

# Antrag auf Genehmigung einer(s) angestellten Ärztin/Arztes gem. § 32 b Ärzte-ZV (mit Leistungsbeschränkung)

## **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, die hiermit angefordert wird. Wir weisen darauf hin, dass über Ihren Antrag erst nach Entrichtung der Gebühr verhandelt werden kann (§ 38 Ärzte-ZV).** (Bankverbindung: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, BIC: DAAEDEDXXX, IBAN: DE05 3006 0601 0002 2246 66. Bitte als Verwendungszweck „Angestellter Arzt“ angeben)

**Ich habe die Antragsgebühr von 120 Euro**

überwiesen am \_\_\_\_\_ (der Überweisungsbeleg mit Namen des Antragstellers und Verwendungszweck ist zwingend beizufügen!)

## **Antragsteller/-in:**

**(Praxisinhaber (bei BAG/MVZ/üBAG/KV-üBAG bitte alle zugelassenen Partner) namentlich angeben)**

\_\_\_\_\_  
(Titel/Vorname/Name)

\_\_\_\_\_  
(Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_  
(Vertragsarztsitz/Straße mit PLZ und Ort)

\_\_\_\_\_  
(Zulassungsfachgebiet)

**Ich/wir beantrage (n) zum \_\_\_\_\_ die Genehmigung zur Beschäftigung einer(s) angestellten Ärztin/Arztes gemäß § 32 b Ärzte-ZV und nach § 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V i.V.m. Abschnitt 12 der BPR-Ä (mit Leistungsbeschränkung)**

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

**Der Anstellungsvertrag mit Angabe der genauen Arbeitsstunden/Woche ist diesem Antrag beigelegt.** Anstellungsverträge eventueller weiterer Anstellungen sind ebenfalls beizufügen.

**Die Leistungsbeschränkungserklärung und die unterschriebene Berechnung der Leistungsobergrenzen sind diesem Antrag beizufügen.**

Datenschutzerklärung:

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

\_\_\_\_\_  
(Ort/Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Antragsteller/-in- Anstellende(-r) Ärztin/Arzt/Ärzte)

## **Bei anstellender BAG/MVZ/üBAG/KV-üBAG:**

\_\_\_\_\_  
Unterschriften **aller** zugelassenen Partner der anstellenden BAG/MVZ/üBAG/KV-üBAG

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

\_\_\_\_\_ (Titel/Vorname/Name)

\_\_\_\_\_ (Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_ (Wohnort/Straße)

\_\_\_\_\_ (Fachgebiet/Schwerpunkt)

Ich war zur vertragsärztlichen Tätigkeit zugelassen in: \_\_\_\_\_

vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

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

Ich bin Vertragsarzt in: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Beamten- oder Angestelltenverhältnis bei: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ als: \_\_\_\_\_

## Ausbildung und ärztliche Tätigkeit nach der Approbation

Gebietsarztanerkennung als: \_\_\_\_\_

ggf. mit Teilgebietsbezeichnung: \_\_\_\_\_

ggf. mit Zusatzbezeichnung: \_\_\_\_\_

Ausländische Approbation: \_\_\_\_\_ erteilt durch: \_\_\_\_\_

## Tätigkeit nach der Approbation in lückenloser und zeitlicher Reihenfolge:

von.....bis.....	Ort	Stellung/Tätigkeit	Krankenhaus, Klinik, Amt, Institut Name / Abteilung	

**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 d 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 beigelegt):

- \_\_\_\_\_ (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/der BAG/der Vertragsarztpraxis 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))

**Die nachfolgende Leistungsbeschränkungserklärung ist von allen beteiligten Ärzten unterschrieben diesem Antrag beizufügen.**

# Leistungsbeschränkungserklärung

zum Antrag auf Genehmigung eines angestellten Arztes nach § 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V,  
i. V. m. den Bedarfsplanungsrichtlinien-Ärzte (BPRI-Ä) und § 32 b Ärzte ZV

## Antragsteller

### A: Bei Einzelpraxis:

---

Name des Antragstellers:	Geb.-datum	Facharztanerkennung
--------------------------	------------	---------------------

### B: Bei Berufsausübungsgemeinschaft (Gemeinschaftspraxis) mit: (Bitte alle Partner aufführen)

---

Name des Antragstellers/Partners:	Geb.-datum	Facharztanerkennung
-----------------------------------	------------	---------------------

---

Name des Antragstellers/Partners:	Geb.-datum	Facharztanerkennung
-----------------------------------	------------	---------------------

---

Name des Antragstellers/Partners:	Geb.-datum	Facharztanerkennung
-----------------------------------	------------	---------------------

---

Name des Antragstellers/Partners:	Geb.-datum	Facharztanerkennung
-----------------------------------	------------	---------------------

---

Name des Antragstellers/Partners:	Geb.-datum	Facharztanerkennung
-----------------------------------	------------	---------------------

C. Ich erkläre (wir erklären) mich (uns) gegenüber dem Zulassungsausschuss bereit, während der Beschäftigung von Herrn/Frau \_\_\_\_\_ den zum Zeitpunkt der Antragstellung bestehenden Praxisumfang (wie er sich aus der Anlage ergibt) nach Menge der Leistungen nicht wesentlich zu überschreiten.

Die Erklärung ist für uns rechtsverbindlich. Den auf dieser Grundlage getroffenen Feststellungsbescheid des Zulassungsausschusses über die Leistungsbeschränkung erkennen wir an und wir verzichten insoweit auf Rechtsmittel.

D. Wir erkennen die dazu nach Maßgabe der BPRI-Ä vom Zulassungsausschuss festgelegte Leistungsbeschränkung an.

E. Die Inhalte des 12. Abschnitts der BPRI-Ä sind mir/uns bekannt.

**Mit Ausscheiden aus dem Angestelltenverhältnis endet die Genehmigung zur Beschäftigung eines angestellten Arztes.**

Ich/wir verpflichten uns mit meiner (unseren) Unterschrift(-en) zur Einhaltung der vorgenannten und in den BPRI-Ä aufgeführten Auflagen für die Dauer des Angestelltenverhältnisses von Herrn/Frau \_\_\_\_\_ in meiner (unserer) Praxis.

Bremen, den \_\_\_\_\_

**Antragssteller:** (Bitte hier unterschreiben)

**1:**

\_\_\_\_\_  
1. Praxisinhaber: Unterschrift:

**2:**

\_\_\_\_\_  
2. Praxisinhaber: Unterschrift:

**3:**

\_\_\_\_\_  
3. Praxisinhaber: Unterschrift:

**4:**

\_\_\_\_\_  
4. Praxisinhaber: Unterschrift:

**5:**

\_\_\_\_\_  
5. Praxisinhaber: Unterschrift:

**Angestellter Arzt:**

\_\_\_\_\_  
Name der/des Angestellten: Unterschrift:

**Als Anlage ist die von der KVHB zum Zeitpunkt der Antragstellung aktuell erstellte Berechnung der Leistungsbegrenzung beizufügen.**

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 abrechnenden 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 ZULASSUNGS-AUSCHUSS BEI.**