

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



Praxisstempel

Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens

Hinweis: Im Folgenden wird aus Vereinfachungsgründen als geschlechtsneutrale Bezeichnung die männliche Form verwendet. Zudem werden unter der Bezeichnung "Vertragsarzt" auch Vertragspsychotherapeuten (einschließlich Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) verstanden.

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: <https://www.kvhh.net/de/praxis/recht-vertraege/datenschutz.html>. Sofern Sie keinen Internetzugang haben oder aus sonstigen Gründen eine Übersendung in Papierform wünschen, teilen Sie uns dies bitte mit.

Bitte beachten Sie, dass mit diesem Antrag die Formulare "**Angaben zur Ausschreibung eines Vertragssitzes**" und "**Erklärung des Verzichts auf die Zulassung**" eingereicht werden müssen. Die Anträge finden Sie unter dem Stichwort "Ausschreibung / Nachbesetzungsverfahren" oder unter dem Stichwort "Nachbesetzungsverfahren" unter www.kvhh.net.

Name des Antragstellers (Vertragsarzt)

(ggf. Titel) Vorname Name

In welchem Fachgebiet (ggf. Schwerpunktbezeichnung) 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 einen Nachfolger weiterzugeben?

- meine **volle** Zulassung
 meine **häftige** Zulassung
 ein **Viertel** meiner **vollen** Zulassung
(Reduzierung von **voller** Zulassung auf **dreiviertel** Zulassung)
- meine **dreiviertel** Zulassung
 eine **Hälfte** meiner **vollen** Zulassung
 eine **viertel** Zulassung
(Reduzierung von **dreiviertel** Zulassung auf **häftige** Zulassung)

Kann die Praxis in den derzeitigen Räumlichkeiten fortgeführt werden?

- ja nein

Falls nein, bitte hier den Grund angeben und erklären, wie die Praxisfortführung sichergestellt wird:

Wird die Tätigkeit in einer Berufsausübungsgemeinschaft ausgeübt?

nein

ja

Falls ja, wird die Berufsausübungsgemeinschaft nach Abgabe des Praxisanteils als solche fortgeführt?

ja

nein

Sind Sie als Vertragsarzt in einem MVZ tätig?

ja

nein

Beschäftigen Sie einen angestellten Arzt auf einer sogenannten Arztstelle oder ist eine Arztstelle vakant?

nein

ja und zwar mit folgendem Fachgebiet:

Falls ja, soll die Arztstelle mit ausgeschrieben werden?

ja

nein

Ich möchte meine Praxis bzw. (anteiligen) Versorgungsauftrag 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

Fachgebiet (Facharztbezeichnung und ggf. Schwerpunktbezeichnung, die geführt werden soll)

Gebühr

Für diesen Antrag wird eine Gebühr in Höhe von **120,00 €** (§ 46 Abs. 1 lit c Ärzte-ZV) erhoben, die mit der Stellung des Antrags fällig wird. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass diese von meinem aktuell gültigen Honorar-Konto bei der KVH 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.

Hinweis: Reicht der Platz für die Eintragungen auf dieser Seite nicht aus, kopieren Sie bitte diese Seite.

Ich nehme an folgenden Selektivverträgen teil:

Anzahl der im Rahmen dieser Verträge behandelten Patienten: _____