



Zulassungsausschüsse Ärzte Sachsen  
in der Besetzung nach § 95 (13) SGB V  
(Psychotherapie)  
Postfach 11 64  
09070 Chemnitz

Bitte wählen Sie Ihren  
Zulassungsbezirk aus:

- Chemnitz  
 Dresden  
 Leipzig

E-Mail: [zulassung@kvsachsen.de](mailto:zulassung@kvsachsen.de)

Fax: 0371 2789-4305

## Antrag auf Verlängerung der Nachbesetzungsfrist eines angestellten Psychotherapeuten

### Antragssteller

\_\_\_\_\_  
Titel, Vorname, Name/ Bezeichnung der BAG/Träger des MVZ

\_\_\_\_\_  
BSNR

\_\_\_\_\_  
bei BAG/MVZ: Name Vertretungsberechtigter

\_\_\_\_\_  
falls abweichend: Name des MVZ, in dem der Angestellte tätig ist

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

### Antragstellung

Die Nachbesetzung einer Anstellung ist unbeschadet von Zulassungsbeschränkungen möglich. Sie hat grundsätzlich hat binnen sechs Monaten nach der vollständigen oder teilweisen Beendigung des Anstellungsverhältnisses zu erfolgen. Die Frist kann in besonderen Fällen um weitere sechs Monate verlängert werden, wenn eine rechtzeitige Nachbesetzung trotz erkennbar ernstlichen Bemühens nicht möglich war. Der Antrag ist rechtzeitig vor Ablauf der Nachbesetzungsfrist beim Zulassungsausschuss zu beantragen.

Im Falle von 14-Psychotherapeutstellen erlischt das Nachbesetzungsrecht, wenn vom Anstellenden über einen Zeitraum von mehr als einem Jahr keine erfolgreichen Bemühungen zur Nachbesetzung der Viertelstelle unternommen worden sind und nicht belegt werden kann, dass mit einer zeitnahen Nachbesetzung gerechnet werden kann.

### Ich beantrage die Verlängerung der Nachbesetzungsfrist für folgenden Angestellten:

\_\_\_\_\_  
Titel, Vorname, Name

\_\_\_\_\_  
LANR (falls bereits vorhanden)

\_\_\_\_\_  
Approbation / Richtlinienverfahren

\_\_\_\_\_  
Bisheriger (Haupt-)Tätigkeitsort (Straße, Nr., PLZ, Ort)

**Bisheriger Tätigkeitsumfang:**

- Vollzeit** (min. 30,5 Wochenstunden)
  
- Teilzeit**
  - Faktor 0,75** (20,5 bis 30,0 h/Woche)
  - Faktor 0,5** (12,5 bis 20,0 h/Woche)
  - Faktor 0,25** (6,25 bis 10,0 h/Woche)

**bis zum (tt.mm.jjjj):** \_\_\_\_\_  
Datum

**Begründung\*:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\*ggf. Nachweise beifügen

**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 eingereichte 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) DSVO für die Aufgabenerfüllung der KVS erforderlich. Weitere Informationen zum Thema Datenschutz finden Sie unter [www.kvsachsen.de](http://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](http://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