

# Zulassungsausschuss Ärzte/Krankenkassen

Geschäftsstelle, Schwachhauser Heerstraße 26/28, 28209 Bremen

## Antrag auf Job-Sharing Zulassung

### Hinweise:

Bitte beachten Sie, dass der Zulassungsausschuss keine rückwirkenden Zulassung beschließen darf. **Zulassungen dürfen nur mit Wirkung für die Zukunft genehmigt werden.** Daher beantragen Sie die Zulassung rechtzeitig (mind. 6-8 Wochen) vor dem jeweiligen Sitzungstermin. Job-Sharing-Zulassungen in Gemeinschaftspraxis werden nur zum Quartalswechsel erteilt.

### Gebühren:

Mit der Antragsstellung wird eine Gebühr fällig (§ 46 Abs. 1 Buchst. b Ärzte-ZV), die hiermit angefordert wird. Wir weisen darauf hin, dass über Ihren Antrag erst nach Entrichtung der Gebühr verhandelt werden kann (§ 38 Ärzte-ZV). (Bankverbindung: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, BIC: DAAEDEDXXX, IBAN: DE05 3006 0601 0002 2246 66. Bitte als Verwendungszweck „Zulassungsantrag“ angeben)

Ich habe die Antragsgebühr von 100 Euro

überwiesen am \_\_\_\_\_ (der Überweisungsbeleg mit Namen des Antragstellers und Verwendungszweck ist zwingend beizufügen!)

### Personalien Antragsteller/-in:

Titel, Name, Vorname	
Geburtsdatum/-ort	

### Privatadresse:

Straße, PLZ und Ort	
E-Mail	
Telefon privat/ tagsüber erreichbar	

Ich beantrage die Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit zum: \_\_\_\_\_ in

Bremen-Stadt

Bremerhaven-Stadt

<input type="checkbox"/> als Hausarzt	<input type="checkbox"/> FA für Allgemeinmedizin
	<input type="checkbox"/> Praktischer Arzt
	<input type="checkbox"/> FA für Innere Medizin (hausärztliche Versorgung)
<input type="checkbox"/> als fachärztlich tätiger Internist	<input type="checkbox"/> FA für Innere Medizin (fachärztliche Versorgung) Angabe Schwerpunktbezeichnung
<input type="checkbox"/> als FA für Kinderheilkunde	<input type="checkbox"/> hausärztliche <input type="checkbox"/> fachärztliche Versorgung (Angabe Schwerpunktbez.)
<input type="checkbox"/> als Facharzt für:	.....

für den Vertragsarztsitz: \_\_\_\_\_

(Angabe Straße und Hausnummer/)

**Für eine vollständige Antragstellung sind beizufügen:**

1. Auszug aus dem Arztregister (§ 18 Abs. 1 a Ärzte-ZV) bzw.  in Bremen eingetragen
2. Ärztliche Tätigkeiten seit der Approbation (§ 18 Abs. 1 b Ärzte-ZV)

von.....bis.....	Ort	Stellung/Tätigkeit	<u>Krankenhaus, Klinik, Amt, Institut</u> Name / Abteilung	

3. Tabellarischer Lebenslauf (§ 18 Abs. 2 Nr. 1 Ärzte-ZV) mit Datum und Unterschrift
4. Polizeiliches Führungszeugnis Belegart 0 (§ 18 Abs. 2 Nr. 2 Ärzte-ZV) zur Vorlage bei einer Behörde
5. KV-Bescheinigungen zur bisherigen niedergelassenen Tätigkeit (§ 18 Abs. 2 Nr. 3 Ärzte-ZV)
6. Erklärung über Dienst-/Beschäftigungsverhältnisse (§ 18 Abs. 2 Nr. 4 Ärzte-ZV)

**Ich erkläre hiermit,**

- dass ich z. Zt. in folgendem Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis stehe**  
(bitte auch Angabe Std./Woche):

\_\_\_\_\_

Das Beschäftigungsverhältnis kann frühestens am \_\_\_\_\_ beendet werden.  
Das Beschäftigungsverhältnis ist mit Wirkung vom \_\_\_\_\_ gekündigt worden.

Neben der beantragten Zulassung bin ich noch/ werde ich noch in folgenden Dienst-/ Beschäftigungsverhältnissen ärztlich tätig/ sein (der Anstellungsvertrag wird diesem Antrag in Kopie beigefügt):

- \_\_\_\_\_ (Tätigkeitsort und Std./Woche)

- dass ich z. Zt. in keinem Dienstverhältnis oder Beschäftigungsverhältnis stehe.**

Mir ist bekannt, dass ein Beschäftigungsverhältnis oder eine andere nicht ehrenamtliche Tätigkeit neben der Zulassung nur ausgeübt werden dürfen, wenn ich den Versicherten in dem meinem Versorgungsauftrag entsprechenden Umfang weiterhin persönlich zur Verfügung stehe und insbesondere Sprechstunden zu den in der vertragsärztlichen Versorgung üblichen Zeiten anbiete. Weiter habe ich Kenntnis davon, dass eine weitere ärztliche Tätigkeit ihrem Wesen nach mit meiner Tätigkeit als Vertragsarzt an meinem Vertragsarztsitz vereinbar sein muss.

**7. Erklärung** (§ 18 Abs. 2 e Ärzte-ZV)

Ich erkläre hiermit, dass ich weder drogen- noch alkoholabhängig bin, noch innerhalb der letzten 5 Jahre gewesen bin. Innerhalb der letzten 5 Jahre habe ich mich keiner Entziehungskur wegen Drogen- und/oder Alkoholabhängigkeit unterzogen. Es stehen auch keine gesetzlichen Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufes entgegen. Ich erkläre, dass kein strafrechtliches Ermittlungsverfahren gegen mich anhängig ist bzw. war.

8. Ist Ihnen die Berufsausübung als Arzt zu irgendeiner Zeit untersagt oder eingeschränkt bzw. die Approbation entzogen/ruhend gestellt worden?  ja  nein  
Wenn ja, von welcher Stelle, für welchen Zeitraum und aus welchem Grund?
- 

9. Läuft noch ein Antrag auf Zulassung oder Genehmigung als angestellte(r) Ärztin/Arzt bei einem anderen Zulassungsausschuss (bei welchem/ zu welchem Beginndatum) ?
- 

**10. Vorlage einer Versicherungsbescheinigung nach § 113 Abs. 2 VVG über das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes (§ 95e Abs. 1 bis 3 S. 1 Nr. 1 SGB V, § 18 Abs. 2 Nr. 6 Ärzte-ZV)**

Ein Berufshaftpflichtversicherungsschutz ist ausreichend, wenn das individuelle Haftungsrisiko des Vertragsarztes versichert ist. Die derzeit geltende Mindestversicherungssumme beträgt drei Millionen Euro für Personen- und Sachschäden für jeden Versicherungsfall und darf nicht unterschritten werden. Die Leistungen des Versicherers für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden dürfen nicht weiter als auf den zweifachen Betrag der Mindestversicherungssumme begrenzt werden.

**11. Einverständniserklärung:**

Gemäß § 21 Ärzte-ZV ist ein Arzt für die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit ungeeignet, der aus gesundheitlichen oder sonstigen in der Person liegenden schwerwiegenden Gründen nicht nur vorübergehend unfähig ist, die vertragsärztliche Tätigkeit ordnungsgemäß auszuüben. Das ist insbesondere zu vermuten, wenn er innerhalb der letzten fünf Jahre vor seiner Antragstellung drogen- oder alkoholabhängig war. Wenn es zur Entscheidung über die Ungeeignetheit zur Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit nach Satz 1 erforderlich ist, verlangt der Zulassungsausschuss vom Betroffenen, dass dieser innerhalb einer vom Zulassungsausschuss bestimmten angemessenen Frist das Gutachten eines vom Zulassungsausschuss bestimmten Arztes über seinen Gesundheitszustand vorlegt. Das Gutachten muss auf einer Untersuchung und, wenn dies ein Amtsarzt für erforderlich hält, auch auf einer klinischen Beobachtung des Betroffenen beruhen.

Die Kosten des Gutachtens hat der Betroffene zu tragen. Rechtsbehelfe gegen die Anordnung nach Satz 3 haben keine aufschiebende Wirkung.

Ich bin damit einverstanden, dass die Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses die zuständigen Stellen (bisherige KV, Ärztekammer, Behörden) danach befragen kann, ob entsprechende Mängel dort bekannt sind.

Datenschutzerklärung:

Ich habe die Datenschutzerklärung der KV Bremen gelesen und bin damit einverstanden.

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner in diesem Antrag gemachten Angaben und Erklärungen. Änderungen in den angegebenen Verhältnissen werde ich umgehend der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses mitteilen.**

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift)

**Checkliste:**

- Auszug Arztregister
- Lebenslauf
- Bescheinigungen über Tätigkeiten nach der Approbation
- Beleg über beantragtes behördliches Führungszeugnis Belegart O
- KV-Bescheinigungen
- Gebühr über Euro 100,-- mit Überweisungsbeleg (mit Namen des Antragstellers und Verwendungszweck)
- Versicherungsbescheinigung (siehe Punkt 10. des Antrages)

# Leistungsbeschränkungserklärung

zum Zulassungsantrag im Rahmen eines „Job-Sharing“ in Gemeinschaftspraxis  
nach § 101 Abs. 1 Nr.4 SGB V § 101 Abs. 3 S.1 SGB V i.V.m. den  
Bedarfsplanungsrichtlinien-Ärzte (BPRI-Ä) und der Ärzte ZV

## Antragsteller

### A: Bei Einzelpraxis:

Name des Antragstellers: Geb.-datum Facharztanerkennung

### B: Bei Berufsausübungsgemeinschaft (Gemeinschaftspraxis) mit: (Bitte alle Partner auflisten)

Name des Antragstellers/Partners: Geb.-datum Facharztanerkennung

**C:** Der Antrag auf Gemeinschaftspraxis erfüllt die Voraussetzungen gem. § 33 Abs. 2 Satz 2 Ärzte-ZV und wurde dem Zulassungsausschuss von allen Partnern unterschrieben vorgelegt.

**D:** Wir erklären uns gegenüber dem Zulassungsausschuss bereit, während des Bestandes der Gemeinschaftspraxis mit dem Antragsteller/neuen Partner den zum Zeitpunkt der Antragstellung bestehenden Praxisumfang (wie er sich aus der Anlage ergibt) nach der Menge der Leistungen nicht zu überschreiten. Die Erklärung ist für uns rechtsverbindlich. Den auf dieser Grundlage getroffenen Feststellungsbescheid des Zulassungsausschusses über die Leistungsbeschränkung erkennen wir an und wir verzichten insoweit auf Rechtsmittel. Hiervon bleibt § 42 Abs. 1 Satz 8 BPRI-Ä unberührt.

**E:** Wir erkennen die dazu nach Maßgabe der § 41 bis § 43 der Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte vom Zulassungsausschuss festgelegte Leistungsbeschränkung und die weiteren Bestimmungen zur Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit in Gemeinschaftspraxis an.

Die Regelungen der Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte sind mir/uns bekannt.

Wir verpflichten uns mit unseren Unterschriften zur Einhaltung der vorgenannten und beigefügten Auflagen für die Dauer der Job-sharing-Zulassung von Herrn/Frau \_\_\_\_\_ in unserer Gemeinschaftspraxis.

Bremen, den \_\_\_\_\_

#### Unterschriften der bisherigen Praxisinhaber:

1:

Praxisinhaber/ erster Gemeinschaftspraxispartner: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

2:

2. Gemeinschaftspraxispartner: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

3:

3. Gemeinschaftspraxispartner: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

4:

4. Gemeinschaftspraxispartner: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

5:

5. Gemeinschaftspraxispartner: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

#### Unterschrift der neuen Partnerin/des neuen Partners:

Name des neuen Gemeinschaftspraxispartners: \_\_\_\_\_ Geb.-dat. \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Da ich zum Führen der Schwerpunktbezeichnung \_\_\_\_\_ berechtigt bin und die von Herrn/Frau Dr. med./der Praxis \_\_\_\_\_ bisher erbrachten Leistungen diesen Schwerpunkt nicht umfassen, verzichte ich auf das Führen der o.g. Schwerpunktbezeichnung, solange ich eine nach § 101 Abs. 1 Nr.4 SGB V beschränkte Job-sharing-Zulassung in dieser Gemeinschaftspraxis besitze.

Herr/Frau Dr. med./die Praxis \_\_\_\_\_ nimmt an der  hausärztlichen/  fachärztlichen Versorgung gem. § 73 SGB V teil und daher entscheide ich mich ebenfalls für die Teilnahme an der \_\_\_\_\_ Versorgung. (nur gleiche Entscheidung möglich)

Bremen, den \_\_\_\_\_

Unterschrift des Antragstellers/ neuen Gemeinschaftspraxispartners: \_\_\_\_\_

#### Als Anlagen zu dieser Erklärung sind beizufügen:

- Von allen Ärzten unterschriebene Berechnung der Leistungsbeschränkung „job-sharing“
- Antrag auf Genehmigung einer Berufsausübungsgemeinschaft (Gemeinschaftspraxis).

Wichtiger Hinweis zur Abrechnung genehmigungspflichtiger Leistungen

Die Erbringung und Abrechnung bestimmter vertragsärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen ist nur zulässig, wenn diese von Ihnen beantragt und von der KV Bremen schriftlich genehmigt worden ist.

Die Übersicht aller genehmigungspflichtigen Leistungen finden Sie im Internet unter:

[www.kvhb.de/praxen/praxisthemen/genehmigungen](http://www.kvhb.de/praxen/praxisthemen/genehmigungen)

- Bitte senden Sie mir/uns die Übersicht der genehmigungspflichtigen Leistungen zu.  
oder  
 Ich/wir möchte(n) keine genehmigungspflichtigen Leistungen erbringen und benötige(n) daher die Übersicht nicht.
- 
- Ich/wir bin/sind bereits Genehmigungsinhaber von Leistungen die durch die KV Bremen genehmigt worden sind und wünsche(n) die Übernahme **aller** bisher genehmigten Leistungen.  
oder  
 Ich/wir bin/sind bereits Genehmigungsinhaber von Leistungen die durch die KV Bremen genehmigt worden sind und wünsche(n) die Übernahme **nicht** aller bisher genehmigten Leistungen. Leistungen die ich/wir nicht mehr erbringen möchte(n), zeige(n) ich/wir bei der KV Bremen, Abt. Q/P schriftlich an.

**Bitte beachten Sie, dass manche Leistungen ggf. erneut beantragt werden müssen, auch wenn Sie bereits Genehmigungsinhaber sind. In diesem Fall wird sich die Abt. Q/P mit Ihnen in Verbindung setzen.**

**Ausführender Arzt/Leistungserbringer**

LANR/BSNR falls bekannt	
Ggf. Titel, Name, Vorname	

**Vertragsarzt bzw. der abrechnenden Stelle (anstellender Vertragsarzt, MVZ, Institut)**

BSNR falls bekannt	
Ggf. Titel, Name, Vorname	
Ort, Datum Unterschrift	

**BITTE LEGEN SIE DIESE SEITE UNBEDINGT AUSGEFÜLLT IHREM ANTRAG AN DEN ZULASSUNGS-AUSCHUSS BEI.**