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

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

Stand: 04/2025

☐ 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: _____

aufgrund

☐ Beendigung des Anstellungsverhältnisses zum: _____.
(Bitte Kündigung bzw. Aufhebungsvereinbarung in Kopie beifügen.)

oder

☐ Reduzierung der Arbeitszeit auf _____Std./Woche mit Wirkung vom:_____.
(Bitte Änderungs-/Ergänzungsvereinbarung zum Anstellungsvertrag im Original oder amtlich beglaubigter Kopie beifügen.)

☐ 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** (Bitte ankreuzen!):
(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 oder ein den Vorgaben des § 2 Abs. 1 NachwG genügender Nachweis in elektronischer Form
- ☐ 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/freiwerdenden 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.

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)

Stand: 04/2025

Anlage 2

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

Name und Sitz des Leistungserbringers[2]: _____

_____

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[3] beträgt EUR _____[4] 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

[1] Diese Bescheinigung ist für MVZ mit angestellten Ärzten und mit zugelassenen Vertragsärzten zu verwenden.

[2] 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.

[3] 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.

[4] Anzugeben ist die tatsächliche Versicherungssumme.