



E-Mail: [ZA@KVWL.de](mailto:ZA@KVWL.de) Fax: 0231 9432-3927

Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines angestellten Arztes  
nach § 95 Abs. 9 SGB V  
Teil 1 – (vom Praxisinhaber auszufüllen)

**Antragsteller: Praxisinhaber oder Berufsausübungsgemeinschaft**

|                            |  |
|----------------------------|--|
| <b>Name:</b>               |  |
| <b>Vorname:</b>            |  |
| <b>Titel (akad. Grad):</b> |  |

**oder Name der bestehenden Berufsausübungsgemeinschaft** (Sofern erfolgt  
entsprechend der Registereintragung)

**(N)BSNR:**

Praxisanschrift:

|                |  |                    |  |
|----------------|--|--------------------|--|
| <b>PLZ:</b>    |  | <b>Ort:</b>        |  |
| <b>Straße:</b> |  | <b>Hausnummer:</b> |  |

**Telefon:**

**FAX:**

**E-Mail:**

**Angaben zur beantragten Anstellung**

|                            |  |
|----------------------------|--|
| <b>Name:</b>               |  |
| <b>Vorname:</b>            |  |
| <b>Titel (akad. Grad):</b> |  |

**Facharztbezeichnung  
und ggf. sonstige  
Bezeichnungen:**

**Beschäftigungsbeginn:**

## Angaben zum Beschäftigungsumfang

Auch für angestellte Ärzte gilt die Verpflichtung zur Abhaltung von Mindestsprechstundenzeiten (Faktor 1 = 25 Wochenstunden). Bitte berücksichtigen Sie dies bei der Vereinbarung der Arbeitszeit.

Faktor 0,25 mindestens 6 Stunden und 15 Minuten

Faktor 0,5 mindestens 12 Stunden und 30 Minuten

Bitte unbedingt genaue Stundenzahl angeben:

im Umfang von  
(Wochenstunden):

entspricht:

- Faktor 0,25 bis zu 10 Stunden pro Woche
- Faktor 0,5 über 10 bis 20 Stunden pro Woche
- Faktor 0,75 über 20 bis 30 Stunden pro Woche
- Faktor 1,0 über 30 Stunden pro Woche

## Angaben zur Versorgungssituation -Bitte zwischen a), b) und c) auswählen!

### a) Reaktivierter Planungsbereich

- Die Anstellung wird in einem reaktivierten Planungsbereich beantragt.

oder

### b) Ausschreibungsverfahren

- Die Anstellung erfolgt im Rahmen eines Ausschreibungsverfahrens  
(Ausgeschriebener Vertragsarztsitz)

Übernahme der Praxis bzw. des Sitzes von

|                     |  |
|---------------------|--|
| Name:               |  |
| Vorname:            |  |
| Titel (akad. Grad): |  |

Praxisanschrift:

|         |  |             |  |
|---------|--|-------------|--|
| PLZ:    |  | Ort:        |  |
| Straße: |  | Hausnummer: |  |

oder

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <b>Kennzahl der Ausschreibung:</b> |  |
|------------------------------------|--|

**Nur auszufüllen bei sofortiger Verlegung im Ausschreibungsverfahren:**

Ich/Wir beantrage(n) die Verlegung des Praxissitzes

nach:

|                |  |                    |  |
|----------------|--|--------------------|--|
| <b>PLZ:</b>    |  | <b>Ort:</b>        |  |
| <b>Straße:</b> |  | <b>Hausnummer:</b> |  |

**Begründung zur Versorgungslage nach § 24 Abs. 7 Ärzte-ZV:**

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

oder

**c) Nachbesetzungsverfahren**

Die Anstellung erfolgt im Rahmen der Nachbesetzung des bestehenden Angestelltenverhältnisses von

|                            |  |
|----------------------------|--|
| <b>Name:</b>               |  |
| <b>Vorname:</b>            |  |
| <b>Titel (akad. Grad):</b> |  |

aufgrund dessen Reduzierung auf

|                            |  |
|----------------------------|--|
| <b>neue Wochenstunden:</b> |  |
|----------------------------|--|

---

**oder**

aufgrund dessen Ausscheidens.

**Falls nicht bereits mitgeteilt:**

Hiermit zeige(n) ich/wir an, dass die Beschäftigung von

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| <b>Name:</b>                  |  |
| <b>Vorname:</b>               |  |
| <b>Titel (akad. Grad):</b>    |  |
| als angestellte/r Arzt/Ärztin |  |
| <b>mit Ablauf des:</b>        |  |

beendet wird/wurde.

**Tätigkeitsort des anzustellenden Arztes**

Hauptbetriebsstätte

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <b>Umfang von (Wochenstunden):</b> |  |
|------------------------------------|--|

Nebenbetriebsstätte

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <b>Umfang von (Wochenstunden):</b> |  |
|------------------------------------|--|

|                    |  |
|--------------------|--|
| <b>Anschrift :</b> |  |
|--------------------|--|

Zweigpraxis

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <b>Umfang von (Wochenstunden):</b> |  |
|------------------------------------|--|

|                   |  |
|-------------------|--|
| <b>Anschrift:</b> |  |
|-------------------|--|

**Erklärung zur Berufshaftpflichtversicherung**

(Bitte beachten Sie die Erläuterungen zum Antrag!)

Der Nachweis nach § 113 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes ist als Anlage beigefügt.

## Antragsgebühr

Bei Genehmigungen zur Anstellung eines Arztes im Rahmen einer Nachbesetzung (auch Erhöhung und Reduzierung des Beschäftigungs-umfangs bei Änderung des Faktors) beträgt die Gebühr **jeweils** 60,00 EUR.

Bei Anträgen in reaktivierten Planungsbereichen und im Rahmen eines Ausschreibungsverfahrens beträgt die Gebühr 120,00 EUR.

Sofern im Rahmen eines Ausschreibungsverfahrens die sofortige Verlegung des Sitzes beantragt wird entsteht eine **zusätzliche** Gebühr in Höhe von 120,00 EUR.

- Hiermit erkläre(n) ich/wir mein/unser Einverständnis, dass die nach § 46 Ärzte-ZV entstandene(n) Gebühr(en) von der Vertragsabrechnung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe dem Konto der Buchhaltung gutgeschrieben wird.

Bitte beachten Sie die [Erläuterungen](#) zu der Antragsstellung und unsere [Antragsfristen](#).

Mit den Unterschriften wird die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben versichert.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

Unterschrift des Praxisinhabers / Unterschriften **aller** Partner einer BAG (*Bei der eGmbH ist die Unterschrift des Geschäftsführers ausreichend.*)

| Name, Vorname<br>(In Druckbuchstaben) | Unterschrift |
|---------------------------------------|--------------|
|                                       |              |
|                                       |              |
|                                       |              |

Weitere BAG-Partner müssen in einer Anlage benannt werden.

Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines angestellten Arztes  
nach § 95 Abs. 9 SGB V  
Teil 2 – (vom anzustellenden Arzt auszufüllen)

**Angaben zum anzustellenden Arzt**

|                            |  |
|----------------------------|--|
| <b>Name:</b>               |  |
| <b>Vorname:</b>            |  |
| <b>Titel (akad. Grad):</b> |  |

|                      |  |                    |  |
|----------------------|--|--------------------|--|
| <b>Geburtsdatum:</b> |  | <b>Geburtsort:</b> |  |
|----------------------|--|--------------------|--|

Wohnort:

|                |  |                    |  |
|----------------|--|--------------------|--|
| <b>PLZ:</b>    |  | <b>Ort:</b>        |  |
| <b>Straße:</b> |  | <b>Hausnummer:</b> |  |

|                 |  |             |  |
|-----------------|--|-------------|--|
| <b>Telefon:</b> |  | <b>FAX:</b> |  |
|-----------------|--|-------------|--|

|                |  |
|----------------|--|
| <b>E-Mail:</b> |  |
|----------------|--|

|   |  |
|---|--|
| <b>Facharztbezeichnung<br/>und ggf. sonstige<br/>Bezeichnungen:</b> |  |
|---|--|

|                   |  |
|-------------------|--|
| <b>Ggf. LANR:</b> |  |
|-------------------|--|

**nur für Fachärzte für Innere Medizin**

Ich erkläre meine Teilnahme an der

- hausärztlichen Versorgung  fachärztlichen Versorgung

**nur für Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin**

Ich erkläre meine Teilnahme an der

- hausärztlichen Versorgung  haus- und fachärztlichen Versorgung

### Weitere Tätigkeiten neben der vertragsärztlichen Versorgung

- Ich werde keine weitere Tätigkeit ausüben
- Es ist eine weitere Tätigkeit geplant bzw. eine bestehende Tätigkeit wird weiterhin ausgeübt (Vertrag und ggf. weitere Angaben bitte als Anlage beifügen).

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <b>Name der Institution</b>          |  |
| <b>in (Anschrift)</b>                |  |
| <b>im Umfang von (Wochenstunden)</b> |  |

### Arztregistereintragung

|  |  |                            |  |
|--|--|----------------------------|--|
| <b>ist erfolgt am:</b>                       |  | <b>wurde beantragt am:</b> |  |
| <b>bei der Kassenärztlichen Vereinigung:</b> |  |                            |  |

### Angaben zur Aus- und Weiterbildung

**Sofern eine Arztregistereintragung vorliegt, ist eine Angabe der Daten unter dem Punkt „Angaben zur Aus- und Weiterbildung“ nicht erforderlich.** Nach der Arztregistereintragung erworbene bzw. nicht im Registerauszug aufgeführte Weiterbildungen ggf. ergänzen.

|                                   |  |            |  |
|-----------------------------------|--|------------|--|
| <b>Approbation erteilt durch:</b> |  | <b>am:</b> |  |
|-----------------------------------|--|------------|--|

|                                   | <b>Genaue Bezeichnung:</b> | <b>Prüfung am / Anerkennung am:</b> |
|-----------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|
| <b>Facharztanerkennung als:</b>   |                            |                                     |
| <b>Schwerpunktbezeichnung:</b>    |                            |                                     |
| <b>Fakultative Weiterbildung:</b> |                            |                                     |
| <b>Besondere Fachkunde:</b>       |                            |                                     |
| <b>Zusatzbezeichnung:</b>         |                            |                                     |
| <b>Zusatzweiterbildung:</b>       |                            |                                     |

**Angaben über die ärztliche Tätigkeit vom Zeitpunkt der Approbation bis zum Tage der Antragstellung**

Geben Sie bitte insbesondere an, ob Sie bereits als Vertragsarzt zugelassen oder in einem MVZ/ in einer Praxis angestellt waren oder sind. Bitte benennen Sie auch Sitz bzw. Arbeitgeber sowie Zulassungs- bzw. Beschäftigungszeitraum.  
Ggf. nutzen Sie bitte eine gesonderte Aufstellung und fügen diese als Anlage bei:

| von | bis | Ort | Einrichtung | Stellung/Funktion |
|-----|-----|-----|-------------|-------------------|
|     |     |     |             |                   |
|     |     |     |             |                   |
|     |     |     |             |                   |
|     |     |     |             |                   |

**Nur bei Anstellung im Rahmen eines Ausschreibungsverfahrens erforderlich**

Bei Übernahme einer Vertragsarztpraxis in einem von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Planungsbereich trifft der Zulassungsausschuss bei Vorliegen mehrerer Zulassungsanträge eine Auswahlentscheidung, bei der u. a. die bisherige Dauer der ärztlichen Tätigkeit eine Rolle spielt. Die Dauer der ärztlichen Tätigkeit wird nach § 103 Abs. 4 Satz 5 Nr. 3 SGB V verlängert um Zeiten, in denen die ärztliche Tätigkeit wegen der Erziehung von Kindern oder der Pflege pflegebedürftiger naher Angehöriger in häuslicher Umgebung unterbrochen worden ist. Diesbezüglich bitten wir ggf. um entsprechende Angaben.

**ggf. Bemerkungen Erziehungs- und/oder Pflegezeiten:**

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

Sofern Sie mindestens fünf Jahre dauerhaft einer vertragsärztlichen Tätigkeit in einem Planungsbereich nachgegangen sind, in dem der Landesausschuss nach § 100 Abs. 1 SGB V das Bestehen von Unterversorgung festgestellt hat, geben Sie bitte den Praxissitz bzw. Arbeitgeber und Tätigkeitszeitraum an. Diese Tätigkeit wird ebenfalls bei einer evtl. Auswahlentscheidung berücksichtigt.

**Vertragsärztliche Tätigkeit in unterversorgten Planungsbereichen:**

| von | bis | Ort | Praxissitz bzw. Arbeitgeber |
|-----|-----|-----|-----------------------------|
|     |     |     |                             |

## Erforderliche Erklärungen zum Antrag

### Erklärung zur Teilnahme am Notfalldienst

- Ich erkläre hiermit, dass ich nach der „Gemeinsamen Notfalldienstordnung“ der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe in der jeweils gültigen Fassung am organisierten ärztlichen Notfalldienst teilnehmen werde.

### Erklärung hinsichtlich Drogen- und Alkoholabhängigkeit

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

### Erklärung über ein bestehendes Dienst- und Beschäftigungsverhältnis

- Ich erkläre hiermit, dass ich zurzeit in **keinem** Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis oder sonstiger nicht ehrenamtlicher Tätigkeit stehe.
- Ich erkläre hiermit, dass ich zurzeit in **einem** Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis oder sonstiger nicht ehrenamtlicher Tätigkeit stehe.

im Umfang von (Wochenstunden)

Das Beschäftigungsverhältnis  wird  wurde gekündigt mit Wirkung vom:

Das Beschäftigungsverhältnis wird fortgeführt mit (Wochenstunden)

Sollten sich im Hinblick auf das Ende des Beschäftigungsverhältnisses Änderungen ergeben, ist der Zulassungsausschuss schriftlich in Kenntnis zu setzen.

### Erklärung zur Datenerhebung:

- Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe nach § 285 Abs. 1 SGB V die vorstehenden Daten zu meiner Person zur Durchführung des beantragten Verwaltungsverfahrens erhebt. Änderungen bzgl. der erhobenen Daten werde ich der KVWL mitteilen.

**Anlagen: Dem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:**

- unterschriebener Lebenslauf
- Auszug aus dem Arztregister (sofern nicht im Bereich der KVWL eingetragen)
- schriftlicher Arbeitsvertrag mit dem Praxisinhaber/der BAG/dem MVZ
- Bestätigung (Quittung) der Beantragung eines Führungszeugnisses zur Vorlage bei einer Behörde nach § 30 Abs. 5 Bundeszentralregistergesetz (BZRG)
  - Ich erkläre an Eides statt, dass im beantragten Führungszeugnis keine Eintragung zu meinem Nachteil enthalten ist.

(Sollte das Führungszeugnis zum Sitzungstermin noch nicht vorliegen, kann durch Abgabe der eidesstattlichen Erklärung ggf. eine Vertagung der Verhandlung des Zulassungsausschusses vermieden werden.)

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des anzustellenden Arztes)