

Antrag auf Umwandlung der Anstellung in eine Zulassung / Antrag auf Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens

(Für Ihre Unterlagen bestimmt)

I. CHECKLISTE:

Dem Antrag auf Umwandlung der Anstellung in eine Zulassung bzw. dem Antrag auf Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens der Zulassung sind nachstehende Unterlagen vollständig beizufügen:

- Antrag auf Umwandlung der Anstellung in eine Zulassung
- Antrag auf Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens
- Nachweis über die Entrichtung der Antragsgebühr

II. WICHTIGE HINWEISE ZUR ENTRICHTUNG DER ANTRAGSGEBÜHR:

Gem. § 46 Abs. 1 c) Ärzte-ZV ist eine Gebühr in Höhe von € 120,- 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 im Formular näher bezeichneten Verwendungszwecks** zugunsten nachfolgender Bankverbindung durchgeführt wird:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG

IBAN: DE92 3006 0601 0101 2721 28

BIC: DAAEDEDXXX

III. ALLGEMEINE HINWEISE ZUM ANTRAGSVERFAHREN:

Die **Übersendung von Originalunterlagen ist**, mit Ausnahme von Bürgschaftserklärungen, **nicht erforderlich**. Etwaig zugesandte Originalunterlagen können nicht zurückgeschickt werden. Bitte heften Sie Ihre Unterlagen nicht, da diese hier elektronisch weiterverarbeitet werden.

Bitte nutzen Sie nur einen Versandweg für Ihren Antrag. Für eine elektronische Übermittlung können folgende Kontaktdaten genutzt werden:

- zulassungsausschuss@kvhessen.de
- sicherstellung@kvhessen.kim.telematik (KIM-Dienst)
- bebpo-za@kvhessen.de (nur von Rechtsanwälten nutzbar)

Auch die Übersendung auf dem Postweg ist möglich.

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.

IV. 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 und der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses erforderlich und erfolgt damit rechtmäßig.

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

**Antrag auf Umwandlung der Anstellung
in eine Zulassung /
Antrag auf Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens**

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

Praxisinhaber zu 1		(Bei Anstellung in einer Berufsausübungsgemeinschaft bitte für die weiteren BAG-Mitglieder das Formblatt „Weitere Antragsteller“ (Formblatt 1 - Seite 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:
Optional zur schnelleren Kontaktaufnahme	Telefon:		Fax:
	E-Mail:		BSNR:

2. Umwandlung der Anstellung in eine Zulassung (gebührenpflichtig)

Ich beantrage die Umwandlung der Anstellung in eine Zulassung			
im Umfang eines:	<input type="checkbox"/> halben	<input type="checkbox"/> drei Viertel	<input type="checkbox"/> vollen
			Versorgungsauftrages
zum:			
für den Angestelltensitz von			
Titel, Name:			
Vorname(n):			
Dienstort:		Straße, Nr.:	
		PLZ:	Ort:
Optional zur schnelleren Kontaktaufnahme	Telefon:		Fax:
	E-Mail:		BSNR:

<input type="checkbox"/> Der bisher angestellte Arzt/Psychotherapeut wird Inhaber der Zulassung.	Hinweis: Es erfolgt keine Ausschreibung. Bitte separaten Zulassungsantrag einreichen.
Die Umwandlung der Zulassung bzw. Teilzulassung erfolgt immer für den bisherigen vom Zulassungsausschuss genehmigten Beschäftigungsort.	
<input type="checkbox"/> Der bisher angestellte Arzt/Psychotherapeut wird nicht Inhaber der Zulassung und	Hinweis: Punkt 3 „Antrag auf Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens“ ist ebenfalls auszufüllen.
<input type="checkbox"/> die Beschäftigung des bisher angestellten Arztes/Psychotherapeuten wurde bereits beendet zum:	
<input type="checkbox"/> die Beschäftigung des bisher angestellten Arztes/Psychotherapeuten wird ohne Vorbehalt beendet zum:	
3. Antrag auf Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens (gebührenpflichtig)	
Ich beantrage die Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens der Zulassung	
für das Fachgebiet:	
im Umfang eines:	<input type="checkbox"/> hälftigen Versorgungsauftrags <input type="checkbox"/> drei Viertel Versorgungsauftrags <input type="checkbox"/> vollen Versorgungsauftrags
als besondere Versorgungsbedürfnisse zeige ich an:	(z.B. Bereitschaft zur Tätigkeit in nahe gelegenen, schlechter versorgten Gebieten; Verpflichtung, bestimmte Teile des Leistungsspektrums der betreffenden Facharztgruppe in einem bestimmten Umfang anzubieten; ggf. gesondertes Blatt beifügen)
Die Praxisübernahme soll erfolgen durch:	
	_____ Name des Übernehmers (sofern bereits bekannt)
	_____ Fachgebiet, Schwerpunkt und/oder Zusatzbezeichnung (sofern bekannt)
	oder <input type="checkbox"/> mich selbst zur Aufhebung der Beschränkung
Er/Sie gehört zu dem nach § 103 Abs. 4 Satz 5 SGB V privilegierten Personenkreis als	
<input type="checkbox"/> Ehegatte, <input type="checkbox"/> Lebenspartner, <input type="checkbox"/> Kind,	
<input type="checkbox"/> Vertragsarzt/-psychotherapeut, mit dem die Praxis bisher gemeinschaftlich betrieben wurde	
<input type="checkbox"/> angestellter Arzt/Psychotherapeut des bisherigen Vertragsarztes/-psychotherapeuten (<u>nicht</u> Sicherstellungsassistenten)	
<input type="checkbox"/> Er/Sie wird sich verpflichten, die Praxis in ein anderes Gebiet des Planungsbereichs mit Versorgungsbedarf zu verlegen.	
<input type="checkbox"/> Mit der Nachbesetzung wird die Verbesserung der nach § 101 Abs. 1 S. 8 SGB V festgelegten Minimalquote für Rheumatologen erreicht.	
<input type="checkbox"/> Nichts trifft zu.	
Die Ausschreibung des Vertragsarzt-/Psychotherapeutensitzes soll wie folgt erfolgen: (Diese Angabe ist nur im Falle der Nachbesetzung eines vollen Versorgungsauftrages erforderlich.)	
Voller Versorgungsauftrag	
<input type="checkbox"/> 1 x voll <input type="checkbox"/> 2 x ½ oder 1 x voll	

Mit der Weitergabe meiner Kontaktdaten an die an einer Praxisübernahme interessierten Ärzte/Psychotherapeuten bin ich im Rahmen des Ausschreibungsverfahrens einverstanden:

- nein ja, vollständige Weitergabe
 ja, aber beschränkt auf: Praxisanschrift, Telefonnummer, Fax, E-Mail

4. Wichtige Hinweise

Die Beendigung der Anstellung kann nicht rückwirkend erfolgen. Eine Weitergabe des Sitzes bedarf der vorherigen Prüfung und Genehmigung durch den Zulassungsausschuss und kann nur mit Wirkung für die Zukunft erfolgen. Bei Ausschreibung der Vertragspraxis erfolgt die Terminierung für eine Sitzung des Zulassungsausschusses frühestens nach Ablauf der einmonatigen Bewerbungsfrist und unter Berücksichtigung der weiterhin zu beachtenden Fristen der Verfahrensordnung des Zulassungsausschusses (www.za-hessen.de). Sofern die vertragsärztliche/-psychotherapeutische Tätigkeit in Form einer Berufsausübungsgemeinschaft erfolgt, sind die Interessen des oder der in der Praxis verbleibenden Vertragsärzte/-psychotherapeuten bei der Bewerberauswahl angemessen zu berücksichtigen (§ 103 Abs. 6 SGB V).

Die Erledigung des Nachbesetzungsverfahrens tritt ein, wenn das Ausschreibungsverfahren nicht fortgeführt wird. Wird das Ausschreibungsverfahren mit Ablauf von sechs Monaten nach dem Ende der Tätigkeit nicht unverzüglich durch Genehmigung der Übernahme des ausgeschriebenen Sitzes abgeschlossen, so erlischt das Nachbesetzungsrecht, ohne dass es eines weiteren Beschlusses bedarf. Dies hat zur Folge, dass der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen diese Zulassung bei der nächsten Feststellung nach § 103 Abs. 1 SGB V, ob eine Überversorgung vorliegt, nicht mehr berücksichtigt.

Jede Änderung bzw. Beendigung der genehmigten Anträge auch im Hinblick auf den Status des Vertragsarztes 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.

5. Antragsgebühren

Die Gebühr beträgt € 120,- pro Antrag, § 46 Abs. 1 c) Ärzte-ZV.

Der Betrag in Höhe von € 120,- wurde am _____ auf das Bankkonto der Deutschen Apotheker- und Ärztebank eG, IBAN: DE92 3006 0601 0101 2721 28, BIC: DAAEDEDXXX, mit dem Verwendungszweck „**ZA 3.6 Umwandlung Anstellung / Name Angestellter**“ überwiesen. Ein Nachweis über die Entrichtung liegt bei (z. B. Kontoauszug, gestempelte Bestätigung der Bank).

Der Betrag in Höhe von € 120,- wurde am _____ auf das Bankkonto der Deutschen Apotheker- und Ärztebank eG, IBAN: DE92 3006 0601 0101 2721 28, BIC: DAAEDEDXXX, mit dem Verwendungszweck „**ZA 2.10 Nachbesetzung / Name des Antragstellers**“ überwiesen. Ein Nachweis über die Entrichtung liegt bei (z. B. Kontoauszug, gestempelte Bestätigung der Bank).

Spätestens innerhalb von 14 Tagen nach dem Antragsingang 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.

Durch Ihre Unterschrift geht die in der angefügten Checkliste dargestellte datenschutzrechtliche Erklärung als Bestandteil in den Antrag über.

(Ort, Datum)

(Unterschrift und Stempel)

Formblatt 1 - Weitere Antragsteller (Die auf diesem Formblatt gemachten Angaben sind Bestandteil des Antrages.)			
2. Praxisinhaber			
Titel, Name/ Firma:			
Vorname(n):			
Optional zur schnelleren Kontaktaufnahme	Telefon:		Fax:
	E-Mail:		BSNR:
<hr/>			
(Unterschrift und Stempel Praxisinhaber zu 2)			
3. Praxisinhaber			
Titel, Name/ Firma:			
Vorname(n):			
Optional zur schnelleren Kontaktaufnahme	Telefon:		Fax:
	E-Mail:		BSNR:
<hr/>			
(Unterschrift und Stempel Praxisinhaber zu 3)			
4. Praxisinhaber			
Titel, Name/ Firma:			
Vorname(n):			
Optional zur schnelleren Kontaktaufnahme	Telefon:		Fax:
	E-Mail:		BSNR:
<hr/>			
(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):			
Optional zur schnelleren Kontaktaufnahme	Telefon:		Fax:
	E-Mail:		BSNR:
<hr/>			
(Unterschrift und Stempel Praxisinhaber zu 5)			
6. Praxisinhaber			
Titel, Name/ Firma:			
Vorname(n):			
Optional zur schnelleren Kontaktaufnahme	Telefon:		Fax:
	E-Mail:		BSNR:
<hr/>			
(Unterschrift und Stempel Praxisinhaber zu 6)			
7. Praxisinhaber			
Titel, Name/ Firma:			
Vorname(n):			
Optional zur schnelleren Kontaktaufnahme	Telefon:		Fax:
	E-Mail:		BSNR:
<hr/>			
(Unterschrift und Stempel Praxisinhaber zu 7)			