

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Sicherstellung
Pommernstr. 17+19 Süd
93073 Neutraubling

➔ Jetzt **online** beantragen in **Meine KVB**

oder
per E-Mail: SI-Assistenten@kvb.de
per Fax: 089 57093 553959
Bitte den Antrag nur einmal einreichen!

Antrag

auf Genehmigung zur Beschäftigung eines **Sicherstellungsassistenten** nach § 32 Abs. 2 Ärzte-ZV

1. Allgemeine Angaben

Antragsteller (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/-psychotherapeut

Ist beabsichtigt, dass mehrere Partner der Berufsausübungsgemeinschaft gemeinsam die Assistenz beantragen?

- ja - Falls ja, bitte die weiteren Partner in die beigefügte Anlage A eintragen
 nein

Ich bin Vertretungsberechtigter der BAG _____
(Name der BAG)

Ich bin Vertretungsberechtigter des MVZ _____
(Name des MVZ)

2. Beantragung

Beantragt wird die Genehmigung zur Beschäftigung des folgenden Assistenten:

Assistent:	
ggf. LANR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Vorname _____	Name _____
Geburtsdatum _____	
_____ Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	
_____ E-Mail-Adresse	_____ Telefonnummer
Qualifikation:	
<input type="checkbox"/> Deutsche Approbation bzw. Erlaubnis nach § 10 BÄO	
Facharztanerkennung als _____	
Bei Psychotherapeuten:	
Fachkundenachweis als _____	
Richtlinienverfahren: _____	
Zeitraum der Beschäftigung: von _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ bis _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Datum Datum	
Umfang: <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit _____ Std./Woche	
Der beantragte Assistent soll folgendem Arzt/Psychotherapeuten zugeordnet werden:	
<input type="checkbox"/> dem Antragsteller persönlich <i>oder</i>	
<input type="checkbox"/> dem folgenden beim Antragsteller tätigen Arzt/Psychotherapeuten:	
LANR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Name _____	Vorname _____
<input type="checkbox"/> Angestellter Arzt/Psychotherapeut in o. g. Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft	
<input type="checkbox"/> Vertragsarzt/-psychotherapeut im o. g. MVZ	
<input type="checkbox"/> Angestellter Arzt/Psychotherapeut im o. g. MVZ	


Grund der Antragstellung (muss im Fall von mehreren Antragstellern bei jedem erfüllt sein):

<input type="checkbox"/> Ärztlicher Leiter Rettungsdienst	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bestätigung der Zweckverbände für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung (ZRF) als Nachweis über die Bestellung zum ÄLRD ▪ Nachweis über den wöchentlichen Zeitaufwand der ÄLRD-Tätigkeit
<input type="checkbox"/> Ehrenamtliche berufspolitische Tätigkeit	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Detaillierter Nachweis der Art und des jeweiligen Zeitaufwandes der berufspolitischen Tätigkeit
<input type="checkbox"/> Dialyse Erfüllung des 'Arzt-Patienten-Schlüssels' nach § 5 Abs. 7 der Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren Bei Betreuung von <u>mehr</u> als <input type="checkbox"/> 30 Patienten pro Jahr <input type="checkbox"/> 100 und je weiteren 50 Patienten pro Jahr kontinuierlich in der Zentrumsdialyse/Zentralisierten Heimdialyse zu versorgenden Dialysepatienten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Es ist zusätzlich ein Antrag auf Änderung bzw. Erweiterung der Genehmigung zur Übernahme des Versorgungsantrages nach Anlage 9.1 BMV-Ä (Dialyse) durch Vertragsärzte / ein Medizinisches Versorgungszentrum zu stellen.
<input type="checkbox"/> Einarbeitung in den Praxisablauf wegen <input type="checkbox"/> geplanter Gründung einer BAG <input type="checkbox"/> geplanter Praxisübergabe <input type="checkbox"/> geplanter Anstellung in einer BAG <input type="checkbox"/> geplanter Anstellung im MVZ <input type="checkbox"/> geplanter Anstellung bei einem Vertragsarzt	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absichtserklärung (Anlage B) ▪ Absichtserklärung (Anlage B) ▪ Absichtserklärung (Anlage B) ▪ Absichtserklärung (Anlage B) ▪ Absichtserklärung (Anlage B)
<input type="checkbox"/> Erkrankung oder gesundheitliche Beeinträchtigung des Antragstellers (hierzu zählt auch die Schwangerschaft oder die Zeit nach der Entbindung)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ärztliche Bescheinigung
<input type="checkbox"/> Erkrankung <input type="checkbox"/> des angestellten Arztes/Psychotherapeuten <input type="checkbox"/> des BAG-Partners (nur sofern dieser nicht bereits selbst einen Assistenten/ Vertreter beantragen konnte)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ärztliche Bescheinigung ▪ Ärztliche Bescheinigung
<input type="checkbox"/> Erkrankung eines Kindes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ärztliche Bescheinigung ▪ Geburtsurkunde des Kindes
<input type="checkbox"/> Erkrankung eines nahen Familienangehörigen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ärztliche Bescheinigung

<input type="checkbox"/> Pflege eines nahen Familienangehörigen in häuslicher Umgebung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bescheinigung der Pflegekasse bzw. des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) bzw. anderer entspr. Nachweis
<input type="checkbox"/> Erziehung eines Kindes Hinweis: Der Anspruch auf 36 Monate Erziehungszeit wird nicht je Kind gewährt; sich überschneidende Erziehungszeiträume werden nur einmal berücksichtigt (siehe BSG, Urteil vom 14.07.2021 - B 6 KA 15/20 R).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Geburtsurkunde des Kindes
<input type="checkbox"/> Pflegeheimversorgung Der Sicherstellungsassistent wird in einem Umfang genehmigt, der dem zeitlichen Aufwand im Rahmen des „heimbezogenen Versorgungsauftrags“ entspricht	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absichtserklärung, dass die Tätigkeit im Rahmen einer Kooperation mit einem Pflegeheim in einem zeitlichen Umfang von mind. 6 Stunden pro Woche erfolgt (Anlage D)
<input type="checkbox"/> Methadonsubstitution Die Durchführung dieser Leistungen erfolgt durch den: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Vertragsarzt <input type="checkbox"/> Sicherstellungsassistenten <input type="checkbox"/> Vertragsarzt und Sicherstellungsassistenten 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verpflichtungserklärung, dass mind. 20 weitere Patienten substituiert werden können (Anlage C) ▪ Soweit der Sicherstellungsassistent im Rahmen der Methadonsubstitution eingesetzt wird, muss dieser über die Zusatzbezeichnung „suchtmedizinische Grundversorgung“ verfügen und sich hierzu eine fachliche Befähigung von der KVB ausstellen lassen. <input type="checkbox"/> Bitte senden Sie mir den Nachweis der fachlichen Befähigung zu.
<input type="checkbox"/> Tätigkeit als Lehrbeauftragter und/oder Dozenten- und Supervisorentätigkeit an einer staatlich anerkannten Hochschule für Humanmedizin, Psychologie und/oder Sozialpädagogik und/oder wissenschaftliche Tätigkeit an einer staatlich anerkannten Hochschule für Humanmedizin, Psychologie und/oder Sozialpädagogik und/oder an psychotherapeutischen Ausbildungsstätten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Detaillierter Nachweis der Art und des jeweiligen Zeitaufwandes der Lehr- bzw. wissenschaftlichen Tätigkeit bzw. der Dozenten- und Supervisorentätigkeit
<input type="checkbox"/> Teilnahme an der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) Der Vertragsarzt nimmt am SAPV-Team im Sinne von § 37 b SGB V teil.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Detaillierter Nachweis, aus dem sich die konkrete Teilnahme an dem SAPV-Team ergibt. ▪ Angaben über den zeitlichen Aufwand für die Tätigkeit im Rahmen der SAPV
<input type="checkbox"/> Wegfall einer Praxis ohne Nachfolger und vorübergehende Sicherstellung der Weiterbehandlung von Patienten dieser Praxis	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angaben über die wegfallende Praxis und die daraus resultierende Versorgungssituation dieser Patienten


Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller tätige Arzt/Psychotherapeut) 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 Sicherstellungsassistent erst dann vertragsärztlich tätig werden darf, wenn Ihnen als Antragsteller 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 / -psychotherapeut / BAG-
Vertretungsberechtigter / MVZ-Vertretungsberechtigter 

Bei Antragstellung für einen beim Antragsteller tätigen Arzt zusätzlich:

Ort, Datum

Unterschrift beim Antragsteller tätiger Arzt/
Psychotherapeut 

Stempel Antragsteller

Checkliste	Liegt der KVB bereits vor	Sind dem Antrag beigefügt
1) Deutsche Approbation bzw. Erlaubnis nach § 10 BÄO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Facharztanerkennung/Fachkundenachweis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Bescheinigungen/Nachweise je nach Grund der Antragsstellung, siehe unter Punkt 2. Beantragung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) ggf. ausgefüllte Anlagen A - D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Erklärung des Assistenten	<input type="checkbox"/>	<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.

Wird der **Sicherstellungsassistent für einen Arzt beantragt, der noch die Tätigkeit als ärztliche Leitung eines MVZ ausübt**, muss gewährleistet sein, dass **der ärztliche Leiter selbst kontinuierlich mit einem Beschäftigungsumfang von mindestens 20 Wochenstunden als Vertragsarzt oder angestellter Arzt im MVZ** tätig ist. Gegebenenfalls muss die ärztliche Leitung vorübergehend von einem anderen im MVZ tätigen Arzt übernommen werden, der diese Voraussetzungen erfüllt. Die Übernahme der ärztlichen Leitung durch einen anderen im MVZ tätigen Arzt ist der KVB oder dem Zulassungsausschuss für die Dauer der Verhinderung des ärztlichen Leiters anzuzeigen.

Sofern Sie beabsichtigen, in Ihrer Praxis einen Assistenten zu beschäftigen, sollten Sie **mindestens einen Monat vor der geplanten Anstellung** des Assistenten Ihren Antrag bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, Sicherstellung, Elsenheimerstr. 39, 80687 München stellen.

Sofern Sie einen bereits bei Ihnen tätigen Assistenten 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.

Qualifikation des Assistenten

Die Genehmigung eines Sicherstellungsassistenten setzt voraus, dass dieser die Voraussetzungen nach § 3 Abs. 2 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) über die Eintragungsfähigkeit ins Arztregister verfügt (Besitz der deutschen Approbation und Facharztanerkennung) und dass zwischen dem Assistenten und dem Vertragsarzt Fachgebietsidentität gegeben ist.

Keine Entziehungsgründe in der Person des Assistenten

Nach § 32 Abs. 2 S. 3 Ärzte-ZV kann die Genehmigung widerrufen werden – und ist somit gar nicht erst zu erteilen – wenn in der Person des Assistenten Gründe liegen, die beim Vertragsarzt zur Entziehung der Zulassung führen können. Dies sind z.B. die in § 21 Ärzte-ZV aufgeführten Gründe (Rauschgift- oder Trunksucht etc.).

Keine Vergrößerung der Praxis bzw. übergroßer Praxisumfang

Nach § 32 Abs. 3 Ärzte-ZV darf die Beschäftigung des Assistenten nicht zur Veränderung bzw. Vergrößerung des Leistungsspektrums führen. Wird eine erhebliche Vergrößerung des Leistungsumfangs festgestellt, kann die Genehmigung widerrufen werden.

Erbringung genehmigungspflichtiger Leistungen durch Assistenten

Wegen des Grundsatzes der persönlichen Leistungserbringung (§ 32 Abs. 1 Satz 1 Ärzte-ZV) dürfen Assistenten grundsätzlich nur diejenigen Leistungen erbringen, zu deren Durchführung der anstellende Vertragsarzt selbst berechtigt ist. Eine selbständige Durchführung genehmigungspflichtiger Leistungen durch Sicherstellungsassistenten ist nur dann möglich, wenn diese ebenfalls über eine entsprechende Qualifikation verfügen. Hierzu wird Ihrem Assistenten auf Antrag als Nachweis eine fachliche Befähigung von der KVB erteilt.

Beendigung der Genehmigung eines Assistenten

Die Genehmigung endet mit Ablauf der Befristung bzw. mit dem Wegfall der Voraussetzung für die Genehmigung (z.B. vorzeitiges Ausscheiden des Assistenten). Der Vertragsarzt hat letzteres der KVB mitzuteilen.

Spätere Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit

Aus dem Umstand der Erteilung einer Assistentengenehmigung im Hinblick auf die geplante Gründung einer Gemeinschaftspraxis bzw. auf eine geplante Praxisübergabe kann kein Rechtsanspruch auf eine spätere Zulassung des Assistenten bzw. den Erhalt einer Genehmigung zur Gründung einer Gemeinschaftspraxis abgeleitet werden. Die Zulassungsausschüsse sind insoweit nicht an Entscheidungen der KVB gebunden.

Die Beschäftigung von Assistenten bedarf der **vorherigen** Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung. Rückwirkende Genehmigungen können aus rechtlichen Gründen nicht erteilt werden.

Leistungen, die von nicht genehmigten Assistenten erbracht werden, können von der KVB nicht anerkannt werden. Sie werden daher von dem jeweiligen Vertragsarzt zurückgefordert.

Der Einsatz von nicht genehmigten Assistenten kann nach Prüfung und Bewertung des Einzelfalls zur Einleitung eines Disziplinarverfahrens führen.

Besondere Hinweise zur Beschäftigung von Psychotherapeuten

Zulässig ist die Beschäftigung eines Psychologischen Psychotherapeuten als Sicherstellungsassistent bei einem Psychologischen Psychotherapeuten bzw. die Beschäftigung eines Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bei einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Sofern der Sicherstellungsassistent auf ein Richtlinienverfahren spezialisiert ist, welches nicht mit demjenigen des anstellenden Vertragsarztes/Vertragspsychotherapeuten übereinstimmt, ist vorab die erforderliche Abrechnungsgenehmigung bei der KVB einzuholen.

Die **Beschäftigung eines Psychotherapeuten** (Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) als Sicherstellungsassistent **bei einem psychotherapeutisch tätigen Arzt ist nicht zulässig**.

Unzulässig ist auch die **Beschäftigung eines Arztes bei einem Psychotherapeuten**, da nach § 2 Abs. 4 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns ein Arzt hinsichtlich seiner ärztlichen Entscheidungen keine Weisungen von Nichtärzten entgegennehmen darf.

Im Hinblick auf die geforderte Fachgebietsidentität ist die Beschäftigung eines Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bei einem Psychologischen Psychotherapeuten – und umgekehrt – **grundsätzlich unzulässig**.

Lediglich in Ausnahmefällen, wenn ohne die Genehmigung eines Sicherstellungsassistenten eine ausreichende Versorgung der Patienten der jeweiligen Praxis in besonderem Maße gefährdet wäre, besteht die Möglichkeit einer intraprofessionellen Beschäftigung. Die **Beschäftigung eines Psychologischen Psychotherapeuten bei einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten** setzt dann jedoch voraus, dass der Psychologische Psychotherapeut die formalen Voraussetzungen zur Abrechnung von Leistungen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie erfüllt. Der Sicherstellungsassistent ist in diesem Fall wegen des Grundsatzes der persönlichen Leistungserbringung auf Leistungen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie beschränkt. Die **Beschäftigung eines Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bei einem Psychologischen Psychotherapeuten** setzt voraus, dass der Psychologische Psychotherapeut über die formale Abrechnungsgenehmigung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie verfügt und selbst bereits Psychotherapieleistungen bei Kindern und Jugendlichen erbracht hat. Der Sicherstellungsassistent muss dabei nicht dasselbe Richtlinienverfahren anbieten, wie der anstellende Psychotherapeut.

Die komplette Darstellung des SGB V, der Bundesmantelverträge und der Ärzte – ZV können Sie bei Bedarf unter [Rechtsquellen Bayern mit A - Kassenärztliche Vereinigung Bayerns \(KVB\)](#) abrufen.

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter www.kvb.de/datenschutz.
Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

Anlage A

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

(Nur auszufüllen, falls mehrere Partner einer Berufsausübungsgemeinschaft eine **gemeinschaftliche Beantragung/Anstellung** des Assistenten beabsichtigen und der Anstellungsgrund auch in ihrer Person erfüllt ist.)

Nachfolgend aufgeführte Partner der Berufsausübungsgemeinschaft sind weitere Antragsteller:

1. weiterer Antragsteller	
LANR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Vorname _____	Name _____
2. weiterer Antragsteller	
LANR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Vorname _____	Name _____
3. weiterer Antragsteller	
LANR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Vorname _____	Name _____
4. weiterer Antragsteller	
LANR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Vorname _____	Name _____
5. weiterer Antragsteller	
LANR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Vorname _____	Name _____

Ort, Datum	Unterschrift 1. weiterer Antragssteller
Ort, Datum	Unterschrift 2. weiterer Antragssteller
Ort, Datum	Unterschrift 3. weiterer Antragssteller
Ort, Datum	Unterschrift 4. weiterer Antragssteller
Ort, Datum	Unterschrift 5. weiterer Antragssteller

Anlage B

zum Antrag auf **Genehmigung zur Beschäftigung eines Sicherstellungsassistenten zur Einarbeitung in den Praxisablauf**

Antragsteller
Titel _____ Vorname _____ Name _____
(Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Hauptbetriebsstätte)

Der Assistent soll folgendem Arzt zugeordnet werden:
<input type="checkbox"/> dem Antragsteller persönlich <i>oder</i>
<input type="checkbox"/> dem im MVZ zugelassenen/angestellten Vertragsarzt:
Titel _____ Vorname _____ Name _____

Assistent
Titel _____ Vorname _____ Name _____

Erklärung

1. Hiermit erklären die Unterzeichner, dass die beantragte Assistenz der Einarbeitung in den Praxisablauf
 - im Hinblick auf eine geplante Gründung oder Erweiterung einer Berufsausübungsgemeinschaft
 - im Rahmen einer bevorstehenden Praxisübernahme
 - im Hinblick auf die geplante Anstellung in einer BAG
 - im Hinblick auf die geplante Anstellung in einem MVZ
 - im Hinblick auf die geplante Anstellung bei einem Vertragsarzt dienen soll.
2. Der jeweilige Antrag liegt dem Zulassungsausschuss bereits vor.
3. Uns ist bekannt, dass aus dem Umstand der Erteilung einer Assistentengenehmigung kein Rechtsanspruch auf eine spätere Zulassung / Anstellung des Assistenten bzw. den Erhalt einer Genehmigung zur Gründung einer Berufsausübungsgemeinschaft abgeleitet werden kann.

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt / -psychotherapeut / BAG-
Vertretungsberechtigter / MVZ-Vertretungsberechtigter

Ort, Datum

Unterschrift Assistent

Stempel Antragsteller

Anlage C

zum Antrag auf **Genehmigung zur Beschäftigung eines Sicherstellungsassistenten zur Verbesserung der Versorgungslage im Bereich der Methadonsubstitution**

Antragsteller

Titel _____ Vorname _____ Name _____

Erklärung

Hiermit verpflichte ich mich, zur Verbesserung der Versorgungslage im Bereich der Methadonsubstitution mindestens 20 weitere opiatabhängige Menschen zu behandeln.

Mir ist bekannt, dass ich über die Genehmigung zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger verfügen muss.

Soweit der Sicherstellungsassistent ebenfalls die Behandlung opiatabhängiger Menschen übernimmt, vergewissere ich mich vor dessen Einsatz darüber, dass der Assistent über die oben beschriebene Qualifikation verfügt und sich hierzu von der KVB mit gesonderter Antragsstellung eine fachliche Befähigung ausstellen lässt.

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt / -psychotherapeut / BAG-
Vertretungsberechtigter / MVZ-Vertretungsberechtigter



Stempel Antragsteller

Anlage D

zum Antrag auf **Genehmigung zur Beschäftigung eines Sicherstellungsassistenten** im Rahmen einer Kooperation mit einem Pflegeheim

Antragsteller

Titel _____ Vorname _____ Name _____

Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass die Tätigkeit im Rahmen der Kooperation mit einem Pflegeheim einem zeitlichen Umfang von mindestens 6 Stunden pro Woche entspricht.

Der konkrete zeitliche Aufwand im Rahmen der Pflegeheimkooperation beträgt ca. _____ Wochenstunden.

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt / -psychotherapeut / BAG-
Vertretungsberechtigter / MVZ-Vertretungsberechtigter



Stempel Antragsteller

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Sicherstellung
Elsenheimerstr. 39
80687 München

Erklärung des Assistenten

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

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.

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.

BSNR des Antragstellers: | | | | | | | | | |

Assistent

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 / des Berufs als Psychotherapeut*in nicht entgegenstehen.

Ort, Datum

Unterschrift Assistent 