

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

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

**Absender/Stempel**

Team Sicherstellungsverfahren | [arztzursicherstellung@kvbawue.de](mailto: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.

Bitte speichern Sie sich diesen Antrag auf Ihrem Computer ab und füllen ihn anschließend am Computer aus.

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](mailto: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:

<input type="checkbox"/> Approbationsurkunde des Arztes zur Sicherstellung (in Kopie)	
<input type="checkbox"/> Facharztanerkennung des Arztes zur Sicherstellung (in Kopie)	
Sowie je nach Antragsgrund	Nachweise (in Kopie)
Krankheit	<input type="checkbox"/> Ärztliche Bescheinigung <b>[siehe Anlage 1]</b> (mit Aussagen zum Umfang der Leistungseinschränkung und voraussichtlichen Mindestdauer der Einschränkung)
Schwangerschaft und Mutterschutz	<input type="checkbox"/> Ärztliche Bescheinigung (über die bestehende Schwangerschaft)
Erziehung eines Kindes	<input type="checkbox"/> Geburtsurkunde des Kindes <input type="checkbox"/> Erklärung über genommene Elternzeiten <b>[siehe Anlage 3]</b>
Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung	<input type="checkbox"/> Ärztliche Bescheinigung bzw. Bescheinigung der Pflegekasse (Pflegestufe) <b>[siehe Anlage 2]</b>
Berufspolitische/Politische Tätigkeit	<input type="checkbox"/> Erklärung mit detailliertem Nachweis über Art, Umfang sowie Dauer der Tätigkeit <b>[siehe Anlage 4]</b>
Tätigkeit als Lehrbeauftragter	<input type="checkbox"/> Detaillierter Nachweis über Art u. Umfang der Lehr- bzw. wissenschaftlichen Tätigkeit
Einarbeitung in den Praxisablauf potenzieller Kooperationspartner bzw. Praxisnachfolger	<input type="checkbox"/> Absichtserklärung <b>[siehe Anlage 5]</b>
Sonstige Einzelfälle zur Vermeidung unbilliger Härten	<input type="checkbox"/> Ausführliche Begründung des Härtefalles unter Vorlage entsprechender Nachweise

# 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 (Lebenslangearzt Nummer)

_____	_____	_____
Titel	Name	Vorname

_____	_____	_____
Straße, Nr.	PLZ	Ort

## Der beantragte Arzt zur Sicherstellung soll folgendem Arzt zugeordnet werden:

- dem Antragsteller persönlich
- folgendem beim Antragsteller tätigen Arzt

LANR des Arztes, dem der Arzt zur Sicherstellung zugeordnet wird

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

LANR (Arzt-Nr.)

_____	_____	_____
Titel	Name	Vorname

## Arzt zur Sicherstellung:

_____	_____	_____
Titel	Name	Vorname

_____	_____	_____
Straße, Nr.	PLZ	Ort

Geburtsdatum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TTMMJJJJ

\_\_\_\_\_

Geburtsort

## 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.

**Beschäftigungsumfang – bitte angeben:**

ganztags (38,5 Std./Woche)

Stunden/Woche \_\_\_\_\_

Deutsche Approbation seit

█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
T	T	M	M	J	J	J	J	J	J

Kopie beifügen

\_\_\_\_\_  
Fachgebiet

Kopie beifügen

\_\_\_\_\_  
Schwerpunkt/-Zusatzbezeichnung als

Kopie beifügen

**Grund der Antragstellung** (bitte nur einen Antragsgrund auswählen)

nach § 3 Abs. 4 der Assistenten-Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg

- Krankheit
- Schwangerschaft und Mutterschutz      inkl.  Erziehung eines Kindes
- 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
- sonstige Einzelfälle zur Vermeidung unbilliger Härten

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. 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.

\_\_\_\_\_  
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 I

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 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 **(bitte beide Daten einfügen!)**:

vom 

TT	MM	JJJJ							

bis 

TT	MM	JJJJ							

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
-------	------	---------

**Zu pflegende Person**

Titel	Name	Vorname	Geburtsdatum
-------	------	---------	--------------

Straße, Nr.	PLZ	Ort
-------------	-----	-----

**Nachfolgend vom behandelnden Arzt der zu pflegenden Person auszufüllen:**

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 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.

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 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 des Kindes für das Erziehung eines Kindes in Anspruch genommen werden soll

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum Name Vorname

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

Nachfolgende Angaben beziehen sich nur auf Zeiten, in welchen in der Vergangenheit ein Arzt zur Sicherstellung auf Grund von Erziehung eines Kindes für das oben genannte Kind beschäftigt wurde:

Zutreffendes bitte ankreuzen.

- 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:

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
TTMMJJJJ TTMMJJJJ

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
TTMMJJJJ 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**

- 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)

dienen soll.

**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