

# Zulassungsausschuss Ärzte/Krankenkassen

Geschäftsstelle, Schwachhauser Heerstraße 26/28, 28209 Bremen

## Umwandlung einer Angestelltenstelle in eine Zulassung

### Hinweise:

Der Antrag auf Umwandlung kann nur von Vertragsärzten oder MVZ gestellt werden. Rückwirkende Umwandlungen sind nicht möglich. Die Umwandlung in eine Zulassung erfolgt immer für den bisherigen vom Zulassungsausschuss genehmigten Anstellungsort. Sofern der zukünftige Inhaber der umgewandelten Zulassung seine Praxis an einem anderen Ort fortführen möchte, ist hierzu ein gesonderter Antrag auf Verlegung des Vertragsarztsitzes erforderlich. Die Verlegung kann frühestens nach Ablauf eines Quartals nach Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit als zugelassene/r Ärztin/Arzt am bisherigen Beschäftigungsort erfolgen.

Die Umwandlung in eine Zulassung mit einem vollen Versorgungsauftrag kommt nur in Betracht, wenn der genehmigte und ausgeübte Beschäftigungsumfang des angestellten Arztes mindestens dem einer ganztägigen Anstellung entspricht (Zulassung mit halben Versorgungsauftrag entsprechend nur bei mindestens halbtägiger bzw. Zulassung mit dreiviertel Versorgungsauftrag nur bei mindestens dreivierteltägiger Anstellung).

### Gebühren:

**Für die Bearbeitung der Anträge sind Gebühren fällig (§ 46 Abs. 1 Buchst. b+c Ärzte-ZV).**

**Die Gebühren sind mit der Antragstellung fällig und sie werden hiermit angefordert.**

**(Bankverbindung: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, BIC: DAAEDEDXXX, IBAN: DE05 3006 0601 0002 2246 66. Bitte den jeweiligen Verwendungszweck angeben).**

**Über gebührenpflichtige Anträge wird erst nach Entrichtung der zu zahlenden Gebühr verhandelt.**

**Folgende Unterlagen sind bei einem Antrag auf Umwandlung einer Angestelltenstelle in eine Zulassung einzureichen:**

- Antrag auf Umwandlung der Angestelltenstelle in eine Zulassung**  
(bitte nur das anliegende Antragsformular verwenden)  
( Gebühr von 120 Euro überwiesen am \_\_\_\_\_)  
**Der Überweisungsbeleg mit Namen des Antragstellers und Verwendungszweck ist zwingend beizufügen**
- Antrag auf Zulassung**  
(bitte das Antragsformular bei der KV Bremen anfordern oder von der Homepage laden)  
( Gebühr von 120 Euro überwiesen am \_\_\_\_\_)  
**Der Überweisungsbeleg mit Namen des Antragstellers und Verwendungszweck ist zwingend beizufügen**
- ggf. Antrag auf Genehmigung einer BAG (Gemeinschaftspraxis)**  
(bitte das Antragsformular bei der KV Bremen anfordern oder von der Homepage laden)  
( Gebühr von 120 Euro überwiesen am \_\_\_\_\_)  
**Der Überweisungsbeleg mit Namen des Antragstellers und Verwendungszweck ist zwingend beizufügen**
- ggf. Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens an die KV HB**  
(bitte nur das nachfolgende Antragsformular verwenden)  
( Gebühr von 120 Euro überwiesen am \_\_\_\_\_)  
**Der Überweisungsbeleg mit Namen des Antragstellers und Verwendungszweck ist zwingend beizufügen**

### **Hinweis: Gebührenpflichtiger Zulassungsantrag**

Antragsformulare können von der Homepage der KV Bremen: <http://www.kvhb.de> herunter geladen werden.

## Antrag eines MVZ auf Umwandlung einer genehmigten Anstellung in eine Zulassung

### I. Antragsteller: (Daten des antragstellenden MVZ (= anstellendes MVZ))

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

### II. Hiermit wird die Feststellung der Beendigung des bisherigen Anstellungsverhältnisses der/des:

Titel, Vorname, Name	
Facharztbezeichnung ggf. Schwerpunktbez.	
Privatanschrift: Straße, Haus- nummer, PLZ, Ort	
E-Mail, Telefon (tagsüber erreichbar)	
vertraglich vereinbarter und vom Zulassungsausschuss genehmigter Beschäftigungsumfang (Std./Wo.)	

zum \_\_\_\_\_ und gemäß § 95 Abs. 9b SGB V die Umwandlung der genehmigten Anstellung in eine Zulassung zum \_\_\_\_\_ beantragt im Umfang eines

- vollen Versorgungsauftrages                        $\frac{3}{4}$  Versorgungsauftrages  
  $\frac{1}{2}$  Versorgungsauftrages.  
 **Die/der bisher angestellte Ärztin/Arzt soll Inhaber der Zulassung werden.**  
(In diesem Fall ist der als Anlage 1 beigefügte Antrag auf Ausschreibung nicht auszufüllen.)  
 Der Vertragsarztsitz soll mit einem anderen Arzt im Wege einer Nachfolgezulassung besetzt werden. Die Umwandlung soll nur unter der Bedingung erfolgen, dass ein Nachfolger für den nach § 95 Abs. 9b 2. Alt. SGB V umgewandelten Vertragsarztsitz zugelassen wird. **Dann ist gleichzeitig mit dem Antrag auf Umwandlung der Anstellung ein Antrag auf Ausschreibung beim Zulassungsausschuss zu stellen (s. Anlage 1)**

Datenschutzerklärung:

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

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Name/-n und Unterschrift/-en Antragsteller

**Nur sofern die/der angestellte Ärztin/Arzt mit Genehmigung des Zulassungsausschusses ausschließlich in einer Zweigpraxis beschäftigt wird:**

Zweigpraxisanschrift: Straße und Hausnummer	
Zweigpraxisanschrift: Postleitzahl, Ort	

### III. Nach Umwandlung der Anstellung:

- Die/der bisher angestellte Ärztin/Arzt soll Inhaber/in der Zulassung werden. In diesem Fall ist der als Anlage 1 beigefügte Antrag auf Ausschreibung nicht auszufüllen. **Bitte die Erklärungen zu VI. von der/dem angestellten Ärztin/Arzt ausfüllen und unterzeichnen lassen.**
- Der Vertragsarztsitz soll mit einem anderen Arzt im Wege einer Nachfolgezulassung besetzt werden.
- Die Umwandlung soll nur unter der Bedingung erfolgen, dass ein Nachfolger für den nach § 95 Abs. 9b 2. Alt. SGB V umgewandelten Vertragsarztsitz zugelassen wird.

In diesem Fall ist **gleichzeitig** mit dem Antrag auf Umwandlung der Anstellung ein **Antrag auf Ausschreibung** beim Zulassungsausschuss **zu stellen**.

### IV. Beendigung/Reduzierung der Anstellung und Zeitpunkt der Umwandlung:

- Die Beschäftigung der/des derzeit angestellten Ärztin/Arztes wird beendet zum \_\_\_\_\_ (bitte Datum eintragen)
- Die Beschäftigung der/des derzeit angestellten Ärztin/Arztes wurde bereits beendet, und zwar zum \_\_\_\_\_ (bitte Datum eintragen)

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 der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses mitteilen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

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

## **V. Erklärungen der/des bisher angestellten Ärztin/Arztes, die/der Inhaber/in der Zulassung werden soll:**

**Neben der beantragten Zulassung werden folgende weitere Tätigkeiten ausgeübt:**

- Kein weiteres Dienst-/Beschäftigungsverhältnis
  - Keine weitere vertragsärztliche Tätigkeit
  - Folgende weitere vertragsärztliche Tätigkeiten (z. B. Tätigkeit in einer Zweigpraxis, als Vertreter, Weiterbildungsassistent) mit Umfang/Wo.
- 

- Folgende weitere Tätigkeiten als angestellter Arzt z. B. in weiterer Vertragsarztpraxis, MVZ, Krankenhaus; Vorsorge-, Rehabilitationseinrichtung, Pflegeheim, mit Umfang/Wo.
- 

### **Die Praxis soll zukünftig als**

- Einzelpraxis
  - Praxisgemeinschaft geführt werden (bitte Praxisgem.-partner eintragen)
- 
- BAG (bitte Partner eintragen) geführt werden (die Genehmigung einer BAG muss mit einem gesonderten Formular beantragt werden)
- 

### **Vorlage einer Versicherungsbescheinigung nach § 113 VVG über das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes (§ 95e SGB V).**

Ein Berufshaftpflichtversicherungsschutz ist ausreichend, wenn das individuelle Haftungsrisiko des Vertragsarztes versichert ist. Die derzeit geltende Mindestversicherungssumme beträgt drei 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 zweifachen Betrag der Mindestversicherungssumme begrenzt werden.

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.

**Ich erkläre** hiermit, dass ich nicht drogen- oder alkoholabhängig bin oder innerhalb der letzten fünf Jahre gewesen bin. Weiterhin erkläre ich, dass ich mich innerhalb der letzten fünf Jahre nicht einer Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen habe und dass gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufs nicht entgegenstehen.

**Ich erkläre**, dass ich ab Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit für die Versorgung der Versicherten persönlich in erforderlichem Maße zur Verfügung stehe.

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 der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses mitteilen.**

---

Ort, Datum

---

Unterschrift der/des bisher  
angestellten Ärztin/Arztes

## Anlage 1

### zum Antrag auf Umwandlung einer genehmigten Anstellung in eine Zulassung nach § 95 Abs. 9b SGB V zur Weiterleitung an die KVHB

An den Zulassungsausschuss Ärzte/Krankenkassen  
Schwachhauser Heerstr. 26/28  
28209 Bremen

<b>Antrag eines MVZ auf Ausschreibung (§ 103 Abs. 4 SGB V) eines nach § 95 Abs. 9b 2. Alt. SGB V umzuwandelnden Vertragsarztsitzes</b>
--

#### I. Daten des antragstellenden MVZ (= anstellendes MVZ) :

Name des MVZ	
MVZ-Sitz (Straße/PLZ/Ort)	
Organisationsform	
Vertretene Fachgebiete	
Ärztlicher Leiter:	
Gründer/Träger:	
Zugelassen seit:	
in BAG tätig mit (Name der Partner der BAG)	

#### II. Bisher angestellte/r Ärztin/Arzt

Titel, Vorname, Name	
Facharztbezeichnung ggf. Schwerpunktbez.	
Privatanschrift: Straße, Haus- nummer, PLZ, Ort	
E-Mail, Telefon (tagsüber erreichbar)	
vertraglich vereinbarter und vom Zulassungsausschuss genehmigter Beschäftigungsumfang (Std./Wo.)	

- Die Beschäftigung der/des derzeit angestellten Ärztin/Arztes wird beendet zum \_\_\_\_\_  
(bitte Datum eintragen)
- Die Beschäftigung der/des derzeit angestellten Ärztin/Arztes wurde bereits beendet, und  
zwar zum \_\_\_\_\_ (bitte Datum eintragen)

Die oben genannte Anstellungsgenehmigung soll in eine Zulassung umgewandelt werden und anschließend unmittelbar von einem Nachfolger übernommen werden.

Es wurde beim Zulassungsausschuss ein Antrag auf Umwandlung einer Angestelltenstelle in eine Zulassung gestellt. Die Umwandlung der Anstellung soll unter der aufschiebenden Bedingung erfolgen, dass ein Nachfolger für den nach § 95 Abs. 9b 2. Alt. BGB umgewandelten Vertragsarztsitz zugelassen wird. **Zugleich wird hiermit beim Zulassungsausschuss die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens nach § 103 Abs. 4 SGB V für diese Angestelltenstelle beantragt.** Die Ausschreibung erfolgt ohne Namensnennung. **Voraussichtlicher Zeitpunkt der Umwandlung der Angestelltenstelle in eine Zulassung soll der \_\_\_\_\_ sein.**

Ein zugelassener Nachfolger muss seine Tätigkeit auch am ausgeschriebenen Sitz aufnehmen. **Der Ausschreibungsantrag bezieht sich entsprechend Umwandlungsantrag, auf**

- einen vollen Versorgungsauftrag (Vollzulassung)**
- einen dreiviertel Versorgungsauftrag ( $\frac{3}{4}$  Zulassung)**
- einen hälftigen Versorgungsauftrag (Teilzulassung)**

Ich bitte um Ausschreibung des nach § 95 Abs. 9b 2. Alt. SGB V umzuwandelnden Vertragsarztsitzes nach § 103 Abs. 4 SGB V im Bremer Ärztejournal zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

**Der gesamte Schriftverkehr zum Ausschreibungsverfahren soll über**

- die Adresse des MVZ
- folgende Adresse geführt werden:

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

\_\_\_\_\_  
(Straße/PLZ/Ort)

\_\_\_\_\_  
(Telefon bei Rückfragen)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

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

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.**