

# Antrag auf Ermächtigung

## zur Teilnahme an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung gem. § 116 SGB V i.V.m. § 31 a bzw. § 31 Abs. 1 Ärzte-ZV

### Hinweise:

Bitte beachten Sie, dass der Zulassungsausschuss keine rückwirkenden Ermächtigung beschließen darf. **Ermächtigungen dürfen nur mit Wirkung für die Zukunft genehmigt werden.** Daher beantragen Sie die Ermächtigung rechtzeitig (mind. 3 Monate) vor dem jeweiligen Sitzungstermin.

### Gebühren:

Mit der Antragsstellung wird eine Gebühr fällig (§ 46 Abs. 1 Buchst. c) Ärzte-ZV), die hiermit angefordert wird. Wir weisen darauf hin, dass über Ihren Antrag erst nach Entrichtung der Gebühr verhandelt werden kann (§ 38 Ärzte-ZV). (Bankverbindung: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, BIC: DAAEDEDXXX, IBAN: DE05 3006 0601 0002 2246 66. Bitte als Verwendungszweck „Ermächtigung“ angeben)

Ich habe die Antragsgebühr von 120 Euro

überwiesen am \_\_\_\_\_ (der Überweisungsbeleg mit Namen des Antragstellers und Verwendungszweck ist zwingend beizufügen!)

**Neuantrag**

**Erweiterungsantrag**

### Personalien Antragsteller/-in:

Titel , Name, Vorname	
Gebietsbezeichnung bzw. Approbation als:	
Krankenhaus/Institution	
Geburtsdatum/-ort	

### Privatadresse:

Straße, PLZ, Ort	
E-Mail	
Telefon privat/ tagsüber erreichbar	

**Beantragter Umfang:**

(bei ambulanten OP-Leistungen bitte neben den EBM-Ziffern auch die OPS-Schlüssel nach Anhang 2 EBM 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.**

**Vorlage einer Versicherungsbescheinigung nach § 113 Abs. 2 VVG über das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes** (§ 95e Abs. 5 S. 1, 1. Hs. SGB V)

Ein Berufshaftpflichtversicherungsschutz ist ausreichend, wenn das individuelle Haftungsrisiko des Ermächtigten versichert ist. Besteht für die Tätigkeit im Rahmen der Ermächtigung bereits ein anderweitiger Versicherungsschutz, so ist dieser nachzuweisen. Dies kann insbesondere eine Betriebshaftpflichtversicherung sein, die auch die Tätigkeit im Rahmen der Ermächtigung gleichwertig abdeckt. Die derzeit geltende Mindestversicherungssumme beträgt drei Millionen Euro für Personen- und Sachschäden für jeden Versicherungsfall und darf nicht unterschritten werden. Die Leistungen des Versicherers für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden dürfen nicht weiter als auf den zweifachen Betrag der Mindestversicherungssumme begrenzt werden.

**Zustimmungserklärung des (Krankenhaus-)trägers gem. § 31a Abs. 2 S. 2 Ärzte-ZV:**

1. Die regelmäßige vertragliche Arbeitszeit von Herrn/Frau \_\_\_\_\_ im Rahmen der **stationären** Krankenhaustätigkeit am/im \_\_\_\_\_ beträgt \_\_\_\_\_ Std./Woche.
2. Ihm/ihr wird neben der stationären Krankenhaustätigkeit gestattet, im Umfang von \_\_\_\_\_ Std./Woche **ambulante** Ermächtigungsleistungen zu erbringen.

**Hinweis:** Die/der im Krankenhaus oder der Institution tätige Ärztin/Arzt wird persönlich ermächtigt. Ambulante Ermächtigungsleistungen dürfen daher grds. ausschließlich von der/dem ermächtigten Ärztin/Arzt erbracht werden. Ausnahmen können z. B. bei Krankheit möglich sein. Bei Rückfragen hierzu kontaktieren Sie bitte die KVHB.

**Ggf. Bemerkungen:**

---

---

(Datum und Stempel)

**Erklärung des Krankenhausträgers zu ambulanten Operationen / stationersetzenden Eingriffen:**

Das Krankenhaus meldet der KV Bremen und dem Zulassungsausschuss gem. § 115b Abs. 2 Satz 2 SGB V die Erbringung von ambulant durchführbaren Operationen und sonstigen stationersetzenden Eingriffen gem. § 115b Abs. 1 SGB V und sichert zu, dass solche Leistungen im Rahmen der Ermächtigung nicht durchgeführt bzw. abgerechnet werden.

.....  
(Ort, Datum)

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

Gemäß § 18 Abs. 2 Nr. 5 Ärzte-ZV erkläre ich hiermit, dass ich weder drogen- noch alkoholabhängig bin noch innerhalb der letzten 5 Jahre gewesen bin. Innerhalb der letzten 5 Jahre habe ich mich keiner Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen. Gesetzliche Hinderungsgründe stehen der Ausübung des vertragsärztlichen Berufes nicht entgegen. Außerdem erkläre ich, dass kein strafrechtliches Ermittlungsverfahren gegen mich anhängig ist bzw. war.

**Mir ist bekannt, dass genehmigungspflichtige Leistungen erst mit Vorliegen einer Abrechnungsgenehmigung abgerechnet werden können (siehe letzte Antragsseite).**

**Ich verpflichte mich, dass ich die vom Krankenhaus der KV Bremen und dem Zulassungsausschuss zu meldenden ambulant durchführbaren Operationen und sonstigen stationersetzenden Eingriffe gem. § 115b SGB V nicht im Rahmen der Ermächtigung erbringe bzw. abrechne.**

Ich bin bereits eingetragen im Arztregister.

Arztregisternummer: \_\_\_\_\_  
in: \_\_\_\_\_  
am: \_\_\_\_\_

Ich beantrage die Eintragung in das Arztregister der KVHB.

**Mit der Weiterleitung meiner persönlichen Daten an Dritte zum Zwecke der Bedarfsprüfung durch den Zulassungsausschuss hinsichtlich meines Antrags auf Ermächtigung zur Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung bin ich**  
 einverstanden.       nicht einverstanden.

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

Datenschutzerklärung:

Ich habe die Datenschutzerklärung der KV Bremen gelesen und bin damit einverstanden.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Antragsteller/in)

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

- ggf. Antrag Arztregister
- Alternativ:  Approbation
- Staatsexamen
- ggf. Promotion
- Facharztanerkennung
- ggf. Anerkennung für eine bestimmte Teilgebiets- oder Zusatzbezeichnung
- Übersicht genehmigungspflichtige Leistungen
- Gebühr über Euro 120,- mit Überweisungsbeleg mit Namen und Verwendungszweck
- Versicherungsbescheinigung zur ausreichenden Berufshaftpflicht

Wichtiger Hinweis zur Abrechnung genehmigungspflichtiger Leistungen

Die Erbringung und Abrechnung bestimmter vertragsärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen ist nur zulässig, wenn diese von Ihnen beantragt und von der KV Bremen schriftlich genehmigt worden ist.

Die Übersicht aller genehmigungspflichtigen Leistungen finden Sie im Internet unter:

[www.kvhb.de/praxen/praxisthemen/genehmigungen](http://www.kvhb.de/praxen/praxisthemen/genehmigungen)

Bitte senden Sie mir/uns die Übersicht der genehmigungspflichtigen Leistungen zu.  
oder  
 Ich/wir möchte(n) keine genehmigungspflichtigen Leistungen erbringen und benötige(n) daher die Übersicht nicht.

-----

Ich/wir bin/sind bereits Genehmigungsinhaber von Leistungen die durch die KV Bremen genehmigt worden sind und wünsche(n) die Übernahme **aller** bisher genehmigten Leistungen.  
oder  
 Ich/wir bin/sind bereits Genehmigungsinhaber von Leistungen die durch die KV Bremen genehmigt worden sind und wünsche(n) die Übernahme **nicht** aller bisher genehmigten Leistungen. Leistungen die ich/wir nicht mehr erbringen möchte(n), zeige(n) ich/wir bei der KV Bremen, Abt. Q/P schriftlich an.

**Bitte beachten Sie, dass manche Leistungen ggf. erneut beantragt werden müssen, auch wenn Sie bereits Genehmigungsinhaber sind. In diesem Fall wird sich die Abt. Q/P mit Ihnen in Verbindung setzen.**

**Ausführender Arzt/Leistungserbringer**

LANR/BSNR falls bekannt	
Ggf. Titel, Name, Vorname	

**Vertragsarzt bzw. der abrechnenden Stelle (anstellender Vertragsarzt, MVZ, Institut)**

BSNR falls bekannt	
Ggf. Titel, Name, Vorname	
Ort, Datum Unterschrift	

**BITTE LEGEN SIE DIESE SEITE UNBEDINGT AUSGEFÜLLT IHREM ANTRAG AN DEN ZULASSUNGS-AUSCHUSS BEI.**