

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

Praxisstempel

Antrag auf Anstellung oder Arbeitszeiterhöhung bei einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

***Hinweis zur Arbeitszeiterhöhung: Dieses Formular bitte ausschließlich im Fall einer partiellen Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen oder eines Praxisnachfolgeverfahren verwenden!**

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.kvh.net/de/praxis/rechtsverträge/datenschutz.html>. Sofern Sie keinen Internetzugang haben oder aus sonstigen Gründen eine Übersendung in Papierform wünschen, teilen Sie uns dies bitte mit.

Partner der anstellenden BAG

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**

For more information about the study, please contact Dr. John Smith at (555) 123-4567 or via email at john.smith@researchinstitute.org.

- ## **2. (ggf. Titel) Vorname Name**

For more information about the study, please contact Dr. John Smith at (555) 123-4567 or via email at john.smith@researchinstitute.org.

- ### **3. (ggf. Titel) Vorname Name**

Daten des Anzustellenden

(ggf. Titel) Vorname Name

For more information about the study, please contact Dr. John Smith at (555) 123-4567 or via email at john.smith@researchinstitute.org.

Geburtsdatum

Geburtsort

Geschlecht

M W D

Die folgende Anstellung / Arbeitszeiterhöhung wird beantragt zum:

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

Hinweis:

Die Anstellung mit Leistungsbeschränkung ist nur zum Quartalsbeginn möglich!

In welchem Umfang soll der Angestellte zukünftig tätig werden?

1

Stunden / Woche (zukünftig)

ANSWER

bei Arbeitszeiterhöhung 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.kvhhs.net.

- im **nicht** gesperrten Fachgebiet
- im Rahmen einer **(partiellen) Aufhebung** von Zulassungsbeschränkungen
- im Rahmen des **Jobsharings** gemäß § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V
- im Rahmen des **Praxisnachfolgeverfahrens** von

(ggf. Titel) Vorname Name

Kennziffer im Hamburger Ärzteblatt

	/
--	---

- nach **Verzicht** auf die Zulassung zugunsten einer Anstellung

- 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 beigelegt:

Hinweis: Die Unterlagen verbleiben bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses. Machen Sie bitte Kopien von den benötigten Unterlagen.

- ☞ aktueller Auszug aus dem Arztregister
- ☞ Beleg über den Antrag auf Erteilung eines polizeilichen Führungszeugnisses nach Belegart "O" zur Vorlage bei einer Behörde

Hinweis: Für den Antrag kann nur ein Führungszeugnis zur Vorlage bei einer Behörde anerkannt werden, wobei die Ausstellung nicht länger als drei Monate vor der Antragstellung liegen darf. Um eine Verzögerung in der Bearbeitung Ihres Antrages zu vermeiden, bitten wir Sie daher dringend, bei dem für Sie zuständigen Einwohnermeldeamt den Antrag auf Erteilung eines Führungszeugnisses zur Vorlage beim Zulassungsausschuss für Ärzte - Hamburg - unter Angabe der Anschrift "Humboldtstr. 56, 22083 Hamburg" und des Verwendungszwecks "Anstellung" zu stellen.
- ☞ ggf. Bescheinigungen der betreffenden Kassenärztlichen Vereinigung über Ort und Dauer früherer Zulassungen
- ☞ Erklärung über bestehende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse (Seiten 7 und 8)
- ☞ Erklärung, dass keine Drogen- oder Alkoholabhängigkeit besteht und gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufs nicht entgegenstehen (Seite 8)
- ☞ Arbeitsvertrag, aus dem Arbeitsort und Arbeitszeit der vertragsärztlichen Tätigkeit hervorgehen; ggf. Nachträge
- ☞ aktuell daterter und unterschriebener Lebenslauf
- ☞ Versicherungsbescheinigung nach § 113 Abs. 2 VVG, aus der sich das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes im Sinne des § 95e SGB V ergibt
Bitte nehmen Sie Kontakt mit Ihrem Versicherer auf.

Bei Anträgen auf Anstellung nach Verzicht wird zusätzlich beigelegt:

- ☞ Erklärung über den Verzicht auf die Zulassung
Das Formular "Erklärung des Verzichts auf die Zulassung" finden Sie unter dem Stichwort "Anstellung" unter www.kvh.net

Bei Anträgen im Rahmen einer partiellen Aufhebung oder eines Praxisnachfolgeverfahren wird zusätzlich beigelegt:

- ☞ Bescheinigung der ärztlichen Tätigkeiten seit der Approbation

Angaben zur Anstellung / Arbeitszeiterhöhung

Die Anstellung / Arbeitszeiterhöhung wird beantragt als:

- Facharzt für (Facharztbezeichnung und ggf. Schwerpunktbezeichnung, die geführt werden soll)
 - ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Facharzt
 - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
 - Psychologischer Psychotherapeut

Bei einer **psychotherapeutischen Tatigkeit (auch als Facharzt)** bitte das Therapieverfahren angeben:

- analytische Psychotherapie
 - Verhaltenstherapie
 - tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
 - systemische Therapie

Als **Internist** machen Sie bitte folgende Angaben:

- Teilnahme an der **fachärztlichen Versorgung**
 - Teilnahme an der **hausärztlichen Versorgung** (ein Schwerpunkt darf nicht geführt werden)

Als **Kinder- und Jugendärzt** machen Sie bitte folgende Angaben:

- Teilnahme an der **hausärztlichen Versorgung**
 - Teilnahme an der **haus- und fachärztlichen Versorgung**
(nur für Kinder- und Jugendärzte mit Schwerpunktbezeichnung zulässig)
 - Teilnahme an der **haus- und partielle Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung**
(nur für Kinder- und Jugendärzte mit Zusatzbezeichnung zulässig)

Den Antrag "Antrag auf Genehmigung zur partiellen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung" finden Sie unter dem Stichwort "Partielle Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung" unter www.kvhb.net.

hier ggf. Schwerpunktbezeichnung/Zusatzbezeichnung

Wird der Anstellende bereits bei einer Kassenärztlichen Vereinigung geführt bzw. ist er eingetragen?

- nein
 - ja, bei folgender KV:

Eintragungsnummer

Wurde der Angestellte in der Vergangenheit als Vertragsarzt oder als Angestellter in einem Gebiet tätig, für das eine Unterversorgung für Ihr Fachgebiet festgestellt wurde?

- nein
 falls ja, geben Sie an wo, wann und für welchen Zeitraum Sie dieser Tätigkeit nachgegangen sind:

Bei der Auswahl der Bewerber um einen Vertragsarztsitz sind unter anderem die Belange von Menschen mit Behinderung beim Zugang zur Versorgung zu berücksichtigen (besonderes Versorgungsangebot). Nachfolgend können Sie hierzu qaf. Angaben machen:

Tätigkeitsort des Angestellten

Bitte beachten Sie, dass die Anstellung eines Arztes aus zulassungsrechtlichen Gründen immer für die **Hauptbetriebsstätte** des Arbeitgebers genehmigt wird. Soll der Arzt an einer noch **nicht genehmigten Zweigpraxis** tätig werden (z. B. an seinem früheren Praxissitz), muss dies zunächst bei der KVH beantragt werden. Den Antrag "Antrag auf Genehmigung einer Zweigpraxis" finden Sie unter dem Stichwort "Zweigpraxis" unter www.kvh.net. Soll der Arzt an einer für dieses Fachgebiet **bereits genehmigten Zweigpraxis** tätig werden, muss dies der KVH lediglich formlos angezeigt werden.

Angaben zur Berufsausübungsgemeinschaft und Zuordnung der Arztstelle

Hinweis: Das Bundessozialgericht hat in seiner Entscheidung vom 04.05.2016 entschieden, dass die Genehmigung zur Anstellung eines Arztes der **BAG** und nicht einem ihr angehörenden einzelnen Mitglied zu erteilen ist. Durch eine **freiwillige** Erklärung, dass die Arztstelle einem Partner der BAG vertragsarztrechtlich zugeordnet werden soll, können Sie regeln, **wem die Arztstelle "gehören" soll**. Dies hat unter anderem zur Folge, dass der Partner, dem die Arztstelle zugeordnet wurde, über diese alleine verfügen kann und er diese "behält", sollte sich die BAG später einmal auflösen.

Es handelt sich um eine

örtliche BAG

→ Die Arztstelle wird dem Vertragsarztsitz der BAG-Partner (Betriebsstätte) örtlich zugeordnet.

→ Sie haben die Möglichkeit, die Anstellung einem Partner der BAG vertragsarztrechtlich zuzuordnen.

Möchten Sie eine freiwillige Zuordnung zu einem Partner vornehmen?

nein ja, und zwar zu

(ggf. Titel) Vorname Name des BAG-Partners

überörtliche BAG

→ Welchem Vertragsarztsitz in der BAG (Betriebsstätte) soll die Arztstelle örtlich zugeordnet werden?

Anschrift

→ Sie haben die Möglichkeit, die Anstellung einem Partner der BAG vertragsarztrechtlich zuzuordnen.

Möchten Sie eine freiwillige Zuordnung zu einem Partner vornehmen?

nein ja, und zwar zu

(ggf. Titel) Vorname Name des BAG-Partners

KV-übergreifende BAG

→ Welchem Hamburger Vertragsarztsitz eines BAG-Partners (Betriebsstätte) soll die Arztstelle örtlich zugeordnet werden?

Anschrift

→ Sie haben die Möglichkeit, die Anstellung einem **Hamburger** Partner der BAG vertragsarztrechtlich zuzuordnen.

Möchten Sie eine freiwillige Zuordnung zu einem **Hamburger** Partner vornehmen?

nein ja, und zwar zu

(ggf. Titel) Vorname Name des BAG-Partners

Erklärung

Wir versichern die RICHTIGKEIT UND VOLLSTÄNDIGKEIT unserer Angaben. Änderungen oder Ergänzungen werden wir dem Zulassungsausschuss unverzüglich schriftlich unter Einreichung der erforderlichen Unterlagen mitteilen.

Hinweis: Es sind die Unterschriften **aller** BAG-Partner erforderlich. Reicht der Platz nicht aus, kopieren Sie bitte diese Seite in ausreichender Anzahl.

Ort und Datum

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Name in Druckbuchstaben

Name in Druckbuchstaben

Name in Druckbuchstaben

Gebühren

Hinweis: Bei der Nachbesetzung einer bereits 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. Wir erklären uns damit einverstanden, dass die für diesen Antrag fällige Gebühr von 120,00 € von unserem aktuell gültigen Honorar-Konto bei der KVH abgebucht wird.

Ort und Datum

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Name in Druckbuchstaben

Name in Druckbuchstaben

Name in Druckbuchstaben

Hinweis: Nach erfolgter Genehmigung der Anstellung/Arbeitszeiterhöhung wird eine Verwaltungsgebühr in Höhe von 400,00 € durch die Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses sowie eine Gebühr in Höhe von 400,00 € durch die KVH für die Eintragung des angestellten Arztes in das dort geführte Verzeichnis erhoben, § 46 Abs. 2 lit. c, Abs. 2 lit. d Ärzte-ZV.

Mit unserer Unterschrift erklären wir uns damit einverstanden, dass

- ⇒ die nach erfolgter Genehmigung der Anstellung/Arbeitszeiterhöhung bzw fällige, an den Zulassungsausschuss zu zahlende Gebühr von **400,00 €** sowie
- ⇒ die nach erfolgter Genehmigung der Anstellung/Arbeitszeiterhöhung für die Eintragung in das Register der KVH fällige, an die KVH zu zahlende Gebühr von **400,00 €**

von unserem aktuell gültigen Honorar-Konto bei der KVH abgebucht werden.

Unterschrift des BAG-Partners

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift des BAG-Partners

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift des BAG-Partners

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 Seiten lassen Sie bitte von dem anzustellenden Arzt ausfüllen und unterschreiben. Seite 6 bitte nur bei Beantragung im Rahmen einer partiellen Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen oder eines Praxisnachfolgeverfahrens ausfüllen lassen.**

Bisherige ärztliche Tätigkeiten nach der Approbation in zeitlicher Reihenfolge

Hinweis: Bitte die bisherigen ärztlichen Tätigkeiten sowie eventuelle Erziehungs- und / oder Pflegezeiten seit der Approbation in zeitlicher Reihenfolge auflisten und die entsprechenden Belege, aus denen Beginn und Ende der jeweiligen Tätigkeit hervorgehen, beifügen (auch über aktuelle Tätigkeit(en), z. B. letzte Gehaltsabrechnung). Reicht der Platz für die Eintragungen auf dieser Seite nicht aus, bitte die Seite kopieren und anhängen.

1.

Tätig ab

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

Tätig bis

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

Zeit in Monaten

--	--	--

Eingaben
Geschäftsstelle

Name und Art des Arbeitgebers

--

Krankenhaus Vertragsarzt / MVZ / BAG

2.

Tätig ab

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

Tätig bis

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

Zeit in Monaten

--	--	--

Eingaben
Geschäftsstelle

Name und Art des Arbeitgebers

--

Krankenhaus Vertragsarzt / MVZ / BAG

3.

Tätig ab

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

Tätig bis

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

Zeit in Monaten

--	--	--

Eingaben
Geschäftsstelle

Name und Art des Arbeitgebers

--

Krankenhaus Vertragsarzt / MVZ / BAG

4.

Tätig ab

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

Tätig bis

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

Zeit in Monaten

--	--	--

Eingaben
Geschäftsstelle

Name und Art des Arbeitgebers

--

Krankenhaus Vertragsarzt / MVZ / BAG

5.

Tätig ab

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

Tätig bis

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

Zeit in Monaten

--	--	--

Eingaben
Geschäftsstelle

Name und Art des Arbeitgebers

--

Krankenhaus Vertragsarzt / MVZ / BAG

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 Aufnahme bzw. 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 Anstellung

Sind Sie bereit, nach Genehmigung der Anstellung 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 Anstellung:

- 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				

Besteht eine Schwerbehinderung?

nein

ja → Falls ja, von welcher Stelle ist die Schwerbehinderung anerkannt?

Hinweis: Eine Kopie des Bescheides ist dem Antrag beizufügen.

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 anzustellenden Arztes

Vorgeschriebene Erklärung gemäß § 18 Abs. 2 Nr. 5 Ärzte-ZV

(ggf. Titel) Vorname Name

Ich erkläre hiermit, dass ich nicht drogen- oder alkoholabhängig bin und es auch innerhalb der letzten fünf Jahre nicht war.

Weiterhin erkläre ich, dass ich mich innerhalb der letzten fünf Jahre keiner Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen habe und dass gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufes nicht entgegenstehen.

Ort und Datum

Unterschrift des anzustellenden Arztes

In Ergänzung zu dem von mir am _____ (Datum) beantragten Führungszeugnis erkläre ich hiermit, dass ich nicht vorbestraft bin und dass kein Ermittlungs-, Straf- und / oder berufsgerichtliches Verfahren gegen mich anhängig ist.

Ort und Datum

Unterschrift des anzustellenden Arztes