



ZA Zulassungsausschuss für
Ärzte und Psychotherapeuten
Mecklenburg-Vorpommern
Neumühler Str. 22
19057 Schwerin

Antrag auf Sonderbedarfszulassung oder Sonderbedarfs- teilzulassung zur vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Versorgung

1. Allgemeine Angaben – Antragsteller

LANR	<input type="text"/>	Titel	<input type="text"/>
Name, Vorname	<input type="text"/>		
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Geburtsort	<input type="text"/>
<input type="text"/>			
<i>Straße, Hausnummer, Ort der Wohnanschrift zum Zeitpunkt der Antragstellung</i>			
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<i>E-Mail</i>	<i>Telefon</i>		
<input type="text"/>			
<i>Straße, Hausnummer, Ort der Wohnanschrift zum Zeitpunkt der Niederlassung</i>			
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<i>E-Mail</i>	<i>Telefon</i>		
<input type="radio"/> ich war in den letzten 5 Jahren vor Beginn meiner hier beantragten neuen vertragsärztlichen Tätigkeit bis zum <input type="text"/> (<i>Datum Ende Vortätigkeit</i>) in Mecklenburg-Vorpommern zugelassen oder angestellt. (<i>keine Assistententätigkeit oder persönliche Ermächtigung</i>)			

2. Beantragung

Beantragt wird die
<input type="radio"/> Zulassung zur vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Versorgung mit vollem Versorgungsauftrag
<input type="radio"/> Teilzulassung zur vertragsärztlichen Versorgung mit häufigem Versorgungsauftrag

als

<input type="radio"/> ARZT
<input type="text"/>
<i>Facharztbezeichnung</i>

Schwerpunktbezeichnung/Zusatzbezeichnung

Nur bei Internisten, die über **keinen Schwerpunkt** verfügen oder auf das Führen eines Schwerpunkts verzichten:

- Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung
- Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung

PSYCHOLOGISCHER PSYCHOTHERAPEUT

und/oder

KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUT

im nachfolgenden Richtlinienverfahren:

- Analytische Psychotherapie
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Verhaltenstherapie
- Ausschließlich für die Untersuchungs- und Behandlungsmethode Neuropsychologie

3. Vertragsarztsitz

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort des Vertragsarztsitzes

E-Mail

Telefon

Die Praxis wird geführt als

- Einzelpraxis,
- örtliche/überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) (gesondertes Antragsformular) mit folgenden Partnern:

Titel, Vorname, Name, Praxissitz des BAG-Partners

Titel, Vorname, Name, Praxissitz des BAG-Partners

Titel, Vorname, Name, Praxissitz des BAG-Partners

Titel, Vorname, Name, Praxissitz des BAG-Partners

Titel, Vorname, Name, Praxissitz des BAG-Partners

Titel, Vorname, Name, Praxissitz des BAG-Partners

oder

Praxisgemeinschaft mit folgenden Partnern:

.....

Titel, Vorname, Name

.....

Titel, Vorname, Name

.....

Titel, Vorname, Name

.....

Titel, Vorname, Name

.....

Titel, Vorname, Name

.....

Titel, Vorname, Name

Der Vertragsarztsitz befindet sich in/an einer Klinik

nein

ja, Name der Klinik

Voraussichtliche Tätigkeitsaufnahme: tt.mm.jjjj

Bei Praxisübernahme:

.....

Titel, Vorname, Name des bisherigen Praxisinhabers

Region, die vom beantragten Vertragsarztsitz aus versorgt werden soll

Bei der Region, die ich vom beantragten Vertragsarztsitz aus versorgen möchte, gehe ich von folgendem Radius um den Vertragsarztsitz aus: km

und/oder

Folgende Städte und/oder Gemeinden möchte ich versorgen:

.....

.....

.....

.....

Zusätzliche Ausführungen:

.....

.....

.....

.....

Bei folgendem Zulassungsausschuss habe ich ebenfalls einen Antrag auf Zulassung eingereicht:

Zulassungsausschuss	<input type="text"/>	im Bezirk der KV	<input type="text"/>
Zulassungsausschuss	<input type="text"/>	im Bezirk der KV	<input type="text"/>
Zulassungsausschuss	<input type="text"/>	im Bezirk der KV	<input type="text"/>

Dem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:

<p>Tabellarischer Lebenslauf (zusätzlich zur Anlage). Nicht notwendig, falls der Antragsteller bereits Mitglied der KVMV ist und nur ein nahtloser Statuswechsel z.B. von Anstellung in Zulassung erfolgt</p>
<p><input type="radio"/> Kopie der Bestätigung der Behörde über die Beantragung eines Polizeilichen Führungszeugnisses der Belegart O (Behördenführungszeugnis), das an den Zulassungsausschuss adressiert wird und diesem direkt zugeht und zum Zeitpunkt der Zulassungssitzung nicht älter als 3 Monate sein darf. Falls Sie das Führungszeugnis vor Weiterleitung an den Zulassungsausschuss bei einem Amtsgericht einsehen möchten, müssen Sie dies bei Ihrer Gemeinde beantragen.</p> <p><input type="radio"/> Polizeiliches Führungszeugnis beantragt am <input type="text"/> bei <input type="text"/> <i>tt.mm.jjjj</i> <i>Behörde</i></p> <p>nicht notwendig, falls der Antragsteller bereits Mitglied der KVMV ist und nur ein nahtloser Statuswechsel z.B. von Anstellung in Zulassung erfolgt</p>
<p><input type="radio"/> Nur für Ärzte/Psychotherapeuten, die in einem KVMV-fremden Arztregister eingetragen sind: aktueller Auszug aus dem Arztregister, aus dem der Tag der Approbation, der Tag der Eintragung in das Arztregister und gegebenenfalls der Tag der Anerkennung des Rechts zum Führen einer bestimmten Facharzt-, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung hervorgehen müssen.</p>
<p><input type="radio"/> Nur, falls der zuzulassende Arzt/Psychotherapeut außerhalb Mecklenburg-Vorpommerns bereits niedergelassen oder zugelassen war: Bescheinigungen der entsprechenden Kassenärztlichen Vereinigung, aus der sich Ort und Dauer der bisherigen Niederlassung oder Zulassung und der Grund einer etwaigen Beendigung ergeben.</p>

3. Zulassungsvoraussetzungen


<p>Arztregister Bereits eingetragen im Arztregister der KV <input type="text"/> Eintragung beantragt bei der KV <input type="text"/></p> <p>Derzeitige Tätigkeit Ohne Dienst-/Beschäftigungsverhältnis Dienst-/Beschäftigungsverhältnis als <input type="text"/> bei <input type="text"/></p>

- Die angegebene Tätigkeit wird reduziert auf Std./Woche
- Die angegebene Tätigkeit wird beendet zum tt.mm.jjjj
- Zugelassener Vertragsarzt/-psychotherapeut oder ermächtigter Arzt/Psychotherapeut im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung
- Die angegebene Tätigkeit wird beendet zum tt.mm.jjjj

4. Weitere Tätigkeiten neben der beantragten Zulassung

- Kein** weiteres Dienst-/Beschäftigungsverhältnis
- Keine** weitere vertragsärztliche Tätigkeit
- Folgende weitere vertragsärztliche Tätigkeit – z.B. Tätigkeit als angestellter Arzt bei Vertragsarzt oder MVZ, als ermächtigter Arzt, Tätigkeit in einer Filiale, Mitwirkung in einer Berufsausübungsgemeinschaft
 1. als bei
 mit folgender Betriebsstättennummer (BSNR):
Stundenzahl
 2. als bei
 mit folgender Betriebsstättennummer (BSNR):
Stundenzahl
- folgende weitere Tätigkeit als angestellter Arzt z.B. in einem Krankenhaus, in einer Vorsorge-, Rehabilitationseinrichtung
 als bei
 zeitlicher Umfang in **Wochenstunden**

5. Antragsbegründung

Bitte denken Sie daran, alle mit  gekennzeichneten **Nachweise als Original oder amtlich beglaubigte Kopie** dem Antrag beizulegen.

Bitte beachten Sie, dass Sie alle genehmigungspflichtigen Leistungen erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen,

- **an dem Sie die Berechtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Versorgung (Zulassung) durch den Zulassungsausschuss erhalten haben und**
- **an dem Ihnen für beantragte Leistungen der Genehmigungsbescheid der KVMV zugegangen ist.**

.....

Ort, Datum

..... 

Unterschrift Antragsteller

.....

Stempel Antragsteller

.....

Checkliste (Bitte zutreffendes ankreuzen) gekennzeichnet mit 

	beigefügt
• Tabellarischer Lebenslauf	<input type="radio"/>
• Kopie der Bestätigung der Behörde über die Beantragung eines Polizeilichen Führungszeugnis der Belegart O, das an den Zulassungsausschuss adressiert wird und diesem direkt zugeht (Behördenführungszeugnis)	<input type="radio"/>
• Für Antragsteller, die in einem KVMV-fremden Arztregister eingetragen sind: Auszug aus Arztregister	<input type="radio"/>
• Falls der Antragsteller außerhalb Mecklenburg-Vorpommerns bereits niedergelassen oder zugelassen war: Bescheinigungen der entsprechenden KV, aus der sich Ort und Dauer der bisherigen Niederlassung oder Zulassung und der Grund einer etwaigen Beendigung ergeben	<input type="radio"/>
• Tabellarische Auflistung über die bisherigen ärztlichen/psychotherapeutischen Tätigkeiten mit entsprechenden Bescheinigungen (Anlage)	<input type="radio"/>



Antrag Sonderbedarfzulassungsantrag – Anhang – Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen

Zu 2. – „Beantragung“

- Die Teilzulassung wird in der Bedarfsplanung, dem hälftigen Versorgungsauftrag entsprechend, mit dem Anrechnungsfaktor 0,5 angerechnet. Sie kann nur dann zu einer Vollzulassung erweitert werden, wenn beim Zulassungsausschuss ein Antrag auf Aufhebung der Beschränkung des Versorgungsauftrages gestellt wird und die allgemeinen Zulassungsvoraussetzungen vorliegen. Die Aufhebung der Beschränkung müsste insbesondere dann abgelehnt werden, wenn Zulassungsbeschränkungen bestehen.
- Der zeitliche Umfang, welcher dem hälftigen Versorgungsauftrag der Teilzulassung entspricht, beträgt mindestens 10 Wochenstunden (§17 Abs. 1a BMV-Ä).
- Bitte beachten Sie, dass der Honorarverteilungsmaßstab Regelungen zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes **entsprechend seines Versorgungsauftrages** vorsieht (§ 85 Abs. 4 Satz 5 SGB V).
- Ich habe die Kriterien der Freiberuflichkeit zum Thema „Praxis im Krankenhaus“ zur Kenntnis genommen und erkläre mit meiner Unterschrift am Ende des Antrags, dass diese von mir eingehalten werden.
- § 19 Abs. 3 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte:
Wenn die vertragsärztliche Tätigkeit in einem von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Planungsbereich nicht innerhalb von drei Monaten nach Zustellung des Beschlusses über die Zulassung aufgenommen wird, endet die Zulassung.
- Internisten mit Schwerpunktbezeichnung nehmen automatisch an der fachärztlichen Versorgung teil. Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung nehmen ebenfalls grundsätzlich an der fachärztlichen Versorgung teil; sofern sie jedoch die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung wählen, nehmen sie ausschließlich an der hausärztlichen Versorgung teil. Ein Wechsel in die haus- oder fachärztliche Versorgung ist nur zulässig, wenn für den betreffenden Versorgungsbereich keine Zulassungssperre angeordnet ist.
- Gemäß § 36 Abs. 3 Nr. 1 Bedarfsplanungs-Richtlinie muss der Antragsteller eine Region beschreiben, die er vom beantragten Vertragsarztsitz aus versorgen möchte. Es sollte ein möglichst konkret abgegrenzter örtlicher Gesamtbereich benannt werden, den der Antragsteller im Rahmen der beantragten Sonderbedarfzulassung versorgen möchte. Dies kann z.B. durch Nennung eines bestimmten Radius vom beantragten Vertragsarztsitz erfolgen und/oder es werden die Städte bzw. Gemeinden mitgeteilt, die der Antragsteller versorgen möchte. Die pauschale Benennung des Niederlassungsortes ist nicht mehr ausreichend.

Zu 4. – „Weitere Tätigkeiten neben der beantragten Zulassung“

Art und Zeitdauer einer weiteren ärztlichen/psychotherapeutischen Tätigkeit können unter Umständen 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 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.

Art und Zeitdauer eines weiteren Beschäftigungsverhältnisses oder einer zusätzlich ausgeübten nicht ehrenamtlichen Tätigkeit können unter Umständen der Ausübung der beantragten vertragsärztlichen Tätigkeit entgegenstehen.

Ein Beschäftigungsverhältnis oder eine andere nicht ehrenamtliche Tätigkeit dürfen neben der Zulassung nur ausgeübt werden, wenn Sie den Versicherten in dem Ihrem vollem bzw. hälftigen 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.