

Berufshaftpflichtversicherung

Frequently asked Questions (FAQs)

Stand: 27. Oktober 2023

Hinweis: Aus Gründen der sprachlichen Vereinfachung wurde auf eine geschlechterspezifische Darstellung verzichtet.

Grundsätzliches

1. Auf welcher Rechtsgrundlage beruht die neue vertragsarztrechtliche Pflicht zum Nachweis einer Berufshaftpflichtversicherung?

Die vertragsarztrechtliche Pflicht zum Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung ergibt sich aus [§ 95e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch \(SGB V\)](#).

Diese neue Vorschrift wurde mit dem Gesundheitsversorgungsentwicklungsgesetz (GVWG, Bundesgesetzblatt Teil I 2021, S. 2754) mit Wirkung zum 20.07.2021 eingeführt.

2. Warum wurde eine vertragsarztrechtliche Regelung der Berufshaftpflichtversicherung eingeführt?

Behandlungsfehler können lebenslange und kostenintensive medizinische Behandlungen erforderlich machen. Nach bisheriger Rechtslage war das Erfordernis einer Berufshaftpflichtversicherung ausschließlich in den Heilberufe-Kammergesetzen der Länder und ggf. in den Berufsordnungen der Landesärztekammern bzw. Landespsychotherapeutenkammern geregelt.

Es gab zwar auch bereits bisher weitreichende Sanktionen: Stellt die Approbationsbehörde fest, dass trotz einer landes-/standesrechtlichen Versicherungspflicht kein ausreichender

Versicherungsschutz besteht, kann sie gemäß § 6 Bundesärzteordnung bzw. § 5 Psychotherapeutengesetz in der ab 01.09.2020 gültigen Fassung das Ruhen der Approbation anordnen.

Der Bundesrechnungshof hat jedoch beanstandet, dass es sowohl an einer bundeseinheitlichen Nachweispflicht als auch an einer regelmäßigen Kontrolle des (Fort-)Bestehens der ärztlichen Berufshaftpflichtversicherung fehlt. Er hat bei mehreren Krankenkassen festgestellt, dass in Fällen von Behandlungsfehlern die haftenden Vertragsärzte keine oder nur eine unzureichende Haftpflichtversicherung hatten. Schadenersatzansprüche der Versicherten sowie auf die Krankenkassen übergegangene Ansprüche laufen ins Leere, soweit Vertragsärzte zahlungsunfähig sind. Der Bundesrechnungshof hat daher die Bundesregierung zum Handeln aufgefordert, vgl. BT-Drucksache 19/1800, S. 52 ff.

Hierauf hat der Gesetzgeber reagiert und mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG, s.o. [Frage 1](#)) den § 95e in das SGB V eingefügt.

Danach müssen ab dem 20.07.2021 alle Ärzte und Psychotherapeuten bzw. Berufsausübungsgemeinschaften sowie MVZ, die beim Zulassungsausschuss eine Zulassung, Ermächtigung oder Anstellungsgenehmigung beantragen, gegenüber dem Zulassungsausschuss ihren Versicherungsschutz nachweisen. Auch Bestandspraxen werden innerhalb von zwei Jahren flächendeckend aufgefordert, ihren Versicherungsschutz nachzuweisen.

3. Wer muss seinen Berufshaftpflichtversicherungsschutz nachweisen?

Folgende Teilnehmer an der vertragsärztlichen Versorgung müssen gegenüber dem Zulassungsausschuss eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung nachweisen:

- Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten,
- Berufsausübungsgemeinschaften,
- Medizinische Versorgungszentren,
- persönlich ermächtigte Ärzte und Psychotherapeuten.

Ermächtigte Einrichtungen werden von § 95e SGB V nicht erfasst.

Angestellte Ärzte/PT müssen immer von Ihren Arbeitgebern mitversichert werden. Für Sicherstellungs- und Weiterbildungsassistenten wird kein Versicherungsnachweis gefordert.

4. Was ist Gegenstand der Nachweispflicht?

Ein Berufshaftpflichtversicherungsschutz ist nach den Anforderungen des [§ 95e SGB V](#) ausreichend, wenn

- die gesetzlich geforderte Mindestversicherungssumme von **3 bzw. 5 Millionen Euro für Personen- und Sachschäden für jeden Versicherungsfall** nicht unterschritten wird und
- die Leistungen des Versicherers für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden nicht weiter als auf den **zweifachen bzw. dreifachen Betrag der Mindestversicherungssumme** begrenzt werden.

„Mindestversicherungssumme“ bedeutet, dass die Versicherungsleistung für den einzelnen Schadensfall auf einen Höchstbetrag begrenzt ist. Hierfür legt das Gesetz eine Untergrenze fest. Ist vereinbart, dass die Versicherung im Schadensfall unbegrenzt zahlt, ist dies ausreichend.

Soweit das Gesetz für eine „ausreichende“ Haftpflichtversicherung die Abdeckung des individuellen Haftungsrisikos der Vertragsarztes bzw. des Vertragspsychotherapeuten fordert, ist die Versicherung ausreichend, wenn die jeweiligen Mindestversicherungssummen nicht unterschritten werden.

5. Wonach wird unterschieden, ob eine Praxis für 3 oder für 5 Millionen Euro pro Schadensfall versichert sein muss?

Das Gesetz unterscheidet grundsätzlich danach, ob in der Praxis angestellte Ärzte/PT beschäftigt werden:

Vereinfachte Darstellung:

Nachweispflicht* einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung

- bei Beantragung einer Zulassung, Anstellungsgenehmigung, Ermächtigung
- flächendeckende Abfrage aller Teilnehmer durch ZAe bis 20.7.2023



*gilt nicht für ermächtigte Einrichtungen

Absatz 2: je Arzt/PT mind. 3 Mio. € pro Fall, 6 Mio. € / Jahr

- Vertragsärzte
- Berufsausübungsgemeinschaften
- persönlich ermächtigte Ärzte
(soweit nicht beim Krankenhaus mitversichert)

Absatz 5 Sätze 2 und 3:

gemeinsame Versicherung mind. 5 Mio. € pro Fall, 15 Mio. € / Jahr

- alle MVZ
- Vertragsärzte mit angestellten Ärzten
- Berufsausübungsgemeinschaften mit angestellten Ärzten

6. Wann muss der Nachweis erbracht werden?

Ab dem 20.07.2021 müssen alle Ärzte, Psychotherapeuten, Berufsausübungsgemeinschaften und MVZ den Nachweis eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes erbringen, die beim Zulassungsausschuss einen Antrag stellen auf

- Zulassung,
- Ermächtigung oder auf
- Genehmigung einer Anstellung

Hierzu rechnen auch Anträge auf

- Zulassung im Nachbesetzungsverfahren
- Zulassung nach Umwandlung
- Jobsharing-Zulassung
- Jobsharing-Anstellung
- Anstellung bei Übernahme einer anderen Praxis

Bei folgenden Anträgen ist nur dann eine neue Versicherungsbescheinigung vorzulegen, wenn der bereits vorliegende Versicherungsnachweis eine solche Änderung nicht mit einschließt:

- Erteilung einer (weiteren) Teilzulassung bzw. Aufstockung einer Zulassung
- Aufstockung eines Anstellungsumfangs über den bisherigen Anrechnungsfaktor in der Bedarfsplanung hinaus (= Erteilung eines zusätzlichen Teilversorgungsauftrags)
- Wechsel des Fachgebiets oder Zulassung für ein weiteres Fachgebiet
- Anstellung zur Nachbesetzung einer Angestellten-Stelle
- Verzicht auf die Zulassung zur Anstellung im MVZ oder bei einem anderen Vertragsarzt

Ohne das Vorliegen des Nachweises über einen ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutz darf der Zulassungsausschuss dem Antrag nicht stattgeben.

Ferner müssen Ärzte, Psychotherapeuten und MVZ den Nachweis im Einzelfall auf Verlangen des Zulassungsausschusses erbringen (z.B. Verlegung einer Anstellung von einem MVZ zum anderen).

Zudem hat der Zulassungsausschuss alle Vertragsärzte, Berufsausübungsgemeinschaften, MVZ und persönlich ermächtigten Ärzte, die seit Inkrafttreten des Gesetzes noch keinen Antrag beim Zulassungsausschuss gestellt haben (Bestandspraxen), zur Vorlage eines Berufshaftpflichtversicherungsnachweises aufzufordern.

7. Wie ist der Nachweis zu erbringen?

Der Nachweis ist zu erbringen durch eine [Versicherungsbescheinigung nach § 113 Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz](#). Dieses Dokument ist nicht zu verwechseln mit dem Versicherungsschein (Police).

- für Anträge [§ 18 Abs. 2 Nr. 6 Ärzte-ZV](#), [§ 95e Abs. 3 Satz 1 SGB V](#),
- bei Aufforderung durch den Zulassungsausschuss vgl. § 95e Abs. 4 Satz 1 bzw. Abs. 6 Satz 1 SGB V.

Eine Ausnahme hiervon besteht nur für persönlich ermächtigte (Krankenhaus-)Ärzte, für die eine Mitversicherung in der Betriebshaftpflichtversicherung des Arbeitgebers besteht, vgl. [Frage 33](#).

Für einen Antrag auf Zulassung, Anstellungsgenehmigung oder Ermächtigung muss die Bescheinigung im **Original** oder in **amtlich beglaubigter Abschrift** vorgelegt werden, § 18

Abs. 3 Ärzte-ZV. Textform ([§ 126b BGB](#)) ist ausreichend. Sie muss nicht zwingend im Original unterschrieben sein, es muss aber z.B. anhand eines Briefkopfs oder eines lesbaren Firmenstempels und einer faksimilierten Unterschrift ersichtlich sein, wer die Bescheinigung ausgestellt hat.

Die Bescheinigung ist **vom Versicherer** auszustellen, d.h. von der Versicherungsgesellschaft, die die Risikoträgerin ist. Sie darf nur dann von einem Dritten ausgestellt werden, wenn der Versicherer dem Dritten hierfür eine Vollmacht erteilt hat. Diese Bevollmächtigung ist nachzuweisen. Das gilt auch für Exklusiv-Makler (Repräsentanten, Assekuradeure, ...) oder konzern-eigene Finanzdienstleister für Versicherer.

Aus der Versicherungsbescheinigung muss hervorgehen, dass

- die **tatsächlich vereinbarte** Versicherungssumme für jeden Versicherungsfall und
- dass die Leistungen des Versicherers für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden nicht weiter als auf das zulässige Maß begrenzt werden und
- die Bescheinigung, dass dies den Mindestanforderungen des § 95e SGB V entspricht.

Die Bescheinigung der Konformität mit § 95e SGB V ist unverzichtbar. Sie hat neben der Beachtung der dort geregelten Mindestversicherungssummen den Sinn, dass der Versicherer anerkennt, dass es sich um eine **Pflichtversicherung im Sinne des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG)** handelt. Die Einstufung als Pflichtversicherung hat für den Versicherer einige besondere Rechtsfolgen, z.B. das Fortbestehen seiner Leistungspflicht gegenüber geschädigten Dritten auch nach Beendigung des Versicherungsvertrags (Nachhaftung, [§ 117 VVG](#)) oder dass ein mit dem Versicherungsnehmer vereinbarter Selbstbehalt einem Geschädigten nicht entgegengehalten werden kann ([§ 114 Abs. 2 Satz 2 VVG](#)).

Erfolgt der Nachweis im Rahmen einer Antragstellung beim Zulassungsausschuss (vgl. [Frage 6](#)), muss sie die konkrete Konstellation, die mit dem Antrag angestrebt wird, mit einschließen. Versicherungsbescheinigungen, die aus früheren Verfahren bereits vorliegen, können weiter anerkannt werden, wenn

- das versicherte Risiko allgemein formuliert ist (bspw. so wie in den bundesweit anerkannten [Formulierungsvorlagen](#): „Alle vom Leistungserbringer ausgehenden ärztlichen Leistungen“ oder: „einschließlich der Tätigkeit aller fachgleich angestellten Ärzte“) und
- sich durch den Antrag keine relevante Änderung hierzu ergibt.

Benennt die bereits vorliegende Versicherungsbescheinigung hingegen einzelne Personen (ggf. sogar ihre Rolle in der Praxis), Tätigkeiten, Orte oder Kooperationen und ergeben sich

durch den Antrag relevante Veränderungen zum Inhalt der vorliegenden Versicherungsbescheinigung, ist eine neue Versicherungsbescheinigung vorzulegen.

Nicht ausreichend sind:

- Versicherungsschein (Police), Angebotsbestätigungen oder sonstige Versicherungsunterlagen, auch wenn die Versicherungssummen daraus hervorgehen. Hier fehlt die Bescheinigung der Konformität einer Pflichtversicherung mit § 95e SGB V.
- Vorläufige Deckungszusagen nach [§ 49 VVG](#), die lediglich eine vorläufige und eingeschränkte Deckung bis zum Abschluss des Hauptvertrags sicherstellen. Das Gesetz verlangt gerade den Nachweis über einen abgeschlossenen Hauptvertrag.
- Beitragsrechnungen. Diese können als Nachweis gegenüber der Kammer oder dem Finanzamt dienen, sind für den Nachweis nach § 95e SGB V aber ungeeignet.
- Bescheinigungen, die nur eine freiwillige Berufshaftpflichtversicherung zum Gegenstand haben und ausdrücklich keine Übereinstimmung mit § 95e SGB V bescheinigen (kommt vor bei ausländischen, insbesondere bei österreichischen Versicherern).
- Bescheinigungen, die im Zusammenhang mit einem Antrag an den Zulassungsausschuss vorgelegt werden, die aber nur den Status vor Antragstellung abbilden. Dies schließt Anträge ein, die im unmittelbaren Zusammenhang damit stehen.

Beispiel 1:

Ein Arzt hat bereits eine Zulassung für eine Einzelpraxis. Er beantragt die Genehmigung zur Beschäftigung eines angestellten Arztes (auch im Jobsharing). Nachzuweisen ist daher eine Berufshaftpflichtversicherung für sich selbst und den angestellten Arzt nach Maßgabe des § 95e Abs. 5 Sätze 2 und 3 SGB V („für die gesamte von dem Leistungserbringer ausgehende ärztliche Tätigkeit“). Eine Bescheinigung, die nicht eindeutig auch die Leistungen des angestellten Arztes einschließt, ist nicht ausreichend.

Beispiel 2:

Ein Arzt beantragt die Zulassung und parallel dazu seine Aufnahme in eine bereits bestehende BAG, in der auch angestellte Ärzte tätig sind. Bereits für die Zulassung ist daher eine Versicherungsbescheinigung nach § 113 Abs. 5 Sätze 2 und 3 VVG vorzulegen, aus der eine Berufshaftpflichtversicherung für alle von der BAG ausgehenden ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Leistungen hervorgeht.

8. Gibt es verbindliche Formulare?

Nein. Allerdings wurden auf Bundesebene zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft unter Vermittlung des Bundesministeriums für Gesundheit Musterbescheinigungen ausgearbeitet. Diese sind zwar nicht verbindlich, jedoch wurden sie vom BMG und den für das Versicherungsaufsichtsrecht und das Versicherungsvertragsrecht zuständigen Bundesministerien der Finanzen bzw. der Justiz geprüft und für unbedenklich befunden. Sie sind daher zumindest als Formulierungsvorlage zu empfehlen.

Es gibt folgende Varianten:

- [Einzelpraxen bzw. BAG ohne angestellte Ärzte/PT](#)
- [Alle MVZs sowie Vertragsärzte und -psychotherapeuten mit angestellten Ärzten/PT und BAG mit angestellten Ärzten/PT](#)
- [Persönlich ermächtigte Ärzte/PT](#)

9. Muss für die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit eine zusätzliche Berufshaftpflichtversicherung abgeschlossen werden?

Grundsätzlich nein. Der Nachweis (vgl. [Frage 7](#)) kann auch mit einer bestehenden Berufshaftpflichtversicherung erbracht werden, die der Erfüllung der berufsrechtlichen Versicherungspflicht dient, **sofern diese Berufshaftpflichtversicherung den Anforderungen des § 95e SGB V genügt** (vgl. [§ 95e Abs. 1 Satz 3 SGB V](#)). Gegebenenfalls ist die Versicherung an die (beantragte) vertragsärztliche Tätigkeit anzupassen.

Beispiel:

Eine bisher angestellte Krankenhausärztin beantragt erstmals die Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit. Sie hatte zuvor eine eigene Berufshaftpflichtversicherung für außerklinische Notfallbehandlungen oder freiberufliche Tätigkeiten wie begrenzte Vertretungen für niedergelassene Ärzte oder Behandlung von Familienmitgliedern. Eine solche Versicherung muss für die Tätigkeit als Vertragsärztin in eigener Praxis angepasst werden.

Genügt eine bestehende Berufshaftpflichtversicherung den Anforderungen des § 95e SGB V nicht und kann der bestehende Vertrag nicht entsprechend angepasst werden, muss eine eigenständige vertragsarztrechtliche Berufshaftpflichtversicherung abgeschlossen und nachgewiesen werden. Der Abschluss einer Zweitversicherung ist nach dem Versicherungsvertragsgesetz nicht ausgeschlossen, vgl. [§ 77 VVG](#). Sollte dies in den Vertragsbedingungen des Versicherers ausgeschlossen sein, ist eine Kündigung des bestehenden

Versicherungsvertrags erforderlich. Auch bei befristet abgeschlossenen Verträgen ist eine Kündigung „aus wichtigem Grund“ nach [§ 314 BGB](#) immer zulässig.

10. Wo muss die Versicherungsbescheinigung eingereicht werden?

- Wenn Sie einen Antrag auf Zulassung, Anstellung oder Ermächtigung (vgl. [Frage 6](#)) gestellt haben, legen Sie die Versicherungsbescheinigung wie alle anderen Unterlagen dem zuständigen Zulassungsausschuss vor.
- Außerhalb von solchen Antragsverfahren schicken Sie Ihre Versicherungsbescheinigung – zentral für alle bayerischen Zulassungsausschüsse – an folgende Adresse:

Zulassungsausschuss Ärzte
Berufshaftpflichtversicherungsnachweise
80684 München

Fax: (089) 5 70 93 - 55 30 22

E-Mail: ZA-BHV@zulassungswesen-by.de

Sinnvoller ist es jedoch, die entsprechende Aufforderung von dort abzuwarten. Das erleichtert die geordnete Bearbeitung.

11. Kann der Nachweis auch gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung oder der Kammer erfolgen?

Nein, der Nachweis für eine ärztliche bzw. psychotherapeutische Tätigkeit innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung ist ausschließlich gegenüber dem Zulassungsausschuss zu führen, [§ 95e Abs. 3 SGB V](#). Versicherungsbescheinigungen, die bei der KVB eingehen, werden an den Zulassungsausschuss weitergeleitet. Zur Vermeidung von Fristproblemen ist aber der richtige Adressat zu beachten.

12. Kann der Nachweis nach der Sitzung des Zulassungsausschusses nachgereicht werden?

Nein. Es handelt sich um eine wichtige Zulassungsvoraussetzung (bzw. Genehmigungs- oder Ermächtigungsvoraussetzung). Ist sie nicht geklärt, darf der Zulassungsausschuss

dem Antrag nicht stattgeben. Fällt sie später weg, darf die vertragsärztliche Tätigkeit nicht mehr ausgeübt werden. Der Zulassungsausschuss ist in diesem Fall verpflichtet, die Zulassung oder Anstellungsgenehmigung mit sofortiger Wirkung zum Ruhen zu bringen bzw. eine Ermächtigung zu widerrufen, § 95e Abs. 4 SGB V.

Einzelne Praxisarten

13. Wie ist die Einzelpraxis eines Vertragsarztes bzw. -psychotherapeuten zu versichern?

Der Vertragsarzt bzw. Vertragspsychotherapeut ist verpflichtet, sich ausreichend gegen die sich aus seiner Berufsausübung ergebenden Haftpflichtgefahren zu versichern, [§ 95e Abs. 1 SGB V](#). Werden in einer Einzelpraxis keine angestellte Ärzte/PT beschäftigt, ist die Berufsausübung nach § 95e Abs. 2 SGB V wie folgt zu versichern:

- Die Mindestversicherungssumme beträgt drei 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 zweifachen Betrag der Mindestversicherungssumme (= 6 Millionen Euro) begrenzt werden.

14. Muss auch bei ruhender Zulassung ein Berufshaftpflichtversicherungsnachweis vorgelegt werden?

Nein. Nach § 95e Abs. 1 Satz 1 SGB V ist der Vertragsarzt verpflichtet, sich ausreichend gegen die sich aus seiner Berufsausübung ergebenden Haftpflichtgefahren zu versichern.

Nachdem während der Dauer des Ruhens keine vertragsärztlichen Leistungen erbracht werden, also keine Berufsausübung erfolgt, kann der Nachweis gegenüber dem Zulassungsausschuss zurückgestellt werden bis zum Ende des Ruhenszeitraums bzw. bis zur Wiederaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit.

Entsprechendes gilt für Vertragspsychotherapeuten und die Erbringung psychotherapeutischer Leistungen.

Achtung:

- Sollten während des Ruhens ärztliche Leistungen außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung (privat, stationär, Notfall auf der Straße) erbracht werden, sind die berufsrechtlichen Versicherungspflichten zu beachten.
- Der Berufshaftpflichtversicherungsnachweis ist spätestens mit dem Ende des Ruhens zu erbringen.

15. Was gilt, wenn ein Vertragsarzt bzw. -psychotherapeut mit zwei Teilzulassungen zwei Praxen betreibt?

Der Vertragsarzt bzw. Vertragspsychotherapeut ist verpflichtet, sich ausreichend gegen die sich aus seiner Berufsausübung ergebenden Haftpflichtgefahren zu versichern, § 95e Abs. 1 SGB V. Die Berufsausübung in zwei Teilpraxen ist daher nach § 95e Abs. 2 SGB V wie folgt zu versichern:

- Die Mindestversicherungssumme beträgt drei 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 zweifachen Betrag der Mindestversicherungssumme (= 6 Millionen Euro) begrenzt werden.

Wenn in einer der beiden Praxen oder sogar in beiden Praxen angestellte Ärzte/PT beschäftigt werden, richten sich die Mindestversicherungssummen nach § 96e Abs. 5 Satz 3 SGB V, vgl. [Frage 17](#). Ist der Vertragsarzt bzw. Vertragspsychotherapeut mit einer oder beiden Teilpraxen an einer Berufsausübungsgemeinschaft beteiligt, in der angestellte Ärzte/PT beschäftigt werden, so muss (müssen) diese Berufsausübungsgemeinschaft(en) als solche und unabhängig von der anderen Teilpraxis versichert werden, § 95e Abs. 5 Satz 2 SGB V.

16. Gibt es Besonderheiten für Praxen, die einen ausgelagerten Praxisraum oder eine genehmigte Filiale (Zweigpraxis) betreibt?

Nein. Nach § 95e Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 SGB V muss der sich der Vertragsarzt bzw. Vertragspsychotherapeut ausreichend gegen die sich aus seiner Berufsausübung ergebenden Haftpflichtgefahren zu versichern, ohne dass es dabei auf den Ort der Leistungserbringung ankäme. In der vorzulegenden Versicherungsbescheinigung nach § 113 Abs. 2 VVG ist die Auflistung der (Neben-)Betriebsstätten daher nicht erforderlich.

17. Was gilt für Vertragsärzte oder Vertragspsychotherapeuten, die angestellte Ärzte/Psychotherapeuten beschäftigen?

Der Vertragsarzt bzw. Vertragspsychotherapeut ist verpflichtet, sich ausreichend gegen die sich aus seiner Berufsausübung ergebenden Haftpflichtgefahren zu versichern, § 95e

Abs. 1 Satz 1 SGB V. Wird in einer Einzelpraxis mindestens ein (teil-)angestellter Arzt/PT beschäftigt, muss gemäß § 95e Abs. 5 Sätze 2 und 3 SGB V ein entsprechender Haftpflichtversicherungsschutz für die gesamte von dem Leistungserbringer (Vertragsarzt/-PT mit- samt dem angestellten Arzt/PT) ausgehende ärztliche bzw. psychotherapeutische Tätigkeit in folgendem Umfang bestehen:

- Die Mindestversicherungssumme beträgt 5 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 (= 15 Millionen Euro) begrenzt werden.

Mit angestellten Ärzte/PT sind ausschließlich solche Anstellungsverhältnisse gemeint, die vom Zulassungsausschuss genehmigt werden müssen. Nicht gemeint sind hingegen Sicherstellungs- oder Weiterbildungsassistenten.

18. Müssen Vertragsärzte oder Vertragspsychotherapeuten, die einen angestellten Arzt bzw. Psychotherapeuten beschäftigen, sich zu den erhöhten Mindestversicherungssummen versichern, wenn die Anstellungsgenehmigung für längere Zeit ruht?

Nein. Ähnlich wie bei [Frage 14](#) löst ein ruhender Teilnahmestatus keine bzw. keine erweiterte Versicherungspflicht (vgl. [Frage 17](#)) aus. Der Nachweis der erweiterten Versicherung ist dann spätestens mit dem Ende des Ruhens nachzuweisen.

19. Müssen Vertragsärzte oder Vertragspsychotherapeuten sich zu den erhöhten Mindestversicherungssummen versichern, wenn ein bisher angestellter Arzt bzw. Psychotherapeut nach dem Ausscheiden aus der Praxis vertreten wird?

Ja. Anders als beim Ruhen der Anstellungsgenehmigung werden durch den Vertreter Leistungen anstelle des vormals genehmigten angestellten Arztes bzw. Psychotherapeuten erbracht. Zum Versicherungsumfang siehe [Frage 17](#).

20. Was gilt für Medizinische Versorgungszentren?

Der Vertragsarzt bzw. Vertragspsychotherapeut ist verpflichtet, sich ausreichend gegen die sich aus seiner Berufsausübung ergebenden Haftpflichtgefahren zu versichern, § 95e Abs. 1 Satz 1 SGB V. Dies gilt für MVZ entsprechend, § 95e Abs. 5 Satz 2 SGB V. Für jedes MVZ muss gemäß § 95e Abs. 5 Sätze 2 und 3 SGB V ein entsprechender Haftpflichtversicherungsschutz für die gesamte von dem Leistungserbringer (= MVZ) ausgehende ärztliche bzw. psychotherapeutische Tätigkeit in folgendem Umfang bestehen:

- Die Mindestversicherungssumme beträgt 5 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 (= 15 Millionen Euro) begrenzt werden.

Es macht keinen Unterschied, ob (auch) zugelassene Vertragsärzte im MVZ tätig sind.

Zu MVZ, die in einer Berufsausübungsgemeinschaft zusammengeschlossen sind, vgl. [Frage 25](#).

21. Was gilt, wenn eine Trägergesellschaft mehrere MVZ betreibt?

Trägergesellschaften, die mehrere zugelassene **MVZ** betreiben, müssen den Nachweis für die vollständigen Mindestversicherungssummen für jedes MVZ (vgl. [Frage 20](#)) gesondert im vollen Umfang erbringen. Nach dem Wortlaut des § 95e Abs. 5 Satz 2 SGB V ist zu versichern „...*die gesamte von dem Leistungserbringer ausgehende ärztliche [bzw. psychotherapeutische] Tätigkeit*“). Leistungserbringer im Sinne des SGB V ist das einzelne zugelassene MVZ. Dieses erbringt die Leistung, rechnet sie mit der KV ab und erhält dafür eine Vergütung.

Eine Versicherung, bei der die Trägergesellschaft als „Leistungserbringerin“ und die einzelnen MVZ nur als „Tätigkeitsorte“ bezeichnet werden, ist nicht ausreichend, weil dann die vom Gesetz geforderte Untergrenze für die Jahreshöchstleistung des Versicherers für das einzelne MVZ unterschritten wird.

22. Wie ist eine BAG mit angestellten Ärzten zu versichern?

Für eine Berufsausübungsgemeinschaft, in der mindestens ein (teil-)angestellter Arzt/PT tätig ist, muss gemäß § 95e Abs. 1, Abs. 5 Sätze 2 und 3 SGB V ein entsprechender Haftpflichtversicherungsschutz für die gesamte von dem Leistungserbringer (= BAG) ausgehende ärztliche bzw. psychotherapeutische Tätigkeit in folgendem Umfang bestehen:

- Die Mindestversicherungssumme beträgt 5 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 (= 15 Millionen Euro) begrenzt werden.

Daher muss die BAG in einem gemeinsamen Vertrag versichert sein, in dem auch alle angestellten Ärzte bzw. Psychotherapeuten mitversichert sind. Die Versicherung der einzelnen Partner durch parallele Versicherungsverträge ist bei einer Berufsausübungsgemeinschaft mit angestellten Ärzten/PT nicht ausreichend.

Als BAG mit angestellten Ärzten gilt jede BAG, in der angestellte Ärzten/PT tätig werden (nicht gemeint sind Sicherstellungs- oder Weiterbildungsassistenten), auch wenn diese im Einzelfall bei einzelnen Partnern angestellt bzw. genehmigt sind (zu in MVZ tätigen angestellten Ärzten/PT vgl. [Frage 25](#)).

23. Woraus ergibt sich konkret, dass eine BAG mit angestellten Ärzten/PT in einem einheitlichen Vertrag versichert werden muss?

Liegt eine Berufsausübungsgemeinschaft mit angestellten Ärzten vor, muss der Versicherungsnachweis für die BAG nach § 95e Abs. 5 Sätze 2 und 3 SGB V erbracht werden. Nach Satz 2 der Vorschrift gilt dabei, „dass ein den Anforderungen des Absatzes 1 entsprechender Haftpflichtversicherungsschutz für die gesamte von dem Leistungserbringer ausgehende ärztliche Tätigkeit bestehen muss.“

Mit „Leistungserbringer“ meint das SGB V in diesem Fall die BAG, wie sich auch der Gesetzesbegründung entnehmen lässt:

[...] Nach Satz 2 sind medizinische Versorgungszentren, anstellende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie anstellende Berufsausübungsgemeinschaften verpflichtet, die gesamte von der Vertragsarztpraxis, dem medizinischen Versorgungszentrum oder der Berufsausübungsgemeinschaft ausgehende ärztliche Tätigkeit entsprechend der Maßgabe des Absatzes 1 **über eine Berufshaftpflichtversicherung** zu versichern. Bei ihnen angestellte Ärztinnen und Ärzte

sind daher in den Versicherungsschutz eingeschlossen; sie trifft keine eigene Pflicht nach Absatz 1. Der Zusammenschluss mehrerer Ärztinnen und Ärzte zur kollektiven Berufsausübung **unter einem gemeinsamen Berufshaftpflichtversicherungsschutz** macht die Festlegung einer gesonderten Mindestversicherungssumme und Jahreshöchstleistung nach Satz 3 erforderlich. [...]

(BT-Drucks. 19/26822, S. 75, Hervorhebungen nicht im Original)

Soweit bestehende Berufshaftpflichtversicherungs-Verträge den Anforderungen des § 95e SGB V nicht genügen, siehe [Frage 9](#).

24. Welche Möglichkeiten hat eine BAG ohne angestellte Ärzte/PT sich zu versichern?

Für Berufsausübungsgemeinschaften ohne angestellte Ärzte/PT gilt die Pflicht zur gemeinsamen Versicherung nach § 95e Abs. 5 Satz 2 SGB V nicht. Vielmehr gilt für jeden einzelnen Partner einer solchen BAG die Versicherungspflicht wie für einen einzelnen Vertragsarzt/-PT, siehe [Frage 13](#).

Soweit dennoch eine gemeinsame Versicherung der BAG für alle ihre Partner gewollt ist, ist das nicht ausgeschlossen. Allerdings kann hierdurch der Mindestversicherungsschutz, wie er für den einzelnen Vertragsarzt vorgeschrieben ist, nicht unterschritten werden, so dass die für den einzelnen Vertragsarzt/-PT vorgeschriebenen für jeden an der BAG beteiligten Partner im vollen Umfang vereinbart werden müssen. Das gilt insbesondere für die Begrenzung der Jahreshöchstleistung: Die gesetzliche Untergrenze von 6 Millionen Euro kann nicht auf die BAG insgesamt bezogen werden, sondern muss für jeden Partner im vollen Umfang zur Verfügung stehen.

25. Wie ist eine BAG, die nur aus MVZ besteht, zu versichern?

Angestellte Ärzte/PT eines MVZ können aus zwingenden zulassungsrechtlichen Gründen nicht einer Berufsausübungsgemeinschaft zugerechnet werden, an der dieses MVZ beteiligt ist. BAG, die nur aus MVZ bestehen, sind daher nicht als BAG mit angestellten Ärzten im Sinne des § 95e Abs. 5 Satz 2 SGB V anzusehen. Sie müssen sich daher nicht gemeinsam versichern.

Für jedes der beteiligten MVZ gelten die in § 95e Abs. 5 Sätze 2 und 3 SGB V vorgeschriebenen Mindestversicherungssummen, d.h. mindestens 5 Millionen Euro je Versicherungsfall mit einer Jahreshöchstleistungsbegrenzung auf das Dreifache dieses Betrags je MVZ.

Soweit dennoch eine gemeinsame Versicherung der überörtlichen BAG für ihre MVZ gewollt ist, ist das nicht ausgeschlossen. Allerdings kann hierdurch der Mindestversicherungsschutz, wie er für das einzelne MVZ vorgeschrieben ist, nicht unterschritten werden, so dass dieser im Vertrag für jedes einzelne an der BAG beteiligte MVZ vereinbart werden muss.

26. Muss bei einem Antrag bereits zugelassener Ärzte/PT auf Genehmigung einer BAG der Nachweis der Berufshaftpflichtversicherung geführt werden?

Der Antrag auf Genehmigung einer BAG ist nicht in der Aufzählung des § 95e Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V enthalten. Allerdings ist bei Antragstellung dennoch ein Nachweis vorzulegen,

- wenn hierdurch eine BAG mit angestellten Ärzten entsteht, weil nach § 95e Abs. 5 Satz 2 SGB V die Absätze 1, 3 und 4 entsprechend gelten, mithin auch der Abs. 3 Satz 1 Nr. 1. Das ist auch sinnvoll, denn damit ändert sich die Mindestanforderung an den Versicherungsnachweis grundlegend (vgl. [Frage 22](#)).
- wenn es der Zulassungsausschuss im Einzelfall verlangt, Abs. 3 Nr. 2 der Vorschrift. Dies kann etwa dann der Fall sein, wenn bei einem der bereits zugelassenen Ärzte der Versicherungsnachweis noch nicht vorgelegt wurde, wenn der Versicherer das Ende des Versicherungsvertrags dem Zulassungsausschuss angezeigt hat (vgl. [Frage 38](#)) oder wenn der Zulassungsausschuss aufgrund sonstiger Umstände Kenntnis davon erlangt, dass kein oder kein ausreichender Berufshaftpflichtversicherungsschutz (mehr) besteht (vgl. [Frage 39](#)).

27. Welche Besonderheiten gelten für Teil-Berufsausübungsgemeinschaften?

Für Teil-BAG gelten die Ausführungen unter [Fragen 22](#) bis [24](#) entsprechend. Da es sich um rechtlich eigenständige Praxen handelt, die eigene Leistungen erbringen und abrechnen und dafür eine eigene Vergütung erhalten, ist die Berufsausübung in einer Teil-BAG gesondert neben der Berufsausübung des Vertragsarztes/-PT aufgrund seiner Zulassung zu versichern. Sind in der Teil-BAG angestellte Ärzte/PT tätig, ist die Teil-BAG zwingend als solche in einem gemeinsamen Vertrag zu versichern, vgl. [Frage 22](#).

28. Was gilt für Jobsharer?

Für Jobsharer gelten keine Besonderheiten.

- Bei Anträgen auf Jobsharing-Zulassung muss eine Berufsausübungsgemeinschaft gebildet werden. Damit gelten die Nachweispflichten für eine BAG, vgl. [Fragen 22](#) bis [24](#).
- Bei Anträgen auf Jobsharing-Anstellung ist der Nachweis vom anstellenden Vertragsarzt/-PT für sich und den anzustellenden Arzt/PT führen, vgl. oben [Frage 17](#).

29. Gibt es Besonderheiten bei KV-übergreifenden Praxiskonstellationen zu beachten?

In Frage kommen folgende Varianten:

- KV-übergreifende Berufsausübungsgemeinschaft mit angestellten Ärzten/PT: Die BAG ist als solche in einem gemeinsamen Vertrag zu versichern. Die Versicherungsbescheinigung ist demjenigen Zulassungsausschuss vorzulegen, der für den gewählten Hauptsitz zuständig ist.
- KV-übergreifende Berufsausübungsgemeinschaft ohne angestellte Ärzte/PT: Wenn sich die Partner getrennt versichern, müssen sie auf Anforderung gegenüber dem für ihren Vertragsarztsitz zuständigen Zulassungsausschuss nachweisen. Soll die BAG gemeinsam versichert werden, gelten die Hinweise zum vorstehenden Punkt entsprechend.
- Einzelpraxis, BAG oder MVZ mit einer Filiale in einem anderen KV-Bezirk; der für den Filialort zuständige Zulassungsausschuss erteilt eine Filialermächtigung: Da Filialen nach § 95e SGB V nicht gesondert zu versichern sind, prüft der Zulassungsausschuss, der für den Vertragsarztsitz (Einzelpraxis, MVZ) bzw. für die BAG zuständig ist. Wird in der BAG kein angestellter Arzt/PT beschäftigt, gelten die Hinweise zum vorstehenden Punkt entsprechend.

Verlangt darüber hinaus der Zulassungsausschuss des beteiligten anderen KV-Bezirks den Versicherungsnachweis, ist dieser vorzulegen (§ 95e Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V).

30. Können die Zulassungsausschüsse Antragsteller in besonderen Fällen von der Nachweispflicht befreien?

Nein, die Befreiung von einzelnen Zulassungsvoraussetzungen ist nicht möglich. Das gilt auch bei Unterversorgung oder bei Deckung von Versorgungslücken durch Ermächtigungen.

31. Müssen auch Vertragspsychotherapeuten den Nachweis erbringen?

Ja, § 95e SGB V gilt gemäß [§ 72 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) für Psychotherapeuten entsprechend. Auch [§ 18 Abs. 2 Nr. 6 Ärzte-ZV](#) gilt für Psychotherapeuten entsprechend gemäß [§ 1 Abs. 3 Nr. 1 Ärzte-ZV](#).

32. Gelten für Psychotherapeuten dieselben Mindestversicherungssummen?

Ja.

33. Welche Besonderheiten gelten für persönlich ermächtigte Ärzte bzw. Psychotherapeuten?

Nach [§ 95e Abs. 5 Satz 1 SGB V](#) gelten die Absätze 1 bis 4 der Vorschrift entsprechend für ermächtigte Ärzte und Psychotherapeuten, **soweit** für deren Tätigkeit im Rahmen der Ermächtigung kein anderweitiger Versicherungsschutz besteht.

Das bedeutet zunächst, dass persönlich ermächtigte Ärzte und Psychotherapeuten gegenüber dem Zulassungsausschuss nachweispflichtig dafür sind, dass **für ihre Tätigkeit aufgrund der Ermächtigung** eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung besteht.

Besteht für einen persönlich ermächtigten Krankenhausarzt eine Mitversicherung durch die Betriebshaftpflichtversicherung seines Krankenhauses, benötigt er keine eigene Berufshaftpflichtversicherung. Es bedarf dann zum Nachweis auch keiner [Versicherungsbescheinigung nach § 113 Abs. 2 VVG](#). Da die Betriebshaftpflichtversicherungen meistens unbegrenzte Leistungen vorsehen, müssen auch keine Mindestversicherungssummen angeben sein.

Nur wenn der Arzt/PT, der eine Ermächtigung beantragt, keinen anderweitigen Versicherungsschutz vorweisen kann, muss er einen eigenen Versicherungsvertrag nach Maßgabe des § 95e Abs. 2 SGB V abschließen und nachweisen, d. h.

- Mindestversicherungssumme 3 Mio. Euro für Personen- und Sachschäden für jeden Versicherungsfall,
- Jahreshöchstleistung mindestens das Zweifache der Mindestversicherungssumme.

Achtung:

*Nach den gesetzlichen Bestimmungen zu persönlichen Ermächtigungen von Krankenhausärzten/PT handelt es sich um eine (freiberufliche) **Nebentätigkeit** zum Anstellungsverhältnis (vgl. § 31a Abs. 1 Satz 1 Ärzte-ZV). So erhält der persönlich Ermächtigte und nicht das Krankenhaus ein Honorar für diese Leistungen (vgl. § 120 Abs. 1 SGB V). Auch wenn die persönlich Ermächtigten bei der Leistungserbringung sächliche und personelle Mittel des Krankenhauses einsetzen, handelt es sich also **nicht um eine Leistungserbringung des Krankenhauses**. Entsprechendes gilt für in Reha-Einrichtungen angestellte Ärzte/PT.*

Im Gegensatz dazu gehen Krankenhausträger häufig davon aus, dass die Tätigkeit des Krankenhausarztes aufgrund der ihm erteilten Ermächtigung wie selbstverständlich zu seinen Dienstpflichten aus dem Anstellungsvertrag gehören. Häufig findet sich im Versicherungsvertrag eines Krankenhauses die Formulierung, dass alle Tätigkeiten des Krankenhausarztes aus seiner „dienstlichen Tätigkeit“ versichert seien. Wird dabei offengelassen, ob die persönliche Leistungserbringung aufgrund der Ermächtigung des konkreten Krankenhausarztes tatsächlich zu seinen Dienstpflichten aus dem Anstellungsvertrag gehört, ist dies durch eine formlose Bestätigung des Krankenhauses nachzuweisen.

Dabei ist darauf zu achten, dass der Versicherer wie auch das Krankenhaus ambulante Leistungen des Krankenhausarztes aufgrund einer persönlichen Ermächtigung von möglichen anderen ambulanten Tätigkeiten (als Privatleistungen, als vor- oder nachstationäre Leistungen, als ambulante Operationen oder im krankenhaus-eigenen MVZ) unterscheidet.

34. Wie haben ermächtigte Ärzte, die in eigener Praxis tätig sind, den Nachweis zu erbringen?

Für persönlich ermächtigte Ärzte gilt die Versicherungspflicht und die Nachweispflicht nach den Absätzen 1 bis 4 des § 95e SGB V entsprechend, „soweit für deren Tätigkeit im Rahmen der Ermächtigung kein anderweitiger Versicherungsschutz besteht“ (Abs. 5 Satz 1 der Vorschrift).

Diese Möglichkeit zum Nachweis eines anderweitigen Versicherungsschutzes bezieht sich auf den praktischen Hauptanwendungsfall der Ermächtigung, nämlich die Ermächtigung von Krankenhausärzten, die eine Mitversicherung ihrer Ermächtigten-Tätigkeit bspw. in der Betriebshaftpflichtversicherung des anstellenden Krankenhauses darlegen können. Ein solche Möglichkeit besteht naturgemäß nicht für ermächtigte Ärzte/PT in eigener Praxis. Hier verbleibt es bei den Anforderungen entsprechend den Absätzen 1 bis 4.

35. Können die Partner einer Praxisgemeinschaft ihren Berufshaftpflichtversicherungsnachweis durch einen gemeinschaftlichen Vertrag erbringen?

Bei einer Praxisgemeinschaft nutzen zwei oder mehr zugelassene Ärzte/PT gemeinschaftliche Räume und/oder Personal und/oder Apparate. Vergemeinschaftet ist aber nicht die Berufsausübung an sich, es kommt also kein gemeinsamer Behandlungsvertrag zwischen Patient und der Praxisgemeinschaft zustande, sondern nur mit dem einzelnen behandelnden Arzt/PT. Anders als eine Berufsausübungsgemeinschaft ist eine Praxisgemeinschaft keine einheitliche Praxis. Das hat Auswirkungen auf die Haftung im Schadensfall: Es haftet immer der jeweils behandelnde Arzt/PT allein.

Vor diesem Hintergrund ist eine Gleichstellung einer Berufsausübungsgemeinschaft mit einer Praxisgemeinschaft im Rahmen von § 95e SGB V ausgeschlossen.

Es gelten daher die gesetzlichen Mindestanforderungen des § 95e Abs. 2 SGB V an jeden einzelnen an einer Praxisgemeinschaft beteiligten Arzt/PT, d.h.

- die Mindestversicherungssumme muss drei Millionen Euro für Personen- und Sachschäden für jeden Versicherungsfall betragen und
- die Leistungen des Versicherers für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden dürfen nicht weiter als auf den zweifachen Betrag der Mindestversicherungssumme begrenzt sein (müssen also mindestens 6 Millionen Euro erreichen).

Eine gemeinschaftliche Versicherung einer Praxisgemeinschaft in einem einheitlichen Vertrag ist in § 95e SGB V nicht vorgesehen, aber auch nicht vollkommen ausgeschlossen. Wenn ein gemeinschaftlicher Vertrag gewählt wird, muss jedoch gewährleistet werden, dass für jede der beteiligten Einzelpraxen die gesetzlich vorgeschriebenen Mindestversicherungssummen zur Verfügung stehen. Das gilt insbesondere für die Begrenzung der Jahreshöchstleistung.

Beispiel:

Eine Praxisgemeinschaft besteht aus 4 zugelassenen Partnern. Vereinbart ist eine Berufshaftpflichtversicherung für die Praxisgemeinschaft mit einer Mindestversicherungssumme von 5 Millionen

Euro pro Schadensfall und eine Jahreshöchstleistung von insgesamt 15 Millionen Euro. Damit wird die gesetzliche Mindestanforderungen an die Jahreshöchstleistung pro Praxis (6 Millionen Euro für 4 Praxen = 24 Millionen Euro) nicht erreicht. Wenn bei 3 der beteiligten Partner jeweils auch nur ein Schaden jeweils in Höhe von 5 Millionen Euro eintritt, bleibt für den vierten überhaupt kein Versicherungsschutz.

Meldepflichten, Sanktionen

36. Muss ein Vertragsarzt/-PT Änderungen oder das Ende des Versicherungsschutzes aktiv melden?

Ja. Alle nachweispflichtigen Teilnehmer an der vertragsärztlichen Versorgung (vgl. [Frage 3](#)) sind nach § 95e Abs. 3 Satz 2 SGB V verpflichtet, dem zuständigen Zulassungsausschuss Folgendes unverzüglich anzuzeigen:

- das Nichtbestehen des Versicherungsverhältnisses,
- die Beendigung des Versicherungsverhältnisses sowie
- Änderungen des Versicherungsverhältnisses, die den vorgeschriebenen Versicherungsschutz im Verhältnis zu Dritten beeinträchtigen können.

37. Was ist zu beachten, wenn ein Partner oder ein angestellter Arzt/PT aus der Praxis ausscheidet?

Der Vertragsarzt/-PT hat Änderungen des Versicherungsverhältnisses, die den vorgeschriebenen Versicherungsschutz im Verhältnis zu Dritten beeinträchtigen können, dem Zulassungsausschuss zu melden, vgl. [Frage 36](#). Sofern sich bei einer Verringerung der Anzahl der Ärzte/Psychotherapeuten das Versicherungsrisiko verringert und damit die Höhe der Beiträge verringern, liegt es im Interesse des Vertragsarztes/-PT, dies seiner Versicherung mitzuteilen. Wird der Vertrag angepasst, ist darauf zu achten, dass der vorgeschriebene Versicherungsschutz im Verhältnis zu Dritten nicht beeinträchtigt wird.

38. Muss der Versicherer dem Zulassungsausschuss das Ende des Versicherungsvertrags melden?

Nach [§ 117 des Versicherungsvertragsgesetzes \(VVG\)](#) muss ein Versicherer auch dann, wenn eine Pflichtversicherung endet, gegenüber Dritten grundsätzlich weiterhin haften (Nachhaftung). Der Versicherer kann aber die Nachhaftung auf einen Monat ab dem Ende der Versicherung begrenzen, wenn er bei der „zuständigen Stelle“ den Umstand (z.B. Kündigung, Zeitablauf, Irrtumsanfechtung) anzeigt, aufgrund dessen die Versicherung endet

oder nicht besteht. Der Versicherer hat daher ein erhebliches Interesse an einer solchen Anzeige.

Die Zulassungsausschüsse sind zuständige Stellen im Sinne des § 117 Abs. 2 VVG, vgl. § 95e Abs. 3 Satz 3 SGB V.

39. Müssen die Zulassungsausschüsse das Vorliegen einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung überprüfen?

Ja, die Zulassungsausschüsse müssen überprüfen, ob ein ausreichender Berufshaftpflichtversicherungsschutz besteht

Zum einen muss ein Berufshaftpflichtversicherungsnachweis im Rahmen von Anträgen auf Zulassung, Anstellungsgenehmigung und Ermächtigung vorgelegt werden (vgl. [Frage 6](#))

Erlangt der Zulassungsausschuss bei Bestandspraxen Kenntnis davon, dass kein oder kein ausreichender Berufshaftpflichtversicherungsschutz besteht oder dass dieser endet, muss er gemäß § 95e Abs. 4 SGB V den Leistungserbringer unverzüglich unter Hinweis auf die Rechtsfolgen zur Vorlage einer Versicherungsbescheinigung nach [§ 113 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes](#) (VVG) auffordern. Kommt der Leistungserbringer der Aufforderung nach Satz 1 nicht **unverzüglich** nach, hat der Zulassungsausschuss von Amts wegen das **Ruhen der Zulassung mit sofortiger Wirkung** anzuordnen. Für Ermächtigungen gilt, dass anstelle der Anordnung des Ruhens der Zulassung die Ermächtigung zu widerrufen ist.

Zeigt der Versicherer das Ende des Versicherungsvertrags an, muss der Vertragsarzt/-PT einen neuen Versicherungsnachweis spätestens bis zum der Nachhaftungsfrist des [§ 117 Abs. 2 VVG](#) vorlegen. Zeigt der Vertragsarzt/-PT die bevorstehenden Beendigung des Versicherungsvertrags an, muss er einen neuen Versicherungsnachweis spätestens bis zum Ende des auslaufenden Versicherungsverhältnisses erbringen.

40. Müssen auch Bestandspraxen ihren Berufshaftpflichtversicherungsschutz nachweisen?

Ja. Die Zulassungsausschüsse müssen die in ihrem Bezirk zugelassenen Vertragsärzte, MVZ, Berufsausübungsgemeinschaften und ermächtigten Ärzte erstmals unter Hinweis auf die Rechtsfolgen dazu auffordern, das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes durch eine [Versicherungsbescheinigung nach § 113 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes](#) innerhalb einer Frist von drei Monaten nachzuweisen. Kommen

die Leistungserbringer der Aufforderung nicht nach, hat der Zulassungsausschuss von Amts wegen das **Ruhen der Zulassung mit sofortiger Wirkung** anzuordnen.

41. Gibt es eine regelmäßig wiederkehrende Nachweispflicht?

Nein. Der Berufshaftpflichtversicherungsnachweis ist entweder anlassbezogen bei Anträgen oder bei Änderungen oder auf Aufforderung nachzuweisen.

- Anlassbezogen besteht die Nachweispflicht bei einer Antragstellung auf Zulassung, Ermächtigung oder Anstellungsgenehmigung (vgl. [Frage 6](#)). Natürlich ist bei erneuten Antragstellungen ein neuer Nachweis vorzulegen.
- Unabhängig von einer Antragstellung besteht die Nachweispflicht auf Anforderung des Zulassungsausschusses nach § 95e Abs. 6 SGB V (vgl. [Frage 40](#)).
- Darüber hinaus entsteht eine erneute Nachweispflicht, wenn der Versicherungsvertrag endet oder wenn sich der Versicherungsschutz zum Nachteil von Dritten ändert. In diesen Fällen ist der Vertragsarzt/-PT, das MVZ oder der persönlich ermächtigte Arzt/PT verpflichtet, dies dem Zulassungsausschuss mitzuteilen (vgl. [Frage 36](#)). Darüber hinaus wird auch der Versicherer, um seine Nachhaftung zu begrenzen, das Ende des Versicherungsvertragsverhältnisses dem Zulassungsausschuss anzeigen (vgl. [Frage 38](#)).