

**Antrag auf Umwandlung der Anstellung in eine Zulassung /  
Antrag auf Ausschreibung**  
(Für Ihre Unterlagen bestimmt)

**CHECKLISTE:**

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

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

**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](http://www.kvhessen.de/datenschutz).

**Antrag auf Umwandlung der Anstellung  
in eine Zulassung /  
Antrag auf Ausschreibung**

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 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:

Telefon (tagsüber):

Fax:

E-Mail:

BSNR:

**2. Umwandlung der Anstellung in eine Zulassung (gebührenpflichtig)**

**Ich beantrage die Umwandlung der Anstellung in eine Zulassung**

im Umfang eines:  halben Versorgungsauftrages  vollen Versorgungsauftrages

zum:

**für den Angestelltensitz von**

Titel, Name:

Vorname(n):

Dienstort:

Straße, Nr.:

PLZ:

Ort:

Telefon (tagsüber):

Fax:

E-Mail:

BSNR:

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"/>	Die Zulassung soll ausgeschrieben werden.
<input type="checkbox"/>	Die Beschäftigung des bisher angestellten Arztes/Psychotherapeuten wird beendet zum:
<input type="checkbox"/>	Die Beschäftigung des bisher angestellten Arztes/Psychotherapeuten wurde bereits beendet zum:
<b>3. Antrag auf Ausschreibung</b>	
<b>Ich beantrage die Ausschreibung der Zulassung</b>	
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:	
Name des Übernehmers (sofern bereits 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"/> nichts trifft zu.	
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	
Mit der Weitergabe meiner Kontaktdaten an die an einer Praxisübernahme interessierten Ärzte/Psychotherapeuten bin ich im Rahmen des Ausschreibungsverfahrens einverstanden:	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, vollständige Weitergabe	
<input type="checkbox"/> ja, aber beschränkt auf: <input type="checkbox"/> Praxisanschrift, <input type="checkbox"/> Telefonnummer, <input type="checkbox"/> Fax, <input type="checkbox"/> E-Mail,	
<b>5. Wichtige Hinweise</b>	
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 ( <a href="http://www.za-hessen.de">www.za-hessen.de</a> ). 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).	
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- <b>nur mit Wirkung für die Zukunft</b> und nicht für einen in der Vergangenheit liegenden Zeitraum erteilt werden.	

## 6. 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 3.6 Umwandlung Anstellung / Name Angestellter**“ 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.**

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift und Stempel)

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