



**ZA** Zulassungsausschuss für  
Ärzte und Psychotherapeuten  
Mecklenburg-Vorpommern  
Neumühler Straße 22  
19057 Schwerin

## Antrag auf Zulassung oder Teilzulassung zur vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Versorgung

### 1. Allgemeine Angaben – Antragsteller

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

### 2. Beantragung

Beantragt wird die Zulassung zur vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Versorgung im Umfang eines

- viertel** Versorgungsauftrages
- hälftigen** Versorgungsauftrages
- dreiviertel** Versorgungsauftrages
- vollen** Versorgungsauftrages

als

**ARZT**

.....

*Facharztbezeichnung*

.....

*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

**Voraussichtliche Tätigkeitsaufnahme ab:** ..... *tt.mm.jjjj*

**Bei Praxisübernahme:**

.....

*Titel, Vorname, Name des bisherigen Praxisinhabers*

.....

*Datum der Ausschreibung*

.....

*Chiffre der Ausschreibung*

**Vertragsarztsitz**

.....

*Straße, Hausnummer, PLZ, Ort des Vertragsarztsitzes*

.....

*E-Mail*

*Telefon/Fax*

Der Vertragsarztsitz befindet sich in/an einer Klinik

Nein

Ja, Name der Klinik .....

Die Praxis ist barrierefrei nach der DIN-Norm 18040-1:  Ja  Teilweise  Nein

Die Praxis wird geführt als

- Einzelpraxis,
- örtliche/überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) (gesondertes Antragsformular) 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

Die Praxis ist barrierefrei nach der DIN-Norm 18040-1:     Ja     Teilweise     Nein

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

Zulassungsausschuss	.....	im Bezirk der KV	.....
Zulassungsausschuss	.....	im Bezirk der KV	.....

**Dem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:**

<p>Tabellarischer <b>Lebenslauf</b> (zusätzlich zur Anlage)</p>	
<p><b>Kopie der Bestätigung der Behörde über die Beantragung eines Polizeilichen Führungszeugnisses</b> der Belegart <input type="radio"/> (<b>Behördenführungszeugnis</b>) gemäß § 30 Abs. 5 S. 1 BZRG, das an den Zulassungsausschuss adressiert wird und diesem direkt zugeht und zum Zeitpunkt der Zulassungssitzung nicht älter als 3 Monate sein darf.</p> <p>Falls Sie das Führungszeugnis vor Weiterleitung an den Zulassungsausschuss bei einem Amtsgericht einzusehen möchten, müssen Sie dies bei Ihrer Gemeinde beantragen.</p>	
<p><b><u>Bei Kinder und Jugendlichen behandelnden Ärzten/Psychotherapeuten:</u></b></p>	
<p><b>Kopie der Bestätigung der Behörde über die Beantragung eines Polizeilichen Führungszeugnisses</b> der Belegart OE (<b>erweitertes Behördenführungszeugnis</b>) gemäß § 30a Abs. 1, 2 Satz 2; § 30 Abs. 1 BZRG, das an den Zulassungsausschuss adressiert wird und diesem direkt zugeht und zum Zeitpunkt der Zulassungssitzung nicht älter als 3 Monate sein darf.</p>	

Polizeiliches Führungszeugnis beantragt

am  bei   
tt.mm.jj Behörde

**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.

### 3. Zulassungsvoraussetzungen

#### Arztregister

- Bereits eingetragen im Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung
- Eintragung beantragt bei der Kassenärztlichen Vereinigung

#### Derzeitige Tätigkeit

- Ohne Dienst-/Beschäftigungsverhältnis
- Dienst-/Beschäftigungsverhältnis  
als  bei
- 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. Antragsgebühr


Für die Antragstellung ist eine Gebühr gemäß § 46 Abs. 1 Ärzte-ZV in Höhe von 100,00 Euro zu entrichten. Diese wird Ihnen durch den Zulassungsausschuss für Ärzte und Psychotherapeuten bzw. der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern gesondert in Rechnung gestellt. **Bitte zahlen Sie erst nach Erhalt der Rechnung unter Angabe von Rechnungsnummer und Verwendungszweck. Beachten Sie bitte, dass eine Antragsbearbeitung erst erfolgt, wenn alle erforderlichen Unterlagen (siehe Checkliste) vollständig vorliegen und die Antragsgebühr entrichtet wurde.**

**Bitte beachten Sie ferner, dass die Genehmigung frühestens am nächsten Tag nach der Entscheidung des Zulassungsausschusses erteilt werden kann.**

**Ich erkläre** hiermit, dass ich nicht drogen- oder alkoholabhängig bin oder innerhalb der letzten fünf Jahre gewesen bin. 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 Berufs nicht entgegenstehen.

**Ich erkläre**, dass ich ab Aufnahme der vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Tätigkeit für die Versorgung der Versicherten persönlich in erforderlichem Maße zur Verfügung stehe.

**Ich (Antragsteller) 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 sind Bestandteil dieses Antrags.**

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 Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern zugegangen ist.**

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller 

Stempel Antragsteller

**Checkliste (Bitte zutreffendes ankreuzen) gekennzeichnet mit **

• Tabellarischer Lebenslauf (eigenständig unterzeichnet)	<input type="radio"/>
• Kopie der Bestätigung der Behörde über die Beantragung eines Polizeilichen Führungszeugnisses der Belegart O gemäß § 30 Abs. 5 S. 1 BZRG, das an den Zulassungsausschuss adressiert wird und diesem direkt zugeht (Behördenführungszeugnis).	<input type="radio"/>
• Bei Kinder und Jugendlichen behandelnden Ärzten/Psychotherapeuten:  Kopie der Bestätigung der Behörde über die Beantragung eines Polizeilichen Führungszeugnisses der Belegart OE(erweitertes Behördenführungszeugnis) gemäß § 30a Abs. 1, 2 Satz 2; § 30 Abs. 1 BZRG, das an den Zulassungsausschuss adressiert wird und diesem direkt zugeht  <b>Bitte beachten Sie, dass für die Beantragung des erweiterten Behördenführungszeugnisses ein Erforderlichkeitsnachweis seitens des Zulassungsausschusses bei der zuständigen Behörde notwendig ist. Dieses fordern Sie bitte unter <a href="mailto:zulassungsausschuss@kvmv.de">zulassungsausschuss@kvmv.de</a> vor Antragsstellung an.</b>	<input type="radio"/>
• Für Antragsteller, die im Arztregister einer anderen Landes-Kassenärztlichen Vereinigung eingetragen sind: aktueller Auszug aus Arztregister	<input type="radio"/>
• Falls der Antragsteller 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	<input type="radio"/>
• Tabellarische Auflistung über die bisherigen ärztlichen/psychotherapeutischen Tätigkeiten mit entsprechenden Bescheinigungen (Anlage)	<input type="radio"/>
• Nachweis Berufshaftpflichtversicherungsschutz (§ 95e SGB V)	<input type="radio"/>
<i>Bei Übernahme eines ausgeschriebenen Versorgungsauftrages:</i>	
• Erklärung über die Bereitschaft zur Zahlung des Verkehrswertes	<input type="radio"/>
• Praxisübernahmevertrag mit dem bisherigen Praxisinhaber im Original oder amtlich beglaubigter Kopie	<input type="radio"/>





## Zulassungsantrag – Anhang – Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen

---

Entsprechend § 67a Abs. 3 SGB X weisen wir darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch den Zulassungsausschuss erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung Ihres Antrags führen können.

### Zu 2. – „Beantragung“

- Die Teilzulassung wird in der Bedarfsplanung, dem hälftigen Versorgungsauftrag entsprechend, mit dem Anrechnungsfaktor 0,5 und dem dreiviertel Versorgungsauftrag entsprechend, mit dem Anrechnungsfaktor 0,75 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.
- Gemäß § 17 Abs. 1 a S. 4 BMV-Ä gelten bei einem reduzierten Versorgungsauftrag die Sprechstundenzeiten nach Satz 1 und 3 jeweils anteilig.
- 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).
- 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.

### 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/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.

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 jeweiligen 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.



### **Datenschutz**

Die zur Bearbeitung Ihres Antrages erforderlichen Daten werden auf der gesetzlichen Grundlage der §§ 95 und 98 SGB V i.V.m. den Vorschriften der Zulassungsverordnung erhoben und verarbeitet.

Die Daten werden nur im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften bearbeitet. Die Datenverarbeitung ist gemäß Art. 6 Abs. 1 S. 1c) DSVO für die Aufgabenerfüllung der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern erforderlich und erfolgt damit rechtmäßig.

Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter [www.kvmv.de](http://www.kvmv.de).