

**Geschäftsstelle
Zulassungsausschuss
Düsseldorf**

Postanschrift
40182 Düsseldorf

Kontakt:

KA I ☎ 0211 5970 - 9986
@ ZA.Kammer.1.KV24@kvno.de

KA II ☎ 0211 5970 - 9533
@ 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

Merkblatt

zum Antrag auf Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V

Diesem Antrag fügen Sie bitte folgende Unterlagen bei:

- 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.
- Gesellschaftsvertrag.
- 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.

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

KA II ☎ 0211 5970 - 9533
@ 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

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 Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung
gemäß § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V**

Titel: _____

Vorname, Name: _____

Facharzt / Fachärztin für: _____

Schwerpunkt: _____

Privatanschrift:

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon / Fax: _____

Praxisanschrift:

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon / Fax: _____

Zulassung ab: _____ . Quartal 20

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

nein

ja, im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung: _____

Weitere Vorhaben

Sind mit der beantragten Zulassung 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 Verlegung des Vertragsarztsitzes, Durchführung eines Nachbesetzungs-verfahrens 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 ambeendet werden.

Das Beschäftigungsverhältnis ist mit Wirkung vomgekündigt / 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 mit Stundenanzahl 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

1. Variante: Neugründung einer Berufsausübungsgemeinschaft

**Antrag auf Genehmigung zur Errichtung einer Berufsausübungsgemeinschaft
gem. § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V**

Hiermit beantragen wir

1. Arzt / Ärztin

Titel:

Vorname, Name:

Facharzt / Fachärztin für:

Schwerpunkt:

2. Arzt / Ärztin

Titel:

Vorname, Name:

Facharzt / Fachärztin für:

Schwerpunkt:

die Genehmigung zur Errichtung einer Berufsausübungsgemeinschaft
gem. § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V.

Praxisanschrift:

Straße:

PLZ / Ort:

Tel.-Nr.

ab

_____ . Quartal 20

Die Genehmigung wird auf der Basis des dem Zulassungsausschuss vorzulegenden Gesellschaftsvertrages beantragt. Wir versichern, dass weitere Vereinbarungen, die dem entgegenstehen, nicht getroffen wurden bzw. werden.

Der Antrag ist von beiden Partnern zu unterschreiben.

Name:

Name:

Datum, Unterschrift / 1. Arzt / Ärztin

Datum, Unterschrift / 2. Arzt / Ärztin

2. Variante: Beitritt zu einer bestehende Berufsausübungsgemeinschaft

Hiermit beantragt die Berufsausübungsgemeinschaft

Vertragsarztstempel

Name der bisherigen
Berufsausübungsgemeinschaft: _____

gem. § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V ab dem ____ .Quartal 20__

Herrn / Frau _____ als Partner / Partnerin aufzunehmen.

Die Teilung des Vertragsarztsitzes erfolgt mit:

Titel: _____

Vorname, Name: _____

Facharzt / Fachärztin für: _____

Schwerpunkt: _____

Die Genehmigung wird auf der Basis des dem Zulassungsausschuss vorzulegenden Gesellschaftsvertrages beantragt. Wir versichern, dass weitere Vereinbarungen, die dem entgegenstehen, nicht getroffen wurden bzw. werden.

Der Antrag ist von allen Partnern und dem Jobsharing-Partner zu unterschreiben.

Name:

Name:

Datum, Unterschrift

Datum, Unterschrift

Name:

Name:

Datum, Unterschrift

Datum, Unterschrift

Name:

Name:

Datum, Unterschrift

Datum, Unterschrift

Hinweis:

Für das Verfahren wird gem. § 46 Abs. 1 der Zulassungsverordnung für Vertrags-ärzte eine Gebühr von 120 Euro pro Vertragsarzt erhoben. Die Gebühr ist bei Antragstellung fällig. Wenn Sie noch nicht über ein Honorarkonto bei der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein verfügen, ist die Gebühr vorab zu entrichten.

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.