

**Geschäftsstelle
Zulassungsausschuss
Düsseldorf**

Postanschrift
40182 Düsseldorf

Kontakt:
KA I ☎ 0211 5970 - 9986
@ ZA.Kammer.1.KV24@kvno.de

KA II ☎ 0211 5970 - 9533
@ ZA.Kammer.2.KV24@kvno.de

Handelt es sich bei Ihrem Antrag um ein Formular für eine
Chiffre-Nr./um eine Bewerbung auf eine Ausschreibung, senden Sie die
Unterlagen bitte an das Postfach Ausschreibung.KV24@kvno.de

Merkblatt **zum Antrag auf Genehmigung der Beschäftigung eines** **angestellten Arztes / einer angestellten Ärztin an einem Medizinischen** **Versorgungszentrum**

Diesem Antrag sind vom anzustellenden Arzt / von der anzustellenden Ärztin folgende
Unterlagen beizufügen:

- Auszug aus dem Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung (**sofern Sie nicht im Arztregister Nordrhein eingetragen sind**), aus dem der Tag der Approbation, der Tag der Eintragung in das Arztregister und gegebenenfalls der Tag der Anerkennung des Rechts zum Führen einer bestimmten Facharzt-, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung hervorgehen müssen,
- aktueller unterschriebener und datierter Lebenslauf,
- Bescheinigungen über die seit der Eintragung in das Arztregister ausgeübten ärztlichen Tätigkeiten (Arbeitsverträge sind nicht ausreichend),
- Nachweis über das zum Zeitpunkt der Antragstellung bestehende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis unter Angabe der Arbeitszeit und des frühestmöglichen Endes des Beschäftigungsverhältnisses,
- Im Falle einer Neuanstellung ist ein polizeiliches Führungszeugnis zur Vorlage bei einer Behörde nach § 30 Abs. 5 BZRG zu beantragen, welches bei Antragstellung nicht älter als 3 Monate sein darf.
- Das Führungszeugnis muss zur Sitzung des Zulassungsausschusses vorliegen. Es empfiehlt sich eine frühzeitige Beantragung.

Diesem Antrag ist vom Antragsteller / von der Antragstellerin beizufügen:

- Anstellungsvertrag.
- Bei Stellung des Antrags auf Zulassung, Ermächtigung und auf Genehmigung einer Anstellung ist das Bestehen einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung durch eine Versicherungsbescheinigung nach § 113 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) gegenüber dem Zulassungsausschuss nachzuweisen (§ 95 e SGB V i. V. m. § 18 Abs. 2 Nr. 6 Ärzte-ZV).

Ein Berufshaftpflichtversicherungsschutz ist ausreichend, wenn das individuelle Haftungsrisiko des Vertragsarztes versichert ist.

Die Mindestversicherungssumme beträgt für einen Vertragsarzt (ohne angestellte Ärzte) drei Millionen Euro für Personen- und Sachschäden für jeden Versicherungsfall. Die Leistungen des Versicherers für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden dürfen nicht weiter als auf den zweifachen Betrag der Mindestversicherungssumme begrenzt werden.

Für MVZ sowie Vertragsärzte und Berufsausübungsgemeinschaften mit angestellten Ärzten muss ein Haftpflichtversicherungsschutz für die gesamte von dem Leistungserbringer ausgehende ärztliche Tätigkeit bestehen. Die Mindestversicherungssumme beträgt fünf Millionen Euro für Personen- und Sachschäden für jeden Versicherungsfall. Die Leistungen des Versicherers für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden dürfen nicht weiter als auf den dreifachen Betrag der Mindestversicherungssumme begrenzt werden.

Für das Verfahren wird gem. § 46 Abs. 1 Buchst. c Ärzte-ZV eine Gebühr von 120 Euro erhoben, die von Ihrem Honorarkonto abgebucht wird.

Wir machen schon jetzt darauf aufmerksam, dass nach erfolgter Genehmigung der Anstellung die Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses gem. § 46 Abs. 2 Buchst. c Ärzte-ZV eine weitere Gebühr in Höhe von 400 Euro (200 Euro bei einem Nachbesetzungsverfahren) erhebt. Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein hat gem. § 46 Abs. 2 Buchst. d i. V. m. § 32b Abs. 4 Ärzte-ZV weitere 400 Euro (200 Euro bei einem Nachbesetzungsverfahren) an Verwaltungsgebühr zu erheben.



**Geschäftsstelle
Zulassungsausschuss
Düsseldorf**

Postanschrift
40182 Düsseldorf

Kontakt:

KA I ☎ 0211 5970 - 9986
@ ZA.Kammer.1.KV24@kvno.de

KA II ☎ 0211 5970 - 9533
@ ZA.Kammer.2.KV24@kvno.de

Handelt es sich bei Ihrem Antrag um ein Formular für eine Chiffre-Nr./um eine Bewerbung auf eine Ausschreibung, senden Sie die Unterlagen bitte an das Postfach Ausschreibung.KV24@kvno.de

Bescheinigung zur Beantragung eines Führungszeugnisses zur Vorlage bei einer Behörde nach § 30 Abs. 5 BZRG

Hiermit bescheinigt die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Körperschaft des öffentlichen Rechts, dass die Vorlage des Führungszeugnisses zur Vorlage bei einer Behörde nach § 30 Abs. 5 BZRG für Zulassungsverfahren zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 18 Ärzte-ZV erforderlich ist.

Wir bitten entsprechend um Übersendung an:

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
Geschäftsstelle Zulassungsausschuss
40182 Düsseldorf

**Antrag auf Genehmigung der Beschäftigung eines
angestellten Arztes / einer angestellten Ärztin an einem Medizinischen
Versorgungszentrum**

1. Antragsteller / Antragstellerin:

Name des MVZ _____

BSNR: _____

Anschrift:

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Berufsausübungsgemeinschaft
mit: _____

2. angestellter Arzt / angestellte Ärztin:

Titel: _____

Vorname, Name: _____

Facharzt / Fachärztin für: _____

Privatanschrift:

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon / Fax: _____

Beginn der Tätigkeit: _____ . Quartal 20

Tätigkeitsumfang: _____ Stunden pro Woche

3. Nur für Fachärzte / Fachärztinnen für Innere Medizin:

Ich beantrage die Anstellung

für die:

hausärztliche Versorgung

fachärztliche Versorgung

4. War der/die anzustellende Arzt/Ärztin bereits vertragsärztlich (Zulassung, Anstellung, Ermächtigung) tätig?

nein

ja, im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung: _____

5. Anstellungsort:

Die Anstellung soll an o.g. Praxisanschrift erfolgen

Die Anstellung soll **ausschließlich** in einer Zweigpraxis erfolgen
(Die Zweigpraxisgenehmigung ist bei der Kassenärztlichen Vereinigung zu beantragen)

Die Anstellung soll an o. g. Praxisanschrift **und** in einer Zweigpraxis erfolgen
(Die Zweigpraxisgenehmigung ist bei der Kassenärztlichen Vereinigung zu beantragen)

Die Aufteilung der Anstellung im gleichen Planungsbereich durch den Zulassungsausschuss ist nur notwendig, wenn die Tätigkeit nicht überwiegend am Hauptsitz ausgeführt wird.

(Die Zweigpraxisgenehmigung ist bei der Kassenärztlichen Vereinigung zu beantragen)

Bei Anstellung in der Zweigpraxis:

Aufteilung: _____ Stunden pro Woche in der Praxis des anstellenden Arztes

_____ Stunden pro Woche in der Zweigpraxis

Zweigpraxisanschrift:

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

6. Wenn Anstellung auf ausgeschriebenen Sitz

Es wird der Versorgungsauftrag eines anderen Arztes / einer anderen Ärztin im Rahmen des Ausschreibungsverfahrens

von: _____

mit der Chiffre-Nr.: _____

übernommen

7. Weitere Vorhaben

Sind mit der beantragten Anstellung ggf. noch weitere Vorhaben verbunden, die für den **Gesamtsachverhalt** relevant sind? Was ist Ihr Ziel? (Umwandlung der Anstellung in eine Zulassung)

nein

ja

welche?

Wir weisen darauf hin, dass ein gesonderter Antrag bezüglich des weiteren Vorhabens einzureichen ist.

8. Hinweise:

8.1 Die Genehmigung wird auf der Basis des dem Zulassungsausschuss vorzulegenden Anstellungsvertrages beantragt. Wir versichern, dass weitere Vereinbarungen, die dem entgegenstehen, nicht getroffen wurden bzw. werden.

8.2 **Gilt nur bei Verzicht auf die Zulassung zugunsten einer Anstellung gem. § 103 Abs. 4a und 4b SGB V:**

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts muss zum Zeitpunkt des Verzichtes die Absicht bestehen, dass der verzichtende Arzt **mindestens drei Jahre** als angestellter Arzt in der Praxis/dem MVZ tätig wird. Eine vollzeitige Anstellung im Umfang eines Anrechnungsfaktors von 1,0 kann jahresweise jeweils um den Faktor von 0,25 reduziert werden. Scheidet der angestellte Arzt vor Ablauf der Dreijahresfrist in höherem Umfang oder vollständig aus, kann dies zum Verlust des Nachbesetzungsrechtes führen.

Wir haben den Hinweis zur Kenntnis genommen.

Geschäftsführung

anzustellender Arzt

Name: _____

Name: _____

Datum, Unterschrift

Datum, Unterschrift

ggf. BAG Partner

ggf. BAG Partner

Name: _____

Name: _____

Datum, Unterschrift

Datum, Unterschrift

Hinweis: Sollten Sie nicht über eine Einzelvertretungsbefugnis verfügen, so sind hier neben Ihrer Unterschrift und der Unterschrift des anzustellenden Arztes/der anzustellenden Ärztin die Unterschriften aller BAG Partner notwendig.

9. Erklärung zu einem Dienst- / Beschäftigungsverhältnis

Hiermit erkläre ich, dass ich zur Zeit in einem Dienst- / keinem Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis stehe.

Das Beschäftigungsverhältnis kann frühestens ambeendet werden.

Das Beschäftigungsverhältnis ist mit Wirkung vomgekündigt / beendet worden.

Das bestehende Beschäftigungsverhältnis wird mit Wirkung zum auf einen Umfang von Stunden reduziert bzw. im bestehenden Umfang beibehalten.

Nachweis über das bestehende Beschäftigungsverhältnis beifügen.

Name:

Datum:

Unterschrift:
(anzustellender Arzt)

10. Erklärung über das Nichtvorliegen von Suchterkrankungen

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich nicht drogen- oder alkoholabhängig bin oder innerhalb der letzten fünf Jahre gewesen bin. Ich habe mich innerhalb der letzten fünf Jahre keiner Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterziehen müssen. Gesetzliche Hinderungsgründe stehen der Ausübung des ärztlichen Berufs nicht entgegen.

Name:

Datum

Unterschrift
(anzustellender Arzt)

Hinweis:

Sollten im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung genehmigungspflichtige Leistungen erbracht und abgerechnet werden, ist eine entsprechende Genehmigung zu beantragen. **Das bedeutet konkret, dass eine Facharztqualifikation bzw. die Qualifikation als psychologischer Psychotherapeut in der vertragsärztlichen Versorgung für viele Bereiche zwar notwendig, aber nicht ausreichend ist.**

So müssen neben der fachlichen Befähigung des Arztes, psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gegebenenfalls die Vorgaben zu apparativ-technischen und räumlichen Anforderungen entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarungen sowie -Richtlinien geprüft werden.

In jedem Falle dürfen genehmigungspflichtige Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung erst abgerechnet werden, wenn die schriftliche Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein erteilt wurde. Dies gilt auch für die Abrechnung von psychotherapeutischen Leistungen.

Welche Leistungen einer Genehmigungspflicht unterliegen, entnehmen Sie bitte der Auflistung auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein unter folgendem Link:

www.kvno.de/genehmigungen