KVB
Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Sicherstellung
Kirchmeierstraße 26
93051 Regensburg

➡ Jetzt **online** beantragen in **Meine KVB**

oder
per E-Mail: SI-Assistenten@kvb.de
per Fax: 089 57093 553959
Bitte den Antrag nur einmal einreichen!

Antrag

auf **Genehmigung zur Beschäftigung von am Krankenhaus tätigen Ärzten als Sicherstellungsassistenten** wegen belegärztlicher Tätigkeit nach § 32 Abs. 2 Ärzte-ZV

1. Allgemeine Angaben

Antragsteller (bei angestelltem Arzt ist dies der Arbeitgeber, bei einem im MVZ tätigen Arzt der MVZ-Vertretungsberechtigte, bei einem bei einer BAG angestellten Arzt der BAG-Vertretungsberechtigte)

LANR: I__I__I__I__I__I__I__I__I__I **Titel** _____

Name _____, **Vorname** _____

_____
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der **Hauptbetriebsstätte**

_____
E-Mail-Adresse Telefonnummer

_____
Name und Abteilung des **Belegkrankenhauses**

☐ Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Vertragsarzt

☐ Ich bin Vertretungsberechtigter der BAG _____
(Name der BAG)

☐ Ich bin Vertretungsberechtigter des MVZ _____
(Name des MVZ)

Ich bin im Rahmen des Honorarbelegarztmodells tätig (Abrechnung direkt mit dem Krankenhaus nach § 39 Abs. 2 BMV-Ä)

☐ ja ☐ nein

Ich bin pro Woche insgesamt _____ Stunden belegärztlich tätig (siehe Anlage C).

Die Assistenten sollen folgendem Arzt zugeordnet werden:

☐ dem Antragsteller persönlich *oder*

☐ dem folgenden beim Antragsteller tätigen Arzt:

LANR: I__I__I__I__I__I__I__I__I__I Titel _____

Name _____, Vorname _____

☐ Angestellter Arzt bei o. g. Einzelpraxis

☐ Angestellter Arzt bei o. g. Berufsausübungsgemeinschaft

☐ Vertragsarzt im o. g. MVZ

☐ Angestellter Arzt im o. g. MVZ

KVB
Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

2. Beantragung

Beantragt wird die Beschäftigung der genannten Ärzte am Krankenhaus als Sicherstellungsassistenten:

Assistenten						
Titel	**Name**	**Vorname**	**Der Assistent ist im Besitz einer**			
			Erlaubnis nach § 10 BÄO	Approbation	Facharzt-anerkennung	Bei Facharzt-anerkennung: Fachgebiets-identität
			☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐

Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller tätige Arzt) 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.

Bitte beachten Sie, dass der Assistent erst dann vertragsärztlich tätig werden darf, wenn Ihnen als Antragsteller der Genehmigungsbescheid zugegangen ist.

Bitte beachten Sie, dass wir Ihnen diese Genehmigung in der Regel binnen 1 Monat nach Antragseingang erteilen können, wenn uns die erforderlichen Nachweise vollständig vorliegen.

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt / BASG-Vertretungs-berechtigter / MVZ-Vertretungsberechtigter

Bei Antragstellung für einen beim Antragsteller tätigen Arzt zusätzlich:

Ort, Datum

Unterschrift beim Antragsteller tätiger Arzt

Stempel Antragsteller

Genehmigungsantrag – Anhang –

Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die KVB erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung Ihres Antrags führen können.

Sofern die genehmigungspflichtigen Leistungen in einem MVZ erbracht werden sollen, ist der Antragsteller stets der MVZ-Vertretungsberechtigte. Dies trifft sowohl bei zugelassenen Vertragsärzten im MVZ als auch bei angestellten Ärzten im MVZ zu. Der Arzt, der die Leistungen im MVZ erbringen wird und für den die fachlichen Nachweise vorzulegen sind, hat den Antrag mit zu unterzeichnen. Der Genehmigungsbescheid wird dem MVZ erteilt.

Sofern Sie beabsichtigen, einen Assistenten zu beschäftigen, sollten Sie **mindestens einen Monatvor geplanter Beschäftigung** des Assistenten Ihren Antrag bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, Sicherstellung, Pommernstr. 17+19, 93073 Neutraubling stellen.

Sofern Sie Ihren Assistenten über den bislang genehmigten Zeitraum hinaus beschäftigen möchten, ist hierfür eine Verlängerung der Genehmigung erforderlich. Bitte beantragen Sie auch diese spätestens **einen Monat vor Ablauf der ursprünglichen Genehmigung**, damit geprüft werden kann, ob eine Verlängerung möglich ist.

Bei Assistenten, die nicht im Besitz einer Facharztanerkennung bzw. lediglich im Besitz einer Erlaubnis nach § 10 BÄO sind, oder dessen Fachgebiet nicht mit dem des Vertragsarztes übereinstimmt, ist die Genehmigung ausschließlich auf die Wahrnehmung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes sowie auf Assistenzen bei belegärztlichen Operationen bzw. Assistenzen bei sonstigen vom Belegarzt durchgeführten fachärztlichen Leistungen beschränkt. Dieser Assistent darf nur unter Aufsicht und Weisung des belegärztlich tätigen Vertragsarztes oder des diensthabenden Belegarztes des jeweiligen Fachgebiets tätig werden.

Die Beschäftigung von Assistenten bedarf der vorherigen Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung. Rückwirkende Genehmigungen können aus rechtlichen Gründen nicht erteilt werden.

Leistungen, die von nicht genehmigten Assistenten erbracht werden, können von der KVB nicht anerkannt werden. Sie werden daher von dem jeweiligen Vertragsarzt zurückgefordert.

Der Einsatz von nicht genehmigten Assistenten kann nach Prüfung und Bewertung des Einzelfalls zur Einleitung eines Disziplinarverfahrens führen.

Die komplette Darstellung des SGB V und der Ärzte-ZV können Sie bei Bedarf unter http://www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/rechtsquellen abrufen.

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter https://www.kvb.de/ueber-uns/erhebung-personenbezogener-daten.
Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

KVB
Kassenärztliche
Vereinigung
Bayerns

Anlage A

zum Antrag auf **Genehmigung zur Beschäftigung von am Krankenhaus angestellten Ärzten als Sicherstellungsassistenten** wegen belegärztlicher Tätigkeit nach § 32 Abs. 2 Ärzte-ZV

Antragsteller

Titel _____, Name _____, Vorname _____

Erklärung des Antragstellers

Mir ist bekannt, dass die Beschäftigung eines Assistenten wegen belegärztlicher Tätigkeit durch einen Vertragsarzt grundsätzlich voraussetzt, dass der Assistent über die Approbation als Arzt sowie die gleiche Facharztanerkennung wie der beschäftigende Vertragsarzt verfügt.

Mir ist bekannt, dass ein Assistent, der nicht im Besitz einer Facharztanerkennung bzw. lediglich im Besitz einer Erlaubnis nach § 10 Bundesärzteordnung ist, oder dessen Fachgebiet nicht mit dem Fachgebiet des beschäftigenden Vertragsarztes übereinstimmt, lediglich einige wenige ärztliche Leistungen (Bereitschaftsdienst, Assistenzen) erbringen darf.

Ich erkläre hiermit, dass ich mich vor der Beschäftigung des Assistenten über das Vorliegen der entsprechenden Qualifikation des von mir beschäftigten Assistenten vergewissert habe.

_____ _____

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt / BAG-Vertretungsberechtigter / MVZ-Vertretungsberechtigter

Stempel Antragsteller

KVB
Kassenärztliche
Vereinigung
Bayerns

Anlage B

zum Antrag auf **Genehmigung zur Beschäftigung von am Krankenhaus angestellten Ärzten als Sicherstellungsassistenten** wegen belegärztlicher Tätigkeit nach § 32 Abs. 2 Ärzte-ZV

Erklärung der am Krankenhaus angestellten Assistenten

Ich erkläre hiermit, dass ich nicht drogen- oder alkoholabhängig bin oder innerhalb der letzten fünf Jahre gewesen bin. Weiterhin erkläre ich, dass ich mich innerhalb der letzten fünf Jahre nicht einer Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen habe und dass gesetzliche Hinderungsgründe, der Ausübung des ärztlichen Berufs / des Berufs als Psychotherapeut*in nicht entgegenstehen.

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

_____
Ort, Datum

_____
Unterschrift Assistent

_____
Unterschrift Assistent

_____
Unterschrift Assistent

_____
Unterschrift Assistent

_____
Unterschrift Assistent

_____
Unterschrift Assistent

Stempel Antragsteller

KVB
Kassenärztliche
Vereinigung
Bayerns

Anlage C

zum Antrag auf **Genehmigung zur Beschäftigung eines Sicherstellungsassistenten wegen belegärztlicher Tätigkeit** nach § 32 Abs. 2 Ärzte-ZV

Antragsteller

Titel _____, Vorname _____, Name _____

Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich im Rahmen einer belegärztlichen Tätigkeit wöchentlich insgesamt _____ Stunden tätig bin.

Ich erkläre hiermit ebenfalls, dass ich im Rahmen meiner honorarbelegärztlichen Tätigkeit (§ 39 Abs. 2 BMV-Ä) pro Quartal durchschnittlich _____ Fälle habe.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift Antragsteller

Stempel Antragssteller