



## Antrag auf Genehmigung eines Entlastungsassistenten/ Sicherstellungsassistenten

Neuantrag

Verlängerungsantrag

Änderungsantrag

**1. 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)

BSNR	<input type="text"/>	LANR	<input type="text"/>
Titel, Name, Vorname: <input type="text"/>			
Fachgebiet/ ggf. Spezialisierung: <input type="text"/>			
<input type="radio"/> zugelassen <input type="radio"/> angestellt bei <input type="text"/>			
<i>anstellende Praxis/MVZ/BAG</i>			
Tätigkeitsort: <input type="text"/>			
<i>(Straße, PLZ, Ort)</i>			
<b>Antragsgrund:</b>			
<input type="radio"/> Krankheit <input type="radio"/> Erziehungszeit <input type="radio"/> Pflege eines nahen Angehörigen			

## 2. Angaben Entlastungsassistent/Sicherstellungsassistent

Titel, Name, Vorname: <input type="text"/>	
Geburtsdatum: <input type="text"/>	
Fachgebiet/ ggf. Spezialisierung: <input type="text"/>	
aktuelle berufliche Tätigkeit: <input type="text"/>	
Wohnort: <input type="text"/>	
<i>(Straße, PLZ, Ort)</i>	
Telefonnummer : <input type="text"/>	
E-Mail-Adresse: <input type="text"/>	
<b>Der beantragte Assistent soll folgendem Arzt/Psychotherapeuten zugeordnet werden:</b>	
<input type="radio"/> dem Antragsteller persönlich <i>oder</i>	
<input type="radio"/> dem folgenden beim Antragsteller tätigen Arzt/Psychotherapeuten	
<input type="text"/>	

### 3. Angaben zum Zeitraum

von:  bis:



Stundenumfang pro Woche

ggf. an folgenden Tagen  Mo  Di  Mi  Do  Fr  
(Eintrag nur erforderlich, sofern der Assistent nur an bestimmten Tagen beschäftigt werden soll)

### 4. Dem Antrag sind folgende Unterlagen/ Nachweise in Kopie beizufügen

- Arztregisterauszug oder Approbations- und Facharzturkunde in Kopie (falls nicht vorhanden)
- bei Psychotherapeuten: Fachkundenachweis/Richtlinienverfahren (falls nicht vorhanden)
- Anstellungsvertrag für die Entlastungs- bzw. Sicherstellungsassistenz
- ärztliches Attest (bei Krankheit)  
**oder**
- Geburtsurkunde (bei Erziehungszeit)  
**oder**
- Pflegegradnachweis (bei Pflege)

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel Antragsteller\*   


\* Ist der Antragsteller angestellter Arzt in einer Praxis oder in einem MVZ, dann muss auch der Praxisinhaber bzw. ein Vertreter diesen Antrag unterzeichnen. Die Vertretungsberechtigung ist durch eine Vollmacht nachzuweisen.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Praxisinhaber/ Vertretungsberechtigter\*

## Wichtige zusätzliche Hinweise:

Gemäß § 32 Abs. 2 Ärzte-ZV bedarf die Beschäftigung von Assistenten gemäß § 3 Abs. 3 die Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung. Im Übrigen darf der Vertragsarzt einen Vertreter oder einen Assistenten nur beschäftigen

1. wenn dies im Rahmen der **Aus- und Weiterbildung** oder zu Gründen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung erfolgt
2. während Zeiten der **Erziehung von Kindern bis zu einer Dauer von 36 Monaten**, wobei dieser Zeitraum nicht zusammenhängend genommen werden muss  
oder
3. während der **Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung bis zu einer Dauer von sechs Monaten**.

**Bitte beachten Sie, dass der Sicherstellungsassistent/Entlastungsassistent erst dann vertragsärztlich tätig werden darf, wenn Ihnen als Antragsteller der Genehmigungsbescheid erteilt wurde. Die Dauer der Beschäftigung ist grundsätzlich zu befristen.**

### 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.

### 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 Leistungsumfanges 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 Sicherstellungs-/Entlastungsassistenten ist nur dann möglich, wenn diese ebenfalls über eine entsprechende Qualifikation verfügen.

Rücksendung des Antrages per  
**Fax** 0385- 7431453  
**E-Mail** [weiterbildung@kvmv.de](mailto:weiterbildung@kvmv.de)

oder **postalisch** an:  
Kassenärztliche Vereinigung M-V  
Abteilung Sicherstellung  
Neumühler Straße 22  
19057 Schwerin

**Bitte denken Sie daran, dem Antrag alle erforderlichen Nachweise in Kopie beizufügen.**