



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

Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines angestellten Arztes  
**nach § 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V (Jobsharing)**  
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 (nach § 40 BPL-RL  
nur zu Quartalsbeginn möglich)**

### Angaben zum Beschäftigungsumfang

- bis zu 10 Stunden pro Wochen
- über 10 bis 20 Stunden pro Woche
- über 20 bis 30 Stunden pro Woche
- über 30 Stunden pro Woche

Bitte unbedingt genaue Stundenanzahl angeben

im Umfang von (Wochenstunden):

### Tätigkeitsort des anzustellenden Arztes

- Hauptbetriebsstätte

Umfang von (Wochenstunden):

- Nebenbetriebsstätte

Umfang von (Wochenstunden):

Anschrift :

- Zweigpraxis

Umfang von (Wochenstunden):

Anschrift:

### Nur im Falle der Beschäftigung eines angestellten Arztes im Rahmen einer Berufsausübungsgemeinschaft

Aufgrund der aktuellen Rechtsprechung durch das BSG sind Genehmigungen für angestellte Ärzte nicht einem einzelnen Arzt als Mitglied einer BAG, sondern der BAG selbst zu erteilen.

Bezüglich des angestrebten Jobsharings bedarf es allerdings der Zuordnung zu einem Partner der BAG. (Erläuterung: Das Erfordernis der Zuordnung des im Jobsharing angestellten Arztes zu einem konkreten Vertragsarzt aus einer mehrgliedrigen BAG ergibt sich aus der Zuweisung arztbezogener Volumina im Rahmen der Honorarverteilung.)

Der angestellte Arzt/die angestellte Ärztin soll hinsichtlich des Jobsharings

Name:

zugeordnet werden.

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

## Erklärung zur Berufshaftpflichtversicherung

(Bitte beachten Sie die Erläuterungen zum Antrag!)

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

## Antragsgebühr

- Hiermit erkläre(n) ich/wir mein/unser Einverständnis, dass die nach § 46 Ärzte-ZV entstandene(n) Gebühr(en) in Höhe von 120,00 EUR 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 eGbR ist die Unterschrift des Geschäftsführers ausreichend.*)

Name, Vorname (In Druckbuchstaben)	Unterschrift

Weitere BAG-Partner müssen in einer Anlage benannt werden.

Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines angestellten Arztes  
**nach § 101 Abs. 1 Nr. 5 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 und ggf. sonstige Bezeichnungen:</b>	
---	--

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

**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

ist erfolgt am:		wurde beantragt am:	
bei der Kassenärztlichen Vereinigung:			

## 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.

Approbation erteilt durch:		am:	
----------------------------	--	-----	--

	Genauere Bezeichnung:	Prüfung am / Anerkennung am:
Facharztanerkennung als:		
Schwerpunktbezeichnung:		
Fakultative Weiterbildung:		
Besondere Fachkunde:		
Zusatzbezeichnung:		
Zusatzweiterbildung:		

### 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

Bitte beachten Sie die Erläuterungen zur Antragstellung und unsere Antragsfristen.

Es wird darauf hingewiesen, dass nach der Gemeinsamen Notfalldienstordnung der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe die Verpflichtung zur Teilnahme am organisierten Notfalldienst besteht.

### 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)