

**Achtung:  
Die Seiten 1-9 des  
Antrages bitte nur  
komplett einreichen!**

Tag des Eingangs des Antrages  
(von der Geschäftsstelle auszufüllen)

**An die  
Geschäftsstelle des  
Zulassungsausschusses für Ärzte  
Zulassungsbezirk Berlin  
Masurenallee 6a  
14057 Berlin**

**Antrag auf  
erstmalige Ermächtigung nach § 73 Abs. 2 Nr. 13 SGB V  
i. V. m. § 31 Ärzte-ZV  
nach den Richtlinien zum Zweitmeinungsverfahren**

## 1. Antragsteller

Titel (akad. Grad) Name

Vorname -Rufnahme lt. Geburtsurkunde-

Geburtsdatum

Geburtsort (Gemeinde, Land)

Geschlecht

Familienstand

Staatsangehörigkeit

Wohnort (Straße, Nr., PLZ, Ort)

Telefonnummer

Faxnummer

E-Mail

## 2. Antragsgegenstand

**Hiermit beantrage ich die Ermächtigung  
nach § 73 Abs. 2 Nr. 13 SGB V i. V. m. § 31 Ärzte-ZV nach den Richtlinien zum  
Zweitmeinungsverfahren im Fachgebiet**

Ich bin Fachärztin/Facharzt für

**Hals-Nasen-Ohrenheilkunde** (Indikation: Tonsillektomie, Tonsillotomien\*)

**Frauenheilkunde und Geburtshilfe** (Indikation: Hysterektomie\*)

(\* = Ausnahmen sind maligne Erkrankungen, diese sind von Zweitmeinungsverfahren ausdrücklich ausgenommen)

Ich bestätige, dass ich im Rahmen meines Fachgebiets eine mindestens 5-jährige  
ganztägige Tätigkeit oder im Umfang entsprechende Teilzeittätigkeit im Bereich der unmit-  
telbaren Patientenversorgung absolviert habe.

Sollten in Rahmen der Zweitmeinung zur weiteren Diagnostik genehmigungspflichtige  
Leistungen in Ansatz gebracht werden, müssen diese zuvor bei der KV Berlin genehmigt  
werden.

**Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen.**

### 3. Praxisstandort

Straße, Nr.
PLZ, Ort, Ortsteil, Tel.-Nr., Fax-Nr.

### 4. Leistungskatalog

(bitte die Gebührenordnungsnummern gemäß dem aktuell gültigen EBM angeben)

Gebührennummer	Leistungsbezeichnung

### Überweisungsfiler (bitte stets angeben)

(Auf Überweisung von Fachärzten für.....)

--

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift

## 5. Weitere Angaben zur Person:

Staatsexamen am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Approbation als Arzt am: \_\_\_\_\_ durch \_\_\_\_\_

Med. Promotion am: \_\_\_\_\_ durch \_\_\_\_\_

Facharztanerkennung/Schwerpunktbezeichnung gemäß Weiterbildungsordnung

am \_\_\_\_\_ als \_\_\_\_\_

am \_\_\_\_\_ als \_\_\_\_\_

am \_\_\_\_\_ als \_\_\_\_\_

Eintragung in einem Arztregister? Ja  Nein

Wenn  Ja,

Eintragung am \_\_\_\_\_

Zulassungsbezirk der KV \_\_\_\_\_

Eintragungsnummer \_\_\_\_\_

Jetzige Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Künftige Funktion: \_\_\_\_\_

**Sofern keine deutsche Approbation vorliegt, bitte amtlich beglaubigte Kopie der Genehmigung zur Ausübung des ärztlichen Berufes auf der Grundlage der Bestimmungen der Bundesärzteordnung beifügen. Urkunden sind im Original bzw. in amtlich beglaubigter Kopie vorzulegen.**

Nachweis über die ärztliche Tätigkeit vom Zeitpunkt des Staatsexamens bis zum Tage der Antragstellung:

von / bis	Art der Tätigkeit	geführte Arztbezeichnung	Name der Betriebsstätte	Ort der Betriebsstätte

Vorgesehene Sprechzeiten

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	vormittags von-bis	nachmittags von-bis

Änderungen in den vorgenannten Angaben sind unverzüglich dem Zulassungsausschuss mitzuteilen.

Die Erhebung der Daten erfolgt auf der Grundlage der §§ 67 ff. SGB X i.V.m. § 31 Ärzte-ZV.

Die Antragsgebühr gem. § 46 Abs. 1 c Ärzte-ZV in Höhe von € 120,00 ist auf das Konto bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank eG Berlin BIC: DAAEDEDXXX • IBAN: DE16 3006 0601 0001 0039 17 mit dem Hinweis „Antrag auf Ermächtigung“ einzuzahlen.

Der Nachweis der Einzahlung ist dem Antrag beizufügen.

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift

## 6. Weitere Erklärungen zur Leistungserbringung

\_\_\_\_\_  
Name (Stempel bzw. Druckschrift)

### **Erklärung über die Verpflichtung zur persönlichen Leistungserbringung**

Der zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigte Arzt hat die in dem Ermächtigungsbeschluss bestimmte vertragsärztliche Tätigkeit persönlich auszuüben. Bei Krankheit, Urlaub oder Teilnahme an ärztlicher Fortbildung oder an einer Wehrübung kann sich der ermächtigte Arzt innerhalb von 12 Monaten bis zur Dauer von 3 Monaten vertreten lassen. Darüber hinausgehend besteht keine Befugnis, dass der im stationären Bereich zuständige Vertreter den ermächtigten Krankenhausarzt auch bei seiner vertragsärztlichen Tätigkeit vertritt.

Bei Durchführung der im Ermächtigungsbeschluss bestimmten Tätigkeit ist zwischen höchstpersönlichen (nicht delegierbaren) Leistungen des Arztes und den Hilfeleistungen anderer Personen, die von dem Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten sind, zu differenzieren.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband haben in der Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten Versorgung nach § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V beispielhaft festgelegt, bei welchen Tätigkeiten nichtärztliche Mitarbeiter ärztliche Leistungen erbringen können und welche Anforderungen an die Erbringung zu stellen sind.

Das Delegieren von Leistungen an ärztliches Personal ist nicht zulässig, da die Beschäftigung von Assistenten und angestellten Ärzten für ermächtigte Ärzte gesetzlich nicht vorgesehen ist. Ärztliche Leistungen können auch dann nicht delegiert werden, wenn der ermächtigte Arzt andere Ärzte bei der Leistungserbringung persönlich anweist, anleitet und überwacht. Die Kontrolle einer von anderen Ärzten vorgenommenen Befundung ist ebenfalls nicht ausreichend.

Im Rahmen der ermächtigten Tätigkeit dürfen Leistungen entgegen den dargestellten Grundsätzen nicht erbracht werden. Werden sie erbracht und zur Abrechnung gebracht, so ist die Kassenärztliche Vereinigung Berlin zur sachlich-rechnerischen Berichtigung dieser Leistungen verpflichtet.

Ich habe von diesen Verpflichtungen Kenntnis genommen und werde sie in der Ausübung der Tätigkeit im Rahmen des Ermächtigungsbeschlusses beachten.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

---

Name (Stempel bzw. Druckschrift)

### Weitere Erklärungen

Soweit die vorstehende Ermächtigung genehmigungspflichtige Leistungen einschließt, sind diese nur dann abrechnungs- und honorarfähig, nachdem die Kassenärztliche Vereinigung Berlin die Genehmigung für die Erbringung entsprechender Leistungen erteilt hat.

Für den Fall einer Ermächtigung erkenne ich die für die vertragsärztliche Versorgung geltenden Bestimmungen an.

Ich bestätige, dass ich über die für die Erbringung der beantragten Leistungen erforderlichen Einrichtungen und Geräte verfüge sowie das erforderliche nicht ärztliche Personal meines Arbeitgebers/meine Praxis in Anspruch nehmen kann.

Die Bestimmungen des **§ 37 Abs. 4 Bundesmantelvertrag-Ärzte** u. **Ärzte/Ersatzkassenvertrag**, wonach die zur Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Vordrucke und Stempel zur Verhütung missbräuchlicher Benutzung sorgfältig aufzubewahren sind, sind mir bekannt.

---

Ort und Datum

---

Unterschrift

---

Bankverbindung

\_\_\_\_\_  
Name (Stempel bzw. Druckschrift)

Gemäß **§ 31a i.V.m. § 31 Abs. 8 Ärzte-ZV** erkläre ich, dass ich weder rauschgift- oder trunksüchtig bin, noch in den letzten fünf Jahren gewesen bin. Ich habe mich innerhalb der letzten fünf Jahre keiner Entziehungskur wegen Trunksucht oder Rauschgiftsucht unterzogen. Der Ausübung des ärztlichen Berufes stehen keine gesetzlichen Hinderungsgründe entgegen.

Außerdem erkläre ich, dass kein strafrechtliches Ermittlungsverfahren im Zusammenhang mit der Ausübung meiner ärztlichen Tätigkeit sowie kein Verfahren über die -auch vorläufige- Entziehung, das Ruhen der Approbation gegen mich anhängig ist bzw. war.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### **§ 21 Ärzte-ZV**

Ungeeignet für die Ausübung der Kassenpraxis ist ein Arzt mit geistigen oder sonstigen in der Person liegenden schwerwiegenden Mängeln, insbesondere ein Arzt, der innerhalb der letzten fünf Jahre vor seiner Antragstellung rauschgiftsüchtig oder trunksüchtig war.

**Es ist mir bekannt, dass es für die Tätigkeit im Zweitmeinungsverfahren**  
einer **besonderen Genehmigung** durch die Abteilung Qualitätssicherung der  
Kassenärztlichen Vereinigung Berlin bedarf.

Die erforderlichen Abrechnungsgenehmigungen sind gesondert parallel zur Antragstellung  
auf Ermächtigung bei der

**Sachbearbeitenden Abt.: QUALITÄTSSICHERUNG**

der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin zu beantragen.

**Achtung:**

Die Ausführung und Abrechnung der entsprechenden Leistungen ist für sämtliche an  
der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychologische  
Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erst **nach**  
**Erteilung** einer entsprechenden Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung  
Berlin zulässig!

Der Honoraranspruch besteht erst ab Erteilung einer Abrechnungsgenehmigung. Eine  
Genehmigung wird nicht rückwirkend erteilt.

Bei eingeschränkten Zulassungen (z.B. Sonderbedarfszulassung) und  
Ermächtigungen können nur die Leistungen genehmigt werden, für die Sie  
zugelassen bzw. ermächtigt sind.

Der Antrag für die genehmigungspflichtigen Leistungen mit den erforderlichen  
Unterlagen sollte aufgrund der Bearbeitungszeiten parallel zum Antrag auf  
Zulassung/Ermächtigung gestellt werden.



\_\_\_\_\_  
Name (Stempel bzw. Druckschrift)

Bitte beachten Sie, dass Ihnen ggf. eine automatische Berechtigung auch aufgrund einer Zusatzbezeichnung erteilt werden kann. **Diese Zusatzbezeichnung muss im Arztregister eingetragen sein.**

**Mir ist bekannt, dass genehmigungspflichtige Leistungen erst erbracht und abgerechnet werden dürfen, nachdem eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin erteilt wurde.**

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Hinsichtlich der Antragsformulare bzw. bei Beratungsbedarf sowie für weitere Auskünfte wie z. B. über:

- notwendige Qualifikationsnachweise und eventuelle apparative Ausstattung
- Übertragungsmodalitäten bereits erteilter Genehmigungen aus anderen KV Bereichen
- Qualitätszirkel
- Fortbildung gemäß § 95 SGB V
- Einführung eines Qualitätsmanagements nach § 135 a SGB V

wenden Sie sich bitte an das Service Center der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin unter der Durchwahl (030) 31003-999.

## Erläuterungen für die Antragstellung

Dem Antrag auf Erstermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung sind folgende Unterlagen beizufügen:

- Antragsformular (liegt im Vordruck bei)
- Erklärung des Antragstellers hinsichtlich Drogen- oder Alkoholabhängigkeit nach § 18 Absatz 2 Buchstabe e Ärzte-ZV (liegt im Vordruck bei)
- Erklärung des Antragstellers hinsichtlich der persönlichen Leistungserbringung (liegt im Vordruck bei)
- Nachweis der Einzahlung der Antragsgebühr in Höhe von 120,-- EUR.  
**Es wird um Verständnis gebeten, dass nach § 38 Ärzte-ZV über Ihren Antrag erst nach Entrichtung der nach § 46 Ärzte-ZV zu zahlenden Gebühr verhandelt wird.**
- Approbationsurkunde
- Facharztanerkennung (ggf. Schwerpunktbezeichnung)
- ggf. Promotionsurkunde
- Angabe aller Gebührennummern nach EBM, die im Rahmen der Ermächtigung erbracht werden sollen (Formular liegt im Vordruck bei)
- Nachweis über die Eintragung in das Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin oder einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung (bitte dann die ENR sowie den Zulassungsbezirk angeben)

**Anstelle von Urschriften können amtlich beglaubigte Abschriften beigefügt werden.**

**Beglaubigen dürfen nach:**

- § 29 Abs. 1 Satz 1 SGB X die ausstellende Behörde selbst
- § 29 Abs. 1 Satz 2 SGB X Behörden des Bundes, bundesunmittelbare Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts und die nach Landesrecht zuständigen Behörden
- § 33 VwVfG NRW die von der Landesregierung oder dem zuständigen Ministerium durch Rechtsverordnung bestimmten Behörden