

# Zulassungsausschuss Ärzte/Krankenkassen

Geschäftsstelle, Schwachhauser Heerstraße 26/28, 28209 Bremen

## Antrag auf Institutsermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

- Neuantrag**
- Erweiterungsantrag**

### Antragsteller:

Name/ Krankenhaus/ Institution	
Straße	
Postleitzahl, Ort	

### Ansprechpartner:

Name, Vorname	
Funktion	
Telefon	

### Gebühren:

Mit der Antragstellung auf Ermächtigung sind gem. § 46 Abs. 1 c Ärzte-ZV **€ 120,--** an Gebühren zu entrichten. (Mit Rechtskraft einer Ermächtigung und Eintragung ins Ermächtigtenverzeichnis werden noch einmal 400,-- fällig.)

- Der Betrag von 120,-- am ..... wurde auf das Bankkonto bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank Bremen, BLZ 300 606 01, Konto-Nr. 0002 224 666 mit dem Vermerk "Ermaechtigungsantrag" überwiesen.

**Beantragter Ermächtigungsumfang**

(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	EBM-Nr. ggf. OPS-Schlüssel

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

**Ihre Begründung des besonderen Versorgungsbedarfes für die beantragte Ermächtigung fügen Sie bitte formlos bei.**



**Erklärung des Krankenhausträgers/Instituts:**

Die Nebentätigkeitsgenehmigung für die beantragten Ermächtigungsleistungen wird erteilt.

**Stellungnahme des Krankenhauses/der Institution:**

(Bitte ggf. ergänzendes Schreiben zur Nebentätigkeit.)

**Erklärung des Krankenhausträgers/Instituts zu ambulanten Operationen:**

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

.....

.....

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

(Stempel)

**Diesem Antrag sind folgende Unterlagen in beglaubigter Kopie oder Original je beantragenden Arzt 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 auf Eintragung ins Arztregister

**Datum/Ort:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift des Antragstellers/beantragenden Instituts:**

**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 oder anstellende/r Arzt /Ärztin:

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

.....  
(Fachrichtung)

.....  
(Straße, Haus-Nr.)

.....  
(Postleitzahl, Ort)

.....  
(Tätigkeit geplant in Praxis)

.....  
(Praxisbeginn)

.....  
(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 KUCZKOWICZ UNTER DER RUFNUMMER (0421) 3404-190 ZUR VERFÜGUNG.