

An den  
Zulassungsausschuss für Ärzte und Psychotherapeuten  
Masurenallee 6A  
14057 Berlin

**Antrag auf  
Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens**  
gem. § 103 Abs. 3a SGB V – Praxisabgabe –

Derzeitige (zuletzt ausgeübte) Tätigkeit:

voller /  hälftiger /  dreiviertel Versorgungsauftrag

Ich beantrage die Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens für:

- |                                                      |                                                                                                        |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> meine volle Zulassung       | <input type="checkbox"/> eine Hälfte meiner vollen Zulassung                                           |
| <input type="checkbox"/> meine dreiviertel Zulassung | <input type="checkbox"/> ein Viertel meiner vollen Zulassung                                           |
| <input type="checkbox"/> meine hälftige Zulassung    | <input type="checkbox"/> ein Viertel meiner dreiviertel Zulassung (Reduzierung auf hälftige Zulassung) |

im Rahmen der  hausärztlichen/  fachärztlichen/  psychotherapeutischen Versorgung  
 zzgl. angestellte(r) Arztsitz(e)

mit  Abgabe des /der Angestelltesitze(s) an Nachfolger

oder  Umwandlung in Zulassung(en) wird beantragt

BSNR: 72 \_\_\_\_\_ LANR: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Praxisanschrift: \_\_\_\_\_

Verwaltungsbezirk: Berlin - \_\_\_\_\_

Facharztbezeichnung, ggf. Schwerpunkt: \_\_\_\_\_

**Bitte beachten Sie**, dass das Ausschreibungsverfahren der KV Berlin nunmehr digital erfolgt und dafür zwingend eine gültige E-Mail-Adresse angegeben werden muss. Auf diesem Weg wird die KV Berlin Sie dann kontaktieren.

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

- Der Vertragsarztsitz gehört zu einer Berufsausübungsgemeinschaft (oder MVZ), die mit dem Praxisnachfolger fortgeführt werden soll
- Praxisräume am bisherigen Standort stehen dem Nachfolger zur Verfügung

(Wenn nicht, ist eine schriftliche Begründung einzureichen)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hinweis: Die folgende Angabe ist ausschließlich von Psychotherapeuten auszufüllen.

Ich führe eine Warteliste bzw. werde Patienten meiner Praxis an meinen Nachfolger übergeben:

- Ja  Nein

(Angaben zur Praxis)

Übergabe an einen Nachfolger gewünscht zum Quartalsbeginn \_\_\_\_\_

Zur Bewertung der Versorgungsrelevanz der Praxis bitte ich die ausgefüllte Anlage 1 zu bewerten:

- ja  nein

Ich möchte meine Praxis an folgende gem. § 103 Abs. 4 SGB V privilegierte Person übergeben:

- mein Kind  
 meinen Ehepartner / Lebenspartner  
 meinen angestellten Arzt (seit mindestens 3 Jahren) oder einen Vertragsarzt, mit dem ich die Praxis bisher gemeinschaftlich betrieben habe (seit mindestens 3 Jahren)  
 vorgeschlagener Nachfolger aus diesen Kategorien (Name, Facharztbezeichnung):

\_\_\_\_\_

- Die Praxis soll am Standort (sofern Praxisräume nicht zur Verfügung stehen – im gleichen Bezirk) weitergeführt werden.  
 Der (vorzuschlagende) Nachfolger ist bereit, die Praxis in den Bezirk im Planungsbereich zu verlegen, in dem nach Mitteilung der Kassenärztlichen Vereinigung aufgrund einer zu geringen Ärztedichte ein Versorgungsbedarf besteht\*.  
(vgl. § 103 Abs. 3a Satz 3 2. HS SGB V)

\* Den aktuellen Versorgungsgrad entnehmen Sie bitte dem Bedarfsplan für den Planungsbereich Berlin. Die Mitteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin finden Sie auf [www.kvberlin.de](http://www.kvberlin.de)

Die erforderliche **Verzichtserklärung** liegt diesem Antrag bei.

- Ich bin mit der Abbuchung der Antragsgebühr in Höhe von 120,- € von meinem Honorarkonto bei der KV Berlin einverstanden.  
 Ich zahle die Antragsgebühr per Überweisung (Überweisungsbeleg liegt anbei)

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vertragsarztes + Vertragsarztstempel

## Anlage 1

Wenn der Versorgungsgrad in der Arztgruppe, zu der der Vertragsarztsitz gehört, **mehr als 140 % beträgt\***, ist in der Regel eine umfassende Prüfung zur Versorgungsrelevanz der Praxis erforderlich. Hierzu sind erweiterte Angaben des Vertragsarztes von Vorteil:

- In der Praxis werden schwerpunktmäßig Patienten mit folgenden Erkrankungen versorgt:

---

---

---

- Die Praxis unterscheidet sich wesentlich von anderen Praxen weil,

---

---

---

- Die Praxis ist besonders versorgungsrelevant weil,

---

---

- Abschließend sind zur Beurteilung der Versorgungsrelevanz der Praxis folgende Aspekte insbesondere zu berücksichtigen

---

---

---

*(bitte ggf. gesondertes Blatt beilegen)*

An den  
Zulassungsausschuss für Ärzte und Psychotherapeuten  
Masurenallee 6A  
14057 Berlin

## Verzichtserklärung

Hiermit erkläre ich, \_\_\_\_\_, meinen Verzicht  
Vor- und Nachname in Druckbuchstaben, BSNR

zum Ablauf des Quartals

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
zum nächstmöglichen Quartalsende.

### Hinweis:

Diese Verzichtserklärung wird mit dem Zugang des unterschriebenen Originals beim Zulassungsausschuss wirksam. Sie können sich ab dem Zeitpunkt des Zugangs von Ihrer Erklärung grundsätzlich nicht mehr lösen. Wird der Verzicht aber unter einer der nachfolgenden Bedingungen (siehe Auswahlmöglichkeiten) erklärt, wird er nur wirksam, wenn die Bedingung eintritt.

Ich verzichte auf:

- meine volle Zulassung
- ein Viertel meiner vollen Zulassung (Reduzierung von voller Zulassung auf dreiviertel Zulassung)
- meine dreiviertel Zulassung
- meine hälftige Zulassung
- eine viertel Zulassung (Reduzierung von dreiviertel Zulassung auf hälftige Zulassung)
- eine Hälfte meiner vollen Zulassung

Für diesen Verzicht gilt:

Es ist ausschließlich **eine Art des Verzichtes** der folgenden Auswahlmöglichkeiten (1-3) anzukreuzen!

1. Verzicht **ohne** Bedingung

- Der Verzicht erfolgt ohne Bedingung.

2. Verzicht **mit** Bedingung

Ich möchte meine Praxis an einen Nachfolger abgeben. Der Verzicht erfolgt unter der Bedingung, dass ein Nachfolger für meine Praxis zugelassen wird und die Zulassung bestandskräftig wird.

Den Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens für meinen Vertragsarztsitz habe ich gestellt:

- Ja  
 Nein

3. Verzicht **zugunsten einer Anstellung**

Ich möchte nach Verzicht auf die Zulassung als angestellter Vertragsarzt tätig werden.

Der Verzicht erfolgt unter der Bedingung, dass die Anstellung durch den Zulassungsausschuss genehmigt und diese auch bestandskräftig wird.

Ich werde als angestellter Vertragsarzt (mindestens 3 Jahre) in einer/einem tätig werden:

- Berufsausübungsgemeinschaft  
 Medizinisches Versorgungszentrum  
 Vertragsarztpraxis

Name der Berufsausübungsgemeinschaft / des Medizinischen Versorgungszentrums / der Vertragsarztpraxis:

\_\_\_\_\_

Ort, Datum und Unterschrift

\_\_\_\_\_

Nach Beendigung meiner Zulassung bitte ich sämtliche Post an folgende Privatadresse zu senden:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift + Vertragsarztstempel  
(unbedingt erforderlich)