Alles Gute.

KVBW

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Bezirksdirektion Freiburg
Geschäftsbereich Zulassung Sicherstellung
Postfach 10 02 28
79121 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 zur 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 **[siehe Anlage 2]** und die Bescheinigung der Pflegekasse (Pflegestufe)
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 Arztes 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!

Antragsteller und Anschrift der Praxis oder des MVZ:

LANR des Antragstellers / des ärztlichen Leiters des MVZ _____ LANR (Arztnummer)

_____ Titel _____ Name _____ Vorname

_____ Straße, Nr. _____ PLZ _____ Ort

Der beantragte Arzt zur Sicherstellung soll folgendem Arzt zugeordnet werden:

○ dem Antragsteller persönlich

○ folgenden beim Antragsteller tätigen Arzt

LANR des Arztes, dem der Arzt zur Sicherstellung zugeordnet wird: _____ LANR (Arztnummer)

_____ Titel _____ Name _____ Vorname

Arzt zur Sicherstellung:

_____ Titel _____ Name _____ Vorname

_____ Straße, Nr. _____ PLZ _____ Ort

Geburtsdatum _____ TTMMJJJJ _____ Geburtsort

Deutsche Approbation seit _____ TTMMJJJJ Kopie beifügen

_____ Fachgebiet Kopie beifügen

_____ Schwerpunkt/-Zusatzbezeichnung als Kopie beifügen

Beschäftigungszeitraum – bitte beide Daten einfügen!

für die Zeit von _____ TTMMJJJJ 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
- ☐ 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

Praxisinhaber/Ärztlicher Leiter des MVZ

Titel	Name	Vorname

Falls abweichend zu oben: Erkrankter Arzt

Titel	Name	Vorname

Nachfolgend vom behandelnden Arzt auszufüllen:

Hiermit bescheinige ich als der behandelnde Arzt, dass die genannte Person krankheitsbedingt in ihrer Leistungsfähigkeit vorübergehend eingeschränkt aber **weiterhin tätig** ist und zur Sicherstellung des Versorgungsauftrages die Unterstützung durch einen Arzt zur Sicherstellung notwendig ist.

Die Einschränkung der Leistungsfähigkeit hat voraussichtlich mindestens Bestand für den Zeitraum

vom | TTMMJJJJ | bis | TTMMJJJJ

Bitte beachten Sie: Ohne genaues Beginn- und Enddatum ist diese Bescheinigung ungültig.

Aus datenschutzrechtlichen Gründen bitten wir Sie **keine Diagnosen** oder sonstigen Krankheitsgeschichten auf der Bescheinigung anzugeben oder beizulegen.

Ort, Datum	Stempel/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

Praxisinhaber/Ärztlicher Leiter des MVZ

Titel _____ Name _____ Vorname _____

Falls abweichend zu oben: Pflegender Arzt

Titel _____ Name _____ Vorname _____

Nachfolgend vom behandelnden Arzt der zu pflegenden Person auszufüllen:

Zu pflegende Person

Titel _____ Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

wird unter folgender Anschrift gepflegt/betreut:

☐ im eigenen Haushalt der pflegenden Person

☐ im eigenen Haushalt der pflegebedürftigen Person

Straße, Nr. _____ PLZ _____ Ort _____

Folgender Pflegegrad liegt vor: _____ (Nachweis muss mitgesendet werden, Pflegegrad ist Voraussetzung)

Hiermit bescheinige ich als der behandelnde Arzt der zu pflegenden Person, dass bei dieser Person eine Pflegebedürftigkeit besteht und zur Sicherstellung des Versorgungsauftrages des pflegenden Arztes, welcher **weiterhin tätig** ist, die Unterstützung durch einen Arzt zur Sicherstellung indiziert ist.

Aus datenschutzrechtlichen Gründen bitten wir Sie keine Diagnosen oder sonstige Krankheitsgeschichten auf der Bescheinigung anzugeben oder beizulegen.

Die Bescheinigung verliert ihre Gültigkeit sofern diese unvollständig ausgefüllt wird oder die Angabe nicht mehr den Gegebenheiten entsprechen.

Ort, Datum _____ Stempel/Unterschrift des behandelnden 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 MVZ

Titel	Name	Vorname

Falls abweichend zu oben: Arzt in Elternzeit

Titel	Name	Vorname

Arzt zur Sicherstellung

Titel	Name	Vorname

Angaben (aller bisher geborenen Kinder)

Geburtsdatum	TTMMJJJJ	Name	Vorname
Geburtsdatum	TTMMJJJJ	Name	Vorname
Geburtsdatum	TTMMJJJJ	Name	Vorname

Falls es noch weitere Kinder gibt, listen Sie diese bitte auf einem separaten Blatt auf.

Bitte denken Sie daran die Kopie der **Geburtsurkunden** beizulegen, falls Sie diese noch nicht eingereicht haben.

☐ Es wurde noch kein Arzt zur Sicherstellung auf Grund von Erziehung eines Kindes beschäftigt.

☐ Es wurde bereits ein Arzt zur Sicherstellung auf Grund von Erziehung eines Kindes beschäftigt.
Bitte die Datumsangaben ausfüllen (ggf. Auflistung auf einem separaten Blatt beifügen):

vom	TTMMJJJJ	bis	TTMMJJJJ
vom	TTMMJJJJ	bis	TTMMJJJJ

Ort, Datum	Stempel/Unterschrift des Praxisinhabers/aller BAG-Partner/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

Praxisinhaber/Ärztlicher Leiter des MVZ

Titel | Name | Vorname

Falls abweichend zu oben: berufspolitisch tätiger Arzt

Titel | Name | Vorname

Arzt zur Sicherstellung

Titel | Name | Vorname

Ort, Datum | Stempel/Unterschrift des Praxisinhabers/aller BAG-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 beantragte Arzt zur Sicherstellung der Einarbeitung in den Praxisablauf dienen soll,**

☐ im Hinblick auf eine geplante Gründung oder Erweiterung einer Berufsausübungsgemeinschaft (mit oder ohne Leistungsbegrenzung)

☐ im Rahmen einer geplanten Praxisübergabe

☐ im Hinblick auf eine geplante Anstellung (mit oder ohne Leistungsbegrenzung)

Zutreffendes bitte ankreuzen.

2. **Uns ist bekannt, dass aus dem Umstand der Erteilung einer Genehmigung kein Rechtsanspruch auf eine spätere Zulassung des Arztes zur Sicherstellung bzw. den Erhalt einer Genehmigung zur Beschäftigung des Arztes oder zur Gründung einer Berufsausübungsgemeinschaft abgeleitet werden kann.**

Praxisinhaber/ärztlicher Leiter des MVZ

Titel _____ Name _____ Vorname _____

Arzt zur Sicherstellung

Titel _____ Name _____ Vorname _____

Ort, Datum _____ Stempel/Unterschrift des Praxisinhabers/alle BAG-Partner/ärztlichen Leiters MVZ _____

Ort, Datum _____ Unterschrift des Arztes zur Sicherstellung _____