

# Zulassungsausschuss Ärzte/Krankenkassen

Geschäftsstelle, Schwachhauser Heerstraße 26/28, 28209 Bremen

## Umwandlung einer Angestelltenstelle in eine Zulassung

### Hinweise:

Der Antrag auf Umwandlung kann nur von Vertragsärzten oder MVZ gestellt werden. Rückwirkende Umwandlungen sind nicht möglich. Die Umwandlung der Zulassung erfolgt immer für den bisherigen vom Zulassungsausschuss genehmigten Anstellungsort. Sofern der zukünftige Inhaber der umgewandelten Zulassung seine Praxis an einem anderen Ort fortführen möchte, ist hierzu ein gesonderter Antrag auf Verlegung des Vertragsarztsitzes erforderlich. Die Verlegung kann frühestens nach Ablauf eines Quartals nach Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit als zugelassene/r Ärztin/Arzt am bisherigen Beschäftigungsort erfolgen.

Die Umwandlung in eine Zulassung mit einem vollen Versorgungsauftrag kommt nur in Betracht, wenn der genehmigte und ausgeübte Beschäftigungsumfang des angestellten Arztes mindestens dem einer ganztägigen Anstellung entspricht (Zulassung mit halben Versorgungsauftrag entsprechend nur bei mindestens halbtägiger bzw. Zulassung mit dreiviertel Versorgungsauftrag nur bei mindestens dreivierteltägiger Anstellung).

### Gebühren:

**Für die Bearbeitung der Anträge sind Gebühren fällig (§ 46 Abs. 1 Buchst. b+c Ärzte-ZV).**

**Die Gebühren sind mit der Antragstellung fällig und sie werden hiermit angefordert.**

**(Bankverbindung: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, BIC: DAAEDEDXXX, IBAN: DE05 3006 0601 0002 2246 66. Bitte den jeweiligen Verwendungszweck angeben).**

**Über gebührenpflichtige Anträge wird erst nach Entrichtung der zu zahlenden Gebühr verhandelt.**

**Folgende Unterlagen sind bei einem Antrag auf Umwandlung einer Angestelltenstelle in eine Zulassung einzureichen:**

**Antrag auf Umwandlung der Angestelltenstelle in eine Zulassung**

(bitte nur das anliegende Antragsformular verwenden)

( Gebühr von 120 Euro überwiesen am \_\_\_\_\_)

**Der Überweisungsbeleg mit Namen des Antragstellers und Verwendungszweck ist zwingend beizufügen**

Hinweis:

Wenn der bisher Angestellte Inhaber der Zulassung werden soll

**ggf. Antrag auf Genehmigung einer BAG (Gemeinschaftspraxis)**

(bitte das Antragsformular bei der KV Bremen anfordern oder von der Homepage laden)

( Gebühr von 120 Euro überwiesen am \_\_\_\_\_)

**Der Überweisungsbeleg mit Namen des Antragstellers und Verwendungszweck ist zwingend beizufügen**

**ggf. Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens an die KV HB**

(bitte nur das nachfolgende Antragsformular verwenden)

( Gebühr von 120 Euro überwiesen am \_\_\_\_\_)

**Der Überweisungsbeleg mit Namen des Antragstellers und Verwendungszweck ist zwingend beizufügen**

### **Hinweis: Gebührenpflichtiger Zulassungsantrag**

Antragsformulare können von der Homepage der KV Bremen: <http://www.kvhb.de> herunter geladen werden.

# Zulassungsausschuss Ärzte/Krankenkassen

Geschäftsstelle, Schwachhauser Heerstraße 26/28, 28209 Bremen

## Antrag auf Umwandlung einer Angestelltenstelle in eine Zulassung nach § 95 Abs. 9b SGB V

### Antragsteller/-in:

(Personalien der/des anstellenden Ärztin/Arztes/Ärzte)

Titel, Vorname, Name Antragsteller MVZ (§ 95 (2) S. 8 i.V.m. § 95 (9b) SGB V)	
Facharztbezeichnung/-en ggf. Schwerpunktbez.	
Vertragsarzt-/MVZ-sitz Straße, Hausnummer, PLZ, Ort	
E-Mail Telefon	
in BAG niedergelassen mit (Name der Partner der BAG)	

### Hiermit wird die Feststellung der Beendigung des bisherigen Anstellungsverhältnisses der/des:

Titel, Vorname, Name	
Facharztbezeichnung ggf. Schwerpunktbez.	
Privatanschrift: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort	
E-Mail, Telefon (tagsüber erreichbar)	
vertraglich vereinbarter und vom Zulassungsausschuss genehmigter Beschäftigungsumfang (Std./Wo.)	

zum \_\_\_\_\_ und gemäß § 95 Abs. 9b SGB V die Umwandlung der genehmigten Anstellung in eine Zulassung zum \_\_\_\_\_ beantragt im Umfang eines

- vollen Versorgungsauftrages   $\frac{3}{4}$  Versorgungsauftrages  
  $\frac{1}{2}$  Versorgungsauftrages.

- Die/der bisher angestellte Ärztin/Arzt soll Inhaber der Zulassung werden.**  
(In diesem Fall ist der als Anlage 1 beigefügte Antrag auf Ausschreibung nicht auszufüllen.)
- Der Vertragsarztsitz soll mit einem anderen Arzt im Wege einer Nachfolgezulassung besetzt werden. Die Umwandlung soll nur unter der Bedingung erfolgen, dass ein Nachfolger den nach § 95 Abs. 9b 2. Alt. BGB umgewandelten Vertragsarztsitz bestandskräftig übernimmt. **Dann ist gleichzeitig mit dem Antrag auf Umwandlung der Anstellung ein Antrag auf Ausschreibung bei der KVHB zu stellen (s. Anlage 1)**

# Zulassungsausschuss Ärzte/Krankenkassen

Geschäftsstelle, Schwachhauser Heerstraße 26/28, 28209 Bremen

Datenschutzerklärung:

Ich habe die Datenschutzerklärung der KV Bremen gelesen und bin damit einverstanden.

**Vorlage einer Versicherungsbescheinigung nach § 113 Abs. 2 VVG über das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes (§ 95e Abs. 1 bis 3 S. 1 Nr. 1 SGB V, § 18 Abs. 2 Nr. 6 Ärzte-ZV)**

Ein Berufshaftpflichtversicherungsschutz ist ausreichend, wenn das individuelle Haftungsrisiko des Vertragsarztes versichert ist. Die derzeit geltende Mindestversicherungssumme beträgt drei Millionen Euro für Personen- und Sachschäden für jeden Versicherungsfall und darf nicht unterschritten werden. Die Leistungen des Versicherers für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden dürfen nicht weiter als auf den zweifachen Betrag der Mindestversicherungssumme begrenzt werden.

---

Ort/Datum

---

Name/-n und Unterschrift/-en Antragsteller:

# Zulassungsausschuss Ärzte/Krankenkassen

Geschäftsstelle, Schwachhauser Heerstraße 26/28, 28209 Bremen

**Anlage 1 zum Antrag auf Umwandlung einer genehmigten Anstellung in eine Zulassung nach § 95 Abs. 9b SGB V zur Weiterleitung an die KVHB**

An den Vorstand der  
Kassenärztliche Vereinigung Bremen  
Schwachhauser Heerstr. 26/28  
28209 Bremen

**Antrag auf Ausschreibung (§ 103 Abs. 3a SGB V) eines nach § 95 Abs. 9b 2. Alt. SGB V umzuwandelnden Vertragsarztsitzes auf der Homepage der KVHB zum nächstmöglichen Zeitpunkt**

**Antragsteller/-in: Personalien der/des anstellenden Ärztin/Arzt/Ärzte:**

Titel, Vorname, Name	
Bezeichnung MVZ	
Facharztbezeichnung/-en ggf. Schwerpunktbez.	
Vertragsarzt-/MVZ-sitz Straße, Hausnummer, PLZ, Ort	
E-Mail Telefon	
in BAG niedergelassen mit (Name der Partner der BAG)	
bisherige Angestelltenstelle Std./Wo. Angestellte/-r:	

Es wurde beim Zulassungsausschuss ein Antrag auf Umwandlung einer Angestelltenstelle in eine Zulassung gestellt. Die Umwandlung der Anstellung soll unter der aufschiebenden Bedingung erfolgen, dass ein Nachfolger den nach § 95 Abs. 9b 2. Alt. BGB umgewandelten Vertragsarztsitz bestandskräftig übernimmt. **Zugleich wird hiermit bei der KV Bremen die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens nach § 103 Abs. 3a SGB V für diese Angestelltenstelle beantragt.** Die Ausschreibung erfolgt ohne Namensnennung. **Voraussichtlicher Zeitpunkt der Umwandlung der Angestelltenstelle in eine Zulassung soll der \_\_\_\_\_ sein.**

**Der Ausschreibungsantrag bezieht sich entsprechend dem Umwandlungsantrag auf**

- einen vollen Versorgungsauftrag       einen  $\frac{3}{4}$  Versorgungsauftrag  
 einen  $\frac{1}{2}$  Versorgungsauftrag

**Mit der Weitergabe der Praxisadresse an Interessenten bin ich einverstanden.**

**Der gesamte Schriftverkehr zum Ausschreibungsverfahren soll über**

- die Praxisadresse  
 folgende Adresse geführt werden (auch Telefon angeben):

Datenschutzerklärung:

Ich habe die Datenschutzerklärung der KV Bremen gelesen und bin damit einverstanden.

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift/-en Antragsteller (Anstellende/r Ärztin/Arzt bzw. aller zugelassenen Partner der anstellenden BAG/MVZ/üBAG/KV-üBAG):

Wichtiger Hinweis zur Abrechnung genehmigungspflichtiger Leistungen

Die Erbringung und Abrechnung bestimmter vertragsärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen ist nur zulässig, wenn diese von Ihnen beantragt und von der KV Bremen schriftlich genehmigt worden ist.

Die Übersicht aller genehmigungspflichtigen Leistungen finden Sie im Internet unter:

[www.kvhb.de/praxen/praxisthemen/genehmigungen](http://www.kvhb.de/praxen/praxisthemen/genehmigungen)

- Bitte senden Sie mir/uns die Übersicht der genehmigungspflichtigen Leistungen zu.  
oder  
 Ich/wir möchte(n) keine genehmigungspflichtigen Leistungen erbringen und benötige(n) daher die Übersicht nicht.

- Ich/wir bin/sind bereits Genehmigungsinhaber von Leistungen die durch die KV Bremen genehmigt worden sind und wünsche(n) die Übernahme aller bisher genehmigten Leistungen.

oder

- Ich/wir bin/sind bereits Genehmigungsinhaber von Leistungen die durch die KV Bremen genehmigt worden sind und wünsche(n) die Übernahme nicht aller bisher genehmigten Leistungen. Leistungen die ich/wir nicht mehr erbringen möchte(n), zeige(n) ich/wir bei der KV Bremen, Abt. Q/P schriftlich an.

Bitte beachten Sie, dass manche Leistungen ggf. erneut beantragt werden müssen, auch wenn Sie bereits Genehmigungsinhaber sind. In diesem Fall wird sich die Abt. Q/P mit Ihnen in Verbindung setzen.

**Ausführender Arzt/Leistungserbringer**

LANR/BSNR falls bekannt	
Ggf. Titel, Name, Vorname	

**Vertragsarzt bzw. der abrechnenden Stelle (anstellender Vertragsarzt, MVZ, Institut)**

BSNR falls bekannt	
Ggf. Titel, Name, Vorname	
Ort, Datum Unterschrift	

**BITTE LEGEN SIE DIESE SEITE UNBEDINGT AUSGEFÜLLT IHREM ANTRAG AN DEN ZULASSUNGS-AUSCHUSS BEI.**