

ZA Zulassungsausschuss für
Ärzte und Psychotherapeuten
Mecklenburg-Vorpommern
Neumühler Str. 22
19057 Schwerin

Antrag auf Zulassung zur vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Versorgung im Rahmen des Job-Sharings

1. Allgemeine Angaben – Antragsteller (Juniorpartner)

LANR	<input type="text"/>	Titel	<input type="text"/>
Name, Vorname	<input type="text"/>		
Geburtsort	<input type="text"/>	Geburtsort	<input type="text"/>
<input type="text"/>			
<i>Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Wohnanschrift zum Zeitpunkt der Antragstellung</i>			
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<i>E-Mail</i>	<i>Telefon</i>		
<input type="text"/>			
<i>Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Wohnanschrift zum Zeitpunkt der Niederlassung</i>			
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<i>E-Mail</i>	<i>Telefon</i>		
<input type="radio"/> ich war in den letzten 5 Jahren vor Beginn meiner hier beantragten neuen vertragsärztlichen Tätigkeit bis zum <input type="text"/> (<i>Datum Ende Vortätigkeit</i>) in Mecklenburg-Vorpommern zugelassen oder angestellt. (<i>keine Assistententätigkeit oder persönliche Ermächtigung</i>)			

2. Beantragung

Beantragt wird die **Zulassung zur gemeinsamen vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Tätigkeit im Rahmen des Job-Sharings** als:

<input type="radio"/> ARZT
<input type="text"/>
<i>Facharztbezeichnung</i>
<input type="text"/>
<i>Schwerpunktbezeichnung/Zusatzbezeichnung</i>
Nur bei Internisten, die über keinen Schwerpunkt verfügen oder auf das Führen eines Schwerpunkts verzichten:
<input type="radio"/> Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung
<input type="radio"/> Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung

- PSYCHOLOGISCHER PSYCHOTHERAPEUT**
- und/oder**
- KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUT**

im nachfolgenden Richtlinienverfahren:

- Analytische Psychotherapie
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Verhaltenstherapie

Die vertragsärztliche/-psychotherapeutischen Tätigkeit im Rahmen eines Job-Sharings wird **gemeinsam mit folgendem Vertragsarzt/-psychotherapeuten (Seniorpartner)** ausgeführt:

Seniorpartner

LANR	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Titel	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Name, Vorname <input style="width: 95%;" type="text"/>			
Der Vertragsarzt/-psychotherapeut (Seniorpartner) ist mit folgenden Ärzten/Psychotherapeuten/MVZ im Rahmen einer örtlichen/überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) tätig.			
<input style="width: 95%;" type="text"/>			
<i>Titel, Vorname, Name, Praxissitz des BAG-Partners</i>			
<input style="width: 95%;" type="text"/>			
<i>Titel, Vorname, Name, Praxissitz des BAG-Partners</i>			
<input style="width: 95%;" type="text"/>			
<i>Titel, Vorname, Name, Praxissitz des BAG-Partners</i>			
<input style="width: 95%;" type="text"/>			
<i>Titel, Vorname, Name, Praxissitz des BAG-Partners</i>			
<input style="width: 95%;" type="text"/>			
<i>Titel, Vorname, Name, Praxissitz des BAG-Partners</i>			





Vertragsarztsitz

<input style="width: 95%;" type="text"/>	
<i>Straße, Hausnummer, PLZ, Ort des Vertragsarztsitzes</i>	
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<i>E-Mail</i>	<i>Telefon</i>
Der Vertragsarztsitz befindet sich in/an einer Klinik	
<input type="radio"/> nein	
<input type="radio"/> ja, Name der Klinik <input style="width: 95%;" type="text"/>	
Voraussichtliche Tätigkeitsaufnahme: <input style="width: 50%;" type="text"/> <i>tt.mm.jjjj</i>	

Bei folgendem Zulassungsausschuss habe ich ebenfalls einen Antrag auf Zulassung eingereicht:

Zulassungsausschuss	<input type="text"/>	im Bezirk der KV	<input type="text"/>
Zulassungsausschuss	<input type="text"/>	im Bezirk der KV	<input type="text"/>
Zulassungsausschuss	<input type="text"/>	im Bezirk der KV	<input type="text"/>

Dem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:

<input type="radio"/> Tabellarischer Lebenslauf (zusätzlich zur Anlage A), nicht notwendig, falls der Antragsteller bereits Mitglied der KVMV ist und nur ein nahtloser Statuswechsel z.B. von Anstellung in Zulassung erfolgt	
<input type="radio"/> Kopie der Bestätigung der Behörde über die Beantragung eines Polizeilichen Führungszeugnisses der Belegart O (Behördenführungszeugnis), das an den Zulassungsausschuss adressiert wird und diesem direkt zugeht und zum Zeitpunkt der Zulassungssitzung nicht älter als 3 Monate sein darf. Falls Sie das Führungszeugnis vor Weiterleitung an den Zulassungsausschuss bei einem Amtsgericht einzusehen möchten, müssen Sie dies bei Ihrer Gemeinde beantragen.	
<input type="radio"/> Polizeiliches Führungszeugnis beantragt am <input type="text"/> bei <input type="text"/> <small>tt.mm.jjjj Behörde</small>	
<input type="radio"/> Nur für Ärzte/Psychotherapeuten, die im Arztregister einer anderen Landes-KV eingetragen sind: aktueller Auszug aus dem Arztregister, aus dem der Tag der Approbation, der Tag der Eintragung in das Arztregister und gegebenenfalls der Tag der Anerkennung des Rechts zum Führen einer bestimmten Facharzt-, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung hervorgehen müssen.	
<input type="radio"/> Nur, falls der zuzulassende Arzt/Psychotherapeut außerhalb Mecklenburg-Vorpommerns bereits niedergelassen oder zugelassen war: Bescheinigungen der entsprechenden Kassenärztlichen Vereinigung, aus der sich Ort und Dauer der bisherigen Niederlassung oder Zulassung und der Grund einer etwaigen Beendigung ergeben.	

3. Zulassungsvoraussetzungen

Arztregister	
<input type="radio"/> Bereits eingetragen im Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Eintragung beantragt bei der Kassenärztlichen Vereinigung	<input type="text"/>
Derzeitige Tätigkeit	
<input type="radio"/> Ohne Dienst-/Beschäftigungsverhältnis	
<input type="radio"/> Dienst-/Beschäftigungsverhältnis	
als	<input type="text"/> bei <input type="text"/>
<input type="radio"/> Die angegebene Tätigkeit wird reduziert auf	<input type="text"/> Std./Woche
<input type="radio"/> Die angegebene Tätigkeit wird beendet zum	<input type="text"/> tt.mm.jjjj

- Zugelassener Vertragsarzt/-psychotherapeut oder ermächtigter Arzt/Psychotherapeut
 im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung
- Die angegebene Tätigkeit als zugelassener bzw. ermächtigter Arzt/Psychotherapeut wird
 beendet zum tt.mm.jjjj

4. Weitere Tätigkeiten neben der beantragten Zulassung

- Kein** weiteres Dienst-/Beschäftigungsverhältnis
- Keine** weitere vertragsärztliche Tätigkeit
- Folgende weitere vertragsärztliche Tätigkeit – z.B. Tätigkeit als angestellter Arzt bei Ver-
 tragsarzt oder MVZ, als ermächtigter Arzt, Tätigkeit in einer Filiale, Mitwirkung in einer Be-
 rufsausübungsgemeinschaft
1. als bei
 mit folgender Betriebsstättennummer (BSNR):
Stundenzahl
2. als bei
 mit folgender Betriebsstättennummer (BSNR):
Stundenzahl
- folgende weitere Tätigkeit als angestellter Arzt z.B. in einem Krankenhaus, in einer Vorsor-
 ge-, Rehabilitationseinrichtung
- als bei
 zeitlicher Umfang in **Wochenstunden**


5. Antragsgebühr

Für die Antragstellung ist eine Gebühr gemäß § 46 Abs. 1 Ärzte-ZV in Höhe von 100 Euro zu
 entrichten. Diese wird Ihnen durch den Zulassungsausschuss für Ärzte und Psychotherapeu-
 ten bzw. der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern gesondert in Rechnung
 gestellt. **Bitte zahlen Sie erst nach Erhalt der Rechnung unter Angabe von Rechnungs-
 nummer und Verwendungszweck. Beachten Sie bitte, dass eine Antragsbearbeitung
 erst nach Einzahlung der Gebühr erfolgt.**

Ich erkläre hiermit, dass ich nicht drogen- oder alkoholabhängig bin oder innerhalb der letzten
 fünf Jahre gewesen bin. Weiterhin erkläre ich, dass ich mich innerhalb der letzten fünf Jahre nicht
 einer Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen habe und dass ge-
 setzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufs nicht entgegenstehen.

Ich erkläre, dass ich ab Aufnahme der vertragsärztlichen/-psychotherapeuten Tätigkeit für die
 Versorgung der Versicherten persönlich in erforderlichem Maße zur Verfügung stehe.

**Ich (Antragsteller) bestätige, dass ich den Inhalt des Antrags sowie des beigegeführten
 Anhangs mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen
 ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an. Die im Anhang aufgeführten Erläuterun-
 gen sind Bestandteil dieses Antrags.**

Bitte denken Sie daran, alle mit  gekennzeichneten **Nachweise als Original oder amtlich beglaubigte Kopie** dem Antrag beizulegen.

Bitte beachten Sie, dass Sie alle genehmigungspflichtigen Leistungen erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen,

- an dem Sie die **Berechtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Versorgung (Zulassung) durch den Zulassungsausschuss erhalten haben und**
- an dem Ihnen für beantragte Leistungen der **Genehmigungsbescheid der KVMV zugegangen ist.**

.....

Ort, Datum

..... 

Unterschrift Antragsteller (Juniorpartner)

Checkliste (Bitte zutreffendes ankreuzen) gekennzeichnet mit 

	<i>beigefügt</i>
• Tabellarischer Lebenslauf	<input type="radio"/>
• Kopie der Bestätigung der Behörde über die Beantragung eines Polizeilichen Führungszeugnis der Belegart O, das an den Zulassungsausschuss adressiert wird und diesem direkt zugeht (Behördenführungszeugnis)	<input type="radio"/>
• Für Antragsteller, die im Arztregister einer anderen Landes-KV eingetragen sind: aktueller Auszug aus Arztregister	<input type="radio"/>
• Falls der Antragsteller außerhalb Mecklenburg-Vorpommerns bereits niedergelassen oder zugelassen war: Bescheinigungen der entsprechenden KV, aus der sich Ort und Dauer der bisherigen Niederlassung oder Zulassung und der Grund einer etwaigen Beendigung ergeben	<input type="radio"/>
• Tabellarische Auflistung über die bisherigen ärztlichen/psychotherapeutischen Tätigkeiten mit entsprechenden Bescheinigungen (Anlage A)	<input type="radio"/>
• Antrag auf Genehmigung einer BAG (Anlage B)	<input type="radio"/>

Anlage A

zum Antrag auf Zulassung zur vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Versorgung im Rahmen des Job-Sharings

Lückenlose Aufstellung über die ärztlichen/psychotherapeutischen Tätigkeiten nach dem Zeitpunkt der Eintragung in das Arztregister **in zeitlicher Reihenfolge**.
Zum Nachweis der Tätigkeiten bitte Bescheinigungen/Zeugnisse der entsprechenden Einrichtungen beifügen.

von tt.mm.jj	bis tt.mm.jj	Stellung/Funktion	Krankenhaus, Vertragsarzt o.ä.	Ort



Anlage B

zum Antrag auf Zulassung zur vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Versorgung im Rahmen des Job-Sharings

Antrag auf Genehmigung einer Berufsausübungsgemeinschaft

(Die Unterzeichner beantragen hiermit die Genehmigung einer BAG)

Wir (Antragsteller/Mitglieder der beantragten Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)) erklären, dass im Rahmen der gemeinschaftlichen Ausübung unserer vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Tätigkeit die vertragsärztliche/-psychotherapeutischen Tätigkeit von jedem einzelnen Mitglied freiberuflich und selbstständig ausgeübt wird:

Die nachfolgende Erklärung soll Sie für die mit der Gründung einer BAG im Zusammenhang stehenden Rechtsprobleme sensibilisieren und darüber hinaus auch der Verwaltungsvereinfachung dienen. Sie dient dem Zulassungsausschuss grundsätzlich zur Prüfung der Genehmigungsvoraussetzungen einer beantragten BAG.

Da Sie sich mit dieser Erklärung zur Einhaltung der vertragsarztrechtlichen Bestimmungen besonders verpflichten, lesen Sie bitte diese Erklärung und das beigegefügte Merkblatt sorgfältig durch und besprechen Sie den Inhalt in Ruhe mit Ihrem(n) zukünftigen Partner(n) und Ihrem Rechtsberater, bevor Sie den Gesellschaftsvertrag und die Erklärung unterschreiben. Erst danach sollten Sie den Antrag auf Genehmigung der BAG beim Zulassungsausschuss stellen.

1. Wir haben uns zur gemeinsamen Ausübung der vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Tätigkeit in einer BAG zusammengeschlossen.
2. Wir haben das beiliegende Merkblatt zur Gründung einer BAG der KVMV und die Verpflichtung zur Beachtung der dort niedergelegten Grundsätze zur Kenntnis genommen.
3. Wir bestätigen, dass jeder Vertragsarzt/-psychotherapeut in unserer BAG seine vertragsärztliche/-psychotherapeutische Tätigkeit nach den Grundsätzen der Selbstständigkeit freiberuflich ausübt. Über den Gesellschaftsvertrag zur Bildung der BAG hinaus gibt es keine weiteren vertraglichen Abmachungen, die das Rechtsverhältnis der BAG-Partner regeln.
4. Sollte – entgegen dieser Zusicherung – ein verdecktes Angestelltenverhältnis bestehen, kann dies folgende Konsequenzen haben:
 - Aufhebung oder gar Nichtigkeitserklärung der Genehmigung der BAG durch den Zulassungsausschuss
 - Weitgehende Honorarrückforderungen
 - Disziplinarrechtliche Maßnahmen
 - Entziehung der Zulassung
 - Nachforderung von Steuern und Sozialabgaben durch die jeweiligen Behörden
 - Strafanzeige

Wir erklären hiermit unser Einverständnis, dass unsere BAG im Vertragsarztverzeichnis der KVMV veröffentlicht wird.


.....

Ort, Datum

..... 
Unterschrift Antragsteller (Juniorpartner)

.....

Ort, Datum

..... 
Unterschrift Vertragsarzt/Vertragspsychotherapeut
(Seniorpartner)

[Dotted box for location and date]

Ort, Datum

Unterschrift ggf. weiterer BAG-Partner



[Dotted box for location and date]

Ort, Datum

Unterschrift ggf. weiterer BAG-Partner



[Dotted box for location and date]

Ort, Datum

Unterschrift ggf. weiterer BAG-Partner



[Dotted box for location and date]

Ort, Datum

Unterschrift ggf. weiterer BAG-Partner



[Dotted box for location and date]

Ort, Datum

Unterschrift ggf. weiterer BAG-Partner



[Dotted box for location and date]

Ort, Datum

Unterschrift ggf. weiterer BAG-Partner





Job-Sharing-Zulassung – Anhang – Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen

Entsprechend § 67a Abs. 3 SGB X weisen wir darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch den Zulassungsausschuss erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung Ihres Antrags führen können.

Änderungen im Rahmen des Job-Sharings, insbesondere die Beendigung der Berufsausübungsgemeinschaft sind dem Zulassungsausschuss sowie der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommerns unverzüglich anzuzeigen. Der Zulassungsausschuss beendet das Job-Sharing aufgrund Ihrer Mitteilung.

Besondere Zulassungsvoraussetzungen

Fachgebietsidentität:

Voraussetzung für die Zulassung im Rahmen des Job-Sharing ist, dass zwischen Vertragsarzt/-psychotherapeut und Job-Sharing-Partner Fachgebietsidentität besteht.

Leistungsbegrenzung:

Besondere Voraussetzung für die Zulassung im Rahmen des Job-Sharing ist die Abgabe einer schriftlichen Erklärung gegenüber dem Zulassungsausschuss, in der Antragsteller und Vertragsarzt/-psychotherapeut sich für die Dauer der gemeinsamen vertragsärztlichen Tätigkeit zu einer Leistungsbegrenzung verpflichten. Für die Abgabe dieser Verpflichtungserklärung geht Ihnen nach Einreichung des Zulassungsantrags ein gesondertes Formular zu. Ist der Vertragsarzt/-psychotherapeut bereits in BAG niedergelassen, ist die Erklärung auch von den übrigen Praxispartnern zu unterzeichnen.

Für Internisten:

Für die Teilnahme an der hausärztlichen oder fachärztlichen Versorgung des antragstellenden Arztes ist die Versorgungsfunktion des bereits zugelassenen Vertragsarztes maßgeblich. Künftige Wahlentscheidungen können nur gemeinsam getroffen werden. Ein Wechsel in die haus- oder fachärztliche Versorgung ist nur zulässig, wenn für den betreffenden Versorgungsbereich keine Zulassungssperre angeordnet ist.

Internisten **ohne** Schwerpunktbezeichnung nehmen grundsätzlich an der fachärztlichen Versorgung teil. Sofern sie jedoch die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung wählen, nehmen sie ausschließlich an der hausärztlichen Versorgung teil.

Internisten **mit** Schwerpunktbezeichnung nehmen automatisch an der fachärztlichen Versorgung teil.

- Ich habe die Kriterien der Freiberuflichkeit zum Thema „Praxis im Krankenhaus“ zur Kenntnis genommen und erkläre mit meiner Unterschrift am Ende des Antrags, dass diese von mir eingehalten werden.
- § 19 Abs. 3 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte: Wenn die vertragsärztliche Tätigkeit in einem von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Planungsbereich nicht innerhalb von drei Monaten nach Zustellung des Beschlusses über die Zulassung aufgenommen wird, endet die Zulassung.