

An den  
Zulassungsausschuss für Ärzte  
und Psychotherapeuten  
Zulassungsbezirk Berlin

Masurenallee 6A  
14057 Berlin

**Antrag**  
**auf Zulassung zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung im Rahmen des Jobsharings**  
**gemäß § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V**

**Die Jobsharing-Partnerschaft soll bestehen zwischen:**

\_\_\_\_\_ (bereits zugelassene(r) „Seniorpartner\*in“)  
\_\_\_\_\_ (Antragsteller\*in, „Juniorpartner\*in“)

**1. Angaben zum/zur Antragsteller\*in**

Lebenslange Arztnummer (LANR): _____
_____ Titel, Vorname, Name
_____ Privatanschrift
_____ E-Mail-Adresse
_____ Telefonnummer

**2. Beantragung**

<p><b>Ich beantrage die Jobsharing-Zulassung im Umfang von einem</b></p> <p><input type="checkbox"/> vollen Versorgungsauftrag      <input type="checkbox"/> hälftigen Versorgungsauftrag</p> <p><input type="checkbox"/> als Psychotherapeut*in</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> als Psychologischer Psychotherapeut*in</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> als Kinder- und Jugendpsychotherapeut*in</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> als ärztliche(r) Psychotherapeut*in</p> <p style="margin-left: 40px;">_____</p> <p>(Bitte als ärztliche(r) Psychotherapeut*in angeben: Fachgruppe, ggf. Schwerpunkt/Zusatzbezeichnung)</p> <p><b>Geplanter Beginn des Jobsharings:</b> _____ (tt.mm.jjjj)</p> <p><b>Hinweis:</b> Die Jobsharing-Zulassung ist nur zum Beginn eines Quartals möglich. Zwischen dem Datum der Antragstellung und dem gewünschten Beginn der Zusammenarbeit ist zudem unbedingt eine Bearbeitungszeit von einem Quartal zu berücksichtigen.</p>
--

### Angaben zum Praxisstandort

Praxisanschrift

Verwaltungsbezirk

E-Mail-Adresse

Telefonnummer, Faxnummer

### 3. Weitere Zulassungsvoraussetzungen

#### 3.1. Arztregistereintragung

Ich bin im Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung \_\_\_\_\_ eingetragen.

Kopie Arztregisterauszug liegt anbei (nur bei Arztregistereintragung in anderem KV-Bereich außerhalb der KV Berlin notwendig!)

#### 3.2. Aktuelle Beschäftigungsverhältnisse

seit	Art der Tätigkeit	Ort	Umfang in Wochenstunden-arbeitszeit	soll bestehen bleiben
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

### Antragsgebühr

Die gemäß § 46 Ärzte-ZV bei Antragstellung zu entrichtende Verwaltungsgebühr in Höhe von 100,- € wurde

überwiesen am: \_\_\_\_\_

Eine Kopie der Einzahlung liegt den eingereichten Unterlagen bei.

Auch die nach erfolgter Genehmigung zu entrichtende Gebühr in Höhe von 400,-€ werde ich selbst überweisen.

#### Angaben für Ihre Überweisung:

Bankverbindung: Deutsche Apotheker- und Ärztebank e.G.,

Berlin (BLZ 300 606 01) 000 100 3917

BIC: DAAEDEDXXX

IBAN: DE16 3006 0601 0001 0039 17

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

**Hinweis:** Wir weisen darauf hin, dass Sie im Rahmen der Zulassung genehmigungspflichtige Leistungen erst dann erbringen und abrechnen dürfen, **nachdem** die Kassenärztliche Vereinigung Berlin die Abrechnungsgenehmigung für die entsprechenden Leistungen erteilt hat. Hierzu sind, unter Beifügung der erforderlichen Nachweise, Anträge auf Abrechnungsgenehmigung für qualitätsgesicherte Leistungen parallel zu diesem Antrag in der Abteilung Qualitätssicherung einzureichen. Die Antragsformulare sowie die Kontaktdaten der Sachbearbeiter\* innen finden Sie unter: <https://www.kvberlin.de/fuer-praxen/alles-fuer-den-praxisalltag/qualitaetssicherung/genehmigungspfl-leistungen>.

Bei Fragen rund um die Abrechnungsgenehmigungen wenden Sie sich bitte an die Abteilung Qualitätssicherung der KV Berlin.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Antragsteller\*in

#### **Anlagen**

Drogen- und Trunksucherklärung

Gemeinsame Erklärung

Checkliste

Allgemeine Hinweise der Geschäftsstelle

Anhang zum Antrag auf Jobsharing-Zulassung

Informationen für die Praxis: Genehmigungspflichtige Leistungen für PPT/KJP

---

Name, Vorname

### **Erklärung hinsichtlich Drogen- bzw. Trunksucht gem. § 18 Abs. 2 Nr. 5 Ärzte ZV**

Hiermit erkläre ich, dass ich nicht drogen- oder alkoholabhängig bin oder dies innerhalb der letzten fünf Jahre gewesen bin. Ich habe mich innerhalb der letzten fünf Jahre keiner Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen. Der Ausübung des ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Berufes stehen keine gesetzlichen Hinderungsgründe entgegen.

Außerdem erkläre ich, dass kein strafrechtliches Ermittlungsverfahren im Zusammenhang mit der Ausübung meiner ärztlichen Tätigkeit sowie kein Verfahren über die -auch vorläufige- Entziehung, das Ruhen der Approbation gegen mich anhängig ist bzw. war.

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter <https://www.kvberlin.de/andere-seiten/datenschutzerklaerung>.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des/der Antragstellers/Antragstellerin

### **§ 21 Ärzte-ZV**

<sup>1</sup>Ungeeignet für die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit ist ein Arzt, der aus gesundheitlichen oder sonstigen in der Person liegenden schwerwiegenden Gründen nicht nur vorübergehend unfähig ist, die vertragsärztliche Tätigkeit ordnungsgemäß auszuüben. <sup>2</sup>Das ist insbesondere zu vermuten, wenn er innerhalb der letzten fünf Jahre vor seiner Antragstellung drogen- oder alkoholabhängig war. <sup>3</sup>Wenn es zur Entscheidung über die Ungeeignetheit zur Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit nach Satz 1 erforderlich ist, verlangt der Zulassungsausschuss vom Betroffenen, dass dieser innerhalb einer vom Zulassungsausschuss bestimmten angemessenen Frist das Gutachten eines vom Zulassungsausschuss bestimmten Arztes über seinen Gesundheitszustand vorlegt. <sup>4</sup>Das Gutachten muss auf einer Untersuchung und, wenn dies ein Amtsarzt für erforderlich hält, auch auf einer klinischen Beobachtung des Betroffenen beruhen. <sup>5</sup>Die Kosten des Gutachtens hat der Betroffene zu tragen. Rechtsbehelfe gegen die Anordnung nach Satz 3 haben keine aufschiebende Wirkung.

## Erklärung

Gemäß § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V (Ausnahmeregelung für die Zulassung von Ärzten/Ärztinnen/Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen in gesperrten Planungsbereichen) erklären wir

\_\_\_\_\_  
Vertragsarzt/-ärztin/psychotherapeut\*in

\_\_\_\_\_  
Antragsteller\*in

die bisherige

Einzelpraxis

Berufsausübungsgemeinschaft

in \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Berlin, Verwaltungsbezirk \_\_\_\_\_,

ab dem \_\_\_\_\_ (tt.mm.jjjj)

(Hinweis: Die Jobsharing-Zulassung ist nur zum Beginn eines Quartals möglich. Zwischen dem Datum der Antragstellung und dem gewünschten Beginn der Zusammenarbeit ist zudem unbedingt eine Bearbeitungszeit von einem Quartal zu berücksichtigen.) gemeinschaftlich zu führen.

Eine Kopie des Gesellschaftsvertrags liegt dem Antrag bei.

Es ist uns bekannt, dass die beantragte Zulassung für den/die neu hinzukommende(n) Arzt/Ärztin/Psychotherapeuten/Psychotherapeutin (Antrag und zugehörige Unterlagen sind beigefügt) an die zu gründende Berufsausübungsgemeinschaft gebunden bleibt, solange im Planungsbereich Zulassungsbeschränkungen bestehen. Wir erklären uns bereit, während dieses Zeitraums den zum Zeitpunkt der Antragstellung bestehenden Praxisumfang nach Art und Menge der Leistungen nicht wesentlich zu überschreiten.

Ferner ist uns bekannt, dass über die beantragte Zulassung und Bildung der Berufsausübungsgemeinschaft erst dann entschieden werden kann, wenn die vom Zulassungsausschuss festgelegten und uns zu übermittelnden Leistungsbeschränkungen von uns anerkannt werden.

Die Verwaltungsgebühren in Höhe von **120,- Euro je Mitglied der beantragten Berufsausübungsgemeinschaft** im vorliegenden Fall insgesamt: \_\_\_\_\_ € wurden entrichtet.

Kopien der Einzahlungsbelege liegen den eingereichten Unterlagen bei.

Stempel

\_\_\_\_\_  
Vertragsarzt/-ärztin/psychotherapeut\*in  
(Seniorpartner\*in)

\_\_\_\_\_  
Antragsteller\*in (Juniorpartner\*in)

Berlin, den \_\_\_\_\_

### Checkliste:

- Lebenslauf** mit aktuellem Datum und Unterschrift
- Erklärung zu Rauschgift- und Trunksucht** im Original mit aktuellem Datum und Unterschrift
- Gemeinsame Erklärung** von Antragsteller\*in (Juniorpartner\*in) und bereits Zugelassenem/Zugelassener (Seniorpartner\*in)
- Versicherungsbescheinigung nach §113 Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz** als Nachweis für das Bestehen einer nach § 95e SGB V ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung. **Nutzen Sie gerne dafür die auf der Webseite der KV Berlin zur Verfügung gestellten Musterbescheinigungen!** Weitere Informationen finden Sie unter „Allgemeine Hinweise der Geschäftsstelle“
- ggf. Erklärung zu bestehenden Arbeitsverhältnissen bzw. Kündigungsbestätigung
- ggf. Beleg über Zahlung der Antragsgebühr
- Kopie der Bestätigung der Behörde über die Beantragung eines polizeilichen Führungszeugnisses** der Belegart O (Behördenführungszeugnis) der/des Zuzulassenden, das an den Zulassungsausschuss adressiert wird und diesem direkt zugeht und zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht älter als 6 Monate sein darf.

Polizeiliches Führungszeugnis  
beantragt am: \_\_\_\_\_

bei: \_\_\_\_\_

Behörde: \_\_\_\_\_

- Nur für den Fall, dass Sie nicht im Arztregister der KV Berlin eingetragen sind:** Auszug aus dem Arztregister der jeweiligen KV, 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.
- Nur, falls Sie außerhalb von Berlin bereits niedergelassen waren:** Bescheinigungen der entsprechenden Kassenärztlichen Vereinigung, aus der sich Ort und Dauer der bisherigen Niederlassung oder Zulassung und der Grund einer etwaigen Beendigung ergeben.

**Folgende Unterlagen sind für die Gründung bzw. Veränderung der Berufsausübungsgemeinschaft erforderlich:**

- Antrag auf Gründung bzw. Veränderung einer öBAG/üBAG
- Beleg über die erfolgte Entrichtung der Antragsgebühr
- Kopie des unterschriebenen Gesellschaftsvertrags (keine Entwürfe!)

Alle Antragsformulare und weitere Informationen finden Sie auf der Internetseite der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin <http://www.kvberlin.de>.

- Für Ihre Unterlagen -  
**Allgemeine Hinweise der Geschäftsstelle**

Anträge dürfen dem Zulassungsausschuss nur dann zur Beratung vorgelegt werden, wenn diese vollständig und entscheidungsreif eingereicht werden.

Wir weisen 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. Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter <https://www.kvberlin.de/andere-seiten/datenschutzerklaerung>

**Wichtiger Hinweis:**

Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung hat der Gesetzgeber die Verpflichtung zum **Nachweis eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes** zur vertragsärztlichen/vertragspsychotherapeutischen Pflicht erhoben. Der Leistungserbringer hat den Nachweis gegenüber dem Zulassungsausschuss zu erbringen bei Stellung des Antrags auf Zulassung, Ermächtigung, Genehmigung einer Anstellung sowie auf Verlangen des Zulassungsausschusses.

- **Wer ist zum Nachweis des Berufshaftpflichtversicherungsschutzes verpflichtet?**

Verpflichtet zum Nachweis sind alle zur vertragsärztlichen/vertragspsychotherapeutischen Versorgung zugelassenen Ärzte/Ärztinnen, Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen, Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinische Versorgungszentren, und zwar für sich selbst und für bei ihnen Angestellte, die an der vertragsärztlichen/vertragspsychotherapeutischen Versorgung mitwirken. Ermächtigte Ärzte/Ärztinnen und Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen sind ebenfalls hierzu verpflichtet.

- **In welcher Form ist der Nachweis zu führen?**

Der Nachweis ist durch Vorlage einer Bescheinigung des Versicherers nach § 113 Abs. 2 VVG Versicherungsvertragsgesetz zu führen. Vorläufige Deckungszusagen sind nicht ausreichend.

- **Wie hoch muss der Versicherungsschutz sein?**

Ein Berufshaftpflichtversicherungsschutz ist ausreichend, wenn das individuelle Haftungsrisiko des Vertragsarztes versichert ist; die jeweilige Mindestversicherungssumme darf nicht unterschritten werden. Die Leistungen des Versicherers für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden dürfen nicht weiter als auf den zweifachen bzw. dreifachen Betrag der Mindestversicherungssumme begrenzt werden.

**Übersicht über die Mindestsummen und Begrenzung**

Nachweispflichtige	Mindestversicherungssumme je Versicherungsfall	Begrenzung für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden
Vertragsarzt/-ärztin (für sich selbst und ggf. bei ihnen nach § 95 Abs. 9 SGB V Angestellte)  gilt auch für Berufsausübungsgemeinschaften ohne Angestellte	3 Mio. Euro  Mit Angestellten: 5 Millionen Euro	Nicht weiter als zweifacher Betrag der Mindestversicherungssumme p.a.  Mit Angestellten: nicht weiter als dreifacher Betrag der

		Mindestversicherungssumme p.a.
Vertragspsychotherapeut*in (für sich selbst und ggf. bei ihnen nach § 95 Abs. 9 SGB V Angestellte)	3 Mio. Euro  Mit Angestellten: 5 Mio. Euro	Nicht weiter als zweifacher Betrag der Mindestversicherungssumme p.a.  Mit Angestellten: nicht weiter als dreifacher Betrag der Mindestversicherungssumme p.a.
Medizinische Versorgungszentren	5 Mio. Euro	Nicht weiter als dreifacher Betrag der Mindestversicherungssumme p.a.
Berufsausübungsgemeinschaft <b>mit</b> Angestellten	5 Mio. Euro	Nicht weiter als dreifacher Betrag der Mindestversicherungssumme p.a.
Ermächtigte(r) Arzt/Ärztin/ Psychotherapeut*in	3 Mio. Euro (oder Nachweis über anderweitigen Versicherungsschutz, z.B. Betriebshaftpflichtversicherung)	Nicht weiter als dreifacher Betrag der Mindestversicherungssumme p.a.

- **Welche Folgen hat es, wenn der Nachweis nicht geführt wird?**

Der Nachweis ist zunächst bei Stellung der o.g. Anträge zu führen. Erlangt der Zulassungsausschuss zudem Kenntnis darüber, dass kein oder kein ausreichender Berufshaftpflichtversicherungsschutz besteht, kann dies zum Ruhen oder zur Entziehung der Zulassung führen. Nachzulesen in: § 95e SGB V



**Anhang**  
**Antrag auf Jobsharing-Zulassung**  
**Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen**

Wir weisen 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. Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter <https://www.kvberlin.de/andere-seiten/datenschutzerklaerung>

- **Zur Zulassung mit Leistungsbegrenzung (Jobsharing)**

**Grundlagen der Jobsharing-Zulassung**

Gemäß § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V ist die Zulassung nur möglich bei Abgabe der Verpflichtungserklärung des/der Antragstellers/Antragstellerin und des/der bereits Zugelassenen, auch nach der Jobsharing-Zulassung Art und Umfang der bisherigen Leistungserbringung nicht wesentlich zu erhöhen. Diese Leistungsbeschränkung gilt generell für die Dauer der Jobsharing-Zulassung in der Praxis. Der/Die gem. dieser Regelung Zugelassene wird nicht in die Bedarfsplanung einbezogen. Somit ist die Jobsharing-Zulassung auch in gesperrten Planungsbereichen möglich.

**Qualifikation des/der Jobsharing-Zugelassenen, Bedingungen und Umfang der Beschäftigung**

Der/Die Jobsharing-Zugelassene muss bei Antragstellung bereits die Facharztanerkennung oder den Nachweis als Praktischer Arzt haben sowie im Arztregister eingetragen sein. Bei einer Jobsharing-Zulassung gem. § 101 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 SGB V ist nur die Zusammenarbeit von Ärzten/ Ärztinnen/Psychotherapeut\*innen der gleichen Fachgruppe möglich – Ausnahme: Allgemeinmediziner, Prakt. Ärzte, hausärztlich tätige Internisten sowie Ärzte der Gruppe der Nervenärzte, weitere Ausnahmen sind in § 41 Bedarfsplanungs-RiLi geregelt.

Fachidentität im Sinne des § 101 Abs. 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V liegt vor, wenn der/die Jobsharing-Zugelassene (Juniorpartner\*in) mit dem/die bereits Zugelassenen (Seniorpartner\*in) in der Facharztkompetenz und, sofern eine entsprechende Bezeichnung geführt wird, in der Schwerpunktkompetenz übereinstimmt; die Regelungen nach § 41 der Bedarfsplanungs-Richtlinien gelten entsprechend. Dabei genügt eine übereinstimmende Facharztkompetenz, wenn der Vertragsarzt/-ärztin mehrere Bezeichnungen führt. Ebenso genügt die Übereinstimmung mit der Facharztkompetenz eines von mehreren Mitgliedern einer Berufsausübungsgemeinschaft.

Die Grenzen des Fachgebietes des/der Jobsharing-Zugelassenen können nicht überschritten werden, auch wenn der/die hinzukommende Jobsharing-Zugelassene darüberhinausgehende Qualifikationen hat. Hingegen können innerhalb des Fachgebietes des/der Jobsharing-Zugelassenen bei Vorlage zusätzlicher Qualifikationen des/der Jobsharing-Zugelassenen genehmigungspflichtige Leistungen durch den/die Jobsharing-Zugelassenen erbracht und abgerechnet werden, sofern die hierfür erforderlichen Abrechnungsgenehmigungen erteilt wurde.

**Beginn der Jobsharing-Zulassung und Bearbeitungsdauer des Antrags:**

**Bitte beachten Sie bei Ihrer Planung, dass der Beginn der Jobsharing-Zulassung aufgrund der festzulegenden Leistungsobergrenzen nur zum Beginn eines Quartals und nicht rückwirkend genehmigt wird. Der Antrag ist aufgrund des zweistufigen Genehmigungsverfahrens mindestens ein Quartal vor dem gewünschten Beginn der Jobsharing-Zulassung unter Beifügung aller im Formblatt genannten Unterlagen einzureichen.**

So ist der Antrag beispielsweise für einen Beginn der Jobsharing-Zulassung zum 01.07.2023 spätestens bis zum 31.03.2023 einzureichen. Anträge, die in diesem Beispiel erst nach dem 31.03.2023 eingereicht werden, können frühestens zum 01.10.2023 berücksichtigt werden.

In die Tagesordnung der Sitzungen des Zulassungsausschusses werden nur Anträge aufgenommen, für die alle erforderlichen Unterlagen vollständig vorliegen. Bitte beachten Sie daher unbedingt die Ihnen im Verlauf der Antragsbearbeitung durch die Geschäftsstelle mitgeteilten Hinweise und Fristen. Der Antrag auf Jobsharing-Zulassung ist unter Beachtung der vorgenannten Hinweise **spätestens 3 Monate vor dem als Beginn der Jobsharing-Zulassung geplanten Quartalsbeginn** an den Zulassungsausschuss für Ärzte und Psychotherapeuten, Masurenallee 6A, 14057 Berlin zu richten. Anderenfalls kann die Jobsharing-Zulassung erst zu einem späteren Quartalsbeginn genehmigt werden.

**Beachten Sie bitte auch, dass**

- **die Tätigkeit eines/einer Ärztin/Arztes/Psychotherapeuten/Psychotherapeutin in der Vertragsarztpraxis bzw. Vertragspsychotherapeutenpraxis nicht bereits nach Beantragung, sondern erst nach erteilter Genehmigung durch den Zulassungsausschuss oder den Vorstand statthaft ist**
- **kein Anspruch auf die Vergütung von Leistungen besteht, die im Rahmen einer nicht genehmigten Tätigkeit in der Vertragsarztpraxis/Vertragspsychotherapeutenpraxis erbracht werden.**

#### **Berechnung der Leistungsmengenobergrenze auf der Grundlage des bisherigen Leistungsumfangs der Praxis**

Nach Vorliegen des Antrages fordert der Zulassungsausschuss **die zum Zeitpunkt der Antragstellung vorliegenden letzten vier Quartalsabrechnungen aus eigener Tätigkeit des/der bereits Zugelassenen** von der KV Berlin an und legt auf dieser Basis plus jeweils 3% vom Fachgruppendurchschnitt die Obergrenzen für die Punktzahl und das Honorar quartalsbezogen fest und übermittelt dem/der Antragsteller\*in diese Werte. Weiter zurückliegende Quartale können keine Berücksichtigung finden. Sollen noch nicht vorliegende Abrechnungen aktueller Quartale als Basis herangezogen werden, ist der Antrag auf Genehmigung der Jobsharing-Zulassung erst dann zu stellen, wenn diese Abrechnungen vorliegen. Urlaub oder Krankheit in den Basisquartalen finden keine Berücksichtigung.

Sollte im Nachhinein eine rechnerische Richtigstellung der zugrundeliegenden Abrechnungsquartale erfolgen, werden auch die Leistungsgrenzen rückwirkend entsprechend angepasst.

**Vorsorglich weist der Zulassungsausschuss auf Folgendes hin:**

Sollte das Punktzahlvolumen in den zu berücksichtigenden Quartalen unter Einbeziehung einer ungenehmigten Beschäftigung eines Assistenten in der Praxis erzielt worden sein bzw. zum Zeitpunkt der Antragstellung ein Disziplinar- oder Ermittlungsverfahren mit Bezug auf die bei der Antragsbearbeitung heranzuziehenden Quartalsabrechnungen laufen, kann über den Antrag auf Jobsharing-Zulassung i.d.R. erst nach Klärung dieser Angelegenheiten entschieden werden.

#### **Berechnung der Leistungsmengenobergrenze auf der Basis des Fachgruppendurchschnitts**

Liegen weniger als vier Quartalsabrechnungen des/der Vertragsarztes/-ärztin/-psychotherapeuten/-psychotherapeutin aus **eigener** Tätigkeit zum Zeitpunkt der Antragstellung vor, ist der Fachgruppendurchschnitt der letzten vier Quartalsabrechnungen als Basis der Leistungsobergrenzen heranzuziehen.

Wenn der/die Antragsteller\*in im Basiszeitraum Mitglied einer Berufsausübungsgemeinschaft war, die zum Zeitpunkt der Antragstellung bzw. der geplanten Anstellung nicht mehr besteht, wird sein/ihr Anteil gemäß

der vorliegenden Teilungserklärung bei Auflösung der Berufsausübungsgemeinschaft berücksichtigt. Bei der Übernahme einer Praxis kann i.d.R. nicht auf die Punktzahlvolumina des bisherigen, nun ausgeschiedenen Praxisinhabers zurückgegriffen werden. Beantragt der/die Praxisnachfolger\*in eine Job-Sharing-Partnerschaft bevor vier Quartalsabrechnungen aus eigener Tätigkeit nach Praxisübernahme vorliegen, ist der Fachgruppendurchschnitt heranzuziehen. Eine Ausnahme hierbei wird gemacht, wenn der/die bisherige Praxisinhaber\*in als Angestellte(r) weiterhin in der Praxis tätig wird.

### **Anerkennung der Leistungsobergrenzen durch den/die Antragsteller\*in**

Nach Feststellung der Leistungsobergrenzen durch den Zulassungsausschuss auf der Basis, der durch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin bereitgestellten Punktzahl- und Honorarvolumina bzw. Fachgruppendurchschnitte werden diese dem/der Antragsteller\*in und dem/der bereits Zugelassenen übermittelt.

Innerhalb von vier Wochen nach Zugang der Punktwertfestlegung hat der/die Antragsteller\*in und dem/der bereits Zugelassenen zu entscheiden, ob sie auf dieser Basis tätig werden möchten, was sie durch Rücksendung der von ihnen unterschriebenen Erklärung bekunden.

Liegt diese Erklärung dem Zulassungsausschuss nach Ablauf von vier Wochen nach Zustellung nicht vor, erlischt der Antrag, ohne dass eine Entscheidung darüber getroffen wird.

### **Verbindlichkeit der Leistungsobergrenzen, Neuberechnung bzw. Anpassung nach Beginn der Zusammenarbeit**

Die in den Beschluss über die Genehmigung der Jobsharing-Zulassung aufzunehmenden Leistungsbeschränkungen sind für die Dauer der Jobsharing-Zulassung verbindlich. Sie betreffen die Gesamtheit von budgetierten und nicht budgetierten Leistungen, die von der Praxis zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht und abgerechnet werden. Wenn die vorgegebenen Punktzahlvolumina im Abrechnungsquartal überschritten werden, erfolgt eine sachlich-rechnerische Berichtigung (Kappung) bis auf die jeweils festgelegte Obergrenze des betreffenden Quartals.

Die Ermittlung und Übermittlung des Anpassungsfaktors bezogen auf die künftige Entwicklung des Fachgruppendurchschnitts gem. § 45 Bedarfsplanungs-Richtlinie erfolgt durch die KV Berlin.

Wenn Änderungen des EBM oder vertragliche Vereinbarungen, die für das jeweilige Fachgebiet maßgeblich sind, Auswirkungen auf die Berechnungsgrundlagen haben, besteht für die Praxisinhaber das Recht, einen Antrag auf Neubestimmung der Leistungsbeschränkung zu stellen. Die Kassenärztliche Vereinigung Berlin oder die Landesverbände der Krankenkassen und Verbände der Ersatzkassen können eine Neuberechnung beantragen, wenn Änderungen der Berechnung der für die Obergrenzen maßgeblichen Faktoren eine spürbare Veränderung bewirken und die Beibehaltung der durch den Zulassungsausschuss festgestellten Gesamtpunktzahlvolumina im Verhältnis zu den Ärzten/ Ärztinnen/Psychotherapeut\*innen der Fachgruppe eine nicht gerechtfertigte Bevorzugung / Benachteiligung darstellen würde.

Veränderungen, die individuell die Praxis betreffen wie beispielsweise der Erwerb weiterer Qualifikationen oder die verstärkte Nachfrage von Patienten, führen dagegen **nicht** zu einer Neuberechnung bzw. Anpassung der Leistungsobergrenzen. Wenn das individuelle Leistungsspektrum der Praxis verändert oder erweitert wird, sind entsprechend andere Leistungen einzuschränken. Somit muss der/die Antragsteller\*in davon ausgehen, dass eine Leistungsmengenausweitung im Zeitraum der Anstellung nicht möglich ist. Entsprechend sollte eine Jobsharing-Zulassung nur dann beantragt werden, wenn die letzten vier vorliegenden Quartalsabrechnungen ein Leistungsvolumen ausweisen, das der/die Praxisinhaber\*in mit einem/einer Jobsharing-Zugelassenen ohne weiteren Leistungsmengenzuwachs zu teilen bereit ist.



### Qualitätsgesicherte Leistungen für Psychologische Psychotherapeut:innen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen

Für die Durchführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen bedarf es einer besonderen Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin. Dies gilt für sämtliche an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Psychotherapeut:innen.

#### Eine Genehmigung wird nicht rückwirkend erteilt.

Die Erlaubnis zur Leistungserbringung sowie ein Honoraranspruch für diese Leistungen bestehen erst ab Erteilung einer Abrechnungsgenehmigung.

Bei eingeschränkter Zulassung (z. B. Sonderbedarfszulassung) und Ermächtigung werden nur die Leistungen genehmigt, für die Sie zugelassen bzw. ermächtigt sind.

Die Antragsformulare sind hier zu finden:

[www.kvberlin.de](http://www.kvberlin.de) > Für Praxen > Alles für den Praxisalltag > Qualitätssicherung > Genehmigungspf. Leistungen

Qualitätsgesicherte Leistungen für Psychologische Psychotherapeut:innen	(030) 31003-	E-Mail
---	-----------------	--------

Neuropsychologische Therapie	409	<a href="mailto:QS-Team-4@kvberlin.de">QS-Team-4@kvberlin.de</a>
Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing (EMDR)	376	
Psychoanalyse als Einzel- und/oder Gruppenbehandlung bei Erwachsenen und/oder Kindern und Jugendlichen		
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als Einzel- und/oder Gruppenbehandlung bei Erwachsenen und/oder Kindern und Jugendlichen		
Soziotherapie		
Übende und suggestive Verfahren		
Verhaltenstherapie als Einzel- und/oder Gruppenbehandlung bei Erwachsenen und/oder Kindern und Jugendlichen		
Systemische Therapie		
Videosprechstunde	389	<a href="mailto:Videosprechstunde@kvberlin.de">Videosprechstunde@kvberlin.de</a>

Qualitätsgesicherte Leistungen für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen	(030) 31003-	E-Mail
--	-----------------	--------

Neuropsychologische Therapie	409	<a href="mailto:QS-Team-4@kvberlin.de">QS-Team-4@kvberlin.de</a>
Psychoanalyse als Einzel- und/oder Gruppenbehandlung bei Kindern und Jugendlichen	376	
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als Einzel- und/oder Gruppenbehandlung bei Kindern und Jugendlichen		
Soziotherapie		
Übende und suggestive Verfahren		
Verhaltenstherapie als Einzel- und/oder Gruppenbehandlung bei Kindern und Jugendlichen		
Videosprechstunde	389	<a href="mailto:Videosprechstunde@kvberlin.de">Videosprechstunde@kvberlin.de</a>