

# Merkblatt

## **Anstellung eines Arztes/einer Ärztin** (Für Ihre Unterlagen bestimmt)

### **I. CHECKLISTE**

Dem Antrag auf Genehmigung zur Anstellung eines Arztes/einer Ärztin sind nachstehende Unterlagen vollständig beizufügen:

#### **Antrag auf Anstellung**

Bitte verwenden Sie ausschließlich unser anliegendes Antragsformular

**Schriftlicher Arbeitsvertrag**, insbesondere unter Angabe der Arbeitszeiten und des konkreten Anstellungsortes (Straße, PLZ, Ort)

**Arbeitgebernachweis über das Bestehen einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung** gemäß §§ 113 Abs. 2 VVG, 95 e SGB V.

#### **Nachweis über die Entrichtung der Antragsgebühr**

Antragsergänzung „Weitere Antragsteller“ (**Formblatt 1**)

Von dem anzustellenden Arzt/der anzustellenden Ärztin sind folgende Unterlagen zusätzlich einzureichen:

**Aktueller EDV-Ausdruck über die Eintragung in das Arztregister einer Kassenärztlichen Vereinigung**, aus dem der Tag der Approbation, der Tag der Eintragung in das Arztregister und der Tag der Anerkennung des Rechts zum Führen einer bestimmten Facharzt-, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung bzw. Fachbezeichnung hervorgehen muss (entfällt, sofern die Eintragung in das Register der KV Sachsen-Anhalt erfolgt ist)

**Aktueller, lückenloser Lebenslauf mit Datum und Unterschrift im Original sowie den Angaben über die seit der Approbation ausgeübten ärztlichen Tätigkeiten**. Soweit Zeiten ohne Beschäftigungsverhältnis vorgelegen haben (z.B. wegen Kindererziehung, Erkrankung, Arbeitslosigkeit), sind diese ebenso anzugeben.

**Polizeiliches Führungszeugnis zur „Vorlage bei einer Behörde nach § 30 Abs. 5 BZRG“ (ehemals Belegart „O“)**. Dieses Führungszeugnis wird nicht dem Antragsteller ausgehändigt, sondern direkt an den Zulassungsausschuss gesandt. Als Versandadresse geben Sie bei der Meldebehörde die Anschrift der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses bei der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt in Magdeburg an. Die Ausstellung des Führungszeugnisses durch das Bundesamt für Justiz dauert mindestens zwei bis drei Wochen.

Bitte beachten Sie, dass das Führungszeugnis zum Zeitpunkt der Entscheidung der Zulassung (Sitzungstermin des ZA) nicht älter als drei Monate sein darf und zur Verhandlung vor dem Zulassungsausschuss zwingend vorliegen muss.

## **II. WICHTIGE HINWEISE ZUR ENTRICHTUNG DER ANTRAGSGEBÜHR**

Gemäß § 46 Abs. 1 c) Ärzte-ZV ist eine Gebühr fällig, sobald Sie Ihren Antrag in der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses eingereicht haben. Diese Gebühr ist somit auch dann zu entrichten, wenn Sie Ihren Antrag später zurücknehmen sollten.

Über die Zahlung der Antragsgebühr legen Sie bitte innerhalb von zwei Wochen (Eingang) nach Einreichung Ihres Antrags unaufgefordert einen geeigneten Zahlungsnachweis vor. Sollte die Antragsgebühr nicht fristgemäß gezahlt worden und der geeignete Zahlungsnachweis nicht innerhalb der vorgenannten Frist von zwei Wochen eingegangen sein, gilt Ihr Antrag nach § 38 Ärzte-ZV als zurückgenommen. In jedem Fall wird Ihr Antrag ohne fristgerechten Nachweis über die Entrichtung der Antragsgebühr nicht für eine Sitzung des Zulassungsausschusses terminiert.

Damit die eindeutige Zuordnung des Antrags gewährleistet werden kann, ist es unbedingt erforderlich, dass die Überweisung der Antragsgebühr unter **Angabe des im Formular näher bezeichneten Verwendungszwecks** zugunsten nachfolgender Bankverbindung durchgeführt wird:

**Deutsche Apotheker- und Ärztebank Magdeburg**  
**IBAN: DE95 3006 0601 0003 1050 67**  
**BIC: DAAEDEDXXX**

Die Antragsgebühr beträgt:

- a) für die Nachbesetzung einer Arztstelle: € 60,--  
(**Verwendungszweck:** ZA-Ärzte Anstellung / Name anzustellender Arzt)
- b) in allen anderen Fällen: € 120,--  
(**Verwendungszweck:** ZA-Ärzte Anstellung / Name anzustellender Arzt)

Nach der Genehmigung werden auf gesonderte Anforderung zusätzliche Verwaltungsgebühren erhoben, § 46 Abs. 2 c, Abs. 4 Ärzte-ZV.

Diese Verwaltungsgebühren betragen:

- a) für die Nachbesetzung einer Arztstelle: € 200,--
- b) in allen anderen Fällen: € 400,--

Für Anträge in unterversorgten Gebieten oder in Gebieten mit drohender Unterversorgung fallen keine Gebühren an, § 46 Abs. 4 Ärzte-ZV. Bitte entnehmen Sie die betreffenden Arztgruppen und Gebiete dem jeweiligen aktuellen Beschluss des Landesausschusses auf der Homepage der KV Sachsen-Anhalt ([https://www.kvsa.de/praxis/vertragsaerztliche\\_taetigkeit/existenzgruendung/foerdermittel.html](https://www.kvsa.de/praxis/vertragsaerztliche_taetigkeit/existenzgruendung/foerdermittel.html)).

## **III. ALLGEMEINE HINWEISE ZUM ANTRAGSVERFAHREN**

Die Übersendung der Antragsunterlagen im Original samt Anlagen hat zwingend auf dem Postweg zu erfolgen. Alternativ können Sie die vorgenannten Unterlagen auch persönlich in der KV Sachsen-Anhalt abgeben. Eine elektronische Übermittlung aller Unterlagen per Fax oder E-Mail ist nicht zulässig.

Die Antragsunterlagen sollten spätestens vier Wochen (Sonderbedarfe spätestens drei Monate) vor der Sitzung des Zulassungsausschusses vorliegen. Rückwirkende Entscheidungen trifft der Zulassungsausschuss nicht, daher ist der Antrag rechtzeitig zu stellen.

Der Zulassungsausschuss Sachsen-Anhalt tagt in der Regel einmal im Monat. Die Termine entnehmen Sie bitte der Homepage der KVSA.

Die Frist zur Aufnahme der Tätigkeit durch den angestellten Arzt/angestellte Ärztin beträgt nach erteilter Anstellungsgenehmigung in der Regel drei oder fünf Monate. Sollte diese Frist nicht ausreichen, bitten wir, dies unter Angabe von Gründen zu beantragen.

**Bitte beachten Sie, dass über einen Antrag erst entschieden werden kann, wenn alle erforderlichen Unterlagen und Angaben vollständig eingereicht und die Antragsgebühr überwiesen wurde. Zudem beachten Sie bitte bei Ihrer Planung, dass alle im Zusammenhang mit den Verfahren Ermächtigung, Sonderbedarf oder Ermächtigung zur Gründung einer Zweigpraxis in Sachsen-Anhalt stehenden Anträge (Neuanträge, Anstellungen, sonstige Änderungen) einer Antragsfrist von drei Monaten bedürfen.**

#### **IV. HIWEISE ZUR BERUFSHAFTPFLICHTVERSICHERUNG**

Ab dem 19.07.2021 sieht das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) gemäß § 95e SGB V den Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung für alle Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten als vertragsärztliche bzw. vertragspsychotherapeutische Pflicht vor. Bei Stellung eines Antrags auf Zulassung, Ermächtigung oder Genehmigung einer Anstellung ist dem Zulassungsausschuss das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes nachzuweisen. Ausreichend ist dieser, wenn das individuelle Haftungsrisiko des Vertragsarztes versichert ist. Jedenfalls darf die Mindestversicherungssumme für alle Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten drei Millionen Euro für Personen- und Sachschäden nicht unterschreiten und die Leistungen des Versicherers für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden dürfen nicht weiter als auf den zweifachen Betrag der Mindestversicherungssumme begrenzt werden.

Für medizinische Versorgungszentren sowie für Vertragsärzte und Berufsausübungsgemeinschaften mit angestellten Ärzten ist der Berufshaftpflichtversicherungsschutz ausreichend, sofern er für die gesamte von dem Leistungserbringer ausgehende ärztliche Tätigkeit besteht. Jedenfalls darf die Mindestversicherungssumme fünf Millionen Euro für Personen -und Sachschäden für jeden Versicherungsfall nicht unterschreiten und die Leistungen des Versicherers für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden nicht weiter als auf den dreifachen Betrag der Mindestversicherungssumme begrenzt werden.

#### **V. DATENSCHUTZ**

Die zur Bearbeitung Ihres Antrags erforderlichen Daten werden auf der gesetzlichen Grundlage der §§ 95 und 98 SGB V in Verbindung mit den Vorschriften der Zulassungsverordnung erhoben und verarbeitet.

Die Daten werden nur im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften verarbeitet. Die Datenverarbeitung ist gem. Art. 6 Abs. 1 Satz 1 c) DSGVO für die Aufgabenerfüllung der KV Sachsen-Anhalt und der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses erforderliche und erfolgt damit rechtmäßig.

Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter dem Link:  
[https://www.kvsa.de/service/ueber\\_uns/datenschutz\\_informationen.html](https://www.kvsa.de/service/ueber_uns/datenschutz_informationen.html)

Weitere Informationen zu den Besonderheiten des Datenschutzes im **Auswahlverfahren** finden Sie auf der Homepage der KVSA.

# Antrag auf Anstellung eines Arztes/einer Ärztin

ZULASSUNGS-  
AUSSCHUSS  
SACHSEN-ANHALT

ZA

Zulassungsausschuss für Ärzte  
bei der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt  
Doctor-Eisenbart-Ring 2  
39120 Magdeburg

**Das Antragsformular bitte vollständig ausfüllen sowie Zutreffendes ankreuzen!**

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Die männliche Form schließt die weibliche mit ein, ohne dadurch eine geschlechtsspezifische Diskriminierung vornehmen zu wollen.

## 1. ANGABEN ZUM ANTRAGSTELLER

**Antragsteller** (Arbeitgeber)

**Einzelpraxis / BAG**

**BSNR:**

**Titel:**

**Name:**

**Vorname(n):**

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort des **Vertragsarztsitzes/Hauptbetriebsstätte**

E-Mail-Adresse

Telefonnummer

(Bei Anstellung in einer **Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)** bitte für die weiteren BAG-Mitglieder das Formblatt „Weitere Antragsteller“ (Formblatt 1) gesondert ausfüllen. Die auf diesen zusätzlich eingereichten Formblättern gemachten Angaben sind Bestandteil dieses Antrages.)

## 2. BEANTRAGUNG

Ich/Wir beantrage(n) die **Genehmigung zur Beschäftigung von** (Anzustellender Arzt)

<b>LANR:</b>	<b>Titel:</b>
<b>Name:</b>	<b>Vorname(n):</b>
<b>Geburtsdatum:</b>	<b>Geburtsort:</b>
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort des <b>Wohnanschrift</b>	
E-Mail-Adresse	Telefonnummer
Facharztbezeichnung	
Schwerpunktbezeichnung / Zusatzbezeichnung	

### **Angaben zur Anstellung:**

Voraussichtlicher <b>Zeitpunkt der Anstellung:</b>	(tt.mm.jjjj)
<b>als</b>	Fachgebiet / Schwerpunkt
Beschäftigungsumfang:	Stunden pro Woche (bitte Arbeitsvertrag beifügen)
§ 58 Abs. 2 Satz 4 Bedarfsplanungs-Richtlinie:	
<u>Vertraglich vereinbarte Arbeitszeit</u>	<u>Anrechnungsfaktor:</u>
bis 10 Stunden pro Woche	0,25
über 10 bis 20 Stunden pro Woche	0,5
über 20 bis 30 Stunden pro Woche	0,75
über 30 Stunden pro Woche	1,0
<b>Nur bei Internisten</b> , die über <b>keinen Schwerpunkt</b> verfügen oder auf das Führen eines Schwerpunkts verzichten:	
Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung	
Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung	

**Angaben zum Anstellungsort:** Bitte beachten Sie, dass der Anstellungsort auch im Arbeitsvertrag korrekt anzugeben ist.

Dienstort ist der Vertragsarztsitz/Hauptbetriebsstätte des Antragstellers

Dienstort ist die Nebenbetriebsstätte:

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der **Nebenbetriebsstätte**

Die hierfür erforderliche Nebenbetriebsstättengenehmigung der KV Sachsen-Anhalt

liegt für den Angestellten und das Fachgebiet bereits vor.

wurde bei der KV Sachsen-Anhalt beantragt am (tt.mm.jjjj).

### **Eintragung im Arztregister**

Der anzustellende Arzt ist bereits eingetragen im Arztregister der  
Kassenärztlichen Vereinigung

Eintragsnummer (ENR): (7-stellig)

Der anzustellende Arzt hat die Eintragung beantragt bei der  
Kassenärztlichen Vereinigung

am: (tt.mm.jjjj)

### 3. ANSTELLUNGSGRUND

Die Genehmigung zur Anstellung eines Arztes wird beantragt:

a) aufgrund der Erteilung einer Anstellungsgenehmigung im offenen Planungsbereich	
b) aufgrund der Erteilung einer Anstellung im gesperrten Planungsbereich im Jobsharing	
Name des Vertragsarztes im Jobsharing	
c) aufgrund Praxisnachfolge im offenen Planungsbereich	
Titel, Name des bisherigen Praxisinhabers	
d) aufgrund des Zulassungsverzichts des Vertragsarztes	Bitte fügen Sie die Erklärung über den Zulassungsverzicht durch den Vertragsarzt unter Angabe des konkreten Beendigungszeitpunkts bei. <b>(Anlage A)</b>
e) zur Übernahme eines ausgeschriebenen Vertragsarztsitzes im gesperrten Planungsbereich	
Monat der Ausschreibung:	<a href="#">Praxisausschreibungen der KVSA</a>
für das Fachgebiet:	(Facharztgruppe)
f) zur Nachbesetzung der <b>gesamten</b> Stelle eines bereits angestellten Arztes	Sofern hierdurch eine Statusänderung des bisher angestellten Arztes eintritt (Anstellungsende, Änderung des Arbeitszeitrahmens), reichen Sie bitte entsprechende Erklärungen und/oder Folgeanträge ein.
für das Fachgebiet:	(Facharztgruppe)
frei werdender Anrechnungsfaktor:	Anrechnungsfaktor gem. § 58 Abs. 2 Satz 4 BP-RL
bisher besetzt von:	(Titel, Name des bisher angestellten Arztes)
unbesetzt seit/ab:	
g) zur Nachbesetzung <b>eines Teils</b> der Stelle eines bereits angestellten Arztes	Sofern hierdurch eine Statusänderung des bisher angestellten Arztes eintritt (Anstellungsende, Änderung des Arbeitszeitrahmens), reichen Sie bitte entsprechende Erklärungen und/oder Folgeanträge ein.
für das Fachgebiet:	(Facharztgruppe)
bestehender Anrechnungsfaktor:	Anrechnungsfaktor gem. § 58 Abs. 2 Satz 4 BP-RL
wird reduziert auf Anrechnungsfaktor:	
bisher besetzt von:	(Titel, Name des bisher angestellten Arztes)
Bei nicht vollständiger Nachbesetzung übrigbleibender Anrechnungsfaktor:	

#### **4. WEITERE TÄTIGKEITEN GEM. § 18 ABS. 2 NR. 4 ÄRZTE-ZV**

<p><b>Kein</b> weiteres Dienst-/Beschäftigungsverhältnis des anzustellenden Arztes</p> <p><b>Keine</b> weitere vertragsärztliche Tätigkeit des anzustellenden Arztes</p> <p><b>Folgende weitere vertragsärztliche Tätigkeit</b> des anzustellenden Arztes – z.B. Tätigkeit als angestellter Arzt bei Vertragsarzt oder MVZ, als ermächtigter Arzt, Tätigkeit in einer Filiale, Mitwirkung in einer Berufsausübungsgemeinschaft</p> <p>1. als _____ bei _____</p> <p><b>Wochenstundenanzahl</b></p> <p>2. als _____ bei _____</p> <p><b>Wochenstundenanzahl</b></p> <p><b>Folgende weitere Tätigkeit als angestellter Arzt</b> z.B. in einem Krankenhaus, in einer Vorsorge-, Rehabilitationseinrichtung</p> <p>als _____ bei _____</p> <p>zeitlicher Umfang in <b>Wochenstunden:</b></p>
<p>Bei vertragsärztlichen Tätigkeiten oder weiteren Tätigkeiten z.B. im stationären Bereich reichen Sie bitte entsprechende Nachweise/Bescheinigungen über die Reduzierung der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit ein.</p>

#### **5. ZUORDNUNG DES ANZUSTELLENDEN ARZTES** (nur auszufüllen, wenn Anstellung in BAG)

<p>Bezeichnung der Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)</p> <p>Anschrift der BAG (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)</p> <p><b>Anzustellender Arzt:</b> _____ (Titel, Name des bisher angestellten Arztes)</p> <p><b>Zuordnung des anzustellenden Arztes bei Auflösung der Berufsausübungsgemeinschaft oder Ausscheiden des bisher verantwortlichen Partners</b> (z. B. durch Verzicht, Wegzug, Tod):</p> <p>Verbindliche Rangfolge</p> <p>Partner 1 (Titel, Vorname, Name)</p> <p>Partner 2 (Titel, Vorname, Name)</p> <p>Partner 3 (Titel, Vorname, Name)</p> <p>Partner 4 (Titel, Vorname, Name)</p>
---





## 7. ERKLÄRUNG GEM. § 18 ABS. 2 NR. 5 ÄRZTE-ZV

Hiermit erkläre ich, dass ich weder drogen- oder alkoholabhängig bin noch in den letzten fünf Jahren gewesen bin, dass ich mich innerhalb der letzten fünf Jahre keiner Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen habe, und dass gesetzliche Hinderungsgründe einer Ausübung des Berufes als Arzt nicht entgegenstehen.

Ort/Datum

Name/Unterschrift des anzustellenden Arztes



## 8. ANTRAGSGEBÜHR

Die Antragsgebühr **zur Nachbesetzung** einer Arztstelle in Höhe von € 60,-- wurde überwiesen am (tt.mm.jjjj)

Die Antragsgebühr **zur Genehmigung einer Anstellung** in Höhe von € 120,-- wurde überwiesen am (tt.mm.jjjj)

### **Angaben für Ihre Überweisung:**

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt

Deutsche Apotheker- und Ärztebank Magdeburg

IBAN: DE95 3006 0601 0003 1050 67

BIC: DAAEDEDXXX

### **Verwendungszweck:**

ZA-A-002 / ZA / Name, Vorname anzustellender Arzt

Ein Nachweis über die Entrichtung der Antragsgebühr liegt bei.

## Wichtige Information zu den genehmigungspflichtigen Leistungen

Bitte beachten Sie, dass Sie alle genehmigungspflichtigen Leistungen erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen,

- an dem Sie die Berechtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung (Zulassung, Anstellungsgenehmigung) durch den Zulassungsausschuss erhalten haben und
- an dem Ihnen für beantragte Leistungen der Genehmigungsbescheid der KVSA zugegangen ist.


Um die genehmigungspflichtigen Leistungen erbringen und abrechnen zu können, müssen die entsprechenden Anträge und Teilnahmeerklärungen vorab bei der KVSA eingereicht und genehmigt werden.

Die erforderlichen **Anträge und Formulare** finden Sie auf der Homepage der KVSA wie folgt:

- ⇒ Im Bereich PRAXIS > Vertragsärztliche Tätigkeit > Qualität > Genehmigungen  
oder
- ⇒ Link: [https://www.kvsa.de/praxis/vertragsaerztliche\\_taetigkeit/qualitaet/genehmigung.html](https://www.kvsa.de/praxis/vertragsaerztliche_taetigkeit/qualitaet/genehmigung.html)


---

Ort, Datum

Name/Unterschrift anzustellender Arzt 

---

Ort, Datum

Name/Unterschrift (aller) Antragsteller 

Stempel Antragsteller

**Bitte zutreffendes ankreuzen**

Checkliste	<b>Sind dem Antrag beigefügt</b>
1. Unterschriebener tabellarischer Lebenslauf des anzustellenden Arztes	
2. Schriftlicher Arbeitsvertrag mit Angabe des konkreten Beschäftigungsumfanges und des geplanten Zeitpunktes der Tätigkeitsaufnahme und des Tätigkeitsorts	
3. Kopie der Bestätigung der Behörde über die Beantragung eines polizeilichen Führungszeugnisses zur „Vorlage bei einer Behörde nach § 30 Abs. 5 BZRG“ (ehemals Belegart „O“), das an den Zulassungsausschuss adressiert wird und diesem direkt zugeht (Behördenführungszeugnis)	
4. Für anzustellende Ärzte, die im Arztregister außerhalb der KVSA eingetragen sind: Auszug aus Arztregister	
5. Tabellarische Auflistung über die bisherigen ärztlichen Tätigkeiten des anzustellenden Arztes mit entsprechenden Bescheinigungen (Seite 5 des Antragsformulars)	
6. Bei Anstellung aufgrund Zulassungsverzicht: Verzichtserklärung im Original (Anlage A)	
7. Arbeitgebernachweis über das Bestehen einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung gemäß §§ 113 Abs. 2 VVG, 95 e SGB V.	

**Formblatt 1 – Weitere Antragsteller**  
(Die auf diesem Formblatt gemachten Angaben sind Bestandteil des Antrages.)



<b>2. Praxisinhaber</b>	
<b>Titel:</b>	
<b>Name:</b>	<b>Vorname(n):</b>
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort des <b>Vertragsarztsitzes</b>	
_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift und Stempel Praxisinhaber zu 2)
<b>3. Praxisinhaber</b>	
<b>Titel:</b>	
<b>Name:</b>	<b>Vorname(n):</b>
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort des <b>Vertragsarztsitzes</b>	
_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift und Stempel Praxisinhaber zu 3)
<b>4. Praxisinhaber</b>	
<b>Titel:</b>	
<b>Name:</b>	<b>Vorname(n):</b>
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort des <b>Vertragsarztsitzes</b>	
_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift und Stempel Praxisinhaber zu 4)



## Anlage A zum Antrag auf Genehmigung zur Anstellung eines Arztes

Nur erforderlich für Vertragsärzte, die im gesperrten Planungsbereich auf Ihre Zulassung zugunsten der Anstellung verzichten möchten, um als angestellter Arzt bei einem Vertragsarzt oder einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig zu werden.

<b>Anzustellender Arzt</b>	
<b>Titel:</b>	
<b>Name:</b>	<b>Vorname(n):</b>

### VERZICHTSERKLÄRUNG

<b>Anstellung beim Vertragsarzt / BAG</b>	
Hiermit erkläre ich den Verzicht auf meine Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung	
Vollzulassung	dreiviertel Zulassung
halbe Zulassung	viertel Zulassung
zugunsten der Anstellung bei	
Titel, Vorname, Name des Vertragsarztes + Straße, Hausnummer, PLZ, Ort des Vertragssitzes	
zum	(tt.mm.jjjj)
<small>Bei dem Verzicht auf die Zulassung handelt es sich um eine einseitig empfangsbedürftige Willenserklärung, die keiner Annahme bedarf und deshalb mit Zugang beim Zulassungsausschuss wirksam wird (§ 130 BGB). Das bedeutet, dass der Arzt, der eine entsprechende Erklärung abgegeben hat, sich von ihr nicht mehr lösen kann oder Bedingungen an die Verzichtserklärung knüpfen kann.</small>	

### ABSICHTSERKLÄRUNG

Ich beabsichtige, in dem Vertragsarztsitz des vorgenannten Antragstellers (Vertragsarzt) als genehmigter angestellter Arzt für eine Dauer von mindestens drei Jahren ab dem Antritt der Arztstelle tätig zu werden.

Ort, Datum

Name/Unterschrift anzustellender Arzt



Stempel anzustellender Arzt

## Anlage B

### zum Antrag auf Genehmigung zur Anstellung eines Arztes

Versicherungsbescheinigung gemäß § 113 Abs. 2 VVG i.V.m. § 95e SGB V über das Bestehen eines Berufshaftpflichtversicherungsschutzes für Medizinische Versorgungszentren (MVZ)<sup>1</sup> sowie Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten mit angestellten Ärzten und Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) mit angestellten Ärzten (nachfolgend: Leistungserbringer)

**Name des Leistungserbringers<sup>2</sup>:**

**Vorname des Leistungserbringers:**

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der **Leistungserbringung**

**Name der Trägergesellschaft** (falls abweichend):

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort des **Trägergesellschaft**

**Versicherungsschein-Nummer:**

**Versicherungsunternehmen:**

**Hiermit bestätigen wir, dass bei uns eine § 95e Abs. 5 Satz 3 SGB V entsprechende Pflichtversicherung für die gesamte von dem Leistungserbringer ausgehende ärztliche Tätigkeit besteht.**

**Die Versicherungssumme<sup>3</sup> beträgt EUR <sup>4</sup> für Personen- und Sachschäden für jeden Versicherungsfall. Die Leistungen für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden sind nicht weiter als nach § 95e SGB V zulässig begrenzt.**

Ort/Datum

(Faksimilierte) Unterschrift des Versicherungsunternehmens



<sup>1</sup> Diese Bescheinigung ist für MVZ mit angestellten Ärzten und mit zugelassenen Vertragsärzten zu verwenden.

<sup>2</sup> Unabhängig davon, ob ein MVZ rechtlich unselbständig ist oder eine eigene Rechtspersönlichkeit hat, ist für jedes einzelne MVZ als Leistungserbringer eine Versicherungspflicht gegeben und mittels Bestätigung nach § 113 Abs. 2 VVG nachzuweisen. Nebenbetriebsstätten (mit Nebenbetriebsstättennummer – NBSNR) des MVZ sind im Versicherungsschutz des MVZ eingeschlossen. Eine namentliche Nennung der einzelnen Nebenbetriebsstätten des MVZ ist nicht erforderlich.

<sup>3</sup> Die Mindestversicherungssumme beträgt nach § 95e Abs. 5 Satz 3 SGB V mindestens 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.

<sup>4</sup> Anzugeben ist die tatsächliche Versicherungssumme.