

**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

Antrag auf Umwandlung eines Angestelltensitzes in eine Zulassung gem. § 95 Abs. 9b SGB V

Verwenden Sie dieses Formular, wenn Ihr derzeit angestellter Arzt Inhaber der Zulassung werden soll.

Für die Umwandlung der Angestelltenstelle zum Zwecke der Ausschreibung verwenden Sie bitte das Formular „Antrag auf Ausschreibung Anstellung“.

Für die Umwandlung des Angestelltensitzes in eine Zulassung wird gem. § 46 Abs. 1 der Ärzte-ZV eine Gebühr von € 120,-- erhoben, welche automatisch vom Honorarkonto abgebucht wird.

Titel: _____

Name des Antragstellers: _____
(MVZ, Praxisinhaber oder BAG)

Praxisanschrift:

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

- Mein bisher angestellter Arzt soll Inhaber der vertragsärztlichen Zulassung werden. (Umwandlung)**

Name des **angestellten Arztes**, dessen Vertragsarztsitz

umgewandelt werden soll: _____

hälftig drei Viertel voll

Beschäftigungsumfang pro Woche: _____

Hinweis:

Die Umwandlung einer genehmigten Anstellung gem. § 95 Abs. 9b Satz 1 SGB V setzt voraus, dass der Umfang der Tätigkeit des angestellten Arztes einem ganzen oder halben Versorgungsauftrag entspricht. Ein halber Versorgungsauftrag entspricht einem Beschäftigungsumfang von über 10 bis 20 Stunden pro Woche je Arzt. Ein drei Viertel Versorgungsauftrag entspricht einem Beschäftigungsumfang von über 20 bis 30 Stunden pro Woche je Arzt. Ein voller Versorgungsauftrag entspricht einem Beschäftigungsumfang über 30 Stunden pro Woche je Arzt.

Sofern nach Umwandlung und Übertragung des Vertragsarztsitzes eine Berufsausübungsgemeinschaft gegründet bzw. erweitert werden soll, ist hierfür ein gesonderter Antrag erforderlich („Antrag auf Genehmigung einer Berufsausübungsgemeinschaft“).

Name:

Datum:

Unterschrift:

**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 nach Umwandlung einer Anstellung** **gem. § 95 Abs. 9b SGB V**

Für diesen Antrag sind folgende Unterlagen erforderlich:

- Nachweis über das zum Zeitpunkt der Antragstellung bestehende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis unter Angabe des frühestmöglichen Endes des Beschäftigungsverhältnisses, sofern neben der momentanen Anstellung ein weiteres Beschäftigungsverhältnis besteht.
- 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 Ärzte-ZV. Die Gebühr ist bei Antragstellung fällig. Hinsichtlich der Überweisung der Gebühr werden Sie von uns eine Antragsnummer mitgeteilt bekommen. Bitte verwenden Sie nur diese Nummer im Verwendungszweck bei Überweisung.
Nach § 38 der Ärzte-ZV 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

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

Antrag auf Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung nach Umwandlung einer Anstellung gem.§ 95 Abs. 9b SGB V

Titel: _____

Vorname, Name: _____

Facharzt / Fachärztin für: _____

Schwerpunkt: _____

Privatanschrift:

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon / Fax: _____

Praxisanschrift:

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon / Fax: _____

Zulassung ab: _____

Nur für Fachärzte / Fachärztinnen für Innere Medizin:

Ich beantrage die Zulassung

für die:

- hausärztliche Versorgung
 fachärztliche Versorgung

§ 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 erkläre, dass meine vertragsärztliche Tätigkeit mit einem

- vollen Versorgungsauftrag
- drei Viertel Versorgungsauftrag
- halben Versorgungsauftrag

durchgeführt wird.

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, Genehmigung einer Berufsausübungsgemeinschaft oder **Anträge an die KV** wie etwa Genehmigung einer Zweigpraxis)

- nein
- ja

welche?

Wir weisen darauf hin, dass ggf. 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 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