

# Zulassungsausschuss Ärzte/Krankenkassen

Geschäftsstelle, Schwachhauser Heerstraße 26/28, 28209 Bremen, Fax 0421/ 3404-337

## Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung gem. § 31 (1) bzw. 31a Ärzte-ZV

- Neuantrag**
- Erweiterungsantrag**

### Personalien:

Titel	
Name, Vorname	
Gebietsbezeichnung	
Krankenhaus/Institution	
Geburtsdatum/-ort	

### Privatadresse:

Straße	
Postleitzahl, Ort	
e-mail	
Telefon privat	
tagsüber erreichbar	

### Gebühren:

Mit der Antragstellung auf Ermächtigung sind gem. § 46 Abs. 1 c Ärzte-ZV **€ 120,--** an Gebühren zu entrichten.

- Den Betrag zahle ich bar in der KVHB, Schwachhauser Heerstr. 26/28 ein.
- Ich habe den Betrag am ..... auf das Bankkonto bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank Bremen, BLZ 300 606 01, Konto-Nr. 0002 224 666 mit dem Vermerk „Ermächtigungsantrag“ überwiesen.

**Beantragter Umfang**

(bei OP-Leistungen bitte neben den EBM-Ziffern auch OPS-Schlüssel mit angeben:

**Auf Überweisung durch**

- Hausärzte
- Fachärztlich tätige Internisten (ggf. Schwerpunkt .....
- Fachärzte für Kinderheilkunde
- Fachärzte für .....
- Vertragsärzte
- ermächtigte                      Krankenhausärzte                      des                      Krankenhauses  
.....

Überweisungs- auftrag (A, K, M) *	Ermächtigungsumfang (Beschreibung anhand der EBM-Leistungsnummern)	EBM-Nr. ggf. OPS-Schlüssel

\* (A = Auftragsleistungen K = Konsiliaruntersuchungen M = Mit-/Weiterbehandlungen)

**Ihre Begründung des besonderen Versorgungsbedarfes für die beantragten Leistungen fügen Sie formlos bei.**

**Erklärung des Krankenhausträgers (§ 31 a Abs. 2 Ärzte-ZV):**

Die Nebentätigkeitsgenehmigung für die beantragten Ermächtigungsleistungen wird für einen wöchentlichen Umfang von \_\_\_\_\_ Std./Wo. erteilt.

**Stellungnahme des Krankenhauses/der Institution bzw. Bemerkungen:**

---

---

---

(Datum und Stempel)

**Erklärung des Krankenhausträgers zu ambulanten Operationen:**

- Das Krankenhaus meldet der KV Bremen die Erbringung von ambulant durchführbaren Operationen und sonstigen stationsersetzenden Eingriffen gem. § 115b SGB V und sichert zu, dass der beantragende Arzt diese Leistungen nicht in seinem Ermächtigungsumfang beantragt bzw. abrechnet.

.....

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift des Krankenhauses/der Institution)

- Ich erkläre hiermit, dass ich weder rauschgiftsüchtig bin noch innerhalb der letzten 5 Jahre gewesen bin. Innerhalb der letzten 5 Jahre habe ich mich keiner Entziehungskur wegen Trunksucht oder Rauschgiftsucht unterzogen und dass gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des vertragsärztlichen Berufes nicht entgegenstehen.  
Außerdem erkläre ich, dass kein strafrechtliches Ermittlungsverfahren gegen mich anhängig ist bzw. war.
- Sofern im Rahmen der Ermächtigung genehmigungspflichtige Leistungen durchgeführt und abgerechnet werden, fordere ich gem. Anlage die entsprechenden Antragsformulare an. Mir ist bekannt, dass diese Leistungen erst abgerechnet werden können, wenn eine entsprechende Abrechnungsgenehmigung der KVHB vorliegt.
- Ich verpflichte mich, dass ich die vom Krankenhaus an die KV gemeldeten ambulant durchführbaren Operationen und sonstigen stationärer ersetzenden Eingriffen gem. § 115b SGB V nicht in meinen Ermächtigungsumfang beantrage/erbringe.
- Ich bin bereits eingetragen im Arztregister.

Arztregisternummer:

in:

am:

- Ich beantrage die Eintragung in das Arztregister der KVHB.

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich meine in diesem Antrag gemachten Angaben und Erklärungen. Änderungen in den angegebenen Verhältnissen werde ich umgehend der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses mitteilen.**

.....

.....

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

**Diesem Antrag sind folgende Unterlagen in beglaubigter Kopie oder Original beizufügen:**

- Approbation  
 Staatsexamen  
 ggf. Promotion  
 Facharztanerkennung  
 ggf. Anerkennung für eine bestimmte Teilgebiets- oder Zusatzbezeichnung  
 ggf. Übersicht genehmigungspflichtige Leistungen  
 Gebühr ggf. Verrechnungsscheck über Euro 120,--  
 ggf. Antrag Arztregister

### Anlagen

Übersicht genehmigungspflichtiger Leistungen

**Wird von der Geschäftsstelle ausgefüllt:**

- § 31 Abs. 1 a) Ärzte-ZV     § 31 Abs. 1 b) Ärzte-ZV     § 31 Abs. 3 Ärzte-ZV     § 31 a) Ärzte-ZV

## Hinweise zu genehmigungspflichtigen Leistungen

Einige vertragsärztliche Leistungen stehen unter einem Genehmigungsvorbehalt, d.h. **sie dürfen erst durchgeführt und abgerechnet werden, nachdem eine entsprechende Genehmigung erteilt wurde.** Die Genehmigungsvoraussetzungen richten sich nach der jeweils geltenden Qualitätssicherungs-Vereinbarung bzw. -richtlinie. Darüber hinaus können Verträge der KVHB spezielle Teilnahmevoraussetzungen enthalten.

### Hinweise zum Genehmigungsdatum:

- Eine Genehmigung kann erst zu dem Datum erteilt werden, zu dem die Antragsunterlagen mit den erforderlichen Nachweisen vollständig bei der KVHB eingegangen sind
- Frühestes Genehmigungsdatum ist das Datum der Zulassung oder Ermächtigung
- Rückwirkend erteilte Genehmigungen sind aus rechtlichen Gründen nicht zulässig.

### Antragsformulare:

Sie können das notwendige Antragsformular mit Hilfe dieser Übersicht anfordern oder Sie downloaden es direkt von der Homepage der KVHB ([www.kvhb.de/zulassung/gen.php](http://www.kvhb.de/zulassung/gen.php)). Anträge, die formlos gestellt werden können, sind gesondert gekennzeichnet.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Akupunktur   | <input type="checkbox"/> Otoakustische Emissionenbestimmung                           |
| <input type="checkbox"/> Ambulantes Operieren   | <input type="checkbox"/> PDT  |
| <input type="checkbox"/> Arthroskopie   | <input type="checkbox"/> PDK  |
| <input type="checkbox"/> Balneophototherapie  | <input type="checkbox"/> Präventionsangebot für Kinder (formlos mit Nachweis)         |
| <input type="checkbox"/> Belegarztstätigkeit  | <input type="checkbox"/> Psychoanalyse  |
| <input type="checkbox"/> Chirotherapeutische Leistungen   | <input type="checkbox"/> Psychotherapie   |
| <input type="checkbox"/> Chronische Wunde   | <input type="checkbox"/> Psychosomatische Grundversorgung                             |
| <input type="checkbox"/> DMP Asthma / COPD  | <input type="checkbox"/> Medizinische Rehabilitation                                  |
| <input type="checkbox"/> DMP Brustkrebs   | <input type="checkbox"/> Röntgendiagnostik  |
| <input type="checkbox"/> DMP Diabetes mellitus Typ 1  | <input type="checkbox"/> Computertomographie  |
| <input type="checkbox"/> DMP Diabetes mellitus Typ 2  | <input type="checkbox"/> Interventionelle Radiologie                                  |
| <input type="checkbox"/> DMP Koronare Herzkrankheit   | <input type="checkbox"/> Invasive Kardiologie   |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie  | <input type="checkbox"/> Knochendichtemessung   |
| <input type="checkbox"/> Hausarztzentrierte Versorgung  | <input type="checkbox"/> Kernspintomographie  |
| <input type="checkbox"/> Hautkrebsscreening (formlos mit Nachweis)  | <input type="checkbox"/> MR-Angiographie  |
| <input type="checkbox"/> Histopathologie Hautkrebsscreening   | <input type="checkbox"/> Schlafapnoe/Diagnostik und Therapie                          |
| <input type="checkbox"/> HIV/ AIDS-verantwortlicher Arzt  | <input type="checkbox"/> Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen                       |
| <input type="checkbox"/> Homöopathie  | <input type="checkbox"/> Schmerztherapeutisch tätiger Arzt                            |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher-Kontrolluntersuchungen   | <input type="checkbox"/> Sensomotorische Übungsbehandlungen                           |
| <input type="checkbox"/> Koloskopie   | <input type="checkbox"/> Sozialpsychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen |
| <input type="checkbox"/> Künstliche Befruchtung (formlos mit Nachweis)  | <input type="checkbox"/> Soziotherapie  |
| <input type="checkbox"/> Laboratoriumsuntersuchungen (O III. Leistungen)  | <input type="checkbox"/> Substitutionsbehandlungen (formlos mit Nachweis)             |
| <input type="checkbox"/> Langzeit-EKG-Untersuchungen  | <input type="checkbox"/> Tonsillotomie  |
| <input type="checkbox"/> LDL-Apherese   | <input type="checkbox"/> Übende Verfahren und suggestive Techniken                    |
| <input type="checkbox"/> Neuordnung der Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten (Dialyse)                     | <input type="checkbox"/> Ultraschall-Untersuchungen                                   |
| <input type="checkbox"/> Onkologisch verantwortlicher Arzt (Onkologie-Vereinbarung)                                       | <input type="checkbox"/> Wahltarif BKK Arzt privat                                    |
| <input type="checkbox"/> Optimierung der Betreuung von Kindern mit Asthma bronchiale (Kinderärzte) (formlos mit Nachweis) | <input type="checkbox"/> Willkommen Baby  |
|   | <input type="checkbox"/> Zervix-Zytologie   |

### Antragsteller/in:

.....  
(Titel, Vorname, Name)

.....  
(Fachrichtung)

.....  
(Straße, Haus-Nr.)

.....  
(Postleitzahl, Ort)

.....  
(Ermächtigung in Klinik)

.....  
(Beginn der Ermächtigung)

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift)

Außerdem haben Sie die Möglichkeit, sich unter [www.kvhb.de](http://www.kvhb.de) unter der Rubrik „KV-Sitz“ durch folgende drei Rubriken zu informieren bzw. sich die entsprechenden Formulare abzurufen.

In der Rubrik **Zulassung** finden Sie Ausschreibungen von Vertragsarztsitzen für Bremen und Bremerhaven sowie statistische Daten zur Feststellung/Berechnung des Versorgungsgrades.

Die Rubrik **Genehmigung** stellt alle erforderlichen Richtlinientexte und Antragsformulare zum Download bereit (PDF-Dateien).

Formulare für Ärzte und Psychotherapeuten sind in der Rubrik **Formulare** als PDF-Dateien abrufbar.

## **E: EDV-gestützte Quartalsabrechnung**

FÜR DIE ANTRÄGE ZUR EDV-GESTÜTZTEN QUARTALSABRECHNUNG UND WEITERE INFORMATIONEN STEHT IHNEN ALS ANSPRECHPARTNERIN FRAU CAPELLE UNTER DER RUFNUMMER (0421) 3404-190 ZUR VERFÜGUNG.

### **Adresse Antragsteller/in:**

.....  
(Titel, Vorname, Name)

.....  
(Fachrichtung)

.....  
(Straße, Haus-Nr.)

.....  
(Postleitzahl, Ort)

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift)

beantragten/erteilte Ermächtigung an folgendem Krankenhaus/Einrichtung:

.....