

Verlängerung der Frist zur Nachbesetzung eines/einer angestellten Arztes/Ärztin/Psychotherapeuten/Psychotherapeutin

(Für Ihre Unterlagen bestimmt)

CHECKLISTE:

Dem Antrag auf Genehmigung zur Verlängerung der Frist zur Nachbesetzung eines/einer angestellten Arztes/Ärztin/Psychotherapeuten/Psychotherapeutin sind nachstehende Unterlagen vollständig beizufügen:

- Antrag auf Verlängerung der Frist zur Nachbesetzung
- Nachweise über die Bemühungen einen Nachfolger zu finden (auch Kopien von Absagen potentieller Bewerber -*bitte Schwärzung pers. Angaben aus Datenschutzgründen*- sind als Nachweis möglich; Headhunter/Personalfirma bitte Vertrag mit Dritten über Nachfolgersuche inkl. Nachweise, dass dieser Vertrag erfüllt wurde einreichen)
- Nachweis über die Entrichtung der Antragsgebühr
- Antragsergänzung „Weitere Antragsteller“ (**Formblatt 1**)

WICHTIGE HINWEISE ZUR ENTRICHTUNG DER ANTRAGSGEBÜHR:

Gem. § 46 Abs. 1 c) Ärzte-ZV ist eine Gebühr 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.

Antrag auf Verlängerung der Frist zur Nachbesetzung eines angestellten Arztes/Psychotherapeuten

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

a) 1. Praxisinhaber

(Bei Anstellung in einer Berufsausübungsgemeinschaft bitte für die weiteren BAG-Mitglieder das Formblatt „Weitere Antragsteller“ (Formblatt 1 - Seite 4 und 5) gesondert ausfüllen. Die auf diesen zusätzlich eingereichten Formblättern gemachten Angaben sind Bestandteil dieses Antrages.

Titel, Name/ Firma:

Vorname(n):

Vertragspraxis:

Straße, Nr.:

PLZ:

Ort:

Telefon (tagsüber):

Fax:

E-Mail:

BSNR:

2. Verlängerung der Frist zur Nachbesetzung

Ich/Wir beantrage/n die Verlängerung der Frist zur Nachbesetzung der vakanten Stelle des folgenden Angestellten

bis:

Tätigkeitsaufnahme des Nachfolgers

Titel, Name:

Vorname(n):

Dienstort war der Vertragsarztsitz des Praxisinhabers zu Nr. ____

Dienstort war:

Straße, Nr.:

PLZ:

Ort:

§ 103 Abs. 4 a und b a. E. Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)

Die Nachbesetzung einer Anstellung ist möglich, auch wenn Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, sofern die sonstigen Voraussetzungen vorliegen. Die vollständige oder teilweise Nachbesetzung hat binnen sechs Monaten nach vollständigem oder teilweisem Ende des Anstellungsverhältnisses zu erfolgen. Die Genehmigung zur Nachbesetzung ist rechtzeitig innerhalb der genannten Frist zu beantragen.

Im Hinblick auf die Regelungen einer sachgerechten Bedarfsplanung und den Sinn und Zweck der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung gelten diese Besonderheiten jedoch dann nicht, wenn die vakanten ¼-Arztstühle einer Fachgruppe kumuliert einen mindestens hälftigen Versorgungsauftrag ergeben. Frei werdende ¼-Arztstellen eines Fachgebietes innerhalb der Vertragsarztpraxis/überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft werden mithin addiert und unterliegen sodann der sechsmonatigen Nachbesetzungsfrist.

Das Erlöschen des Nachbesetzungsrechts bedarf keines weiteren Beschlusses. Es hat zur Folge, dass der Landesausschuss für Ärzte und Krankenkassen diese Arztstelle bei der Feststellung nach § 103 Abs. 1 SGB V, ob eine Überversorgung vorliegt, nicht mehr berücksichtigt.

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

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 3.4 Verlängerung Nachbesetzungsfrist**“ 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.

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 Praxisinhaber)

Formblatt 1 - Weitere Antragsteller (Die auf diesem Formblatt gemachten Angaben sind Bestandteil des Antrages.)				
2. Praxisinhaber				
Titel, Name/ Firma:				
Vorname(n):				
Vertragspraxis:	Straße, Nr.:			
	PLZ:		Ort:	
Telefon (tagsüber):			Fax:	
E-Mail:			BSNR:	
(Unterschrift und Stempel Praxisinhaber zu 2)				
3. Praxisinhaber				
Titel, Name/ Firma:				
Vorname(n):				
Vertragspraxis:	Straße, Nr.:			
	PLZ:		Ort:	
Telefon (tagsüber):			Fax:	
E-Mail:			BSNR:	
(Unterschrift und Stempel Praxisinhaber zu 3)				
4. Praxisinhaber				
Titel, Name/ Firma:				
Vorname(n):				
Vertragspraxis:	Straße, Nr.:			
	PLZ:		Ort:	
Telefon (tagsüber):			Fax:	
E-Mail:			BSNR:	
(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):				
Vertragspraxis:	Straße, Nr.:			
	PLZ:		Ort:	
Telefon (tagsüber):			Fax:	
E-Mail:			BSNR:	
(Unterschrift und Stempel Praxisinhaber zu 5)				
6. Praxisinhaber				
Titel, Name/ Firma:				
Vorname(n):				
Vertragspraxis:	Straße, Nr.:			
	PLZ:		Ort:	
Telefon (tagsüber):			Fax:	
E-Mail:			BSNR:	
(Unterschrift und Stempel Praxisinhaber zu 6)				
7. Praxisinhaber				
Titel, Name/ Firma:				
Vorname(n):				
Vertragspraxis:	Straße, Nr.:			
	PLZ:		Ort:	
Telefon (tagsüber):			Fax:	
E-Mail:			BSNR:	
(Unterschrift und Stempel Praxisinhaber zu 7)				