



## 2. Beantragung

Beantragt wird die Genehmigung zur Beschäftigung von

<b>Vertreter:</b>	
ggf. LANR:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Vorname _____	Name _____
Geburtsdatum _____	
_____ Straße, Hausnummer, PLZ, <b>Wohnort</b>	
_____ E-Mail-Adresse	_____ Telefonnummer
<b>Zeitraum der Beschäftigung:</b> von  _ _ _ _ _ _ _ _  bis  _ _ _ _ _ _ _ _  Datum Datum	
<b>Beschäftigungsumfang:</b> <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit _____ Std./ Woche	
<b>Der beantragte Vertreter soll für folgenden Arzt eingesetzt werden:</b>	
<input type="checkbox"/> den Antragsteller persönlich <i>oder</i>	
<input type="checkbox"/> den folgenden beim Antragsteller tätigen Arzt:	
LANR:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Vorname _____	Name _____
<input type="checkbox"/> fachärztlicher Internist	<input type="checkbox"/> hausärztlicher Internist
<input type="checkbox"/> Angestellter Arzt bei o. g. Einzelpraxis	
<input type="checkbox"/> Angestellter Arzt bei o. g. Berufsausübungsgemeinschaft	
<input type="checkbox"/> Vertragsarzt im o. g. MVZ	
<input type="checkbox"/> Angestellter Arzt im o. g. MVZ	

## 3. Fachliche Voraussetzungen

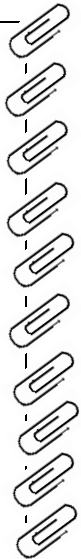
Der Vertreter erfüllt folgende fachliche Voraussetzungen (siehe dazu Hinweise im Anhang):

Deutsche Approbation _____	Datum, ausstellende Behörde
Facharztanerkennung/Fachkundenachweis als _____	
Schwerpunkt-/ Zusatzbezeichnung _____	
Bescheinigung über eine ausreichende Fortbildung _____	
Bescheinigung über spezielle Kenntnisse und Erfahrungen _____	

#### 4. Grund der Antragstellung


Die Beschäftigung des Vertreters erfolgt aufgrund von:

- Krankheit (ärztliches Attest)
- Witwenvierteljahr (Sterbeurkunde)
- Teilnahme an ärztlicher Fortbildung
- Wehrübung
- Mutterschutz (ärztliches Attest über die Schwangerschaft)
- Elternzeit / Kindererziehung (Geburtsurkunde des Kindes)
- Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung
- Freistellung des angestellten Arztes
- Tod des angestellten Arztes
- Kündigung des angestellten Arztes



**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 Vertreter erst ab dem Tag tätig werden darf, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist.**

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vertragsarzt / BAG-Vertretungs-  
berechtigter / MVZ-Vertretungsberechtigter



Stempel Antragsteller

Checkliste	Sind dem Antrag beigefügt
1) Deutsche Approbation	<input type="checkbox"/>
2) Facharztanerkennung/Fachkundenachweis	<input type="checkbox"/>
3) Bescheinigung über eine ausreichende Fortbildung	<input type="checkbox"/>
4) Bescheinigung über spezielle Kenntnisse und Erfahrungen	<input type="checkbox"/>
5) Bescheinigungen je nach Grund der Beschäftigung des Vertreters, siehe Punkt 4	<input type="checkbox"/>
6) Erklärung des Vertreters (Anlage)	<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 Vertreter zu beschäftigen, sollten Sie Ihren Antrag **mindestens einen Monat vor der geplanten Anstellung** des Vertreters bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, Sicherstellung, Yorckstraße 15, 93049 Regensburg, stellen.

Sofern Sie einen bereits bei Ihnen tätigen Vertreter 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.

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.

#### **Legitimationskontrolle auch bei Vertretung im sog. Witwenquartal.**

Der Vollständigkeit halber bitten wir zu beachten, dass **auch Hinterbliebene und Erben der Pflicht zur Kontrolle der Legitimation des benannten Vertreters unterliegen**, sofern Sie beantragen, dass die Vertragsarztpraxis übergangsweise, d. h. bis zu deren Nachbesetzung, von einem Vertreter geführt werden soll.

Zur Absicherung potentieller Rechtsnachfolger raten wir dazu, sich **vorab alle Urkunden auch im Original vorlegen zu lassen**.

Die komplette Darstellung des SGB V, der Bundesmantelverträge 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](http://www.kvb.de/datenschutz). Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

## Anlage

zum Antrag auf **Genehmigung zur Beschäftigung eines Vertreters**  
nach § 32 Abs. 2 Ärzte-ZV

### Erklärung des Vertreters

Entsprechend Artikel 13 DSGVO weisen wir darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die KVB freiwillig sind. Die Informationen nach Art. 13 DSGVO finden Sie unter [www.kvb.de/datenschutz](http://www.kvb.de/datenschutz).

Ihre Angaben sind jedoch nach § 32 Abs. 2 Satz 7 Ärzte-ZV i. V. m. § 75 Abs. 1 Satz 1 SGB V für die Bearbeitung des Antrags erforderlich. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung Ihres Antrags führen können.

#### Vertreter

Titel \_\_\_\_\_, Vorname \_\_\_\_\_, Name \_\_\_\_\_

**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 nicht entgegenstehen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vertreter 

Stempel Antragsteller