

Anstellung eines Arztes/einer Ärztin/eines/-r Psychotherapeuten/-in
gem. § 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V i.V.m. § 32b Ärzte-ZV
(Genehmigung mit Leistungsbeschränkung)
(Für Ihre Unterlagen bestimmt)

CHECKLISTE:

Dem Antrag auf Genehmigung zur Anstellung eines Arztes/einer Ärztin/eines/-r Psychotherapeuten/-in sind nachstehende Unterlagen vollständig beizufügen:

- Antrag des Praxisinhabers auf Anstellung eines Arztes/einer Ärztin/eines/-r Psychotherapeuten/-in
- schriftlicher Arbeitsvertrag, insbesondere unter Angabe der Arbeitszeiten und des konkreten Anstellungsortes (Straße, PLZ, Ort)
- Nachweis über die Entrichtung der Antragsgebühr
- unterzeichneter Erhebungsbogen (Dies wird dem Praxisinhaber direkt von der KV Hessen zugestellt.)
- unterzeichnete Erklärung zur Leistungsbeschränkung (Dies wird dem Praxisinhaber direkt von der KV Hessen zugestellt.)
- Antragsergänzung „Weitere Antragsteller“ (**Formblatt 1**)

Von dem/der anzustellenden Arzt/Ärztin/Psychotherapeuten/-in sind folgende Unterlagen einzureichen:

- aktueller EDV-Ausdruck über die Eintragung in das Arztregister/Psychotherapeutenregister einer Kassenärztlichen Vereinigung, aus dem der Tag der Approbation, der Tag der Eintragung in das Arztregister und der Tag der Anerkennung des Rechts zum Führen einer bestimmten Facharzt-, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung bzw. Fachbezeichnung hervorgehen muss (entfällt, sofern die Eintragung in das Register der KV Hessen erfolgt ist)
- aktueller, lückenloser Lebenslauf mit Datum und Unterschrift sowie den Angaben über die seit der Approbation ausgeübten ärztlichen/psychotherapeutischen Tätigkeiten, soweit Zeiten ohne Beschäftigungsverhältnis vorgelegen haben (z.B. wegen Kindererziehung, Erkrankung, Arbeitslosigkeit), sind diese ebenso anzugeben, achten Sie darauf, den Lebenslauf mindestens monatlich auszuführen. Bitte beachten Sie, dass der Lebenslauf zum Zeitpunkt der Erteilung der Zulassung (Sitzungstermin des Zulassungsausschusses) nicht älter als sechs Monate sein darf und zur Verhandlung vor dem Zulassungsausschuss vorliegen muss.
- Beleg über den Antrag auf Erteilung eines polizeilichen Führungszeugnisses der Belegart „O“ zur Vorlage bei einer Behörde. Bei Antragstellung ist die im Antrag genannte Adresse anzugeben. Bitte beachten Sie, dass das Führungszeugnis zum Zeitpunkt der Erteilung der Zulassung (Sitzungstermin des Zulassungsausschusses) nicht älter als sechs Monate sein darf und zur Verhandlung vor dem Zulassungsausschuss zwingend vorliegen muss.

WICHTIGE HINWEISE ZUR ENTRICHTUNG DER ANTRAGSGEBÜHR:

Gem. § 46 Abs. 1 c) Ärzte-ZV ist eine Gebühr fällig, sobald Sie Ihren Antrag im BeratungsCenter der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen oder bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses eingereicht haben. Diese Gebühr ist somit auch dann zu entrichten, wenn Sie Ihren Antrag später zurücknehmen sollten.

Über die Zahlung der Antragsgebühr legen Sie uns bitte innerhalb von 14 Tagen (Eingang) nach Einreichung Ihres Antrags unaufgefordert einen geeigneten Zahlungsnachweis vor.

Sollte die Antragsgebühr nicht fristgemäß gezahlt worden und der geeignete Zahlungsnachweis hier nicht innerhalb der vorgenannten 14 Tagesfrist eingegangen sein, gilt Ihr Antrag nach § 38 Ärzte-ZV als zurückgenommen. In jedem Fall wird Ihr Antrag ohne fristgerechten Nachweis über die Entrichtung der Antragsgebühr nicht für eine Sitzung des Zulassungsausschusses terminiert.

Damit die eindeutige Zuordnung des Antrags gewährleistet werden kann, ist es unbedingt erforderlich, dass die Überweisung der Antragsgebühr unter **Angabe des im Formular näher bezeichneten Verwendungszwecks** zugunsten nachfolgender Bankverbindung durchgeführt wird:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG

IBAN: DE92 3006 0601 0101 2721 28

BIC: DAAEDEDXXX

Nach der Genehmigung werden auf gesonderte Anforderung zusätzlich Verwaltungsgebühren in Höhe von zweimal € 400,- fällig, § 46 Abs. 2 c) und d) Ärzte-ZV.

ALLGEMEINE HINWEISE ZUM ANTRAGSVERFAHREN:

Um Ihnen Ihr Antragsverfahren zu erleichtern, ist die **Übersendung von Originalunterlagen**, mit Ausnahme von Bürgschaftserklärungen, **nicht erforderlich**. Etwaig zugesandte Originalunterlagen können daher nicht an Sie zurückgeschickt werden.

Aufgrund dieser Verfahrenserleichterung bitten wir Sie, nur eine Form der Übersendung von Anträgen zu wählen. Entweder entscheiden Sie sich für eine elektronische **Zusendung per Fax oder E-Mail oder** Sie schicken uns Ihre Anträge nebst Anlagen **auf dem Postweg** zu.

Haben Sie Ihre Unterlagen im für Sie zuständigen BeratungsCenter abgegeben, erübrigt sich eine nochmalige Zusendung derselben Unterlagen. Gleiches gilt für die Nachreichung angeforderter Unterlagen.

Bitte beachten Sie, dass die Terminierung eines Antrages für eine Sitzung des Zulassungsausschusses erst erfolgen kann, wenn alle angeforderten Unterlagen vollständig hier eingereicht und die Antragsgebühr überwiesen wurde.

Die Bestimmungen gelten für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten gleichermaßen.

DATENSCHUTZ

Die zur Bearbeitung Ihres Antrags erforderlichen Daten werden auf der gesetzlichen Grundlage der §§ 95 und 98 SGB V in Verbindung mit den Vorschriften der Zulassungsverordnung erhoben und verarbeitet.

Die Daten werden nur im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften verarbeitet. Die Datenverarbeitung ist gemäß Art. 6 Abs. 1 Satz 1 c) DSGVO für die Aufgabenerfüllung der KV Hessen erforderlich und erfolgt damit rechtmäßig.

Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter dem Link www.kvhessen.de/datenschutz.

Antrag auf Anstellung eines Arztes/Psychotherapeuten gem. § 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V i.V.m. § 32b Ärzte-ZV (Genehmigung mit Leistungsbeschränkung)

ZULASSUNGS
AUSSCHUSS
HESSEN



Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Zulassungsausschuss für Ärzte und
Zulassungsausschuss/Psychotherapie
Postfach 15 02 04
60062 Frankfurt

Notizfeld für Bearbeitungshinweise des
BeratungsCenters der KVH

Das Antragsformular bitte vollständig ausfüllen sowie Zutreffendes ankreuzen!

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Die männliche Form schließt die weibliche mit ein, ohne dadurch eine geschlechtsspezifische Diskriminierung vornehmen zu wollen.

1. Persönliche Angaben

a) 1. Praxisinhaber

(Bei Anstellung in einer Berufsausübungsgemeinschaft bitte für die weiteren BAG-Mitglieder das Formblatt „Weitere Antragsteller“ (Formblatt 1 - Seiten 5 und 6) gesondert ausfüllen. Die auf diesen zusätzlich eingereichten Formblättern gemachten Angaben sind Bestandteil dieses Antrages.

Titel, Name/ Firma:			
Vorname(n):			
Vertragspraxis:	Straße, Nr.:		
	PLZ:		Ort:
Telefon (tagsüber):			Fax:
E-Mail:			BSNR:
Fachgebietsbezeichnung:			

b) Anzustellender Arzt

Titel, Name:			
Vorname(n):			
Geburtsdatum:			
Hauptwohnsitz: (Zeitpunkt der Anstellung)	Straße, Nr.:		
	PLZ:		Ort:
Telefon (tagsüber):			Fax:
E-Mail:			

Weitere Anträge zu meiner Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung habe ich derzeit auch bei einem anderen Zulassungsausschuss gestellt:

- nein
- ja, beim Zulassungsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung _____
mit dem Antrag auf: _____
zum: _____

§ 59 der Bedarfsplanungs-Richtlinie:

Fachidentität im Sinne des § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V liegt vor, wenn der anzustellende Arzt mit dem anstellenden Arzt in der Facharztkompetenz und, sofern eine entsprechende Bezeichnung geführt wird, in der Schwerpunktkompetenz übereinstimmt. Dabei genügt eine übereinstimmende Facharztkompetenz, wenn der Vertragsarzt mehrere Bezeichnungen führt. Soll ein angestellter Arzt durch Vertragsärzte beschäftigt werden, die sich gemäß § 33 Ärzte-ZV zur gemeinsamen Berufsausübung zusammengeschlossen haben, genügt die Übereinstimmung mit der Facharztkompetenz eines der Vertragsärzte. Auf das Führen einer Schwerpunktbezeichnung hat der anzustellende Arzt für die Dauer der Anstellung zu verzichten, es sei denn, dass die Schwerpunktbezeichnungen übereinstimmen.

2. Vertragsärztliche/-psychotherapeutische Tätigkeit/Anstellungsgenehmigung

Die Genehmigung zur Anstellung gem. § 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V i.V.m. § 32 b Ärzte-ZV wird beantragt

zum:

.....
(geplanter Zeitpunkt der Aufnahme der Tätigkeit)

als:

.....
(Fachgebietsanerkennung lt. Urkunde - ggf. einschließlich Schwerpunktbezeichnung)

mit:

.....
(Tätigkeitsumfang in Stunden pro Woche)

zugeordnet

zu:

.....
(Name des Vertragsarztes zu dem die organisatorische Zuordnung erfolgt)

§ 58 Abs. 2 Satz 4 BP-RL:

<u>Vertraglich vereinbarte Arbeitszeit</u>	<u>Anrechnungsfaktor</u>
bis 10 Stunden pro Woche	0,25
über 10 bis 20 Stunden pro Woche	0,5
über 20 bis 30 Stunden pro Woche	0,75
über 30 Stunden pro Woche	1,0

3. Erklärungen des Praxisinhabers (Arbeitgeber)

Für die Anstellung ist folgendes gewährleistet:

Bestehen einer Berufshaftpflichtversicherung mit ausreichender Deckung

fachliche Weisungen erfolgen unter Beachtung des Berufsrechts

mindestens angemessene Vergütung

Eine Vergütung ist angemessen, wenn sie in einem gerechten Verhältnis zur geschuldeten Leistung steht und sich im Rahmen der üblichen Vergütungsgrenzen des Marktes hält.

4. Erklärungen des anzustellenden Arztes/Psychotherapeuten (Arbeitnehmer)

Ich erkläre, dass ich nicht drogen- und/oder alkoholabhängig bin und dies nicht innerhalb der letzten fünf Jahre war. Ferner erkläre ich, dass ich mich innerhalb der letzten fünf Jahre keiner Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen habe und dass gesetzliche Hinderungsgründe meiner Ausübung des ärztlichen Berufes nicht entgegenstehen.

§ 21 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte:

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. Das ist insbesondere zu vermuten, wenn er innerhalb der letzten fünf Jahre vor seiner Antragstellung drogen- oder alkoholabhängig war.

§ 20 Abs. 1 und 2 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte:

Ein Beschäftigungsverhältnis oder eine andere nicht ehrenamtliche Tätigkeit steht der Eignung für die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit entgegen, wenn der Arzt unter Berücksichtigung der Dauer und zeitlichen Lage der anderweitigen Tätigkeit den Versicherten nicht in dem seinem Versorgungsauftrag entsprechenden Umfang persönlich zur Verfügung steht und insbesondere nicht in der Lage ist, Sprechstunden zu den in der vertragsärztlichen Versorgung üblichen Zeiten anzubieten. Für die Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit ist nicht geeignet ein Arzt, der eine ärztliche Tätigkeit ausübt, die ihrem Wesen nach mit der Tätigkeit des Vertragsarztes am Vertragsarztsitz nicht zu vereinbaren ist. Eine Nebentätigkeit in Bezug auf Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken ist gestattet.

Angaben zu bestehenden Dienst- bzw. Beschäftigungsverhältnissen des Angestellten			
<input type="checkbox"/> Ich stehe zurzeit in keinem Dienst- bzw. Beschäftigungsverhältnis.			
<input type="checkbox"/> Ich stehe zurzeit in folgendem/n Dienst- bzw. Beschäftigungsverhältnis(en) (ggf. gesondertes Blatt verwenden):			
1.	bei/im:	mit	Std./Woche
2.	bei/im:	mit	Std./Woche
3.	bei/im:	mit	Std./Woche
<input type="checkbox"/> Das Beschäftigungsverhältnis zu Nr. ist mit Wirkung zum gekündigt worden.			
<input type="checkbox"/> Das Beschäftigungsverhältnis zu Nr. wird mit Wirkung zum gekündigt.			
<input type="checkbox"/> Das Beschäftigungsverhältnis zu Nr. wird mit Std./Woche weitergeführt.			
Mir ist bekannt, dass ich mich mit Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit (voller Versorgungsauftrag) nur mit insgesamt maximal 13 Std./Woche in einem anderen Dienst- bzw. Beschäftigungsverhältnis befinden darf und dass jede regelmäßige Nebentätigkeit dem Zulassungsausschuss unter Angabe des zeitlichen Umfangs und Vorlage des entsprechenden Vertrages anzuzeigen ist.			
5. Hinweise zur Abrechnung von Genehmigungspflichtigen Leistungen			
Uns ist bekannt, dass für die Ausführung und Abrechnung von Genehmigungspflichtigen Leistungen jeweils bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein müssen und diese Leistungen -unabhängig vom Status der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung- im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nur ausgeführt bzw. abgerechnet werden, wenn hierfür von der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen eine zusätzliche Genehmigung bzw. Anerkennung vorliegt.			
Uns ist zudem bekannt, dass eine rückwirkende Genehmigung nicht möglich ist und die Ausführung und Abrechnung dieser Leistungen erst nach Erteilung der entsprechenden Genehmigungen zulässig ist und Honoraranspruch besteht.			
Die Antragsformulare finden Sie auf unserer Homepage (www.kvhessen.de). Bitte beachten Sie, dass die Genehmigungen standortbezogen erteilt werden, d. h. für Nebenbetriebsstätten müssen für den jeweiligen Standort nochmals entsprechende Genehmigungen beantragt werden.			
6. Sonstige Hinweise			
Sämtliche Angaben in diesem Antrag werden für die Genehmigung gemäß § 95 Abs. 1 SGB V i.V.m. § 18 Ärzte-ZV benötigt. Unvollständige Angaben können zur Folge haben, dass die Genehmigung nicht erteilt wird. Wenn die bei der Erteilung dieser Genehmigung zugrunde gelegten Voraussetzungen tatsächlich nicht erfüllt waren oder nachträglich entfallen, kann die Zulassung entzogen werden; sie ist zu entziehen, wenn die Voraussetzungen, unter denen sie erteilt wurde, tatsächlich nicht vorlagen oder nachträglich weggefallen sind; im Übrigen kann die Genehmigung in durch Gesetz bestimmten Fällen entzogen werden.			
Jede Änderung bzw. Beendigung der genehmigten Anträge auch im Hinblick auf den Status des Vertragsarztes wie z. B. die Verlegung der Vertragspraxis bedarf der vorherigen Genehmigung des Zulassungsausschusses. Die für einen Antrag erforderliche Genehmigung des Ausschusses kann -wie auch jede sonstige Genehmigung- nur mit Wirkung für die Zukunft und nicht für einen in der Vergangenheit liegenden Zeitraum erteilt werden.			
Ändert sich die vertraglich vereinbarte Arbeitszeit bei einem in einer Vertragsarztpraxis nach § 95 Abs. 9 SGB V angestellten Arzt, so bedarf es einer vorherigen Genehmigung des Zulassungsausschusses (§§ 58 Abs. 6, 55, 60, 42 BP-RL). Zur Vermeidung insbesondere finanzieller Nachteile (z. B. EHV-Beiträge, Leistungsbeschränkungen) wird dringend empfohlen jede Änderung in Bezug auf das Anstellungsverhältnis möglichst frühzeitig dem Zulassungsausschuss mitzuteilen.			

7. Antragsgebühren

- Ich habe den Betrag in Höhe von € 120,00 am _____ unter Angabe des Verwendungszwecks „**ZA 3.1 Anstellung mit LB / Name Praxisinhaber / Name Angestellter**“ auf das Bankkonto der Deutschen Apotheker- und Ärztebank eG, IBAN: DE92 3006 0601 0101 2721 28, BIC: DAAEDEDXXX, überwiesen. Ein Nachweis über die Entrichtung liegt bei (z. B. Kontoauszug, gestempelte Bestätigung der Bank).

Spätestens innerhalb von 14 Tagen nach dem Antragseingang muss die Antragsgebühr entrichtet und ein geeigneter Zahlungsnachweis vorgelegt werden, sonst gilt der Antrag als zurückgenommen.

Ich versichere, dass meine Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Sofern sich Änderungen zu vorstehenden Angaben ergeben, verpflichte ich mich, diese umgehend dem Zulassungsausschuss schriftlich mitzuteilen.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift und Stempel Praxisinhaber/in zu 1)

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift anzustellender Arzt)

Formblatt 1 - Weitere Antragsteller (Die auf diesem Formblatt gemachten Angaben sind Bestandteil des Antrages.)					
2. Praxisinhaber					
Titel, Name/ Firma:					
Vorname(n):					
Vertragspraxis:	Straße, Nr.:				
	PLZ:		Ort:		
Telefon (tagsüber):			Fax:		
E-Mail:			BSNR:		
Fachgebietsbezeichnung:					
(Unterschrift und Stempel Praxisinhaber zu 2)					
3. Praxisinhaber					
Titel, Name/ Firma:					
Vorname(n):					
Vertragspraxis:	Straße, Nr.:				
	PLZ:		Ort:		
Telefon (tagsüber):			Fax:		
E-Mail:			BSNR:		
Fachgebietsbezeichnung:					
(Unterschrift und Stempel Praxisinhaber zu 3)					
4. Praxisinhaber					
Titel, Name/ Firma:					
Vorname(n):					
Vertragspraxis:	Straße, Nr.:				
	PLZ:		Ort:		
Telefon (tagsüber):			Fax:		
E-Mail:			BSNR:		
Fachgebietsbezeichnung:					
(Unterschrift und Stempel Praxisinhaber zu 4)					

Formblatt 1 - Weitere Antragsteller
 (Die auf diesem Formblatt gemachten Angaben sind Bestandteil des Antrages.)

5. Praxisinhaber

Titel, Name/ Firma:			
Vorname(n):			
Vertragspraxis:	Straße, Nr.:		
	PLZ:		Ort:
Telefon (tagsüber):		Fax:	
E-Mail:		BSNR:	
Fachgebietsbezeichnung:			
(Unterschrift und Stempel Praxisinhaber zu 5)			

6. Praxisinhaber

Titel, Name/ Firma:			
Vorname(n):			
Vertragspraxis:	Straße, Nr.:		
	PLZ:		Ort:
Telefon (tagsüber):		Fax:	
E-Mail:		BSNR:	
Fachgebietsbezeichnung:			
(Unterschrift und Stempel Praxisinhaber zu 6)			

7. Praxisinhaber

Titel, Name/ Firma:			
Vorname(n):			
Vertragspraxis:	Straße, Nr.:		
	PLZ:		Ort:
Telefon (tagsüber):		Fax:	
E-Mail:		BSNR:	
Fachgebietsbezeichnung:			
(Unterschrift und Stempel Praxisinhaber zu 7)			