

# Antrag auf Genehmigung zur Anstellung eines Arztes im Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ)

## **Wichtiger Hinweis!**

Bitte vor Ausdruck des Formulars  
den zuständigen Regierungsbezirk  
auswählen (Ort des Praxissitzes).

- Regierungsbezirk Stuttgart
- Regierungsbezirk Karlsruhe
- Regierungsbezirk Freiburg
- Regierungsbezirk Tübingen
- Planungsbereich Baden-Württemberg (gesonderte fachärztliche Versorgung)

Hiermit beantragt der Vertretungsberechtigte (z. B. Gründer, Geschäftsführer)

Name \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Titel: \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Titel: \_\_\_\_\_

für das MVZ: \_\_\_\_\_

BSNR: \_\_\_\_\_

Vertragsarztsitz:

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

im Landkreis/Stadtkreis: \_\_\_\_\_

**die Genehmigung zur Beschäftigung von**

Name \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Titel: \_\_\_\_\_

LANR: \_\_\_\_\_

als Facharzt für \_\_\_\_\_

mit der/den Schwerpunktbezeichnung/en \_\_\_\_\_

mit der Zuordnung zur  hausärztlichen Versorgung oder  fachärztlichen Versorgung  
(Nur ankreuzen, wenn die Anstellung eines Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung beantragt wird.)

oder zur  gleichzeitigen Teilnahme an der haus- und fachärztlichen Versorgung  
(Die Möglichkeit ist nur für Kinderärzte mit Schwerpunktbezeichnung gegeben.)

im Umfang von \_\_\_\_\_ Std./Woche

- mit Leistungsbegrenzung im Planungsbereich mit Zulassungsbeschränkungen
- ohne Leistungsbegrenzung im (partiell) geöffneten Planungsbereich
- ohne Leistungsbegrenzung durch Nachbesetzung einer freien/freiwerdenden Arztstelle in unserem MVZ von

Name, Vorname des bisher beschäftigten Arztes: \_\_\_\_\_

- ohne Leistungsbegrenzung durch Übernahme einer ausgeschriebenen Praxis von

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Chiffre-Nummer des ausgeschriebenen Vertragsarztsitzes \_\_\_\_\_

- ohne Leistungsbegrenzung nach Verzichtserklärung zugunsten der Anstellung

am Vertragsarztsitz des medizinischen Versorgungszentrums

ausschließlich am Vertragsarztsitz, an dem der verzichtende Arzt zugelassen war

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

im Landkreis/Stadtkreis: \_\_\_\_\_

mit Wirkung vom: \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(Ort und Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Gründer bzw. Geschäftsführer des MVZ)

Diesem Antrag sind folgende Unterlagen des anzustellenden Arztes beigefügt:  
(Anstelle von Originalen können amtlich beglaubigte Abschriften oder amtlich beglaubigte Fotokopien beigefügt werden.)

- Auszug aus dem Arztregister
- unterzeichneter Lebenslauf
- aktuelles polizeiliches Führungszeugnis (Belegarten N oder O)
- Bescheinigung der Kassenärztlichen Vereinigung, in deren Bereich der anzustellende Arzt bisher niedergelassen oder zur vertragsärztlichen Tätigkeit zugelassen war. Aus ihr müssen Ort und Dauer der bisherigen Niederlassung oder Zulassung sowie der Grund einer etwaigen Beendigung ersichtlich sein
- Erklärung über zum Zeitpunkt der Antragstellung bestehende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse oder eine andere nicht ehrenamtliche Tätigkeit unter Angabe des zeitlichen Umfangs sowie ggf. Angabe des frühestmöglichen Endes des Beschäftigungsverhältnisses (siehe Anlage 1)
- schriftlicher Arbeitsvertrag mit Angabe der Arbeitszeiten und des Anstellungsortes
- schriftliche Zusicherung der Zweigpraxisgenehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg für den Fall, dass der anzustellende Arzt ausschließlich in einer Zweigpraxis infolge des Verzichts auf die Zulassung zu Gunsten der Anstellung tätig werden soll
- Versicherungsbescheinigung nach § 113 Absatz 2 des Versicherungsvertragsgesetzes, aus der sich das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes ergibt (siehe Anlage 2)

#### **Erklärungen des anzustellenden Arztes:**

Ich erkläre, dass ich nicht drogen- oder alkoholabhängig bin und auch innerhalb der letzten fünf Jahre nicht gewesen bin. Innerhalb der letzten fünf Jahre habe ich mich keiner Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen. Bei mir bestehen keine gesetzlichen Hinderungsgründe für die Ausübung des ärztlichen Berufes.

---

(Ort und Datum)

---

(Unterschrift)

#### **Hinweis:**

Für diesen Antrag wird eine Gebühr in Höhe von EUR 120,00 fällig. Bei der Nachbesetzung einer freien/freierwerdenden Arztstelle ist eine Gebühr in Höhe von EUR 60,00 fällig. Mit der Antragsbestätigung werden wir Ihnen eine Buchungsnummer mitteilen. Bitte überweisen Sie die Gebühr nur unter Angabe dieser Buchungsnummer.

Bitte beachten Sie, dass die Erbringung und Abrechnung genehmigungspflichtiger Leistungen einer zusätzlichen Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg bedürfen.

<https://www.kvbawue.de/genehmigungspflichtige-leistungen/>

## Anlage 1

Bitte die Erklärung von dem anzustellenden Arzt ausfüllen lassen und anschließend mit dem Antrag auf Genehmigung zur Anstellung eines Arztes im MVZ vorlegen.

# Erklärung zu Beschäftigungsverhältnissen

---

(Name, Vorname)

LANR:

Ich erkläre hiermit, dass zum jetzigen Zeitpunkt

keine Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse irgendwelcher Art bestehen.

folgende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse bestehen:

---

(Art der Tätigkeit)

---

(Dienststelle usw.)

---

(Art des Beschäftigungsverhältnisses)

Vollzeitstelle  Teilzeitstelle

mit \_\_\_\_\_ Wochenstunden.

Ich bin bereit, das Beschäftigungsverhältnis

aufzugeben, und zwar zum

zu reduzieren, und zwar auf \_\_\_\_\_Wochenstunden ab

nicht aufzugeben.

---

(Ort und Datum)

---

(Unterschrift)

## Anlage 2

**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 Ärz-  
ten (nachfolgend: Leistungserbringer)**

Name und Sitz des Leistungserbringers<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Falls abweichende Trägergesellschaft: Name und Sitz des Rechtsträgers: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Versicherungsschein-Nr.: \_\_\_\_\_

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 bzw. psychotherapeutische 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 und 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.