



Neumühler Straße 22
19057 Schwerin

Antrag auf Zulassung oder Teilzulassung zur vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Versorgung

im offenen Planungsbereich

im Wege der partiellen Öffnung

im Wege der Praxisnachfolge

Chiffre der Ausschreibung

Hinweis: Unter dem Gesichtspunkt der Vereinfachung wird im nachfolgenden Antrag bei Bezugnahme auf den Antragsteller, Vertretungsberechtigten sowie Bevollmächtigten nur die männliche Form verwendet.

1. Allgemeine Angaben – Antragsteller

Titel

Name, Vorname

Geburtstag

Geburtsort

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Wohnanschrift zum Zeitpunkt der Antragstellung

E-Mail

Telefon/Fax

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Wohnanschrift zum Zeitpunkt der Niederlassung

E-Mail

Telefon/Fax

Ich war in den letzten 5 Jahren vor Beginn meiner hier beantragten neuen vertragsärztlichen Tätigkeit bis zum _____ (*Datum Ende Vortätigkeit*) in Mecklenburg-Vorpommern zugelassen oder angestellt.
(keine Assistententätigkeit oder persönliche Ermächtigung)

2. Bevollmächtigung

In dem vorbezeichneten Antragsverfahren ist

Titel, Name, Vorname

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

E-Mail

Telefon/Fax

bevollmächtigt. Eine Kopie der Vollmacht ist diesem Antrag beigelegt.
Die gesamte Korrespondenz ist zu senden:

nur an den Bevollmächtigten. Der Vollmachtgeber verzichtet darauf, dass Unterlagen im Zusammenhang mit dem vorbezeichneten Antragsverfahren direkt an ihn übersandt werden.

ausschließlich an den Vollmachtgeber. Eine Übersendung an den Bevollmächtigten soll nicht erfolgen.

Sofern die Korrespondenz an den Antragsteller übersandt wird:

über die Anschrift der Praxis

über die Privatanschrift



3. Beantragung

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

viertel Versorgungsauftrages (nur zur Erhöhung eines bereits vorhandenen 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

oder als

Psychologischer Psychotherapeut

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Befähigung zur Abrechnung von Gruppentherapie

im nachfolgenden Richtlinienverfahren:

Analytische Psychotherapie

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Verhaltenstherapie

Systemische Psychotherapie

Voraussichtliche Tätigkeitsaufnahme ab:

tt.mm.jjjj

Bei Praxisübernahme:

Titel, Vorname, Name des bisherigen Praxisinhabers

Datum der Ausschreibung

Im Rahmen der partiellen Öffnung für

Mittel- / Planungsbereich, Kreisregion

Zulassung in einem Planungsbereich, für den keine Überversorgung vorliegt und vom Landesausschuss Zulassungsmöglichkeiten festgestellt wurde

(den Status eines Planungsbereichs erfahren Sie auf der Internetseite der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern unter → www.kvmv.de/mitglieder/niederlassung-anstellung/bedarfsplanung/bekanntmachung oder telefonisch unter 0385. 7431 362)

Mittel- / Planungsbereich, Kreisregion

Vertragsarztsitz (Standort der Praxis für die zukünftige Versorgung)

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 oder überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

(gesondertes Antragsformular) mit folgenden Partnern:

Titel, Vorname, Name

Titel, Vorname, Name

Titel, Vorname, Name

Titel, Vorname, Name

Praxisgemeinschaft mit folgenden Partnern:

Titel, Vorname, Name

Titel, Vorname, Name

Titel, Vorname, Name

Titel, Vorname, Name

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:

Tabellarischer Lebenslauf (zusätzlich zur Anlage)
<p>Kopie der Bestätigung der Behörde über die Beantragung eines Polizeilichen Führungszeugnisses der Belegart O (Behördenführungszeugnis) 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. Falls Sie das Führungszeugnis vor Weiterleitung an den Zulassungsausschuss bei einem Amtsgericht einsehen möchten, müssen Sie dies bei Ihrer Gemeinde beantragen.</p> <p>Bei ausschließlich Kinder und Jugendlichen behandelnden Ärzten/Psychotherapeuten:</p> <p>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 und zum Zeitpunkt der Zulassungssitzung nicht älter als 3 Monate sein darf.</p>
Polizeiliches Führungszeugnis beantragt am _____ bei _____ tt.mm.jjjj Behörde
<p>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>

4. Zulassungsvoraussetzungen

<p>Arztregister</p> <p>Bereits eingetragen im Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung</p> <p>Eintragung beantragt bei der Kassenärztlichen Vereinigung</p>

5. Weitere Tätigkeiten neben der beantragten Zulassung

Derzeitige Tätigkeit

Ohne Dienst-/Beschäftigungsverhältnis

Zulassung

als (Facharztbezeichnung) für (Vertragsarztsitz)

(BSNR)

Dienst-/Beschäftigungsverhältnis

als bei

Die angegebene Tätigkeit wird reduziert auf Std./Woche

Die angegebene Tätigkeit wird beendet zum tt.mm.jjjj

ermächtigter Arzt/Psychotherapeut im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung

folgende weitere Tätigkeit als angestellter Arzt z.B. in einem Krankenhaus, in einer Vorsorge-, Rehabilitationseinrichtung

als bei

mit zeitlichem Umfang in Höhe von Std./Woche

6. 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 Verfahrensgebühr entrichtet wurde. Dabei wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Verfahrensgebühr gemäß § 46 Abs. 1 S. 1 Ärzte-ZV entstehen und fällig werden, mit der Antragstellung (§ 46 Abs. 1 S. 2 Ärzte-ZV).** Daher bleibt es auch dann bei der Zahlungspflicht, wenn der Antrag später zurückgenommen wird.

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

7. Hinweise zur Berufshaftpflichtversicherung

Nach § 95e Abs. 3 Satz 1 SGB V ist seit dem 01.07.2021, im Rahmen des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG), für alle Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten der Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung für Personen- und Sachschäden verpflichtend. Der Abschluss einer entsprechenden Versicherung ist bei Stellung eines Antrages auf Zulassung, Ermächtigung oder Genehmigung einer Anstellung dem Zulassungsausschuss durch Vorlage einer Versicherungsbescheinigung nach § 113 Abs. 2 VVG nachzuweisen.

Ausreichend ist der Versicherungsschutz, wenn das individuelle Haftungsrisiko des Vertragsarztes abgesichert ist. Die Mindestversicherungssumme für alle Vertragsärzte, auch in Berufsausübungsgemeinschaften, ohne angestellte Ärzte bzw. bei persönlicher Ermächtigung, von drei Millionen Euro darf nicht unterschritten werden. Daneben dürfen die Leistungen des Versicherers für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden nicht weiter als auf den zweifachen Betrag der Mindestversicherungssumme beschränkt werden.

Für Medizinische Versorgungszentren sowie für Vertragsärzte und Berufsausübungsgemeinschaften **mit** angestellten Ärzten muss ein entsprechender Versicherungsschutz für die gesamte vom Leistungserbringer ausgehende Tätigkeit bestehen. Ein Unterschreiten der Mindestversicherungssumme für Personen- und Sachschäden, hier in Höhe von **fünf Millionen Euro** für jeden Versicherungsfall, darf nicht unterschritten werden. Die Leistungen des Versicherers für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden dürfen nicht weiter als auf den dreifachen Betrag der Mindestversicherungssumme begrenzt werden.

8. Hinweise zum Auswahlverfahren

Liegen dem Zulassungsausschuss mehrere Bewerbungen vor, findet ein Auswahlverfahren vor dem Zulassungsausschuss statt. Dies kann bei Anträgen im Rahmen einer partiellen Öffnung oder bei Praxisübernahmen der Fall sein. Im Rahmen des Auswahlverfahrens sind die in § 26 BPL-RL benannten Kriterien zu berücksichtigen. Soweit der Zulassungsausschuss seine Entscheidung im Rahmen eines Auswahlverfahrens trifft, werden die Beteiligten gesondert darauf hingewiesen, dass eine Weitergabe ihres Namens und Vornamens an die jeweiligen Beteiligten gesetzlich angezeigt ist.

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/-psychotherapeuten 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
- ♦ 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)	
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).	
Bei ausschließlich 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 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 E-Mail: zulassungsausschuss@kvmv.de vor Antragsstellung an.	
Für Antragsteller, die im Arztregister einer anderen Landes-Kassenärztlichen Vereinigung eingetragen sind: aktueller vollständiger Auszug aus Arztregister	
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.	
Tabellarische Auflistung über die bisherigen ärztlichen/psychotherapeutischen Tätigkeiten mit entsprechenden Bescheinigungen	
Bescheinigung des Vermieters über die Nutzung der angegebenen Praxisräume (bei Praxisnachfolge).	
Versicherungsbescheinigung gemäß § 95e Abs. 3 SGB V i.V.m. § 113 Abs. 2 VVG (Nachweis Berufshaftpflichtversicherungsschutz)	
bei Bevollmächtigung Kopie der Vollmacht	
Bei Übernahme eines im KV-Journal ausgeschriebenen Versorgungsauftrages ♦ die Erklärung über die Bereitschaft zur Zahlung des Kaufpreises in Höhe des Verkehrswertes <u>oder</u> ♦ die gemeinsame Erklärung über die Einigung hinsichtlich der Praxisübernahme <u>oder</u> ♦ Praxisübernahmevertrag mit dem bisherigen Praxisinhaber im Original oder amtlich beglaubigter Kopie	



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 3. – „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. 1a 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 5. – „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) DSGVO für die Aufgabenerfüllung der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern erforderlich und erfolgt damit rechtmäßig.

Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie im Internet unter: www.kvmv.de