

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Sicherstellung
Elsenheimerstr. 39
80687 München

➔ Jetzt **online** beantragen in **MEINE KVB**

Antrag

auf **Genehmigung zur Beschäftigung eines 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: | | | | | | | | | | **Titel** _____

Name _____, **Vorname** _____

BSNR: | | | | | | | | | |

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Hauptbetriebsstätte

E-Mail-Adresse

Telefonnummer

Name und Abteilung des Belegkrankenhauses

Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Vertragsarzt

Ist beabsichtigt, dass mehrere Partner der Berufsausübungsgemeinschaft gemeinsam die Assistenz beantragen?

ja Falls ja, bitte die weiteren Partner in die beigefügte Anlage B eintragen
 nein

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).

2. Beantragung

Beantragt wird die Genehmigung zur Beschäftigung des folgenden Assistenten wegen belegärztlicher Tätigkeit:


Assistent	
ggf. LANR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Vorname _____, Name _____	
Geburtsdatum _____	
_____ Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	
E-Mail-Adresse	Telefonnummer
<input type="checkbox"/> Deutsche Approbation bzw. Erlaubnis nach § 10 BÄO	
<input type="checkbox"/> Facharztanerkennung als _____	
Zeitraum der Beschäftigung: vom _ _ _ _ _ _ _ _ bis _ _ _ _ _ _ _ _ <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> Datum Datum </div>	
<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit _____ Std./Woche	
Tätigkeitsgebiete des Assistenten	
<input type="checkbox"/> Assistent ausschließlich für den stationären Bereich	
<input type="checkbox"/> Assistent für den stationären und ambulanten Bereich	
Der beantragte Assistent soll folgendem Arzt/ Psychotherapeuten zugeordnet werden:	
<input type="checkbox"/> dem Antragsteller persönlich und/ oder	
<input type="checkbox"/> dem folgenden beim Antragsteller tätigen Arzt/ Psychotherapeuten:	
LANR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Vorname _____, Name _____	
<input type="checkbox"/> Angestellter Arzt/ Psychotherapeut in o. g. Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft	
<input type="checkbox"/> Vertragsarzt/ -psychotherapeut im o. g. MVZ	
<input type="checkbox"/> Angestellter Arzt/ Psychotherapeut im o. g. MVZ	

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 denken Sie daran, alle mit  gekennzeichneten Nachweise in Kopie dem Antrag beizulegen.

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt / Vertragspsychotherapeut /
BAG-Vertretungsberechtigter / MVZ-Vertretungs-
berechtigter 

Bei Antragstellung für einen beim Antragsteller tätigen Arzt zusätzlich:

Ort, Datum

Unterschrift beim Antragsteller tätiger Arzt 

Stempel Antragsteller

Checkliste	Liegt der KVB bereits vor	Sind dem Antrag beigefügt
1) Approbation bzw. Erlaubnis § 10 BÄO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Facharztanerkennung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Erklärung der Partner der Berufsausübungsgemeinschaft (nur relevant bei gemeinschaftlicher Beantragung des Assistenten, s. Anlage B)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Nachweis über die Tätigkeit im Rahmen des Honorarbelegarztmodells	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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, in Ihrer Praxis einen Assistenten zu beschäftigen, sollten Sie daher **mindestens einen Monat vor der geplanten Anstellung** des Assistenten Ihren Antrag bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, Sicherstellung, 80687 München 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 fachärztliche 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 des Belegassistenten setzt das Vorliegen eines Sicherstellungsbedarfs auch im ambulanten Bereich voraus.

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/praxis/rechtsquellen/rechtsquellen-bund/grundlagen/> abrufen.

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter www.kvb.de/datenschutz. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

Anlage A

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

Assistent


Titel _____, Vorname _____, Name _____

Erklärung

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 

Stempel Antragssteller


Anlage B

zum Antrag auf **Genehmigung zur Beschäftigung eines Sicherstellungsassistenten wegen belegärztlicher Tätigkeit** nach § 32 Abs. 2 Ärzte-ZV
(Nur auszufüllen, falls mehrere Partner einer Berufsausübungsgemeinschaft eine **gemeinschaftliche Beantragung/Anstellung** des Assistenten beabsichtigen und diese Partner selbst belegärztlich tätig sind.)


Nachfolgend aufgeführte Partner der Berufsausübungsgemeinschaft sind weitere Antragsteller:

1. weiterer Antragsteller	
LANR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Vorname _____, Name _____	
2. weiterer Antragsteller	
LANR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Vorname _____, Name _____	
3. weiterer Antragsteller	
LANR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Vorname _____, Name _____	
4. weiterer Antragsteller	
LANR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Vorname _____, Name _____	
5. weiterer Antragsteller	
LANR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Vorname _____, Name _____	


Ort, Datum

Unterschrift 1. weiterer Antragsteller 


Ort, Datum

Unterschrift 2. weiterer Antragsteller 


Ort, Datum

Unterschrift 3. weiterer Antragsteller 

Ort, Datum

Unterschrift 4. weiterer Antragsteller 

Ort, Datum

Unterschrift 5. weiterer Antragsteller 

Anlage C

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

Antragsteller

Titel _____, Vorname _____, Name _____

Der Assistent soll folgendem Arzt zugeordnet werden:

- dem Antragsteller persönlich *oder*
 dem im MVZ zugelassenen/angestellten Vertragsarzt:

Titel _____, Vorname _____, Name _____

Assistent

Titel _____, Vorname _____, Name _____


Erklärung

Der Arzt, welchem der Assistent zugeordnet werden soll, erklärt hiermit, dass er im Rahmen einer belegärztlichen Tätigkeit wöchentlich insgesamt _____ Stunden tätig ist.


Nur bei Honorarärztlichen Tätigkeit:

Der Arzt, welchem der Assistent zugeordnet werden soll, erklärt hiermit, dass er im Rahmen seiner honorarbelegärztlichen Tätigkeit (§ 39 Abs. 2 BMV-Ä) pro Quartal durchschnittlich _____ Fälle hat.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller 

Ort, Datum

Unterschrift des angestellten Vertragsarzt / dem im MVZ zugelassenen / angestellten Arzt welchem Assistent zugeordnet werden soll 

Stempel Antragsteller