

An den  
Zulassungsausschuss für Ärzte  
und Psychotherapeuten  
Zulassungsbezirk Berlin

Masurenallee 6A  
14057 Berlin

Absender:  
KV-Stempel des Vertragsarztes / -psychotherapeuten/ der  
Vertragsärztin/ -psychotherapeutin

**Antrag**  
auf Genehmigung zur Anstellung  
eines/einer Arztes/Ärztin/ Psychotherapeuten/ Psychotherapeutin  
gem. § 32b Ärzte-ZV

**Hinweis:** Bitte verwenden Sie bei Anträgen bzgl. Anstellungsverhältnissen im **MVZ** das Formular „**MVZ: Antrag auf Veränderung/ Erweiterung im MVZ**“.

**1. Allgemeine Angaben**

<b>Antragsteller*in</b>	<b>KV-Abrechnungsnummer: 72</b>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td></tr></table>					
<input type="checkbox"/> <b>Vertragsarzt/-ärztin/-psychotherapeut*in</b>							
<hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/>							
Titel, Vorname, Name							
<hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/>							
Fachgruppe/psychotherapeutische Berufsbezeichnung							
<hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/>							
ggf. Schwerpunkt							
<hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/>							
Praxisanschrift							
<hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/>							
E-Mail-Adresse							
<hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/>							
Telefonnummer							
<b>Verwaltungsbezirk:</b> _____							
<input type="checkbox"/> <b>Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)</b>							
<hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/>							
Name der BAG							

**Partner der BAG:**

\_\_\_\_\_ Titel, Vorname, Name. Praxissitz des BAG-Partners

\_\_\_\_\_ Titel, Vorname, Name. Praxissitz des BAG-Partners

\_\_\_\_\_ Titel, Vorname, Name. Praxissitz des BAG-Partners

\_\_\_\_\_ Titel, Vorname, Name. Praxissitz des BAG-Partners

\_\_\_\_\_ Titel, Vorname, Name. Praxissitz des BAG-Partners

\_\_\_\_\_ Titel, Vorname, Name. Praxissitz des BAG-Partners

**Die Antragstellung für die BAG erfolgt durch folgende/n Vertretungsberechtigte/n:**

\_\_\_\_\_ Titel, Vorname, Name. Praxissitz des BAG-Partners

\_\_\_\_\_ Titel, Vorname, Name. Praxissitz des BAG-Partners

\_\_\_\_\_ Titel, Vorname, Name. Praxissitz des BAG-Partners

**Für den Fall der Beendigung der BAG soll die Anstellung zu Vertragsarzt/-ärztin/-psychotherapeut\*in zugeordnet werden:**

\_\_\_\_\_ Titel, Vorname, Name. Praxissitz des BAG-Partners

**Verwaltungsbezirk:** \_\_\_\_\_

**2. Persönliche Daten des/der Anzustellenden**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum / -ort: \_\_\_\_\_

Approbation: \_\_\_\_\_

Facharztanerkennung / Fachkundenachweis: \_\_\_\_\_

eingetragen im Arztregister der KV: \_\_\_\_\_

ggf. Bezirksstelle: \_\_\_\_\_

Kopie Arztregisterauszug liegt anbei  
(nur bei Arztregistereintragung in anderem KV-Bereich notwendig)

### 3. Beantragung

#### Beantragt wird die Genehmigung zur Beschäftigung von:

\_\_\_\_\_  
Titel, Vorname, Name

\_\_\_\_\_  
Facharztbezeichnung/ psychotherapeutische Berufsbezeichnung

Fachärztlich       Hausärztlich       psychotherapeutisch

\_\_\_\_\_  
Fachgruppe

\_\_\_\_\_  
ggf. Schwerpunkt

\_\_\_\_\_  
Privatanschrift

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse, Telefonnummer

**Beginn der Anstellung:** \_\_\_\_\_ (tt.mm.jj)

**Beschäftigungsumfang:** \_\_\_\_\_ Stunden pro Woche (bitte Arbeitsvertrag beifügen)

Der/die anzustellende Ärztin/ Arzt/ Psychotherapeut\*in war in den letzten 5 Jahren vor Beginn seiner/ihrer hier beantragten neuen vertragsärztlichen Tätigkeit bis zum \_\_\_\_\_ (tt.mm.jj) in Berlin zugelassen oder angestellt (keine Assistententätigkeit oder persönliche Ermächtigung).

**Die Anstellung erfolgt am Vertragsarztsitz/ Vertragspsychotherapeutensitz**

\_\_\_\_\_  
Vertragsarztsitz/Vertragspsychotherapeutensitz des/der Anstellenden bzw. eines der Partner\*in der anstellenden (überörtlichen) BAG

Zur ausschließlichen Tätigkeit im Rahmen einer **Zweigpraxis am Standort:**

\_\_\_\_\_  
Anschrift der Zweigpraxis

Die hierfür erforderliche Zweigpraxisgenehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung

liegt bereits vor.

wurde am \_\_\_\_\_ bei der KV Berlin beantragt.  
(tt.mm.jj)

#### 4. Anstellungsgrund

**Hinweis:** Bitte kreuzen Sie nur den zutreffenden Anstellungsgrund, d.h. die Grundlage der Anstellung, an. Für Jobsharing-Anstellungen nutzen Sie bitte das gesonderte Formular.

<input type="checkbox"/> Anstellung aufgrund <b>Zulassungsverzicht</b> des/ der Vertragsärztin/Vertragsarztes/ Vertragspsychotherapeuten/ Vertragspsychotherapeutin
_____
Titel, Vorname, Name
_____
Facharzt-/Schwerpunktbezeichnung/psychotherapeutische Berufsbezeichnung
_____
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort des/der Verzichtenden
<input type="checkbox"/> Der <b>Verzicht</b> wurde gegenüber dem Zulassungsausschuss Berlin <b>bereits erklärt</b> .
<input type="checkbox"/> Der Verzicht wird diesem Antrag beigelegt. (siehe Anlage A)

**oder**

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Zur <b>Nachbesetzung</b> oder <input type="checkbox"/> <b>Teilnachbesetzung</b> des/ der nachfolgend genannten bisher angestellten Arztes/Ärztin/Psychotherapeuten/Psychotherapeutin
_____
Titel, Vorname, Name
_____
Facharzt-/Schwerpunktbezeichnung/psychotherapeutische Berufsbezeichnung
_____
bisheriger Beschäftigungsumfang in Stunden pro Woche
Ende des Beschäftigungsverhältnisses am: _____
oder
Reduzierung des Beschäftigungsumfangs ab _____ auf _____ Stunden pro Woche (bitte Änderungsvereinbarung zum Arbeitsvertrag beilegen)
<input type="checkbox"/> Der/ Die bisher Angestellte wurde im Rahmen eines Sonderbedarfs angestellt.

**oder**

<input type="checkbox"/> Im Rahmen der <b>Übernahme</b> des unter der Kennziffer _____ <b>ausgeschriebenen</b> <b>Vertragsarztsitzes/ Vertragspsychotherapeutensitzes</b>
ausgeschrieben im Verwaltungsbezirk-Berlin: _____
_____
Titel, Vorname, Name des Praxisabgebers/ der Praxisabgeberin
_____
Facharzt-/Schwerpunktbezeichnung/psychotherapeutische Berufsbezeichnung

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort des übernommenen Sitzes

oder

- 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>)

## 5. 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.

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: DAAEDEDXXX  
IBAN: DE16 3006 0601 0001 0039 17

- Die Verwaltungsgebühr in Höhe von 120,- € sowie 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!)

**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 im Rahmen der Anstellung genehmigungspflichtige Leistungen erst dann erbracht und abgerechnet werden dürfen, **nachdem** die Kassenärztliche Vereinigung Berlin die Abrechnungsgenehmigung für die/den angestellte/n Ärztin/Arzt erteilt hat. Hierzu sind, unter Beifügung der erforderlichen Nachweise, für die/den angestellte/n Ärztin/Arzt 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/genehmigungspflichtigen-leistungen>.

Bei Fragen rund um die Abrechnungsgenehmigungen wenden Sie sich bitte an die Abteilung Qualitätssicherung der KV Berlin.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller\*in

Stempel Antragsteller\*in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller\*in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller\*in

### Anlagen

- Aktuelle Beschäftigungsverhältnisse, Drogen- und Trunksucherklärung
- Checkliste
- Anlage A zum Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines/einer Arztes/ Ärztin/ Psychotherapeuten/ Psychotherapeutin
- Allgemeine Hinweise der Geschäftsstelle
- Anhang Genehmigung angestellte(r) Arzt/ Ärztin/ Psychotherapeut\*in
- Informationen für die Praxis: Genehmigungspflichtige Leistungen für PPT/KJP

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des/der Anzustellenden

**aktuelle Beschäftigungsverhältnisse des/der Anzustellenden:**

seit	Art der Tätigkeit	Ort	Umfang in Wochenstunden-arbeitszeit	soll bestehen bleiben
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

**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>.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Anzustellenden

**§ 21 Ärzte-ZV**

1Ungeeignet 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. 2Das ist insbesondere zu vermuten, wenn er innerhalb der letzten fünf Jahre vor seiner Antragstellung drogen- oder alkoholabhängig war. 3Wenn 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 seinen Gesundheitszustand vorlegt. 4Das Gutachten muss auf einer Untersuchung und, wenn dies ein Amtsarzt für erforderlich hält, auch auf einer klinischen Beobachtung des Betroffenen beruhen. 5Die Kosten des Gutachtens hat der Betroffene zu tragen. Rechtsbehelfe gegen die Anordnung nach Satz 3 haben keine aufschiebende Wirkung.

### Checkliste

- Kopie des **Arbeitsvertrages** mit Angabe des Beschäftigungsumfanges und Beginndatum
- Versicherungsbescheinigung nach §113 Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz** als Nachweis für das Bestehen einer nach § 95e SGB V ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung. Weitere Informationen finden Sie unter „Allgemeine Hinweise der Geschäftsstelle“
- 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)
- ggf. Kopie des veränderten Arbeitsvertrages (falls Arbeitszeit eines/ einer Angestellten verändert wird)
- ggf. Kopie des Aufhebungsvertrages/ Kündigungsbestätigung (falls die Anstellung eines/ einer anderen Angestellten endet)
- Lebenslauf** der/des Anzustellenden mit aktuellem Datum und Unterschrift der/des Anzustellenden
- Kopie der Bestätigung der Behörde über die Beantragung eines polizeilichen Führungszeugnisses** der Belegart O (Behördenführungszeugnis) der/des Anzustellenden, das an den Zulassungsausschuss adressiert wird und diesem direkt zugeht und zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht älter als 6 Monate sein darf.

Polizeiliches Führungszeugnis  
beantragt am: \_\_\_\_\_

bei: \_\_\_\_\_

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.

**Anlage A**  
**zum Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines/einer angestellten Arztes/ Ärztin/  
Psychotherapeuten/ Psychotherapeutin**

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

<b>Anzustellende(r) Arzt/Ärztin/ Psychotherapeut*in</b>  <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p style="text-align: center; font-size: small;">Titel, Vorname, Name</p>
--

**Verzichtserklärung**

<input type="checkbox"/> <b>Hiermit verzichte ich auf meine Zulassung als Vertragsarzt/-ärztin/-psychotherapeut*in voraussichtlich zum:</b> _____
<input type="checkbox"/> <b>Hiermit erkläre ich die Beschränkung meines Versorgungsauftrages</b> <input type="checkbox"/> auf die Hälfte <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> auf drei Viertel</span>
<input type="checkbox"/> <b>und verzichte damit voraussichtlich zum:</b> _____ <input type="checkbox"/> zur Hälfte <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> zu einem Viertel auf meine Zulassung</span> <b>zur vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Tätigkeit</b>
<input type="checkbox"/> <b>unter dem Vorbehalt, dass folgende(r) Vertragsarzt/-ärztin/-psychotherapeut*in</b>  _____ <p style="text-align: center; font-size: small;">Titel, Vorname, Name</p> _____ <p style="text-align: center; font-size: small;">Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Praxis</p> <b>eine Genehmigung zu meiner Beschäftigung als angestellte(r) Arzt/Ärztin/Psychotherapeut*in erhält.</b>

**Absichtserklärung**

Ich beabsichtige, in der Vertragsarzt-/Vertragspsychotherapeutenpraxis des/der Vorgenannten als genehmigte(r) angestellter Arzt/ Ärztin/ Psychotherapeut\*in für eine Dauer von mindestens drei Jahren ab Antritt der Arztstelle tätig zu werden (s. BSG Urt. v. 04.05.2016 - B 6 KA 21/15 R).

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift anzustellender Vertragsarzt/-ärztin/ Psychotherapeut\*in

Stempel des/der Verzichtenden
-------------------------------

## 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 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\\_arzt\\_stelle\\_antrag.pdf](https://www.kvberlin.de/fileadmin/user_upload/praxisorganisation/bz_vertretung_nicht_besetzte_arzt_stelle_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. **Nutzen Sie gerne dafür die auf der Webseite der KV Berlin zur Verfügung gestellten Musterbescheinigungen!**

- **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.

**Übersicht über die Mindestsummen und Begrenzung**

<b>Nachweispflichtige</b>	<b>Mindestversicherungssumme je Versicherungsfall</b>	<b>Begrenzung für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden</b>
Vertragsarzt/-ärztin (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.
Vertragspsychotherapeut*in (für sich selbst und ggf. bei ihnen nach § 95 Abs. 9 SGB V Angestellte)	3 Mio. Euro  Mit Angestellten: 5 Mio. Euro	Nicht weiter als zweifacher Betrag der Mindestversicherungssumme p.a.  Mit Angestellten: nicht weiter als dreifacher Betrag der Mindestversicherungssumme p.a.
Berufsausübungsgemeinschaft <b>mit</b> 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

**Anhang**  
**Genehmigung angestellte(r) Arzt/ Ärztin/ Psychotherapeut\*in**

**Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen**

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch den Zulassungsausschuss erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung Ihres Antrags führen können. Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter <https://www.kvberlin.de/andere-seiten/datenschutzerklaerung>

- **Anstellung bei einer BAG:**

Der Anspruch auf Erteilung einer Anstellungsgenehmigung nach § 95 Abs. 9 SGB V, § 32b Abs. 2 Satz 1 Ärzte-ZV kann **im Grundsatz nur der Berufsausübungsgemeinschaft** und nicht dem/ der einzelnen Vertragsarzt/-ärztin/-psychotherapeuten/-psychotherapeutin als Mitglied der Berufsausübungsgemeinschaft zustehen. Ausgeschlossen ist jedenfalls die Erteilung einer Anstellungsgenehmigung ohne die Zustimmung der anderen Mitglieder der Berufsausübungsgemeinschaft, der der/die Vertragsarzt/-ärztin/-psychotherapeut\*in angehört (BSG Urt. v. 04.05.2016 - B 6 KA 24/15 R). Soll also die Anstellungsgenehmigung nicht der Berufsausübungsgemeinschaft, sondern antragsgemäß **ausnahmsweise einem der der Berufsausübungsgemeinschaft angehörenden Vertragsärzte / Vertragspsychotherapeuten** erteilt werden, müssen **alle übrigen Mitglieder der Berufsausübungsgemeinschaft hierzu ihre Zustimmung erklären**, andernfalls kann die Anstellungsgenehmigung nicht erteilt werden.

- **Arbeitsvertrag**

**Der/ Die Vertragsarzt/-ärztin/-psychotherapeut\*in hat den/die angestellte(n) Arzt/Ärztin /Psychotherapeuten /Psychotherapeutin zur Erfüllung der vertragsärztlichen bzw. vertragspsychotherapeutischen Pflichten anzuhalten und gegenüber der KV Berlin für die Erfüllung der vertragsärztlichen Pflichten einzustehen.**

Grundsätzlich ist der Vertrag über das geplante Arbeitsverhältnis vollständig vorzulegen. Nur so ist der Zulassungsausschuss in der Lage zu prüfen, ob die geplante Tätigkeit dem Charakter eines abhängigen Beschäftigungsverhältnisses entspricht und damit die vom Gesetzgeber dafür vorgesehenen Rechtsfolgen einschlägig sind. Enthält der Arbeitsvertrag darüberhinausgehende Daten, die für diese Einschätzung nicht benötigt werden (z.B. regelmäßig die konkrete betragsmäßige Festlegung des Gehalts...), können diese Angaben unkenntlich gemacht werden.

Änderungen im Rahmen des Anstellungsverhältnisses, d.h. die Beendigung des Arbeitsverhältnisses/Änderung des Beschäftigungsumfanges sind dem Zulassungsausschuss sowie der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin unverzüglich anzuzeigen.

- **Nachbesetzung vakanter Angestelltenstellen**

**Bei Ausscheiden des/der genehmigten Angestellten gelten für die Nachbesetzung der frei gewordenen Angestelltenstelle im Falle angeordneter Zulassungsbeschränkungen folgende Grundsätze:**

**Fristen für die Nachbesetzung von Angestelltenstellen - Erlöschen des Nachbesetzungsrechts**

Die Nachbesetzung hat innerhalb einer Frist von sechs Monaten nach Freiwerden der Angestelltenstelle zu erfolgen, andernfalls erlischt das Nachbesetzungsrecht. Die sechsmonatige Nachbesetzungsfrist ist gewahrt, wenn der Antrag auf Nachbesetzung (konkret: der Antrag auf Genehmigung der Beschäftigung des/der nachfolgenden Angestellten) binnen dieser Frist dem Zulassungsausschuss in vollständiger Form zugegangen ist und auch alle für die Erteilung der Anstellungsgenehmigung erforderlichen materiellen Voraussetzungen erfüllt. Ausnahmsweise ist eine Verlängerung der Nachbesetzungsfrist durch den Zulassungsausschuss um höchstens sechs weitere Monate möglich. Die Fristverlängerung ist rechtzeitig vor Ablauf der regulären sechsmonatigen Nachbesetzungsfrist zu beantragen. Die Gewährung der Fristverlängerung setzt voraus, dass sich der/die Ansteller\*in ernsthaft um die Nachbesetzung bemüht hat und nachvollziehbar darlegen kann, warum es innerhalb der sechsmonatigen Nachbesetzungsfrist nicht zu einer Nachbesetzung gekommen ist.

### 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](http://www.kvberlin.de) > Für Praxen > Alles für den Praxisalltag > Qualitätssicherung > Genehmigungspfl. Leistungen

Qualitätsgesicherte Leistungen für Psychologische Psychotherapeut:innen	(030) 31003-	E-Mail
Neuropsychologische Therapie	423	<a href="mailto:QS-Team6@kvberlin.de">QS-Team6@kvberlin.de</a>
Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing (EMDR)	376	<a href="mailto:QS-Team6@kvberlin.de">QS-Team6@kvberlin.de</a>
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	<a href="mailto:Videosprechstunde@kvberlin.de">Videosprechstunde@kvberlin.de</a>

Qualitätsgesicherte Leistungen für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen	(030) 31003-	E-Mail
Neuropsychologische Therapie	423	<a href="mailto:QS-Team6@kvberlin.de">QS-Team6@kvberlin.de</a>
Psychoanalyse als Einzel- und/oder Gruppenbehandlung bei Kindern und Jugendlichen	376	<a href="mailto:QS-Team6@kvberlin.de">QS-Team6@kvberlin.de</a>
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		
Videosprechstunde		