

# Merkblatt

## **Antrag auf Ermächtigung zur Teilnahme am Zweitmeinungsverfahren**

(Für Ihre Unterlagen bestimmt)

### **I. CHECKLISTE:**

Dem Antrag auf Ermächtigung zur Teilnahme am Zweitmeinungsverfahren durch den Zulassungsausschuss sind nachstehende Unterlagen vollständig beizufügen:

- Antrag auf Ermächtigung zur Teilnahme am Zweitmeinungsverfahren
  
- aktueller EDV-Ausdruck über die Eintragung in das Arztregister einer Kassenärztlichen Vereinigung, aus dem der Tag der Approbation, der Tag der Eintragung in das Arztregister und der Tag der Anerkennung des Rechts zum Führen einer bestimmten Facharzt-, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung bzw. Fachbezeichnung hervorgehen muss (entfällt, sofern die Eintragung in das Register der KV Hessen erfolgt ist)
  
- oder:**  Approbationsurkunde (amtlich beglaubigte Kopie, sofern keine Registereintragung vorliegt)
- Urkunde aus der sich die Anerkennung zum Führen einer Gebietsbezeichnung ergibt sowie ggf. weitere Urkunden (Med. Promotion, ggf. Titel Prof. oder Privatdozent, Anerkennung für Teilgebiets- oder Zusatzbezeichnung) (amtlich beglaubigte Kopie, sofern keine Registereintragung vorliegt)
  
- Nachweis über die Entrichtung der Antragsgebühr
  
- Versicherungsbescheinigung nach § 113 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes, aus dem sich das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes ergibt.
  
- Der Antrag auf Genehmigung zur Durchführung der Abrechnung für Zweitmeinungsleistungen (-> [hier](#)) ist gestellt. Weitere Informationen dazu erhalten Sie auch unter: [www.kvhessen.de/genehmigung/zweitmeinungsverfahren](http://www.kvhessen.de/genehmigung/zweitmeinungsverfahren) und unter [zweitmeinungsverfahren@kvhessen.de](mailto:zweitmeinungsverfahren@kvhessen.de).

### **II. WICHTIGE HINWEISE ZUR ENTRICHTUNG DER ANTRAGSGEBÜHR:**

Gem. § 46 Abs. 1 c) Ärzte-ZV ist eine Gebühr in Höhe von € 120,- fällig, sobald Sie Ihren Antrag im BeratungsCenter der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen oder bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses eingereicht haben. Diese Gebühr ist somit auch dann zu entrichten, wenn Sie Ihren Antrag später zurücknehmen sollten.

Über die Zahlung der Antragsgebühr legen Sie uns bitte innerhalb von 14 Tagen (Eingang) nach Einreichung Ihres Antrags unaufgefordert einen geeigneten Zahlungsnachweis vor.

Sollte die Antragsgebühr nicht fristgemäß gezahlt worden und der geeignete Zahlungsnachweis hier nicht innerhalb der vorgenannten 14 Tagesfrist eingegangen sein, gilt Ihr Antrag nach § 38 Ärzte-ZV als zurückgenommen. In jedem Fall wird Ihr Antrag ohne fristgerechten Nachweis über die Entrichtung der Antragsgebühr nicht für eine Sitzung des Zulassungsausschusses terminiert.

Damit die eindeutige Zuordnung des Antrags gewährleistet werden kann, ist es unbedingt erforderlich, dass die Überweisung der Antragsgebühr unter **Angabe des konkreten Verwendungszwecks** zugunsten nachfolgender Bankverbindung durchgeführt wird:

**Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG**

**IBAN: DE92 3006 0601 0101 2721 28**

**BIC: DAAEDEDXXX**

**Verwendungszweck: „ZA 5.1 Ermächtigung / Name des Antragstellers“**

Nach der Genehmigung werden auf gesonderte Anforderung zusätzlich Verwaltungsgebühren in Höhe von € 400,- fällig, § 46 Abs. 2 b) Ärzte-ZV.

### **III. ALLGEMEINE HINWEISE ZUM ANTRAGSVERFAHREN:**

Die **Übersendung von Originalunterlagen ist**, mit Ausnahme von Bürgschaftserklärungen, **nicht erforderlich**. Etwaig zugesandte Originalunterlagen können nicht zurückgeschickt werden. Bitte heften Sie Ihre Unterlagen nicht, da diese hier elektronisch weiterverarbeitet werden.

Bitte nutzen Sie nur einen Versandweg für Ihren Antrag. Für eine elektronische Übermittlung können folgende Kontaktdaten genutzt werden:

- [zulassungsausschuss@kvhessen.de](mailto:zulassungsausschuss@kvhessen.de)
- [sicherstellung@kvhessen.kim.telematik](mailto:sicherstellung@kvhessen.kim.telematik) (KIM-Dienst)
- [bebpo-za@kvhessen.de](mailto:bebpo-za@kvhessen.de) (nur von Rechtsanwälten nutzbar)

Auch die Übersendung auf dem Postweg ist möglich.

Haben Sie Ihre Unterlagen im für Sie zuständigen BeratungsCenter abgegeben, erübrigt sich eine nochmalige Zusendung derselben Unterlagen. Gleiches gilt für die Nachreichung angeforderter Unterlagen.

**Bitte beachten Sie, dass die Terminierung eines Antrages für eine Sitzung des Zulassungsausschusses erst erfolgen kann, wenn alle angeforderten Unterlagen vollständig hier eingereicht und die Antragsgebühr überwiesen wurde.**

Die Bestimmungen gelten für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten gleichermaßen.

### **IV. HINWEISE ZUR BERUFSHAFTPFLICHTVERSICHERUNG:**

Ab dem 01.07.2021 sieht das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) gemäß § 95e SGB V den Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung für alle Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten als vertragsärztliche bzw. vertragspsychotherapeutische Pflicht vor. Bei Stellung eines Antrags auf Zulassung, Ermächtigung oder Genehmigung einer Anstellung ist dem Zulassungsausschuss das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes nachzuweisen. Ausreichend ist dieser, wenn das individuelle Haftungsrisiko des Vertragsarztes versichert ist. Jedenfalls darf die Mindestversicherungssumme für alle Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten drei Millionen Euro für Personen- und Sachschäden nicht unterschreiten und die Leistungen des Versicherers für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden dürfen nicht weiter als auf den zweifachen Betrag der Mindestversicherungssumme begrenzt werden.

Für medizinische Versorgungszentren sowie für Vertragsärzte und Berufsausübungsgemeinschaften mit angestellten Ärzten ist der Berufshaftpflichtversicherungsschutz ausreichend, sofern er für die gesamte von dem Leistungserbringer ausgehende ärztliche Tätigkeit besteht. Jedenfalls darf die Mindestversicherungssumme fünf Millionen Euro für Personen- und Sachschäden für jeden Versicherungsfall nicht unterschreiten und die Leistungen des Versicherers für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden nicht weiter als auf den dreifachen Betrag der Mindestversicherungssumme begrenzt werden.

Auch ermächtigte Ärzte müssen das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes nachweisen, soweit für deren Tätigkeit im Rahmen der Ermächtigung kein anderweitiger Versicherungsschutz besteht. Sollte der ermächtigte Arzt von einer Betriebshaftpflichtversicherung eines Krankenhauses mitumfasst sein, ist dem Zulassungsausschuss eine Versicherungsbescheinigung nach § 113 des Versicherungsvertragsgesetzes sowie eine entsprechende Erklärung vorzulegen, aus der sich ergibt, dass die vorliegende Betriebshaftpflichtversicherung auch ambulante Tätigkeiten im Rahmen der Ermächtigung abdeckt.

## **V. DATENSCHUTZ**

Die zur Bearbeitung Ihres Antrags erforderlichen Daten werden auf der gesetzlichen Grundlage der §§ 95 und 98 SGB V in Verbindung mit den Vorschriften der Zulassungsverordnung erhoben und verarbeitet.

Die Daten werden nur im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften verarbeitet. Die Datenverarbeitung ist gemäß Art. 6 Abs. 1 Satz 1 c) DSGVO für die Aufgabenerfüllung der KV Hessen und der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses erforderlich und erfolgt damit rechtmäßig.

Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter dem Link [www.kvhessen.de/datenschutz](http://www.kvhessen.de/datenschutz).

# Antrag auf Ermächtigung zur Teilnahme am Zweitmeinungsverfahren

ZULASSUNGS  
AUSSCHUSS  
HESSEN

ZA

Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Zulassungsausschuss für Ärzte  
Postfach 15 02 04  
60062 Frankfurt

Notizfeld für Bearbeitungshinweise des  
BeratungsCenters der KVH

[zulassungsausschuss@kvhessen.de](mailto:zulassungsausschuss@kvhessen.de)  
Fax 069 24741-68825

**Das Antragsformular bitte vollständig und in Großbuchstaben ausfüllen sowie Zutreffendes ankreuzen!**

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Die männliche Form schließt die weibliche mit ein, ohne dadurch eine geschlechtsspezifische Diskriminierung vornehmen zu wollen.

Erstantrag

Erweiterung

1. Persönliche Angaben			
Titel, Name:			
Vorname(n):			
Geburtsdatum:		LANR:	
Hauptwohnsitz: (Zeitpunkt der Antragsstellung)		Straße, Nr.:	
		PLZ:	Ort:
optional zur schnelleren Kontaktaufnahme	Telefon:	Fax:	
	E-Mail:		
2. Vertragsärztliche Tätigkeit			
<input type="checkbox"/> Ich beantrage mit Erhalt der Genehmigung zur Durchführung der Abrechnung für Zweitmeinungsleistungen für die Dauer der Teilnahme am Zweitmeinungsverfahren nach § 31 Absatz 2 Ärzte-Zulassungsverordnung i.V.m § 5 Absatz 2 Bundesmantelvertrag-Ärzte ermächtigt zu werden.			
Die Genehmigung und Informationen zur Durchführung der Abrechnung für Zweitmeinungsleistungen für die Dauer der Teilnahme am Zweitmeinungsverfahren können Sie hier beantragen: <a href="http://www.kvhessen.de/genuehmigung/zweitmeinungsverfahren">www.kvhessen.de/genuehmigung/zweitmeinungsverfahren</a> oder <a href="mailto:zweitmeinungsverfahren@kvhessen.de">zweitmeinungsverfahren@kvhessen.de</a>			
zum: _____ (geplanter Beginnzeitpunkt der ambulanten Tätigkeit)		Bitte beachten Sie, dass frühestens mit Erteilung der Ermächtigung durch den Ausschuss eine Rechtsbeziehung mit der KVH entsteht, wodurch Leistungen im Zweitmeinungsverfahren abrechnungsfähig sind.	
als: _____ (Fachgebietsanerkennung lt. Urkunde - ggf. einschließlich Schwerpunktbezeichnung)			
für das: <input type="checkbox"/> Zweitmeinungsverfahren für Mandeloperationen (Tonsillektomie, Tonsillotomie)			
<input type="checkbox"/> Zweitmeinungsverfahren für Gebärmutterentfernungen (Hysterektomien)			

<input type="checkbox"/>	Zweitmeinungsverfahren für Arthroskopische Eingriffe an der Schulter
<input type="checkbox"/>	Zweitmeinungsverfahren für Implantationen von Knieendoprothesen
<input type="checkbox"/>	Zweitmeinungsverfahren für Amputation bei diabetischem Fußsyndrom
<input type="checkbox"/>	Zweitmeinungsverfahren für Eingriffe an der Wirbelsäule (Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule, Spondylodese, knöcherne Dekompression, Facettenoperationen (Facettendenervation, -Thermokoagulation, - Kryodenervation), Verfahren zum Einbringen von Material in einen Wirbelkörper (mit oder ohne vorherige Wirbelkörperaufrichtung), Exzision von Bandscheibengewebe oder Implantation einer Bandscheibenendoprothese
<input type="checkbox"/>	Zweitmeinungsverfahren für Herzkatheteruntersuchung und Ablationen (Verödungen) am Herzen
<input type="checkbox"/>	Zweitmeinungsverfahren für Eingriffe zur Implantation eines Herzschrittmachers, eines Defibrillators oder eines CRT-Aggregats
<input type="checkbox"/>	Zweitmeinungsverfahren für Eingriffe zur geplanten Entfernung der Gallenblase (Cholezystektomie)
<input type="checkbox"/>	Zweitmeinungsverfahren für Eingriffe zum Hüftgelenkersatz
<input type="checkbox"/>	Zweitmeinungsverfahren für Eingriffe an Aortenaneurysmen
<input type="checkbox"/>	Zweitmeinungsverfahren für lokal begrenzten und nichtmetastasiertem Prostatakarzinom

**§ 31 Abs. 7 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte:**

Die Ermächtigung ist zeitlich, räumlich und ihrem Umfang nach zu bestimmen. In dem Ermächtigungsbeschluss ist auch auszusprechen, ob der ermächtigte Arzt unmittelbar oder auf Überweisung in Anspruch genommen werden kann.

**3. Angaben zum Tätigkeitsort**

<b>Anschrift:</b>	Straße, Nr.:	
	PLZ:	Ort:
Bezeichnung Krankenhaus/ Einrichtung:		

**4. Erklärungen**

Ich erkläre, dass ich nicht drogen- und/oder alkoholabhängig bin und dies nicht innerhalb der letzten fünf Jahre war. Ferner erkläre ich, dass ich mich innerhalb der letzten fünf Jahre keiner Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen habe und dass gesetzliche Hinderungsgründe meiner Ausübung des ärztlichen Berufes nicht entgegenstehen.

**§ 21 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte:**

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.

Ich erkläre hiermit, dass ich die im Ermächtigungsbeschluss festgelegte vertragsärztliche/psychotherapeutische Tätigkeit persönlich ausüben werde und mir bekannt ist, dass die beantragte Ermächtigung ausschließlich an meine Person gebunden ist.

Entsprechend § 95 Abs. 4 SGB V habe ich für die Dauer der Ermächtigung die Rechte und Pflichten eines Vertragsarztes/-therapeuten. Hierzu gehört unter anderem die Verpflichtung zur höchstpersönlichen Leistungserbringung (§ 32 a Ärzte-ZV); ein Verstoß kann disziplinar- und strafrechtliche Maßnahmen nach sich ziehen.

## 5. Hinweise zur Abrechnung von genehmigungspflichtigen Leistungen

Bitte beachten Sie, dass für die Ausführung und Abrechnung von genehmigungspflichtigen Leistungen jeweils bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein müssen und diese Leistungen -unabhängig vom Status der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung- im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nur ausgeführt bzw. abgerechnet werden, wenn hierfür von der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen eine zusätzliche Genehmigung bzw. Anerkennung vorliegt.

Möchten Sie zukünftig im Rahmen Ihrer Ermächtigung genehmigungspflichtige Leistungen erbringen und abrechnen? Fordern Sie die Übersicht aller genehmigungspflichtigen Leistungen unter [team.qs@kvhessen.de](mailto:team.qs@kvhessen.de) an und die gewünschten Unterlagen werden Ihnen umgehend zugesandt.

Bitte beachten Sie, dass Genehmigungen zur Ausführung und Abrechnung von genehmigungspflichtigen Leistungen grundsätzlich nur nach entsprechender Antragstellung erteilt werden können und nicht rückwirkend ausgesprochen werden.

## 6. Wichtige Hinweise

Sämtliche Angaben in diesem Antrag werden für die Genehmigung gemäß § 95 Abs. 1 SGB V i.V.m. §§ 18, 31f. Ärzte-ZV benötigt. Unvollständige Angaben können zur Folge haben, dass die Genehmigung nicht erteilt wird. Wenn die bei der Erteilung dieser Genehmigung zugrunde gelegten Voraussetzungen tatsächlich nicht erfüllt waren oder nachträglich entfallen, ist die Ermächtigung zurückzunehmen; sie ist zu widerrufen, wenn nachträglich durch einen in der Person liegenden Grund der mit der Ermächtigung verfolgte Zweck nicht erreicht wird.

Jede Statusänderung wie bspw. die Verlegung der Vertragspraxis bedarf der vorherigen Genehmigung des Zulassungsausschusses. Die für einen Antrag erforderliche Genehmigung des Ausschusses kann -wie auch jede sonstige Genehmigung- nur mit Wirkung für die Zukunft und nicht für einen in der Vergangenheit liegenden Zeitraum erteilt werden.

## 7. Hinweise zum Antragsverfahren

**Bitte beachten Sie, dass die Terminierung des Antrages für eine Sitzung des Zulassungsausschusses erst erfolgen kann, wenn alle angeforderten Unterlagen vollständig hier eingereicht und die Antragsgebühr überwiesen wurde.**

**Dem Verfahren unterliegt eine Antragsfrist von sechs Wochen.**

## 8. Antragsgebühren

Gem. § 46 Abs. 1 c) Ärzte-ZV ist eine Gebühr in Höhe von € 120,- fällig, sobald Sie Ihren Antrag eingereicht haben. Diese Gebühr ist somit auch dann zu entrichten, wenn Sie Ihren Antrag später zurücknehmen sollten.

Der Betrag in Höhe von € 120,- wurde am \_\_\_\_\_ auf das Bankkonto der Deutschen Apotheker- und Ärztebank eG, IBAN: DE92 3006 0601 0101 2721 28, BIC: DAAEDEDXXX, mit dem Verwendungszweck „**ZA 5.1 Ermächtigung / Name des Antragstellers**“ überwiesen. Ein Nachweis über die Entrichtung liegt bei (z. B. Kontoauszug, gestempelte Bestätigung der Bank).

**Spätestens innerhalb von 14 Tagen nach dem Antragsingang muss die Antragsgebühr entrichtet und ein geeigneter Zahlungsnachweis vorgelegt werden, sonst gilt der Antrag als zurückgenommen.**

Nach der Genehmigung werden auf gesonderte Anforderung zusätzlich Verwaltungsgebühren in Höhe von € 400,- fällig, § 46 Abs. 2 b) Ärzte-ZV.

**Ich versichere, dass meine Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Sofern sich Änderungen zu vorstehenden Angaben ergeben, verpflichte ich mich, diese umgehend dem Zulassungsausschuss schriftlich mitzuteilen.**

Durch Ihre Unterschrift geht die in dem Merkblatt dargestellte datenschutzrechtliche Erklärung als Bestandteil in den Antrag über.

---

(Ort, Datum)

---

(Unterschrift)