

Änderung des Arbeitszeitrahmens bei angestellten Ärzten/Psychotherapeuten (Anstellung beim Vertragsarzt/-psychotherapeuten)

(Für Ihre Unterlagen bestimmt)

CHECKLISTE:

Dem Antrag auf Änderung des Arbeitszeitrahmens bei angestellten Ärzten/Psychotherapeuten sind nachstehende Unterlagen vollständig beizufügen:

- Antrag auf Änderung des Arbeitszeitrahmens
- schriftlicher Arbeitsvertrag, insbesondere unter Angabe der Arbeitszeiten und des konkreten Anstellungsortes (Straße, PLZ, Ort)
- Nachweis über die Entrichtung der Antragsgebühr
- Zweigpraxisantrag, sofern im Antrag mit „Ja“ angekreuzt, dass der Dienort ein anderer als der Vertragssitz ist
- Ferner ist bei Übernahme eines auf der Homepage der KV Hessen (www.kvhessen.de/ausschreibungen) gem. § 103 Abs. 4 SGB V ausgeschriebenen Vertragsarztsitzes eine formlose schriftliche Bewerbung um die ausgeschriebene Vertragspraxis nach Veröffentlichung auf der Homepage der KV Hessen unter Angabe der Chiffre-Nr. an das zuständige BeratungsCenter der KV Hessen zu richten.

WICHTIGE HINWEISE ZUR ENTRICHTUNG DER ANTRAGSGEBÜHR:

Gem. § 46 Abs. 1 c) Ärzte-ZV ist eine Gebühr fällig, sobald Sie Ihren Antrag im BeratungsCenter der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen oder bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses eingereicht haben. Diese Gebühr ist somit auch dann zu entrichten, wenn Sie Ihren Antrag später zurücknehmen sollten.

Über die Zahlung der Antragsgebühr legen Sie uns bitte innerhalb von 14 Tagen (Eingang) nach Einreichung Ihres Antrags unaufgefordert einen geeigneten Zahlungsnachweis vor.

Sollte die Antragsgebühr nicht fristgemäß gezahlt worden und der geeignete Zahlungsnachweis hier nicht innerhalb der vorgenannten 14 Tagesfrist eingegangen sein, gilt Ihr Antrag nach § 38 Ärzte-ZV als zurückgenommen. In jedem Fall wird Ihr Antrag ohne fristgerechten Nachweis über die Entrichtung der Antragsgebühr nicht für eine Sitzung des Zulassungsausschusses terminiert.

Damit die eindeutige Zuordnung des Antrags gewährleistet werden kann, ist es unbedingt erforderlich, dass die Überweisung der Antragsgebühr unter **Angabe des entsprechenden Verwendungszwecks** zugunsten nachfolgender Bankverbindung durchgeführt wird:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG
IBAN: DE92 3006 0601 0101 2721 28
BIC: DAAEDEDXXX

Die Antragsgebühr beträgt:

- a) für die Nachbesetzung der Stelle: € 60,00
(Verwendungszweck: ZA 3.3.1 Änderung AZR / Name Praxisinhaber / Name Angestellter)
- b) in allen anderen Fällen: € 120,00
(Verwendungszweck: ZA 3.3. Änderung AZR / Name Praxisinhaber / Name Angestellter)

Für Anträge in unterversorgten Gebieten oder Gebieten mit drohender Unterversorgung fällt keine Gebühr an, § 46 Abs. 4 Ärzte-ZV.

Bitte entnehmen Sie die gem. § 100 Abs. 1 SGB V unterversorgten Regionen dem jeweils aktuellen Beschluss des Landesausschusses auf der Homepage der KV Hessen (www.kvhessen.de/zulassungsbeschaenkungen).

ALLGEMEINE HINWEISE ZUM ANTRAGSVERFAHREN:

Um Ihnen Ihr Antragsverfahren zu erleichtern, ist die **Übersendung von Originalunterlagen**, mit Ausnahme von Bürgschaftserklärungen, **nicht erforderlich**. Etwaig zugesandte Originalunterlagen können daher nicht an Sie zurückgeschickt werden.

Aufgrund dieser Verfahrenserleichterung bitten wir Sie, nur eine Form der Übersendung von Anträgen zu wählen. Entweder entscheiden Sie sich für eine elektronische **Zusendung per Fax oder E-Mail** oder Sie schicken uns Ihre Anträge nebst Anlagen **auf dem Postweg** zu.

Haben Sie Ihre Unterlagen im für Sie zuständigen BeratungsCenter abgegeben, erübrigt sich eine nochmalige Zusendung derselben Unterlagen. Gleiches gilt für die Nachreichung angeforderter Unterlagen.

Bitte beachten Sie, dass die Terminierung eines Antrages für eine Sitzung des Zulassungsausschusses erst erfolgen kann, wenn alle angeforderten Unterlagen vollständig hier eingereicht und die Antragsgebühr überwiesen wurde.

Die Bestimmungen gelten für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten gleichermaßen.

DATENSCHUTZ

Die zur Bearbeitung Ihres Antrags erforderlichen Daten werden auf der gesetzlichen Grundlage der §§ 95 und 98 SGB V in Verbindung mit den Vorschriften der Zulassungsverordnung erhoben und verarbeitet.

Die Daten werden nur im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften verarbeitet. Die Datenverarbeitung ist gemäß Art. 6 Abs. 1 Satz 1 c) DSGVO für die Aufgabenerfüllung der KV Hessen erforderlich und erfolgt damit rechtmäßig.

Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter dem Link www.kvhessen.de/datenschutz.

Antrag auf Änderung des Arbeitszeitrahmens bei angestellten Ärzten/Psychotherapeuten (Genehmigung ohne Leistungsbeschränkung)

ZULASSUNGS
AUSSCHUSS
HESSEN



Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Zulassungsausschuss für Ärzte und
Zulassungsausschuss/Psychotherapie
Postfach 15 02 04
60062 Frankfurt

Notizfeld für Bearbeitungshinweise des
BeratungsCenters der KVH

Das Antragsformular bitte vollständig und in Großbuchstaben ausfüllen sowie Zutreffendes ankreuzen!

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Die männliche Form schließt die weibliche mit ein, ohne dadurch eine geschlechtsspezifische Diskriminierung vornehmen zu wollen.

1. Persönliche Angaben

a) 1. Praxisinhaber

(Bei Anstellung in einer Berufsausübungsgemeinschaft bitte für die weiteren BAG-Mitglieder das Formblatt „Weitere Antragsteller“ (Formblatt 1 – Seiten 5 und 6) gesondert ausfüllen. Die auf diesen zusätzlich eingereichten Formblättern gemachten Angaben sind Bestandteil dieses Antrages.

Titel, Name/ Firma:

Vorname(n):

Vertragspraxis:

Straße, Nr.:

PLZ:

Ort:

Telefon (tagsüber):

Fax:

E-Mail:

BSNR:

2. Vertragsärztliche/Vertragspsychotherapeutische Tätigkeit/Anstellungsgenehmigung

Die Änderung der Anstellungsgenehmigung bezieht sich auf nachfolgenden Arzt/Psychotherapeuten:

Titel, Name:

Vorname(n):

Mit Wirkung zum:

wird:

die Erhöhung des Arbeitszeitrahmens beantragt.

die Reduzierung des Arbeitszeitrahmens angezeigt. **(gebührenfrei)**

§ 58 Abs. 2 Satz 4 BP-RL:

Vertraglich vereinbarte Arbeitszeit	Anrechnungsfaktor
bis 10 Stunden pro Woche	0,25
über 10 bis 20 Stunden pro Woche	0,5
über 20 bis 30 Stunden pro Woche	0,75
über 30 Stunden pro Woche	1,0

Bisheriger Tätigkeitsumfang in Stunden/Woche:

Beantragter Tätigkeitsumfang in Stunden/Woche:

Die Erhöhung des Tätigkeitsumfangs wird beantragt:	
<input type="checkbox"/> a) in einem unterversorgten Gebiet	
<input type="checkbox"/> b) in einem offenen Planungsbereich	
<input type="checkbox"/> c) für eine Arzt-/Fachgruppe, die nicht der Bedarfsplanung unterliegt	
<input type="checkbox"/> d) aufgrund des Zulassungsverzichts des Vertragsarztes/Vertragspsychotherapeuten	(Bitte fügen Sie die Erklärung über den Zulassungsverzicht durch den Vertragsarzt unter Angabe des konkreten Beendigungszeitpunkts bei.)
<input type="checkbox"/> e) zur Übernahme eines ausgeschriebenen Vertragsarztsitzes	
Datum der Ausschreibung/Chiffre: _____	www.kvhessen.de/ausschreibungen
für das Fachgebiet: _____	(Facharztgruppe)
Ein zivilrechtlicher Praxisübernahmevertrag mit dem bisherigen Praxisinhaber wurde abgeschlossen	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Nach § 103 Abs. 4 Satz 8 SGB V sind die wirtschaftlichen Interessen des ausscheidenden Vertragsarztes oder seiner Erben nur insoweit zu berücksichtigen, als der Kaufpreis die Höhe des Verkehrswerts der Praxis nicht übersteigt.	
<input type="checkbox"/> f) Anstellung eines von einer Hochschule mindestens halbtags angestellten/beamteten Hochschullehrers für Allgemeinmedizin oder dessen wissenschaftliche Mitarbeiter durch einen an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsarzt	(Bitte fügen Sie den Anstellungsvertrag mit der Hochschule bei.)
<input type="checkbox"/> g) zur Nachbesetzung der Stelle eines bereits von mir beschäftigten angestellten Arztes	(Sofern hierdurch eine Statusänderung des bisher angestellten Arztes eintritt [Anstellungsende, Änderung des Arbeitszeitrahmens], reichen Sie bitte den entsprechenden Folgeantrag ein)
für das Fachgebiet: _____	(Facharztgruppe)
bestehender Faktor: _____	(Anrechnungsfaktor gem. § 58 Abs. 2 Satz 4 BP-RL)
bisher besetzt von: _____	(Titel und Name des bisher angestellten Arztes)
unbesetzt seit: _____	
Die Nachbesetzung einer Anstellung ist möglich, auch wenn Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, sofern die sonstigen Voraussetzungen vorliegen. Die vollständige oder teilweise Nachbesetzung hat binnen sechs Monaten nach vollständigem oder teilweisem Ende des Anstellungsverhältnisses zu erfolgen. Die Genehmigung zur Nachbesetzung ist rechtzeitig innerhalb der genannten Frist zu beantragen.	
3. Erklärungen des Angestellten (Arbeitnehmer)	
Ich erkläre, dass ich nicht drogen- und/oder alkoholabhängig bin und dies nicht innerhalb der letzten fünf Jahre war. Ferner erkläre ich, dass ich mich innerhalb der letzten fünf Jahre keiner Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen habe und dass gesetzliche Hinderungsgründe meiner Ausübung des ärztlichen Berufes nicht entgegenstehen.	
§ 21 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte:	
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. Das ist insbesondere zu vermuten, wenn er innerhalb der letzten fünf Jahre vor seiner Antragstellung drogen- oder alkoholabhängig war.	

§ 20 Abs. 1 und 2 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte:

Ein Beschäftigungsverhältnis oder eine andere nicht ehrenamtliche Tätigkeit steht der Eignung für die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit entgegen, wenn der Arzt unter Berücksichtigung der Dauer und zeitlichen Lage der anderweitigen Tätigkeit den Versicherten nicht in dem seinem Versorgungsauftrag entsprechenden Umfang persönlich zur Verfügung steht und insbesondere nicht in der Lage ist, Sprechstunden zu den in der vertragsärztlichen Versorgung üblichen Zeiten anzubieten. Für die Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit ist nicht geeignet ein Arzt, der eine ärztliche Tätigkeit ausübt, die ihrem Wesen nach mit der Tätigkeit des Vertragsarztes am Vertragsarztsitz nicht zu vereinbaren ist. Eine Nebentätigkeit in Bezug auf Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken ist gestattet.

Angaben zu bestehenden Dienst- bzw. Beschäftigungsverhältnissen des Angestellten:

Ich stehe zurzeit in **keinem** Dienst- bzw. Beschäftigungsverhältnis.

Ich stehe zurzeit in **folgendem/n** Dienst- bzw. Beschäftigungsverhältnis(en) (ggf. gesondertes Blatt verwenden):

1.	bei/im:	mit	Std./Woche
2.	bei/im:	mit	Std./Woche
3.	bei/im:	mit	Std./Woche

Das Beschäftigungsverhältnis zu Nr. ist mit Wirkung zum gekündigt worden.

Das Beschäftigungsverhältnis zu Nr. wird mit Wirkung zum gekündigt.

Das Beschäftigungsverhältnis zu Nr. wird mit Std./Woche weitergeführt.

Mir ist bekannt, dass ich mich mit Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit (voller Versorgungsauftrag) nur mit insgesamt maximal 13 Std./Woche in einem anderen Dienst- bzw. Beschäftigungsverhältnis befinden darf und dass jede regelmäßige Nebentätigkeit dem Zulassungsausschuss unter Angabe des zeitlichen Umfangs und Vorlage des entsprechenden Vertrages anzuzeigen ist.

4. Hinweise zur Abrechnung von Genehmigungspflichtigen Leistungen

Uns ist bekannt, dass für die Ausführung und Abrechnung von Genehmigungspflichtigen Leistungen jeweils bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein müssen und diese Leistungen -unabhängig vom Status der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung- im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nur ausgeführt bzw. abgerechnet werden, wenn hierfür von der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen eine zusätzliche Genehmigung bzw. Anerkennung vorliegt.

Uns ist zudem bekannt, dass eine rückwirkende Genehmigung nicht möglich ist und die Ausführung und Abrechnung dieser Leistungen erst nach Erteilung der entsprechenden Genehmigungen zulässig ist und Honoraranspruch besteht.

Die Antragsformulare finden Sie auf unserer Homepage (www.kvhessen.de / Für unsere Mitglieder / Qualität / Qualitätssicherung und Genehmigungspflicht). Bitte beachten sie, dass die Genehmigungen standortbezogen erteilt werden, d. h. für Nebenbetriebsstätten müssen für den jeweiligen Standort nochmals entsprechende Genehmigungen beantragt werden.

5. Sonstige Hinweise

Sämtliche Angaben in diesem Antrag werden für die Genehmigung gemäß § 95 Abs. 1 SGB V i.V.m. § 18 Ärzte-ZV benötigt. Unvollständige Angaben können zur Folge haben, dass die Genehmigung nicht erteilt wird. Wenn die bei der Erteilung dieser Genehmigung zugrunde gelegten Voraussetzungen tatsächlich nicht erfüllt waren oder nachträglich entfallen, kann die Zulassung entzogen werden; sie ist zu entziehen, wenn die Voraussetzungen, unter denen sie erteilt wurde, tatsächlich nicht vorlagen oder nachträglich weggefallen sind; im Übrigen kann die Genehmigung in durch Gesetz bestimmten Fällen entzogen werden.

Jede Änderung bzw. Beendigung der genehmigten Anträge auch im Hinblick auf den Status des Vertragsarztes wie z. B. die Verlegung der Vertragspraxis bedarf der vorherigen Genehmigung des Zulassungsausschusses. Die für einen Antrag erforderliche Genehmigung des Ausschusses kann -wie auch jede sonstige Genehmigung- **nur mit Wirkung für die Zukunft** und nicht für einen in der Vergangenheit

liegenden Zeitraum erteilt werden.

Ändert sich die vertraglich vereinbarte Arbeitszeit bei einem in einer Vertragsarztpraxis nach § 95 Abs. 9 SGB V angestellten Arzt, so bedarf es einer vorherigen Genehmigung des Zulassungsausschusses (§ 55 BP-RL). Innerhalb von sechs Monaten nach der Reduzierung der Arbeitszeit des angestellten Arztes kann der Vertragsarzt zur Nachbesetzung unbeschadet von Zulassungsbeschränkungen einen weiteren in Teilzeit beschäftigten Arzt anstellen.

6. Antragsgebühren

Ich habe den Betrag in Höhe von € 120,00 am _____ unter Angabe des Verwendungszwecks „**ZA Ärzte 3.3 / Name Praxisinhaber / Name Angestellter**“

Ich habe den Betrag in Höhe von € 60,00 am _____ unter Angabe des Verwendungszwecks „**ZA Ärzte 3.3.1 / Name Praxisinhaber / Name Angestellter**“

auf das Bankkonto der Deutschen Apotheker- und Ärztebank eG, IBAN: DE92 3006 0601 0101 2721 28, BIC: DAAEDEDXXX, überwiesen. Ein Nachweis über die Entrichtung liegt bei (z. B. Kontoauszug, gestempelte Bestätigung der Bank).

Spätestens innerhalb von 14 Tagen nach dem Antragseingang muss die Antragsgebühr entrichtet und ein geeigneter Zahlungsnachweis vorgelegt werden, sonst gilt der Antrag als zurückgenommen.

Ich versichere, dass meine Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Sofern sich Änderungen zu vorstehenden Angaben ergeben, verpflichte ich mich, diese umgehend dem Zulassungsausschuss schriftlich mitzuteilen.

(Ort, Datum)

(Unterschrift und Stempel Praxisinhaber zu 1)

(Ort, Datum)

(Unterschrift anzustellender Arzt)

Formblatt 1 - Weitere Antragsteller (Die auf diesem Formblatt gemachten Angaben sind Bestandteil des Antrages.)				
2. Praxisinhaber				
Titel, Name/ Firma:				
Vorname(n):				
Vertragspraxis:	Straße, Nr.:			
	PLZ:		Ort:	
Telefon (tagsüber):				Fax:
E-Mail:				BSNR:
(Unterschrift und Stempel Praxisinhaber zu 2)				
3. Praxisinhaber				
Titel, Name/ Firma:				
Vorname(n):				
Vertragspraxis:	Straße, Nr.:			
	PLZ:		Ort:	
Telefon (tagsüber):				Fax:
E-Mail:				BSNR:
(Unterschrift und Stempel Praxisinhaber zu 3)				
4. Praxisinhaber				
Titel, Name/ Firma:				
Vorname(n):				
Vertragspraxis:	Straße, Nr.:			
	PLZ:		Ort:	
Telefon (tagsüber):				Fax:
E-Mail:				BSNR:
(Unterschrift und Stempel Praxisinhaber zu 4)				

Formblatt 1 - Weitere Antragsteller (Die auf diesem Formblatt gemachten Angaben sind Bestandteil des Antrages.)				
5. Praxisinhaber				
Titel, Name/ Firma:				
Vorname(n):				
Vertragspraxis:	Straße, Nr.:			
	PLZ:		Ort:	
Telefon (tagsüber):				Fax:
E-Mail:				BSNR:
(Unterschrift und Stempel Praxisinhaber zu 5)				
6. Praxisinhaber				
Titel, Name/ Firma:				
Vorname(n):				
Vertragspraxis:	Straße, Nr.:			
	PLZ:		Ort:	
Telefon (tagsüber):				Fax:
E-Mail:				BSNR:
(Unterschrift und Stempel Praxisinhaber zu 6)				
7. Praxisinhaber				
Titel, Name/ Firma:				
Vorname(n):				
Vertragspraxis:	Straße, Nr.:			
	PLZ:		Ort:	
Telefon (tagsüber):				Fax:
E-Mail:				BSNR:
(Unterschrift und Stempel Praxisinhaber zu 7)				