

# Antrag auf Genehmigung zur Anstellung eines Arztes im Rahmen des Sonderbedarfs

## **Wichtiger Hinweis!**

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

- ☐ Regierungsbezirk Stuttgart
- ☐ Regierungsbezirk Karlsruhe
- ☐ Regierungsbezirk Freiburg
- ☐ Regierungsbezirk Tübingen

Hiermit beantrage ich/ beantragt die Berufsausübungsgemeinschaft bestehend aus

1. Nachname, Vorname: \_\_\_\_\_ Titel: \_\_\_\_\_

2. Nachname, Vorname: \_\_\_\_\_ Titel: \_\_\_\_\_

3. Nachname, Vorname: \_\_\_\_\_ Titel: \_\_\_\_\_

4. Nachname, Vorname: \_\_\_\_\_ Titel: \_\_\_\_\_

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

## **Vertragsarztsitz:**

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

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

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

die Genehmigung zur Beschäftigung von

Nachname, Vorname: \_\_\_\_\_ Titel: \_\_\_\_\_

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

Fachgebiet/Schwerpunkt: \_\_\_\_\_  
(Bei mehreren Facharzt- bzw. Schwerpunktbezeichnungen wird die oben angegebene Reihenfolge von der KVBW zur Vergabe der LANR übernommen.)

mit der Zuordnung zur ☐ hausärztlichen Versorgung oder ☐ fachärztlichen Versorgung  
(Nur ankreuzen, wenn die Zulassung als Internist ohne Schwerpunktbezeichnung beantragt wird.)

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

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

mit Wirkung vom: \_\_\_\_\_,

durch Feststellung des folgenden Sonderbedarfstatbestands:

☐ lokaler Sonderbedarf

☐ qualifikationsbezogener Sonderbedarf

☐ Sonderbedarf Dialyse

**Die Begründung erfolgt mit einem gesonderten Schreiben.**

Der angestellte Arzt wird in der Berufsausübungsgemeinschaft zugeordnet:

1. Nachname, Vorname: \_\_\_\_\_ zu \_\_\_\_\_ Std./Woche,

2. Nachname, Vorname: \_\_\_\_\_ zu \_\_\_\_\_ Std./Woche,

3. Nachname, Vorname: \_\_\_\_\_ zu \_\_\_\_\_ Std./Woche,

4. Nachname, Vorname: \_\_\_\_\_ zu \_\_\_\_\_ Std./Woche.

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

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Praxisinhaber bzw. Unterschriften aller BAG-Mitglieder)

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

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Praxisinhaber bzw. Unterschriften aller BAG-Mitglieder)

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, für die ein Sonderbedarf festzustellen ist, 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:

Beim Antrag einer Berufsausübungsgemeinschaft ist die Unterschrift jedes Gesellschafters erforderlich. Für diesen Antrag ist eine Gebühr in Höhe von EUR 120,00 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](http://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 vorlegen.

# Erklärung zu Beschäftigungsverhältnissen

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

LANR: 

--	--	--	--	--	--	--	--

Ich erkläre hiermit, dass zum derzeitigen 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.

\_\_\_\_\_  
(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  
Ärzten (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, 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.