

Ermächtigung zur vertragsärztlichen/vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit

(Für Ihre Unterlagen bestimmt)

I. CHECKLISTE:

Dem Antrag auf Ermächtigung zur vertragsärztlichen/vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit sind nachstehende Unterlagen vollständig beizufügen:

- Antrag auf Ermächtigung zur vertragsärztlichen/vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit
- aktueller EDV-Ausdruck über die Eintragung in das Arzt/Psychotherapeutenregister 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
- Anlage 1 zum Antrag auf Ermächtigung zur vertragsärztlichen/vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit (Aufstellung über den Leistungsumfang der beantragten Ermächtigung spezifiziert nach Nummern der aktuellen Gebührenordnung mit entsprechender Begründung) ggf. inkl. Angabe der Diagnosen mittels ICD-10-Codierung, die nach Auffassung des Antragsteller für die Abrechnung der beantragten Leistungen erforderlich sind
- Anlage 2 zum Antrag auf Ermächtigung zur vertragsärztlichen/vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit (Erklärung des Krankenhausträgers bzw. Nebentätigkeitsgenehmigung des Arbeitgebers)

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
- 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.

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.

Antrag auf 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: <small>(Zeitpunkt der Antragsstellung)</small>	Straße, Nr.:		
	PLZ:	Ort:	
Hauptwohnsitz: <small>(Zeitpunkt der Ermächtigung)</small>	Straße, Nr.:		
	PLZ:	Ort:	
Optional <small>zur schnelleren Kontaktaufnahme</small>	Telefon:		Fax:
	E-Mail:		

Weitere Anträge zu meiner Teilnahme an der vertragsärztlichen/vertragspsychotherapeutischen Versorgung habe ich derzeit auch bei einem anderen Zulassungsausschuss gestellt:

- nein
- ja, beim Zulassungsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung
mit dem Antrag auf:
zum:

2. Vertragsärztliche/Vertragspsychotherapeutische Tätigkeit

Ich beantrage die Ermächtigung zur vertragsärztlichen/vertragspsychotherapeutischen Versorgung

- in eigener Praxis
- in einem Krankenhaus/in einer Einrichtung.

aufgrund des nachfolgenden Sachverhaltes:	
<input type="checkbox"/>	a) Abwendung einer bestehenden oder unmittelbar drohenden Unterversorgung (§ 31 Abs. 1 Nr. 1 Ärzte-ZV)
<input type="checkbox"/>	b) Versorgung eines begrenzten Personenkreises (bspw. Rehabilitanden in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation oder Beschäftigte eines abgelegenen oder vorübergehenden Betriebes (§ 31 Abs. 1 Nr. 2 Ärzte-ZV)
<input type="checkbox"/>	c) Durchführung bestimmter, in einem Leistungskatalog definierter Leistungen auf der Grundlage des EBM zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung (§ 31 Abs. 2 Ärzte-ZV i.V.m. § 5 Abs. 1 BMV-Ä)
<input type="checkbox"/>	d) Zytologische Diagnostik von Krebserkrankungen oder ambulante Untersuchungen und Beratungen zur Planung der Geburtsleitung im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 31 Abs. 2 Ärzte-ZV i.V.m. § 5 Abs. 2 BMV-Ä)
<input type="checkbox"/>	e) Krankenhausärzte mit abgeschlossener Weiterbildung mit Zustimmung des Krankenhausträgers zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse) (§ 31a Ärzte-ZV)
zum: (geplanter Zeitpunkt der ambulanten Tätigkeit)	
als: (Stellung/Funktionsbezeichnung der Haupttätigkeit)	
als: (Fachgebietsanerkennung lt. Urkunde - ggf. einschließlich Schwerpunktbezeichnung)	
§ 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	
Niederlassungsort bzw. Bezeichnung Krankenhaus/ Einrichtung:	
Anschrift:	Straße, Nr.:
	PLZ: Ort:
Die Vertragspraxis befindet sich in bzw. an einem Krankenhaus: (nur erforderlich sofern die Ermächtigung in „freier Niederlassung“ ausgeübt wird)	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja*, Name des Krankenhauses:
*Sofern sich der Vertragsarztsitz an einem Krankenhaus befindet, bitten wir zur Prüfung der Frage, ob Hinderungsgründe gem. § 20 Abs. 1 Ärzte-ZV einer Zulassung entgegenstehen, um Vorlage des Mietvertrages, der Grundrisse/Lagepläne sowie des Kooperationsvertrages mit dem entsprechenden Krankenhaus. Sollte zwischen Ihnen und dem Krankenhaus kein Kooperationsvertrag bestehen, benötigen wir diesbezüglich eine formlose schriftliche Bestätigung des Krankenhauses/ Krankenhausträgers.	

Geplante Sprechzeiten ausschließlich für die Ermächtigung				
Montag:	von:	bis:	von:	bis:
Dienstag:	von:	bis:	von:	bis:
Mittwoch:	von:	bis:	von:	bis:
Donnerstag:	von:	bis:	von:	bis:
Freitag:	von:	bis:	von:	bis:
Samstag:	von:	bis:	von:	bis:
Tätigkeitsumfang in Stunden pro Woche:				
Bitte beachten Sie, dass die Ermächtigung nur für Ärzte in Betracht kommt, die hauptberuflich in der stationären Versorgung tätig sind. Sinn und Zweck einer Ermächtigung ist die Einbeziehung der an Krankenhäusern gebundenen ärztlichen Kompetenz in die ambulante Versorgung und keine rein formale Anstellung, um sodann eine umfassende Tätigkeit im ambulanten Bereich auszuüben (vgl. auch BSG vom 20.03.2013, Az. B 6 KA 26/12 R).				
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.				
Angaben zu bestehenden Dienst- bzw. Beschäftigungsverhältnissen				
<input type="checkbox"/> Ich stehe zurzeit in keinem Dienst- bzw. Beschäftigungsverhältnis.				
<input type="checkbox"/> Ich stehe zurzeit in folgendem/n Dienst- bzw. Beschäftigungsverhältnis(en) (ggf. gesondertes Blatt verwenden):				
1.	bei/im:		mit	Std./Woche
2.	bei/im:		mit	Std./Woche
3.	bei/im:		mit	Std./Woche
<input type="checkbox"/>	Das Beschäftigungsverhältnis zu Nr.	ist mit Wirkung zum		gekündigt worden.
<input type="checkbox"/>	Das Beschäftigungsverhältnis zu Nr.	wird mit Wirkung zum		gekündigt.
<input type="checkbox"/>	Das Beschäftigungsverhältnis zu Nr.	wird mit		Std./Woche weitergeführt.

§ 20 Abs. 1 und 2 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte:

Ein Beschäftigungsverhältnis oder eine andere nicht ehrenamtliche Tätigkeit steht der Eignung für die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit entgegen, wenn der Arzt unter Berücksichtigung der Dauer und zeitlichen Lage der anderweitigen Tätigkeit den Versicherten nicht in dem seinem Versorgungsauftrag entsprechenden Umfang persönlich zur Verfügung steht und insbesondere nicht in der Lage ist, Sprechstunden zu den in der vertragsärztlichen Versorgung üblichen Zeiten anzubieten. Für die Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit ist nicht geeignet ein Arzt, der eine ärztliche Tätigkeit ausübt, die ihrem Wesen nach mit der Tätigkeit des Vertragsarztes am Vertragsarztsitz nicht zu vereinbaren ist. Eine Nebentätigkeit in Bezug auf Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken ist gestattet.

Mir ist bekannt, dass jede regelmäßige Nebentätigkeit dem Zulassungsausschuss unter Angabe des zeitlichen Umfangs anzuzeigen ist.

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 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. Antragsgebühren

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.

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 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)

**Anlage 2 zum Antrag auf Ermächtigung
zur Teilnahme an der vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Versorgung
Erklärung des Krankenhausträgers zur Vorlage beim Zulassungsausschuss**

(Nur durch das Krankenhaus/die Einrichtung auszufüllen)

Unter Bezug auf § 116 des Fünften Buches des Sozialgesetzes (SGB V), in Verbindung mit § 31 a Abs. 1 Zulassungsverordnung für Ärzte (Ärzte-ZV) stimmen wir der Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Versorgung zu:

Name des Krankenhauses: _____

Name des Arztes/Psychotherapeuten: _____

Dem Krankenhausträger ist bekannt, dass der nach § 31 a Abs. 1 Ärzte-ZV ermächtigte Krankenhausarzt die vertragsärztliche/-psychotherapeutische Tätigkeit persönlich in eigener Sprechstunde ausüben muss und den nachgeordneten Krankenhausärzten nur im Fall einer Erkrankung oder einesurlaubes (Erholung, Lehre, Forschung, Fortbildung gem. § 32 a Ärzte-ZV) übertragen kann.

Der Vertreter muss eine Anerkennung der Weiterbildung im entsprechenden Fach besitzen.

(Ort, Datum)

(Stempel und Unterschrift des
Krankenhausträgers)