Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ):

Stempel des MVZ

Antrag auf Veränderung bzgl.

☐ **Trägerschaft**
☐ **Gesellschafter**
☐ **Bezeichnung des MVZ**
☐ **Standort**
☐ **ärztliche Leitung**
☐ **neu hinzukommende(r) Vertragsarzt/-ärztin**
☐ **personelle und zeitliche Veränderungen bei Angestellten**
☐ **Bewerbung auf Kennziffer _____**

ab: .....

Bitte <u>nur</u> Veränderungen eintragen!

I. Angaben zum Träger

1. Name/Bezeichnung: _____

2. Rechtsform des Trägers: _____

3. Anschrift des Trägers: _____

4. Gesellschafter des Trägers:

Name, Vorname bzw. Bezeichnung	zugelassen/ermächtigt	ggf. Nachweis über Gründereigenschaft
1.	☐ Ja	Anlage Nr.:
2.	☐ Ja	Anlage Nr.:
3.	☐ Ja	Anlage Nr.:
4.	☐ Ja	Anlage Nr.:
5.	☐ Ja	Anlage Nr.:
6.	☐ Ja	Anlage Nr.:
7.	☐ Ja	Anlage Nr.:
8.	☐ Ja	Anlage Nr.:

Bitte fügen Sie entsprechende Nachweise (z.B. Auszug aus dem Handelsregister, Gesellschaftervertrag, Gesellschafterliste) Ihrem Antrag an. Bitte geben Sie ggf. weitere Gesellschafter auf einem gesonderten Blatt an und fügen entsprechende Nachweise an.

Hinweis: Sofern die Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums in der Rechtsform einer juristischen Person des Privatrechts vor dem 01.01.2007 erfolgt ist, ist bei der Beantragung einer Erweiterung des MVZ durch die Gesellschafter eine selbstschuldnerische Bürgschaft gem. § 95 Abs. 2 Satz 6 SGB V abzugeben und diesem Antrag beizulegen.

Für die Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums in der Rechtsform einer juristischen Person des Privatrechts ist durch die Gesellschafter eine **selbstschuldnerische Bürgschaft** oder **andere Sicherheitsleistungen nach § 232 BGB** gem. § 95 Abs. 2 Satz 6 SGB V abzugeben und diesem Antrag beizulegen.

Bei Veränderung der Gesellschaft ist ein entsprechend geänderter Gesellschaftsvertrag vorzulegen.

☐ Der geänderte Gesellschaftsvertrag ist diesem Antrag beigefügt, Anlage Nr.: **.....**

II. Angaben zum medizinischen Versorgungszentrum

1. Name/Bezeichnung: _____

2. Standort:

_____
Straße Hausnummer, Postleitzahl

_____
Verwaltungsbezirk

_____
Mailadresse

_____
Telefonnummer, Fax

_____
Name des Ansprechpartners/ der Ansprechpartnerin

Bei Änderung des Standortes:
☐ Das Vorhandensein geeigneter Räumlichkeiten und die Zustimmung des Vermieters zum Betreiben eines Medizinisches Versorgungszentrum in diesen Räumen wird mit den diesem Antrag beigefügten Unterlagen (z.B. Mietoption, bereits bestehender Mietvertrag usw.) belegt – siehe Anlage Nr. .....

3. Ärztliche(r) Leiter/Leiterin

_____
Name, Vorname

_____
Fachgruppe, ggf. Schwerpunkt

Tätigkeit:
☐ fachärztlich ☐ hausärztlich ☐ psychotherapeutisch

aktuelle Beschäftigungsverhältnisse

seit	Art der Tätigkeit	Ort	Umfang in Wochenstunden-arbeitszeit	soll bestehen bleiben
				☐ Ja ☐ Nein
				☐ Ja ☐ Nein
				☐ Ja ☐ Nein
				☐ Ja ☐ Nein

Eintragung ins Arztregister der KV Berlin:
☐ Ja ☐ Nein

Eine **Einverständniserklärung** des/der neuen ärztlichen Leiters/Leiterin oder eine **Ergänzung zum Arbeitsvertrag** liegt diesem Antrag bei.
☐ Ja ☐ Nein, diese wird nachgereicht

III. Personelle Veränderungen

1. Neu hinzukommende(r) Vertragsarzt/Vertragsärztin (freiberuflich)

_____
Name, Vorname

_____
Fachgruppe

_____
ggf. Schwerpunkt

_____
Bisheriger Praxisstandort

Tätigkeit:
☐ fachärztlich ☐ hausärztlich ☐ psychotherapeutisch

Umfang des Versorgungsauftrages:
☐ voll ☐ drei Viertel ☐ hälftig

aktuelle Beschäftigungsverhältnisse

seit	Art der Tätigkeit	Ort	Umfang in Wochenstunden-arbeitszeit	soll bestehen bleiben
				☐ Ja ☐ Nein
				☐ Ja ☐ Nein
				☐ Ja ☐ Nein
				☐ Ja ☐ Nein

Eintragung ins Arztregister:
☐ Ja ☐ Nein

Hinweis:
☐ Sofern dieser Arzt/ diese Ärztin bisher an einem anderen Praxisstandort tätig ist, ist diesem Antrag der Antrag des Arztes/ der Ärztin auf Praxisverlegung beigefügt, Anlage Nr…….

☐ Schwerpunkt-Qualifikation muss belegt werden, falls nicht bereits erfolgt (Vorlage Originaldokument oder beglaubigte Kopie), Anlage Nr…….

2. Personelle und zeitliche Veränderungen bei Angestellten

Bitte füllen Sie für jede(n) angestellten Vertragsarzt/Vertragsärztin/ Vertragspsychotherapeuten/ Vertragspsychotherapeutin einen weiteren Antrag aus.

a) Neue Anstellung

Beginn: …….. (tt.mm.jjjj) Arbeitszeit: …… Std./Woche

Der/Die Angestellte soll in folgendem zeitlichen Umfang im MVZ <u>vertragspsychotherapeutisch</u> tätig werden:

☐ ganztags (über 30 Stunden pro Woche) = Faktor 1,0
☐ im Umfang von 75% (über 20 bis 30 Stunden pro Woche) = Faktor 0,75
☐ im Umfang von 50% (über 10 bis 20 Stunden pro Woche) = Faktor 0,5
☐ im Umfang von 25% (bis 10 Std. pro Woche) = Faktor 0,25

betrifft folgende(n) Angestellte(n)

_____
Name, Vorname

_____
Fachgruppe

_____
ggf. Schwerpunkt

☐ Schwerpunkt-Qualifikation muss belegt werden, falls nicht bereits erfolgt (Vorlage Originaldokument oder beglaubigte Kopie), Anlage Nr…….

☐ eingetragen im Arztregister der KV Berlin

☐ eingetragen im Arztregister einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung. Bitte fügen Sie in diesem Fall eine Kopie des Arztregisterauszugs Ihrem Antrag bei, Anlage Nr…….

aktuelle Beschäftigungsverhältnisse

seit	Art der Tätigkeit	Ort	Umfang in Wochenstunden-arbeitszeit	soll bestehen bleiben
				☐ Ja ☐ Nein
				☐ Ja ☐ Nein
				☐ Ja ☐ Nein
				☐ Ja ☐ Nein

b) Beendigung und zeitliche Veränderung bei bereits bestehendem Arbeitsverhältnis

betrifft folgende(n) Angestellte(n): _____
Name, Vorname

☐ **Das Arbeitsverhältnis soll beendet werden zum**: …….. (tt.mm.jjjj)
☐ Ein entsprechender Nachweis über die Beendigung liegt dem Antrag bei, Anlage Nr……

☐ **Das Arbeitsverhältnis ändert sich hinsichtlich der <u>vertragspsychotherapeutischen</u> Arbeitszeit, ab dem……** (tt.mm.jjjj) **:**
☐ Die Anstellung soll reduziert werden, von ……. Std./Wo. auf ……. Std./Wo.
☐ Die Anstellung soll erweitert werden, von …… Std./Wo. auf …… Std./Wo.

Hinweis: Denken Sie bitte auch an die entsprechende Anpassung des Arbeitsvertrages und reichen den geänderten Vertrag zusammen mit dem Antrag ein.

Daraus ergibt sich folgender, zeitlicher Umfang:
☐ ganztags (über 30 Stunden pro Woche) = Faktor 1,0
☐ im Umfang von 75% (über 20 bis 30 Stunden pro Woche) = Faktor 0,75
☐ im Umfang von 50% (über 10 bis 20 Stunden pro Woche) = Faktor 0,5
☐ im Umfang von 25% (bis 10 Std. pro Woche) = Faktor 0,25

c) Bitte ausfüllen bei Neuanstellung und Erweiterung einer bestehenden Anstellung (wenn sich der zeitliche Faktor erhöht, z.B. von Faktor 0,25 auf 0,5):

☐ **Nachfolge für eine(n) bereits im MVZ tätige(n) Angestellte(n)**
Name des/der Angestellten: _____

☐ **Nachfolge auf eine vakante Angestelltenstelle im MVZ**
vormals besetzt durch: Name des/der Angestellten: _____

☐ **Anstellung aufgrund Zulassungsverzicht** des/ der Vertragsärztin/Vertragsarztes/ Vertragspsychotherapeuten/ Vertragspsychotherapeutin

_____
Titel, Vorname, Name

_____
Facharzt-/Schwerpunktbezeichnung/psychotherapeutische Berufsbezeichnung

_____
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort des/der Verzichtenden

☐ Der Verzicht wurde gegenüber dem Zulassungsausschuss Berlin bereits erklärt.
☐ Der Verzicht wird diesem Antrag beigefügt. (siehe Anlage A)

☐ **Im Rahmen der Übernahme des unter der Kennziffer** _____
Vertragsarztsitzes/ Vertragspsychotherapeutensitzes

ausgeschrieben im Verwaltungsbezirk-Berlin:_____

_____
Titel, Vorname, Name des Praxisabgebers/ der Praxisabgeberin

_____
Facharzt-/Schwerpunktbezeichnung/psychotherapeutische Berufsbezeichnung

_____
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort des übernommenen Sitzes

☐ **Anstellung im gesperrten Planungsbereich mit Leistungsbegrenzung** (Job-Sharing) gemäß § 101 Abs. 1 S. 1 Nr.5 SGB V

Fachgebietsidentität besteht mit folgendem/ folgender Arzt/Ärztin/Psychotherapeut*in:

_____
Titel, Vorname, Name

_____
Facharzt-/Schwerpunktbezeichnung/psychotherapeutische Berufsbezeichnung

Ich erkläre mich/wir erklären und bereit, während der Anstellung des/der Arztes/ Ärztin/ Psychotherapeuten/ Psychotherapeutin den bestehenden Praxisumfang des Praxisanteils nach Art und Menge der Leistungen nicht wesentlich zu überschreiten. Es ist uns bekannt, dass die beantragte Anstellung nur dann genehmigt werden kann, wenn die gemäß § 58 Abs. 5 Bedarfsplanungs-Richtlinie in der Fassung vom 17.12.2020 nach erfolgter Antragstellung festzulegenden und uns zu

übermittelnden quartalsbezogenen Punktzahlobergrenzen durch mich/uns anerkannt wurden.

_____

Ort, Datum Unterschrift, Funktion innerhalb des MVZ

☐ **Anstellung in einem Planungsbereich, für den keine Überversorgung vorliegt und vom Landesausschuss Zulassungsmöglichkeiten festgestellt wurden** (den Status eines Planungsbereiches erfahren Sie unter unserer Internetadresse **https://www.kvberlin.de/fuer-praxen/zulassen-niederlassen-in-berlin/bedarfsplan-fuer-berlin**

Antragsgebühr

☐ Die gemäß § 46 Ärzte-ZV bei Antragstellung zu entrichtende Verwaltungsgebühr in Höhe von 120,- € (bzw. 60,- € bei bereits vorhandener Angestelltenstelle, die nachbesetzt werden soll) wurde überwiesen am: _____

☐ Eine Kopie der Einzahlung liegt den eingereichten Unterlagen bei.

Bei Antrag auf Genehmigung einer Neuanstellung gilt:
Auch die nach erfolgter Genehmigung zu entrichtende Gebühr in Höhe von 400,-€ (bzw. 200,- € bei bereits vorhandener Angestelltenstelle, die nachbesetzt werden soll) und die nach erfolgter Eintragung der Genehmigung in das Verzeichnis nach § 32 b Abs. 4 Ärzte-ZV zu entrichtende Gebühr in Höhe von 400,- € (bzw. 200,- € bei bereits vorhandener Angestelltenstelle, die nachbesetzt werden soll) werde ich selbst überweisen.

Angaben für Ihre Überweisung:

Bankverbindung: Deutsche Apotheker- und Ärztebank e.G.,

Berlin (BLZ 300 606 01) 000 100 3917

BIC: DAAEDEDDXXX

IBAN: DE16 3006 0601 0001 0039 17

☐ Verwaltungsgebühr in Höhe von 120,- € sowie ggf. bei Stellung eines Antrags auf Genehmigung einer Neuanstellung die nach erfolgter Genehmigung zu entrichtende Gebühr in Höhe von 800,- € (bzw. 60,- € plus 400,- € bei bereits vorhandener Angestelltenstelle, die nachbesetzt werden soll) sollen von meinem/unserem Honorarkonto abgebucht werden (Nur möglich, wenn bereits Honorarkonto vorhanden!).

Checkliste: erforderliche Unterlagen bei Neuanstellung

☐ Kopie des **Arbeitsvertrages** mit Angabe des Beschäftigungsumfanges und Datum des Beginns

☐ **Ggf. Versicherungsbescheinigung nach §113 Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz** als Nachweis für das Bestehen einer nach § 95e SGB V ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung. **Erforderlich, wenn eine aktuelle (nicht älter als 6 Monate) Versicherungsbescheinigung für das MVZ nicht vorliegt.** Die Mindestversicherungssumme beträgt 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. **Nutzen Sie gerne dafür die auf der Webseite der KV Berlin zur Verfügung gestellten Musterbescheinigungen!** Weitere Informationen finden Sie unter „Allgemeine Hinweise der Geschäftsstelle zum Antragsverfahren“.

☐ **Erklärung zu Rauschgift- und Trunksucht** im Original mit aktuellem Datum und Unterschrift

des/der Anzustellenden

☐ **ggf. Erklärung zu Arbeitsverhältnissen** der/ des Anzustellenden bzw. Kündigungsbestätigung

☐ **ggf. Erklärung über den Verzicht** auf die Zulassung der/ des Anzustellenden (Anlage A)

☐ **Lebenslauf** der/des Anzustellenden mit aktuellem Datum und Unterschrift der/des Anzustellenden

☐ **Führungszeugnis**

☐ Kopie der Bestätigung der Behörde über die Beantragung eines polizeilichen Führungszeugnisses der Belegart O (Behördenführungszeugnis), das an den Zulassungsausschuss adressiert wird und diesem direkt zugeht und zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht älter als 6 Monate sein darf.

☐ **Kinder- und Jugendärzte bzw. Kinder- und Jugendpsychotherapeuten benötigen gem. § 30a Absatz 1 BZRG ein erweitertes Führungszeugnis.** Zur Beantragung eines erweiterten Führungszeugnisses benötigen Sie eine schriftliche Aufforderung der Stelle, die das erweiterte Führungszeugnis verlangt. Das Aufforderungsschreiben zur Beantragung finden Sie auf unserer Homepage (Unter: Für Praxen -> Zulassung/Niederlassung -> Anträge -> Aufforderungsschreiben zur Beantragung eines erweiterten Führungszeugnisses). Das erweiterte Führungszeugnis ist an den Zulassungsausschuss direkt zu adressieren und darf zum Antragszeitpunkt nicht älter als 6 Monate sein.

Polizeiliches Führungszeugnis beantragt am: _____
bei der Behörde: _____

☐ **Nur für Anzustellende, die nicht im Arztregister der KV Berlin eingetragen sind**: Auszug aus dem Arztregister der/ des Anzustellenden, aus dem der Tag der Approbation, der Tag der Eintragung in das Arztregister und gegebenenfalls der Tag der Anerkennung des Rechts zum Führen einer bestimmten Facharzt-, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung des/ der Anzustellenden hervorgehen müssen.

☐ **Nur, falls der/ die Anzustellende außerhalb von Berlin bereits niedergelassen oder zugelassen war:** Bescheinigungen der entsprechenden Kassenärztlichen Vereinigung, aus der sich Ort und Dauer der bisherigen Niederlassung oder Zulassung und der Grund einer etwaigen Beendigung ergeben.

Checkliste: erforderliche Unterlagen bei Veränderung bestehender Anstellungsverhältnisse

Bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses:
☐ Kopie der Kündigungsbestätigung/ des Aufhebungsvertrages

Bei zeitlicher Veränderung eines bestehenden Arbeitsverhältnisses:
☐ Kopie des veränderten Arbeitsvertrages

Ich/Wir bestätige/n, dass ich/wir den Inhalt des Antrags sowie des beigefügten Anhangs mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe/n und erkenne/n diesen ausdrücklich als für mich/uns rechtsverbindlich an. Die im Anhang aufgeführten Erläuterungen sind Bestandteil dieses Antrags.

Hinweis: Wir weisen darauf hin, dass Sie im Rahmen der Zulassung genehmigungspflichtige Leistungen erst dann erbringen und abrechnen dürfen, **nachdem** die Kassenärztliche Vereinigung Berlin die Abrechnungsgenehmigung für die entsprechenden Leistungen erteilt hat. Hierzu sind, unter Beifügung der erforderlichen Nachweise, Anträge auf Abrechnungsgenehmigung für qualitätsgesicherte Leistungen parallel zu diesem Antrag in der Abteilung Qualitätssicherung einzureichen. Die Antragsformulare sowie die Kontaktdaten der Sachbearbeiter* innen finden Sie unter: **https://www.kvberlin.de/fuer-praxen/alles-fuer-den-praxisalltag/qualitaetssicherung/genehmigungspfl-leistungen**. Dasselbe gilt für die/den angestellte/n Ärztin/Arzt.
Bei Fragen rund um die Abrechnungsgenehmigungen wenden Sie sich bitte an die Abteilung Qualitätssicherung der KV Berlin.

Ort, Datum

Unterschrift

Stempel des MVZ

Name des/der Unterzeichners/ Unterzeichnerin in Druckbuchstaben

Funktion innerhalb des MVZ

Anlagen

- Erklärung hinsichtlich Drogen- bzw. Trunksucht gem. § 18 Abs. 2 Nr. 5 Ärzte-ZV
- Anlage A zum Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines/einer angestellten Arztes/ Ärztin/ Psychotherapeuten/ Psychotherapeutin bei Verzicht auf die Zulassung
- Allgemeine Hinweise der Geschäftsstelle zum Antragsverfahren
- Informationen für die Praxis: Genehmigungspflichtige Leistungen für PPT/KJP

.....
Name, Vorname

Erklärung hinsichtlich Drogen- bzw. Trunksucht gem. § 18 Abs. 2 Nr. 5 Ärzte-ZV

Hiermit erkläre ich, dass ich nicht drogen- oder alkoholabhängig bin oder dies innerhalb der letzten fünf Jahre gewesen bin. Ich habe mich innerhalb der letzten fünf Jahre keiner Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen. Der Ausübung des ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Berufes stehen keine gesetzlichen Hinderungsgründe entgegen.

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.

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter **https://www.kvberlin.de/andere-seiten/datenschutzerklaerung**.

_____	_____
Datum	Unterschrift des/der Anzustellenden

§ 21 Ärzte-ZV

[1]Ungeeignet für die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit ist ein Arzt, der aus gesundheitlichen oder sonstigen in der Person liegenden schwerwiegenden Gründen nicht nur vorübergehend unfähig ist, die vertragsärztliche Tätigkeit ordnungsgemäß auszuüben. [2]Das ist insbesondere zu vermuten, wenn er innerhalb derletzten fünf Jahre vor seiner Antragstellung drogen- oder alkoholabhängig war. [3]Wenn es zur Entscheidung über die Ungeeignetheit zur Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit nach Satz 1 erforderlich ist, verlangt der Zulassungsausschuss vom Betroffenen, dass dieser innerhalb einer vom Zulassungsausschuss bestimmten angemessenen Frist das Gutachten eines vom Zulassungsausschuss bestimmten Arztes über seinenGesundheitszustand vorlegt. [4]Das Gutachten muss auf einer Untersuchung und, wenn dies ein Amtsarzt für erforderlich hält, auch auf einer klinischen Beobachtung des Betroffenen beruhen. [5]Die Kosten des Gutachtens hat der Betroffene zu tragen. Rechtsbehelfe gegen die Anordnung nach Satz 3 haben keine aufschiebende Wirkung.

Anlage A
zum Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines/einer angestellten Arztes/ Ärztin/ Psychotherapeuten/ Psychotherapeutin bei Verzicht auf die Zulassung

Nur erforderlich für Vertragsärzte/-psychotherapeuten/ -psychotherapeutinnen, die auf ihre Zulassung verzichten möchten, um als Angestellte(r) bei einem MVZ tätig zu werden.

Anzustellende(r) Arzt/Ärztin/ Psychotherapeut*in

_____
Titel, Vorname, Name

Verzichtserklärung

☐ **Hiermit verzichte ich auf meine Zulassung als Vertragsarzt/-ärztin/-psychotherapeut*in**

voraussichtlich zum: _____

☐ **Hiermit erkläre ich die Beschränkung meines Versorgungsauftrages**

☐ **auf die Hälfte** ☐ **auf drei Viertel**

☐ **und verzichte damit voraussichtlich zum:** _____

☐ **zur Hälfte** ☐ **zu einem Viertel auf meine Zulassung**

zur vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Tätigkeit

☐ **unter dem Vorbehalt, dass folgende(r) Vertragsarzt/-ärztin/-psychotherapeut*in**

_____
Titel, Vorname, Name

_____
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Praxis

eine Genehmigung zu meiner Beschäftigung als angestellte(r) Arzt/Ärztin/Psychotherapeut*in erhält.

Absichtserklärung
Ich beabsichtige, in der Vertragsarzt-/Vertragspsychotherapeutenpraxis des vorgenannten MVZ für eine Dauer von mindestens drei Jahren ab Antritt der Arztstelle tätig zu werden.
(BSG Urt. v. 04.05.2016 - B 6 KA 21/15 R).

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift für das MVZ

- Für Ihre Unterlagen -
Allgemeine Hinweise der Geschäftsstelle zum Antragsverfahren

Anträge dürfen dem Zulassungsausschuss nur dann zur Beratung vorgelegt werden, wenn diese vollständig und entscheidungsreif eingereicht werden.

Sollte der geplante Termin der Anstellung nicht umgesetzt werden können und dadurch eine zeitliche Lücke zwischen dem Enden der Beschäftigung des/der ausscheidenden Angestellten (beispielsweise Kündigung) und der Tätigkeitsaufnahme durch den nachfolgenden/ die nachfolgende Angestellten entstehen, besteht die Möglichkeit einer sogenannten Vertretung auf einem vakanten Arztsitz (-anteil) (§ 32 b Abs. 6 Ärzte-ZV). Die Tätigkeit eines Vertreters/ einer Vertreterin (beispielsweise des künftig angestellten Arztes) auf einen vakanten Arztsitz (-anteil) ist dem Arztregister anzuzeigen. Ein entsprechendes Formular finden sie unter: **https://www.kvberlin.de/fileadmin/user_upload/praxisorganisation/bz_vertretung_nicht_besetzte_arztstelle_antrag.pdf**

Die Vertretung durch einen bereits in der Praxis tätigen Arzt/Ärztin/Psychotherapeuten/Psychotherapeutin ist dem Arztregister in gleicher Weise anzuzeigen.

Bei Bewerbungen auf ausgeschriebene Praxen mit Anstellung eines/einer bereits in der Praxis angestellten Arztes/Ärztin/ Psychotherapeuten/ Psychotherapeutin, sind die kompletten Antragunterlagen erneut einzureichen.

Verzichtet ein/ eine Vertragsarzt / -ärztin/ -psychotherapeut*in auf seine/ ihre Zulassung gegen Anstellung, sind alle o. g. erforderlichen Antragsunterlagen (auch Führungszeugnis zur Vorlage bei einer Behörde / Belegart „O“) einzureichen. Für dieses Antragsverfahren gilt des Weiteren zu beachten, dass gem. BSG-Urteil B 6 KA 21/15 R vom 04.05.2016 eine Anstellung nach Verzicht auf die Zulassung mindestens drei Jahre andauern soll, bevor der Zulassungsausschuss eine Nachbesetzung des eingebrachten Arztsitzes genehmigen kann. Eine Reduzierung des Tätigkeitsumfangs ist frühestens nach einem Jahr Beschäftigungsdauer im Umfang einer Viertelstelle möglich, eine weitere Reduzierung um eine Viertelstelle nach einer Beschäftigungsdauer von 2 Jahren. Entsprechend ist eine Beschäftigungsdauer von mindestens 3 Jahren durch beide Seiten einzuplanen und sollte bei der Arbeitsvertragsgestaltung berücksichtigt werden.

Die LANR erhalten Sie ggf. im Nachgang der Sitzung durch das Arztregister/Stammdaten der KV Berlin.

Wichtiger Hinweis:
Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung hat der Gesetzgeber die Verpflichtung zum **Nachweis eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes** zur vertragsärztlichen/vertragspsychotherapeutischen Pflicht erhoben. Der Leistungserbringer hat den Nachweis gegenüber dem Zulassungsausschuss zu erbringen bei Stellung des Antrags auf Zulassung, Ermächtigung, Genehmigung einer Anstellung sowie auf Verlangen des Zulassungsausschusses.

- **Wer ist zum Nachweis des Berufshaftpflichtversicherungsschutzes verpflichtet?**

Verpflichtet zum Nachweis sind alle zur vertragsärztlichen/vertragspsychotherapeutischen Versorgung zugelassenen Ärzte/Ärztinnen, Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen, Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinische Versorgungszentren, und zwar für sich selbst und für bei ihnen Angestellte, die an der vertragsärztlichen/vertragspsychotherapeutischen Versorgung mitwirken. Ermächtigte Ärzte/Ärztinnen und Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen sind ebenfalls hierzu verpflichtet.

- **In welcher Form ist der Nachweis zu führen?**

Der Nachweis ist durch Vorlage einer Bescheinigung des Versicherers nach § 113 Abs. 2 SGB V

Versicherungsvertragsgesetz zu führen. Vorläufige Deckungszusagen sind nicht ausreichend.

- **Wie hoch muss der Versicherungsschutz sein?**

Ein Berufshaftpflichtversicherungsschutz ist ausreichend, wenn das individuelle Haftungsrisiko des Vertragsarztes versichert ist; die jeweilige Mindestversicherungssumme darf nicht unterschritten werden.
Die Leistungen des Versicherers für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden dürfen nicht weiter als auf den zweifachen bzw. dreifachen Betrag der Mindestversicherungssumme begrenzt werden.
Die genauen Summen können Sie der folgenden Übersicht entnehmen:

Nachweispflichtige	**Mindestversicherungssumme je Versicherungsfall**	**Begrenzung für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden**
Vertragsarzt/-ärztin, Vertragspsychotherapeut*in (für sich selbst und ggf. bei ihnen nach § 95 Abs. 9 SGB V Angestellte) gilt auch für Berufsausübungsgemeinschaften ohne Angestellte	3 Mio. Euro Mit Angestellten: 5 Millionen Euro	Nicht weiter als zweifacher Betrag der Mindestversicherungssumme p.a. Mit Angestellten: nicht weiter als dreifacher Betrag der Mindestversicherungssumme p.a.
Medizinische Versorgungszentren	5 Mio. Euro	Nicht weiter als dreifacher Betrag der Mindestversicherungssumme p.a.
Berufsausübungsgemeinschaft **mit** Angestellten	5 Mio. Euro	Nicht weiter als dreifacher Betrag der Mindestversicherungssumme p.a.
Ermächtigte(r) Arzt/Ärztin/ Psychotherapeut*in	3 Mio. Euro (oder Nachweis über anderweitigen Versicherungsschutz, z.B. Betriebshaftpflichtversicherung)	Nicht weiter als dreifacher Betrag der Mindestversicherungssumme p.a.

- **Welche Folgen hat es, wenn der Nachweis nicht geführt wird?**

Der Nachweis ist zunächst bei Stellung der o.g. Anträge zu führen. Erlangt der Zulassungsausschuss zudem Kenntnis darüber, dass kein oder kein ausreichender Berufshaftpflichtversicherungsschutz besteht, kann dies zum Ruhen oder zur Entziehung der Zulassung führen. Nachzulesen in: § 95e SGB V

Qualitätsgesicherte Leistungen für Psychologische Psychotherapeut:innen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen

Für die Durchführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen bedarf es einer besonderen Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin. Dies gilt für sämtliche an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Psychotherapeut:innen.

Eine Genehmigung wird nicht rückwirkend erteilt.

Die Erlaubnis zur Leistungserbringung sowie ein Honoraranspruch für diese Leistungen bestehen erst ab Erteilung einer Abrechnungsgenehmigung.

Bei eingeschränkter Zulassung (z. B. Sonderbedarfszulassung) und Ermächtigung werden nur die Leistungen genehmigt, für die Sie zugelassen bzw. ermächtigt sind.

Die Antragsformulare sind hier zu finden:
www.kvberlin.de > Für Praxen > Alles für den Praxisalltag > Qualitätssicherung > Genehmigungspfl. Leistungen

Qualitätsgesicherte Leistungen für Psychologische Psychotherapeut:innen	**(030) 31003-**	**E-Mail**
Neuropsychologische Therapie	595	QS-Team-4@kvberlin.de
Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing (EMDR)	376	
Psychoanalyse als Einzel- und/oder Gruppenbehandlung bei Erwachsenen und/oder Kindern und Jugendlichen		
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als Einzel- und/oder Gruppenbehandlung bei Erwachsenen und/oder Kindern und Jugendlichen		
Soziotherapie		
Übende und suggestive Verfahren		
Verhaltenstherapie als Einzel- und/oder Gruppenbehandlung bei Erwachsenen und/oder Kindern und Jugendlichen		
Systemische Therapie		
Videosprechstunde	389	Videosprechstunde@kvberlin.de

Qualitätsgesicherte Leistungen für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen	**(030) 31003-**	**E-Mail**
Neuropsychologische Therapie	595	QS-Team-4@kvberlin.de
Psychoanalyse als Einzel- und/oder Gruppenbehandlung bei Kindern und Jugendlichen	376	
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als Einzel- und/oder Gruppenbehandlung bei Kindern und Jugendlichen		
Soziotherapie		
Übende und suggestive Verfahren		
Verhaltenstherapie als Einzel- und/oder Gruppenbehandlung bei Kindern und Jugendlichen		
Systemische Therapie		
Videosprechstunde	389	Videosprechstunde@kvberlin.de