



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

Fax: 0371 2789-4305

Antrag auf Ermächtigung einer Aus- bzw. Weiterbildungsambulanz

Antragsteller

Träger

Anschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort)

Geschäftsführung

Ansprechpartner/ Funktion

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Angaben zur Einrichtung

Name der Einrichtung

Ggf. Abteilung

Anschrift (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.

Ich beantrage die Ermächtigung einer Ausbildungs- bzw. Weiterbildungsambulanz zur ambulanten Versorgung der Versicherten und der in § 75 Abs. 3 SGB V genannten Personen.

Die Ermächtigung wird ab dem (tt.mm.jjjj): _____ beantragt.
Datum

Rechtsgrundlage der Ermächtigung:

- § 117 Abs. 3a und 3b SGB V (Aus- und Weiterbildungsambulanz)
 - Ausbildungsinstitut
 - Weiterbildungsinstitut

Das Institut bildet folgende **Richtlinienverfahren** aus:

- Verhaltenstherapie
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Analytische Psychotherapie
- Systemische Therapie

Die Ausbildung findet in folgenden Bereichen statt:

- Erwachsenenpsychotherapie
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
- 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.

Ärztliche bzw. psychotherapeutische Leitung

Titel, Vorname, Name

LANR (falls vorhanden)

Fachgebiet/Fachkunde/Zusatzbezeichnung/Richtlinienverfahren

Telefonnummer/E-Mail-Adresse

Supervision

Überprüfung der fachlichen Befähigung – Anlage 2

Antragsunterlagen

Dem schriftlichen Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:

- Nachweis/Bescheid über die fachlichen Voraussetzungen der Einrichtung
- Beglaubigte Kopien der Approbationen und Facharzturkunden der ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Leitung, soweit diese nicht im Arztregister der KV Sachsen eingetragen sind

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.

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 Arztes 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 Ermächtigung 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.

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

Anlage 1: Antragsbegründung

Ausbildungsinstitut: Antragsbegründung insbesondere mit Blick auf den Versorgungsbedarf im angestrebten Richtlinienverfahren
Weiterbildungsinstitut: Bei bereits ermächtigten Ausbildungsinstituten, die in Weiterbildungsinstitute übergehen sollen, ist eine Bedarfsprüfung obsolet. Im Übrigen ist der Versorgungsbedarf im angestrebten Richtlinienverfahren gesondert zu begründen.

Die Antragsbegründung soll im Wesentlichen Ausführungen dazu enthalten, warum die beantragte Ermächtigung im Hinblick auf die Sicherstellung einer ausreichenden vertragspsychotherapeutische Versorgung der Versicherten notwendig ist.

In unserem Ausbildungsinstitut/Weiterbildungsinstitut (erstmalige Beantragung) wird voraussichtlich folgende Anzahl von Patienten pro Quartal behandelt:

_____ Anzahl der Patienten / Quartal

Die beantragte Ermächtigung ist aus folgenden Gründen notwendig:

Anlage 2: Erklärung zur Supervision im Ausbildungs- bzw. Weiterbildungsinstitut

Name der Einrichtung

Anschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort)

Das Institut bildet folgende **Richtlinienverfahren** aus:

- Verhaltenstherapie
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Analytische Psychotherapie
- Systemische Therapie

Die Ausbildung findet in folgenden Bereichen statt:

- Erwachsenenpsychotherapie
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Hiermit wird im Namen o.g. Einrichtung erklärt, dass die nachfolgend genannten Supervisoren im Aus- bzw. Weiterbildungsinstitut über die erforderliche Qualifikation zur Durchführung von Psychotherapie in Verfahren nach der Psychotherapie-Richtlinie verfügen.

Es ist bekannt, dass der Zulassungsausschuss kann im Einzelfall entsprechende Nachweise anfordern kann.

Titel, Vorname, Name

LANR (falls vorhanden)

Fachgebiet/Fachkunde/Zusatzbezeichnung/Richtlinienverfahren

- Psychologischer Psychotherapeut
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
- Psychotherapeutisch tätiger Arzt

Titel, Vorname, Name

LANR (falls vorhanden)

Fachgebiet/Fachkunde/Zusatzbezeichnung/Richtlinienverfahren

- Psychologischer Psychotherapeut
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
- Psychotherapeutisch tätiger Arzt

Titel, Vorname, Name

LANR (falls vorhanden)

Fachgebiet/Fachkunde/Zusatzbezeichnung/Richtlinienverfahren

Psychologischer Psychotherapeut

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Psychotherapeutisch tätiger Arzt

Titel, Vorname, Name

LANR (falls vorhanden)

Fachgebiet/Fachkunde/Zusatzbezeichnung/Richtlinienverfahren

Psychologischer Psychotherapeut

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Psychotherapeutisch tätiger Arzt

Ort, Datum

Unterschrift Institutsleiter