

# Zulassungsausschuss Ärzte/Krankenkassen

Geschäftsstelle, Schwachhauser Heerstraße 26/28, 28209 Bremen

## Antrag des MVZ auf Genehmigung einer/-s angestellten Ärztin/Arztes

### Hinweise:

Bitte beachten Sie, dass der Zulassungsausschuss keine rückwirkenden Anstellungsgenehmigungen beschließen darf. **Anstellungen dürfen nur mit Wirkung für die Zukunft genehmigt werden.** Daher beantragen Sie die Anstellungsgenehmigung rechtzeitig (mind. 6-8 Wochen) vor dem jeweiligen Sitzungstermin.

**Gebühren:** Mit der Antragsstellung wird eine Gebühr fällig (§ 46 Abs. 1 Buchst. c Ärzte-ZV), die hiermit angefordert wird. Wir weisen darauf hin, dass über Ihren Antrag erst nach Entrichtung der Gebühr verhandelt werden kann (§ 38 Ärzte-ZV). Gemäß § 46 Abs. 1b Ärzte-ZV ist mit jedem Antrag auf Genehmigung eines angestellten Arztes eine Gebühr in Höhe von 120,00 € zu entrichten.

(Bankverbindung: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, BIC: DAAEDEDXXX, IBAN: DE05 3006 0601 0002 2246 66. Bitte als Verwendungszweck „Antrag angestellter Arzt“ angeben)

- Für die Nachbesetzung auf einer bereits bestehenden Anstellungsgenehmigung (auch anteilig) fällt nur die halbe Antragsgebühr an (§ 46 Abs. 4 Ärzte-ZV). Ich habe die Antragsgebühr von **60 Euro** überwiesen am \_\_\_\_\_ (**der Überweisungsbeleg mit Namen des Antragstellers und Verwendungszweck ist zwingend beizufügen!**)
- Für eine erstmalige Anstellungsgenehmigung fällt die volle Antragsgebühr an (§ 46 Abs. 1 Buchst. c Ärzte-ZV). Ich habe die Antragsgebühr von **120 Euro** überwiesen am \_\_\_\_\_ (**der Überweisungsbeleg mit Namen des Antragstellers und Verwendungszweck ist zwingend beizufügen!**)

### **Antragstellendes MVZ:**

Name des MVZ	
MVZ-Sitz (Straße/PLZ/Ort)	
Organisationsform	
Ärztlicher Leiter:	
Gründer/Träger:	
<b>Adresse der Trägergesellschaft</b>	
Zugelassen seit:	
in BAG tätig mit (Name der Partner der BAG)	

**Das MVZ beantragt zum \_\_\_\_\_ die Genehmigung zur Beschäftigung der/des angestellten Ärztin/Arztes \_\_\_\_\_ gemäß § 32 b Ärzte-ZV**

- vierteltags** (bis 10 Std./Wo.)  **halbtags** (über 10 bis 20 Std./Wo)  
 **dreivierteltags** (über 20 bis 30 Std./Wo.)  **ganztags** (über 30 Std./Wo.)

für das Fachgebiet/ggf. Schwerpunkt \_\_\_\_\_.

Der Anstellungsvertrag ist diesem Antrag beigefügt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner in diesem Antrag gemachten Angaben und Erklärungen. Änderungen in den angegebenen Verhältnissen werde ich umgehend der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses mitteilen.

Datenschutzerklärung: Ich habe die Datenschutzerklärung der KV Bremen gelesen und bin damit einverstanden.

Ort und Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift einer zur Vertretung des MVZ berechtigten Person (bitte zusätzlich in Druck buchstaben angeben)

## Personalien und Angaben zur/zum angestellten Ärztin/Arzt:

(Titel/Vorname/Name)

(Geburtsdatum)

(Wohnort/Straße)

(Telefon//E-Mail-Adresse)

Ich bin/war zur vertragsärztlichen Tätigkeit zugelassen in:

seit: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Grund für die Aufgabe der Zulassung: \_\_\_\_\_

**Diesem Antrag auf Genehmigung einer(s) angestellten Ärztin/Arztes sind gemäß § 32 b Abs. 2 Ärzte-ZV folgende Nachweise beizufügen:  
(Anstelle von Originaldokumenten können amtlich beglaubigte Abschriften eingereicht werden.)**

- a) Eintragung ins Arztregister (andere KV)  in Bremen eingetragen
- b) Zeugnisse/Bescheinigungen über die ärztliche Tätigkeit nach bestandener ärztliche Prüfung
- c) Tabellarischer Lebenslauf
- d) Polizeiliches Führungszeugnis zur Vorlage bei einer Behörde (Belegart O)
- e) Bescheinigungen der Kassenärztlichen Vereinigungen, in deren Bereich der Arzt bisher niedergelassen oder zur Vertragsarztpraxis zugelassen war, aus denen sich Ort und Dauer der bisherigen Niederlassung oder Zulassung und der Grund einer etwaigen Beendigung ergeben
- f) Erklärung über, im Zeitpunkt der Bewerbung, bestehende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse unter Angabe des frühestmöglichen Endes des Beschäftigungsverhältnisses, (siehe nächste Seite)
- g) Erklärung des Bewerbers, ob er drogen- oder alkoholabhängig ist oder innerhalb der letzten fünf Jahre gewesen ist, ob er sich innerhalb der letzten fünf Jahre einer Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen hat und dass gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufes nicht entgegenstehen, (siehe nächste Seite).
- h) Bescheinigung über ausreichende Versicherung zur Berufshaftpflicht (siehe Punkt 5. des Antrages)

**Nachstehende Fragen beantworte ich wie folgt und gebe folgende Erklärungen ab:**

**1. Erklärung über Dienst-/Beschäftigungsverhältnisse (§ 18 Abs. 2 Nr. 4 Ärzte-ZV)**  
Ich erkläre hiermit,

- dass ich z. Zt. in folgendem Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis stehe**  
(bitte auch Angabe Std./Woche):

Das Beschäftigungsverhältnis kann frühestens am \_\_\_\_\_ beendet werden.

Das Beschäftigungsverhältnis ist mit Wirkung vom \_\_\_\_\_ gekündigt worden.

Mir ist bekannt, dass ich in der Summe aller Anstellungen maximal 48 Std./Woche (lt. Arbeitszeitgesetz) angestellt sein kann und dass jede regelmäßige weitere Nebentätigkeit dem Zulassungsausschuss mit Angabe des zeitlichen Umfangs und Kopie des Anstellungsvertrages zur Kenntnis zu geben ist.

Neben der beantragten Anstellung ab \_\_\_\_\_ bin ich noch/werde ich noch in folgenden Dienst-/ Beschäftigungsverhältnissen ärztlich tätig/sein (weitere Anstellungsverträge werden diesem Antrag in Kopie beigefügt):

- \_\_\_\_\_ (Tätigkeitsort und Std./Woche)

- \_\_\_\_\_ (Tätigkeitsort und Std./Woche)

**dass ich z. Zt. in keinem Dienstverhältnis oder Beschäftigungsverhältnis stehe.**

**2. Erklärung (§ 18 Abs. 2 Nr. 5 Ärzte-ZV)**

Ich erkläre hiermit, dass ich weder drogen- noch alkoholabhängig bin, noch innerhalb der letzten 5 Jahre gewesen bin. Innerhalb der letzten 5 Jahre habe ich mich keiner Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen und dass gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufes nicht entgegenstehen. Ich erkläre, dass kein strafrechtliches Ermittlungsverfahren gegen mich anhängig ist bzw. war.

**3. Mir ist die Berufsausübung als Arzt zu irgendeiner Zeit untersagt oder eingeschränkt bzw. die Approbation entzogen/ruhend gestellt worden?**  ja  nein

Wenn ja, von welcher Stelle, für welchen Zeitraum und aus welchem Grund?

---

**4. Läuft noch ein Antrag auf Zulassung oder Genehmigung als angestellte(r) Ärztin/Arzt bei einem anderen Zulassungsausschuss (bei welchem/ zu welchem Beginndatum) ?**

---

**5. Vorlage einer Versicherungsbescheinigung nach § 113 Abs. 2 VVG über das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes (§ 95e Abs. 5 S. 2 und 3 SGB V).**

Ein Berufshaftpflichtversicherungsschutz ist ausreichend, wenn das individuelle Haftungsrisiko des MVZ mit angestellten Ärzten für die gesamte von dem Leistungserbringer ausgehende ärztliche Tätigkeit versichert ist. Die derzeit geltende Mindestversicherungssumme beträgt fünf Millionen Euro für Personen- und Sachschäden für jeden Versicherungsfall und darf nicht unterschritten werden. Die Leistungen des Versicherers für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden dürfen nicht weiter als auf den dreifachen Betrag der Mindestversicherungssumme begrenzt werden.

**6. Einverständniserklärung:**

Gemäß § 21 Ärzte-ZV ist ein Arzt, der aus gesundheitlichen oder sonstigen in der Person liegenden schwerwiegenden Gründen nicht nur vorübergehend unfähig ist, die vertragsärztliche Tätigkeit ordnungsgemäß auszuüben, ungeeignet für die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit. Das ist insbesondere dann zu vermuten, wenn er innerhalb der letzten fünf Jahre vor seiner Antragstellung drogen- oder alkoholabhängig war.

Wenn es zur Entscheidung über die Ungeeignetheit zur Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit nach Satz 1 erforderlich ist, verlangt der Zulassungsausschuss vom Betroffenen, dass dieser innerhalb einer vom Zulassungsausschuss bestimmten angemessenen Frist das Gutachten eines vom Zulassungsausschuss bestimmten Arztes über seinen Gesundheitszustand vorlegt. Das Gutachten muss auf einer Untersuchung und, wenn dies ein Amtsarzt für erforderlich hält, auch auf einer klinischen Beobachtung des Betroffenen beruhen. Die Kosten des Gutachtens hat der Betroffene zu tragen. Rechtsbehelfe gegen die Anordnung nach Satz 3 haben keine aufschiebende Wirkung.

Ich bin damit einverstanden, dass die Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses die zuständigen Stellen (bisherige KV, Ärztekammer, Behörden) danach befragen kann, ob entsprechende Mängel dort bekannt sind.

**Datenschutzerklärung:**

Ich habe die Datenschutzerklärung der KV Bremen gelesen und bin damit einverstanden.

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner in diesem Antrag gemachten Angaben und Erklärungen. Änderungen in den angegebenen Verhältnissen werde ich umgehend dem Zulassungsausschuss mitteilen.**

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift Angestellte(-r))

**Der Anstellungsvertrag und Anstellungsverträge eventueller weiterer Anstellungen sind diesem Antrag beizufügen.**



Kassenärztliche  
Vereinigung  
Bremen

Abteilung Qualität & Plausibilität  
Tel.: 0421-3404-118  
E-Mail: genehmigung@kvhb.de

#### Wichtiger Hinweis zur Abrechnung genehmigungspflichtiger Leistungen

Die Erbringung und Abrechnung bestimmter vertragsärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen ist nur zulässig, wenn diese von Ihnen beantragt und von der KV Bremen schriftlich genehmigt worden ist.

Die Übersicht aller genehmigungspflichtigen Leistungen finden Sie im Internet unter:

[www.kvhb.de/praxen/praxisthemen/genehmigungen](http://www.kvhb.de/praxen/praxisthemen/genehmigungen)

- Bitte senden Sie mir/uns die Übersicht der genehmigungspflichtigen Leistungen zu.  
oder
- Ich/wir möchte(n) keine genehmigungspflichtigen Leistungen erbringen und benötige(n) daher die Übersicht nicht.
- 
- Ich/wir bin/sind bereits Genehmigungsinhaber von Leistungen die durch die KV Bremen genehmigt worden sind und wünsche(n) die Übernahme **aller** bisher genehmigten Leistungen.  
oder
- Ich/wir bin/sind bereits Genehmigungsinhaber von Leistungen die durch die KV Bremen genehmigt worden sind und wünsche(n) die Übernahme **nicht** aller bisher genehmigten Leistungen.  
Leistungen die ich/wir nicht mehr erbringen möchte(n), zeige(n) ich/wir bei der KV Bremen, Abt. Q/P schriftlich an.

Bitte beachten Sie, dass manche Leistungen ggf. erneut beantragt werden müssen, auch wenn Sie bereits Genehmigungsinhaber sind. In diesem Fall wird sich die Abt. Q/P mit Ihnen in Verbindung setzen.

#### Ausführender Arzt/Leistungserbringer

LANR/BSNR falls bekannt	
Ggf. Titel, Name, Vorname	

#### Vertragsarzt bzw. der abrechenden Stelle (anstellender Vertragsarzt, MVZ, Institut)

BSNR falls bekannt	
Ggf. Titel, Name, Vorname	
Ort, Datum Unterschrift	

**BITTE LEGEN SIE DIESE SEITE UNBEDINGT AUSGEFÜLLT IHREM ANTRAG AN DEN ZULASSUNGSAUSCHUSS BEI.**