Antrag auf Zulassung als Vertragsarzt im Rahmen des Jobsharing

Wichtiger Hinweis!
Bitte vor Ausdruck des Formulars den zuständigen Regierungsbezirk auswählen (Ort des Praxissitzes)**.**

☐ Regierungsbezirk Stuttgart
☐ Regierungsbezirk Karlsruhe
☐ Regierungsbezirk Freiburg
☐ Regierungsbezirk Tübingen

Hiermit beantrage ich

Name, Vorname: _____ Titel: _____

LANR: _____

Privatadresse:

Straße, Nr.: _____ PLZ, Wohnort: _____

Optionale Angaben:

Telefon privat: _____ Telefon geschäftlich: _____

E-Mail: _____ Fax: _____

die Zulassung im Rahmen des Jobsharing

als Facharzt für _____

mit der/den Schwerpunktbezeichnung/en _____
(Bei mehreren Facharzt- bzw. Schwerpunktbezeichnungen wird die oben angegebene Reihenfolge von der KVBW zur Vergabe der LANR übernommen.)

mit der Zuordnung zur ☐ hausärztlichen Versorgung oder ☐ fachärztlichen Versorgung
(Nur ankreuzen, wenn die Zulassung als Internist ohne Schwerpunktbezeichnung beantragt wird.)

für den Vertragsarztsitz in

PLZ: _____ Ort: _____ Ortsteil: _____

Straße, Nr.: _____

Telefon: _____ Fax: _____

im Landkreis/Stadtkreis: _____

mit Wirkung jeweils zum Quartalsanfang:

☐ 01.01.20__ ☐ 01.04.20__ ☐ 01.07.20__ ☐ 01.10.20__.

_____ _____
(Ort und Datum) (Unterschrift)

Stand: 11/2025

Ich bin im Arztregister bei der Kassenärztlichen Vereinigung _____
in _____ unter der Eintragungs-Nr. _____ am _____
eingetragen.

Eine Eintragung wurde bei der Kassenärztlichen Vereinigung _____
in _____ beantragt.

Eine Zulassung für den Vertragsarztsitz _____ besteht bis zum _____.

Diesem Antrag sind folgende Unterlagen beigefügt:
(Anstelle von Originalen können amtlich beglaubigte Abschriften oder amtlich beglaubigte Fotokopien beigefügt werden.)

☐ Auszug aus dem Arztregister

☐ Bescheinigungen über die bisher ausgeübten ärztlichen Tätigkeiten seit der Approbation (lückenlose Aufstellung siehe nachfolgende Tabelle)

☐ unterzeichneter Lebenslauf

☐ polizeiliches Führungszeugnis (Belegarten N oder O)

☐ Eine Erklärung über zum Zeitpunkt der Antragstellung bestehende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse oder eine andere nicht ehrenamtliche Tätigkeit unter Angabe des zeitlichen Umfangs sowie ggf. Angabe des frühestmöglichen Endes des Beschäftigungsverhältnisses (siehe Anlage 1).

☐ Eine Bescheinigung der Kassenärztlichen Vereinigung, in deren Bereich ich bisher niedergelassen oder zur vertragsärztlichen Tätigkeit zugelassen war. Aus ihr müssen Ort und Dauer der bisherigen Niederlassung oder Zulassung sowie der Grund einer etwaigen Beendigung ersichtlich sein.

☐ Versicherungsbescheinigung nach § 113 Absatz 2 des Versicherungsvertragsgesetzes, aus der sich das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes ergibt (siehe Anlage 2)

Lückenlose Aufstellung der ärztlichen Tätigkeiten seit der Approbation in zeitlicher Reihenfolge:

von	**bis**	**in welcher Stellung (z. B. Vertreter, angestellter Arzt)**	**Einrichtung (z. B. Krankenhaus), Ort**	**Tätigkeitsumfang in Wochenstunden**

Erklärungen:

1. Ich erkläre, dass ich nicht drogen- oder alkoholabhängig bin und auch innerhalb der letzten fünf Jahre nicht gewesen bin. Innerhalb der letzten fünf Jahre habe ich mich keiner Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen. Bei mir bestehen keine gesetzlichen Hinderungsgründe für die Ausübung des ärztlichen Berufes.

2. Ich erkläre, dass ich spätestens drei Monate nach Unanfechtbarkeit des Zulassungsbeschlusses ein ggf. bestehendes Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis oder eine andere nicht ehrenamtliche Tätigkeit beendet habe. Soll ggf. ein Anstellungsverhältnis nach Ablauf der drei Monate weiterhin bestehen bleiben, dann muss ich dieses durch umgehende Vorlage einer Bescheinigung des Arbeitgebers dem Zulassungsausschuss für Ärzte anzeigen.

3. Ich erkläre mein Einverständnis, dass dieser Zulassungsantrag an die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg weitergeleitet werden soll, wenn ich eine der folgenden Tätigkeiten im Rahmen meiner Zulassung ausüben möchte:

   ☐ Belegarzttätigkeit: nähere Informationen unter
   www.kvbawue.de/praxis/niederlassung/vertragsarztpflichten/belegarzt/

   ☐ Kurarzttätigkeit: nähere Informationen unter
   www.kvbawue.de/praxis/niederlassung/vertragsarztpflichten/kurarzt/

_____ _____

(Ort und Datum) (Unterschrift)

Wir beantragen die Genehmigung zur Führung einer Jobsharing-Berufsausübungsgemeinschaft mit Wirkung jeweils zum Quartalsanfang:

☐ 01.01.20__ ☐ 01.04.20__ ☐ 01.07.20__ ☐ 01.10.20__.

in der Rechtsform der ☐ Partnerschaftsgesellschaft
☐ Gesellschaft bürgerlichen Rechts.

Die Reihenfolge der nachfolgend genannten Ärzte wird vom Zulassungsausschuss für Ärzte für die Genehmigung übernommen.

Nachname, Vorname, Praxisadresse	Fachgebiet ggf. Schwerpunkt	Versorgungsbereich hausärztlich	fachärztl.	LANR
1.		☐	☐	
2.		☐	☐	
3.		☐	☐	
4.		☐	☐	
5.		☐	☐	
6.		☐	☐	

Der in die Praxis eintretende Jobsharingpartner soll in der Berufsausübungsgemeinschaft folgendem Vertragsarzt zugeordnet werden:

Name, Vorname: _____.

Dem Antrag auf Genehmigung einer Jobsharing-Berufsausübungsgemeinschaft liegt der Gesellschaftsvertrag im Original oder in amtlich beglaubigter Form bei.

(Ort und Datum)	(Unterschrift)
(Ort und Datum)	(Unterschrift)
(Ort und Datum)	(Unterschrift)
(Ort und Datum)	(Unterschrift)
(Ort und Datum)	(Unterschrift)
(Ort und Datum)	(Unterschrift)

Hinweis:

Für diesen Antrag wird für die Zulassung eine Gebühr in Höhe von EUR 100,00 und für die Berufsausübungsgemeinschaft eine Gebühr in Höhe von EUR 120,00 fällig. Mit der Antragsbestätigung werden wir Ihnen Buchungsnummern mitteilen. Bitte überweisen Sie die Gebühren nur unter Angabe dieser Buchungsnummern.

Bitte beachten Sie, dass die Erbringung und Abrechnung genehmigungspflichtiger Leistungen einer zusätzlichen Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg bedürfen.

www.kvbawue.de/genehmigungspflichtige-leistungen

Das Führen eines Praxisnamens ist über die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) zu veranlassen. Auf Mitteilung kann der Praxisname einer Berufsausübungsgemeinschaft im Arztregister der KVBW eingetragen werden, wenn berufsrechtliche Belange der Namensführung nicht entgegenstehen. Weitere Informationen finden Sie unter www.kvbawue.de.

Anlage 1

Erklärung zu Beschäftigungsverhältnissen

_____
(Name, Vorname)

LANR: _____

Ich erkläre hiermit, dass zum Zeitpunkt meiner jetzigen Antragstellung

☐ keine Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse irgendwelcher Art bestehen.

☐ folgende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse bestehen:

_____
(Art der Tätigkeit)

_____
(Dienststelle usw.)

_____
(Art des Beschäftigungsverhältnisses)

☐ Vollzeitstelle

☐ Teilzeitstelle

mit _____ Wochenstunden.

Ich bin bereit, das Beschäftigungsverhältnis

☐ aufzugeben, und zwar zum

☐ zu reduzieren, und zwar auf _____Wochenstunden ab _____

☐ nicht aufzugeben.

_____ _____
(Datum) (Unterschrift)

Anlage 2

Versicherungsbescheinigung gemäß § 113 Abs. 2 VVG i.V.m. § 95e SGB V über das Bestehen eines Berufshaftpflichtversicherungsschutzes für Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten in Einzelpraxis ohne angestellte Ärzte sowie in Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) ohne angestellte Ärzte

Name und Sitz des Vertragsarztes/Vertragspsychotherapeuten[1] _____

_____

Name und Sitz der BAG (falls zutreffend): _____

Versicherungsschein-Nr. _____

Versicherungsunternehmen: _____

Hiermit bestätigen wir, dass bei uns für den Vertragsarzt/Vertragspsychotherapeuten eine § 95e Abs. 2 SGB V entsprechende Pflichtversicherung gegen die sich aus der Berufsausübung als Vertragsarzt bzw. als Vertragspsychotherapeuten ergebenden Haftpflichtgefahren besteht.

Die Versicherungssumme[2] beträgt (bei BAG: je Vertragsarzt/Vertragspsychotherapeut)[3] EUR _____[4] für Personen- und Sachschäden für jeden Versicherungsfall. Die Leistungen für alle innerhalb eines Jahres (bei BAG: je Vertragsarzt/Vertragspsychotherapeut) verursachten Schäden sind nicht weiter als nach § 95e SGB V zulässig begrenzt.

_____
Ort, Datum

_____
(Faksimilierte) Unterschrift des Versicherungsunternehmens

[1] Da in einer BAG ohne angestellte Ärzte die Versicherungspflicht nach § 95e Abs. 2 SGB V für jeden einzelnen Vertragsarzt gilt, ist grundsätzlich für jeden Vertragsarzt der BAG eine Bescheinigung nach § 113 Abs. 2 VVG auszustellen. Wenn nur eine Bescheinigung für sämtliche in der Berufsausübungsgemeinschaft tätigen Vertragsärzte ausgestellt werden soll, muss bestätigt werden, dass die Berufshaftpflichtversicherung je Vertragsarzt den Anforderungen des § 95 Abs. 2 SGB V entspricht.

[2] Die Mindestversicherungssumme muss nach § 95e Abs. 2 SGB V (bei Berufsausübungsgemeinschaften ohne angestellte Ärzte je Vertragsarzt) mindestens drei Millionen Euro für Personen- und Sachschäden für jeden Versicherungsfall betragen. Die Leistungen des Versicherers für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden dürfen nicht weiter als auf den zweifachen Betrag der Mindestversicherungssumme begrenzt werden.

[3] Mit dem Klammerzusatz werden beide Fälle der möglichen Vertragskonstellation bei einer BAG erfasst (gemeinsamer Versicherungsvertrag für alle darin tätige Vertragsärzte/Vertragspsychotherapeuten und Einzelverträge für die der darin tätigen Vertragsärzte/Vertragspsychotherapeuten).

[4] Anzugeben ist die tatsächliche Versicherungssumme.