

Zulassungsausschuss für Ärzte
bei der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg
Pappelallee 5, 14469 Potsdam
Tel.: 0331/2309-970

Posteingangsstempel

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

als Facharzt für _____

oder:

zur Teilnahme an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung als

Psychologischer Psychotherapeut

Kinder- u.- Jugendlichenpsychotherapeut

1. Antragsteller

Titel, Name

Vorname - nur Rufname lt. Geburtsurkunde

Geburtsdatum

Geburtsort (Gemeinde, Land)

Wohnanschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort, Tel.-Nr., Fax-Nr.)

Staatsangehörigkeit

**2. Ich beantrage die Ermächtigung
zur vertragsärztlichen Versorgung**

als (Fachgebiet ggfs. Schwerpunkt) _____

Institution _____

Anschrift _____

(Str., Nr.)

(PLZ, Ort, Tel.-Nr.)

Ermächtigungssprechstunde _____

(Str., Nr.)

(PLZ, Ort, Tel.-Nr.)

3. Tag der Approbation: _____ Abschluss des Staatsexamens: _____

Tag der Promotion: _____

Facharztanerkennung

bzw. Fachkunde als: _____ seit: _____

_____ seit: _____

Anerkennung zum Führen einer

Schwerpunktbezeichnung: _____ seit: _____

_____ seit: _____

Zusatzbezeichnung: _____

4. Sind Sie in ein Arztregister eingetragen? _____ wann? _____
Wo? _____

5. Aktuelle berufliche Tätigkeiten:

Beschäftigungsverhältnis zu einer Einrichtung gem. § 116 S. 1 SGB V (Name, Anschrift):

Beschäftigungsumfang in Wochenstunden: _____

6. Aufstellung über die ärztliche bzw. psychotherapeutische Tätigkeit
vom Zeitpunkt der Approbation bis zum Tag der Antragstellung

Von bis	Stellung/Funktion	Einrichtung	Ort

7. Vorgeschriebene Erklärungen

7. 1. Ich erkläre hiermit ausdrücklich, dass ich im Falle der Ermächtigung an der ambulanten vertragsärztlichen / psychotherapeutischen Versorgung alle Leistungen, die in meiner Ermächtigung enthalten sind, entsprechend den Anforderungen an die persönliche Leistungserbringung persönlich erbringen werde.

Für den Fall der Ermächtigung unterwerfe ich mich den für die vertragsärztliche / ambulante psychotherapeutische Versorgung geltenden Vorschriften.

Unterschrift

7. 2. Hiermit erkläre ich, dass ich nicht drogen- und alkoholabhängig bin und auch innerhalb der letzten fünf Jahre nicht drogen- und alkoholabhängig war. Ich erkläre weiter, dass ich mich innerhalb der letzten fünf Jahre keiner Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen habe und gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufes nicht entgegenstehen.

Unterschrift

Dem Antrag auf Ermächtigung sind beigefügt:

- Begründung des Antrages (insb. zu den Angaben unter Ziffern 7 bis 9 unten)**
- Geburtsurkunde und ggf. Urkunde über Namensänderung in amtlich beglaubigter Kopie/ Siegel
- Zeugnis der ärztlichen Prüfung (Staatsexamen) in amtlich beglaubigter Kopie/ Siegel
- Approbation in amtlich beglaubigter Kopie/ Siegel
- Urkunde Gebietsbezeichnung in amtlich beglaubigter Kopie/ Siegel
- Urkunde Titelanerkennung in amtlich beglaubigter Kopie/ Siegel
- Erklärung zur Fachkunde (gilt nur für Psycholog. Psychotherapeuten und K.-u.-J.-Psychotherapeuten)
- Zustimmungserklärung des Krankenhausträgers im Original
- Nachweis über die hauptberufliche Tätigkeit / Arbeitsvertrag mit dem Träger im Original
- (ggfs.) Kopie des Fortbildungszertifikates zur Überprüfung der Fortbildungsverpflichtung nach § 95d SGB V (von Ärzten bzw. Psychotherapeuten, die bereits vertragsärztlich tätig waren)
- Versicherungsbescheinigung nach § 113 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) i.V.m. § 95e Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) über das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes bzw. Nachweis eines anderweitigen Haftpflichtversicherungsschutzes für die ambulante vertragsärztliche Tätigkeit des zu Ermächtigenden (Betriebshaftpflichtversicherung des Krankenhauses)

Hinweis: Die mit Stellung des Antrags gemäß § 46 Ärzte-ZV fällige Gebühr in Höhe von 120 EUR wird seitens der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses mit gesonderter Rechnung angefordert werden. Erst nach Entrichtung dieser Gebühr wird Ihr Antrag vor dem Zulassungsausschuss für Ärzte verhandelt.

Mir ist bekannt, dass ich als ermächtigter Arzt / Psychotherapeut nach § 95e SGB V verpflichtet bin, mich ausreichend gegen die sich aus meiner Berufsausübung ergebenden Haftpflichtgefahren zu versichern, soweit für meine Tätigkeit im Rahmen der Ermächtigung kein anderweitiger Versicherungsschutz besteht. Bei Nichtbestehen oder Beendigung des Versicherungsverhältnisses sowie bei vertraglichen Veränderungen, die zu einer Beeinträchtigung des Versicherungsschutzes im Verhältnis zu Dritten führen können, bin ich zur unverzüglichen Anzeige gegenüber dem Zulassungsausschuss verpflichtet.

Ich versichere, die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben. Änderungen in den geschilderten Verhältnissen werde ich dem Zulassungsausschuss und nach meiner Ermächtigung der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg jeweils unverzüglich mitteilen.

Ort und Datum

Unterschrift

8. Hiermit beantrage ich die Ermächtigung gemäß § 31 Ärzte-ZV zur Erbringung folgender Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen / psychotherapeutischen Versorgung

ab _____

Leistungskatalog

Gebührennummern	Leistungsbezeichnung nach EBM

Leistungskatalog (Fortsetzung)

Gebührennummern	Leistungsbezeichnung nach EBM

(Jede weitere Auflistung des Leistungskataloges ist zu datieren und zu unterzeichnen.)

9. Überweisungsmöglichkeit (gemäß § 24 Abs. 2 BMV-Ä):

Es wird die Überweisungsmöglichkeit zu Vertragsärzten folgender Facharztgebiete beantragt:

10. Überweisungsvorbehalt (gemäß § 31 Abs. 7 Ärzte-ZV):

Vertragsärzte folgender Facharztgebiete sollen in die Ermächtigungssprechstunde überweisen können:

Datum: _____

Unterschrift: _____

Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die KVBB (Art. 13 und 14 DSGVO) können Sie unter <http://www.kvbb.de/datenschutz> einsehen.

Falls Sie nicht über einen Internetzugang verfügen sollten, senden wir Ihnen diese gerne postalisch zu.

Zustimmungserklärung des Krankenhausträgers

Ermächtigung eines Krankenhausarztes gemäß § 31 a Abs. 1 Ärzte-ZV

Voraussetzung für eine Ermächtigung eines Krankenhausarztes ist für die beantragte Ermächtigungssprechstunde das Bestehen einer Nebentätigkeitserlaubnis. Durch diese Erklärung bestätigt der Krankenhausträger das Vorliegen einer entsprechenden Erlaubnis für

Herrn/Frau _____

in der Eigenschaft als Chefarzt Leitender Arzt Oberarzt

der Abteilung:

Dem Krankenhausträger ist bekannt, dass

- a) durch die Ermächtigung die Versorgung der stationären Patienten nicht beeinträchtigt werden darf,
- b) der ermächtigte Krankenhausarzt die vertragsärztliche Tätigkeit persönlich in eigener Sprechstunde ausüben muss und diese nachgeordneten Krankenhausärzten nur bei Krankheit, Urlaub oder Teilnahme an ärztlicher Fortbildung oder an einer Wehrübung übertragen kann,
- c) der Vertreter über eine Berechtigung zum Führen der Fachgebieten-/Schwerpunktbezeichnung im entsprechenden Fachgebiet bzw. Schwerpunkt, für das/den die Ermächtigung ausgesprochen worden ist, verfügen muss,
- d) die Ermächtigung nur vom ermächtigten Krankenhausarzt in Form persönlicher Sprechstunden ausgeübt werden darf und nicht in Form einer „Vertragsambulanz“ betrieben werden kann,
- e) die Ermächtigung widerrufen werden kann, wenn nachträglich durch einen in der Person des Arztes liegenden Grund (u.U. auch Missachtung der Verpflichtung zur persönlichen Leistungserbringung gemäß § 32 a Ärzte-ZV) der mit der Ermächtigung verfolgte Zweck nicht erreicht wird oder die Zustimmungserklärung widerrufen wird.

(Ort/Datum)

(Unterschrift/Stempel
Krankenhausträger)

Hinweise

für die Beantragung einer Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

Angaben zu den zu erbringenden Unterlagen sind aus beiliegendem Antragsformular zu entnehmen.

Bitte beachten Sie zu den einzureichenden Urkunden, dass diese im Original zur Einsichtnahme oder als **amtlich beglaubigte** Kopien/Siegel einzureichen sind.

Es können nur Beglaubigungen durch **siegelführende Dienststellen** sowie notarielle Beglaubigungen anerkannt werden. Es besteht aber auch die Möglichkeit, Kopien mit dem Original in der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses in 14469 Potsdam, Pappelallee 5, zur Beglaubigung vorzulegen. Die Beglaubigung erfolgt dann durch unsere Mitarbeiter.

Im Rahmen der Antragsbegründung führen Sie bitte aus, wie hoch Sie den Bedarf an ambulanten Leistungen hinsichtlich Ihres Fachgebietes einschätzen. Bei einer ausreichenden Versorgung wird empfohlen, solche speziellen Leistungen anzubieten, die nicht im niedergelassenen Bereich erbracht werden können.

In diesem Zusammenhang wird die Angabe aller Gebührenordnungsnummern, die im Rahmen Ihrer Ermächtigung geplant sind, nach dem **gültigen** EBM mit der dazugehörigen Legende benötigt.

Nach Eingang eines vollständigen Ermächtigungsantrages wird die gesetzlich vorgeschriebene Bedarfsprüfung zu Ihrem Antrag eingeleitet. Nach Vorlage der Ergebnisse der Bedarfsprüfung und Vollständigkeit der Unterlagen kann der Zulassungsausschuss für Ärzte über Ihren Antrag entscheiden.

Bitte beachten Sie, dass für die Antragstellung eine entsprechende Bearbeitungszeit einzuplanen ist.

Eine Abrechnung genehmigungspflichtiger Leistungen ist erst nach Genehmigung durch den Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg (KVBB) sowie mit einem wirksam gewordenen Beschluss des Zulassungsausschusses für Ärzte möglich. Genehmigungspflichtige Leistungen sind bei der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg, Fachbereich Qualitätssicherung, **gesondert** zu beantragen.

Anliegende Erklärung über die Kenntnisnahme des Merkblattes der genehmigungspflichtigen Leistungen ist, unterzeichnet vom Antragsteller, zurückzusenden.

Bei Rückfragen erreichen Sie uns unter der Telefonnummer: 0331/2309-970.

Titel, Name (in Druckschrift)

Erklärung bezüglich der Abrechnung genehmigungspflichtiger Leistungen

Ich habe das Merkblatt der genehmigungspflichtigen Leistungen, im Internet unter www.kvbb.de > Praxis> Qualität > genehmigungspflichtige Leistungen > Merkblatt zu genehmigungspflichtigen Leistungen zur Kenntnis genommen.

Mir ist bekannt, dass die Genehmigung für die in o. g. Merkblatt aufgeführten Leistungen bei der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg, Fachbereich Qualitätssicherung, zu beantragen ist und eine Abrechnung dieser Leistungen erst nach Genehmigung durch den Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg sowie mit einem verbindlich gewordenen Beschluss des Zulassungsausschusses bei der KVBB möglich ist.

Ort, Datum

Unterschrift