

Zulassungsausschuss Ärzte/Krankenkassen

Geschäftsstelle, Schwachhauser Heerstraße 26/28, 28209 Bremen

Antrag auf Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)

Hinweise:

Bitte beachten Sie, dass der Zulassungsausschuss keine rückwirkende Zulassung beschließen darf. **Zulassungen dürfen nur mit Wirkung für die Zukunft genehmigt werden.** Bitte beantragen Sie daher die Zulassung rechtzeitig (mind. 3 Monate) vor dem jeweiligen Sitzungstermin. Zulassungen in Gemeinschaftspraxis werden nur zum Quartalswechsel erteilt.

Gebühren:

Mit der Antragsstellung wird eine Gebühr von 100 Euro fällig (§ 46 Abs. 1 Satz 1 Buchst. b 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). (Bankverbindung: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, BIC: DAAEDEDXXX, IBAN: DE05 3006 0601 0002 2246 66. Bitte als Verwendungszweck „MVZ Zulassungsantrag“ angeben)

Ich habe die Antragsgebühr von 100 Euro

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

1. Antragstellerin (=Rechtsträger/Trägersgesellschaft, d.h. die Personengesellschaft (GbR oder Partnerschaftsgesellschaft), GmbH oder Genossenschaft, welche das MVZ betreibt:

Genauere Firmenbezeichnung:	
Rechtsform:	
Sitz/Anschrift:	
MVZ-Vertretungsberechtigter:	
E-Mail:	
Telefon:	

Sofern der Rechtsträger/die Trägersgesellschaft im Handelsregister (GmbH) /Genossenschaftsregister (eingetragene Genossenschaft) eintragungspflichtig ist, sind dem Antrag folgende Unterlagen aus dem Handelsregister beizufügen:

- Aktueller Auszug aus dem Handelsregister/Genossenschaftsregister über die Eintragung des vorgenannten Rechtsträgers/der vorgenannten Trägersgesellschaft
- Aktuelle Fassung der Satzung
- Aktuelle Liste der Gesellschafter i. S. d. § 8 Abs. 1 Nr. 3 bzw. § 40 GmbHG bei GmbH; aktuelle Mitgliederliste i. S. d. § 32 Genossenschaftsgesetz bei eingetragener Genossenschaft

Sofern das MVZ in der Rechtsform einer Personengesellschaft betrieben werden soll, sind dem Antrag folgende Unterlagen beizufügen:

- Aktueller Gesellschaftsvertrag
- Bei öffentlich-rechtlichen Rechtsformen (insbes. Kommunalunternehmen, kommunaler Eigenbetrieb):
- Aktuelle Fassung der Satzung

**2. Gründer/in/en (=Gesellschafter der Trägergesellschaft des MVZ / Mitglieder des Trägers)
(bei mehreren bitte jede/n einzeln angeben)**

Straße, PLZ und Ort	
E-Mail	
Telefon privat/ tagsüber erreichbar	
Gründerstatus (z.B. zugelassener Vertragsarzt, zugelassenes Krankenhaus, Erbringer nichtärztliche Dialyseleistungen, gemeinnütziger Träger/Kommune):	
LANR (wenn vorhanden):	

Angaben zum beantragten Medizinischen Versorgungszentrum

Die Zulassung wird beantragt zum _____ für den Planungsbereich

Bremen-Stadt

Bremerhaven-Stadt

wie folgt:

Name des MVZ	
Sitz/„Vertragsarztsitz“ des MVZ (Straße/PLZ/Ort)	
Organisationsform ¹	
vertretene Fachgebiete	
ärztlicher Leiter ²	
Gründer/Träger:	
Adresse der Trägergesellschaft	

¹ Nach § 95 Abs. 1a S. 1, 2. Halbsatz SGB V ist die Gründung eines MVZ nur in der Rechtsform einer Personengesellschaft, einer eingetragenen Genossenschaft oder einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung oder in einer öffentlich rechtlichen Rechtsform möglich. Beachte: Berufsrecht; derzeit gültige Berufsordnung der Ärztekammer Bremen §§ 18 ff; bitte ggf. mit der Ärztekammer Bremen in Verbindung setzen.

² Der ärztliche Leiter ist verantwortlich für die Einhaltung der vertragsärztlichen Pflichten.

Die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit im MVZ ist durch folgende Ärzte geplant:¹

1. Titel, Name, Vorname: Angestellte/r Vertragsärztin/arzt

_____ mit _____ Std./Wo.

2. Titel, Name, Vorname: Angestellte/r Vertragsärztin/arzt

_____ mit _____ Std./Wo.

3. Titel, Name, Vorname: Angestellte/r Vertragsärztin/arzt

_____ mit _____ Std./Wo.

4. Titel, Name, Vorname: Angestellte/r Vertragsärztin/arzt

_____ mit _____ Std./Wo.

5. Titel, Name, Vorname: Angestellte/r Vertragsärztin/arzt

_____ mit _____ Std./Wo.

Hinweis:

Der ärztliche Leiter des MVZ muss gem. § 95 SGB V selbst als Angestellter oder Vertragsarzt im MVZ mindestens halbtags bzw. in einem Umfang von mindestens 20 Std./Woche tätig sein.

Diesem Antrag sind folgende Unterlagen im Original oder als amtlich beglaubigte Fotokopie beizufügen:

- **Arztregisterauszüge** der im MVZ tätigen Ärzte
- **Gesellschaftsvertrag** in der aktuellen Fassung
- ggf. **Partnerschaftsregisterauszug, Handelsregisterauszug**
- **Bürgschaftserklärungen** bei Gründung einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung (siehe im **Anhang** dieses Antrags)
- Bei Anstellung von Ärzten: Bitte zusätzlich den „**Antrag des MVZ auf Genehmigung einer/-s angestellten Ärztin/Arztes**“ (siehe im **Anhang** dieses Antrags) samt jeweiligem Anstellungsvertrag beifügen.

Mit der/den nachfolgenden Unterschrift/en wird die Richtigkeit der in diesem Antrag gemachten Angaben und Erklärungen bestätigt. Änderungen in den angegebenen Verhältnissen werden umgehend der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses mitgeteilt.

Ort, Datum

Unterschrift des Gründers / der Gründerin

¹ Weitere Ärzte bitte ggf. in weiterer **Anlage** aufführen.

(und ggf. aller weiteren Gründer/innen:)

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschriftl

Ort, Datum

Unterschriftl

Wichtige Hinweise:

Für die Abrechnung bestimmter Leistungen ist über die Zulassung hinaus eine **Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen** erforderlich. Eine Abrechenbarkeit dieser Leistungen ist erst vom Tage des Zugangs des Genehmigungsbescheides der KVHB an das MVZ gegeben. Für jeden angestellten Arzt ist die Genehmigung gesondert durch das MVZ zu beantragen. **Die Erteilung der Genehmigungen muss ggf. auch dann beantragt werden, wenn die vertragsärztliche Tätigkeit durch Vertragsärzte erbracht werden soll.** Die erforderlichen Formulare fordern Sie bitte bei der Abteilung Qualität & Plausibilität der KVHB an (Tel.: 0421/ 3404-330).

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.

Selbstschuldnerische Bürgschaft zugunsten der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen

Die Unterzeichner dieser selbstschuldnerischen Bürgschaft beabsichtigen die Gründung des Medizinischen Versorgungszentrums

(Name und Anschrift des MVZ)

- im Folgenden „MVZ“ genannt –

in der Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung.

Voraussetzung für die Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums in der Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung ist gem. § 95 Abs. 2 Satz 6 SGB V, dass die Gesellschafter selbstschuldnerische Bürgschaftserklärungen oder andere Sicherheitsleistungen nach § 232 des Bürgerlichen Gesetzbuches für Forderungen von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen gegen das medizinische Versorgungszentrum aus dessen vertragsärztlicher Tätigkeit abgeben; dies gilt auch für Forderungen, die erst nach Auflösung des medizinischen Versorgungszentrums fällig werden (nachfolgend „Rechtsverhältnis“ genannt).

Vor diesem Hintergrund erkläre(n) ich/wir das Folgende:

Ich/Wir, die
(Name und Anschrift des/der Bürgen)

1.

2.

3.

4.

5.

- im Folgenden „Bürge“ genannt –

übernehme(n) - als Gesamtschuldner- für **sämtliche bestehenden und künftigen, auch bedingten oder befristeten, auch gesetzlichen Ansprüche der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen, die sie im Zusammenhang mit dem o. g. Rechtsverhältnis gegen das MVZ oder dessen Rechtsnachfolger erwirbt, eine selbstschuldnerische Bürgschaft.**

Sind mehrere Hauptschuldner angegeben, erstreckt sich die Bürgschaft auf die Ansprüche gegen jede einzelne Person.

1. Der Bürge kann aus dieser Bürgschaft nur auf Zahlung von Geld in Anspruch genommen werden. Sind die durch die Bürgschaft gesicherten Ansprüche der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen fällig und erfüllt der Hauptschuldner diese Ansprüche nicht, kann sich die Kassenärztliche Vereinigung Bremen an den Bürgen wenden, der dann aufgrund seiner Haftung als Selbstschuldner nach Aufforderung durch die Kassenärztliche Vereinigung Bremen Zahlung zu leisten hat. Die Kassenärztliche Vereinigung Bremen ist nicht verpflichtet, zunächst gegen den Hauptschuldner gerichtlich vorzugehen.
2. Der Bürge verzichtet auf die Einreden der Anfechtbarkeit gem. § 770 Abs. 1 BGB und der Aufrechenbarkeit gem. § 770 Abs. 2 BGB sowie der Vorausklage gem. § 771 BGB. Der Verzicht auf die Einrede der Aufrechenbarkeit gilt nicht, wenn die Gegenforderung des Hauptschuldners unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.
3. Die Kassenärztliche Vereinigung Bremen verzichtet nicht schon dadurch auf ihnen zustehende Rechte, dass sie diese nicht oder nicht unverzüglich geltend macht.
4. Die Kassenärztliche Vereinigung Bremen ist nicht verpflichtet, sich zunächst an andere Sicherheiten zu halten, bevor sie den Bürgen in Anspruch nimmt.
5. Sind oder werden einzelne oder mehrere Bestimmungen dieser Bürgschaftserklärung unwirksam oder undurchsetzbar, so berührt dies nicht die Wirksamkeit und Durchsetzbarkeit der anderen Bestimmungen dieser Bürgschaftserklärung. Die unwirksame oder undurchsetzbare Bestimmung gilt als durch eine wirksame und durchsetzbare Bestimmung ersetzt, die dem wirtschaftlichen Zweck der unwirksamen oder undurchsetzbaren Bestimmung am nächsten kommt. Im Falle einer Regelungslücke dieser Bürgschaftserklärung gilt eine Bestimmung als vereinbart, die dem mit dieser Bürgschaftserklärung verfolgten wirtschaftlichen Zweck so weitgehend wie möglich entspricht.
6. Es gilt deutsches Recht.

Ort, Datum

1. Unterschrift des Bürgen

(Name bitte auch in Druckbuchstaben angeben)

2. Unterschrift des Bürgen

(Name bitte auch in Druckbuchstaben angeben)

3. Unterschrift des Bürgen

(Name bitte auch in Druckbuchstaben angeben)

4. Unterschrift des Bürgen

(Name bitte auch in Druckbuchstaben angeben)

5. Unterschrift des Bürgen

(Name bitte auch in Druckbuchstaben angeben)

Seite 2 zur Bürgschaftserklärung zugunsten der KVHB

Selbstschuldnerische Bürgschaft zugunsten der Krankenkassen

Die Unterzeichner dieser selbstschuldnerischen Bürgschaft beabsichtigen die Gründung des Medizinischen Versorgungszentrums

(Name und Anschrift des MVZ)

- im Folgenden „MVZ“ genannt –

in der Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung.

Voraussetzung für die Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums in der Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung ist gem. § 95 Abs. 2 Satz 6 SGB V, dass die Gesellschafter selbstschuldnerische Bürgschaftserklärungen oder andere Sicherheitsleistungen nach § 232 des Bürgerlichen Gesetzbuches für Forderungen von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen gegen das medizinische Versorgungszentrum aus dessen vertragsärztlicher Tätigkeit abgeben; dies gilt auch für Forderungen, die erst nach Auflösung des medizinischen Versorgungszentrums fällig werden (nachfolgend „Rechtsverhältnis“ genannt).

Vor diesem Hintergrund erkläre(n) ich/wir das Folgende:

Ich/Wir, die
(Name und Anschrift des/der Bürgen)

1.

2.

3.

4.

5.

- im Folgenden „Bürge“ genannt –

übernehme(n) -als Gesamtschuldner- für sämtliche bestehenden und künftigen, auch bedingten oder befristeten, auch gesetzlichen Ansprüche der Krankenkassen, die sie im Zusammenhang mit dem o. g. Rechtsverhältnis gegen das MVZ oder dessen Rechtsnachfolger erwerben, eine selbstschuldnerische Bürgschaft.

Sind mehrere Hauptschuldner angegeben, erstreckt sich die Bürgschaft auf die Ansprüche gegen jede einzelne Person.

1. Der Bürge kann aus dieser Bürgschaft nur auf Zahlung von Geld in Anspruch genommen werden. Sind die durch die Bürgschaft gesicherten Ansprüche der Krankenkassen fällig und erfüllt der Hauptschuldner diese Ansprüche nicht, können sich die Krankenkassen an den Bürgen wenden, der dann aufgrund seiner Haftung als Selbstschuldner nach Aufforderung durch die Krankenkassen Zahlung zu leisten hat. Die Krankenkassen sind nicht verpflichtet, zunächst gegen den Hauptschuldner gerichtlich vorzugehen.
2. Der Bürge verzichtet auf die Einreden der Anfechtbarkeit gem. § 770 Abs. 1 BGB und der Aufrechenbarkeit gem. § 770 Abs. 2 BGB sowie der Vorausklage gem. § 771 BGB. Der Verzicht auf die Einrede der Aufrechenbarkeit gilt nicht, wenn die Gegenforderung des Hauptschuldners unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.
3. Die Krankenkassen verzichten nicht schon dadurch auf ihnen zustehende Rechte, dass sie diese nicht oder nicht unverzüglich geltend macht.
4. Die Krankenkassen sind nicht verpflichtet, sich zunächst an andere Sicherheiten zu halten, bevor sie den Bürgen in Anspruch nimmt.
5. Sind oder werden einzelne oder mehrere Bestimmungen dieser Bürgschaftserklärung unwirksam oder undurchsetzbar, so berührt dies nicht die Wirksamkeit und Durchsetzbarkeit der anderen Bestimmungen dieser Bürgschaftserklärung. Die unwirksame oder undurchsetzbare Bestimmung gilt als durch eine wirksame und durchsetzbare Bestimmung ersetzt, die dem wirtschaftlichen Zweck der unwirksamen oder undurchsetzbaren Bestimmung am nächsten kommt. Im Falle einer Regelungslücke dieser Bürgschaftserklärung gilt eine Bestimmung als vereinbart, die dem mit dieser Bürgschaftserklärung verfolgten wirtschaftlichen Zweck so weitgehend wie möglich entspricht.
6. Es gilt deutsches Recht.

Ort, Datum

1. Unterschrift des Bürgen

(Name bitte auch in Druckbuchstaben angeben)

2. Unterschrift des Bürgen

(Name bitte auch in Druckbuchstaben angeben)

3. Unterschrift des Bürgen

(Name bitte auch in Druckbuchstaben angeben)

4. Unterschrift des Bürgen

(Name bitte auch in Druckbuchstaben angeben)

5. Unterschrift des Bürgen

(Name bitte auch in Druckbuchstaben angeben)

Seite 2 zur Bürgschaftserklärung zugunsten der Krankenkassen

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

Gebühren:

Mit der Antragsstellung wird eine Gebühr fällig (§ 46 Abs. 1 Satz 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 Ärztekasse, BIC: DAAEDEDXXX, IBAN: DE05 3006 0601 0002 2246 66. Bitte als Verwendungszweck „Antrag angestellter Arzt“ angeben)

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	
Vertretene Fachgebiete	
Ärztlicher Leiter:	
Gründer/Träger:	
Adresse der Trägersgesellschaft	
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

¼ tags (bis 10 Std./Wo.)

½ tags (über 10 bis 20 Std./Wo.)

¾ tags (über 20 bis 30 Std./Wo.)

ganztags (über 30 Std./Wo.)

für das Fachgebiet/ggf. Schwerpunkt _____ .

Der Anstellungsvertrag ist diesem Antrag beigefügt.

Datenschutzerklärung:

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

Mit der nachfolgenden Unterschrift wird die Richtigkeit der in diesem Antrag gemachten Angaben und Erklärungen bestätigt. Änderungen in den angegebenen Verhältnissen werden umgehend der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses mitgeteilt.

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).

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 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. Der Ausübung des ärztlichen Berufes stehe keine gesetzlichen Hinderungsgründe entgegen. 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. Ist derzeit noch ein Antrag auf Zulassung oder Genehmigung als angestellte(r) Ärztin/Arzt bei einem anderen Zulassungsausschuss (bei welchem/ zu welchem Beginndatum) gestellt?

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.

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.

<input type="checkbox"/>	Die Patientenkartei wird an den zukünftigen anstellenden Arzt/BAG übergeben.
<input type="checkbox"/>	Die Patientenkartei verbleibt bei mir (hier bitte Kontaktdaten angeben) _____
<input type="checkbox"/>	Die Patientenkartei wird weder von mir noch einem Nachfolger aufbewahrt, sondern wie folgt: (Rechtsanwalt, Einlagerung o. ä .) hier bitte Name und Adresse angeben) _____

Datenschutzerklärung:

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

.....
(Ort, Datum)

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

Der Anstellungsvertrag und Anstellungsverträge eventueller weiterer Anstellungen sind diesem Antrag 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

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.