

Ruhen der Anstellung gem. § 95 Abs. 9 SGB V i.V.m. § 26 Ärzte-ZV (Für Ihre Unterlagen bestimmt)

CHECKLISTE:

Dem Antrag auf Ruhen der Anstellung der vertragsärztlichen/vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit sind nachstehende Unterlagen vollständig beizufügen:

- Antrag auf Ruhen der Anstellung
- Nachweis des Grundes für das Ruhen
- Nachweis über die Entrichtung der Antragsgebühr

WICHTIGE HINWEISE ZUR ENTRICHTUNG DER ANTRAGSGEBÜHR:

Gem. § 46 Abs. 1 c) Ärzte-ZV ist eine Gebühr in Höhe von € 120,- 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

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 Ruhen der Anstellung gem. § 95 Abs. 9 SGB V i.V.m. 26 Ärzte-ZV

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 und in Großbuchstaben 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.

Erstantrag auf Ruhen der Anstellung

Antrag auf Verlängerung des bisherigen Ruhens

1. Persönliche Angaben			
a) 1. Praxisinhaber		<small>(Bei Anstellung in einer Berufsausübungsgemeinschaft bitte für die weiteren BAG-Mitglieder das Formblatt „Weitere Antragsteller“ (Formblatt 1 - Seite 3 und 4) gesondert ausfüllen. Die auf diesen zusätzlich eingereichten Formblättern gemachten Angaben sind Bestandteil dieses Antrages.)</small>	
Titel, Name/ Firma:			
Vorname(n):			
Vertragspraxis:	Straße, Nr.:		
	PLZ:	Ort:	
Telefon (tagsüber):			Fax:
E-Mail:			BSNR:
b) Angestellter Arzt/Psychotherapeut			
Titel, Name:			
Vorname(n):			
Fachgebietsbezeichnung			
2. Ruhen der Anstellung			
Ich beantrage			
<input type="checkbox"/> a) das vollständige Ruhen der Anstellung.			
<input type="checkbox"/> b) das hälftige Ruhen der Anstellung.			
<input type="checkbox"/> c) das Ruhen eines Viertels der Anstellung.			<small>Nur bei einer Anstellung mit Faktor 1,0 und 0,75 möglich.</small>
Ich werde mit _____ Stunden/Woche weiterhin beschäftigt sein.			
Der Zeitraum des Ruhens ist vom:		bis:	
	<small>(erster Tag des Ruhens)</small>		<small>(letzter Tag des Ruhens)</small>

§ 26 Abs. 1 und 3 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte:

Der Zulassungsausschuss hat das vollständige Ruhen der Zulassung oder das Ruhen der Hälfte oder eines Viertels der Zulassung eines Vertragsarztes zu beschließen, wenn die Voraussetzungen des § 95 Abs. 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt sind und Gründe der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung nicht entgegenstehen. In dem Beschluss ist zudem die Ruhenszeit festzusetzen.

3. Begründung des Antrages

- Krankheit
- Mutterschutz/Elternzeit
- Weiterbildung
- Sonstiger Grund (bitte ausführliche Begründung beifügen)

Bitte fügen Sie entsprechende Nachweise bei: z. B. ärztliches Attest, aus dem sich Art und Dauer der Krankheit ergibt; Geburtsurkunde des Kindes; Bestätigung der Weiterbildungsstätte etc.

4. Wichtige Hinweise

Jede Statusänderung 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.

5. Antragsgebühren

- Der Betrag in Höhe von € 120,- wurde am _____ auf das Bankkonto der Deutschen Apotheker- und Ärztebank eG, IBAN: DE92 3006 0601 0101 2721 28, BIC: DAAEDEDXXX, mit dem Verwendungszweck „**ZA 3.9 Ruhen / Name Angestellter**“ 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 des Praxisinhabers)

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:
_____ (Unterschrift und Stempel Praxisinhaber zu 2)			
3. Praxisinhaber			
Titel, Name/ Firma:			
Vorname(n):			
Vertragspraxis:	Straße, Nr.:		
	PLZ:	Ort:	
Telefon (tagsüber):			Fax:
E-Mail:			BSNR:
_____ (Unterschrift und Stempel Praxisinhaber zu 3)			
4. Praxisinhaber			
Titel, Name/ Firma:			
Vorname(n):			
Vertragspraxis:	Straße, Nr.:		
	PLZ:	Ort:	
Telefon (tagsüber):			Fax:
E-Mail:			BSNR:
_____ (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:
_____ (Unterschrift und Stempel Praxisinhaber zu 5)			
6. Praxisinhaber			
Titel, Name/ Firma:			
Vorname(n):			
Vertragspraxis:	Straße, Nr.:		
	PLZ:	Ort:	
Telefon (tagsüber):			Fax:
E-Mail:			BSNR:
_____ (Unterschrift und Stempel Praxisinhaber zu 6)			
7. Praxisinhaber			
Titel, Name/ Firma:			
Vorname(n):			
Vertragspraxis:	Straße, Nr.:		
	PLZ:	Ort:	
Telefon (tagsüber):			Fax:
E-Mail:			BSNR:
_____ (Unterschrift und Stempel Praxisinhaber zu 7)			