

# Merkblatt

## **Aufhebung der Beschränkung des Versorgungsauftrages**

(Für Ihre Unterlagen bestimmt)

### **I. CHECKLISTE:**

Dem Antrag auf Aufhebung der Beschränkung des Versorgungsauftrages sind nachstehende Unterlagen vollständig beizufügen:

- Antrag auf Aufhebung der Beschränkung des Versorgungsauftrages
- Nachweis über die Entrichtung der Antragsgebühr
- Ferner ist bei Übernahme eines auf der Homepage der KV Hessen ([www.kvhessen.de/ausgeschriebene-sitze/](http://www.kvhessen.de/ausgeschriebene-sitze/)) gem. § 103 Abs. 4 SGB V ausgeschriebenen Vertragsarztsitzes eine formlose schriftliche Bewerbung um die ausgeschriebene Vertragspraxis nach Veröffentlichung auf der Homepage der KV Hessen unter Angabe der Chiffre-Nr. an das zuständige BeratungsCenter der KV Hessen zu richten.

### **II. 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**

Für Anträge in unterversorgten Gebieten oder Gebieten mit drohender Unterversorgung fällt keine Gebühr an, § 46 Abs. 4 Ärzte-ZV.

Bitte entnehmen Sie die gem. § 100 Abs. 1 SGB V unterversorgten Regionen dem jeweils aktuellen Beschluss des Landesausschusses auf der Homepage der KV Hessen ([www.kvhessen.de/zulassungsbeschraenkungen](http://www.kvhessen.de/zulassungsbeschraenkungen)).

### **III. ALLGEMEINE HINWEISE ZUM ANTRAGSVERFAHREN:**

Die **Übersendung von Originalunterlagen ist**, mit Ausnahme von Bürgschaftserklärungen, **nicht erforderlich**. Etwaig zugesandte Originalunterlagen können nicht zurückgeschickt werden. Bitte heften Sie Ihre Unterlagen nicht, da diese hier elektronisch weiterverarbeitet werden.

Bitte nutzen Sie nur einen Versandweg für Ihren Antrag. Für eine elektronische Übermittlung können folgende Kontaktdaten genutzt werden:

- [zulassungsausschuss@kvhessen.de](mailto:zulassungsausschuss@kvhessen.de)
- [sicherstellung@kvhessen.kim.telematik](mailto:sicherstellung@kvhessen.kim.telematik) (KIM-Dienst)
- [bebpo-za@kvhessen.de](mailto:bebpo-za@kvhessen.de) (nur von Rechtsanwälten nutzbar)

Auch die Übersendung auf dem Postweg ist möglich.

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.

## **V. 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 und der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses erforderlich und erfolgt damit rechtmäßig.

Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter dem Link [www.kvhessen.de/datenschutz](http://www.kvhessen.de/datenschutz).

Darüber hinaus gilt in **Auswahlverfahren** nachfolgende Besonderheit:

Übersteigt die Anzahl der Bewerber die Anzahl der zur Verfügung stehenden Sitze, findet ein Auswahlverfahren vor dem Zulassungsausschuss statt.

Dies kann bei Anträgen im Rahmen einer partiellen Öffnung und bei Praxisübernahmen zum Tragen kommen.

Unter mehreren Bewerbern entscheidet der Zulassungsausschuss nach pflichtgemäßem Ermessen unter Berücksichtigung verschiedener Kriterien (berufliche Eignung, Dauer der bisherigen ärztlichen Tätigkeit, Approbationsalter, Dauer der Eintragung in die Wartelisten gem. § 103 Abs. 5 Satz 1 SGB V, bestmögliche Versorgung der Versicherten im Hinblick auf die räumliche Wahl des Vertragsarztsitzes, Entscheidung nach Versorgungsgesichtspunkten (z.B. Fachgebietsschwerpunkt, Barrierefreiheit)).

Im Hinblick auf das bei Auswahlverfahren angestrebte Ziel der Bewerber, einen öffentlich-rechtlichen Status zu erhalten, muss ein transparentes Verfahren durchgeführt werden. Dies bedingt, dass im Rahmen des Auswahlverfahrens alle Mitbewerber Kenntnis von den entscheidungserheblichen Aspekten erhalten. Hierzu gehören ggf. auch personenbezogene Daten, die im Rahmen des Bewerbungsverfahrens mitgeteilt werden.

Dies hat zur Folge, dass in dem Auswahlverfahren ein einheitlicher Beschluss für alle Bewerber gemeinsam gefasst wird.

# Antrag auf Aufhebung der Beschränkung des Versorgungsauftrages

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.

## 1. Persönliche Angaben

Titel, Name:			
Vorname(n):			
Hauptwohnsitz:		Straße, Nr.:	
		PLZ:	Ort:
Vertragspraxis:		Straße, Nr.:	
		PLZ:	Ort:
Optional zur schnelleren Kontaktaufnahme:	Telefon:	Fax:	
	E-Mail:	BSNR:	

## 2. Vertragsärztliche/Vertragspsychotherapeutische Tätigkeit

**§ 19 Abs. 4 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte:**  
In einem Planungsbereich ohne Zulassungsbeschränkungen mit einem allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad ab 100% kann der Zulassungsausschuss die Zulassung befristen.

### Ich beantrage die Aufhebung der Beschränkung des Versorgungsauftrags

<input type="checkbox"/>	von einem halben auf einen	<input type="checkbox"/>	vollen Versorgungsauftrag
		<input type="checkbox"/>	drei Viertel Versorgungsauftrag
<input type="checkbox"/>	von einem drei Viertel auf einen vollen Versorgungsauftrag		
zum:			
<input type="checkbox"/>	a) in einem unterversorgten Gebiet		
<input type="checkbox"/>	b) in einem offenen Planungsbereich		
<input type="checkbox"/>	c) für eine Arzt-/Fachgruppe, die nicht der Bedarfsplanung unterliegt		

<input type="checkbox"/> d) zur Übernahme eines ausgeschriebenen Vertragsarztsitzes	
Datum der Ausschreibung/Chiffre:	<a href="http://www.kvhessen.de/ausgeschriebene-sitze">www.kvhessen.de/ausgeschriebene-sitze</a>
für das Fachgebiet:	(Facharztgruppe)
<input type="checkbox"/> e) aufgrund der Umwandlung meiner Anstellung in eine Zulassung	
bei/im:	(Name des Arbeitgebers)
im Umfang von:	Stunden/Woche
Ein zivilrechtlicher Praxisübernahmevertrag mit dem bisherigen Praxisinhaber wurde abgeschlossen:	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Nach § 103 Abs. 4 Satz 8 SGB V sind die wirtschaftlichen Interessen des ausscheidenden Vertragsarztes oder seiner Erben nur insoweit zu berücksichtigen, als der Kaufpreis die Höhe des Verkehrswerts der Praxis nicht übersteigt.	
Die <b>Versorgung von Menschen mit Behinderung</b> wird in meiner Praxis wie folgt sichergestellt:	
<input type="checkbox"/> behindertengerechte Beratungsform, nämlich:	(per Telefon, Fax, E-Mail) <b>-bitte im Einzelnen benennen-</b>
<input type="checkbox"/> behindertengerechtes Informationsmaterial, nämlich:	(für Lernschwache in leicht verständlicher Sprache; für Sehbehinderte in vergrößerter Schrift; für Blinde als Hördatei oder in Brailleschrift) <b>-bitte im Einzelnen benennen-</b>
<input type="checkbox"/> Angebot eines/r Gebärdendolmetschers/in:	(in den Praxisräumen muss vor der Behandlung explizit und verständlich auf das bestehende Angebot hingewiesen werden)
<input type="checkbox"/> körperbehindertengerechter Zugang, nämlich:	(stufenfreier Praxiszugang, Fahrstuhl, Rollstuhl, behindertengerechtes WC und/oder andere behindertengerechte Ausstattungsgegenstände) <b>-bitte im Einzelnen benennen-</b>

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

nein

ja, beim Zulassungsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung

mit dem Antrag auf:  
zum:

**3. Erklärungen**

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.

**Angaben zu bestehenden Dienst- bzw. Beschäftigungsverhältnissen**

Ich stehe zurzeit in **keinem** Dienst- bzw. Beschäftigungsverhältnis.

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

Das Beschäftigungsverhältnis zu Nr. ist mit Wirkung zum gekündigt worden.

Das Beschäftigungsverhältnis zu Nr. wird mit Wirkung zum gekündigt.

Das Beschäftigungsverhältnis zu Nr. wird mit Std./Woche weitergeführt.

**§ 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.

Mir ist bekannt, dass jede regelmäßige Nebentätigkeit dem Zulassungsausschuss unter Angabe des zeitlichen Umfangs anzuzeigen ist.

**4. Hinweise zur Abrechnung von Genehmigungspflichtigen Leistungen**

Mir 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.

Mir 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](http://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.

### 5. Wichtige 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.

Die Ausübung gemeinsamer Tätigkeit, z. B. in Form einer Berufsausübungsgemeinschaft, bedarf der Genehmigung des Zulassungsausschusses. Hierzu ist ein gesonderter Antrag erforderlich. Die Ausübung der Tätigkeit in Praxisgemeinschaft ist bei der KV Hessen anzeigepflichtig.

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.

### 6. 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 2.9 Aufhebung Beschränkung / Name des Antragstellers**“ 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.**

Durch Ihre Unterschrift geht die in dem angefügten Merkblatt dargestellte datenschutzrechtliche Erklärung als Bestandteil in den Antrag über.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift und Stempel)