



E-Mail: [ZA@KVWL.de](mailto:ZA@KVWL.de) Fax: 0231 9432-3927

**Antrag auf Erhöhung des Beschäftigungsumfanges**  
eines angestellten Arztes nach § 95 Abs. 9 SGB V

**Antragsteller: Praxisinhaber / Berufsausübungsgemeinschaft / MVZ**

<b>Name:</b>	
<b>Vorname:</b>	
<b>Titel (akad. Grad):</b>	

**oder Name der bestehenden Berufsausübungsgemeinschaft** (Sofern erfolgt  
entsprechend der Registereintragung) / **des bestehenden MVZ**

<b>(N)BSNR:</b>	
-----------------	--

Praxisanschrift:

<b>PLZ:</b>		<b>Ort:</b>	
<b>Straße:</b>		<b>Hausnummer:</b>	

<b>Telefon:</b>		<b>FAX:</b>	
-----------------	--	-------------	--

<b>E-Mail:</b>	
----------------	--

**Angaben zum angestellten Arzt**

<b>Name:</b>	
<b>Vorname:</b>	
<b>Titel (akad. Grad)</b>	
<b>LANR:</b>	

<b>Facharztbezeichnung und ggf. sonstige Bezeichnungen:</b>	
---	--

## Angaben zum Beschäftigungsumfang und Zeitpunkt

Auch für angestellte Ärzte gilt die Verpflichtung zur Abhaltung von Mindestsprechstundenzeiten (Faktor 1 = 25 Wochenstunden). Bitte berücksichtigen Sie dies bei der Vereinbarung der Arbeitszeit.

Faktor 0,25 mindestens 6 Stunden und 15 Minuten

Faktor 0,5 mindestens 12 Stunden und 30 Minuten

**Bitte unbedingt genaue Stundenzahl angeben:**

bisheriger im Umfang von (Wochenstunden):	
---	--

zukünftiger im Umfang von (Wochenstunden):	
--	--

**Die zukünftige Stundenzahl entspricht:**

- Faktor 0,5 über 10 bis 20 Stunden pro Woche
- Faktor 0,75 über 20 bis 30 Stunden pro Woche
- Faktor 1 über 30 bis 40 Stunden pro Woche

beabsichtigter Termin zur Änderung:	
-------------------------------------	--

## Angaben zur Versorgungssituation -Bitte zwischen a), b) und c) auswählen!

### a) Reaktivierter Planungsbereich

- Die Erhöhung des Beschäftigungsumfangs wird in einem reaktivierten Planungsbereich beantragt.

oder

### b) Ausschreibungsverfahren

- Die Erhöhung des Beschäftigungsumfangs erfolgt im Rahmen eines Ausschreibungsverfahrens (Ausgeschriebener Vertragsarztsitz).

Übernahme der Praxis bzw. des Sitzes von

Name:	
Vorname:	
Titel (akad. Grad):	

Praxisanschrift:

<b>PLZ:</b>		<b>Ort:</b>	
<b>Straße:</b>		<b>Hausnummer:</b>	

oder

<b>Kennzahl der Ausschreibung:</b>	
------------------------------------	--

**Nur auszufüllen bei sofortiger Verlegung im Ausschreibungsverfahren:**

Ich/Wir beantrage(n) die Verlegung des Praxissitzes

nach:

<b>PLZ:</b>		<b>Ort:</b>	
<b>Straße:</b>		<b>Hausnummer:</b>	

**Begründung zur Versorgungslage nach § 24 Abs. 7 Ärzte-ZV:**


oder

### **c) Nachbesetzungsverfahren**

Die Erhöhung des Beschäftigungsumfangs erfolgt im Rahmen der Nachbesetzung des bestehenden Angestelltenverhältnisses von

<b>Name:</b>	
<b>Vorname:</b>	
<b>Titel (akad. Grad):</b>	

aufgrund dessen Reduzierung auf

<b>Neue Wochenstunden:</b>	
----------------------------	--

---

**oder**

aufgrund dessen Ausscheidens.

**Falls nicht bereits mitgeteilt:**

Hiermit zeige(n) ich/wir an, dass die Beschäftigung von

<b>Name:</b>	
<b>Vorname:</b>	
<b>Titel (akad. Grad):</b>	
als angestellte/r Arzt/Ärztin	
<b>mit Ablauf des:</b>	

beendet wird/wurde.

**Tätigkeitsort des angestellten Arztes**

**Hauptbetriebsstätte**

**Umfang von (Wochenstunden):**

**Nebenbetriebsstätte**

**Umfang von (Wochenstunden):**

**Anschrift :**

**Zweigpraxis**

**Umfang von (Wochenstunden):**

**Anschrift:**

## Erklärung zur Berufshaftpflichtversicherung

(Bitte beachten Sie die Erläuterungen zum Antrag!)

- Der Nachweis nach § 113 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes ist als Anlage beigefügt.

## Antragsgebühr

Bei Genehmigungen zur Anstellung eines Arztes im Rahmen einer Nachbesetzung (auch Erhöhung und Reduzierung des Beschäftigungs-umfangs bei Änderung des Faktors) beträgt die Gebühr **jeweils** 60,00 EUR.

Bei Anträgen in reaktivierten Planungsbereichen und im Rahmen eines Ausschreibungsverfahrens beträgt die Gebühr 120,00 EUR.

Sofern im Rahmen eines Ausschreibungsverfahrens die sofortige Verlegung des Sitzes beantragt wird entsteht eine **zusätzliche** Gebühr in Höhe von 120,00 EUR.

- Hiermit erkläre(n) ich/wir mein/unser Einverständnis, dass die nach § 46 Ärzte-ZV entstandene(n) Gebühr(en) von der Vertragsabrechnung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe dem Konto der Buchhaltung gutgeschrieben wird.

## Anlagen

- schriftliche Nachtragsvereinbarung zum Arbeitsvertrag
  
- Nachweis einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung nach § 113 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes  
(Informationen hierzu finden Sie in den Erläuterungen zum Antrag.)

Bei zusätzlicher Beantragung einer Nebentätigkeit des angestellten Arztes:

- entsprechender Arbeitsvertrag mit Angaben über Art, Umfang und Tätigkeitsbeschreibung

Mit den Unterschriften wird die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben versichert.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

Unterschrift des Praxisinhabers / Unterschriften **aller** Partner einer BAG (*Bei der eGbR ist die Unterschrift des Geschäftsführers ausreichend.*) / Unterschrift des Geschäftsführers des MVZ

Name, Vorname (In Druckbuchstaben)	Unterschrift

Weitere BAG-Partner müssen in einer Anlage benannt werden.

Anlage  
zum Antrag **auf Erhöhung des Beschäftigungsumfanges** eines angestellten  
Arztes nach § 95 Abs. 9 SGB V  
(vom angestellten Arzt auszufüllen)

**Angaben zum angestellten Arzt**

<b>Name:</b>	
<b>Vorname:</b>	
<b>Titel (akad. Grad):</b>	

**Weitere Tätigkeiten neben der vertragsärztlichen Versorgung**

- Ich werde keine weitere Tätigkeiten ausüben
- Es ist eine weitere Tätigkeit geplant bzw. eine bestehende Tätigkeit wird weiterhin ausgeübt (Vertrag und ggf. weitere Angaben bitte als Anlage beifügen).

<b>Name der Institution</b>	
<b>in (Anschrift)</b>	
<b>im Umfang von (Wochenstunden)</b>	

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des angestellten Arztes