

**Geschäftsstelle  
Zulassungsausschuss  
Düsseldorf**

**Postanschrift**  
40182 Düsseldorf

Kontakt:  
KA I ☎ 0211 5970 - 9986  
@ [ZA.Kammer.1.KV24@kvno.de](mailto:ZA.Kammer.1.KV24@kvno.de)

KA II ☎ 0211 5970 - 9533  
@ [ZA.Kammer.2.KV24@kvno.de](mailto:ZA.Kammer.2.KV24@kvno.de)

Handelt es sich bei Ihrem Antrag um ein Formular für eine Chiffre-Nr./um eine Bewerbung auf eine Ausschreibung, senden Sie die Unterlagen bitte an das Postfach [Ausschreibung.KV24@kvno.de](mailto:Ausschreibung.KV24@kvno.de)

## **Merkblatt zum Antrag auf Sonderbedarfszulassung**

Für diesen Antrag sind folgende Unterlagen erforderlich:

- Auszug aus dem Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung (sofern Sie nicht im Arztregister Nordrhein eingetragen sind), 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,
- Aktueller, datierter und unterschriebener Lebenslauf,
- Bescheinigungen über die seit der Eintragung in das Arztregister ausgeübten ärztlichen Tätigkeiten (Arbeitsverträge sind nicht ausreichend),
- Nachweis über das zum Zeitpunkt der Antragstellung bestehende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis unter Angabe der Arbeitszeit sowie des frühestmöglichen Endes des Beschäftigungsverhältnisses,
- Beantragung eines Polizeilichen Führungszeugnisses zur Vorlage bei einer Behörde nach § 30 Abs. 5 BZRG, welches bei Antragstellung nicht älter als 3 Monate sein darf,
- Das Führungszeugnis muss zur Sitzung des Zulassungsausschusses vorliegen. Es empfiehlt sich eine frühzeitige Beantragung.
- Bei Stellung des Antrags auf Zulassung, Ermächtigung und auf Genehmigung einer Anstellung ist das Bestehen einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung durch eine Versicherungsbescheinigung nach § 113 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) gegenüber dem Zulassungsausschuss nachzuweisen (§ 95 e SGB V i. V. m. § 18 Abs. 2 Nr. 6 Ärzte-ZV).

Ein Berufshaftpflichtversicherungsschutz ist ausreichend, wenn das individuelle Haftungsrisiko des Vertragsarztes versichert ist.

Die Mindestversicherungssumme beträgt für einen Vertragsarzt (ohne angestellte Ärzte) drei Millionen Euro für Personen- und Sachschäden für jeden Versicherungsfall. Die Leistungen des Versicherers für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden

dürfen nicht weiter als auf den zweifachen Betrag der Mindestversicherungssumme begrenzt werden.

Für MVZ sowie Vertragsärzte und Berufsausübungsgemeinschaften mit angestellten Ärzten muss ein Haftpflichtversicherungsschutz für die gesamte von dem Leistungserbringer ausgehende ärztliche Tätigkeit bestehen. Die Mindestversicherungssumme beträgt fünf Millionen Euro für Personen- und Sachschäden für jeden Versicherungsfall. Die Leistungen des Versicherers für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden dürfen nicht weiter als auf den dreifachen Betrag der Mindestversicherungssumme begrenzt werden.

- Einzahlung einer Gebühr von 100 Euro gem. § 46 Abs. 1 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte. Hinsichtlich der Überweisung der Antragsgebühr werden Sie von uns eine Antragsnummer mitgeteilt bekommen. **Bitte zahlen Sie erst dann und verwenden Sie nur diese Nummer im Verwendungszweck bei Überweisung.** Nach § 38 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte gilt der Antrag als zurückgenommen, wenn die Antragsgebühr bis zur Sitzung des Zulassungsausschusses nicht entrichtet wird.

**Bitte beachten Sie, dass die Angabe der Praxisanschrift (S. 1 des Antrages) zwingend erforderlich ist und die Anschrift meint, an welcher Adresse Sie zukünftig Ihre Tätigkeit ausüben. Bei einer Sitzübernahme tragen Sie bitte die Praxisanschrift des abgebenden Arztes ein.**

Wir machen schon jetzt darauf aufmerksam, dass darüber hinaus – nach Eintritt der Rechtskraft des Beschlusses – bei positiver Entscheidung eine Verwaltungsgebühr in Höhe von 400 Euro fällig wird (§ 46 Abs. 2 b Ärzte-ZV), die dann von Ihrem Honorarkonto abgebucht wird.



**Geschäftsstelle  
Zulassungsausschuss  
Düsseldorf**

**Postanschrift**  
40182 Düsseldorf

Kontakt:

KA I ☎ 0211 5970 - 9986  
@ [ZA.Kammer.1.KV24@kvno.de](mailto:ZA.Kammer.1.KV24@kvno.de)

KA II ☎ 0211 5970 - 9533  
@ [ZA.Kammer.2.KV24@kvno.de](mailto:ZA.Kammer.2.KV24@kvno.de)

Handelt es sich bei Ihrem Antrag um ein Formular für eine  
Chiffre-Nr./um eine Bewerbung auf eine Ausschreibung, senden Sie die  
Unterlagen bitte an das Postfach [Ausschreibung.KV24@kvno.de](mailto:Ausschreibung.KV24@kvno.de)

## **Bescheinigung zur Beantragung eines Führungszeugnisses zur Vorlage bei einer Behörde nach § 30 Abs. 5 BZRG**

Hiermit bescheinigt die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Körperschaft des öffentlichen Rechts, dass die Vorlage des Führungszeugnisses zur Vorlage bei einer Behörde nach § 30 Abs. 5 BZRG für Zulassungsverfahren zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 18 Ärzte-ZV erforderlich ist.

Wir bitten entsprechend um Übersendung an:

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein  
Geschäftsstelle Zulassungsausschuss  
40182 Düsseldorf

## Antrag auf Sonderbedarfszulassung

Titel: \_\_\_\_\_

Vorname, Name: \_\_\_\_\_

Facharzt / Fachärztin für: \_\_\_\_\_

Schwerpunkt: \_\_\_\_\_

Privatanschrift:

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon / Fax: \_\_\_\_\_

Praxisanschrift:

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon / Fax: \_\_\_\_\_

Zulassung ab: \_\_\_\_\_

Waren Sie bereits vertragsärztlich (Zulassung, Anstellung, Ermächtigung) tätig?

nein

ja, im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung: \_\_\_\_\_

Nur für Fachärzte / Fachärztinnen für Innere Medizin:

Ich beantrage die Zulassung

für die:

hausärztliche Versorgung

fachärztliche Versorgung

### Allgemeine Angaben

Bitte definieren Sie die Region anhand von Stadt-, Kreis- und/oder Gemeindegrenzen, die vom beantragten Ort der Niederlassung aus versorgt werden soll:

## Zusätzliche Angaben bei Beantragung qualifikationsbezogener Leistungen

Diese Leistungen sind Inhalte

des Schwerpunktes: \_\_\_\_\_

oder

der fakultativen Weiterbildung: \_\_\_\_\_

oder

der besonderen Fachkunde: \_\_\_\_\_

oder

der Zusatzweiterbildung/Zusatzbezeichnung: \_\_\_\_\_

### Begründung

Warum ist die von Ihnen beantragte Sonderbedarfszulassung unerlässlich um die Versorgung der Patienten in dieser Region sicherzustellen?

**(Bitte fügen Sie diesem Antragsformular eine gesonderte maschinen-geschriebene Begründung als Anlage bei)**

## § 19a der Zulassungsverordnung Ärzte (Ärzte-ZV)

Die Zulassung verpflichtet den Arzt, die vertragsärztliche Tätigkeit vollzeitig auszuüben. Der Arzt ist berechtigt, seinen Versorgungsauftrag auf die Hälfte oder drei Viertel des Versorgungsauftrages zu beschränken.

Ich beantrage die Sonderbedarfszulassung mit einem

- vollen Versorgungsauftrag
- drei Viertel Versorgungsauftrag
- halben Versorgungsauftrag

### Weitere Vorhaben

Sind mit der beantragten Sonderbedarfszulassung ggf. noch weitere Vorhaben verbunden, die für den **Gesamtsachverhalt** relevant sind? Was ist Ihr Ziel? (z. B. weitere **Anträge an den Zulassungsausschuss**, die im Zusammenhang mit der Zulassung stehen, wie etwa Antrag auf Anstellung, Antrag auf Genehmigung einer Berufsausübungsgemeinschaft oder **Anträge an die KV** wie etwa Genehmigung einer Zweigpraxis)

- nein
- ja

welche?

Wir weisen darauf hin, dass ein gesonderter Antrag bezüglich des weiteren Vorhabens einzureichen ist.

## Erklärung zu einem Dienst- / Beschäftigungsverhältnis

Hiermit erkläre ich, dass ich zur Zeit in einem Dienst- / keinem Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis stehe.

Das Beschäftigungsverhältnis kann frühestens am .....beendet werden.

Das Beschäftigungsverhältnis ist mit Wirkung vom .....gekündigt / beendet worden.

Das bestehende Beschäftigungsverhältnis wird mit Wirkung zum ..... auf einen Umfang von ..... Stunden reduziert bzw. im bestehenden Umfang beibehalten. Nachweis über das bestehende Beschäftigungsverhältnis beifügen.

## Nebentätigkeitserklärung

Werden Sie nach Aufnahme Ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit noch in einem Beschäftigungsverhältnis stehen, oder werden Sie eine andere nicht ehrenamtliche Tätigkeit hauptamtlich oder nebenberuflich ausüben?

nein

ja

Art der Tätigkeit:

---

---

Ort der Tätigkeit:

---

Umfang:

(Anzahl der Tage wöchentlich  
und Stunden täglich)

---

Ende der Tätigkeit:

---

Name:

Datum:

Unterschrift:

## Erklärung über das Nichtvorliegen von Suchterkrankungen

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich nicht drogen- oder alkoholabhängig bin oder innerhalb der letzten fünf Jahre gewesen bin. Ich habe mich innerhalb der letzten fünf Jahre keiner Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterziehen müssen. Gesetzliche Hinderungsgründe stehen der Ausübung des ärztlichen Berufs nicht entgegen.

Name:

Datum:

Unterschrift:

### **Hinweis:**

Sollten im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung genehmigungspflichtige Leistungen erbracht und abgerechnet werden, ist eine entsprechende Genehmigung zu beantragen. **Das bedeutet konkret, dass eine Facharztqualifikation bzw. die Qualifikation als psychologischer Psychotherapeut in der vertragsärztlichen Versorgung für viele Bereiche zwar notwendig, aber nicht ausreichend ist.**

So müssen neben der fachlichen Befähigung des Arztes, psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gegebenenfalls die Vorgaben zu apparativ-technischen und räumlichen Anforderungen entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarungen sowie -Richtlinien geprüft werden.

**In jedem Falle dürfen genehmigungspflichtige Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung erst abgerechnet werden, wenn die schriftliche Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein erteilt wurde. Dies gilt auch für die Abrechnung von psychotherapeutischen Leistungen.**

Welche Leistungen einer Genehmigungspflicht unterliegen, entnehmen Sie bitte der Auflistung auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein unter folgendem Link:

[www.kvno.de/genehmigungen](http://www.kvno.de/genehmigungen)