Ort, Datum

Anschrift der Praxis/Stempel:

/ Herr

**Änderungskündigung**

Sehr geehrte Frau/ geehrter Herr

aufgrund der derzeitigen Ausbreitung des Coronavirus hat sich die wirtschaftliche Lage unserer Zahnarztpraxis in den vergangenen Wochen erheblich verschlechtert. Insbesondere gehen Patientenbehandlungen zurück und es besteht ein nicht unerheblicher Lieferengpass bei der notwendigen Schutzkleidung. Zur Sicherung der Arbeitsplätze sind wir daher gezwungen Kurzarbeit im Sinne von §§ 95 ff. SGB III anzumelden. Durch die Anmeldung der Kurzarbeit soll die Zahnarztpraxis, insbesondere durch Senkung der Personalkosten, entlastet und die Erhaltung der Arbeitsplätze soweit wie möglich sichergestellt werden.

Für die Beantragung der Kurzarbeit benötigen wir von Ihnen eine Zustimmungserklärung. Leider haben Sie für die Beantragung der Kurzarbeit keine Zustimmung erteilt, sodass wir für Sie die Kurzarbeit nicht beantragen können.

Um dem wirtschaftlichen Engpass Rechnung zu tragen, kündigen wir das mit Ihnen bestehende Arbeitsverhältnis fristgerecht zum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Gleichzeitig bieten wir Ihnen die Fortsetzung des Arbeitsverhältnisses beginnend zum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zu folgenden geänderten Vertragsbedingungen an:

*1. Die regelmäßige wöchentlichen Arbeitszeit wird auf \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Stunden ausschließlich der Pausen verringert.*

*2. Die monatliche Vergütung beträgt \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ EUR brutto.*

*3. Sofern sich durch die Verringerung der Arbeitszeit auch die Arbeitstage pro Woche verringern, wird der bislang vereinbarte Erholungsurlaub anteilig gekürzt.*

*4. Alle Ansprüche aus dem Arbeitsverhältnis müssen innerhalb einer Frist von drei Monaten nach Fälligkeit in Textform geltend gemacht werden. Erfolgt dies nicht, verfallen diese Ansprüche.*

*Lehnt der/die Arbeitnehmer/in den Anspruch in Textform ab oder erklärt er/sie sich hierzu nicht innerhalb eines Monats nach Geltendmachung des Anspruchs, so verfällt dieser, wenn er nicht innerhalb von drei Monaten nach der Ablehnung oder nach dem Ablauf der Monatsfrist gerichtlich geltend gemacht wird.*

*Diese Ausschlussfristen und diese Verfallklausel gelten nicht für Ansprüche aus einer Haftung für vorsätzliche Pflichtverletzungen, für Schäden aus der Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit, für Ansprüche auf Mindestlohn nach dem MiLoG, AEntG oder AÜG oder andere nach staatlichem Recht zwingende Mindestarbeitsbedingungen, und nicht für sonstige Ansprüche, die kraft Gesetzes der Regelung durch eine Ausschlussfrist entzogen sind.*

*5. Im Übrigen bleibt es bei den bisherigen arbeitsvertraglichen Bedingungen.*

Bitte teilen Sie uns baldmöglichst, spätestens aber drei Wochen nach Zugang dieser Änderungskündigung mit, ob Sie mit der Fortsetzung des Arbeitsverhältnisses unter den geänderten Bedingungen einverstanden sind. Die Zustimmung zu den geänderten Vertragsbedingungen kann schriftlich, per E-Mail oder Fax erfolgen. Sofern wir keine Antwort erhalten oder die geänderten Bedingungen innerhalb der Frist ablehnen, endet das Arbeitsverhältnis zum Ablauf der Kündigungsfrist (vgl. oben).

Hinweise:

Nach § 38 Abs. 1 SGB III sind Personen, deren Arbeitsverhältnis endet, verpflichtet, sich spätestens drei Monate vor Beendigung persönlich bei der Agentur für Arbeit arbeitssuchend zu melden. Eine Verletzung dieser Pflicht kann zum Eintritt einer Sperrzeit führen. Liegen zwischen der Kenntnis des Beendigungszeitpunktes und der Beendigung des Arbeitsverhältnisses weniger als drei Monate, hat die Meldung innerhalb von drei Tagen nach Kenntnis des Beendigungszeitpunktes zu erfolgen.

Die Pflicht zur Meldung besteht unabhängig davon, ob der Fortbestand des Arbeitsverhältnisses gerichtlich geltend gemacht wird. Auch wenn eine Weiterführung vorgesehen ist, ist der Arbeitnehmer zur Meldung verpflichtet, solange der Vertrag über den Fortbestand noch nicht geschlossen wurde.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift der Arbeitgeberin

Frau/Herr\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bestätigt hiermit den Empfang der Änderungskündigung vom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift der Arbeitnehmer/in