

**ZA** Zulassungsausschuss für  
Ärzte und Psychotherapeuten  
Mecklenburg-Vorpommern  
Neumühler Str. 22  
19057 Schwerin

## Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens

nach § 103 Abs. 3a i.V.m. Abs. 4 SGB V (Voll- oder Teilausschreibung)

### 1. Allgemeine Angaben – Antragsteller

BSNR	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Titel	<input type="text"/>
Name, Vorname	<input type="text"/>										
Geburtstag	<input type="text"/>									tt.mm.jjjj	
<input type="text"/>											
<i>Facharztbezeichnung bzw. psychotherapeutische Berufsbezeichnung</i>											
<input type="text"/>											
<i>Schwerpunkt-/Zusatzbezeichnung</i>											
<input type="text"/>											
<i>Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Wohnanschrift</i>											
<input type="text"/>						<input type="text"/>					
<i>E-Mail</i>						<i>Telefon</i>					
<input type="text"/>											
<i>Straße, Hausnummer, PLZ, Ort des Vertragsarztsitzes/Vertragspsychotherapeutensitzes</i>											
<input type="text"/>						<input type="text"/>					
<i>E-Mail</i>						<i>Telefon</i>					
Am o.g. Vertragsarztsitz verfüge ich über eine: <input type="checkbox"/> Vollzulassung (voller Versorgungsauftrag)											
<input type="checkbox"/> Teilzulassung (hälftiger Versorgungsauftrag)											

### 2. Beantragung

Beantragt wird die Durchführung eines Verfahrens zur Nachbesetzung meiner vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Praxis im Umfang eines:

<input type="checkbox"/> <b>viertel</b> Versorgungsauftrages
<input type="checkbox"/> <b>hälftigen</b> Versorgungsauftrages
<input type="checkbox"/> <b>dreiviertel</b> Versorgungsauftrages
<input type="checkbox"/> <b>vollen</b> Versorgungsauftrages

### 3. Beendigungsdatum meiner (hälftigen) Zulassung

Voraussichtliches/geplantes Beendigungsdatum:  tt.mm.jjjj

*Beendigungsgrund*

**Entsprechend der gesetzlichen Vorgaben (§ 103 Abs. 3a SGB V, siehe Beiblatt) stelle ich den Antrag auf Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens gem. § 103 Abs. 4 SGB V mit öffentlicher Ausschreibung der Praxisübernahmemöglichkeit im Journal und auf der Internetseite der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern zum nächstmöglichen Zeitpunkt.**

### 4. Praxisangaben

#### Praxisbesonderheit

(z.B. Schwerpunkt)

örtliche/überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft mit folgenden Partnern

*Titel, Vorname, Name, Praxissitz des BAG-Partners*

*Titel, Vorname, Name, Praxissitz des BAG-Partners*

*Titel, Vorname, Name, Praxissitz des BAG-Partners*

*Titel, Vorname, Name, Praxissitz des BAG-Partners*

*Titel, Vorname, Name, Praxissitz des BAG-Partners*

**Die Praxis soll von einem Nachfolger, der nach § 103 Abs. 4 Satz 5 SGBV dem privilegierten Personenkreis angehört, weitergeführt werden:**

Ehegatte, Lebenspartner oder Kind

*Titel, Vorname, Name*

*Verwandtschaftsverhältnis*

Vertragsarzt/-psychotherapeut, mit dem die Praxis bisher gemeinschaftlich betrieben wurde

*Titel, Vorname, Name*

angestellter Arzt/Psychotherapeut des bisherigen Vertragsarztes/-psychotherapeuten (nicht Sicherstellungsassistent)

*Titel, Vorname, Name*

Nein, gewünschter Nachfolger gehört nicht o. g. Personenkreis an

**Die Praxisübernahme soll durch mich selbst zur Anstellung eines Arztes/Psychotherapeuten in meiner Praxis erfolgen:**

Vertragsarzt/-psychotherapeut zur Anstellung

*Titel, Vorname, Name*

### 5. Einverständnis zur Veröffentlichung

Ja      Ich erkläre mein Einverständnis, dass die auf der Warteliste stehenden Ärzte/  
 Nein      Psychotherapeuten über die Ausschreibung meiner Praxis informiert werden.

Mit der Weitergabe meiner:

Praxisanschrift  
 Privatanschrift an die an einer Praxisübernahme interessierten Ärzte/Psychotherapeuten bin ich einverstanden.

### 6. Antragsgebühr

Für die Antragstellung ist eine Gebühr gemäß § 46 Abs. 1 Ärzte-ZV in Höhe von 120 Euro zu entrichten. Diese wird Ihnen durch den Zulassungsausschuss für Ärzte und Psychotherapeuten bzw. der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern gesondert in Rechnung gestellt. **Bitte zahlen Sie erst nach Erhalt der Rechnung unter Angabe von Rechnungsnummer und Verwendungszweck. Beachten Sie bitte, dass eine Antragsbearbeitung erst erfolgt, wenn alle erforderlichen Unterlagen (siehe Checkliste) vollständig vorliegen und die Antragsgebühr entrichtet wurde.**

**Ich (Antragsteller) 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 sind Bestandteil dieses Antrags.**

### 7. Korrespondenz

Die künftige Korrespondenz soll ausschließlich

über die Anschrift meiner **Praxis**  
 über die **private** Anschrift  
 erfolgen.

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt/Vertragspsychotherapeut



Stempel Antragsteller

**Voraussichtlicher Termin zur Praxisübergabe**

Entsprechend der gesetzlichen Vorgaben (§ 103 Abs. 3a SGB V, siehe Beiblatt) stelle ich den Antrag auf Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens gem. § 103 Abs. 4 SGB V mit öffentlicher Ausschreibung der Praxisübernahme im Journal der Kassenärztlichen Vereinigung M-V zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

**Checkliste (Bitte zutreffendes ankreuzen) gekennzeichnet mit **

	beigefügt
• Verzichtserklärung bei Vollausschreibung (Anlage A)	<input type="radio"/>
• Verzichtserklärung bei Teilausschreibung (Anlage B)	<input type="radio"/>



## Anlage A

zum Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens  
nach § 103 Abs. 3a i.V.m. Abs. 4 SGB V

### Antragsteller

Titel

Name

Vorname


### Verzichtserklärung

Hiermit verzichte ich auf meine Zulassung im Umfang eines

- viertel** Versorgungsauftrages
- häftigen** Versorgungsauftrages
- dreiviertel** Versorgungsauftrages
- vollen** Versorgungsauftrages

zur vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Tätigkeit unter der Bedingung, dass ein Nachfolger zur Fortführung meiner ausgeschriebenen Praxis zugelassen ist.

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt/Vertragspsychotherapeut 

Stempel Antragsteller



## Anlage B

zum Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens  
nach § 103 Abs. 3a i.V.m. Abs. 4 SGB V

### Antragsteller

Titel

Name

Vorname

### Teilverzichtserklärung

Hiermit erkläre ich die Beschränkung meines Versorgungsauftrages auf die Hälfte und verzichte damit zur Hälfte auf meine Zulassung zur vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Tätigkeit unter der Bedingung, dass ein Nachfolger zur Fortführung meines ausgeschriebenen hälftigen Versorgungsauftrages zugelassen ist.

### Teilverzichtserklärung

Hiermit erkläre ich die Beschränkung meines Versorgungsauftrages auf einen

**hälftigen** Versorgungsauftrag

**dreiviertel** Versorgungsauftrag.

Diese Beschränkung bedeutet insoweit einen Verzicht auf meine Zulassung zur vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Tätigkeit. Die Abgabe der Verzichtserklärung erfolgt unter der Bedingung, dass ein Nachfolger zur Fortführung meiner ausgeschriebenen Praxis zugelassen ist.

Ort, Datum

  
Unterschrift Vertragsarzt/Vertragspsychotherapeut

Stempel Antragsteller

## **Antrag Nachbesetzungsverfahren – Anhang –** Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen

Entsprechend § 67a Abs. 3 SGB X weisen wir darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch den Zulassungsausschuss erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung Ihres Antrags führen können.

Nach aktuell gültiger Rechtslage entscheidet der Zulassungsausschuss auf Antrag, ob ein Nachbesetzungsverfahren nach § 103 Abs. 4 SGB V durchgeführt werden soll. Der Zulassungsausschuss kann den Antrag ablehnen, wenn eine Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist, dies gilt nicht, sofern die Praxis von einem Nachfolger weitergeführt werden soll, der Ehegatte, Lebenspartner oder ein Kind des bisherigen Vertragsarztes ist oder ein angestellter Arzt des bisherigen Vertragsarztes oder ein Vertragsarzt ist, mit dem die Praxis bisher gemeinschaftlich betrieben wurde. Hat der Zulassungsausschuss dem Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens entsprochen, hat die Kassenärztliche Vereinigung den Vertragsarztsitz unverzüglich auszuschreiben und eine Liste der eingehenden Bewerbungen zu erstellen.

Die erforderliche Teilausschreibungsfähigkeit ist beim Inhaber einer Vollzulassung nur gegeben, wenn der Ausschreibende seinen Versorgungsauftrag im gesetzlich geforderten Umfang ausfüllt und daher ein abtrennbares, fortführungsfähiges Praxissubstrat vorhanden ist. Dies beurteilt sich im Rahmen einer Einzelfallprüfung insbesondere nach folgenden Kriterien:

- Besitz oder Mitbesitz von Praxisräumen seitens des Abgebers,
- Abhaltung ausreichender Sprechstunden durch den Abgeber,
- fachgebietsentsprechende Praxisinfrastruktur in apparativ-technischer Hinsicht beim Abgeber
- tatsächliche Entfaltung einer ärztlichen/psychotherapeutischen Tätigkeit in nennenswertem Umfang unter den üblichen Bedingungen,
- die bisherige vertragsärztliche/vertragspsychotherapeutische Tätigkeit muss fallzahlmäßig bzw. zeitvolumenbezogen einer durchschnittlichen Praxis mit entsprechendem Versorgungsauftrag entsprechen.

Gelangt die Prüfung hier zu dem Ergebnis, dass eine fortführungsfähige Praxis nicht (mehr) besteht, so kann dem Antrag auf Teilausschreibung in aller Regel nicht stattgegeben werden.

Bitte beachten Sie, dass der Gesetzgeber in § 95 Abs. 6 SGB V i.V.m. § 27 Ärzte-ZV die vollständige oder anteilige Entziehung der Zulassung von Amts wegen (durch Beschluss des Zulassungsausschusses) unter anderem für den Fall vorsieht, dass der Vertragsarzt/Vertragspsychotherapeut die vertragsärztliche bzw. vertragspsychotherapeutische Tätigkeit dauerhaft nicht oder nicht im erforderlichen Umfang entsprechend ausübt.

- Jeder Vertragsarzt, der eine Zulassung mit vollem Versorgungsauftrag innehat, muss den sich aus der Zulassung ergebenden Versorgungsauftrag dadurch erfüllen, dass er an seinem Vertragsarztsitz persönlich mindestens 25 Stunden wöchentlich in Form von Sprechstunden zur Verfügung steht (§ 17 Abs. 1a Satz 1 BMV-Ä).

- Nach Reduzierung des vollen Versorgungsauftrages auf drei Viertel infolge des Teilverzichts ist der sich aus der verbleibenden Teilzulassung ergebende Versorgungsauftrag dadurch zu erfüllen, dass der Vertragsarzt an seinem Vertragsarztsitz persönlich mindestens 18,75 Stunden wöchentlich in Form von Sprechstunden zur Verfügung steht (§ 17 Abs. 1a Satz 2 BMV-Ä).

Nach Reduzierung des Versorgungsauftrages auf die Hälfte infolge des Teilverzichts ist der sich aus der verbleibenden Teilzulassung ergebende hälftige Versorgungsauftrag dadurch zu erfüllen, dass der Vertragsarzt an seinem Vertragsarztsitz persönlich mindestens 12,5 Stunden wöchentlich in Form von Sprechstunden zur Verfügung steht (§ 17 Abs. 1a Satz 2 BMV-Ä).

- Dabei gilt es zu beachten, dass es sich bei diesen Stundenvorgaben um Mindestvorgaben handelt. Sie sind nicht dahingehend zu verstehen, dass dem einzelnen Vertragsarzt uneingeschränkt das Recht zustünde, die Sprechstundentätigkeit auf 25 bzw. 18,75 bzw. 12,5 Stunden pro Woche zu beschränken. Vielmehr gilt der in § 17 Abs. 1 BMV-Ä allgemein zu beachtende Grundsatz, dass der Vertragsarzt gehalten ist, an seinem Vertragsarztsitz entsprechend dem Bedürfnis nach einer ausreichenden und zweckmäßigen vertragsärztlichen Versorgung Sprechstunden festzusetzen. Dies kann im Einzelfall, insbesondere bei größerem Versorgungsbedarf, die Verpflichtung beinhalten, mehr Sprechstunden anzubieten, als die in § 17 Abs. 1a BMV-Ä mindestens vorgesehenen Sprechstunden pro Woche.

Die Frist, innerhalb derer sich Ärzte bzw. Psychotherapeuten auf die Ausschreibung bewerben können, läuft grundsätzlich bis zum 15. des jeweiligen Monats.

Nach Ablauf der Bewerbungsfrist erhält der ausschreibende Vertragsarzt/Vertragspsychotherapeut eine Liste mit den eingegangenen Bewerbungen.

**Der Ausschreibende wird gebeten, sich mit den Übernahmewerbern innerhalb von zehn Arbeitstagen nach Erhalt der Bewerberliste in Verbindung zu setzen, um ihnen nähere Informationen über die Praxis zu geben.** Denn nur so können die Bewerber entscheiden, ob sie weiterhin an einer Übernahme interessiert sind. Der Ausschreibende wird außerdem gebeten, die Übernahmewerber um eine schriftliche Rücknahme der Bewerbung zu bitten, sofern sie kein weiteres Übernahmeverhalten mehr haben sollten.

#### **Hinweis zur Anlage A Verzichtserklärung**

Sofern Ihre Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit nicht anderweitig endet, ist ein Verzicht darauf Voraussetzung für die Ausschreibung Ihres Vertragsarztsitzes/Vertragspsychotherapeutensitzes. Der Verzicht ist unwiderruflich. Um aber dennoch zu gewährleisten, dass die Zulassung erhalten bleibt, wenn der Zulassungsausschuss den Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens ablehnt oder das Praxisübergabeverfahren aus sonstigen Gründen scheitert, kann der Verzicht unter der Bedingung erklärt werden, dass die Zulassung nur enden soll, wenn ein Nachfolger auch tatsächlich zugelassen wird. **Es ist jedoch nicht möglich, die Wirksamkeit des Verzichts davon abhängig zu machen, dass ein bestimmter Nachfolger die Zulassung erhält.**

#### **Hinweis zur Anlage B Teilverzichtserklärung**

Voraussetzung für die Ausschreibung eines Teils des Vertragsarztsitzes ist der Teilverzicht auf die Zulassung. Mit Beschluss des Zulassungsausschusses wird der bisherige Versorgungsauftrag reduziert (vgl. § 19a Abs. 2 Satz 2 Ärzte-ZV).



Die Erklärung des Teilverzichts ist unwiderruflich. Um aber dennoch zu gewährleisten, dass die Zulassung erhalten bleibt, wenn der Zulassungsausschuss den Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens ablehnt oder das Übergabeverfahren aus sonstigen Gründen scheitert, kann der Teilverzicht unter der Bedingung erklärt werden, dass die Zulassung nur dann zur Hälfte enden soll, wenn ein Nachfolger auch tatsächlich teilzugelassen wird. **Es ist jedoch nicht möglich, die Wirksamkeit des Teilverzichts davon abhängig zu machen, dass ein bestimmter Nachfolger die Teilzulassung erhält.**

### **Datenschutz**

Die zur Bearbeitung Ihres Antrages erforderlichen Daten werden auf der gesetzlichen Grundlage der §§ 95 und 98 SGB V i.V.m. den Vorschriften der Zulassungsverordnung erhoben und verarbeitet.

Die Daten werden nur im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften bearbeitet. Die Datenverarbeitung ist gemäß Art. 6 Abs. 1 S. 1c) DSGVO für die Aufgabenerfüllung der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern erforderlich und erfolgt damit rechtmäßig.

Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie im Internetangebot der KVMV: [www.kvmv.de](http://www.kvmv.de).