

**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 im Sonderbedarf**

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 die Beantragung eines Polizeilichen
Führungszeugnisses zur Vorlage bei einer Behörde nach § 30 Abs. 5 BZRG, 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 Versicherungs-

vertragsgesetzes (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 erhebt. Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein hat gem. § 46 Abs. 2 Buchst. d i. V. m. § 32b Abs. 4 Ärzte-ZV weitere 400 Euro 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 im Sonderbedarf**

Antragsteller / Antragstellerin:

Name des MVZ _____

BSNR: _____

Anschrift:

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Berufsausübungsgemeinschaft
mit: _____

angestellter Arzt / angestellte Ärztin:

Titel: _____

Vorname, Name: _____

Facharzt / Fachärztin für: _____

Privatanschrift:

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon / Fax: _____

Beginn der Tätigkeit: Quartal 20

Vollzeit: _____ Stunden pro Woche

Teilzeit: _____ Stunden pro Woche

Hinweis: Die Anstellung im Sonderbedarf kann nur im Umfang eines halben Versorgungsauftrages (über 10-20 Wochenstunden) oder eines drei Viertel Versorgungsauftrages (über 20 bis 30 Wochenstunden) oder eines vollen Versorgungsauftrages (über 30 Wochenstunden) beantragt werden.

Nur für Fachärzte / Fachärztinnen für Innere Medizin:

Ich beantrage die Anstellung

für die:

hausärztliche Versorgung

fachärztliche Versorgung

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

nein

ja, im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung: _____

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)

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

_____ Stunden pro Woche in der Zweigpraxis

Zweigpraxisanschrift:

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Beginn der Tätigkeit: _____ . Quartal 20_____

Vollzeit: _____ Stunden pro Woche

Teilzeit: _____ Stunden pro Woche

Hinweis: Die Anstellung im Sonderbedarf kann nur im Umfang eines halben Versorgungsauftrages (über 10-20 Wochenstunden) oder eines drei Viertel Versorgungsauftrages (über 20 bis 30 Wochenstunden) oder eines vollen Versorgungsauftrages (über 30 Wochenstunden) beantragt werden.

Allgemeine Angaben

Bitte definieren Sie die Region anhand von Stadt-, Kreis- und/oder Gemeindegrenzen, die vom beantragten Ort der Niederlassung aus versorgt werden soll:

Zusätzliche Angaben bei Beantragung qualifikationsbezogener Leistungen

Diese Leistungen sind Inhalte

des Schwerpunktes: _____

oder

der fakultativen Weiterbildung: _____

oder

der besonderen Fachkunde: _____

oder

der Zusatzweiterbildung/Zusatzbezeichnung: _____

Begründung

Warum ist die von Ihnen beantragte Sonderbedarfsanstellung unerlässlich um die Versorgung der Patienten in dieser Region sicherzustellen?

(Bitte fügen Sie diesem Antragsformular eine gesonderte maschinen-geschriebene Begründung als Anlage bei)

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.

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.

Weitere Vorhaben

Sind mit der beantragten Anstellung im Sonderbedarf ggf. noch weitere Vorhaben verbunden, die für den **Gesamtsachverhalt** relevant sind? Was ist Ihr Ziel?

nein

ja

welche?

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

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:

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:

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