

Antrag auf erstmalige persönliche Ermächtigung

An die
Geschäftsstelle des
Zulassungsausschusses für Ärzte
und Psychotherapeuten
Zulassungsbezirk Berlin
Masurenallee 6A
14057 Berlin

Hiermit beantrage ich, _____,
(Name, Vorname, Titel)

Privatadresse: Straße, Nr.: _____
PLZ, Ort: _____
E-Mail (privat): _____ Telefon (privat): _____

die Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Versorgung
als Facharzt für bzw. Psychotherapeut*in _____
mit der/den Schwerpunktbezeichnung/en _____
Zusatzbezeichnung/en _____
Richtlinienverfahren _____

mit Wirkung zum _____.

Ich beantrage die Ermächtigung

in eigener Praxis

Straße, Nr.: _____
PLZ, Ort: _____
Telefon: _____
Fax/E-Mail: _____

in einem Krankenhaus / in einer Einrichtung

Krankenhaus/Einrichtung: _____
Straße, Nr.: _____
PLZ, Ort: _____
Telefon: _____
Fax/E-Mail: _____

Angaben zur Tätigkeit im Krankenhaus/ in der Einrichtung

in der Funktion tätig als: _____
hauptberuflich tätig (Bitte beachten Sie die u.s. Hinweise)

Das Arbeitsverhältnis wird bis auf Weiteres fortgeführt.

Das Arbeitsverhältnis ist befristet und endet zum: _____

Das Arbeitsverhältnis ist unbefristet und endet voraussichtlich zum: _____

aufgrund folgender Rechtsgrundlage:

- Bestehende oder unmittelbar drohende Unterversorgung (§ 31 Abs. 1 Ziff. 1 Ärzte-ZV)
- Versorgung eines begrenzten Personenkreises z. B. Rehabilitanden (§ 31 Abs. 1 Ziff. 2 Ärzte-ZV)
- Durchführung bestimmter in einem Leistungskatalog definierter Leistungen auf Grundlage des EBM bei Erforderlichkeit zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung
(31 Abs. 2 Ärzte-ZV i.V.m. § 5 Abs. 1 BMV-Ä)
- Durchführung der ärztlichen Zweitmeinung (§ 31 Abs. 2 Ärzte-ZV i.V.m. § 5 Abs. 2 S. 2 BMV-Ä)
Mandelteilresektion (Tonsillotomie), vollständige Entfernung der Gaumenmandeln (Tonsillektomie)
Gebärmutterentfernung (Hysterektomie)
Arthroskopischer Eingriff am Schultergelenk (Schulterarthroskopie)
Amputation beim diabetischen Fußsyndrom
Kniegelenkersatz (Implantationen einer Knieendoprothese)
Eingriffe an der Wirbelsäule
Kathetergestützte elektrophysiologische Herzuntersuchungen und Ablationen am Herzen
Implantation eines Herzschrittmachers oder eines Defibrillators
Eingriffe zur Cholezystektomie
- Zytologische Diagnostik von Krebserkrankungen (§ 31 Abs. 2 Ärzte-ZV i.V.m. § 5 Abs. 2 Ziff. 1 BMV-Ä)
- Ambulante Untersuchungen und Beratungen zur Planung der Geburtsleitung im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge (§ 31 Abs. 2 Ärzte-ZV i.V.m. § 5 Abs. 2 Ziff. 2 BMV-Ä)
- Ambulante psychotherapeutische/ psychiatrische Versorgung von Empfängern laufender Leistungen nach § 2 Asylbewerberleistungsgesetz, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben (31 Abs. 1 S. 2 Ärzte-ZV)
- Ermächtigung qualifizierter Ärzt:innen in bestimmten Einrichtungen, z.B. im Krankenhaus (§31a Abs. 1 Ärzte-ZV i.V.m. §116 SGB V)
- sonstiger Grund:

für folgende Leistungen:

Bitte fügen Sie die Begründung des Antrags in einem gesonderten Schreiben an.

Arztregistereintragung

Ich bin im Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung _____ eingetragen. Bitte legen Sie eine Kopie des Arztregisterauszugs dem Antrag bei (nur bei Arztregistereintragung in anderem KV-Bereich außerhalb der KV Berlin notwendig!)

Sollten Sie noch in keinem Arztregister eingetragen sein, dann beantragen Sie bitte bei der Kassenärztlichen Vereinigung Ihres Wohnortes die Eintragung.

Diesem Antrag sind folgende Unterlagen beigefügt:

(Anstelle von Originalen können amtlich beglaubigte Abschriften beigefügt werden.)

Auszug aus dem Arztregister (s.o.)

schriftliche Zustimmungserklärung des Trägers der Einrichtung/ des Krankenhauses (Anlage 1)

Versicherungsbescheinigung nach § 113 Absatz 2 des Versicherungsvertragsgesetzes, aus der sich das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes ergibt (siehe Anlage 2) oder Nachweis eines anderweitigen Versicherungsschutzes

Erklärung zur Drogen- und Alkoholabhängigkeit

Ich erkläre, dass ich nicht drogen- oder alkoholabhängig bin und auch innerhalb der letzten fünf Jahre nicht gewesen bin. Innerhalb der letzten fünf Jahre habe ich mich keiner Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen. Bei mir bestehen keine gesetzlichen Hinderungsgründe für die Ausübung des ärztlichen Berufes.

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, Datum)

(Unterschrift des/r Antragstellers/in)

§ 21 Ärzte-ZV

Ungeeignet für die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit ist ein Arzt, der aus gesundheitlichen oder sonstigen in der Person liegenden schwerwiegenden Gründen nicht nur vorübergehend unfähig ist, die vertragsärztliche Tätigkeit ordnungsgemäß auszuüben. Das ist insbesondere zu vermuten, wenn er innerhalb der letzten fünf Jahre vor seiner Antragstellung drogen- oder alkoholabhängig war. Wenn es zur Entscheidung über die Ungeeignetheit zur Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit nach Satz 1 erforderlich ist, verlangt der Zulassungsausschuss vom Betroffenen, dass dieser innerhalb einer vom Zulassungsausschuss bestimmten angemessenen Frist das Gutachten eines vom Zulassungsausschuss bestimmten angemessenen Frist das Gutachten eines vom Zulassungsausschuss bestimmten Arztes über seinen Gesundheitszustand vorlegt. Das Gutachten muss auf einer Untersuchung und, wenn dies ein Amtsarzt für erforderlich hält, auch auf einer klinischen Beobachtung des Betroffenen beruhen. Die Kosten des Gutachtens hat der Betroffene zu tragen. Rechtsbehelfe gegen die Anordnung nach Satz 3 haben keine aufschiebende Wirkung.

Erklärungen

Ich erkläre hiermit ausdrücklich, dass ich ausreichend darüber informiert bin, dass die von mir beantragte Ermächtigung an der vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Versorgung nach den geltenden gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen von mir selbst **persönlich** auszuüben ist.

Ich erkläre, dass ich mit der Weiterleitung meiner persönlichen Daten an Dritte im Rahmen der Prüfung durch den Zulassungsausschuss für Ärzte und Psychotherapeuten zu meinem Antrag auf Ermächtigung zur Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Versorgung einverstanden bin.

Ich bestätige, dass ich den Inhalt des Antrags mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an. Die aufgeführten Erläuterungen sind Bestandteil dieses Antrags.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des/r Antragstellers/in)

Hinweis:

Für diesen Antrag wird eine Gebühr in Höhe von EUR 120,00 fällig. Bitte überweisen Sie die Gebühr auf das unten stehende Konto.

Angaben für Ihre Überweisung:

Bankverbindung: Deutsche Apotheker- und Ärztebank e.G.,
Berlin (BLZ 300 606 01) 000 100 3917

BIC: DAAEDEDXXX

IBAN: DE16 3006 0601 0001 0039 17

Verwendungszweck: Ermächtigung/Nachname, Vorname

Der Zulassungsausschuss für Ärzte und Psychotherapeuten ist bei einem Antrag auf Ermächtigung zur Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Versorgung verpflichtet eine umfassende Prüfung vornehmen. Hierzu werden u.a. Stellungnahmen der Verfahrensbeteiligten (Kassenärztliche Vereinigung, Verbände der Krankenkassen) und sonstiger Betroffener zum Bedarf eingeholt. Eine Übermittlung der persönlichen Daten der Einrichtung (Name, Berufsbezeichnung, Ort der Tätigkeit, Antragsinhalt etc.) an Dritte ist aus datenschutzrechtlichen Gründen ohne Ihre Einwilligung unzulässig. Ohne Ihre Einwilligung kann jedoch in der Regel die Erforderlichkeit sowie der Umfang einer Ermächtigung nicht beurteilt werden. Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter <https://www.kvberlin.de/andere-seiten/datenschutzerklaerung>.

Zustimmungserklärung des Trägers der Einrichtung

**Ermächtigung gemäß § 31a Ärzte-ZV eines Arztes, der in einem Krankenhaus, einer
Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung, stationären Pflegeeinrichtung, Einrichtungen der
beruflichen Rehabilitation tätig ist.**

Voraussetzung für eine entsprechende Ermächtigung eine(s) Ärztin/Arztes/Psychotherapeutin/
Psychotherapeuten ist die schriftliche Zustimmung des Trägers der Einrichtung, in der die Ärztin/
Psychotherapeutin/ der Arzt/Psychotherapeut tätig ist. Durch diese Erklärung bestätigt der Träger
des Krankenhauses bzw. der Einrichtung das Vorliegen einer entsprechenden Zustimmung für:

Herrn/Frau/divers _____

in der Eigenschaft als _____

in der Klinik/Einrichtung _____

Dem Träger ist bekannt, dass

- der/die Antragsteller:in einen Antrag auf Genehmigung der persönlichen Ermächtigung im beantragten Umfang gestellt hat
- der/die persönlich Ermächtigte die vertragsärztliche/-psychotherapeutische Tätigkeit persönlich in eigener Sprechstunde ausüben muss und diese nicht in Form einer „Institutsambulanz“ betrieben werden kann,
- eine Vertretung des/der persönlich Ermächtigten durch nachgeordnete Ärzt:innen/ Psychotherapeut:innen nur bei Krankheit, Urlaub oder Teilnahme an ärztlicher/psychotherapeutischer Fortbildung oder an einer Wehrübung erfolgen kann. Der/Die Vertreter:in muss über eine Berechtigung zum Führen der Fachgebiets-/ Schwerpunktbezeichnung im entsprechenden Fachgebiet bzw. Schwerpunkt und Richtlinienverfahren, für das/den die Ermächtigung ausgesprochen worden ist, verfügen. Eine Vertretung des/der persönlich Ermächtigten ist ausgeschlossen, sofern es sich um eine Ermächtigung zur Versorgung eines begrenzten Personenkreises handelt.

Entsprechend den Bestimmungen des §31a Abs. 2 Ärzte-ZV erklären wir unser Einverständnis zu der von der o.g. Person beantragten Ermächtigung für den Zeitraum vom _____ bis _____. Der/die Antragsteller:in _____ wird wöchentlich für _____ Stunden für eine ambulante vertragsärztliche Nebentätigkeit neben der Tätigkeit in unserer Einrichtung freigestellt.

Gleichzeitig erklären wir, dass der/die Antragsteller:in _____ darüber hinaus mit _____ Std./Wo. in unserer Einrichtung/ in unserem Krankenhaus tätig ist. Der/Die Antragstellerin arbeitet mit insgesamt _____ Std./Wo. in unserer Einrichtung.

(Ort, Datum)

(Unterschrift u. Stempel des Trägers)

(Name des Unterzeichners/der Unterzeichnerin in Druckbuchstaben)

Anlage 2

**Versicherungsbescheinigung gemäß § 113 Abs. 2 VVG i.V.m. § 95e SGB V
über das Bestehen eines Berufshaftpflichtversicherungsschutzes
für ermächtigte Ärzte und Psychotherapeuten**

Name des Ermächtigten: _____
Versicherungsschein-Nr.: _____
Versicherungsunternehmen: _____

Hiermit bestätigen wir, dass bei uns für den ermächtigten Arzt/Psychotherapeuten eine § 95e Abs. 5 Satz 1, Abs. 2 SGB V entsprechende Pflichtversicherung gegen die sich aus der Berufsausübung als ermächtigter Vertragsarzt bzw. Vertragspsychotherapeut ergebenden Haftpflichtgefahren besteht.

Die Versicherungssumme¹ beträgt EUR _____² für Personen- und Sachschäden für jeden Versicherungsfall. Die Leistungen für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden sind nicht weiter als nach § 95e SGB V zulässig begrenzt.

(Ort, Datum)

([faksimilierte] Unterschrift des **Versicherungsunternehmens**)

¹ Die Mindestversicherungssumme beträgt nach § 95e Abs. 5 Satz 2, Abs. 2 SGB V mindestens drei Millionen Euro für Personen- und Sachschäden für jeden Versicherungsfall. Die Leistungen des Versicherers für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden dürfen nicht weiter als auf den zweifachen Betrag der Mindestversicherungssumme begrenzt werden.

² Anzugeben ist die tatsächliche Versicherungssumme.

Wichtige Informationen zum Antrag auf Ermächtigung

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch den Zulassungsausschuss erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung Ihres Antrags führen können.

Verpflichtung zur höchstpersönlichen Leistungserbringung bei zur Teilnahme an der vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Versorgung ermächtigten Ärzt:innen/ Psychotherapeut:innen

Der/Die Ermächtigte hat die in dem Ermächtigungsbeschluss bestimmte vertragsärztliche Tätigkeit persönlich auszuüben. Persönlich Ermächtigten ist es nicht erlaubt, Leistungen, zu denen er/sie persönlich ermächtigt ist, ganz oder zum Teil anderen Ärzt:innen zu delegieren. Bei Krankheit, Urlaub oder Teilnahme an ärztlicher/psychotherapeutischer Fortbildung oder an einer Wehrübung kann er/sie sich innerhalb von 12 Monaten bis zur Dauer von 3 Monaten vertreten lassen (§ 32a Ärzte-ZV). Dies gilt nicht für Ermächtigungen nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Ärzte-ZV. Dauert die Vertretung länger als eine Woche, so ist sie der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin mitzuteilen. Im Falle der Vertretung hat sich der/die persönlich Ermächtigte darüber zu vergewissern, dass der/die Vertreter:in über die besonderen Qualifikationsvoraussetzungen verfügt, die für die Erbringung der jeweiligen im Ermächtigungsbeschluss genannten Leistungen erforderlich sind.

Genehmigungspflichtige Leistungen

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. Die Genehmigungen sind gesondert parallel zur Antragstellung auf Ermächtigung bei der zuständigen Abteilung Qualitätssicherung zu beantragen. Die Ausführung und Abrechnung der entsprechenden Leistungen ist für an der vertragsärztlichen bzw. vertragspsychotherapeutischen Versorgung Teilnehmenden erst nach Erteilung einer entsprechenden Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin zulässig. Der Honoraranspruch besteht erst ab Erteilung einer Abrechnungsgenehmigung. Bei Beratungsbedarf hinsichtlich der Antragsformulare bzw. für weitere Auskünfte, wie z.B. über notwendige Qualifikationsnachweise und eventuelle apparative Ausstattung, wenden Sie sich bitte an das Service Center der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin unter der Durchwahl (030) 31003-999 oder über das online Kontaktformular:<https://www.kvberlin.de/kontakt>

Beschäftigungsumfang eines im Krankenhaus oder in einer Vorsorge-, Rehabilitationseinrichtung angestellten Arztes/Psychotherapeuten

Nach höchstrichterlicher Rechtsprechung ist bereits geklärt, dass auf der Grundlage des § 116 SGB V nur Ärzt:innen/Psychotherapeut:innen ermächtigt werden können, die hauptberuflich in einem Krankenhaus bzw. einer der anderen dort genannten Einrichtungen beschäftigt sind und dass dazu keine Vollzeitbeschäftigung erforderlich ist. Der Beschäftigungsumfang muss aber so ausgestaltet sein, dass er die ärztliche/psychotherapeutische Berufstätigkeit des/der Ärztin/Arztes/Psychotherapeutin/Psychotherapeuten prägt und darf - ausgedrückt in Stunden der regelmäßigen vertragsgemäßen Beschäftigung - die Hälfte des insoweit für eine/einen vollzeitbeschäftigten Ärztin/Arzt maßgeblichen Volumens nicht unterschreiten (BSG Urteil vom 20.3.2013 - B 6 KA 26/12 R - SozR 4-2500 § 116 Nr 8 RdNr 30; BSG Urteil vom 12.12.2018 - B 6 KA 50/17 R - RdNr 38 zur Veröffentlichung für BSGE und SozR 4 vorgesehen). Danach muss das Beschäftigungsverhältnis am Krankenhaus oder in der Einrichtung mindestens der Hälfte eines vollzeitbeschäftigten Arztes/Psychotherapeuten entsprechen.

Hinweise zur Berufshaftpflichtversicherung:

Bei Stellung eines Antrags auf Zulassung, Ermächtigung und auf Genehmigung einer Anstellung ist das Bestehen einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung durch eine Versicherungsbescheinigung nach § 113 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) gegenüber dem Zulassungsausschuss nachzuweisen, § 95e SGB V i.V.m. § 18 Abs. 2 Nr. 6 Ärzte-ZV.

Ein Berufshaftpflichtversicherungsschutz ist ausreichend, wenn das individuelle Haftungsrisiko der/des Vertragsärztin/Vertragsarztes bzw. Vertragspsychotherapeutin/Vertragspsychotherapeuten versichert ist. Die Mindestversicherungssumme beträgt für eine(n) Vertragsärzt:in/ Vertragspsychotherapeut:in ohne angestellte Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen drei Millionen Euro für Personen- und Sachschäden für jeden Versicherungsfall. Die Leistungen des Versicherers für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden dürfen nicht weiter als auf den zweifachen Betrag der Mindestversicherungssumme begrenzt werden.

Auch ermächtigte Ärzt:innen/Psychotherapeut:innen müssen das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes nachweisen, soweit für deren Tätigkeit im Rahmen der Ermächtigung kein anderweitiger Versicherungsschutz besteht. Sollte der/die ermächtigte Ärzt:in/ Psychotherapeut:in beispielsweise von einer Betriebshaftpflichtversicherung eines Krankenhauses mitumfasst sein, ist dem Zulassungsausschuss eine entsprechende Erklärung vorzulegen, aus der sich ergibt, dass die Betriebshaftpflichtversicherung auch ambulante Tätigkeiten im Rahmen der Ermächtigung abdeckt.

Die Mindestversicherungssumme für Vertragsärzt:innen und Vertragspsychotherapeut:innen sowie Berufsausübungsgemeinschaften mit angestellten Ärzt:innen/Psychotherapeut:innen und Medizinische Versorgungszentren beträgt fünf Millionen Euro für Personen- und Sachschäden für jeden Versicherungsfall. Die Leistungen des Versicherers für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden dürfen nicht weiter als auf den dreifachen Betrag der Mindestversicherungssumme begrenzt werden.