

**Beendigung der vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Tätigkeit/
Beschränkung auf den hälftigen Versorgungsauftrag/
Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens**
(Für Ihre Unterlagen bestimmt)

CHECKLISTE:

Der Beendigung der vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Tätigkeit/ Beschränkung auf den hälftigen Versorgungsauftrag/ dem Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens sind nachstehende Unterlagen vollständig beizufügen:

- Formular Beendigung der vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Tätigkeit/ Beschränkung auf den hälftigen Versorgungsauftrag/ Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens
- Nachweis über die Entrichtung der Antragsgebühr (sofern Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens gestellt wird)

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

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.

**Beendigung/Beschränkung der vertragsärztlichen/
-psychotherapeutischen Tätigkeit/
Antrag auf Durchführung eines
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					
Titel, Name:					
Vorname(n):					
Straße, Nr.:		(Hauptwohnsitz)			
PLZ:					
Telefon (tagsüber):			Fax:		
E-Mail:					
2. Zulassungsverzicht bzw. Zulassungsbeschränkung (gebührenfrei)					
Straße, Nr.:		(Praxisstandort)			
PLZ:					
BSNR:					
Ich verzichte auf meine Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen bzw. vertragspsychotherapeutischen Versorgung					
im Umfang eines:		<input type="checkbox"/> halben Versorgungsauftrags		<input type="checkbox"/> vollen Versorgungsauftrags	
mit Wirkung zum:		(letzter Tätigkeitstag bzw. erster Tag der Beschränkung)			
<input type="checkbox"/> ohne Vorbehalt					
<input type="checkbox"/> unter dem Vorbehalt:		<input type="checkbox"/> der Nachfolgeregelung		<input type="checkbox"/> meiner Anstellung	
<p>§ 19a Abs. 2 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV): ¹Der Arzt ist berechtigt, durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Zulassungsausschuss seinen Versorgungsauftrag auf die Hälfte des Versorgungsauftrages nach Absatz 1 zu beschränken. ²Die Beschränkung des Versorgungsauftrages wird entweder im Rahmen eines Beschlusses nach § 19 Abs. 1 oder durch gesonderten Beschluss festgestellt.</p> <p>§ 28 Abs. 1 Ärzte-ZV: Der Verzicht auf die Zulassung wird mit dem Ende des auf den Zugang der Verzichtserklärung des Vertragsarztes beim Zulassungsausschuss folgenden Kalendervierteljahrs wirksam. Diese Frist kann verkürzt werden, wenn der Vertragsarzt nachweist, dass für ihn die weitere Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit für die gesamte Dauer oder einen Teil der Frist unzumutbar ist.</p> <p>§ 103 Abs. 3a Sätze 1 und 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V): ¹Wenn die Zulassung eines Vertragsarztes in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, durch Tod, Verzicht oder Entziehung endet und die Praxis von einem Nachfolger weitergeführt werden soll, entscheidet der Zulassungsausschuss auf Antrag (siehe Nr. 3) des Vertragsarztes oder seiner zur Verfügung über die Praxis berechtigten Erben, ob ein Nachbesetzungsverfahren durchgeführt werden soll. ²Satz 1 gilt auch bei hälftigem Verzicht oder bei hälftiger Entziehung; Satz 1 gilt nicht, wenn ein Vertragsarzt, dessen Zulassung befristet ist, vor Ablauf der Frist auf seine Zulassung verzichtet.</p>					

3. Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens		(gebührenpflichtig)
Ich beantrage die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens		
für das Fachgebiet:		
im Umfang eines:	<input type="checkbox"/> hälftigen 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:	<input type="checkbox"/> mich selbst zur Anstellung eines Arztes/eines Psychotherapeuten in meiner Praxis <input type="checkbox"/>	
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"/> angestellter Arzt/Psychotherapeut des bisherigen Vertragsarztes/-psychotherapeuten (<u>nicht</u> Sicherstellungsassistenten), <input type="checkbox"/> Vertragsarzt/-psychotherapeut, mit dem die Praxis bisher gemeinschaftlich betrieben wurde <input type="checkbox"/> nichts trifft zu.		
§ 103 Abs. 3a Sätze 3 und 8 SGB V: <small>³Der Zulassungsausschuss kann den Antrag ablehnen, wenn eine Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist; dies gilt nicht, sofern die Praxis von einem Nachfolger weitergeführt werden soll, der dem in Absatz 4 Satz 5 Nummer 5 und 6 bezeichneten Personenkreis (Ehegatte; Lebenspartner; Kind oder angestellter Arzt des bisherigen Vertragsarztes; Vertragsarzt mit dem die Praxis bisher gemeinschaftlich betrieben wurde) angehört. (...) ⁵Für einen Nachfolger, der dem in Absatz 4 Satz 5 Nummer 6 bezeichneten Personenkreis angehört, gilt Satz 3 zweiter Halbsatz mit der Maßgabe, dass das Anstellungsverhältnis oder der gemeinschaftliche Betrieb der Praxis mindestens drei Jahre lang andauert haben muss. ⁶Satz 5 gilt nicht, wenn das Anstellungsverhältnis oder der gemeinschaftliche Praxisbetrieb vor dem 5. März 2015 begründet wurde. ¹³Hat der Zulassungsausschuss den Antrag abgelehnt, hat die Kassenärztliche Vereinigung dem Vertragsarzt oder seinen zur Verfügung über die Praxis berechtigten Erben eine Entschädigung in der Höhe des Verkehrswertes der Arztpraxis zu zahlen.</small>		
4. Antragsgebühr für das Nachbesetzungsverfahren		(der Verzicht ist gebührenfrei)
<input type="checkbox"/> 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 Antragseingang muss die Antragsgebühr entrichtet und ein geeigneter Zahlungsnachweis vorgelegt werden, sonst gilt der Antrag als zurückgenommen.		
5. Ausschreibung		
Die Ausschreibung des Vertragsarzt-/Psychotherapeutensitzes soll wie folgt erfolgen: (Diese Angabe ist nur im Falle der Nachbesetzung eines vollen Versorgungsauftrages erforderlich.)		
<input type="checkbox"/> 1 x voll <input type="checkbox"/> 2 x ½ oder 1 x voll		

Meine Vertragspraxis wird derzeit geführt als:	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> Teil einer Berufsausübungsgemeinschaft (z.B. örtliche, überörtliche oder KV-übergreifende Berufsausübungsgemeinschaft) <u>und</u> <input type="checkbox"/> die BAG wird beendet (Bitte Formblatt 1 ausfüllen) <input type="checkbox"/> die verbleibenden Partner führen die BAG fort <input type="checkbox"/> Teil einer Teilberufsausübungsgemeinschaft <input type="checkbox"/> Teil eines Medizinischen Versorgungszentrums <input type="checkbox"/> Praxis mit angestelltem Arzt/ Psychotherapeuten
--	---

Wird die Vertragspraxis mit einem angestellten Arzt / Psychotherapeuten geführt, erfolgt die Ausschreibung der Vertragspraxis in der Regel mit Angestelltensitz. Entspricht der Umfang der Tätigkeit des angestellten Arztes / Psychotherapeuten einem ganzen oder halben Versorgungsauftrag, kann auch die Umwandlung der Anstellung in eine Zulassung beantragt werden. Beantragt der anstellende Vertragsarzt nicht zugleich mit der Umwandlung auch die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens bei der KVH, erteilt der Zulassungsausschuss auf Antrag des bisher angestellten Arztes diesem die Zulassung.

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,

§ 103 Abs. 4 Sätze 1 bis 3 SGB V:
¹Hat der Zulassungsausschuss in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, nach § 103 Abs. 3a SGB V einem Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens entsprochen, hat die Kassenärztliche Vereinigung den Vertragsarztsitz in den für ihre amtlichen Bekanntmachungen vorgesehenen Blättern unverzüglich auszuschreiben und eine Liste der eingehenden Bewerbungen zu erstellen.
²Satz 1 gilt auch bei hälftigem Verzicht oder bei hälftiger Entziehung der Zulassung. ³Dem Zulassungsausschuss sowie dem Vertragsarzt oder seinen Erben ist eine Liste der eingehenden Bewerbungen zur Verfügung zu stellen.

6. Wichtige Hinweise

Bei dem -ohne Vorbehalt erklärten- Verzicht auf die Zulassung handelt es sich um eine einseitige empfangsbedürftige Willenserklärung, die keiner Annahme bedarf und deshalb mit dem Zugang beim Zulassungsausschuss wirksam wird. Das bedeutet, dass der Arzt, der eine entsprechende Erklärung abgegeben hat, sich von ihr nicht mehr lösen kann.

Die Beendigung der Zulassung infolge Verzichts kann nicht rückwirkend erfolgen. Eine Weitergabe der Vertragspraxis an einen Nachfolger 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.

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)
Beendigung der vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Tätigkeit/ Beschränkung auf den hälftigen Versorgungsauftrag/ Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens	Stand: Januar 2019

Formblatt 1 – Beendigung der BAG im Rahmen des Nachbesetzungsverfahrens
(Die auf diesem Formblatt gemachten Angaben sind Bestandteil des Antrages.)

Angestellter Arzt:

Titel, Name:

Vorname(n):

Die Anstellung / Der Angestelltensitz

wird beendet und

der Angestelltensitz wird ausgeschrieben mit:

(Name des Arztes, der seine Tätigkeit beendet und bei dem der Angestelltensitz mit ausgeschrieben werden soll.)

die Umwandlung und Ausschreibung des Angestelltensitzes wird beantragt.

(Hinweis: Bitte gesonderten Antrag „Umwandlung Anstellung in Zulassung/ Antrag Ausschreibung“ einreichen.)

verbleibt bei dem verbleibenden BAG-Partner.

Der Angestellte selbst beantragt nach Umwandlung die Zulassung.

(Hinweis: Bitte gesonderten Antrag „Umwandlung Anstellung in Zulassung/ Antrag Ausschreibung“ einreichen.)

Wichtiger Hinweis

Alle BAG-Partner müssen unterschreiben. Bitte beachten Sie, dass sofern Sie keine Einigung über den Angestelltensitz finden, dieser Sitz in die Bedarfsplanung zurückfällt und keinem der BAG-Partner bzw. der BAG zur Verfügung steht.

(Name des BAG-Partners)

(Ort, Datum und Unterschrift BAG-Partner)

(Name des BAG-Partners)

(Ort, Datum und Unterschrift BAG-Partner)

(Name des BAG-Partners)

(Ort, Datum und Unterschrift BAG-Partner)

(Name des BAG-Partners)

(Ort, Datum und Unterschrift BAG-Partner)