

Antrag auf Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens

gem. § 103 Abs. 3a bis 6 SGB V in Planungsbereichen mit Zulassungsbeschränkungen

Zulassungsausschuss für Ärzte

bei der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg
Pappelallee 5, 14469 Potsdam
Tel.: 0331/ 2309-970

Posteingangsstempel

Antragsteller

Titel, Vor- und Nachname:

Fachgebiet der Zulassung:

Vertragsarztsitz bzw.
Vertragspsychotherapeutsitz:

Telefonnummer für Rückfragen:

E-Mail-Adresse:

Ich beantrage die Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens

Zutreffende Variante bitte ankreuzen:

für meinen gesamten Versorgungsauftrag.

anteilig im Umfang einer Hälfte meines Versorgungsauftrags.

anteilig im Umfang eines Viertels meines Versorgungsauftrags.

Ich strebe die Übergabe der Praxis an, zum:

Mein Versorgungsauftrag soll von einem Nachfolger aus den nachstehenden Personenkreisen übernommen werden:

Soweit zutreffend, bitte ankreuzen:

Meinem Ehegatten / Lebenspartner.

Meinem Kind.

Einem angestellten Arzt bzw. Psychotherapeuten oder Vertragsarzt bzw. Vertragspsychotherapeuten, mit dem die Praxis bisher gemeinschaftlich für mindestens drei Jahre betrieben wurde.

Einer vorstehend nicht aufgeführten, aber in § 103 Abs. 3a SGB V privilegierten Person.

Bitte zum Hintergrund der Privilegierung ausführen:

Bei dieser Person handelt es sich um:

Titel, Vor- und Nachname: _____

Kontakt (E-Mail/Telefon): _____

Fachgebiet: _____

Soweit zutreffend, bitte ankreuzen:

Ich bin Partner einer zum Zeitpunkt der Antragstellung genehmigten Berufsausübungsgemeinschaft (BAG).

Mein Versorgungsauftrag soll in der BAG fortgeführt werden.

Mein Versorgungsauftrag soll als Einzelpraxis fortgeführt werden.
Sämtliche weiteren Partner der BAG sind mit der Fortführung als Einzelpraxis einverstanden.

1. _____
(Name, Vorname BAG-Partner) (Datum, Unterschrift BAG-Partner)

2. _____
(Name, Vorname BAG-Partner) (Datum, Unterschrift BAG-Partner)

3. _____
(Name, Vorname BAG-Partner) (Datum, Unterschrift BAG-Partner)

4. _____
(Name, Vorname BAG-Partner) (Datum, Unterschrift BAG-Partner)

5. _____
(Name, Vorname BAG-Partner) (Datum, Unterschrift BAG-Partner)

Ich führe eine Einzelpraxis mit folgenden vertragsärztlich bzw. vertragspsychotherapeutisch tätigen Angestellten:

1. _____
(Name, Vorname Angestellter)

2. _____
(Name, Vorname Angestellter)

3. _____
(Name, Vorname Angestellter)

4. _____
(Name, Vorname Angestellter)

Hinweis zu Angestelltenstellen: Soweit Angestelltenstellen nachbesetzt werden sollen, beantragen Sie die Ausschreibung bitte gesondert bei der Kassenärztlichen Vereinigung. Das entsprechende Formular „Antrag auf öffentliche Ausschreibung eines Angestelltensitzes zur Nachbesetzung“ können Sie auf der Website der KVBB abrufen unter:

Praxiseinstieg > Zulassung > Zulassungsausschuss > Antragsformulare Zulassungsausschuss

Wichtiger Hinweis -

Bitte lesen:

Der Antrag auf Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens setzt rechtlich das (anteilige) Ende Ihrer Zulassung voraus. Soweit Ihre Zulassung nicht bereits aus anderen Gründen (anteilig) beendet ist, können Sie unter dem Vorbehalt der bestandskräftigen Auswahl eines Praxisnachfolgers durch den Zulassungsausschuss verzichten. Dieser vorbehaltliche Verzicht stellt sicher, dass Ihre (anteilige) Zulassung erhalten bleibt, auch wenn das Nachbesetzungsverfahren unvorhergesehen scheitert. Nutzen Sie für den vorbehaltlichen Verzicht bitte die nachfolgende **Anlage 1** oder **Anlage 2**. Soweit Sie vorbehaltlos verzichten wollen, bspw. weil Sie die Praxistätigkeit unabhängig vom Ausgang des Nachbesetzungsverfahrens zu einem bereits bekannten Zeitpunkt beenden müssen, reichen Sie bitte zusätzlich zu diesem Antrag das gesonderte **Formular „Verzichtserklärung“** ein – die Anlagen 1 oder 2 müssen in diesem Fall nicht zusätzlich ausgefüllt werden.

Das gesonderte Formular „Verzichtserklärung“ finden Sie auf der Website der KVBB unter:

Praxiseinstieg > Zulassung > Zulassungsausschuss > Antragsformulare Zulassungsausschuss

Datum, Unterschrift und (Arzt-) Stempel Antragsteller:

Vorbehaltliche Verzichtserklärung

auf den gesamten Versorgungsauftrag

Verzichtender

Titel, Vor- und Nachname: _____

Fachgebiet der Zulassung: _____

Vertragsarztsitz bzw.
Vertragspsychotherapeutensitz: _____

Telefonnummer für Rückfragen: _____

E-Mail-Adresse: _____

Ich möchte meine vertragsärztliche bzw. vertragspsychotherapeutische Tätigkeit am vorstehend aufgeführten Vertragsarztsitz bzw. Vertragspsychotherapeutensitz vollumfänglich einstellen und verzichte hiermit, unter der Bedingung der bestandskräftigen Auswahl eines Praxismachfolgers durch den Zulassungsausschuss, auf meine Zulassung zur vertragsärztlichen bzw. vertragspsychotherapeutischen Versorgung.

Datum, Unterschrift und (Arzt-) Stempel:

Vorbehaltliche Verzichtserklärung

zur Beschränkung des Versorgungsauftrags

Verzichtender

Titel, Vor- und Nachname: _____

Fachgebiet der Zulassung: _____

Vertragsarztsitz bzw.
Vertragspsychotherapeutensitz: _____

Telefonnummer für Rückfragen: _____

E-Mail-Adresse: _____

Ich möchte den Umfang meiner vertragsärztlichen bzw. vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit am vorstehend aufgeführten Vertragsarztsitz bzw. Vertragspsychotherapeutensitz

auf einen dreiviertel Versorgungsauftrag beschränken

auf einen hälftigen Versorgungsauftrag beschränken

und verzichte im Übrigen, unter der Bedingung der bestandskräftigen Auswahl eines Praxisnachfolgers durch den Zulassungsausschuss, auf meine Zulassung zur vertragsärztlichen bzw. vertragspsychotherapeutischen Versorgung.

Datum, Unterschrift und (Arzt-) Stempel:

Antrag auf Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens

- Hinweise -

1. Für den Antrag wird eine **Gebühr** in Höhe von EUR 120,00 erhoben. Die Gebühr wird mit separater Rechnung von der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses angefordert. Erst nach Entrichtung dieser Gebühr wird Ihr Antrag vor dem Zulassungsausschuss für Ärzte verhandelt.
2. Bitte beachten Sie, dass das zweistufige Nachbesetzungsverfahren, durch die vorgesehenen Sitzungstermine des Zulassungsausschusses, die Redaktionsfristen der Veröffentlichungsmedien sowie die Bewerbungsfristen, einen zeitlichen Vorlauf erfordert. Sofern Sie beabsichtigen, Ihre Praxis demnächst an einen Nachfolger zu übergeben, sollten Sie **mindestens ein halbes Jahr** für die Umsetzung der Übergabe der Praxis einplanen.
3. Soweit Sie nicht vorbehaltlich der bestandskräftigen Zulassung eines Praxisnachfolgers verzichten wollen, weil Sie beispielsweise zu einem bestimmten früheren Zeitpunkt Ihre Praxistätigkeit einstellen, **verwenden Sie für den bedingungslosen Verzicht bitte das Formular „Verzichtserklärung“**. Ein unbedingter Verzicht wirkt sich auf die Berechtigung ein Nachbesetzungsverfahren zu beantragen nicht aus, solange Praxissubstrat vorhanden ist.
4. Bitte senden Sie außerdem zeitnah das Zusatzblatt „Erklärungen und Angaben zur Ausschreibung eines Vertragsarztsitzes“ ausgefüllt und unterschrieben an die KVBB.
5. Verfahrensablauf und gesetzliche Grundlagen:

Grundsätzlich hat der Zulassungsausschuss für Ärzte auf Antrag einer Vertragsärztin oder eines Vertragsarztes bzw. einer Vertragspsychotherapeutin oder eines Vertragspsychotherapeuten in Planungsbereichen für die Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, zu entscheiden, ob ein Nachbesetzungsverfahren durchgeführt wird oder nicht.

Der Antrag kann abgelehnt werden, sofern festgestellt wird, dass die Nachbesetzung der Praxis aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist, soweit nicht im Einzelfall, bspw. durch Benennung eines Nachfolgers aus einem privilegierten Personenkreis, spezielle gesetzliche Regelungen gelten.

Wird dem Antrag auf Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens entsprochen, hat die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg die betreffende Praxis unverzüglich in KV-Intern und im Brandenburgischen Ärzteblatt unter Festlegung einer Bewerbungsfrist auszuschreiben.

6. Die Kassenärztliche Vereinigung nimmt Interessensbekundungen entgegen und überreicht dem Zulassungsausschuss, nach Ablauf der Bewerbungsfrist, eine Liste der eingegangenen Interessensbekundungen. Interessierte Bewerber müssen beim Zulassungsausschuss für Ärzte einen Zulassungsantrag stellen. Der Zulassungsausschuss für Ärzte entscheidet über die Nachfolge und hat bei mehreren Bewerbern eine Auswahlentscheidung nach festgelegten Kriterien zu treffen.

Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die KVBB (Art. 13 und 14 DSGVO) können Sie unter <http://www.kvbb.de/datenschutz> einsehen.

Falls Sie nicht über einen Internetzugang verfügen sollten, senden wir Ihnen diese gerne postalisch zu.

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Unternehmensbereich Qualitätssicherung/Sicherstellung
Pappelallee 5
14469 Potsdam

Arztstempel

Erklärungen und Angaben zur Ausschreibung eines Vertragsarztsitzes

Gem. § 103 Abs. 4 SGB V ist die KVBB verpflichtet, den Vertragsarztsitz in den für ihre amtlichen Bekanntmachungen vorgesehenen Blättern (KV intern / Homepage) unverzüglich auszuschreiben. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, den Arztsitz auch im Brandenburgischen Ärzteblatt zu veröffentlichen.

Ich bitte um die zusätzliche Veröffentlichung meiner Ausschreibung im Brandenburgischen Ärzteblatt

Ja

Nein

Mit der Weitergabe meiner Praxisanschrift an Ärzte, die an einer Praxisübernahme interessiert sind, bin ich

einverstanden

nicht einverstanden

Bei Rückfragen von Bewerbern bzw. Interessenten kann auf folgende Praxisbesonderheiten hingewiesen werden:

Den Schriftverkehr bezüglich meines Nachbesetzungsverfahrens bitte ich

an die Privatadresse zu senden

an die Praxisadresse zu senden

an meine anwaltliche Vertretung zu senden
(Vollmacht anliegend)

Ort, Datum

Stempel / Unterschrift

Hinweise zum Ablauf des Verfahrens bei der KVBB:

Sofern vom Zulassungsausschuss für Ärzte Ihrem Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens stattgegeben wurde, wird die KVBB von Amts wegen mit der Durchführung der Veröffentlichung des Ausschreibungsverfahrens beauftragt.

Gem. § 103 Abs. 4 SGB V ist die KVBB verpflichtet, den Vertragsarztsitz in den für ihre amtlichen Bekanntmachungen vorgesehenen Blättern (KV intern / Homepage) unverzüglich auszuschreiben. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, den Arztsitz auch im Brandenburgischen Ärzteblatt zu veröffentlichen.

Die Veröffentlichung Ihres Nachbesetzungsverfahrens erfolgt anonymisiert. Dafür vergibt die KVBB eine Bewerbungskennziffer und setzt eine Bewerbungsfrist fest.

In diesem Zusammenhang werden Sie um die vorn genannten Erklärungen gebeten.

Die KVBB informiert Sie separat über den Verlauf des Ausschreibungsverfahrens und über eingehende Bewerbungen.

Nach Ablauf der Bewerbungsfrist wird gemäß den gesetzlichen Vorgaben Ihnen und zeitgleich dem Zulassungsausschuss für Ärzte eine Liste der termingerecht eingegangenen Bewerbungen (Anträge auf Zulassung bzw. Anstellung) übergeben. Liegt lediglich eine Bewerbung (Antrag auf Zulassung bzw. Anstellung) vor, wird auf die Erstellung der Bewerberliste verzichtet.

Von der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses werden Sie rechtzeitig über den Termin der Verhandlung Ihres Nachbesetzungsverfahrens informiert.

Zu dieser Sitzung werden Sie und die Bewerber von der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses eingeladen. Bei mehreren Bewerbern hat der Zulassungsausschuss eine Auswahlentscheidung nach festgelegten Kriterien zu treffen. Diese sind insbesondere in § 103 Abs. 4, 5 und 6 SGB V geregelt.