

**Zulassungsausschuss für Ärzte**  
bei der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg  
Pappelallee 5, 14469 Potsdam  
Tel.: 0331/ 2309-970

Posteingangsstempel

**Antrag auf Genehmigung der Anstellung eines Arztes bzw. Psychotherapeuten bei einem Vertragsarzt / Vertragspsychotherapeuten**  
gemäß § 32 b der Ärzte-ZV in Verbindung mit § 95 Abs. 9 SGB V (der Planungsbereich ist für die Arztgruppe des anzustellenden Arztes für weitere Zulassungen geöffnet bzw. Nachbesetzung)

**Praxisanschrift des Vertragsarztes / Vertragspsychotherapeuten:**

Titel, Name, Vorname:

Fachgebiet (nur dasjenige mit dem an der vertragsärztlichen bzw. vertragspsychotherapeutischen Versorgung teilgenommen wird):

PLZ, Ort:

Straße:

Telefon:

E-Mail:

**Angaben zum anzustellenden Arzt / Psychotherapeuten:**

Titel, Name, Vorname:

Fachgebiet (nur dasjenige mit dem an der vertragsärztlichen bzw. vertragspsychotherapeutischen Versorgung teilgenommen werden soll):

hausärztliche Versorgung oder  fachärztliche Versorgung

Eingetragen im Arztregister der KV:

Geburtstag und Geburtsort:

**Tätigkeitsort der geplanten Anstellung** (soweit Tätigkeitsort Zweigpraxis, Hinweise beachten)

PLZ, Ort:

---

Straße, Hausnummer:

---

Telefon:

---

E-Mail:

---

**Wohnanschrift des Anzustellenden**

PLZ, Ort:

---

Straße, Hausnummer:

---

**Bei Nachbesetzung**

Bisheriger angestellter Arzt /

Psychotherapeut:

---

Ende der Anstellung:

---

**Ich (wir) beantrage(n) die Genehmigung der Anstellung gemäß § 32 b Ärzte-ZV.**

**Beschäftigung wird beantragt ab:**

---

**Beschäftigungsumfang in Stunden**

**pro Woche:**

---

Für den Antrag auf Genehmigung der Anstellung wird nach § 46 Abs. 1 c Ärzte-ZV eine Gebühr erhoben in Höhe von EUR 120,00 bzw. in Höhe von EUR 60,00 sofern eine genehmigte Anstellung nachbesetzt werden soll. Die Gebühr wird mit **separater Rechnung** von der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses angefordert. Erst nach Entrichtung dieser Gebühr wird Ihr Antrag vor dem Zulassungsausschuss für Ärzte verhandelt.

Es ist bekannt, dass der Anstellungsgeber nach § 95e SGB V verpflichtet ist, sich ausreichend gegen die sich aus der gesamten ärztlichen Tätigkeit ergebenden Haftpflichtgefahren zu versichern. Bei Nichtbestehen oder Beendigung des Versicherungsverhältnisses sowie bei vertraglichen Veränderungen, die zu einer Beeinträchtigung des Versicherungsschutzes im Verhältnis zu Dritten führen können, ist er zur unverzüglichen Anzeige gegenüber dem Zulassungsausschuss verpflichtet.

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der Genehmigung führen können.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Praxisinhabers (bei Tätigkeit in einer Berufsausübungsgemeinschaft Unterschrift aller Partner erforderlich) / Vertragsarztstempel

**Erforderliche Unterlagen für die Anstellung eines Arztes / Psychotherapeuten in  
einer Praxis  
-Merkblatt-**

Dem Antrag sind nachfolgende **Unterlagen des zur Anstellung vorgesehenen Arztes / Psychotherapeuten** beizufügen:

- Auszug aus dem Arztregister gem. § 18 Abs. 1 a Zulassungsverordnung
- Nachweis über die ausgeübten ärztlichen Tätigkeiten nach der Arztregistereintragung (belegt durch Zeugnisse, Beurteilungen und Arbeitsbescheinigungen im Original zur Einsichtnahme oder in amtlich beglaubigter Form, Siegel)
- Bescheinigungen der Kassenärztlichen Vereinigungen, in deren Bereich der Arzt / Psychotherapeut bisher niedergelassen oder zur Kassenpraxis zugelassen war, aus denen sich Ort und Dauer der bisherigen Niederlassung oder Zulassung und der Grund der etwaigen Beendigung ergeben
- unterschriebener und aktuell datierter Lebenslauf im Original
- aktuelles Führungszeugnis (nicht älter als 3 Monate) „**zur Vorlage bei einer Behörde nach § 30 Abs. 5 BZRG**“ ist zu beantragen. Zur Übersendung ist unsere Anschrift anzugeben. Anderslautende Führungszeugnisse können nicht anerkannt werden
- Erklärung des Arztes / Psychotherapeuten über im Zeitpunkt der Antragstellung bestehende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse unter Angabe des frühestmöglichen Endes des Beschäftigungsverhältnisses (Formular Erklärung liegt bei)
- Erklärung des Arztes / Psychotherapeuten, ob er drogen- und alkoholabhängig ist und innerhalb der letzten fünf Jahre war und sich keiner Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit innerhalb der letzten fünf Jahre unterzogen hat (Formular Erklärung liegt bei)
- Darüber hinaus ist zur Überprüfung der Fortbildungsverpflichtung nach § 95 d SGB V der bestehende Fortbildungszeitraum anzugeben sowie ggf. eine Kopie des Fortbildungszertifikates dem Antrag auf Anstellung beizufügen.

Dem Antrag sind nachfolgende **Unterlagen des Anstellungsgebers** beizufügen:

- der schriftliche Arbeitsvertrag zwischen dem Vertragsarzt oder Vertragspsychotherapeuten und dem anzustellenden Arzt oder Psychotherapeuten (u. a. mit Angabe der wöchentlichen Arbeitszeit in Stunden pro Woche sowie des Tätigkeitsortes mit vollständiger Anschrift)
- Versicherungsbescheinigung nach § 113 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) i.V.m. § 95e Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) über das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes
- Erklärung über die Kenntnisnahme des Merkblattes der genehmigungspflichtigen Leistungen (s.u.).

## Weitere Hinweise:

Bei einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) ist der Antrag auf Anstellung eines Arztes / Psychotherapeuten von allen Partnern der BAG zu unterzeichnen. Der angestellte Arzt ist einem Vertragsarzt der BAG zuzuordnen. Eine schriftliche Mitteilung, welchem Partner der BAG der angestellte Arzt zuzuordnen ist, ist daher erforderlich.

Soweit der Anstellungsort nicht am Vertragsarztsitz / Vertragspsychotherapeutensitz des Anstellungsgebers liegt, ist parallel zum Antrag an den Zulassungsausschuss ein gesonderter Antrag auf Genehmigung der Zweigpraxis bei der KVBB zu stellen. Das entsprechende Formular können Sie hier abrufen: <https://www.kvbb.de/praxis/zulassung/antragsformulare/>

Eine Abrechnung von durch Angestellte erbrachte genehmigungspflichtige Leistungen ist erst nach Genehmigung durch den Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg (KVBB) sowie mit einem wirksam gewordenen Beschluss des Zulassungsausschusses für Ärzte möglich. Genehmigungspflichtige Leistungen sind bei der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg, Fachbereich Qualitätssicherung, **gesondert** zu beantragen.

Bitte beachten Sie, dass für den Antrag eine Bearbeitungszeit einzuplanen ist. Die durchschnittlichen Bearbeitungszeiten können Sie den Hinweisen auf unserer Webseite entnehmen.

Eine vorübergehende Vertretung eines angestellten **Arztes** kann durch die KV Brandenburg in folgenden Fällen genehmigt werden:

Die Beschäftigung eines Vertreters für einen angestellten Arzt ist zulässig; § 32 Absatz 1 und 4 gilt entsprechend. Die Beschäftigung eines Vertreters für einen angestellten Arzt ist für die Dauer von sechs Monaten zulässig, wenn der angestellte Arzt freigestellt ist oder das Anstellungsverhältnis durch Tod, Kündigung oder andere Gründe beendet ist. Hat der angestellte Arzt einen gesetzlichen Anspruch auf Freistellung, ist eine Vertretung für die Dauer der Freistellung zulässig.

Bei Fragen zur Vertretergenehmigungen durch die KV Brandenburg erreichen Sie Frau Völkel unter der Telefonnummer: 0331/2309-326.

**Gemäß § 46 Abs. 2c Ärzte-ZV wird nach Bestandskraft dieses Beschlusses eine Verwaltungsgebühr in Höhe von 400,- Euro nach erfolgter Genehmigung der Anstellung eines Arztes bei einem Vertragsarzt sowie gemäß § 46 Abs. 2d Ärzte-ZV eine Verwaltungsgebühr in Höhe von 400,- Euro nach erfolgter Eintragung einer auf § 32b Abs. 2 beruhenden Genehmigung in das Verzeichnis nach § 32b Abs. 4 erhoben. Diese Gebühren reduzieren sich um 50 %, sofern eine genehmigte Anstellung nachbesetzt wird.**

Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die KVBB (Art. 13 und 14 DSGVO) können Sie unter <http://www.kvbb.de/datenschutz> einsehen.

Falls Sie nicht über einen Internetzugang verfügen sollten, senden wir Ihnen diese gerne postalisch zu.

## Erklärung des anzustellenden Arztes oder Psychotherapeuten gem. § 18 Abs. 2 Nr. 4 und 5 Ärzte-ZV

### 1.

Hiermit erkläre ich, dass ich nicht drogen- und alkoholabhängig bin und auch innerhalb der letzten fünf Jahre nicht drogen- und alkoholabhängig war. Ich erkläre weiter, dass ich mich innerhalb der letzten fünf Jahre keiner Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen habe und gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufes nicht entgegenstehen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Name in Druckbuchstaben

.....  
Unterschrift

### 2.

- Ich stehe zum jetzigen Zeitpunkt in **keinem** Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis.

#### oder

- Ich stehe zum jetzigen Zeitpunkt in folgenden Dienst- oder Beschäftigungsverhältnissen:

.....  
.....

- Diese Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse werde ich zum  
..... beenden.

#### oder

- Diese Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse werden mit einer  
Wochenstundenzahl von ..... weitergeführt.

(Arbeitsvertrag mit angepasster Arbeitszeit in Std./Woche ist beizufügen.)

.....  
Ort, Datum

.....  
Name in Druckbuchstaben

.....  
Unterschrift

### 3.

In Ergänzung zu dem von mir am \_\_\_\_\_ beantragten Führungszeugnis\* erkläre ich hiermit, dass ich nicht vorbestraft bin und dass weder ein Ermittlungs-, Straf- oder berufsgerichtliches Verfahren anhängig ist. \*\*)

.....  
Ort, Datum

.....  
Name in Druckbuchstaben

.....  
Unterschrift

\*)Es kann nur ein Führungszeugnis zur Vorlage bei einer Behörde anerkannt werden, dessen Ausstellung nicht länger als drei Monate vor der Antragstellung liegen darf. Um eine Verzögerung in der Bearbeitung des Antrages zu vermeiden, bitten wir Sie daher dringend, bei dem für Ihre Wohnung zuständigen Einwohnermeldeamt den Antrag auf Erteilung eines Führungszeugnisses nach § 30 Abs. 5 BZRG zur Vorlage beim Zulassungsausschuss für Ärzte unter Angabe der Anschrift „14469 Potsdam, Pappelallee 5“, und des Verwendungszweckes „Anstellung eines Arztes“ zu stellen.

\*\*\*)Ggf. ist der genaue Tatbestand in einem ausführlichen Schreiben unter Beifügung diesbezüglicher Unterlagen darzulegen.

---

anzustellender Arzt Titel, Name (in Druckschrift)

### **Erklärung bezüglich der Abrechnung genehmigungspflichtiger Leistungen**

Ich habe das Merkblatt der genehmigungspflichtigen Leistungen im Internet unter: [www.kvbb.de](http://www.kvbb.de)  
> Praxis > Qualität > genehmigungspflichtige Leistungen > Merkblatt genehmigungspflichtige  
Leistungen zur Kenntnis genommen.

Mir ist bekannt, dass die Genehmigung für die in o. g. Merkblatt aufgeführten Leistungen bei der  
Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg, Fachbereich Qualitätssicherung, zu beantragen ist  
und eine Abrechnung dieser Leistungen **erst nach Genehmigung durch den Vorstand der  
Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg sowie mit einem verbindlich gewordenen  
Beschluss des Zulassungsausschusses bei der KVBB möglich ist.**

---

**Ort, Datum**

---

**Unterschrift Antragsteller**

---

**Unterschrift anzustellender Arzt**