

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

Praxisstempel

## **Antrag auf Anstellung oder Arbeitszeiterhöhung\* bei einem Vertragsarzt / Vertragspsychotherapeuten / in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ)**

**\*Hinweis zur Arbeitszeiterhöhung: Dieses Formular bitte ausschließlich im Fall einer partiellen Öffnung oder eines Nachbesetzungsverfahren 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/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 oder Träger des MVZ

**falls abweichend: Name des MVZ, in dem der Angestellte tätig werden soll**

### **Daten des Anzustellenden**

(ggf. Titel) Vorname Name

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?**

Stunden / Woche (zukünftig)

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.kvh.net](http://www.kvh.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 6 und 7)
- Erklärung, dass keine Drogen- oder Alkoholabhängigkeit besteht und gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufs nicht entgegenstehen (Seite 7)
- Arbeitsvertrag, aus dem Arbeitsort und Arbeitszeit der vertragsärztlichen Tätigkeit hervorgehen; ggf. Nachträge
- aktuell datierter 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](http://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 Tätigkeit (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](http://www.kvhb.net).

**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 qgf. 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](http://www.kvh.net). Soll der Arzt an einer für dieses Fachgebiet **bereits genehmigten Zweigpraxis** tätig werden, muss dies der KVH lediglich formlos angezeigt werden.

## 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 Antragstellers

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. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die für diesen Antrag fällige Gebühr von 120,00 € von meinem aktuell gültigen Honorar-Konto bei der KVH abgebucht wird.

---

Ort und Datum

Unterschrift des Antragstellers

**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 meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass

- ⇒ die nach erfolgter Genehmigung der Anstellung/Arbeitszeiterhöhung 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 meinem aktuell gültigen Honorar-Konto bei der KVH abgebucht werden.

---

Ort und Datum

Unterschrift des Antragstellers

**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 5 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																				
	<table border="1"><tr><td></td><td>.</td><td></td><td>.</td><td></td><td></td></tr></table>		.		.			<table border="1"><tr><td></td><td>.</td><td></td><td>.</td><td></td><td></td></tr></table>		.		.			<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>			
	.		.																					
	.		.																					
Name und Art des Arbeitgebers  <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>																								
<input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Vertragsarzt / MVZ / BAG																								
2.	Tätig ab	Tätig bis	Zeit in Monaten	Eingaben Geschäftsstelle																				
	<table border="1"><tr><td></td><td>.</td><td></td><td>.</td><td></td><td></td></tr></table>		.		.			<table border="1"><tr><td></td><td>.</td><td></td><td>.</td><td></td><td></td></tr></table>		.		.			<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>			
	.		.																					
	.		.																					
Name und Art des Arbeitgebers  <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>																								
<input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Vertragsarzt / MVZ / BAG																								
3.	Tätig ab	Tätig bis	Zeit in Monaten	Eingaben Geschäftsstelle																				
	<table border="1"><tr><td></td><td>.</td><td></td><td>.</td><td></td><td></td></tr></table>		.		.			<table border="1"><tr><td></td><td>.</td><td></td><td>.</td><td></td><td></td></tr></table>		.		.			<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>			
	.		.																					
	.		.																					
Name und Art des Arbeitgebers  <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>																								
<input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Vertragsarzt / MVZ / BAG																								
4.	Tätig ab	Tätig bis	Zeit in Monaten	Eingaben Geschäftsstelle																				
	<table border="1"><tr><td></td><td>.</td><td></td><td>.</td><td></td><td></td></tr></table>		.		.			<table border="1"><tr><td></td><td>.</td><td></td><td>.</td><td></td><td></td></tr></table>		.		.			<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>			
	.		.																					
	.		.																					
Name und Art des Arbeitgebers  <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>																								
<input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Vertragsarzt / MVZ / BAG																								
5.	Tätig ab	Tätig bis	Zeit in Monaten	Eingaben Geschäftsstelle																				
	<table border="1"><tr><td></td><td>.</td><td></td><td>.</td><td></td><td></td></tr></table>		.		.			<table border="1"><tr><td></td><td>.</td><td></td><td>.</td><td></td><td></td></tr></table>		.		.			<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>			
	.		.																					
	.		.																					
Name und Art des Arbeitgebers  <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>																								
<input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> 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