

Verlegung eines Angestelltensitzes gem. § 24 Abs. 7 Ärzte-ZV (Für Ihre Unterlagen bestimmt)

CHECKLISTE:

Dem Antrag auf Verlegung eines Angestelltensitzes sind nachstehende Unterlagen vollständig beizufügen:

- Antrag auf Verlegung eines Angestelltensitzes ggf. mit **Formblatt 1**
- Abgeänderter Dienstvertrag bzgl. des Ortes der Anstellung
- Nachweis über die Entrichtung der Antragsgebühr
- ggf. Antrag auf Zweigpraxis
- zukünftiger Dienort befindet sich an einem Krankenhaus (sofern im Antrag mit „Ja“ angekreuzt):
 - Mietvertrag
 - Lageplan
 - Bestätigung des Krankenhauses, dass keine Kooperation vorliegt ansonsten Kooperationsvertrag

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 Verlegung eines Angestelltensitzes gem. § 24 Abs. 7 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 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 - Seite 4 und 5) 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:	

b) Angestellter Arzt/Psychotherapeut

Titel, Name:			
Vorname(n):			
Fachgebietsbezeichnung			

2. Verlegung des Angestelltensitzes Bitte beachten Sie, dass der Dienort auch im Arbeitsvertrag abzuändern und geändert einzureichen ist.

Ich beantrage die Verlegung des Angestelltensitzes

von Straße, Nr.:			
PLZ:		Ort:	
nach Straße, Nr.:			
PLZ:		Ort:	
mit Wirkung zum:		(konkreter Zeitpunkt der Verlegung)	

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 die Vergangenheit erteilt werden.

§ 24 Abs. 7 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte/Psychotherapeuten:
Der Zulassungsausschuss darf den Antrag eines Vertragsarztes/Vertragspsychotherapeuten auf Verlegung seines Vertragsarztsitzes nur genehmigen, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen. Entsprechendes gilt für die Verlegung einer genehmigten Anstellung.

3. Dienstort als neuer Standort (nicht Teil einer bestehenden Kooperation)

Die hierfür erforderliche Zweigpraxisgenehmigung der KV Hessen

Formular: www.kvhessen.de / Für unsere Mitglieder/Unternehmen Praxis/Bedarfsprüfung

liegt für den Angestellten bzw. das Fachgebiet bereits vor.

wurde am _____ bei der KV Hessen beantragt.

4. Verlegung in die Räumlichkeiten bzw. an den Standort eines Krankenhauses

Der Angestelltensitz befindet sich zukünftig in bzw. an einem Krankenhaus:

nein ja*, Name des Krankenhauses: _____

*Sofern sich der Vertragsarztsitz an einem Krankenhaus befindet, bitten wir zur Prüfung der Frage, ob Hinderungsgründe gem. § 20 Abs. 1 Ärzte-ZV einer Zulassung entgegenstehen, um Vorlage des Mietvertrages, der Grundrisse/Lagepläne sowie des Kooperationsvertrages mit dem entsprechenden Krankenhaus. Sollte zwischen Ihnen und dem Krankenhaus kein Kooperationsvertrag bestehen, benötigen wir diesbezüglich eine formlose schriftliche Bestätigung des Krankenhauses/ Krankenhausträgers.

5. Erklärung

Uns ist bekannt, dass eine vertragsärztliche Tätigkeit an einem anderen Ort als dem Dienstort nur in untergeordnetem Umfang und soweit vertragsarztrechtlich zulässig, möglich ist. Sofern neben o.g. Hauptdienstort eine untergeordnete Tätigkeit an weiteren Standorten erfolgt, ist dafür eine separate Genehmigung erforderlich. -Dies entfällt bei einem Tätigwerden an weiteren Standort der BAG.-

6. Begründung des Antrages (ggf. gesondertes Blatt verwenden)

Blank area for justification of the application, consisting of multiple horizontal lines.

7. 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). Bitte beachten Sie, dass die Genehmigungen standortbezogen erteilt werden, d. h. für Nebenbetriebsstätten müssen für den jeweiligen Standort nochmals entsprechende Genehmigungen beantragt werden.

8. 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 3.8 Verlegung Angestelltensitz / 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 Praxisinhaber)

(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)				