

Frankfurt, 29.01.2020

## VORSTAND

1. Vorsitzende  
Dipl.-Päd. Helga Planz

2. Vorsitzende  
Dr. med. Irina Prokofieva

Dipl.-Psych. Tilo Silwedel  
Schatzmeister

Dipl.-Päd. Ariadne Sartorius  
Schriftführerin

## KONTAKT

bvvp Hessen e.V.  
Untermainanlage 7  
60329 Frankfurt am Main

Tel.: 069 69714367  
Fax: 069 69714368  
bvvp-hessen@bvvp.de  
www.bvvp-hessen.de

## BANKVERBINDUNG

Volksbank Gießen  
IBAN:  
DE0451390000 0002 202000  
BIC: VBMHDE5F

Gläubiger-ID:  
DE43ZZZ00000066125

---

## Einladung zur öffentlichen Veranstaltung

### „Praxisübergabe – eine gemeinsame Infoveranstaltung für Abgeber und Suchende“

---

- Datum:** Samstag, 22.02.2020, 9:00 Uhr – 15:00 Uhr  
(für PiA und Niederlassungsinteressierte)  
Samstag, 22.02.2020  
10:30 Uhr – 15:00 Uhr (für Praxisabgeber, ohne  
Vorveranstaltung)
- Ort:** Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Europa-Allee 90, 60486 Frankfurt, 6. OG  
(Parken in der Tiefgarage möglich)

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir informieren Sie über die Möglichkeiten der Praxisübergabe und  
Praxisübernahme und die Rahmenbedingungen. Dabei beziehen wir uns auf  
folgende Themengebiete:

- Wie funktioniert Praxisübergabe?**
- Wie geht der Weg durch den Zulassungsausschuss bei  
Übergabe und Übernahme?**
- Was kostet eine Praxis? Mit welchen weiteren Ausgaben ist zu rechnen?**
- Wie kann das finanziert werden?**
- Was ist steuerlich zu bedenken?**
- Wie gestaltet man Praxisübernahmeverträge?**
- Was ist zu regeln?**

Gerne können Sie uns zudem im Rahmen Ihrer Anmeldung auch Ihre Fragen zur  
Veranstaltung im Vorfeld mitteilen damit wir uns bestmöglich vorbereiten können.

**Bevor wir gemeinsam um 10:30 Uhr diese Veranstaltung beginnen, laden wir PiA und Niederlassungswillige um 9:00 zu einer Vorveranstaltung bei Kaffee und Croissants ein um sich über die Verdienstmöglichkeiten und verschiedenen Möglichkeiten der Auslastungsoptimierung in einer Vertragspsychotherapiepraxis zu informieren sowie ggf. Alternativen zur eigenen Praxis kennenzulernen. Bei Interesse geben Sie bitte an, dass Sie beide Veranstaltungen besuchen möchten (Anmeldung Teil 1 und 2, ist selbstverständlich auch für alle Interessierten offen).**

In mehreren kleinen Pausen gibt es auch die Möglichkeit, Kolleginnen und Kollegen kennenzulernen, die eine Praxis abgeben möchten oder eine KV-Zulassung anstreben und miteinander in Kontakt zu kommen oder eine Anzeige für unser schwarzes Brett aufgeben wollen.

**Die Veranstaltung richtet sich an Ärztliche PsychotherapeutInnen, Psychologische PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen, die eine Praxis abgeben möchten (2. Teil) und an Kolleg\*innen in Aus- bzw. Weiterbildung und nach der Approbation (1. und 2. Teil), die sich über die Rahmenbedingungen der Praxisübergabe informieren und andere Kolleginnen und Kollegen kennenlernen möchten.**

Wir bitten um rechtzeitige Anmeldung mit dem umseitigen Anmeldeblatt. Die Zertifizierung für Fortbildungspunkte ist bei der LPPKJP beantragt.

Wir möchten alle Fragen beantworten, die Sie haben. Bitte notieren Sie die Fragen auf einem Extrablatt, das Sie uns zusammen mit der Anmeldung schicken können.

Mit freundlichen Grüßen

Helga Planz, 1. Vorsitzende des bvvp Hessen

Anmerkung zur Anreise:

Die Veranstaltung findet in den Räumen der Kassenärztlichen Vereinigung statt. Ab dem Bahnhof fahren unregelmäßig Busse dorthin, alternativ kann zur S-Bahn Galluswarte gefahren werden (ca. 7 Minuten Fußweg, Ausgang Frankenallee).

Autofahrer parken kostenfrei in der Tiefgarage der KVH, bitte vor die Einfahrt stellen und läuten, das Tor wird dann geöffnet.

Für die Mittagspause ist ein Essen in der Kantine der KVH für Sie angedacht. Seien Sie eingeladen, mit weiteren Kolleginnen und Kollegen beim gemütlichen Essen ins Gespräch zu kommen.

Per Fax-Nr.: (069) 69 714 368 E-Mail: bvvp-hessen@bvvp.de oder Post an:

bvvp Hessen Geschäftsstelle  
 Untermainanlage 7  
 60329 Frankfurt

**Anmeldung**

- Hiermit melde ich mich verbindlich an für die öffentliche Veranstaltung (Teil 1 und 2)

**„Praxisübergabe und Vorveranstaltung Verdienstmöglichkeiten und optimale Praxisauslastung“**  
 am Samstag, den 22.02.2020 von 9:00 Uhr – 15:00 Uhr (PiA, Neuapprobierte)

- Hiermit melde ich mich verbindlich an für die öffentliche Veranstaltung (nur Teil 1)

**„Praxisübergabe“**  
 am Samstag, den 22.02.2020 von 10:30 Uhr bis 15:00 Uhr (Praxisabgebende)

Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Europa-Allee 90, Frankfurt

Titel	Vorname	Name
-------	---------	------

Praxisadresse:	Straße	PLZ	Ort
----------------	--------	-----	-----

Telefon (für evtl. Rückfragen)	Fax	E-Mail
--------------------------------	-----	--------

Datum	Unterschrift	Praxis-Stempel
-------	--------------	----------------

Der Kostenbeitrag für Vorträge, Getränke und Mittagessen in Höhe von

- 60,00 €
- 0,00 € bvvp Mitglied

wird per Lastschriftverfahren eingezogen, hierfür erteile ich das Lastschriftmandat. Nichtmitglieder können während der Veranstaltung einen Aufnahmeantrag stellen, der Beitrag wird dann zurückerstattet. Beachten Sie hierzu unsere Aktion „Mitglieder werben Mitglieder“. PiA sind im bvvp-Hessen kostenfreie Mitglieder!

<b>Erteilung Lastschriftmandat für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren</b>	<b>Typ: Einmalig</b>
--	----------------------

Zahlungsempfänger(Gläubiger): **bvvp Hessen, Untermainanlage 7, 60329 Frankfurt**

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE43ZZZ00000066125	Mandatsreferenz: Wird mit Bestätigung mitgeteilt
---	---

Ich ermächtige den bvvp Hessen e.V., den fälligen Kostenbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom bvvp e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

<b>Kontoinhaber/in:</b>	Titel	Name	Vorname	Geburtsdatum
-------------------------	-------	------	---------	--------------

Straße	Nr.	PLZ	Ort
--------	-----	-----	-----

Kreditinstitut:
-----------------

IBAN	BIC
------	-----

Ort	Datum	Unterschrift (Zahlungspflichtiger)
-----	-------	------------------------------------