



Zulassungsausschüsse Ärzte Sachsen
 Postfach 11 64
 09070 Chemnitz

Bitte wählen Sie Ihren
 Zulassungsbezirk aus:

- Chemnitz
- Dresden
- Leipzig

E-Mail: zulassung@kvsachsen.de

Fax: 0371 2789-4305

Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens

Antragsteller

Im [gesperrten Planungsbereich](#) ist ein Antrag auf Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens notwendig, um die Praxis an einen Nachfolger zu übergeben.

 Titel, Vorname, Name

 BSNR

 Fachgebiets-/ Schwerpunktbezeichnung

 Anschrift des Vertragsarztsitzes (Straße, Nr., PLZ, Ort)

 Wohnanschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort)

 Telefonnummer

 E-Mail-Adresse

Der Schriftwechsel soll erfolgen an: Praxisanschrift Privatanschrift

Antragstellung

Bei der Reduzierung des Versorgungsauftrages kann ein Nachbesetzungsverfahren nur durchgeführt werden, wenn die Zulassung im Umfang eines mindestens hälftigen Versorgungsauftrages bestehen bleibt. Im Falle der Ausschreibung eines viertel Versorgungsauftrages ist eine Bewerbung nur möglich, wenn der Bewerber bereits mindestens einen hälftigen Versorgungsauftrag innehat oder die Praxisübernahme in Form einer Anstellung erfolgt.

Ich beantrage die Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens im folgenden Umfang:

Aktueller Versorgungsauftrag \ Nachbesetzungsverfahren	Nachbesetzungsverfahren			
	voller VA	dreiviertel VA	hälftiger VA	viertel VA
voller VA	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dreiviertel VA		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
hälftiger VA			<input type="checkbox"/>	

Die Praxisabgabe ist geplant zum (tt.mm.jjjj): _____
Datum

- Der Versorgungsauftrag ist Teil einer BAG.
- An die Praxis sind Angestelltensitze gebunden, die ebenfalls übergeben werden sollen.

Handelt es sich bei dem abzugebenden Versorgungsauftrag um einen **Sonderbedarf**?

- Ja Nein

Geplante Fortführung der Praxis durch:

- Ehegatten, Lebenspartner oder Kind des Praxisabgebers

Titel, Vorname, Name

Verwandtschaftsverhältnis

- einen bei mir angestellten Arzt bzw. von einem Arzt, mit dem ich die Praxis gemeinschaftlich betrieben habe

Titel, Vorname, Name

angestellt /BAG-Mitglied seit (tt.mm.jjjj)

Hinweis: Gemäß § 103 Abs. 3a SGB V liegt eine Privilegierung nur dann vor, wenn das Anstellungsverhältnis oder die gemeinschaftliche Berufsausübung mindestens drei Jahre angedauert hat.

- einem Arzt, der mindestens fünf Jahre in einem Gebiet vertragsärztlich tätig war, in dem der Landesausschuss nach § 100 Absatz 1 SGB V das Bestehen von Unterversorgung festgestellt hat

Ort

Planungsbereich

Dauer

- von einem Arzt, der bereit ist, die Praxis in ein anderes Gebiet des Planungsbereiches zu verlegen, in welchem nach Mitteilung der KV aufgrund einer zu geringen Ärztedichte ein Versorgungsbedarf besteht
- von einem Arzt, der nicht dem zuvor aufgeführten Personenkreis angehört

Hinweis: Mit dem Antrag auf Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens ist ein [Antrag auf Ausschreibung](#) des Vertragsarztsitzes bei der KV Sachsen zu stellen.

Hinweise zur Antragsstellung

Wann wird mein Antrag für den ZA terminiert?

Unser Ziel ist die schnellstmögliche Bearbeitung und Abwicklung Ihres Antrages. Um dies einhalten zu können benötigen wir daher zwingend ein vollständig ausgefülltes Antragsformular einschließlich aller im Formular genannten notwendigen Unterlagen. Wir weisen darauf hin, dass unvollständige Anträge nicht durch den Zulassungsausschuss genehmigt werden und unter Umständen zur Ablehnung Ihres Antrags führen können.

Bitte beachten Sie, dass statusbegründende oder statusändernde Entscheidungen (z. B. Zulassungen, Anstellungen, Ermächtigungen, Verlegungen, Ruhen...) nur mit Wirkung für die Zukunft genehmigt werden können. Eine rückwirkende Genehmigung ist nicht möglich.

Bitte stellen Sie Ihren Antrag daher rechtzeitig (mind. 6-8 Wochen) vor dem geplanten [Sitzungstermin](#). Für bedarfsabhängige Anträge (z. B. Sonderbedarf, Ermächtigung) sowie die Gründung eines MVZ gilt eine dreimonatige Antragsfrist.

Die vorstehenden Fristen gelten nicht für Zulassungsanträge im Nachbesetzungsverfahren, bei denen eine [Ausschreibung](#) notwendig ist, oder bei einer [Entsperrung des Planungsbereichs](#); hier gelten besondere Bewerbungsfristen, die den Veröffentlichungen zu entnehmen sind.

In welcher Form muss der Antrag eingereicht werden?

Der Antrag ist nach §§ 24 Ärzte-ZV, 18 Abs. 1 Ärzte-ZV schriftlich zu stellen und unterschrieben in der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses (entweder per Post, E-Mail ([pdf](#)) oder Fax) einzureichen. Um zusätzlichen Verwaltungsaufwand zu vermeiden, bitten wir Sie ausdrücklich auf eine Mehrfachübermittlung zu verzichten.

Bitte beachten Sie, dass der von Ihnen eingereichten Antrag an den Zulassungsausschuss und beigefügte Unterlagen digitalisiert und nach einer entsprechenden Frist vernichtet werden. Eine Rücksendung der Unterlagen, insbesondere von Arbeitsverträgen, durch die Geschäftsstelle ist daher nicht möglich.

Antragsgebühr:

Für die Antragstellung ist eine Gebühr in Höhe von 120,- € zu entrichten, vgl. § 46 Abs. 1 lit. c) Ärzte-ZV. Die Gebühr wird mit der Antragsstellung fällig. Diese wird Ihnen gesondert in Rechnung gestellt. Nach § 38 Ärzte-ZV wird über den Antrag erst nach Entrichtung der nach § 46 Ärzte-ZV zu zahlenden Gebühr verhandelt.

Datenschutz:

Die zur Bearbeitung Ihres Antrages erforderlichen Daten werden auf Grundlage der §§ 95,98 SGB V i. V. m. Ärzte-ZV erhoben und im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben verarbeitet.

Die Datenverarbeitung ist nach Art. 6 Abs. 1 S. 1c) DSGVO für die Aufgabenerfüllung der KVS erforderlich. Weitere Informationen zum Thema Datenschutz finden Sie unter www.kvsachsen.de.

Beratungsservice:

Haben Sie Fragen? Die Mitarbeiter der KVS beantworten Ihre Fragen gern. Ihre konkreten Ansprechpartner finden Sie unter www.kvsachsen.de/fuer-praxen/beratung-service.

Ich bestätige, dass ich den Inhalt des Antrags sowie des beigefügten Anhangs mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an. Die im Anhang aufgeführten Erläuterungen und Anhänge sind Bestandteil dieses Antrags.

Ort, Datum

Unterschrift