

Jetzt **online** beantragen in **Meine KVB**
oder per

E-Mail: vertreter@kvb.de
Bitte den Antrag **nur einmal** einreichen

Vertreteranzeige

nach § 32b Abs. 6 Satz 2 Ärzte-ZV

Die Beschäftigung eines Vertreters für einen angestellten Arzt ist für die Dauer von sechs Monaten zulässig und der KVB anzuzeigen. Dies gilt für die Vertretungsgründe **Freistellung, Kündigung und Tod eines angestellten Arztes** (§ 32b Abs. 6 Satz 2 Ärzte-ZV).

1. Allgemeine Angaben

Meldender (bei angestelltem Arzt/ Psychotherapeuten ist dies der Arbeitgeber, bei einem im MVZ tätigen Arzt/ Psychotherapeuten der MVZ-Vertretungsberechtigte, bei einem bei einer BAG angestellten Arzt/Psychotherapeut der BAG-Vertretungsberechtigte)

LANR |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

BSNR |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Titel _____

Vorname _____ Name _____

Facharztbezeichnung _____

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

E-Mail-Adresse

Telefonnummer

☐ Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Vertragsarzt seit/ab _____
tt.mm.jj

☐ Ich bin Vertretungsberechtigte/r der BAG _____
(Name der BAG)

☐ Ich bin Vertretungsberechtigte/r des MVZ _____
(Name des MVZ)

Der gemeldete Vertreter soll für folgenden Arzt eingesetzt werden:

☐ den Antragsteller persönlich *oder*

☐ den folgenden beim Antragsteller tätigen Arzt:

LANR |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Titel _____

Name _____ Vorname _____

Vertreter:

ggf. LANR |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Titel _____

Vorname _____ Name _____

Geburtsdatum _____

Qualifikation:☐ Deutsche Approbation☐ Facharztanerkennung/Fachkundenachweis als _____☐ ggf. Schwerpunkt-/ Zusatzbezeichnung _____**Zeitraum der Beschäftigung:** von |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| bis¹⁾ |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Datum Datum**Beschäftigungsumfang:** ☐ Vollzeit ☐ Teilzeit _____ Std./ Woche

¹⁾ Bitte geben Sie immer ein (vorläufiges) Enddatum ein und melden Sie sich bei uns erneut bei Verlängerungen oder Änderungen.

Weiterer Vertreter:

ggf. LANR |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Titel _____

Vorname _____ Name _____

Geburtsdatum _____

Qualifikation:☐ Deutsche Approbation☐ Facharztanerkennung/Fachkundenachweis als _____☐ ggf. Schwerpunkt-/ Zusatzbezeichnung _____**Zeitraum der Beschäftigung:** von |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| bis¹⁾ |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Datum Datum**Beschäftigungsumfang:** ☐ Vollzeit ☐ Teilzeit _____ Std./ Woche

¹⁾ Bitte geben Sie immer ein (vorläufiges) Enddatum ein und melden Sie sich bei uns erneut bei Verlängerungen oder Änderungen.

2. Grund der Vertretung

Die Beschäftigung des Vertreters erfolgt aufgrund von:

- ☐ Freistellung des angestellten Arztes
- ☐ Tod des angestellten Arztes
- ☐ Kündigung des angestellten Arztes

☐ **Ich erkläre hiermit**, dass ich die Legitimation / Qualifikation des Vertreters geprüft habe. Das dem Antrag beigefügte Hinweisblatt habe ich zur Kenntnis genommen.

Hinweise: Die Vertretung kann für **maximal 6 Monate** erfolgen und wird unabhängig von der Nachbesetzungsfrist **nicht verlängert**.

Die KVB behält sich vor, die Qualifikationen bei unzureichender Angabe zu prüfen. Die Überprüfung der fachlichen Voraussetzungen durch die KVB entfällt, wenn der Vertreter bereits im Arztregister eingetragen ist.

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt, -ärztin /
Vertragspsychotherapeut, -therapeutin /
MVZ/BAG Vertretungsberechtigte/r



Vertreteranzeige – Anhang –



Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen

Wir empfehlen Ihnen, bevor Sie einen Vertreter für sich tätig werden lassen, unbedingt die **Legitimation des Vertreters zu überprüfen**.

Warum?

- Damit Sie Ihr persönliches Haftungsrisiko minimieren,
- damit Sie auch im Falle Ihrer Vertretung bzw. der Vertretung Ihres angestellten Arztes eine patientengerechte Versorgung sicherstellen und
- die Erfüllung der vertragsärztlichen Pflichten gewährleisten können.

Nach den Vorschriften der jeweils geltenden Ärztlichen Berufsordnung und der Zulassungsordnung können Sie sich **grundsätzlich nur durch einen Facharzt desselben Fachgebietes** vertreten lassen.

Hieraus und aus der allgemeinen Pflicht zur gewissenhaften Berufsausübung resultiert die Verpflichtung des Praxisinhabers, sich zu vergewissern, ob die Voraussetzungen für eine ordnungsgemäße Vertretung in der Person des Vertreters erfüllt sind.

Wie?

Ihrer Sorgfaltspflicht haben Sie dann in ausreichendem Maße Genüge getan, wenn Sie sich von dem Vertreter **folgende Urkunden jeweils im Original vorlegen und jeweils in amtlich beglaubigter Kopie** aushändigen lassen:

- **Approbationsurkunde**
- **Facharztanerkennung/Fachkundenachweis**
- **ggf. weitere Nachweise über erworbene Qualifikationen** wie Schwerpunkt-/Zusatzbezeichnungen etc.
- **Bescheinigung über eine ausreichende Fortbildung**, insbesondere dann, wenn der Erwerb der Approbation oder der besonderen Qualifikationen schon längere Zeit zurückliegt
- **Bescheinigung über spezielle Kenntnisse und Erfahrungen**, wenn die Struktur Ihrer Praxis die Durchführung von Behandlungen erfordert, die das Grundwissen des betreffenden Fachgebietes übersteigen

Sofern Sie oder Ihr Angestellter, für den die Vertretung beantragt werden soll, also **Leistungen** erbringen, **für die es einer besonderen Befähigung und Genehmigung bedarf**, muss im Falle Ihrer Vertretung oder der Vertretung Ihres angestellten Arztes der **Praxisvertreter** dafür die **gleiche Befähigung** besitzen. Überzeugen Sie sich bitte hiervon ebenfalls rechtzeitig. Sind diese Qualifikationsvoraussetzungen nicht erfüllt, dürfen die Leistungen, die eine besondere Qualifikation erfordern, nicht abgerechnet werden.

Die komplette Darstellung des SGB V, der Bundesmantelverträge und der Ärzte-ZV können Sie bei Bedarf unter <https://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.