



Antrag auf **Zulassung** zur Teilnahme an der vertragstherapeutischen Versorgung  
nach § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V i. V. m. § 24 Ärzte-ZV (**Jobsharing**)

**Antragsteller**

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

|                    |                                   |                                   |                                 |
|--------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| <b>Geboren am:</b> |                                   | <b>Geburtsort:</b>                |                                 |
| <b>Geschlecht:</b> | <input type="checkbox"/> Männlich | <input type="checkbox"/> Weiblich | <input type="checkbox"/> Divers |

Privatanschrift:

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

ggf. zukünftiger Wohnort zum Zeitpunkt der Niederlassung:

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

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

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

## Angaben zur beantragten Zulassung

- Psychologische(r) Psychotherapeut(in)
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut(in)
- Ärztliche(r) Psychotherapeut(in)
- Facharzt(ärztin) für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Facharzt(ärztin) für Psychotherapeutische Medizin

Umfang des Versorgungsauftrages:<sup>1</sup>

- voll                       drei Viertel                       hälftig

Praxisanschrift:

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

mit Wirkung ab dem:  
(nach § 40 BPL-RL nur zu Quartalsbeginn möglich)

## Lage der Praxisräume / Kooperation mit einem Krankenhaus

Die Praxis befindet sich in den Räumen einer Behörde, eines Krankenhauses o. ä.:

- nein
- ja. Die vertragliche Vereinbarung mit dem Kooperationspartner liegt bei.

Name der Institution

<sup>1</sup> Zugelassene Therapeuten im Jobsharing verfügen über keinen eigenen Versorgungsauftrag. Der Versorgungsauftrag des bereits zugelassenen Therapeuten ist durch die Partner der BAG gemeinsam zu erfüllen. Bitte beachten Sie hierbei: Sollte die Zulassung nach § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V aufgrund einer Reaktivierung des Planungsbereiches oder nach 10jähriger gemeinsamer Tätigkeit in eine reguläre Zulassung umgewandelt werden, wird die Angabe Ihrer Versorgungstätigkeit zugrunde gelegt. **Die Zulassung nach § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V darf dabei den Umfang des bereits zugelassenen Partners der BAG nicht überschreiten.** Darüber hinaus wird Ihre Angabe bei Prüfung einer evtl. Nebentätigkeit berücksichtigt.

## Kooperationen

Die Praxis wird zukünftig geführt als

- örtliche Berufsausübungsgemeinschaft
- überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft

mit maßgeblichem Vertragsarztsitz (Hauptstandort) in

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

- KV-übergreifende Berufsausübungsgemeinschaft

mit maßgeblichem Vertragsarztsitz (Hauptstandort) in

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

mit folgenden Partnern:

|  |
|--|
|  |
| <b>Titel, Vorname, Name des BAG-Partners</b> |

|  |
|--|
|  |
| <b>Titel, Vorname, Name, (Sofern abweichend: Praxissitz und Fachgruppe des BAG-Partners)</b> |

|  |
|--|
|  |
| <b>Titel, Vorname, Name, (Sofern abweichend: Praxissitz und Fachgruppe des BAG-Partners)</b> |

|  |
|--|
|  |
| <b>Titel, Vorname, Name, (Sofern abweichend: Praxissitz und Fachgruppe des BAG-Partners)</b> |

**Hinweis:** Die Ausübung vertragstherapeutischer Tätigkeit in der Berufsausübungsgemeinschaft bedarf der Genehmigung durch den Zulassungsausschuss. Hierzu ist die Vorlage eines BAG-Vertrages erforderlich. Der im Jobsharing zugelassene Therapeut und der ihm zugeordnete BAG-Partner müssen am gleichen Standort hauptsächlich tätig sein.

Bezüglich des angestrebten Jobsharings bedarf es der Zuordnung zu einem Partner der BAG. (Erläuterung: Das Erfordernis der Zuordnung des im Jobsharing zugelassenen Therapeuten zu einem konkreten Vertragstherapeuten aus einer mehrgliedrigen BAG ergibt sich aus der Zuweisung arztbezogener Volumina im Rahmen der Honorarverteilung.) Diese Zuordnung hat keine Auswirkung auf die Anwartschaft des Jobsharings-Partners, nach Ablauf vor 10 Jahren mit

ununterbrochener Zugehörigkeit zu der Berufsausübungsgemeinschaft eine „Vollzulassung“ zu erwerben.

Der im Jobsharing zugelassenen Therapeut wird

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

zugeordnet werden.

Im Falle des Ausscheidens des zugeordneten Partners tritt an dessen/ deren Stelle die entsprechende Praxisnachfolge, sofern die Partner der BAG nicht übereinstimmend eine andere Feststellung treffen.

Praxisgemeinschaft (PG)

(gemeinsame Nutzung von Praxisräumen und –einrichtungen sowie Beschäftigung von Hilfspersonal bei getrennter Karteiführung und Abrechnung) mit folgenden Ärzten:

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

**Titel, Vorname, Name, (Sofern abweichend: Fachgruppe des PG-Partners)**

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

**Titel, Vorname, Name, (Sofern abweichend: Fachgruppe des PG-Partners)**

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

**Titel, Vorname, Name, (Sofern abweichend: Fachgruppe des PG-Partners)**

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

**Titel, Vorname, Name, (Sofern abweichend: Fachgruppe des PG-Partners)**

### Weitere Tätigkeiten neben der vertragstherapeutischen 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> |  |

## Eintragung in das Arzt-/Psychotherapeutenregister

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

## Angaben zur Aus- und Weiterbildung:

**Sofern eine Arzt-/Psychotherapeutenregistereintragung vorliegt ist eine Angabe der Daten unter „Aus- und Weiterbildung“ nicht erforderlich.** Nach der Arztregistereintragung erworbene Weiterbildungen ggf. ergänzen.

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

|  |                              |                                     |
|--|------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Therapeut:</b>                            | <b>Genauere Bezeichnung:</b> | <b>Prüfung am / Anerkennung am:</b> |
| <b>Diplom als:</b>                           |                              |                                     |
| <b>Anerkennung als:</b>                      |                              |                                     |
| <b>Richtlinienverfahren:</b>                 |                              |                                     |
| <b>Zusatzbez. Klinische Neuropsychologie</b> |                              |                                     |
| <b>Arzt:</b>                                 | <b>Genauere 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>                  |                              |                                     |
| <b>Richtlinienverfahren:</b>                 |                              |                                     |

\*Zusatzbezeichnung fachgebunden:  ja

nein

## Angaben über die psychotherapeutische Tätigkeit vom Zeitpunkt der Approbation bis zum Tage der Antragstellung

Geben Sie bitte insbesondere an, ob Sie bereits als Vertragstherapeut 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 |
|-----|-----|-----|-------------|-------------------|
|     |     |     |             |                   |
|     |     |     |             |                   |
|     |     |     |             |                   |
|     |     |     |             |                   |

## Erforderliche Erklärungen zum Antrag

### nur von Ärzten auszufüllen: 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.

## Antragsgebühr

Die Antragsgebühren nach § 46 Ärzte-ZV in Höhe von **100,00 EUR** für die Zulassung und **120,00 EUR** für die Genehmigung zur Ausübung gemeinsamer vertragstherapeutischer Tätigkeit wurde an die Kassenärztlichen Vereinigung überwiesen am:

(Konto: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Dortmund, IBAN DE82 3006 0601 0002 6131 23, BIC DAAEDEDXXX)

Nach § 38 Ärzte-ZV wird über den Antrag erst nach Entrichtung der nach § 46 Ärzte-ZV zu zahlenden Gebühr verhandelt.

## Anlagen: Dem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:

- Ein von allen zukünftigen Partnern unterschriebener BAG-Vertrag
- unterschriebener Lebenslauf
- Auszug aus dem Arztregister (sofern nicht im Bereich der KVWL eingetragen)
- 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.

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

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

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

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Antragstellers)

Antrag auf Genehmigung gemeinsamer Ausübung vertragstherapeutischer Tätigkeit  
(von allen zukünftigen BAG-Partnern auszufüllen)

Ich/Wir beantrage(n) hiermit die Genehmigung zur Führung einer  
Berufsausübungsgemeinschaft

mit Wirkung vom:

### Antragsgebühr

Die Antragsgebühr nach § 46 Ärzte-ZV in Höhe von 120,00 EUR pro  
Partner wurden an die Kassenärztlichen Vereinigung überwiesen am:

(Konto: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Dortmund, IBAN  
DE82 3006 0601 0002 6131 23, BIC DAAEDEDXXX)

Nach § 38 Ärzte-ZV wird über den Antrag erst nach Entrichtung der nach § 46 Ärzte-ZV zu  
zahlenden Gebühr verhandelt.

### Anlagen

Ein von allen zukünftigen Partnern unterschriebener BAG-Vertrag

ist beigelegt.

wird spätestens 14 Tage vor dem Sitzungstermin des ZA eingereicht.

wird aufgrund des Verwandtschaftsverhältnisses nicht abgeschlossen.

- Nachweis einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung nach § 113 Abs. 2 des  
Versicherungsvertragsgesetzes  
(Informationen hierzu finden Sie in den Erläuterungen zum Antrag.)

Mit unseren Unterschriften versichern wir die Richtigkeit und Vollständigkeit der  
vorstehenden Angaben.

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

\_\_\_\_\_  
(Unterschriften **aller** zukünftigen BAG-Partner)