

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg Geschäftsbereich Zulassung Sicherstellung Team Sicherstellungsverfahren Sundgauallee 27 79114 Freiburg

Praxisname / BSNR (Stempel) / Emailadresse:			

Team Sicherstellungsverfahren | Arzt zur Sicherstellung | arztzursicherstellung@kvbawue.de

# Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines Arztes zur Sicherstellung

#### !!Hinweise zur Bearbeitung!!

Bitte beachten Sie, dass die Beschäftigung eines Arztes zur Sicherstellung nur möglich ist, wenn der Arzt, dem der Arzt zur Sicherstellung zugeordnet wird, selbst auch vertragsärztlich in der Praxis tätig wird.

Um eine Bearbeitung seitens der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) gewährleisten zu können und diese nicht zu verzögern, bitten wir Sie, den Antrag vollständig auszufüllen und alle erforderlichen Unterlagen dem Antrag beizufügen.

Bitte reichen Sie den unterschriebenen und eingescannten Antrag und die dazugehörigen Anlagen per Mail an arztzursicherstellung@kvbawue.de ODER per Post ein.

Sehen Sie bitte von doppelten Übermittlungen ab. Dies führt zu Verzögerungen bei der Bearbeitung.

Sollten sich Änderungen ergeben oder eine Verlängerung erforderlich sein, ist immer ein neuer Antrag mit aktualisierten Angaben an die KV Baden-Württemberg zu übermitteln.

Bitte beachten Sie, dass eine rückwirkende Genehmigungserteilung nicht möglich ist. Maßgeblich ist das Eingangsdatum des vollständigen Antrages bei der KVBW.

Bitte reichen Sie den Antrag mindestens vier Wochen vor Beginn des Anstellungsverhältnisses bei der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) ein. Bitte beachten Sie dies bei Ihrer weiteren Planung.

Im Falle einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) ist der Antrag sowie die dazugehörige Anlage grundsätzlich von allen BAG-Partnern zu unterzeichnen.

### Checkliste

### Diesem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:

☐ Approbationsurkunde des Arztes zur Sicherstellung (in Kopie)			
☐ Facharztanerkennung des Arztes zu	r Sicherstellung (in Kopie)		
Sowie je nach Antragsgrund	Nachweise (in Kopie)		
Krankheit	Ärztliche Bescheinigung [siehe Anlage 1] (mit Aussagen zum Umfang der Leistungseinschränkung und voraussichtlichen Mindestdauer der Einschränkung)		
Schwangerschaft und Mutterschutz	Ärztliche Bescheinigung (über die bestehende Schwangerschaft)		
Erziehung eines Kindes	☐ Geburtsurkunde des Kindes ☐ Erklärung über genommene Elternzeiten [siehe Anlage 3]		
Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung	Ärztliche Bescheinigung bzw. Bescheinigung der Pflege- kasse (Pflegestufe) [siehe Anlage 2]		
Berufspolitische/Politische Tätigkeit	☐ Erklärung mit detailliertem Nachweis über Art, Umfang sowie Dauer der Tätigkeit [siehe Anlage 4]		
Tätigkeit als Lehrbeauftragter	☐ Detaillierter Nachweis über Art u. Umfang der Lehr- bzw. wissenschaftlichen Tätigkeit		
Einarbeitung in den Praxisablauf potenzieller Kooperationspartner bzw. Praxisnachfolger	☐ Absichtserklärung [siehe Anlage 5]		

## Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines Ärztes zur Sicherstellung

aufgrund der derzeit geltenden Richtlinie der KV Baden-Württemberg

Hiermit beantrage ich die Genehmigung zur Beschäftigung eines Arztes zur Sicherstellung.

Bitte nach Möglichkeit maschinell ausfüllen, unterschreiben und einsenden!

LANR des Antragstellers / des ärztlichen Leiters des MVZ					LANR (Arztnummer)		
Titel	Name		V	orname			
Straße, Nr.		PLZ	Ort				
Der beant	tragte Arzt zur Sicl	nerstellung soll	folgendem Arz	t zuge	ordnet w	erden:	
O dem /	Antragsteller persönli	ch					
O folger	nden beim Antragstell	er tätigen Arzt					
LANR des	Arztes, dem der Arz	t zur Sicherstellun	g zugeordnet wir	d:		LANR (Arztnummer)	
Titel	Name		V	orname			
Arzt zur S	Sicherstellung:						
Titel	Name		V	orname			
Straße, Nr.		PLZ			Ort		
Geburtsda	tum	TTMMJJJJ			Geburtsort		
Deutsche /	Approbation seit	TTMMJJJJ			<b>C</b>	Kopie beifügen	
Fachgebiet						Kopie beifügen	
						Kopie beifügen	
Schwerpunkt/	-Zusatzbezeichnung als						
Beschäfti	gungszeitraum – l	oitte beide Dat	en einfügen!				
für die Zei	t von				bis	TTMMJJJJ	

Rückwirkende Genehmigungen sind ausgeschlossen. Maßgeblich ist das Eingangsdatum des vollständigen Antrages bei der KVBW.

### Grund der Antragstellung (bitte nur einen Antragsgrund auswählen) nach § 3 Abs. 4 der Assistenten-Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg Krankheit O Schwangerschaft und Mutterschutz Erziehung eines Kindes Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung berufspolitische und /oder politische Tätigkeit Tätigkeit als Lehrbeauftragter Einarbeitung in den Praxisablauf potenzieller Kooperationspartner Einarbeitung eines Praxisnachfolgers durch ausscheidenden bzw. ausgeschiedenen Praxisinhaber Nach § 3 Abs. 5 der Assistenten-Richtlinie der KVBW darf die Beschäftigung eines Arztes zur Sicherstellung nicht der Vergrößerung der Vertragsarztpraxis oder der Aufrechterhaltung eines übergroßen Praxisumfanges dienen. Zudem ist sicherzustellen, dass der Arzt, dem der Arzt zur Sicherstellung zugeordnet wird, selbst auch noch vertragsärztlich in der Praxis/im MVZ tätig wird. Ein vorzeitiges Ausscheiden des Arztes zur Sicherstellung ist der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg unverzüglich mitzuteilen. Der Vertragsarzt hat in allen Fällen der Beschäftigung von Ärzten zur Sicherstellung eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung zu gewährleisten. Nach § 19 Absatz 1 Satz 3 Berufsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg müssen Ärztinnen und Ärzte die Beschäftigung von ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der zuständigen Bezirksärztekammer anzeigen. Der ärztliche Mitarbeiter muss sich selbst bei der zuständigen Bezirksärztekammer anmelden. Bei Fragen zum Antrag können wir Sie unter folgenden Kontaktdaten erreichen: Name des Ansprechpartners Vorname des Ansprechpartners Telefonnummer E-Mail-Adresse Ort, Datum Stempel/Unterschrift des Vertragsarztes/ aller BAG Partner/ärztlichen Leiters MVZ Datenschutzhinweis für den Arzt zur Sicherstellung:

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg nach § 285 Abs. 1 SGB V die vorstehenden Daten zu meiner Person erhebt, speichert und ausschließlich zur Erfüllung ihres gesetzlichen Auftrages verarbeitet.

Ort, Datum	Unterschrift des Arztes zur Sicherstellung

### Nur beim Antragsgrund Krankheit auszufüllen

### Anlage 1

zum Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines Arztes zur Sicherstellung

# Ärztliche Bescheinigung

Praxisinh	aber/Arztlicher Leiter de	es MVZ	
Titel	Name		Vorname
Falls abw	eichend zu oben: Erkrankte	er Arzt	
Titel	Name		Vorname
 Nachfol	gend vom behandelnder	n Arzt auszufüllen:	
tungsfähigk		ränkt aber <b>weiterhin tä</b>	unnte Person krankheitsbedingt in ihrer Leis- itig ist und zur Sicherstellung des Versorgungs- g notwendig ist.
Die Einsch	ränkung der Leistungsfähigke	eit hat voraussichtlich mi	ndestens Bestand für den Zeitraum
vom L		bis TTMMJJJJ	
Bitte bea	chten Sie: Ohne genaue	es Beginn- und Endd	atum ist diese Bescheinigung ungültig.
	schutzrechtlichen Gründen b scheinigung anzugeben oder		gnosen oder sonstigen Krankheitsgeschichten
Ort, Datum		Stempe	el/Unterschrift des behandelnden Arztes

### Nur beim Antragsgrund Pflege eines nahen Angehörigen in häusl. Umgebung auszufüllen

### Anlage 2

zum Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines Arztes zur Sicherstellung

# Ärztliche Bescheinigung

Praxisinha	aber/Arztlicher Leiter des MVZ			
Titel	Name		Vorname	
Falls abwe	eichend zu oben: Pflegender Arzt			
Titel	Name		Vorname	
Zu pflege	nde Person			
Titel	Name	Vorname		Geburtsdatum
Straße, Nr.		PLZ	Ort	
Nachfolg	end vom behandelnden Arzt d	ler zu pflege	enden Person aus	zufüllen:
bedürftigke	scheinige ich als der behandelnde Ar it besteht und zur Sicherstellung des st, die Unterstützung durch einen Ar	Versorgungs	auftrages des pflegend	_
	chutzrechtlichen Gründen bitten wir inigung anzugeben oder beizulegen.	<sup>-</sup> Sie keine Dia	gnosen oder sonstige	e Krankheitsgeschichten auf
Ort, Datum		Stem	pel/Unterschrift des behan	delnden Arztes

### Nur beim Antragsgrund Erziehung eines Kindes auszufüllen

#### Anlage 3

zum Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines Arztes zur Sicherstellung

# Erklärung Erziehung eines Kindes

Hiermit erklärt der Unterzeichner, dass der beantragte Arzt zur Sicherstellung im Rahmen der Erziehung eines Kindes für den weiterhin tätigen Arzt eingesetzt wird.

Praxisinhaber	/Ärztlicher Leiter des M	VZ			
Titel	Name		Vorname		
Falls abweiche	e <b>nd</b> zu oben: Arzt in Elternz	eit			
Titel	Name		Vorname		
Arzt zur Siche	erstellung				
Titel	Name		Vorname		
Angaben (aller	bisher geborenen Kinder)				
Geburtsdatum	TTMM	Name		Vorname	
Geburtsdatum	TTMM	Name		Vorname	
Geburtsdatum	TTMMJJJJ	Name		Vorname	1
	Kinder gibt, listen Sie diese bitte auf e daran die Kopie der <b>Gebur</b>		gen, falls Sie die	se noch	nicht eingereicht haben.
O Es wurde i	noch kein Arzt zur Sicherste	llung auf Grund von	Erziehung eine	s Kinde	es beschäftigt.
	oereits ein Arzt zur Sicherst Datumsangaben ausfülle				
vom	TTMMJJJJ			bis	TTMMJJJJ
vom				bis	TTMMJJJJ
Ort, Datum		Stempel/Unterschrift de	s Praxisinhabers/all	er BAG-P	artner/ärztlichen Leiters MVZ

### Nur beim Antragsgrund berufspolitische und/oder politische Tätigkeit auszufüllen

### Anlage 4

zum Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines Arztes zur Sicherstellung aufgrund berufspolitischer und/oder politischer Tätigkeit

# Erklärung (Berufs-)Politik

Hiermit erklärt der Unterzeichner in folgende berufs-/standespolitischen Ämter gewählt worden zu sein, wie lange diese Wahlperioden andauern und welchen wöchentlichen Zeitumfang diese Tätigkeiten in Anspruch nehmen:

Art der	Tätigkeit	Zeitlicher	Umfang/Woche	Wahlperiode von/bis
Titel Falls abwe	Name ichend zu oben: berufspolitisch	tätiger Arzt	Vorname	
		tätiger Arzt		
Titel	Name		Vorname	
<b>A</b> rzt zur	Sicherstellung			
Titel	Name		Vorname	
Ort. Datum		Stompol/I Interschrift	daa Buayisinkahana/allan BA	G-Partner/ärztlichen Leiters MVZ

### Nur beim Antragsgrund Einarbeitung eines potenziellen Kooperationspartners auszufüllen

### Anlage 5

zum Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines Arztes zur Sicherstellung zur Einarbeitung in den Praxisablauf

## Absichtserklärung

	1. Hiermit erklären die Unterzeichner, dass der be beitung in den Praxisablauf dienen soll,	antragte Arzt zur Sicherstellung der Einar-			
0	ohne Leistungsbegrenzung) im Hinblick auf eine geplante Gründung oder Erweiter ohne Leistungsbegrenzung)				
0	O im Rahmen einer geplanten Praxisübergabe				
0	o im Hinblick auf eine geplante Anstellung (mit oder ohne Leistungsbegrenzung)				
Zut	Zutreffendes bitte ankreuzen.				
;	<ol> <li>Uns ist bekannt, dass aus dem Umstand der Erte spruch auf eine spätere Zulassung des Arztes zur migung zur Beschäftigung des Arztes oder zur G abgeleitet werden kann.</li> <li>Praxisinhaber/ärztlicher Leiter des MVZ</li> </ol>	Sicherstellung bzw. den Erhalt einer Geneh-			
Titel	Titel Name	Vorname			
Arz	Arzt zur Sicherstellung				
Titel	Titel Name	Vorname			
Ort,	Ort, Datum Stempel/Unters	chrift des Praxisinhabers/alle BAG-Partner/ärztlichen Leiters MVZ			
Ort,	Ort, Datum Unterschrift des	Arztes zur Sicherstellung			