



Zulassungsausschüsse Ärzte Sachsen
Postfach 11 64
09070 Chemnitz

Bitte wählen Sie Ihren
Zulassungsbezirk
aus:

- Chemnitz
 Dresden
 Leipzig

E-Mail: zulassung@kvsachsen.de

Fax: 0371 2789-4305

Antrag auf Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit

Antragsteller

Titel, Vorname, Name

LANR

Geburtsdatum

Geburtsort

Wohnanschrift zum Zeitpunkt der Antragstellung (Straße, Nr., PLZ, Ort)

künftige Wohnanschrift zum Zeitpunkt der Niederlassung (Straße, Nr., PLZ, Ort) – *falls abweichend*

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Antragstellung

Bitte beachten Sie die unten aufgeführten Hinweise zur Antragsstellung.

- Ich beantrage die Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit mit ...**
- vollem Versorgungsauftrag
 - $\frac{3}{4}$ Versorgungsauftrag
 - hälftigem Versorgungsauftrag
 - $\frac{1}{4}$ Versorgungsauftrag (ausschl. zur Erweiterung eines bestehenden Versorgungsauftrages)

Ich beantrage die Erweiterung meiner bestehenden Zulassung...

von \ auf	1,0	0,75	0,5
0,75	<input type="checkbox"/>		
0,5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

im Fachgebiet ...

Fachgebietsbezeichnung

Schwerpunkt- / Zusatzbezeichnung

hausärztliche Versorgung

fachärztliche Versorgung

Ausschließlich bei **Doppelzulassung** oder einer Zulassung unter **mehreren Fachgebieten / Schwerpunkten** auszufüllen:

Der Schwerpunkt meiner Tätigkeit wird in folgendem Fachgebiet/Schwerpunkt ausgeübt:

Fachgebietsbezeichnung / Schwerpunkt- / Zusatzbezeichnung

Rechtsgrund der Zulassung:

Ich übernehme die Praxis von ...

Name Praxisabgeber, PLZ, Ort

Ggf. Registriernummer (Reg.-Nr.) des ausgeschriebenen Vertragsarztsitzes:

Ich beantrage die Zulassung im nicht gesperrten Planungsbereich ...

Name Planungsbereich

Ich beantrage die Zulassung im Job-Sharing gemäß § 101 Abs. 1 S. 4 SGB V mit

Titel, Vorname, Name Job-Sharing-Senior-Partner

Hinweis: Bei einer Job-Sharing-Zulassung ist zwingend eine [Berufsausübungsgemeinschaft](#) zu gründen.

- Ich beantrage die Zulassung im Sonderbedarf nach §§ 36, 37 Bedarfsplanungs-Richtlinie.** Eine schriftliche Begründung, warum die beantragte Sonderbedarfszulassung unerlässlich ist, um die Versorgung der Patienten in der Region sicherzustellen füge ich als Anlage bei. Die Beantragung erfolgt als:
- lokaler Sonderbedarf qualifikationsbezogener Sonderbedarf
- Sonderbedarf Dialyse

Weitere Informationen zu den o.g. Zulassungsmöglichkeiten finden Sie unter <https://www.kvsachsen.de/fuer-praxen/zulassung-und-niederlassung/niederlassung/niederlassungsmoeglichkeiten-1>.

Die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit ist wie folgt beabsichtigt:

Am Vertragsarztsitz (konkrete Praxisanschrift, vgl. § 24 Abs. 1 Ärzte-ZV):

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Voraussichtliche Tätigkeitsaufnahme:

Datum

Hinweis: Die Zulassung im Job-Sharing ist ausschließlich zum **Quartalsbeginn** zulässig.

Die Praxis wird zukünftig geführt als

- Einzelpraxis**
- Berufsausübungsgemeinschaft** geplant

mit: _____

Hinweis: Die Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit in einer BAG bedarf der Genehmigung durch den Zulassungsausschuss. Hierzu ist ein [gesonderter Antrag](#) sowie die Vorlage eines BAG-Vertrages erforderlich.

Die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit in Form einer **Praxisgemeinschaft** ist bei der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen anzeigepflichtig.

Sind mit der beantragten Zulassung ggf. noch weitere Antragsstellungen verbunden, die für den Gesamtsachverhalt relevant sind (z.B. Antrag auf Verlegung des Vertragsarztsitzes, Genehmigung einer [Nebenbetriebsstätte](#))?

nein

ja: _____

Hinweis: Diese Information ersetzt **nicht** die Antragsstellung!

Arztregistereintragung

Grundvoraussetzung für die Zulassung ist die Eintragung in ein Arztregister einer Kassenärztlichen Vereinigung. Im Falle von [Zulassungsbeschränkungen](#) ist es außerdem empfehlenswert, sich für die gewünschten Planungsbereiche auf die [Warteliste](#) setzen zu lassen.

- Ich bin im Arztregister bei der Kassenärztlichen Vereinigung _____
Name KV
unter der ENR _____ eingetragen.
Nummer
- Eine Eintragung wurde bei der Kassenärztlichen Vereinigung in _____
[beantragt](#). Name KV

Angaben zur derzeitigen Tätigkeit

Art und Umfang einer weiteren ärztlichen/psychotherapeutischen Tätigkeit können der Ausübung der beantragten vertragsärztlichen Tätigkeit entgegenstehen. Für die Zulässigkeit von weiteren Tätigkeiten neben einer vertragsärztlichen Tätigkeit kommt es maßgeblich darauf an, dass der Vertragsarzt/Vertragspsychotherapeut trotz der Arbeitszeiten in der Lage ist, den Patienten in einem dem Versorgungsauftrag entsprechenden Umfang zur Verfügung zu stehen und Sprechstunden zu den in der vertragsärztlichen Versorgung üblichen Zeiten anzubieten. Ein weiteres Beschäftigungsverhältnis oder eine andere nicht ehrenamtliche Tätigkeit darf neben der Zulassung nur ausgeübt werden, wenn Sie den Versicherten in dem Ihrem Versorgungsauftrag entsprechenden Umfang weiterhin persönlich zur Verfügung zu stehen und insbesondere Sprechstunden zu den in der vertragsärztlichen Versorgung üblichen Zeiten anbieten. Darüber hinaus ist zu beachten, dass eine weitere ärztliche Tätigkeit ihrem Wesen nach mit Ihrer Tätigkeit als Vertragsarzt an Ihrem Vertragsarztsitz vereinbar sein muss.

- Dienst-/Beschäftigungsverhältnis _____
als _____
bei _____
- im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung _____
Name KV
- zugelassener Vertragsarzt
- zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt
- Die angegebene Tätigkeit wird beendet zum _____
Datum
- Die angegebene Tätigkeit wird im Anteil von _____
Stunden weitergeführt.
(Eine Kopie des angepassten Arbeitsvertrags ist beizulegen.)
- ohne Dienst-/Beschäftigungsverhältnis

Antragsunterlagen

Dem schriftlich einzureichenden Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:

- Aktueller Auszug aus dem Arztregister
(nicht notwendig, wenn der Antragsteller bereits Mitglied der KVS ist)
- tabellarischer Lebenslauf
(nicht notwendig, falls der Antragsteller bereits Mitglied der KVS ist und nur ein nahtloser Statuswechsel z.B. von Anstellung in Zulassung erfolgt)
- aktuelles (bei Antragsstellung nicht älter als 3 Monate) polizeiliches Führungszeugnis - **Belegart O** – oder ein Nachweis der Beantragung
(nicht notwendig, falls der Antragsteller bereits Mitglied der KVS ist und nur ein nahtloser Statuswechsel z.B. von Anstellung in Zulassung erfolgt)

Die Beantragung erfolgte am: _____.
Datum

- Versicherungsbescheinigung gemäß § 95e SGB V i. V. m. § 113 Abs. 2 VVG, aus der sich das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes ergibt
- Bei **Praxisübernahme** oder Antragsstellung im **geöffneten Planungsbereich**:
Nachweise/Bescheinigungen über die ausgeübten ärztlichen Tätigkeiten, soweit diese nicht im Arztregister der KVS hinterlegt sind (einschl. lückenlose Aufstellung siehe **Anlage 1**)
- bei **Job-Sharing**-Zulassung: Erklärung (**Anlage 2**)

Besondere Erklärungen des Antragstellers

Gemäß [§ 20 Ärzte-ZV](#) darf eine anderweitige Tätigkeit der vertragsärztlichen Tätigkeit nicht entgegenstehen. Nach [§ 21 Ärzte-ZV](#) darf der Arzt nicht ungeeignet sein, seine Tätigkeit ordnungsgemäß auszuüben.

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

Ich erkläre, dass ich spätestens mit der Tätigkeitsaufnahme ein dem der Zulassung entgegenstehendes Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis oder eine andere nicht ehrenamtliche Tätigkeit beenden werde. Soll ein Anstellungsverhältnis nach Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit weiterhin bestehen bleiben, dann muss ich dieses dem Zulassungsausschuss durch umgehende Vorlage einer Bescheinigung des Arbeitgebers und eines angepassten Arbeitsvertrages anzeigen.

Ort, Datum

Unterschrift

Wann wird mein Antrag für den ZA terminiert?

Unser Ziel ist die schnellstmögliche Bearbeitung und Abwicklung Ihres Antrages. Um dies einhalten zu können benötigen wir daher zwingend ein vollständig ausgefülltes Antragsformular einschließlich aller im Formular genannten notwendigen Unterlagen. Wir weisen darauf hin, dass unvollständige Anträge nicht durch den Zulassungsausschuss genehmigt werden und unter Umständen zur Ablehnung Ihres Antrags führen können.

Bitte beachten Sie, dass statusbegründende oder statusändernde Entscheidungen (z. B. Zulassungen, Anstellungen, Ermächtigungen, Verlegungen, Ruhen...) nur mit Wirkung für die Zukunft genehmigt werden können. Eine rückwirkende Genehmigung ist nicht möglich.

Bitte stellen Sie Ihren Antrag daher rechtzeitig (mind. 6-8 Wochen) vor dem geplanten [Sitzungstermin](#). Für bedarfsabhängige Anträge (z. B. Sonderbedarf, Ermächtigung) sowie die Gründung eines MVZ gilt eine dreimonatige Antragsfrist.

Die vorstehenden Fristen gelten nicht für Zulassungsanträge im Nachbesetzungsverfahren, bei denen eine [Ausschreibung](#) notwendig ist, oder bei einer [Entsperrung des Planungsbereichs](#); hier gelten besondere Bewerbungsfristen, die den Veröffentlichungen zu entnehmen sind.

In welcher Form muss der Antrag eingereicht werden?

Der Antrag ist nach §§ 24 Ärzte-ZV, 18 Abs. 1 Ärzte-ZV schriftlich zu stellen und unterschrieben in der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses (entweder per Post, E-Mail ([pdf](#)) oder Fax) einzureichen. Um zusätzlichen Verwaltungsaufwand zu vermeiden, bitten wir Sie ausdrücklich auf eine Mehrfachübermittlung zu verzichten.

Bitte beachten Sie, dass der von Ihnen eingereichte Antrag an den Zulassungsausschuss und beigefügte Unterlagen digitalisiert und nach einer entsprechenden Frist vernichtet werden. Eine Rücksendung der Unterlagen, insbesondere von Arbeitsverträgen, durch die Geschäftsstelle ist daher nicht möglich.

Wann kann ich meine Tätigkeit aufnehmen?

Um eine rechtzeitige verwaltungsgemäße Umsetzung Ihres Antrages zu gewähren, ist eine Tätigkeitsaufnahme grundsätzlich nur zum Monatsbeginn möglich. Gründungen von Berufsausübungsgemeinschaften oder MVZ sind ausschließlich zum Quartalswechsel zulässig.

Genehmigungspflichtige Leistungen:

Bitte beachten Sie, dass die Erbringung und Abrechnung genehmigungspflichtiger Leistungen einer zusätzlichen Genehmigung des Ressorts Qualität/116 117 Sachsen – Fachbereich Qualitätssicherung der KVS bedürfen. Die Genehmigung kann grundsätzlich nicht rückwirkend erteilt werden. Welche Leistungen der Genehmigungspflicht unterliegen, entnehmen Sie bitte unserer [Homepage](#). Genehmigungspflichtige Leistungen, die ohne vorherige Genehmigung erbracht werden, werden nicht vergütet.

- Die Übersicht der genehmigungspflichtigen Leistungen habe ich zur Kenntnis genommen und werde die entsprechenden Antragsunterlagen downloaden oder mich direkt mit dem Fachbereich Qualitätssicherung in Verbindung setzen.
- Die Übersicht der genehmigungspflichtigen Leistungen habe ich zur Kenntnis genommen. Ich beabsichtige jedoch keine genehmigungspflichtigen Leistungen zu erbringen.

Bei Rückfragen zu genehmigungspflichtigen Leistungen steht Ihnen der Fachbereich Qualitätssicherung unter qualitaetssicherung@kvsachsen.de oder unter der Telefonnummer 0351 8290-6553 zur Verfügung.

Antragsgebühr:

Für die Antragstellung ist eine Gebühr in Höhe von 100,- € (bzw. 120,- € bei der Erweiterung der Zulassung) zu entrichten, vgl. § 46 Abs. 1 lit. b) Ärzte-ZV. Die Gebühr wird mit der Antragstellung fällig. Diese wird Ihnen gesondert in Rechnung gestellt. Nach § 38 Ärzte-ZV wird über den Antrag erst nach Entrichtung der nach § 46 Ärzte-ZV zu zahlenden Gebühr verhandelt.

Erlangt die beantragte Zulassung Rechtskraft, wird Ihnen zusätzlich eine Verwaltungsgebühr in Höhe von 400,- € in Rechnung gestellt, vgl. § 46 Abs. 2 lit. a) Ärzte-ZV.

Datenschutz:

Die zur Bearbeitung Ihres Antrages erforderlichen Daten werden auf Grundlage der §§ 95,98 SGB V i. V. m. Ärzte-ZV erhoben und im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben verarbeitet.

Die Datenverarbeitung ist nach Art. 6 Abs. 1 S. 1c) DSGVO für die Aufgabenerfüllung der KVS erforderlich. Weitere Informationen zum Thema Datenschutz finden Sie unter www.kvsachsen.de.

Beratungsservice:

Haben Sie Fragen? Die Mitarbeiter der KVS beantworten Ihre Fragen gern. Ihre konkreten Ansprechpartner finden Sie unter www.kvsachsen.de/fuer-praxen/beratung-service.

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

Ort, Datum

Unterschrift

Anlage 1: Lückenlose Aufstellung der ärztlichen Tätigkeiten seit der Approbation in zeitlicher Reihenfolge:

Bei Praxisübernahmen oder der partiellen Öffnung eines Planungsbereichs hat der Zulassungsausschuss bei Vorliegen mehrerer Anträge ein Auswahlverfahren durchzuführen, bei der u.a. die Dauer der bisherigen ärztlichen Tätigkeit zu berücksichtigen ist.

Titel, Vorname, Name: _____

Eintragung Warteliste vorhanden: Nein Ja, im Planungsbereich: _____

Beginn und Ende der Tätigkeit		Art der Tätigkeit (z. B. Vertreter, angestellter Arzt, Chefarzt)	Einrichtung / Praxis (z. B. Krankenhaus), Ort	Tätigkeits- umfang in Wochen- stunden	Nachweis in Arztregisterakte	Nachweis liegt als Anlage bei
tt.mm.jjjj	tt.mm.jjjj					
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Anlage 2: Erklärung zur Ausübung der gemeinsamen vertragsärztlichen Tätigkeit
(Job-Sharing / Leistungsbeschränkung)**

1. Der/Die Unterzeichner verpflichtet/verpflichten sich, während des Bestandes der gemeinsamen Berufsausübung den zum Zeitpunkt der Antragstellung bestehenden Praxisumfang, wie er aus der durch die KVS nach Antragsstellung übermittelten Erklärung zur Leistungsbeschränkung ersichtlich ist, nach Menge der Leistungen nicht wesentlich - im Sinne der Bedarfsplanungs-Richtlinie - zu überschreiten. Er/Sie erkennt/erkennen die nach Maßgabe von § 60 Bedarfsplanungs-Richtlinie durch den Zulassungsausschuss festgelegte Leistungsbeschränkung an.
2. Der/Die Unterzeichner verpflichtet/verpflichten sich, die Beendigung der gemeinsamen Berufsausübung unverzüglich der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses mitzuteilen. Damit endet gleichzeitig die o. g. Leistungsbeschränkung.
3. Der Unterzeichner/Die Unterzeichner haftet/haften für Folgen, die sich aus einer verspäteten Mitteilung ergeben.

Ort, Datum

Unterschrift Antragssteller