

**Antrag auf Ermächtigung zum Betrieb einer  
KV-übergreifenden Zweigpraxis gem. § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV**  
(Für Ihre Unterlagen bestimmt)

**CHECKLISTE:**

Dem Antrag auf Ermächtigung zum Betrieb einer KV-übergreifenden Zweigpraxis sind nachstehende Unterlagen vollständig beizufügen:

- Antrag auf Ermächtigung zum Betrieb einer KV-übergreifenden Zweigpraxis
- 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)
- Sofern der Antragsteller ein MVZ ist, sind nachfolgende Unterlage(n) beigelegt:
  - Beschluss über die Zulassung, sollte Antragsteller ein MVZ sein
  - aktueller Handelsregisterauszug der Trägergesellschaft (soweit Eintragung erfolgt ist)
  - auf den/die Handlungsbevollmächtigte/-n lautende Vollmacht oder gleichwertiger Nachweis
  - Beschluss über die Zulassung des MVZ im Bereich der anderen KV
- Dienort befindet sich an einem Krankenhaus (sofern im Antrag mit „Ja“ angekreuzt):
  - Mietvertrag
  - Lageplan
  - Bestätigung des Krankenhauses, dass keine Kooperation vorliegt ansonsten Kooperationsvertrag
- Nachweis über die Entrichtung der Antragsgebühr
- Anlage 1 zum Antrag auf Ermächtigung zum Betrieb einer KV-übergreifenden Zweigpraxis (Aufstellung über den Leistungsumfang der beantragten Ermächtigung spezifiziert nach Nummern der aktuellen Gebührenordnung mit entsprechender Begründung)

**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.**

**Zudem beachten Sie bitte bei Ihrer Praxisplanung, dass alle im Zusammenhang mit den Verfahren Ermächtigung, Sonderbedarf oder Ermächtigung zur Gründung einer Zweigpraxis in Hessen stehenden Anträge (Neuanträge, Anstellungen, sonstige Änderungen) einer Antragsfrist von zehn Wochen bedürfen.**

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](http://www.kvhessen.de/datenschutz).

# Antrag auf Ermächtigung zum Betrieb einer KV-übergreifenden Zweigpraxis gem. § 24 Abs. 3 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 des Antragstellers/MVZ

Titel, Name/Firma:			
Vorname(n):			
Geburtsdatum:			
Straße, Nr.:		(Vertragsarzt-/Vertrags- psychotherapeutensitz bzw. Standort des MVZ)	
PLZ:	Ort:		
Telefon (tagsüber):		Fax:	
E-Mail:		BSNR:	
KV Bereich:			

Sofern der Antragsteller ein **MVZ** ist, sind nachfolgende Unterlage(n) beizufügen:

- aktueller Handelsregisterauszug der Trägergesellschaft (soweit Eintragung erfolgt ist)
- auf den/die Handlungsbevollmächtigte/-n lautende Vollmacht oder gleichwertiger Nachweis
- Beschluss über die Zulassung des MVZ im Bereich der anderen KV

## 2. Vertragsärztliche/ Vertragspsychotherapeutische Tätigkeit in der Hauptbetriebsstätte:

**Eine vertragsärztliche bzw. -psychotherapeutische Zulassung besteht für:**

unter 1. genannte Anschrift.

folgende Adresse:

Straße, Nr.:			
PLZ:		Ort:	

Die vertragsärztliche Tätigkeit wird vollzeitig ausgeübt.

Der aus der Zulassung folgende Versorgungsauftrag wird auf die Hälfte beschränkt.

Es bestehen bereits weitere Zweigpraxen:

nein

ja, Sitz der Zweigpraxis: \_\_\_\_\_

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

nein

ja, beim Zulassungsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung

mit dem Antrag auf:

zum:

**Sprechzeiten in der Hauptbetriebsstätte:**

Montag:	von:	bis:	von:	bis:
Dienstag:	von:	bis:	von:	bis:
Mittwoch:	von:	bis:	von:	bis:
Donnerstag:	von:	bis:	von:	bis:
Freitag:	von:	bis:	von:	bis:
Samstag:	von:	bis:	von:	bis:

**3. Vertragsärztliche/ Vertragspsychotherapeutische Tätigkeit in der Zweigpraxis:**

**Ich beantrage die Ermächtigung zum Betrieb einer KV-übergreifenden Zweigpraxis:**

zum:

(geplanter Zeitpunkt der Aufnahme der Tätigkeit in der Zweigpraxis)

als:

(Fachgebietsanerkennung lt. Urkunde - ggf. einschließlich Schwerpunktbezeichnung)

Im Falle er beantragten Zulassung als Internist werde ich an der

hausärztlichen Versorgung teilnehmen.

fachärztlichen Versorgung teilnehmen.

Im Falle der beantragten Zulassung als Kinderarzt werde ich an der

hausärztlichen Versorgung teilnehmen.

fachärztlichen Versorgung teilnehmen.

Im Falle der beantragten Zulassung als zur psychotherapeutischen Tätigkeit werde ich wie folgt teilnehmen:

ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Arzt/Facharzt

für

(Fachgebietsanerkennung lt. Urkunde - ggf. einschließlich Zusatzbezeichnung)

Psychologische/r Psychotherapeut/in (PP)

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in (KJP)

Richtlinienverfahren (sofern die Zulassung als PP oder KJP beantragt wird)

tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

analytische Psychotherapie

Verhaltenstherapie

<b>Praxisanschrift:</b>	Straße, Nr.:			
	PLZ:		Ort:	
Der Vertragsarztsitz befindet sich in bzw. an einem Krankenhaus:				
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja*, Name des Krankenhauses:				
<small>*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.</small>				
<b>Sprechzeiten in der Zweigpraxis:</b>				
Montag:	von:	bis:	von:	bis:
Dienstag:	von:	bis:	von:	bis:
Mittwoch:	von:	bis:	von:	bis:
Donnerstag:	von:	bis:	von:	bis:
Freitag:	von:	bis:	von:	bis:
Samstag:	von:	bis:	von:	bis:
<b>In der KV-übergreifenden Zweigpraxis werde ich:</b>				
<b>a) <u>selbst vertragsärztlich</u> tätig als</b>				
(Fachgebietsanerkennung lt. Urkunde - ggf. einschließlich Schwerpunktbezeichnung)				
<b>b) nachfolgenden <u>Arzt/Psychotherapeut</u> anstellen:</b>				
<small>(Bei mehreren angestellten Ärzten in der Zweigpraxis verwenden Sie bitte formlos ein gesondertes Blatt.)</small>				
Titel, Name:				
Vorname(n):				
Geburtsdatum:				
Hauptwohnsitz:	Straße, Nr.:			
	PLZ:		Ort:	
Fachgebietsbezeichnung				
KV Bereich:				
<input type="checkbox"/> Der vorgenannte angestellte Arzt/Psychotherapeut ist <b>überwiegend</b> an der <b>Hauptbetriebsstätte</b> und in <b>untergeordnetem Umfang</b> in der <b>Zweigpraxis</b> beschäftigt.				
<input type="checkbox"/> Der vorgenannte angestellte Arzt/Psychotherapeut ist <b>überwiegend</b> oder ausschließlich in der <b>Zweigpraxis</b> und im <b>untergeordneten Umfang</b> in der <b>Hauptbetriebsstätte</b> beschäftigt. (in diesem Fall bitte zusätzlich das Formular 3.2/ Anstellung beim Vertragsarzt oder 4.3/ Anstellung im MVZ einreichen)				
<input type="checkbox"/> Der vorgenannte angestellte Arzt/Psychotherapeut ist <b>ausschließlich</b> in der <b>Zweigpraxis</b> und <b>nicht in der Hauptbetriebsstätte</b> beschäftigt. (in diesem Fall bitte zusätzlich das Formular 3.2/ Anstellung beim Vertragsarzt oder 4.3/ Anstellung im MVZ einreichen)				

Die Entfernung zwischen Hauptwohnsitz und beantragter Zweigpraxis beträgt ca. \_\_\_\_\_ km.  
 Die beantragte Zweigpraxis ist vom Hauptwohnsitz aus in ca. \_\_\_\_\_ Minuten zu erreichen.

Die Entfernung zwischen Vertragspraxis und beantragter Zweigpraxis beträgt ca. \_\_\_\_\_ km.  
 Die beantragte Zweigpraxis ist von der Vertragspraxis aus in ca. \_\_\_\_\_ Minuten zu erreichen.

**4. 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**

**a) des Antragsstellers (nur bei Tätigkeit in der Zweigpraxis):**

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.

**b) des in der Zweigpraxis Anzustellenden:**

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 und Vorlage des entsprechenden Vertrages anzuzeigen ist.

Ich erkläre, dass meine vertragsärztliche Tätigkeit an meinem Vertragsarztsitz meine vertragsärztliche Tätigkeit außerhalb meines Vertragsarztsitzes, und somit auch in der hier beantragten Zweigpraxis überwiegen wird und dass die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragsarztsitzes nicht beeinträchtigt wird.

### 5. 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 Honorarananspruch besteht.

Die Antragsformulare finden Sie auf unserer Homepage ([www.kvhessen.de](http://www.kvhessen.de) / Für unsere Mitglieder / Qualität / Qualitätssicherung und Genehmigungspflicht). Bitte beachten Sie, dass die Genehmigungen standortbezogen erteilt werden, d. h. für Nebenbetriebsstätten müssen für den jeweiligen Standort nochmals entsprechende Genehmigungen beantragt werden.

### 6. 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 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.

### 7. 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 1.5 Filialermächtigung / 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 Antragsingang 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)

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift und Stempel Antragsstellers bzw.  
Handlungsbevollmächtigten)

.....  
(Unterschrift des Angestellten)



**Anlage 1 zum Antrag auf Ermächtigung zum Betrieb  
einer KV-übergreifenden Zweigpraxis gem. § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV**

(Begründete Aufstellung über den Leistungsumfang der beantragten Ermächtigung sowie die im Zusammenhang mit der Ermächtigung beantragten Gebührenordnungspositionen)

**I. Leistungsumfang (Gebührennummern und Leistungsbezeichnung nach EBM)**

a) Welche Leistungen sollen in der Zweigpraxis erbracht werden?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**II. Begründung für die beantragten Leistungen**

a) Verbesserung durch spezielle Untersuchungs- und Behandlungsleistungen:

.....  
.....  
.....  
.....

b) Quantitative Versorgungsverbesserung, Ausgleich einer regionalen Unterversorgung:

.....  
.....  
.....  
.....

c) Verbesserung der Patientenversorgung aufgrund besserer Erreichbarkeit:

.....  
.....  
.....  
.....

**§ 24 Abs. 3 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte:**

Gemäß § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV sind vertragsärztliche Tätigkeiten außerhalb des Vertragsarztsitzes an weiteren Orten zulässig, wenn und soweit dies die Versorgung der Versicherten an den weiteren Orten verbessert und die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragsarztsitzes nicht beeinträchtigt wird; geringfügige Beeinträchtigungen für die Versorgung am Ort des Vertragsarztsitzes sind unbeachtlich, wenn sie durch die Verbesserung der Versorgung an dem weiteren Ort aufgewogen werden.

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift des Antragstellers bzw.  
des Handlungsbevollmächtigten)