

An den  
Zulassungsausschuss für Ärzte  
und Psychotherapeuten  
Zulassungsbezirk Berlin

Ggf. Kennziffer: \_\_\_\_\_

Masurenallee 6A  
14057 Berlin

## Antrag auf Zulassung zur vertragsärztlichen/vertragspsychotherapeutischen Versorgung

### 1. Angaben zum/zur Antragsteller\*in

_____
Titel, Vorname, Name
_____
Privatanschrift
_____
E-Mail-Adresse
_____
Telefonnummer

### 2. Beantragung

#### Ich beantrage die Zulassung

##### im Umfang von einem

- vollen Versorgungsauftrag       hälftigen Versorgungsauftrag       ¾ Versorgungsauftrag  
 ¼ Versorgungsauftrag (nur möglich bei bereits bestehendem, mind. hälftigen Versorgungsauftrag)

##### im Rahmen

- der Übernahme des unter der Kennziffer \_\_\_\_\_ **ausgeschriebenen Vertragspsychotherapeutesitzes**  
ausgeschrieben im Verwaltungsbezirk: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Titel, Vorname, Name des Praxisabgebers/ der Praxisabgeberin

\_\_\_\_\_

Facharzt-/Schwerpunktbezeichnung/psychotherapeutische Berufsbezeichnung

\_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort des übernommenen Sitzes

- der Aufnahme eines Praxissitzes in einem **Planungsbereich**, für den **keine Überversorgung** vorliegt und vom Landesausschuss Zulassungsmöglichkeiten festgestellt wurden (den Status eines Planungsbereiches erfahren Sie unter unserer Internetadresse <https://www.kvberlin.de/fuer-praxen/zulassen-niederlassen-in-berlin/bedarfsplan-fuer-berlin>)

**Hinweis:** Wenn Sie die Zulassung im Rahmen des Jobsharings oder des Sonderbedarfs beantragen wollen, füllen Sie bitte die entsprechenden Antragsformulare aus.

**als Psychotherapeut\*in**

- als Psychologischer Psychotherapeut\*in    als Kinder- und Jugendpsychotherapeut\*in  
 als ärztliche(r) Psychotherapeut\*in:

\_\_\_\_\_ (Bitte als ärztliche(r) Psychotherapeut\*in angeben: Fachgruppe, ggf. Schwerpunkt/Zusatzbezeichnung)

in folgendem Richtlinienverfahren

- Analytische Psychotherapie    Verhaltenstherapie  
 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie    Systemische Therapie

**Geplanter Beginn** \_\_\_\_\_ (tt.mm.jjjj)

**Angaben zum geplanten Praxisstandort**

\_\_\_\_\_ Praxisanschrift

\_\_\_\_\_ Verwaltungsbezirk

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

\_\_\_\_\_ Telefonnummer, Faxnummer

**Die Praxis soll geführt werden als**

- Einzelpraxis/Praxisgemeinschaft  
 Berufsausübungsgemeinschaft (bitte gesonderten Antrag stellen)  
 als Vertragspsychotherapeut\*in in einem MVZ

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

**3. Weitere Zulassungsvoraussetzungen**

**3.1. Arztregistereintragung**

Ich bin im Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung \_\_\_\_\_ eingetragen.

- Kopie Arztregisterauszug liegt anbei (nur bei Arztregistereintragung in anderem KV-Bereich außerhalb der KV Berlin notwendig!)

**3.2. Aktuelle berufliche Tätigkeiten:**

seit	Art der Tätigkeit	Ort	Umfang in Wochenstunden-arbeitszeit	soll bestehen bleiben
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

**Ich bestätige, dass ich den Inhalt des Antrags mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an. Die aufgeführten Erläuterungen sind Bestandteil dieses Antrags.**

**Hinweis:** Wir weisen darauf hin, dass Sie im Rahmen der Zulassung genehmigungspflichtige Leistungen erst dann erbringen und abrechnen dürfen, **nachdem** die Kassenärztliche Vereinigung Berlin die Abrechnungsgenehmigung für die entsprechenden Leistungen erteilt hat. Hierzu sind, unter Beifügung der erforderlichen Nachweise, Anträge auf Abrechnungsgenehmigung für qualitätsgesicherte Leistungen parallel zu diesem Antrag in der Abteilung Qualitätssicherung einzureichen. Die Antragsformulare sowie die Kontaktdaten der Sachbearbeiter\* innen finden Sie unter: <https://www.kvberlin.de/fuer-praxen/alles-fuer-den-praxisalltag/qualitaetssicherung/genehmigungspfl-leistungen>.

Bei Fragen rund um die Abrechnungsgenehmigungen wenden Sie sich bitte an die Abteilung Qualitätssicherung der KV Berlin.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller\*in

**Anlage**

Drogen- und Trunksuchterklärung

Checkliste Antragsunterlagen

Allgemeine Hinweise der Geschäftsstelle

Informationen für die Praxis: Genehmigungspflichtige Leistungen für PPT/KJP

---

Name, Vorname

### **Erklärung hinsichtlich Drogen- bzw. Trunksucht gem. § 18 Abs. 2 Nr. 5 Ärzte ZV**

Hiermit erkläre ich, dass ich nicht drogen- oder alkoholabhängig bin oder dies innerhalb der letzten fünf Jahre gewesen bin. Ich habe mich innerhalb der letzten fünf Jahre keiner Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen. Der Ausübung des ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Berufes stehen keine gesetzlichen Hinderungsgründe entgegen.

Außerdem erkläre ich, dass kein strafrechtliches Ermittlungsverfahren im Zusammenhang mit der Ausübung meiner ärztlichen Tätigkeit sowie kein Verfahren über die -auch vorläufige- Entziehung, das Ruhen der Approbation gegen mich anhängig ist bzw. war.

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter <https://www.kvberlin.de/andere-seiten/datenschutzerklaerung>.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des/der Antragstellers/Antragstellerin

### **§ 21 Ärzte-ZV**

<sup>1</sup>Ungeeignet für die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit ist ein Arzt, der aus gesundheitlichen oder sonstigen in der Person liegenden schwerwiegenden Gründen nicht nur vorübergehend unfähig ist, die vertragsärztliche Tätigkeit ordnungsgemäß auszuüben. <sup>2</sup>Das ist insbesondere zu vermuten, wenn er innerhalb der letzten fünf Jahre vor seiner Antragstellung drogen- oder alkoholabhängig war. <sup>3</sup>Wenn es zur Entscheidung über die Ungeeignetheit zur Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit nach Satz 1 erforderlich ist, verlangt der Zulassungsausschuss vom Betroffenen, dass dieser innerhalb einer vom Zulassungsausschuss bestimmten angemessenen Frist das Gutachten eines vom Zulassungsausschuss bestimmten Arztes über seinen Gesundheitszustand vorlegt. <sup>4</sup>Das Gutachten muss auf einer Untersuchung und, wenn dies ein Amtsarzt für erforderlich hält, auch auf einer klinischen Beobachtung des Betroffenen beruhen. <sup>5</sup>Die Kosten des Gutachtens hat der Betroffene zu tragen. Rechtsbehelfe gegen die Anordnung nach Satz 3 haben keine aufschiebende Wirkung.

### Checkliste:

- Lebenslauf** mit aktuellem Datum und Unterschrift
- Erklärung zur Drogen- und Trunksucht** mit aktuellem Datum und Unterschrift
- Versicherungsbescheinigung nach §113 Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz** als Nachweis für das Bestehen einer nach § 95e SGB V ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung. **Nutzen Sie gerne dafür die auf der Webseite der KV Berlin zur Verfügung gestellten Musterbescheinigungen!** Weitere Informationen finden Sie unter „Allgemeine Hinweise der Geschäftsstelle“.
  
- Antragsgebühr**
  - Nur bei bereits bestehendem Honorarkonto!:** Verwaltungsgebühr in Höhe von 100,- € sowie die nach erfolgter Genehmigung zu entrichtende Gebühr in Höhe von 400,-€ sollen von meinem Honorarkonto abgebucht werden
  
  - Die gemäß § 46 Ärzte-ZV bei Antragstellung zu entrichtende Verwaltungsgebühr in Höhe von 100,- € wurde  
Überwiesen am: \_\_\_\_\_
  - Eine Kopie der Einzahlung liegt den eingereichten Unterlagen bei. Auch die nach erfolgter Genehmigung zu entrichtende Gebühr in Höhe von 400,-€ werde ich selbst überweisen.

Angaben für Ihre Überweisung:

Bankverbindung: Deutsche Apotheker- und Ärztebank e.G.,

Berlin (BLZ 300 606 01) 000 100 3917

BIC: DAAEDEDXXX

IBAN: DE16 3006 0601 0001 0039 17

Verwendungszweck: *Vor- und Zuname*, Antrag Zulassung

**Hinweis: Wenn Sie sich auf einen ausgeschriebenen Praxissitz bewerben, geben Sie beim Verwendungszweck bitte zusätzlich die Kennziffer der Ausschreibung an!**

- ggf. Erklärung zu bestehenden Arbeitsverhältnissen bzw. Kündigungsbestätigung
- ggf. Mietoption/Mietvertrag
- 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 Antragstellung nicht älter als 6 Monate sein darf.  
Polizeiliches Führungszeugnis beantragt am: \_\_\_\_\_  
bei der Behörde: \_\_\_\_\_
- Nur für den Fall, dass Sie nicht im Arztregister der KV Berlin eingetragen sind:** Auszug aus dem Arztregister der jeweiligen KV, 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.
- Nur, falls Sie außerhalb von Berlin bereits niedergelassen waren:** Bescheinigungen der entsprechenden Kassenärztlichen Vereinigung, aus der sich Ort und Dauer der bisherigen Niederlassung oder Zulassung und der Grund einer etwaigen Beendigung ergeben.
  
- Folgende Unterlagen können zusätzlich bei einem Antrag auf Zulassung eingereicht werden, wenn sich der ausgeschriebene Praxissitz derzeit in einer örtlichen/überörtlichen Beraufsausübungsgemeinschaft (öBAG/üBAG) befindet und diese fortgeführt werden soll:**
  - Antrag auf Gründung bzw. Veränderung einer öBAG/üBAG
  - Beleg über die erfolgte Entrichtung der Antragsgebühr in Höhe von 120,00 Euro für den neu hinzukommenden BAG-Partner
  - Kopie des unterschriebenen Gesellschaftsvertrags (keine Entwürfe!)

## - Für Ihre Unterlagen - Allgemeine Hinweise der Geschäftsstelle

Anträge dürfen dem Zulassungsausschuss nur dann zur Beratung vorgelegt werden, wenn diese vollständig und entscheidungsreif eingereicht werden.

Wir weisen 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. Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter <https://www.kvberlin.de/andere-seiten/datenschutzerklaerung>

Weitere Antragsformulare und Informationen finden Sie auf der Internetseite der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin <http://www.kvberlin.de>.

### Wichtiger Hinweis:

Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung hat der Gesetzgeber die Verpflichtung zum **Nachweis eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes** zur vertragsärztlichen/vertragspsychotherapeutischen Pflicht erhoben. Der Leistungserbringer hat den Nachweis gegenüber dem Zulassungsausschuss zu erbringen bei Stellung des Antrags auf Zulassung, Ermächtigung, Genehmigung einer Anstellung sowie auf Verlangen des Zulassungsausschusses.

- **Wer ist zum Nachweis des Berufshaftpflichtversicherungsschutzes verpflichtet?**

Verpflichtet zum Nachweis sind alle zur vertragsärztlichen/vertragspsychotherapeutischen Versorgung zugelassenen Ärzte/Ärztinnen, Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen, Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinische Versorgungszentren, und zwar für sich selbst und für bei ihnen Angestellte, die an der vertragsärztlichen/vertragspsychotherapeutischen Versorgung mitwirken. Ermächtigte Ärzte/Ärztinnen und Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen sind ebenfalls hierzu verpflichtet.

- **In welcher Form ist der Nachweis zu führen?**

Der Nachweis ist durch Vorlage einer Bescheinigung des Versicherers nach § 113 Abs. 2 VVG Versicherungsvertragsgesetz zu führen. Vorläufige Deckungszusagen sind nicht ausreichend.

- **Wie hoch muss der Versicherungsschutz sein?**

Ein Berufshaftpflichtversicherungsschutz ist ausreichend, wenn das individuelle Haftungsrisiko des Vertragsarztes versichert ist; die jeweilige Mindestversicherungssumme darf nicht unterschritten werden. Die Leistungen des Versicherers für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden dürfen nicht weiter als auf den zweifachen bzw. dreifachen Betrag der Mindestversicherungssumme begrenzt werden. Die genauen Summen können Sie folgender Tabelle entnehmen.

### Übersicht über die Mindestsummen und Begrenzung

Nachweispflichtige	Mindestversicherungssumme je Versicherungsfall	Begrenzung für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden
Vertragsarzt/-ärztin (für sich selbst und ggf. bei ihnen nach § 95 Abs. 9 SGB V Angestellte)  gilt auch für Berufsausübungsgemeinschaften ohne Angestellte	3 Mio. Euro  Mit Angestellten: 5 Millionen Euro	Nicht weiter als zweifacher Betrag der Mindestversicherungssumme p.a.  Mit Angestellten: nicht weiter als dreifacher Betrag der

		Mindestversicherungssumme p.a.
Vertragspsychotherapeut*in (für sich selbst und ggf. bei ihnen nach § 95 Abs. 9 SGB V Angestellte)	3 Mio. Euro  Mit Angestellten: 5 Mio. Euro	Nicht weiter als zweifacher Betrag der Mindestversicherungssumme p.a.  Mit Angestellten: nicht weiter als dreifacher Betrag der Mindestversicherungssumme p.a.
Medizinische Versorgungszentren	5 Mio. Euro	Nicht weiter als dreifacher Betrag der Mindestversicherungssumme p.a.
Berufsausübungsgemeinschaft <b>mit</b> Angestellten	5 Mio. Euro	Nicht weiter als dreifacher Betrag der Mindestversicherungssumme p.a.
Ermächtigte(r) Arzt/Ärztin/ Psychotherapeut*in	3 Mio. Euro (oder Nachweis über anderweitigen Versicherungsschutz, z.B. Betriebshaftpflichtversicherung)	Nicht weiter als zweifacher Betrag der Mindestversicherungssumme p.a.

- **Welche Folgen hat es, wenn der Nachweis nicht geführt wird?**

Der Nachweis ist zunächst bei Stellung der o.g. Anträge zu führen. Erlangt der Zulassungsausschuss zudem Kenntnis darüber, dass kein oder kein ausreichender Berufshaftpflichtversicherungsschutz besteht, kann dies zum Ruhen oder zur Entziehung der Zulassung führen. Nachzulesen in: § 95e SGB V



### Qualitätsgesicherte Leistungen für Psychologische Psychotherapeut:innen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen

Für die Durchführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen bedarf es einer besonderen Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin. Dies gilt für sämtliche an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Psychotherapeut:innen.

#### Eine Genehmigung wird nicht rückwirkend erteilt.

Die Erlaubnis zur Leistungserbringung sowie ein Honoraranspruch für diese Leistungen bestehen erst ab Erteilung einer Abrechnungsgenehmigung.

Bei eingeschränkter Zulassung (z. B. Sonderbedarfszulassung) und Ermächtigung werden nur die Leistungen genehmigt, für die Sie zugelassen bzw. ermächtigt sind.

Die Antragsformulare sind hier zu finden:

[www.kvberlin.de](http://www.kvberlin.de) > Für Praxen > Alles für den Praxisalltag > Qualitätssicherung > Genehmigungspfl. Leistungen

Qualitätsgesicherte Leistungen für Psychologische Psychotherapeut:innen	(030) 31003-	E-Mail
Neuropsychologische Therapie	409	<a href="mailto:QS-Team-4@kvberlin.de">QS-Team-4@kvberlin.de</a>
Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing (EMDR)	376	
Psychoanalyse als Einzel- und/oder Gruppenbehandlung bei Erwachsenen und/oder Kindern und Jugendlichen		
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als Einzel- und/oder Gruppenbehandlung bei Erwachsenen und/oder Kindern und Jugendlichen		
Soziotherapie		
Übende und suggestive Verfahren		
Verhaltenstherapie als Einzel- und/oder Gruppenbehandlung bei Erwachsenen und/oder Kindern und Jugendlichen		
Systemische Therapie		
Videosprechstunde	389	<a href="mailto:Videosprechstunde@kvberlin.de">Videosprechstunde@kvberlin.de</a>

Qualitätsgesicherte Leistungen für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen	(030) 31003-	E-Mail
Neuropsychologische Therapie	409	<a href="mailto:QS-Team-4@kvberlin.de">QS-Team-4@kvberlin.de</a>
Psychoanalyse als Einzel- und/oder Gruppenbehandlung bei Kindern und Jugendlichen	376	
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als Einzel- und/oder Gruppenbehandlung bei Kindern und Jugendlichen		
Soziotherapie		
Übende und suggestive Verfahren		
Verhaltenstherapie als Einzel- und/oder Gruppenbehandlung bei Kindern und Jugendlichen		
Videosprechstunde	389	