

An die

Fax: 0231 / 9432-3927

Geschäftsstelle des  
Zulassungsausschusses der  
Ärzte und Krankenkassen  
für den Regierungsbezirk

- Arnsberg I
- Arnsberg II
- Detmold
- Münster

Robert-Schimrigk-Str. 4 – 6  
44141 Dortmund

Eingangsstempel des  
Zulassungsausschusses

## Antrag auf Beschäftigung eines angestellten Arztes

nach § 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V

Name des antragstellenden Arztes: \_\_\_\_\_

Name der antragstellenden Gemeinschaftspraxis/des MVZs \_\_\_\_\_

Praxisanschrift: \_\_\_\_\_

(Ort, Straße, Hausnummer) \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Name des anzustellenden Arztes: \_\_\_\_\_

Fachgebiet: \_\_\_\_\_

beabsichtigter Beschäftigungsbeginn: \_\_\_\_\_

beabsichtigter Beschäftigungsumfang:                      bis zu 10 Stunden pro Woche  
   über 10 bis 20 Stunden pro Woche  
   über 20 bis 30 Stunden pro Woche  
   über 30 Stunden pro Woche

genaue Stundenzahl: \_\_\_\_\_ (bitte unbedingt angeben!)

Die Antragsgebühr nach § 46 Ärzte-ZV in Höhe von 120,- EUR wird mit beigefügter  
Abbuchungserklärung beglichen.

Etwaige Bemerkungen:  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Antrag-  
stellers (Praxisinhabers od. GP)

**Angaben zum anzustellenden Arzt:**

---

1. Vor- und Zuname, akad. Titel: \_\_\_\_\_  
Wohnort, Straße/Nr.: \_\_\_\_\_  
Telefon: privat \_\_\_\_\_ tagsüber: \_\_\_\_\_  
Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Geb.-Ort: \_\_\_\_\_  
Geschlecht: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

---

2. Approbation: \_\_\_\_\_  
Promotion: \_\_\_\_\_  
Facharztanerkennung/Schwerpunktbezeichnung/Zusatzbezeichnung:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

**3. Arztregistereintragung**

ist erfolgt am \_\_\_\_\_ wurde beantragt am \_\_\_\_\_  
bei der Kassenärztlichen Vereinigung \_\_\_\_\_

---

Waren **bzw.** sind Sie bereits als angestellter Arzt in einer Vertragsarztpraxis/MVZ tätig?

ja                      nein

---

**4. Nachweis über die ärztliche Tätigkeit des anzustellenden Arztes vom Zeitpunkt der Approbation bis zum Tage der Antragstellung**

von	bis	Ort	Einrichtung	Stellung/Funktion

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des anzustellenden Arztes

**Achtung! Nur im Falle der Beschäftigung eines angestellten Arztes im Rahmen einer BAG oder eines MVZ erforderlich.**

**Hinweis:**

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 Job-Sharing angestellten Arztes zu einem konkreten Vertragsarzt aus einer mehrgliedrigen Gemeinschaftspraxis ergibt sich aus der Zuweisung arztbezogener Volumina im Rahmen der Honorarverteilung.)

Falls Sie Fragen bezüglich der geforderten Zuordnung oder der Berechnung haben, wenden Sie sich bitte direkt und ausschließlich an das

**Team Jobsharing (Abteilung Abrechnungsdatenmanagement), Tel.: 0231/9432-3003**

---

**Angaben bezüglich der Jobsharing-Zuordnung**

Herr / Frau \_\_\_\_\_ soll ab dem \_\_\_\_\_ als angestellte/r Arzt/Ärztin nach § 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V in der Berufsausübungsgemeinschaft / dem MVZ \_\_\_\_\_ beschäftigt werden.

**Der angestellte Arzt / die angestellte Ärztin wird hinsichtlich des Jobsharings**

**Herrn / Frau Dr. med. \_\_\_\_\_ zugeordnet.**

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift + Stempel aller BAG-Partner / MVZ-Partner

## Erklärung

**im Sinne von §§ 20, 21 Ärzte-ZV**

Ich erkläre hiermit, dass ich nicht drogen- oder alkoholabhängig bin und es auch nicht innerhalb der letzten fünf Jahre war.

Weiterhin erkläre ich, 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.

Ich erkläre, dass ich ab Aufnahme der Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung persönlich und im angegebenen Umfang für die Versorgung der Versicherten zur Verfügung stehe.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

---

Name  
(Stempel oder Druckschrift)

Ich erkläre, 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.

---

Ich erkläre, dass ich zur Zeit in **einem / keinem** (bitte Nichtzutreffendes streichen) Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis oder sonstiger nicht ehrenamtlicher Tätigkeit in einem Umfang von \_\_\_\_\_ Stunden pro Woche/Vollzeit stehe.

Das Beschäftigungsverhältnis oder die sonstige Tätigkeit ist mit Wirkung vom \_\_\_\_\_ gekündigt worden bzw. wird mit \_\_\_\_\_ Stunden pro Woche fortgeführt.

Sollten sich im Hinblick auf das Ende des Beschäftigungsverhältnisses oder der sonstigen Tätigkeit Änderungen ergeben, ist der Zulassungsausschuss der Ärzte und Krankenkassen schriftlich davon in Kenntnis zu setzen.

---

(Ort, Datum)

---

Unterschrift

# Zulassungsausschuss der Ärzte und Krankenkassen für den Regierungsbezirk \_\_\_\_\_

---

## Anschrift:

---

---

---

---

---

LANR:  
BSNR:  
OP-NR.\*

## Erklärung

Hiermit wird das Einverständnis erklärt, dass die nach § 46 Abs. 1 Ärzte-ZV entstandene Gebühr in Höhe von 120,-- EUR von der Vertragsarzt abrechnung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe dem Konto der Buchhaltung gutgeschrieben wird.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift + Stempel

Gb Finanzen

erledigt am: \_\_\_\_\_

**\*(nicht vom Antragsteller auszufüllen)**

## Erläuterungen für die Antragstellung

Dem Antrag auf Beschäftigung eines Angestellten nach § 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V sind nachstehende Unterlagen des angestellten Arztes beizufügen:

- ein Auszug aus dem Arztregister (nicht notwendig, wenn Arzt im Register der KV Westfalen-Lippe eingetragen ist)
- unterschriebener Lebenslauf
- ein polizeiliches Führungszeugnis mit der Bezeichnung "O". Bei der Meldestelle (Einwohnermeldeamt) ist unbedingt anzugeben, dass ein polizeiliches Führungszeugnis zur Vorlage bei einer Behörde beantragt wird. Als Behörde ist oben links im Führungszeugnis anzugeben:  
Zulassungsausschuss der Ärzte  
und Krankenkassen  
Robert-Schimrigk-Straße 4 - 6  
44141 Dortmund.

Dieses polizeiliche Führungszeugnis wird nicht dem antragstellenden Arzt, sondern dem Zulassungsausschuss direkt vom Bundeszentralregister übermittelt.

### Bitte bei Beantragung beachten:

Das Führungszeugnis hat **sechs Monate Gültigkeit**; es darf bei Aufnahme der Tätigkeit nicht älter als 1/2 Jahr sein.

Das polizeiliche Führungszeugnis mit der Bezeichnung "N" (diese Bezeichnung wird von der Meldestelle oben links eingetragen) hat keine Gültigkeit.

- Erklärung des angestellten Arztes über ein bestehendes Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis oder Ausübung einer sonstigen nicht ehrenamtliche Tätigkeit  
(liegt im Vordruck bei)
- Erklärung hinsichtlich Drogen- oder Alkoholabhängigkeit nach § 18 Absatz 2 Nr. 5 Ärzte-ZV  
(liegt im Vordruck bei)
- Erklärung des angestellten Arztes hinsichtlich der Teilnahme am organisierten ärztlichen Notfalldienst  
(liegt im Vordruck bei)
- Antragsgebühr in Höhe von 120,- EUR vom Praxisinhaber. **Es wird um Verständnis gebeten, dass nach § 38 Ärzte-ZV über Ihren Antrag erst nach Entrichtung der nach § 46 Ärzte-ZV zu zahlenden Gebühr verhandelt wird.**

### Hinweis:

Bei Bestandskraft wird eine Verwaltungsgebühr von € 400,00 fällig.

- schriftlicher Arbeitsvertrag mit dem Praxisinhaber bzw. mit der Gemeinschaftspraxis
- Verpflichtungserklärung zur Leistungsbegrenzung (die entsprechende Formularerklärung wird Ihnen zu gegebener Zeit zur Verfügung gestellt)

Originalunterlagen werden unmittelbar nach Einsichtnahme zurückgesandt.

(Anstelle von Urschriften können amtlich beglaubigte Abschriften beigefügt werden.)