

Zulassungsausschuss für Ärzte
- Hamburg -
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg



Praxisstempel

Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens

gemäß § 103 Abs. 3 a SGB V

Hinweis: Im Folgenden wird aus Vereinfachungsgründen als geschlechtsneutrale Bezeichnung die männliche Form verwendet.

Bitte beachten Sie, dass mit dem Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens die Formulare "Angaben zur Ausschreibung eines Vertragssitzes" und "Erklärung des Verzichts auf die Zulassung" mit eingereicht werden müssen.

Name des Antragstellers (Vertragsarzt)

(ggf. Titel) Vorname Name

In welchem Fachgebiet (ggf. Schwerpunkt) wurde Ihre Zulassung erteilt?

Zu wann beabsichtigen Sie Ihre Praxis an einen Nachfolger weiterzugeben?

ab **Beginn** des Quartals

 /

zum nächstmöglichen Quartalsanfang

In welchem Umfang beabsichtigen Sie Ihre Praxis an eine/n Nachfolger/in weiterzugeben?

meine **volle** Zulassung

eine **Hälfte** meiner **vollen** Zulassung

meine **drei viertel** Zulassung

ein **Viertel** meiner **vollen** Zulassung

meine **hälf tige** Zulassung

eine **viertel** Zulassung

(Reduzierung von **drei viertel Zulassung auf hälf tige Zulassung**)

Hinweis: Auf einen ausgeschriebenen Viertelsitz kann nur eine Anstellung im Umfang eines Viertelversorgungsauftrages oder eine Erweiterung einer bereits im Umfang einer hälf tigen oder zu dreiviertel bestehenden Zulassung erfolgen.

Kann die Praxis in den derzeitigen Räumlichkeiten fortgeführt werden?

ja

nein

Falls nein, bitte hier den Grund angeben:

Wird die Tätigkeit in einer Berufsausübungsgemeinschaft ausgeübt?

- ja nein

Sind Sie als Vertragsarzt in einem MVZ tätig?

- ja nein

Beschäftigen Sie einen angestellten Arzt auf einer sogenannten Arztstelle?

- nein

- ja und zwar mit folgendem Fachgebiet:

Falls ja soll die Arztstelle mit ausgeschrieben werden?

- ja
 nein

Ich möchte meine Praxis an folgende gem. § 103 Abs. 4 SGB V privilegierte Person übergeben:

- mein Kind
 meinen Ehepartner / Lebenspartner
 meinen angestellten Arzt (seit mindestens 3 Jahren)
 einen Vertragsarzt, mit dem ich die Praxis bisher gemeinschaftlich betrieben habe
(seit mindestens 3 Jahren)

(ggf. Titel) Vorname Name

Hinweis: Die folgende Angabe ist ausschließlich von **Psychotherapeuten** auszufüllen.

Ich führe eine Warteliste bzw. werde Patienten meiner Praxis an meinen Nachfolger übergeben:

- ja nein

Datenschutz

Die Information der betroffenen Person bei der Erhebung von personenbezogenen Daten gemäß Art. 13 und 14 DSGVO der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) finden Sie im Internet unter <http://www.kvhh.net/kvhh/info/datenschutz>. Sofern Sie keinen Internetzugang haben und aus sonstigen Gründen eine Übersendung in Papierform wünschen, wenden Sie sich bitte an das Infocenter unter 040 / 22 802 900.

Gebühr

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von 120,00 € von meinem aktuell gültigen Honorar-Konto bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg abgebucht wird.

Ort und Datum

Unterschrift

➡ Bitte beachten Sie auch die folgende Seite.

Freiwillige Erklärung zur Erforderlichkeit der Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes

Hinweis: Gemäß § 103 Abs. 3a SGB V kann der Zulassungsausschuss einen Antrag auf Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens grundsätzlich ablehnen, wenn eine Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist. Hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen festgestellt, dass der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um 40 % überschritten ist, soll der Zulassungsausschuss den Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens ablehnen, wenn eine Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist.

Um beurteilen zu können, ob die Weiterführung Ihrer Praxis aus Versorgungsgründen für die Patienten trotz bestehender Überversorgung erforderlich ist, bitten wir Sie im Folgenden ggf. auszuführen, warum Ihr Vertragsarztsitz nachbesetzt werden sollte. Hierbei können u. a. Gründe wie die Behandlung eines speziellen Personenkreises, besondere Behandlungsmethoden oder – im Hinblick auf das Kostengeschehen - auch der Umstand, dass Sie Mitglied einer Berufsausübungsgemeinschaft sind, berücksichtigt werden.

Ich nehme an folgenden Selektivverträgen teil:

Anzahl der im Rahmen dieser Verträge behandelten Patienten: _____

Hinweis: Reicht der Platz nicht aus, fügen Sie bitte eine weitere Seite an.