

**Achtung:**  
Die Seiten 1-11 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 zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung im Zulassungsbezirk Berlin

### 1. Antragsteller

Titel (akad. Grad) Name Vorname -Rufnahme lt. Geburtsurkunde-

Facharztbezeichnung, ggf. Schwerpunkt oder Zusatzbezeichnung

Geburtsdatum Geburtsort (Gemeinde, Land)

Geschlecht Familienstand Staatsangehörigkeit

Wohnort (Straße, Nr., PLZ, Ort)

Telefonnummer Faxnummer E-Mail

### 2. Antragsgegenstand

Hiermit beantrage ich  
gemäß § 31a Ärzte ZV / § 116 SGB V die Ermächtigung zur Teilnahme an der  
vertragsärztlichen Versorgung

ab dem .....

|  |
|--|
| Name des Krankenhauses / der Einrichtung |
| Straße, Nr.                              |
| PLZ, Ort, Ortsteil, Tel.-Nr., Fax-Nr.    |

Datum

Unterschrift

---

Name, Vorname

### **3. Antragsbegründung:**

Die Antragsbegründung sollte im Wesentlichen Ausführungen darüber enthalten, worauf sich Ihre Auffassung stützt, dass die beantragte Ermächtigung im Hinblick auf die vertragsärztliche Versorgung der Versicherten notwendig ist. (Insbesondere ist darzulegen, worin der qualitative oder quantitative Bedarf gesehen wird, vgl. § 116 SGB V, § 31a Ärzte-ZV)

---

Datum

---

Unterschrift

## 4. 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

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

Hauptberuflich tätig:

Name des Krankenhauses / der Betriebsstätte:

\_\_\_\_\_

Jetzige Tätigkeit \_\_\_\_\_ **ANGESTELLTER KRANKENHAUSARZT** \_\_\_\_\_

Funktion (Chefarzt, Leitender Arzt/Oberarzt) \_\_\_\_\_

Weiterführung der bisherigen Tätigkeit bis auf weiteres

- befristetes Arbeitsverhältnis   
endet zum \_\_\_\_\_
- unbefristetes Arbeitsverhältnis   
Enden des Anstellungsverhältnisses durch Verrentung/Pensionierung/Emeritierung  
zum \_\_\_\_\_

Gekündigt zum: \_\_\_\_\_

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

**Vorgesehene Sprechzeiten:**

| Mo | Di | Mi | Do | Fr | Sa | Vormittags<br>von-bis | Nachmittags<br>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 e.G. Berlin, BIC: DAAEDEDXXX, IBAN: DE16300606010001003917 mit dem Hinweis „Antrag auf Ermächtigung“ einzuzahlen.**

**Der Nachweis der Einzahlung ist dem Antrag beizufügen.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Geschäftsstelle des  
Zulassungsausschusses für Ärzte  
Zulassungsbezirk Berlin  
Masurenallee 6a  
14057 Berlin

Antragsteller:  
Krankenhaus:  
Ort:

**Antrag auf Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung**

Hiermit beantrage ich gemäß § 31a Ärzte ZV / § 116 SGB V die Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

ab dem .....

**Leistungskatalog**

(bitte Gebührennummern gemäß aktuell gültigem EBM-Katalog angeben)

| <b>Gebührennummer</b> | <b>Leistungsbezeichnung nach aktuellem EBM</b> |
|-----------------------|--|
|                       |  |
|                       |  |
|                       |  |
|                       |  |
|                       |  |
|                       |  |
|                       |  |
|                       |  |
|                       |  |
|                       |  |
|                       |  |
|                       |  |
|                       |  |
|                       |  |
|                       |  |
|                       |  |
|                       |  |
|                       |  |
|                       |  |

**Überweisungsfilter (bitte stets angeben)**

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

Im Zusammenhang mit der beantragten Ermächtigung halte ich eine Überweisungsbefugnis (§ 24 Abs. 2 BMV-Ä) zu folgenden Facharztgruppen für folgende Leistungen nach EBM für erforderlich:

**Leistungskatalog**

(bitte Gebührennummern gemäß aktuell gültigem EBM2017 angeben)

| <b>Facharzt für</b> | <b>EBM-Nr. Leistungslegende</b> |
|---------------------|---------------------------------|
|                     |                                 |
|                     |                                 |
|                     |                                 |
|                     |                                 |
|                     |                                 |
|                     |                                 |
|                     |                                 |
|                     |                                 |
|                     |                                 |
|                     |                                 |
|                     |                                 |
|                     |                                 |
|                     |                                 |
|                     |                                 |
|                     |                                 |
|                     |                                 |
|                     |                                 |
|                     |                                 |
|                     |                                 |
|                     |                                 |
|                     |                                 |
|                     |                                 |

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

Der ermächtigte Arzt/die ermächtigte Ärztin hat die in dem Ermächtigungsbeschluss bestimmte vertragsärztliche Tätigkeit persönlich auszuüben. Bei Krankheit, Urlaub oder Teilnahme an ärztlicher Fortbildung oder an einer Wehrübung kann er/sie sich innerhalb von 12 Monaten bis zur Dauer von 3 Monaten vertreten lassen (§ 32 a Ärzte- ZV). Dauert die Vertretung länger als eine Woche, so ist sie der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin mitzuteilen.

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

Hiermit erkläre ich ausdrücklich, dass ich im Falle der Ermächtigung zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung alle Leistungen, die in meiner Ermächtigung enthalten sind, entsprechend den Anforderungen an die **persönliche Leistungserbringung** aus vertragsärztlicher Sicht persönlich erbringen werde.

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

Ich versichere die **Richtigkeit** der vorstehenden Angaben und bestätige, dass ich über die für die Erbringung der beantragten Leistungen erforderlichen Einrichtungen und Geräte verfüge sowie das erforderliche nicht ärztliche Personal meines Arbeitgebers 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.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Der Zulassungsausschuss für Ärzte muss bei einem Antrag auf Ermächtigung zur Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung in der Regel eine umfassende Bedarfsprüfung vornehmen. Hierzu werden Stellungnahmen der Verfahrensbeteiligten (Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Verbände der Krankenkassen) und der sonstigen zum Bedarf Befragten (z. B. die jeweiligen Berufsverbände der Ärzte) eingeholt. Eine Übermittlung Ihrer persönlichen Daten (Name, Berufsbezeichnung, Ort der Tätigkeit, Antragsinhalt etc.) an Dritte ist aus datenschutzrechtlichen Gründen ohne Ihre Einwilligung unzulässig. Damit besteht aber für diese das Problem, dass in der Regel nicht beurteilt werden kann, ob Ihre Ermächtigung an diesem Ort mit diesem Leistungsumfang erforderlich ist.

Mit der Weiterleitung meiner persönlichen Daten an Dritte im Rahmen der Bedarfsprüfung durch den Zulassungsausschuss für Ärzte zu meinem Antrag auf Ermächtigung zur Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung bin ich

einverstanden  nicht einverstanden

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Die Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses für Ärzte wird häufig gebeten, die zur Stellungnahme aufgeforderten Dritten über den Ausgang des Verfahrens zu informieren. Die Übermittlung des Beschlusses des Zulassungsausschusses ist aber ebenfalls nur nach erfolgter Einwilligung möglich.

Mit der Weiterleitung des Beschlusses des Zulassungsausschusses über meinen Antrag auf Ermächtigung zur Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung an die zur Stellungnahme im Rahmen der Bedarfsprüfung aufgeforderten Dritten bin ich

einverstanden  nicht einverstanden

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_



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

Gemäß **§ 31a Abs. 2 i.V.m. § 31 Abs. 6 und § 18 Abs. 2 Nr. 5 Ärzte-ZV** erkläre ich, dass ich nicht drogen- oder alkoholabhängig bin oder dies innerhalb der letzten fünf Jahre gewesen bin. Ich habe mich innerhalb der letzten fünf Jahre keiner Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit 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.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### **§ 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. <sup>2</sup>Das ist insbesondere zu vermuten, wenn er innerhalb der letzten fünf Jahre vor seiner Antragstellung drogen- oder alkoholabhängig war. <sup>3</sup>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 Arztes über seinen Gesundheitszustand vorlegt. <sup>4</sup>Das Gutachten muss auf einer Untersuchung und, wenn dies ein Amtsarzt für erforderlich hält, auch auf einer klinischen Beobachtung des Betroffenen beruhen. <sup>5</sup>Die Kosten des Gutachtens hat der Betroffene zu tragen. Rechtsbehelfe gegen die Anordnung nach Satz 3 haben keine aufschiebende Wirkung.

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

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. Eine Übersicht über die genehmigungspflichtigen Leistungen liegt mir vor.

Die Genehmigungen 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.

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.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Bei Beratungsbedarf hinsichtlich der Antragsformulare bzw. 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.

Stempel des Trägers der Einrichtung

## Zustimmung des Trägers der Einrichtung

Herr/Frau

\_\_\_\_\_  
Titel (akad. Grad) Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
geb. am

hat einen Antrag auf Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung gem. § 116 SGB V, § 31 a Abs. 1 Ärzte-ZV gestellt. Der Träger der Einrichtung, in der der Antragsteller tätig ist, hat Kenntnis von diesem Antrag. Der Umfang der beantragten Ermächtigung ist dem Träger der Einrichtung bekannt.

Entsprechend den Bestimmungen des § 31 a Abs. 2 Ärzte-ZV erklären wir unser Einverständnis zu der von Herrn/Frau \_\_\_\_\_ beantragten Ermächtigung für den Zeitraum vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Herr/Frau \_\_\_\_\_ wird wöchentlich für \_\_\_\_\_ Stunden für eine ambulante vertragsärztliche Nebentätigkeit neben seiner/ihrer Tätigkeit in unserer Einrichtung freigestellt.

### Im Falle der Tätigkeit im Krankenhaus:

Gleichzeitig erklären wir, dass Herr/Frau \_\_\_\_\_ mit \_\_\_\_\_ Std./Wo. im stationären Bereich der Einrichtung als Krankenhausarzt /-ärztin tätig ist.

Da die Ermächtigung eine Tätigkeit in einer der in § 31 a Abs. 1 Nr. 1-3 Ärzte-ZV genannten Einrichtungen voraussetzt, geben wir hiermit das Ende des Arbeitsverhältnisses bzw. den Zeitpunkt der Pensionierung wie folgt bekannt:

Enden zum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Name des Unterzeichners  
in DRUCKBUCHSTABEN

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des  
Trägers der Einrichtung