

Zulassungsausschuss für Ärzte
bei der

Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen
Körperschaft des öffentlichen Rechts
PF 2019
99401 Weimar

Posteingangsstempel

**Antrag zur Beschäftigung eines angestellten Arztes
im Rahmen des Sonderbedarfs zur vertragsärztlichen Tätigkeit
gemäß §§ 36, 37 Bedarfsplanungs-Richtlinie**

1. Praxisanschrift des anstellenden Vertragsarztes/MVZ:

Titel, Name, Vorname:

Straße, PLZ, Ort:

Telefon/Telefax :

Fachgebiet/Teilgebiet:

2. Angaben zum angestellten Arzt:

Titel, Name, Vorname:

geb. am: in: Staatsangehörigkeit:

Straße, PLZ, Ort:
(Privatanschrift)

Telefon/Telefax:

Beantragt wird die Anstellung im Rahmen des Sonderbedarfs aufgrund eines:

- zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs oder
- qualifikationsbezogenen Versorgungsbedarfs oder
- Sicherstellungsbedarfs in der Dialyseversorgung gem. Anlage 9.1 Bundesmantelvertrag-Ärzte

.....
für das Fachgebiet

.....
Teilgebiets-/Schwerpunktbezeichnung

Sonstige Bezeichnungen nach Weiterbildungsrecht:

- fakultative Weiterbildung:
- besondere Fachkunde:
- Zusatzbezeichnungen:
- Zusatzweiterbildung:

bei Fachärzten Innere Medizin: hausärztlich fachärztlich

für den Vertragsarztsitz (Ortsangabe ist unbedingt erforderlich):

.....
Straße, Nummer

.....
PLZ, Ort, Ortsteil, Telefon

zum:
voraussichtliche Tätigkeitsaufnahme

4. Die Beschäftigung eines angestellten Arztes

wird beantragt ab für Wochenstunden.

5. Nachbesetzung einer Arztstelle

ja ▶ bitte Namen des bisher angestellten Arztes angeben:
 nein

6. Tätigkeitsort des angestellten Arztes, wenn von oben genannter Praxisanschrift abweichend:

.....

Genehmigung der KV Thüringen wurde beantragt: ja nein
ist vorhanden: ja nein

7. In Berufsausübungsgemeinschaften ist der angestellte Arzt einem Vertragsarzt zuzuordnen.

Angabe des Arztes in Ihrer Berufsausübungsgemeinschaft:

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.

Mit der Antragstellung wird eine Gebühr gemäß § 46 Abs. 1c Ärzte-ZV in Höhe von 120,00 € fällig. Wir weisen darauf hin, dass erst nach Entrichtung der Gebühr über Ihren Antrag verhandelt werden kann.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des anstellenden Vertragsarztes / Vertragsarztstempel

.....
bei MVZ Unterschrift des Geschäftsführers / MVZ-Stempel

8. Folgende Unterlagen des anzustellenden Arztes sind dem Antrag beizufügen:

- Bescheinigung über die bisherigen ärztlichen Tätigkeiten nach der Eintragung in das Arztregister in Form von Anstellungsverträgen oder Zeugnissen
- sofern bei anderer Arztregisterstelle vorgenommen: Auszug über Eintragung in Arztregister mit Tag der 1) Approbation, 2) Anerkennung einer Facharztbezeichnung sowie 3) Arztregistereintragung
- amtliches Führungszeugnis - **Belegart „O“** - (darf zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht älter als drei Monate sein und muss zur Verhandlung dem Zulassungsausschuss vorliegen)
- Anstellungsvertrag - schriftlicher Arbeitsvertrag
- sofern durch anstellenden Arzt/MVZ noch nicht erfolgt: Versicherungsbescheinigung hinsichtlich des ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes nach § 113 Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz
- Lebenslauf mit Unterschrift

9. Derzeitige Tätigkeit des anzustellenden Arztes

9.1. Dienst-/Beschäftigungsverhältnis:

als: bei:

9.2. Zugelassener Vertragsarzt

seit: im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung:

für einen vollen Versorgungsauftrag für einen hälftigen Versorgungsauftrag

Ich beabsichtige, zugunsten dieser Anstellung auf meine Zulassung zu verzichten.

ja

nein

9.3. zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigter Arzt

seit: im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung:

9.4. Die angegebene Tätigkeit wird beendet zum:

(Angabe über das frühestmögliche Ende des Beschäftigungsverhältnisses)

oder

Die angegebene Tätigkeit wird fortgeführt mit Wochenstunden.

(Wurde hier eine Eintragung vorgenommen, bitte Erklärung Seite 5 dieses Antrages zusätzlich ausfüllen)

9.5. Ohne Dienst-/Beschäftigungsverhältnis

seit:.....

Erklärungen des anzustellenden Arztes:

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

Außerdem erkläre ich, dass kein strafrechtliches Ermittlungsverfahren im Zusammenhang mit der Ausübung meiner ärztlichen Tätigkeit sowie kein Verfahren über die auch vorläufige Entziehung, das Ruhen der Approbation gegen mich anhängig ist bzw. war.

Ich erkläre, dass ich ab der Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit für die Versorgung der Versicherten persönlich im Rahmen des Versorgungsauftrages zur Verfügung stehe.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Antragstellers

Hinweis:

Wir weisen darauf hin, dass genehmigungspflichtige Leistungen nach § 135 SGB V (Röntgen, Sonografie, Psychosomatik etc.) nur durch den angestellten Arzt erbracht werden können, wenn die Voraussetzungen nachgewiesen wurden und eine entsprechende Genehmigung durch die KV Thüringen erteilt wurde. Eine Aufstellung aller genehmigungspflichtiger Leistungen finden Sie unter www.kvt.de, Themen A – Z, [Genehmigungspflichtige und zulassungsbeschränkte Leistungen](#). Dies ist auch dann notwendig, wenn dem angestellten Arzt in einer früheren vertragsärztlichen Tätigkeit bereits die Ausführung und Abrechnung von Leistungen durch die KV Thüringen genehmigt wurde.

Für angestellte Ärzte besteht die Verpflichtung zur Teilnahme am ärztlichen [Bereitschaftsdienst](#).

Nach § 95 d SGB V besteht eine [Fortbildungsverpflichtung](#), die alle fünf Jahre nachzuweisen ist.

Nach § 75 Absatz 1a Satz 2 SGB V müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen die Versicherten im Internet in geeigneter Weise bundesweit einheitlich über die Sprechstundenzeiten der Vertragsärzte und über die Zugangsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderung zur Versorgung (Barrierefreiheit) informieren. Ihre Praxisdaten mit Ihrer telefonischen Erreichbarkeit werden somit im Internetauftritt der KV Thüringen ([Arztsuche](#)) veröffentlicht.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des anzustellenden Arztes

.....
Unterschrift Vertragsarzt / MVZ

Folgendes Dienst-/Beschäftigungsverhältnis soll neben der Anstellung weitergeführt werden
(§ 20 Abs. 1 und 2 Ärzte-ZV):

Ich versichere, dass mein bestehendes Dienst-/Beschäftigungsverhältnis als

mit dem Krankenhaus
Name

dem MVZ
Name

dem Vertragsarzt/der Berufsausübungsgemeinschaft
.....
Name

der Einrichtung
Name

den Umfang von Wochenstunden nicht überschreiten wird.

Der Vertrag zum o. g. Dienst-/Beschäftigungsverhältnis wird nach rechtskräftiger Genehmigung der Beschäftigung als angestellter Arzt durch den Zulassungsausschuss für Ärzte in der Form angepasst, dass die Vorgaben des Arbeitsrechtes, insbesondere des Arbeitszeitgesetzes, des ärztlichen Berufsrechtes und des Kassenarztrechtes eingehalten werden und damit der Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit nichts entgegensteht.

Mir ist bekannt, dass ein Beschäftigungsverhältnis oder eine andere nicht ehrenamtliche Tätigkeit der Eignung zur Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit entgegensteht, wenn der Arzt unter Berücksichtigung der Dauer und zeitlichen Lage der anderweitigen Tätigkeit den Versicherten nicht in dem Versorgungsauftrag entsprechenden Umfang persönlich zur Verfügung steht und insbesondere nicht in der Lage ist, Sprechstunden zu den in der vertragsärztlichen Versorgung üblichen Zeiten anzubieten.

Hinweis:

Wenn die bei der Erteilung dieser Genehmigung zugrunde gelegten Voraussetzungen tatsächlich nicht erfüllt waren oder nachträglich entfallen, kann die Genehmigung zur Beschäftigung als angestellter Arzt entzogen werden; sie ist zu entziehen, wenn die Voraussetzungen, unter denen sie erteilt wurde, tatsächlich nicht vorlagen oder nachträglich weggefallen sind; im Übrigen kann die Genehmigung in durch Gesetz bestimmten Fällen entzogen werden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des anzustellenden Arztes

Die vorgenannten Angaben werden bestätigt sowie die Nebentätigkeitsgenehmigung für die darüber hinaus beantragte Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung erteilt.

.....
Ort, Datum

.....
Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers