

Geschäftsstelle des
Zulassungsausschusses für
Psychotherapie Westfalen-Lippe
Robert-Schimrigk-Str. 4 – 6
44141 Dortmund



Eingangsstempel des
Zulassungsausschusses

E-Mail: ZA-Psychotherapie@KVWL.de
Fax: 0231 9432-86050

Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines angestellten Therapeuten
nach § 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V (Jobsharing)
Teil 1 – (vom Praxisinhaber auszufüllen)

Antragsteller: Praxisinhaber oder Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

Name:	
Vorname:	
Titel (akad. Grad):	

oder Name der Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

Praxisanschrift:

PLZ:		Ort:	
Straße:		Hausnummer:	

BSNR:	
--------------	--

Telefon:		FAX:	
-----------------	--	-------------	--

E-Mail:	
----------------	--

Angaben zur beantragten Anstellung

Name des anzustellenden Therapeuten:	
---	--

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

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

Angaben zum 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

Bitte unbedingt genaue Stundenzahl angeben:

im Umfang von (Wochenstunden):	
---------------------------------------	--

Tätigkeitsort des anzustellenden Therapeuten

Hauptbetriebsstätte

Umfang von (Wochenstunden):	
------------------------------------	--

Nebenbetriebsstätte

Umfang von (Wochenstunden):	
------------------------------------	--

Anschrift :	
--------------------	--

Zweigpraxis

Umfang von (Wochenstunden):	
------------------------------------	--

Anschrift:	
-------------------	--

Nur im Falle der Beschäftigung eines angestellten Therapeuten im Rahmen einer Berufsausübungsgemeinschaft erforderlich

Aufgrund der aktuellen Rechtsprechung durch das BSG sind Genehmigungen für angestellte Therapeuten nicht einem einzelnen Therapeuten 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 Therapeuten zu einem konkreten Vertragstherapeuten aus einer mehrgliedrigen BAG ergibt sich aus der Zuweisung therapeutenbezogener Volumina im Rahmen der Honorarverteilung.)

Der angestellte Therapeut/die angestellte Therapeutin 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 meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben.

(Ort, Datum)

(Stempel und Unterschrift des
Praxisinhabers / **aller** Partner der BAG)

Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines angestellten Therapeuten
nach § 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V (Jobsharing)

Teil 2 – (vom anzustellenden Therapeuten auszufüllen)

Angaben zum anzustellenden Therapeuten

Name:	
Vorname:	
Titel (akad. Grad):	

Geburtsdatum:		Geburtsort:	
----------------------	--	--------------------	--

Wohnort:

PLZ:		Ort:	
Straße:		Hausnummer:	

Telefon:		FAX:	
-----------------	--	-------------	--

E-Mail:	
----------------	--

**Facharztbezeichnung und ggf. Schwerpunkt/Zusatz-Weiterbildung
bei Psychologischen Psychotherapeuten: Approbation**

Ggf. LANR:	
-------------------	--

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).

Name der Institution:	
in (Anschrift)	
im Umfang von (Wochenstunden)	

Eintragung in das Arzt-/Psychotherapeutenregister

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

Ausbildung:

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

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

	in / durch:	Datum:
Staatsexamen:		
deutsche Approbation:		
Berufserlaubnis:		
Med. Promotion:		

Weiterbildung:

Therapeut:	Genauere Bezeichnung:	Prüfung am / Anerkennung am:
Diplom als:		
Anerkennung als:		
Richtlinienverfahren:		
Zusatzbez. Klinische Neuropsychologie		

Arzt:	Genauere Bezeichnung:	Prüfung am / Anerkennung am:
Facharztanerkennung als:		
Schwerpunkt- bezeichnung:		
Fakultative Weiterbildung:		
Besondere Fachkunde:		
Zusatzbezeichnung:*		
Zusatzweiterbildung:		
Richtlinienverfahren:		

*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.

Anlagen: Dem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:

- unterschriebener Lebenslauf
- Auszug aus dem Arzt-/Psychotherapeutenregister (sofern nicht im Bereich der KVWL eingetragen)
- schriftlicher Arbeitsvertrag mit dem Praxisinhaber/ der Berufsausübungsgemeinschaft
- 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 die 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
Therapeuten)