

## Meldebogen

Bitte per Post mit allen erforderlichen Kopien senden an:

Landespsychotherapeutenkammer RLP  
Diether-von-Isenburg-Str. 9-11  
55116 Mainz

Eingangsstempel:

Ihre Daten werden auf gesetzlicher Grundlage erhoben. Jedes Kammermitglied ist gemäß §1 Abs. 5 HeilBG und MeldeO LPK RLP zur Angabe seiner Daten verpflichtet. Freiwillige Angaben sind mit \* gekennzeichnet.

Zutreffendes bitte in Blockschrift ausfüllen bzw. ankreuzen. Sollte der vorgegebene Platz nicht ausreichend sein, bitte separates Blatt verwenden.

Wir bitten um folgende Angaben:

<b>1. Persönliche Daten</b>	
Nachname:	
Rufname:	Weitere Vornamen:
Geburtsname:	Geburtsdatum:
Geburtsort/-staat:	Muttersprache:
Geschlecht (m/w/d):	Staatsangehörigkeit:

<b>2. Anschriften</b>	
<p><b>Die Korrespondenz der LPK erfolgt an die Privatadresse (Meldeadresse) und/oder per E-Mail!</b>  <b>Bitte ebenfalls alle Anschriften im Zuständigkeitsbereich von anderen Kammern angeben!</b></p>	
<b><u>Privatanschrift:</u></b>	
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	
Telefon:	Fax:
Mobil:	
E-Mail:	

<b>Praxisanschrift: #1</b>	
Bezeichnung der Praxis:	
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	
Telefon:	Fax:
Mobil:	
E-Mail:	
Homepage:	
<b>Dienstanschrift: #2</b>	
Arbeitgeber*in:	
Dienststelle:	
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	
Telefon:	Fax:
Mobil:	
E-Mail:	
Homepage:	
<b>Weitere Anschrift:</b> <input type="checkbox"/> Dienstanschrift <input type="checkbox"/> Praxisanschrift <b>#3</b> <b>Bitte zutreffendes ankreuzen! Weitere Adressen bitte auf separatem Blatt angeben!</b>	
ggf. Bezeichnung der Praxis:	
ggf. Arbeitgeber*in:	
ggf. Dienststelle:	
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	
Telefon:	Fax:
Mobil:	
E-Mail:	
Homepage:	

<b>3. Angabe der primären beruflichen Adresse für den Verzeichnisdienst der Gematik</b> <b>Bitte durch ankreuzen bestätigen!</b>
<p>Im Zusammenhang mit der Antragstellung und Ausgabe des ePtA sind wir gesetzlich verpflichtet, die primäre berufliche Adresse an den Verzeichnisdienst (VZD) der Gematik zu übermitteln.</p> <p>Folgende berufliche Adresse ist die primäre berufliche Adresse und soll im Verzeichnisdienst der Gematik erscheinen:</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1                      <input type="checkbox"/> 2                      <input type="checkbox"/> 3         </p>

<b>4. Angaben zur Berufsausbildung</b>
<b>Akademischer Grad:</b> <input type="checkbox"/> Dipl.-Psych. <input type="checkbox"/> Dipl.-Päd. <input type="checkbox"/> M.Sc. <input type="checkbox"/> M.A. <input type="checkbox"/> sonstige: _____ <b>Bitte die Urkunde in Kopie einreichen!</b>
<b>Promotion:</b> <input type="checkbox"/> Dr. rer. nat. <input type="checkbox"/> Dr. phil. <input type="checkbox"/> Dr. med. <input type="checkbox"/> sonstige: _____ <b>Bitte die Urkunde als amtlich beglaubigte Kopie einreichen!</b>
<b>Habilitation:</b> <input type="checkbox"/> Prof. <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> sonstige: _____ <b>Bitte die Ernennung/Urkunde als amtlich beglaubigte Kopie einreichen!</b>

<b>5. Angaben zur staatlichen Berufszulassung</b>				
<b>Approbation als:</b> <input type="checkbox"/> PP    und/oder <input type="checkbox"/> KJP <b>Bitte Approbationsurkunde/n und Zeugnis/se über die staatliche Prüfung als amtlich beglaubigte Kopien einreichen!</b>				
<b>Befristete Erlaubnis zur Berufsausübung als:</b> <input type="checkbox"/> PP    und/oder <input type="checkbox"/> KJP    gem. § 4 PsychThG				
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none; width: 50%;">Erlaubnis ausgestellt am:</td> <td style="border: none; width: 50%;">von (Behörde):</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Geltungsdauer:</td> <td style="border: none;">Umfang:</td> </tr> </table>	Erlaubnis ausgestellt am:	von (Behörde):	Geltungsdauer:	Umfang:
Erlaubnis ausgestellt am:	von (Behörde):			
Geltungsdauer:	Umfang:			

<b>6. Angaben zur sozialrechtlichen Zulassung und Fachkunde</b>
<b>Sozialrechtliche Zulassung:</b> <b>Bitte Kopien des aktuellen Arzt-/Psychotherapeutenregisterauszugs der KV einreichen!</b>  Zulassung seit (genaues Datum): _____  mit: <input type="checkbox"/> vollem Versorgungsauftrag <input type="checkbox"/> hälftigem Versorgungsauftrag
<b>Ermächtigung als:</b> <input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> KJP    seit/von: _____ bis: _____
<b>Sonderbedarfzulassung für:</b> _____  seit/von: _____ bis: _____

<b>Eingetragene Fachkunden:</b>	
<input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie	<input type="checkbox"/> Systemische Therapie
<input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
<b>Zusatzqualifikationen:</b>	
<b>Bitte entsprechende Nachweise einreichen!</b>	
<b>Bitte beachten Sie, dass es hier um die sozialrechtliche Zulassung geht und damit nur Bescheinigungen der Kassenärztlichen Vereinigung akzeptiert werden können!</b>	
<input type="checkbox"/> Gruppenpsychotherapie	<input type="checkbox"/> EMDR

<b>7. Angaben zu anerkannten Weiterbildungen</b>										
<p><input type="checkbox"/> Ich befinde mich momentan in Weiterbildung in einem der folgenden neun Weiterbildungsbereiche:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Neuropsychologische Psychotherapie</td> <td><input type="checkbox"/> Psychodiabetologie</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Spezielle Schmerzpsychotherapie</td> <td><input type="checkbox"/> Psychoanalyse</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie</td> <td><input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Gesprächspsychotherapie</td> <td><input type="checkbox"/> Systemische Psychotherapie</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Gutachterliche Tätigkeit im Bereich Rechtspsychologie</td> </tr> </table> <p><b>In diesem Fall ist die Aufnahme in das Weiterbildungsregister der LPK verpflichtend - bitte Antrag beifügen!</b>  <b>Diesen finden Sie unter <a href="http://www.lpk-rlp.de/mitgliederservice/weiterbildung/weiterbildungsregister.html">www.lpk-rlp.de/mitgliederservice/weiterbildung/weiterbildungsregister.html</a></b></p>	<input type="checkbox"/> Neuropsychologische Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Psychodiabetologie	<input type="checkbox"/> Spezielle Schmerzpsychotherapie	<input type="checkbox"/> Psychoanalyse	<input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie	<input type="checkbox"/> Gesprächspsychotherapie	<input type="checkbox"/> Systemische Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Gutachterliche Tätigkeit im Bereich Rechtspsychologie	
<input type="checkbox"/> Neuropsychologische Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Psychodiabetologie									
<input type="checkbox"/> Spezielle Schmerzpsychotherapie	<input type="checkbox"/> Psychoanalyse									
<input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie									
<input type="checkbox"/> Gesprächspsychotherapie	<input type="checkbox"/> Systemische Psychotherapie									
<input type="checkbox"/> Gutachterliche Tätigkeit im Bereich Rechtspsychologie										
<p><input type="checkbox"/> Ich führe eine (oder mehrere) von einer Landespsychotherapeutenkammer vergebene Zusatzbezeichnung in einem der folgenden neun Weiterbildungsbereiche:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Neuropsychologische Psychotherapie</td> <td><input type="checkbox"/> Psychodiabetologie</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Spezielle Schmerzpsychotherapie</td> <td><input type="checkbox"/> Psychoanalyse</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie</td> <td><input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Gesprächspsychotherapie</td> <td><input type="checkbox"/> Systemische Psychotherapie</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Gutachterliche Tätigkeit im Bereich Rechtspsychologie</td> </tr> </table> <p><b>Bitte Nachweis in Kopie beifügen!</b></p>	<input type="checkbox"/> Neuropsychologische Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Psychodiabetologie	<input type="checkbox"/> Spezielle Schmerzpsychotherapie	<input type="checkbox"/> Psychoanalyse	<input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie	<input type="checkbox"/> Gesprächspsychotherapie	<input type="checkbox"/> Systemische Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Gutachterliche Tätigkeit im Bereich Rechtspsychologie	
<input type="checkbox"/> Neuropsychologische Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Psychodiabetologie									
<input type="checkbox"/> Spezielle Schmerzpsychotherapie	<input type="checkbox"/> Psychoanalyse									
<input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie									
<input type="checkbox"/> Gesprächspsychotherapie	<input type="checkbox"/> Systemische Psychotherapie									
<input type="checkbox"/> Gutachterliche Tätigkeit im Bereich Rechtspsychologie										
<p><input type="checkbox"/> Ich bin von einer LPK anerkannte*r Weiterbildungsbeauftragte*r in folgendem Weiterbildungsbereich:</p> <p>_____</p> <p><b>Bitte Nachweis in Kopie beifügen!</b></p>										
<p><input type="checkbox"/> Ich bin von einer LPK anerkannt als Supervisor* in folgendem Weiterbildungsbereich:</p> <p>_____</p> <p><b>Bitte Nachweis in Kopie beifügen!</b></p>										
<p><input type="checkbox"/> Ich bin von einer LPK anerkannt als Selbsterfahrungsleiter*in in folgendem Weiterbildungsbereich:</p> <p>_____</p> <p><b>Bitte Nachweis in Kopie beifügen!</b></p>										

<b>8. Angaben zur Berufsausübung</b>	
<b>Selbständige Tätigkeit:</b>	
<b>Beginn der Tätigkeit (genaues Datum):</b>	_____
<b>Umfang der Tätigkeit:</b>	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> geringfügig (< 10 Std./Woche)
<b>Art der Tätigkeit: Bitte geben Sie die Ziffer der Dienststellenart gemäß beigefügter Auflistung (Seite 10) an!</b>	
<input type="checkbox"/> auf Honorarbasis	<input type="checkbox"/> Tätigkeit gemäß Ziff.: _____
<input type="checkbox"/> Sonstige: _____	
<b>Nichtselbständige Tätigkeit:</b>	
<b>Beginn der Tätigkeit (genaues Datum):</b>	_____
<b>Umfang der Tätigkeit:</b>	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> geringfügig (< 10 Std./Woche)
<b>Art der Tätigkeit: Bitte geben Sie die Ziffer der Dienststellenart gemäß beigefügter Auflistung (Seite 10) an!</b>	
<input type="checkbox"/> Ambulante Versorgung, Ziff.: _____	<input type="checkbox"/> Forensische Einrichtung, Ziff.: _____
<input type="checkbox"/> Stationäre Versorgung, Ziff.: _____	<input type="checkbox"/> Einrichtung nach Sozialgesetzbuch, Ziff.: _____
<input type="checkbox"/> Beratungsstelle, Ziff.: _____	<input type="checkbox"/> Sonstige Institution, Ziff.: _____
<b>Weitere Tätigkeit(en):</b>	
<input type="checkbox"/> Supervisor*in	<input type="checkbox"/> Gutachter*in
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
<b>Beginn der Tätigkeit (genaues Datum):</b>	_____
<b>Umfang der Tätigkeit:</b>	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> geringfügig (< 10 Std./Woche)
<b>Keine berufliche Tätigkeit:</b>	
<b>Bitte geben Sie das genaue Datum an und fügen Sie die entsprechenden Belege bei!</b>	
<input type="checkbox"/> Elternzeit seit/von: _____ bis: _____	
<input type="checkbox"/> arbeitslos gemeldet seit/von: _____ bis: _____	
<input type="checkbox"/> Ruhestand seit: _____	
<input type="checkbox"/> Sonstiger Grund: _____	
seit/von: _____ bis: _____	

**Letzte berufliche Tätigkeit(en):**

Bitte beachten: Diese Angaben sind freiwillig. Wir bitten jedoch darum, uns diese Informationen zur Verfügung zu stellen, um die gesundheitsversorgungsbezogene Relevanz unserer beiden Berufsgruppen angemessen differenziert darstellen zu können. Hierbei geht es u.a. um die Ermöglichung aussagefähiger Analysen zur Mitgliederstruktur der Kammer (z.B. zur Interessenvertretung auf Landes- und Bundesebene, zur Planung innerhalb der Kammer oder Berichterstattung).

nichtzutreffend

freiberuflich / selbständig

1. als: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

2. als: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

3. als: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

angestellt bei

1. Name der/des Arbeitgeber\*in: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

2. Name der/des Arbeitgeber\*in: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

3. Name der/des Arbeitgeber\*in: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

auf Honorarbasis

1. als: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

2. als: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

3. als: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

**9. Angaben für die Psychotherapeutensuche auf der Homepage der LPK**

Die Psychotherapeutensuche ermöglicht es ratsuchenden Patient\*innen, Kontaktdaten von geeigneten Psychotherapeut\*innen sowie Informationen zu deren Arbeitsschwerpunkten zu recherchieren.

Wenn Sie in die Datenbank der Psychotherapeutensuche aufgenommen werden möchten, geben Sie uns bitte noch folgende Informationen, die Sie mit Ihrer separaten Unterschrift zur Veröffentlichung freigeben:

**Behandelte Patientengruppe:**                       Erwachsene                       Kinder- und Jugendliche

**Art der Sitzungen:**                                       Einzeltherapie                       Gruppentherapie

**Sprachen, in denen Therapie angeboten wird:** \_\_\_\_\_

**Von der LPK anerkannte Zusatzbezeichnungen:**

Psychodiabetologie                                       Neuropsychologische Psychotherapie

Spezielle Schmerztherapie                                       Gutachterliche Tätigkeit im Bereich der Rechtspsychologie

**Von der KV oder einer Psychotherapeutenkammer anerkannte Zusatzqualifikation:**                       EMDR

**Bitte beachten Sie, dass nur diese beiden Nachweisarten in der Psychotherapeutensuche für EMDR berücksichtigt werden können. Den Antrag der LPK RLP finden Sie auf unserer Homepage unter: „Psychotherapeut\*innen/ EMDR und Gruppenpsychotherapie /Zusatzqualifikation EMDR“.**

**Barrierefreiheit:**                                       Die Praxis ist barrierefrei zugänglich

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz bis auf schriftlichen Widerruf meinen Namen und meine Dienstanschrift(en) sowie die oben gemachten Angaben in ihre Datenbank aufnimmt und im Rahmen der Psychotherapeutensuche der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz auf ihrer Homepage [www.lpk-rlp.de](http://www.lpk-rlp.de) veröffentlicht.

Ort, Datum:	Unterschrift:
-------------	---------------

**10. Erklärung zum Bestehen einer Berufshaftpflichtversicherung**  
**Bitte zutreffendes Feld bzw. zutreffende Felder ankreuzen!**

Als niedergelassene/r Psychologische/r Psychotherapeut\*in und/oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*in verfüge ich über eine angemessene Berufshaftpflichtversicherung, die mich gegen die sich aus der Ausübung meiner beruflichen Tätigkeit ergebenden Haftpflichtansprüche nach Art und Umfang des Risikos absichert.

Als Angestellte\*r oder Beamte\*r bin ich über meinen Arbeitgeber\*in oder Dienstherr\*in gegen die sich aus meiner Ausübung meiner beruflichen Tätigkeit ergebenden Haftpflichtansprüche nach Art und Umfang des Risikos abgesichert.

**11. Angaben zur Pflichtmitgliedschaft in anderen Heilberufskammern**

Es besteht zusätzlich eine Pflichtmitgliedschaft bei einer anderen Heilberufskammer

Name der Kammer: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

---

Es bestand eine Pflichtmitgliedschaft bei einer anderen Heilberufskammer

Name der Kammer: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

<b>12. SEPA-Lastschriftmandat</b>	
<p>Ich ermächtige die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.</p> <p><u>Hinweis:</u> Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.</p>	
Mandatsreferenz: Wird separat mitgeteilt	Gläubiger-Identifikationsnummer: DE17ZZZ00000531514
<b>Angaben zum Kontoinhaber*in (falls abweichend vom Antragsteller*in):</b>	
Vorname:	Name:
Anschrift:	
<b>Angaben zur Bankverbindung:</b>	
Kreditinstitut:	
BIC: _____   ____	IBAN: DE __   ____   ____   ____   ____   ____
Ort, Datum:	Unterschrift:

<b>13. Versand Newsletter der LPK-RLP</b>
<p><b>Bitte durch ankreuzen bestätigen!</b></p> <p>Als Service für unsere Mitglieder versenden wir ca. 6-8mal im Jahr einen Newsletter per E-Mail, der über Aktivitäten der Kammer und weitere relevante Themen rund um die Psychotherapie informiert.</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, ich möchte Informationen per Newsletter erhalten.</p> <p><input type="checkbox"/> Nein, ich benötige den Newsletter nicht.</p> <p><u>Hinweis:</u> Der Newsletter kann jederzeit über die Homepage der LPK-RLP unter dem Link <a href="http://www.lpk-rlp.de/news/newsletter.html">www.lpk-rlp.de/news/newsletter.html</a> abonniert oder auch abgemeldet werden.</p>

<b>14. Erklärung zur Angabe von Änderungen zu melderlevanten Daten</b>
<p><b>Bitte durch ankreuzen bestätigen!</b></p> <p><input type="checkbox"/> Mir ist bekannt, dass ich alle eintretenden Veränderungen hinsichtlich der vorstehend gemachten Angaben unverzüglich, spätestens jedoch zwei Wochen nach deren Eintreten, schriftlich der LPK RLP mitzuteilen habe. (§ 3 MeldeO LPK RLP)</p> <p><input type="checkbox"/> Mir ist ebenso bekannt, dass eine Zuwiderhandlung hiergegen eine Ordnungswidrigkeit nach § 5 der MeldeO der LPK RLP darstellt, die eine Verhängung eines Ordnungsgeldes und/oder einer Rüge nach sich ziehen kann.</p> <p><u>Hinweis:</u> Das Formular zur Mitteilung von Änderungen steht auf der Homepage der LPK RLP unter <a href="http://www.lpk-rlp.de">www.lpk-rlp.de</a> zum Download bereit. Es kann auch in der Geschäftsstelle angefordert werden.</p>



<b>15. Datenschutz-Erklärung</b>	
<p>Ich habe die Informationen für den Datenschutz für Mitglieder der LPK RLP erhalten (Seite 11-13 dieses Meldebogens) und habe diese zur Kenntnis genommen. Ich bin damit über die Erhebung der Daten und den Verarbeitungszweck informiert. Ebenso habe ich Kenntnis über meine freiwilligen Angaben, sowie die Möglichkeit des Widerrufs dieser Angaben für die Zukunft.</p> <p>Vor dem Hintergrund dieser Informationen stimme ich der Erhebung meiner Daten zu.</p>	
Ort, Datum:	Unterschrift:

<b>16. Abschluss-Erklärung</b>	
<p>Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner vorstehenden Angaben. Ich werde Änderungen der hier gemachten Angaben unverzüglich an die Kammer melden.</p>	
Ort, Datum:	Unterschrift:

**Erläuterungen zu Fachbegriffen**

Erläuterung zum Begriff „Zulassung durch Kassenärztliche Vereinigung (KV)“

Die Vertragspsychotherapeutenzulassung (genauer: „sozialrechtliche Zulassung“) bezeichnet in Deutschland die Berechtigung eines/einer Psychologischen Psychotherapeut\*in oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*in seine/ ihre Leistungen über die Kassenärztliche Vereinigung (KV) zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherungen abzurechnen. Die Vertragspsychotherapeutenzulassung erfolgt in Deutschland durch einen rechtsfähigen Bescheid des Zulassungsausschusses. Sie erfolgt auf Beschluss eines Zulassungsausschusses der KV und gilt nur für den Bezirk des Vertragsarztsitzes.

Erläuterung zum Begriff „Ermächtigung durch Kassenärztliche Vereinigung (KV)“

Wer gesetzlich Krankenversicherte ambulant behandeln und Leistungen mit der KV abrechnen möchte, ohne dass er als Vertragsarzt tätig ist, braucht dafür eine Erlaubnis zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung. Vom Zulassungsausschuss für Ärzte, PP und KJP können Ärzt\*innen, PP und KJP zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt werden, wenn bestimmte Leistungen im niedergelassenen Bereich nicht im notwendigen Umfang erbracht werden können. Eine solche Ermächtigung ist in der Regel auf drei Jahre befristet. Die Ermächtigung muss schriftlich beantragt werden und ist nur auf ambulante vertragsärztliche Leistungen beschränkt, die über die niedergelassenen Vertragsärzt\*innen nicht oder nicht ausreichend abgedeckt werden.

Erläuterung zum Begriff „Sonderbedarfzulassung“

Im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung gilt die Zulassungsbeschränkung auf der Grundlage der Bedarfsplanung. Eine Ausnahme der Beschränkung stellt die Sonderbedarfzulassung dar, die seitens des Zulassungsausschusses der KV dann ausgesprochen werden kann, wenn ein besonders qualifizierter Bewerber in einem Spezialgebiet einen lokal begrenzten Versorgungsbedarf dauerhaft abdecken kann. Diese Ermächtigung erlaubt zeitlich befristet die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung.

## Dienststellenart – Übersicht

<b>Ambulante Versorgung</b>	
01	Einzelpraxis
02	Berufsausübungsgemeinschaft (früher: Gemeinschaftspraxis)
03	Praxisgemeinschaft
04	Medizinisches Versorgungszentrum
05	Psychotherapeutische Hochschulambulanz oder Ambulanzen an Ausbildungsstätten
06	Ambulanz in Allgemeinpsychiatrischem Krankenhaus für Erwachsene
07	Ambulanz in Gerontopsychiatrischer Abteilung
08	Ambulanz in Kinder-/Jugendpsychiatrischem Krankenhaus
09	Ambulanz in Psychosomatischem / Psychotherapeutischem Krankenhaus
10	Ambulanz in Somatischem Krankenhaus
11	Sozialpädiatrisches Zentrum
<b>Stationäre Versorgung</b>	
31	Allgemeinpsychiatrisches Krankenhaus für Erwachsene
32	Gerontopsychiatrische Abteilung
33	Kinder-/Jugendpsychiatrisches Krankenhaus
34	Psychosomatisches/Psychotherapeutisches Krankenhaus
35	Somatisches Krankenhaus
36	Psychosomatische Rehabilitationsklinik
37	Einrichtung der somatischen Rehabilitation, Anschlussbehandlung
38	Rehaklinik für Abhängigkeitserkrankungen
39	Privatklinik (ohne Versorgungsauftrag)
40	Sonstige Klinik
<b>Einrichtungen nach Sozialgesetzgebung</b>	
51	Behindertenhilfe
52	Jugendhilfeeinrichtung (außer Beratungsstellen)
<b>Beratungsstellen</b>	
61	Ehe-/Erziehungs-/Familien-/Lebensberatung
62	Schulpsychologischer Dienst
63	Suchtberatung
64	Sonstige Beratungsstelle
<b>Forensische Einrichtungen</b>	
71	Maßregelvollzug
72	Strafvollzug
<b>Andere Institutionen</b>	
91	Hochschule/Universität (Forschung und Lehre)
92	Verwaltung
93	Industrie / Wirtschaft
94	Gesundheitsschutz
99	Sonstige Institution

## INFORMATION ZUM DATENSCHUTZ FÜR KAMMERMITGLIEDER

Liebes Kammermitglied,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck die LPK RLP Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Dieser Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

### 1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:	Die zuständige Datenschutzbeauftragte ist:
Vorstand der LandesPsychotherapeutenKammer Rheinland-Pfalz	Saskia Kollarich
Diether-von-Isenburg-Straße 9-11	Diether-von-Isenburg-Straße 9-11
55116 Mainz	55116 Mainz
Telefon: 06131-93055-10	Telefon: 06131-93055-15
E-Mail: <a href="mailto:service@lpk-rlp.de">service@lpk-rlp.de</a>	E-Mail: <a href="mailto:juristischesreferat@lpk-rlp.de">juristischesreferat@lpk-rlp.de</a>

### 2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die LPK RLP verarbeitet und speichert personenbezogene Daten zur Erfüllung ihrer gesetzlichen und vertraglichen Verpflichtungen. Die Datenverarbeitung erfolgt im Einklang mit den Bestimmungen der DSGVO und dem Datenschutzgesetz Rheinland-Pfalz (LDSC RLP). Sie ist zulässig, wenn es hierfür eine gesetzliche Verpflichtung oder eine Einwilligung gibt, die Verarbeitung zur Erfüllung von vertraglichen Pflichten erfolgt oder die Verarbeitung zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen oder im öffentlichen Interesse vorgenommen wird.

Im Rahmen der Meldeverwaltung werden insbesondere folgende Daten verarbeitet: Angaben zur Person, Anschriften, Angaben zur grundständigen Berufsausbildung, Angaben zur staatlichen Berufszulassung, Fachkundenachweise, vertragspsychotherapeutische Zulassung, Berufsausübung, Beschäftigungsstatuts, Fremdsprachenkenntnisse, Berufshaftpflichtversicherung, Bankverbindung, Mitgliedschaften in anderen Kammern.

#### 2.1 Zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen (Artikel 6 Abs. 1 Satz 1 lit. c, Abs. 2 und Abs. 3 DSGVO)

Die gesetzlichen Verpflichtungen ergeben sich aus dem Heilberufsgesetz Rheinland-Pfalz (HeilBG RLP) und weiteren Gesetzen. Diese sind insbesondere:

- Regelung und Durchführung der psychotherapeutischen Weiterbildung
- Ausübung der Berufsaufsicht
- Förderung und Betreiben der Fortbildung von Kammermitgliedern
- Förderung und Betreiben der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen
- Unterstützung des öffentlichen Gesundheitsdienstes bei der Erfüllung seiner Aufgaben
- Stellungnahmen und Fachgutachten für Behörden und Aufsichtsbehörden

- Führung eines Verzeichnisses der Kammermitglieder und dienstleistenden Berufsangehörigen
- Durchführung von Wahlen zur Kammerversammlung
- Übermittlung von Meldungen an untere Gesundheitsbehörden, Berufszulassungsbehörden und anfragende Behörden europäischer Staaten
- Benennung von Sachverständigen für Behörden und Gerichte
- Streitschlichtung im Rahmen der Berufsausübung nach HeilBG RLP
- Wahrnehmung der beruflichen Interessen der Kammerangehörigen
- Herausgabe von Heilberufsausweisen und sonstigen Bescheinigungen
- Information der Kammerangehörigen und der Öffentlichkeit über die Kammertätigkeit und berufsbezogene Themen
- Erfassen von Nachweisen von Fort- und Weiterbildungen sowie fachliche Qualifikationen
- Erteilung von Fortbildungszertifikaten
- Führung von Sachverständigenlisten nach unseren Verwaltungsvorschriften
- Aufgaben als zuständige Stelle nach § 117 Versicherungsvertragsgesetz im Zusammenhang mit Berufshaftpflichtversicherung
- Erhebung von Beiträgen und Gebühren im Rahmen der Kammeraufgaben

#### 2.2 Einwilligung (Artikel 6 Abs. 1 Satz 1 lit. a DSGVO bzw. Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO in Verbindung mit § 33 LDSG RLP)

Soweit Sie uns eine Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten für bestimmte Zwecke erteilt haben, ist die Verarbeitung auf Basis dieser Einwilligung rechtmäßig. Eine Schlichtung ist ohne Einwilligung beider betroffener Parteien nicht möglich.

#### 2.3 Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen (Artikel 9 Abs. 2 lit. f DSGVO)

Die Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten nach Artikel 9 Abs. 1 DSGVO kann erlaubt sein, wenn dies erforderlich ist, um rechtliche Ansprüche, sei es in einem Gerichtsverfahren oder in einem Verwaltungsverfahren oder in einem außergerichtlichen Verfahren geltend zu machen, auszuüben oder zu verteidigen.

#### 2.4 Verarbeitung im öffentlichen Interesse (Artikel 6 Abs. 1 Satz 1 lit. e, Abs. 2 und 3 DSGVO bzw. Art. 9 Abs. 2 lit. g DSGVO)

Die Verarbeitung ist rechtmäßig, wenn sie für die Wahrnehmung einer Aufgabe erforderlich ist, die im öffentlichen Interesse liegt oder in Ausübung öffentlicher Gewalt erfolgt, die dem Verantwortlichen übertragen wurde. Die Verarbeitung von besonderen Kategorien personenbezogener Daten (Art. 9 Abs. 1 DSGVO) ist ebenfalls zulässig, wenn dies aus Gründen eines erheblichen öffentlichen Interesses erforderlich ist.

### 3. EMPFÄNGER\*INNEN IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger\*innen Ihrer personenbezogenen Daten können sein: Eingesetzte Auftragsverarbeiter\*innen (z.B. in den Bereichen IT-Dienstleistungen, Druckdienstleistungen sowie Archivierung und Entsorgung), Behörden (z. B. Aufsichtsbehörden, Berufszulassungsbehörden, Psychotherapeutenkammern, Gesundheitsbehörden, Versorgungswerk der Psychotherapeuten, Meldebehörden), Gerichte, Staatsanwaltschaften, Rechtsanwälte, Kammermitglieder,

sonstige betroffene Personen, Versicherer bzw. Beauftragte, Gutachter, Öffentlichkeit (bei Eintragung in die Psychotherapeutensuche).

#### 4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange und in dem Umfang auf, wie dies erforderlich ist oder es gesetzliche Vorgaben vorsehen. Darüber hinaus gelten für die Kammer gesetzliche Aufbewahrungspflichten und verwaltungsverfahrenrechtliche Verjährungsfristen. Mitgliedschaftsbezogene Daten werden für die Dauer der Mitgliedschaft und darüber hinaus solange aufbewahrt, wie dies im Interesse des Mitgliedes (z. B. Kammerwechsel, Umzug ins Ausland) notwendig ist.

#### 5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. In diesen Fällen bleibt die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung auf Grundlage der Einwilligung bis zum Widerruf unberührt.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Rheinland-Pfalz

Hintere Bleiche 34

55116 Mainz

Telefon 06131 208-2449

Fax 06131 208-2497

poststelle@datenschutz.rlp.de

#### 6. VERPFLICHTUNG ZUR BEREITSTELLUNG

Im Rahmen der jeweiligen Beziehung zur LPK RLP müssen die personenbezogenen Daten bereitgestellt werden, die erforderlich sind, damit wir unsere gesetzlichen oder vertraglichen Pflichten erfüllen oder ihre Anliegen bearbeiten können. Die Nichtbereitstellung der erforderlichen Daten kann zur Folge haben, dass der Vorgang nicht oder nur nach vorhandenem Sachstand bearbeitet werden kann. Kammermitglieder sind nach Maßgabe des HeilBG RLP verpflichtet, Angaben zu machen, Auskünfte zu geben und Nachweise vorzulegen.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Stand Oktober 2018