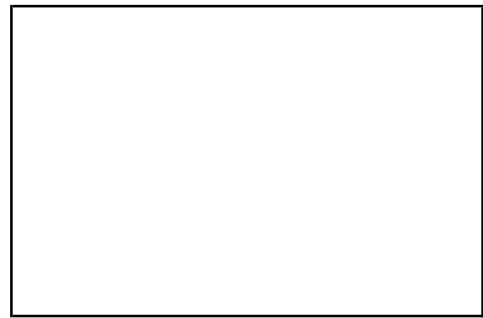


Zulassungsausschuss für Ärzte  
- Hamburg -  
Postfach 76 06 20  
22056 Hamburg



Praxisstempel

## Antrag auf Arbeitszeiterhöhung bei einem bereits angestellten Arzt/Psychotherapeuten

**Hinweis:** Bei einer Arbeitszeiterhöhung im Rahmen einer partiellen Aufhebung oder eines Praxisnachfolgeverfahren bitte das Formular "Antrag auf Anstellung oder Arbeitszeiterhöhung bei einem Vertragsarzt / Vertragspsychotherapeuten / in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ)" bzw. "Antrag auf Anstellung oder Arbeitszeiterhöhung bei einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)" ausfüllen.

**Hinweis:** Im Folgenden wird aus Vereinfachungsgründen als geschlechtsneutrale Bezeichnung die männliche Form verwendet. Zudem werden unter der Bezeichnung "Vertragsarzt" auch Vertragspsychotherapeuten (einschließlich Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) verstanden.

**Datenschutz:** Die Information der betroffenen Person bei der Erhebung von personenbezogenen Daten gemäß Art. 13 und 14 DSGVO der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) finden Sie im Internet unter: <https://www.kvvh.net/de/praxis/recht-vertraege/datenschutz.html>. Sofern Sie keinen Internetzugang haben oder aus sonstigen Gründen eine Übersendung in Papierform wünschen, teilen Sie uns dies bitte mit.

### Name des Antragstellers

(ggf. Titel) Vorname, Name / Medizinisches Versorgungszentrum

### Bei einer Berufsausübungsgemeinschaft

**Hinweis:** Es sind alle BAG-Partner anzugeben. Reicht der Platz für die Eintragungen auf dieser Seite nicht aus, kopieren Sie bitte diese Seite in ausreichender Anzahl.

1. (ggf. Titel) Vorname Name

2. (ggf. Titel) Vorname Name

3. (ggf. Titel) Vorname Name

### Daten des Anzustellenden

(ggf. Titel) Vorname Name

Die Arbeitszeiterhöhung wird beantragt zum:

	.		.				

In welchem Umfang soll der Angestellte zukünftig tätig werden?

Stunden / Woche (zukünftig)

bisher genehmigte Stunden/Woche

**Hinweis:** Eine detaillierte Übersicht über Arbeitszeiten und die entsprechenden Anrechnungsfaktoren finden Sie auf dem Informationsblatt zur Anstellung eines Arztes. Das Informationsblatt "Anstellung eines Arztes in Fachgebieten für die Zulassungsbeschränkungen bestehen" finden Sie unter dem Stichwort "Anstellung" unter [www.kvvh.net](http://www.kvvh.net).

☐ im Rahmen des **Jobsharings** gemäß § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V

☐ im **nicht** gesperrten Fachgebiet

☐ nach **Beendigung** der Tätigkeit des Arztes:

(ggf. Titel) Vorname Name

Ende der Tätigkeit zum

			.		.				
--	--	--	---	--	---	--	--	--	--

☐ nach **Reduzierung** der Arbeitszeit des Arztes:

(ggf. Titel) Vorname Name

Reduzierung ab

			.		.				
--	--	--	---	--	---	--	--	--	--

Stunden / Woche nach Reduzierung:

--

➔ Änderung / Ergänzung zum Arbeitsvertrag

### Dem Antrag werden folgende Unterlagen des Anzustellenden beigefügt:

➔ Erklärung über bestehende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse (Seiten 3 und 4)

➔ Arbeitsvertrag, aus dem Arbeitsort und Arbeitszeit der vertragsärztlichen Tätigkeit hervorgehen; ggf. Nachträge

### Erklärung

**Ich/Wir versicher/n die RICHTIGKEIT UND VOLLSTÄNDIGKEIT meiner/unserer Angaben. Änderungen oder Ergänzungen werde/n ich/wir dem Zulassungsausschuss unverzüglich schriftlich unter Einreichung der erforderlichen Unterlagen mitteilen.**

**Hinweis:** Reicht der Platz für die Eintragungen auf dieser Seite nicht aus, kopieren Sie bitte diese Seite in ausreichender Anzahl.

Ort und Datum

Unterschrift, ggf. des BAG-Partners

Unterschrift, ggf. des BAG-Partners

Unterschrift, ggf. des BAG-Partners

Name in Druckbuchstaben

Name in Druckbuchstaben

Name in Druckbuchstaben

### Gebühren

**Hinweis:** Bei der Nachbesetzung einer genehmigten Anstellung werden die nachstehend aufgeführten Gebühren um die Hälfte reduziert.

Für diesen Antrag wird eine Gebühr in Höhe von **120,00 €** (§ 46 Abs. 1 lit c Ärzte-ZV) erhoben, die mit der Stellung des Antrags fällig wird. Ich/Wir erkläre/n mich/uns damit einverstanden, dass die für diesen Antrag fällige Gebühr von 120,00 € von meinem/unseren aktuell gültigen Honorar-Konto bei der KVH abgebucht wird.

Ort und Datum

Unterschrift, ggf. des BAG-Partners

Unterschrift, ggf. des BAG-Partners

Unterschrift, ggf. des BAG-Partners

Name in Druckbuchstaben

Name in Druckbuchstaben

Name in Druckbuchstaben

**Empfehlung:** Informieren Sie sich vor Antragstellung in der Abteilung Mitgliederservice und Beratung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg unter der Telefonnummer 040/22 80 2-802 über mögliche Auswirkungen auf Ihr Honorar.



Die folgenden Punkte lassen Sie bitte von Ihrem angestellten Arzt ausfüllen und unterschreiben.

**Erklärung / Angaben des Angestellten über BESTEHENDE Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse / selbstständige oder freiberufliche Tätigkeiten**

**Hinweis:** Reichen Sie für jedes Ihrer Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse eine separate Erklärung ein. Bitte kopieren Sie bei Bedarf diese und die folgende Seite.

**Hinweis:** Sofern es sich um eine Tätigkeit im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung handelt, darf die Summe der bedarfsplanerischen Anrechnungsfaktoren nach der Bedarfsplanungs-Richtlinie einen Faktor von insgesamt 1,0 nicht überschreiten. Vor Erhöhung dieser vertragsärztlichen Tätigkeit ist deshalb ggf. eine Beendigung bzw. Reduzierung der weiteren vertragsärztlichen Tätigkeiten erforderlich (Rechtsprechung des Bundessozialgerichts).

**(ggf. Titel) Vorname Name**

**Ich erkläre hiermit, dass**

- ☐ keine weiteren Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse irgendwelcher Art bestehen
- ☐ keine weiteren selbstständigen / freiberuflichen Tätigkeiten ausgeübt werden
- ☐ folgende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse bestehen
- ☐ folgende selbstständige / freiberufliche Tätigkeiten ausgeübt werden

Arbeitgeber

Anschrift

Tätigkeit als

Stunden/Woche

**Dabei handelt es sich um:**

- ☐ eine Anstellung:    ➔    ☐ im MVZ / beim Arzt / in einer BAG
- ☐ im Krankenhaus
- ☐ eine selbstständige / freiberufliche Tätigkeit

**Erklärung / Angaben des Angestellten (nach Genehmigung der Arbeitszeiterhöhung)**

**Sind Sie bereit, nach Genehmigung der Arbeitszeiterhöhung das zur Zeit bestehende Dienst- / Beschäftigungsverhältnis aufzugeben?**

- ☐ nein
- ☐ ja und zwar zum 

		.		.		
--	--	---	--	---	--	--
- ☐ ja und zwar spätestens 3 Monate nach Bestandskraft des Beschlusses

**oder**

**Nach Genehmigung der Arbeitszeiterhöhung:**

- ☐ werde ich die Arbeitszeit des bestehenden Dienst- / Beschäftigungsverhältnisses spätestens 3 Monate nach Bestandskraft des Beschlusses auf \_\_\_\_\_ Stunden / Woche reduzieren.
- ☐ werde ich die Arbeitszeit des bestehenden Dienst- / Beschäftigungsverhältnisses auf \_\_\_\_\_ Stunden / Woche zum \_\_\_\_\_ (Datum) reduzieren.

Die Arbeitszeit im Rahmen des bestehenden Dienst- / Beschäftigungsverhältnisses / der selbstständigen oder freiberuflichen Tätigkeiten wird dann wie folgt erbracht:

	Vormittags		Nachmittags	
	von	bis	von	bis
Mo				
Di				
Mi				
Do				
Fr				
Sa				
So				

### **Erklärung**

Ich versichere die RICHTIGKEIT UND VOLLSTÄNDIGKEIT meiner Angaben. Änderungen oder Ergänzungen werde ich dem Zulassungsausschuss unverzüglich schriftlich unter Einreichung der erforderlichen Unterlagen mitteilen.

---

Ort und Datum

---

Unterschrift des Angestellten