanschrift zum Zeitpunkt der Antragstellung (Straße, Nr., PLZ, Ort)

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

### Antragstellung

Voraussetzung für die Genehmigung einer Ermächtigung ist, dass ein Bedarf für besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden vorliegt oder besondere Gründe zur Sicherstellung der Versorgung vorliegen. Die Ermächtigung ist zeitlich und räumlich zu befristen. Die Fortführung der Genehmigung bedarf daher der erneuten Antragsstellung und Genehmigung.

### Ich beantrage die Ermächtigung zur vertragsärztlichen Tätigkeit als ...

\_\_\_\_\_  
Approbation

\_\_\_\_\_  
Richtlinienverfahren

in eigener Praxis

am Krankenhaus

### am Tätigkeitsort:

\_\_\_\_\_  
Name der Einrichtung/Praxis

\_\_\_\_\_  
Anschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort)

**ab dem (tt.mm.jjjj):** \_\_\_\_\_  
Datum

**Übernahme einer bestehenden Ermächtigung**

Ich beantrage die Übernahme der bestehenden Ermächtigung von:

\_\_\_\_\_  
Titel, Vorname, Name

\_\_\_\_\_  
Ermächtigt bis

Die Verzichts- bzw. Beendigungserklärung der zu übernehmenden Ermächtigung liegt bereits vor oder ist als Anlage beigefügt.

**Ermächtigungsvoraussetzungen**

- Deutsche Approbation \_\_\_\_\_  
Ausstellungsbehörde, Datum
- ohne deutsche Approbation
- Erlaubnis nach § 10 BÄO für die vorübergehende Ausübung des ärztlichen Berufs
- liegt bei
- wurde beantragt am \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_  
Datum Behörde

**Oder: Arztregistereintragung**

- Ich bin im Arztregister bei der Kassenärztlichen Vereinigung \_\_\_\_\_  
Name KV
- unter der ENR \_\_\_\_\_ eingetragen.  
Nummer
- Eine Eintragung wurde bei der Kassenärztlichen Vereinigung in \_\_\_\_\_  
[beantragt](#). Name KV

### Angaben zur derzeitigen Tätigkeit

Art und Umfang einer weiteren ärztlichen/psychotherapeutischen Tätigkeit können der Ausübung der beantragten vertragsärztlichen Tätigkeit entgegenstehen. Für die Zulässigkeit von weiteren Tätigkeiten neben einer vertragsärztlichen Tätigkeit kommt es maßgeblich darauf an, dass der Vertragsarzt/Vertragspsychotherapeut trotz der Arbeitszeiten in der Lage ist, den Patienten in einem dem Versorgungsauftrag entsprechenden Umfang zur Verfügung zu stehen und Sprechstunden zu den in der vertragsärztlichen Versorgung üblichen Zeiten anzubieten. Ein weiteres Beschäftigungsverhältnis oder eine andere nicht ehrenamtliche Tätigkeit darf neben der Zulassung nur ausgeübt werden, wenn Sie den Versicherten in dem Ihrem Versorgungsauftrag entsprechenden Umfang weiterhin persönlich zur Verfügung zu stehen und insbesondere Sprechstunden zu den in der vertragsärztlichen Versorgung üblichen Zeiten anbieten. Darüber hinaus ist zu beachten, dass eine weitere ärztliche Tätigkeit ihrem Wesen nach mit Ihrer Tätigkeit als Vertragsarzt an Ihrem Vertragsarztsitz vereinbar sein muss.

- Dienst-/Beschäftigungsverhältnis \_\_\_\_\_  
als \_\_\_\_\_  
bei \_\_\_\_\_
- im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung \_\_\_\_\_  
Name KV
- zugelassener Vertragsarzt
- 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

**Ermächtigungsinhalt**

Die Ermächtigung wird im folgenden Leistungsumfang beantragt:

- nach § 73 Abs. 2 Nr. 13 SGB V nach den Richtlinien zum [Zweitmeinungsverfahren](#) zur Erbringung der nachstehend aufgeführten Leistungen
- nach § 31 Ärzte-ZV zur Erbringung der nachstehend aufgeführten Leistungen:

Beschreibung des Leistungsspektrums	alle zur jeweiligen Leistung gehörigen Gebührenordnungspositionen (GOP) des EBM			

Auf Überweisung durch (sog. Überweiserkreis):

---

---

---

---

- Eine Antragsbegründung, aus der hervorgeht, warum die beantragte Ermächtigung im Hinblick auf die Sicherstellung der Versorgung der Versicherten notwendig ist, ist als **Anlage 1** beigefügt.

Für Anträge nach den Richtlinien zum Zweitmeinungsverfahren ist keine Antragsbegründung erforderlich.

## Besondere Erklärungen des Antragstellers

Der zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigte Psychotherapeut hat die in dem Ermächtigungsbeschluss bestimmte vertragsärztliche Tätigkeit persönlich auszuüben.

**Ich bestätige, dass die beantragte Ermächtigung ausschließlich an meine Person gebunden ist.**

Entsprechend § 95 Abs. 4 SGB V gelten für mich für die Dauer und den Umfang der Ermächtigung die Rechte und Pflichten eines Vertragsarztes. Hierzu gehört unter anderem die Verpflichtung zur höchstpersönlichen Leistungserbringung (vgl. § 32 a Ärzte-ZV). Mir ist bekannt, dass ärztliche Leistungen nicht an andere Ärzte delegiert werden können, auch dann nicht, wenn der ermächtigte Arzt andere Ärzte bei der Leistungserbringung persönlich anweist, anleitet und überwacht. Die Kontrolle einer von anderen Ärzten vorgenommenen Befundung ist ebenfalls nicht ausreichend. Derartige Leistungen dürfen nicht abgerechnet werden. Mir ist bekannt, dass ein Verstoß gegen die Pflicht zur höchstpersönlichen Leistungserbringung disziplinar- und strafrechtliche Maßnahmen nach sich ziehen kann. Die Regelungen gelten entsprechend für Psychotherapeuten.

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

## 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, E-Mail ([pdf](#)) oder Fax) einzureichen. Um zusätzlichen Verwaltungsaufwand zu vermeiden, bitten wir Sie ausdrücklich auf eine Mehrfachübermittlung zu verzichten.

Bitte beachten Sie, dass der von Ihnen eingereichte 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.

### 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 ausschließlich zum Quartalswechsel zulässig.

### 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 Liste der genehmigungspflichtigen Leistungen habe ich zur Kenntnis genommen und werde die entsprechenden Antragsunterlagen im [Formularcenter zur Zulassung und Niederlassung](#) downloaden oder mich direkt mit dem Fachbereich Qualitätssicherung in Verbindung setzen.
- Die Liste 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](mailto:qualitaetssicherung@kvsachsen.de) oder unter der Telefonnummer 0351 8290-6553 zur Verfügung.

**Leistungsabrechnung:**

Die Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen gegenüber der KV Sachsen muss nach den Bestimmungen der Bundesmantelverträge mittels EDV unter Verwendung von genehmigter Software **Online** durchgeführt werden.

Für den Fall, dass die Einrichtung, in der die Ermächtigung ausgeübt werden soll, bereits als Sammelabrechner gegenüber der KV Sachsen fungiert, ist eine gesonderte Einverständniserklärung des ermächtigten Psychotherapeuten zur Teilnahme hieran abzugeben.

**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.

Erlangt die beantragte Zulassung Rechtskraft, wird Ihnen zusätzlich eine Verwaltungsgebühr in Höhe von 400,- € in Rechnung gestellt, vgl. § 46 Abs. 2 lit. a) Ärzte-ZV.

**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](http://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](http://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

## Anlage 1: Antragsbegründung



**Anlage 2: Zustimmungserklärung der Einrichtung**  
(vom Träger der Einrichtung auszufüllen)

**Angaben zum Antragssteller**

\_\_\_\_\_  
Titel, Vorname, Name

\_\_\_\_\_  
Derzeitige Funktion

\_\_\_\_\_  
Derzeitiger Beschäftigungsumfang (in Wochenstunden)

**Angaben zur Einrichtung**

\_\_\_\_\_  
Name der Einrichtung

\_\_\_\_\_  
Ansprechpartner bei Rückfragen

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer und E-Mail-Adresse

Gemäß § 116 SGB V i. V. m. § 31 a Abs. 1 Ärzte-ZV erklären wir, dass durch die beantragte Ermächtigung an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung des o. g. Antragstellers die Versorgung der stationären Patienten unseres Krankenhauses nicht beeinträchtigt wird.

**Nachweis über eine Berufshaftpflichtversicherung**

**Hinweis:** Gemäß § 95e SGB V ist bei Stellung des Antrags auf Ermächtigung das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes durch eine Versicherungsbescheinigung nach § 113 Abs. 2 VVG gegenüber dem Zulassungsausschuss nachzuweisen. Für ermächtigte Ärzte ist dieser Nachweis zu erbringen, soweit für die Tätigkeit im Rahmen der Ermächtigung kein anderweitiger Versicherungsschutz besteht.

- Für die Tätigkeit im Rahmen der Ermächtigung besteht ein ausreichender Haftpflichtversicherungsschutz durch den Krankenhausträger.
- Das Haftungsrisiko für die Tätigkeit im Rahmen der Ermächtigung ist durch eine persönliche Berufshaftpflichtversicherung des Antragstellers versichert.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Funktion