



**Antrag auf Reduzierung 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 0,25 bis zu 10 Stunden pro Wochen
- Faktor 0,5 über 10 bis 20 Stunden pro Woche
- Faktor 0,75 über 20 bis 30 Stunden pro Woche

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

## Tätigkeitsort des angestellten Arztes

Hauptbetriebsstätte

Umfang von (Wochenstunden):	
-----------------------------	--

Nebenbetriebsstätte

Umfang von (Wochenstunden):	
-----------------------------	--

Anschrift :	
-------------	--

Zweigpraxis

Umfang von (Wochenstunden):	
-----------------------------	--

Anschrift:	
------------	--

## Antragsgebühr

Bei Beantragung der Genehmigungen zur Anstellung eines Arztes (auch Erhöhung und Reduzierung des Beschäftigungsumfangs bei Änderung des Faktors) beträgt die Gebühr 120,00 EUR.

Bei **gleichzeitiger** Beantragung und Beschlussfassung einer Reduzierung und Erhöhung der Beschäftigungsumfänge zweier angestellter Ärzte (Wechsel der Beschäftigungsumfänge) ist eine Gebühr von einmalig 120,00 EUR zu zahlen.

- 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

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 Reduzierung 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