

# Antrag auf Zulassung als Psychologischer Psychotherapeut Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut 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: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

die Zulassung im Rahmen des Jobsharing als

Psychologischer Psychotherapeut     Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

im Richtlinienverfahren

- Verhaltenstherapie
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Analytische Psychotherapie
- Systemische Therapie

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)

Ich bin im Arztregister bei der Kassenärztlichen Vereinigung \_\_\_\_\_  
in \_\_\_\_\_ unter der Eintragung-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 psychotherapeutischen 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 vertragspsychotherapeutischen 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 psychotherapeutischen Tätigkeiten seit der Approbation in zeitlicher Reihenfolge:

von	bis	in welcher Stellung (z. B. Vertreter, angestellter Psychotherapeut)	Einrichtung (z. B. Krankenhaus), Ort	Tätigkeits- umfang in Wochen- stunden


**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 psychotherapeutischen 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.

\_\_\_\_\_

(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 Psychotherapeuten wird vom Zulassungsausschuss für Ärzte für die Genehmigung übernommen.

Nachname, Vorname, Praxisadresse	Approbation	Richtlinienverfahren	LANR
1.			
2.			
3.			
4.			

Der in die Praxis eintretende Jobsharingpartner soll in der Berufsausübungsgemeinschaft folgendem Psychotherapeuten 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)

### 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/](http://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](http://www.kvbawue.de).

## 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/  
Psychotherapeuten sowie in Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) ohne angestellte Ärzte/  
Psychotherapeuten**

Name und Sitz des Vertragsarztes/Vertragspsychotherapeuten<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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<sup>2</sup> beträgt (bei BAG: je Vertragsarzt/Vertragspsychotherapeut)<sup>3</sup> EUR \_\_\_\_\_<sup>4</sup> 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

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> 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)

<sup>4</sup> Anzugeben ist die tatsächliche Versicherungssumme.