

Erneuerung/Erweiterung der Ermächtigung der vertragsärztlichen/vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit

(Für Ihre Unterlagen bestimmt)

I. CHECKLISTE:

Dem Antrag auf Erneuerung/Erweiterung der bestehenden Ermächtigung zur vertragsärztlichen/vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit sind nachstehende Unterlagen vollständig beizufügen:

- Antrag auf Erneuerung /Erweiterung der Ermächtigung
- Nachweis über die Entrichtung der Antragsgebühr
- Versicherungsbescheinigung nach § 113 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes, aus dem sich das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes ergibt.
- Leistungsumfang und Begründung (Anlage 1)

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“

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
- sicherstellung@kvhessen.kim.telematik (KIM-Dienst)
- 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.

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.

IV. 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.

Antrag auf Erneuerung/Erweiterung der Ermächtigung zur vertragsärztlichen/vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit

ZULASSUNGS
AUSSCHUSS
HESSEN



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

Notizfeld für Bearbeitungshinweise des
BeratungsCenters der KVH

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.

1. Persönliche Angaben			
Titel, Name:			
Vorname(n):			
Geburtsdatum:		LANR:	
Hauptwohnsitz		Straße, Nr.:	
		PLZ:	Ort:
Praxisanschrift:		Straße, Nr.:	
		PLZ:	Ort:
Optional zur schnelleren Kontaktaufnahme	Telefon:	Fax:	
	E-Mail:	BSNR:	
2. Vertragsärztliche/Vertragspsychotherapeutische Tätigkeit			
Ich beantrage die			
<input type="checkbox"/> Fortführung der Ermächtigung.			
<input type="checkbox"/> Erweiterung der Ermächtigung.			
mit Wirkung zum:		(konkreter Zeitpunkt)	
§ 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. Erklärungen
<p>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.</p> <p>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.</p>
<p>Mir ist bekannt, dass jede regelmäßige Nebentätigkeit dem Zulassungsausschuss unter Angabe des zeitlichen Umfangs anzuzeigen ist.</p>
4. Hinweise zur Abrechnung von Genehmigungspflichtigen Leistungen
<p>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.</p>
<p>Möchten Sie zukünftig im Rahmen Ihrer Ermächtigung genehmigungspflichtige Leistungen erbringen und abrechnen? Fordern Sie die Übersicht aller genehmigungspflichtigen Leistungen unter team.qs@kvhessen.de an und die gewünschten Unterlagen werden Ihnen umgehend zugesandt.</p>
<p>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.</p>
5. Wichtige Hinweise
<p>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.</p>
<p>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.</p>
6. Antragsgebühren
<p><input type="checkbox"/> 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).</p>
<p>Spätestens innerhalb von 14 Tagen nach dem Antragsingang muss die Antragsgebühr entrichtet und ein geeigneter Zahlungsnachweis vorgelegt werden, sonst gilt der Antrag als zurückgenommen.</p>

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 der angefügten Checkliste dargestellte datenschutzrechtliche Erklärung als Bestandteil in den Antrag über.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

**Anlage 1 zum Antrag auf Erneuerung/Erweiterung der Ermächtigung
zur Teilnahme an der vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Versorgung**

(Aufstellung über den Leistungsumfang der beantragten Ermächtigung sowie die im
Zusammenhang mit der Ermächtigung beantragten Gebührenordnungspositionen)

- I. **Leistungsumfang einschließlich der jeweiligen Gebührennummern gem. EBM und ggf. inkl. ICD-Codierung**

**II. Detaillierte Begründung für die beantragten Leistungen
(Unter qualitativen und/oder quantitativen Aspekten)**

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Antragstellers)