



ZA Zulassungsausschuss für
Ärzte und Psychotherapeuten
Mecklenburg-Vorpommern

Neumühler Str. 22
19057 Schwerin

Antrag auf Ermächtigung zur Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Versorgung

1. Allgemeine Angaben – Antragsteller

LANR	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Titel	<input type="text"/>
Name, Vorname	<input type="text"/>										
Geburtstag	<input type="text"/>			Geburtsort	<input type="text"/>						
<input type="text"/>											
<i>Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Wohnanschrift zum Zeitpunkt der Antragstellung</i>											
<input type="text"/>						<input type="text"/>					
<i>E-Mail</i>						<i>Telefon</i>					
<input type="text"/>											
<i>Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Wohnanschrift zum Zeitpunkt der Ermächtigung</i>											
<input type="text"/>						<input type="text"/>					
<i>E-Mail</i>						<i>Telefon</i>					

2. Beantragung

Beantragt wird die **Ermächtigung zur Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung** als:

<input type="checkbox"/> ARZT
<input type="text"/>
<i>Facharztbezeichnung</i>
<input type="text"/>
<i>Schwerpunktbezeichnung/Zusatzbezeichnung</i>
<input type="checkbox"/> PSYCHOLOGISCHER PSYCHOTHERAPEUT und/oder
<input type="checkbox"/> KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUT
im nachfolgenden Richtlinienverfahren:
<input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie
<input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
<input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie

- in freier Niederlassung
- am Krankenhaus/Einrichtung
- der **Weiterbehandlung** von Asylsuchenden und Flüchtlingen nach Ablauf von 15 Monaten Aufenthalt in der BRD

Name des Krankenhauses bzw. der Einrichtung

Stellung/Funktionsbezeichnung

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort (des Krankenhauses bzw. der Einrichtung oder des Niederlassungsortes)

E-Mail

Telefon

Beginn Datum

tt.mm.jjjj

3. Fachliche Voraussetzungen

Fachkunde (Nur für Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten):

Fachkundenachweise für die unter 2. beantragten Richtlinienverfahren bitte gemäß Anlagen B und C einreichen (**nur erforderlich falls Nachweise im Arztregister noch nicht vorliegen**)

- Analytische Psychotherapie
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Verhaltenstherapie

4. Arztregister und derzeitige Tätigkeit

Arztregister

- Bereits eingetragen im Arztregister der KV (Bundesland)
- Eintragung beantragt bei der KV (Bundesland)
- Nicht eingetragen – in diesem Fall bitte Anlage B und C ausfüllen.

Derzeitige Tätigkeit

- Ohne Dienst-/Beschäftigungsverhältnis
 - Dienst-/Beschäftigungsverhältnis
als bei
 - Zugelassener Vertragsarzt/-psychotherapeut oder ermächtigter Arzt/Psychotherapeut
im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung
- Die angegebene Tätigkeit wird beendet zum tt.mm.jjjj

5. Weitere Tätigkeiten neben der beantragten Ermächtigung

- Kein** weiteres Dienst-/Beschäftigungsverhältnis
- Keine** weitere vertragsärztliche Tätigkeit
- Folgende weitere vertragsärztliche Tätigkeit – z.B. Tätigkeit als angestellter Arzt bei Vertragsarzt oder MVZ, als ermächtigter Arzt, Tätigkeit in einer Filiale, Mitwirkung in einer Berufsausübungsgemeinschaft
1. als bei
- mit folgender Betriebsstättennummer (BSNR):
- Stundenzahl**
2. als bei
- mit folgender Betriebsstättennummer (BSNR):
- Stundenzahl**
- folgende weitere Tätigkeit als angestellter Arzt z.B. in einem Krankenhaus, in einer Vorsorge-, Rehabilitationseinrichtung
- als bei
- zeitlicher Umfang in **Wochenstunden**

5. Antragsgebühr

Für die Antragstellung ist eine Gebühr gemäß § 46 Abs. 1 Ärzte-ZV in Höhe von 120 Euro zu entrichten. Diese wird Ihnen durch den Zulassungsausschuss für Ärzte und Psychotherapeuten bzw. der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern gesondert in Rechnung gestellt. **Bitte zahlen Sie erst nach Erhalt der Rechnung unter Angabe von Rechnungsnummer und Verwendungszweck. Beachten Sie bitte, dass eine Antragsbearbeitung erst nach Einzahlung der Gebühr erfolgt.**

Ich erkläre hiermit, dass ich nicht drogen- oder alkoholabhängig bin oder innerhalb der letzten fünf Jahre gewesen bin. Weiterhin erkläre ich, dass ich mich innerhalb der letzten fünf Jahre nicht einer Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen habe und dass gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufs nicht entgegenstehen.

Ich erkläre hiermit, dass ich die im Ermächtigungsbeschluss festgelegte vertragsärztliche Tätigkeit persönlich ausüben werde.


Mir ist bekannt, dass die beantragte Ermächtigung ausschließlich an meine Person gebunden ist. Entsprechend § 95 Abs. 4 SGB V habe ich für die Dauer und den Umfang der Ermächtigung die Rechte und Pflichten eines Vertragsarztes. Hierzu gehört unter anderem die Verpflichtung zur höchstpersönlichen Leistungserbringung (vgl. § 32 a Ärzte-ZV).

Aufgrund dieser Regelung ist es einem ermächtigten Arzt nicht erlaubt, diejenigen Leistungen ganz oder zum Teil anderen Ärzten zu übertragen bzw. an nachgeordnete Ärzte zu delegieren, zu denen er persönlich ermächtigt ist und die von einem Arzt zu erbringen sind. Solche Leistungen können auch dann nicht delegiert werden, wenn beispielsweise ein ermächtigter Chefarzt

seine ihm nachgeordneten Ärzte bei der Leistungserbringung persönlich anweist, anleitet und überwacht. So erbrachte Leistungen dürfen nicht abgerechnet werden, andernfalls liegt eine Falschabrechnung vor.

Mir ist bekannt, dass ein Verstoß gegen die Pflicht zur höchstpersönlichen Leistungserbringung disziplinar- und strafrechtliche Maßnahmen nach sich ziehen kann.

Ich (Antragsteller) bestätige, dass ich den Inhalt des Antrags sowie des beigefügten Anhangs mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an. Die im Anhang aufgeführten Erläuterungen sind Bestandteil dieses Antrags.

Bitte denken Sie daran, alle mit  gekennzeichneten **Nachweise als Original oder amtlich beglaubigte Kopie** dem Antrag beizulegen.

Bitte beachten Sie, dass Sie alle genehmigungspflichtigen Leistungen erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen,

- **an dem Sie die Berechtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung (Ermächtigung) durch den Zulassungsausschuss erhalten haben und**
- **an dem Ihnen für beantragte Leistungen der Genehmigungsbescheid der KVMV zugegangen ist.**

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller 

Stempel Antragsteller

Checkliste (Bitte zutreffendes ankreuzen) gekennzeichnet mit 

	<i>beigefügt</i>
1) Aufstellung über den Leistungsumfang der beantragten Ermächtigung spezifiziert nach Nummern der aktuellen Gebührenordnung mit entsprechender Begründung (Anlage A)	<input type="radio"/>
2) Tabellarische Auflistung über die bisherigen ärztlichen/psychotherapeutischen Tätigkeiten seit der Approbation mit entsprechenden Bescheinigungen, sofern Sie nicht in das Arztregister eingetragen sind oder keinen Antrag auf Eintragung in das Arztregister gestellt haben (Anlage B)	<input type="radio"/>
3) Für Antragsteller, die nicht im Arztregister eingetragen sind und auch keinen Antrag auf Eintragung gestellt haben: Erhebungsbogen (Anlage C) inkl. folgender Unterlagen im Original oder in amtlich beglaubigter Kopie (durch siegelführende Einrichtung) :	<input type="radio"/>
• Staatsexamen bzw. Abschlusszeugnis (Diplom)	<input type="radio"/>
• Approbationsurkunde	<input type="radio"/>
• Promotionsurkunde	<input type="radio"/>
• Berechtigung zum Führen der unter Punkt 2. angegebenem Facharzt-, Schwerpunkt-, Zusatzbezeichnung bzw. Fachkundenachweis	<input type="radio"/>
Für Antragsteller, die im Arztregister einer anderen Landes-KV eingetragen sind:	
• Auszug aus dem Arztregister	<input type="radio"/>
4) Schriftliche Zustimmungserklärung des Krankenhausträgers (Anlage D)	<input type="radio"/>



Anlage A

zum Antrag auf Ermächtigung zur Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Versorgung

Antragsteller

Titel

Name

Vorname

1. Leistungsumfang

Leistungsumfang (Text Ermächtigungsumfang eintragen, z.B. konsiliarische Tätigkeit, Durchführung von ... etc.)

Im Zusammenhang mit dem o.g. Leistungsumfang abrechenbare Gebührenordnungspositionen des EBM:

GOP

2. Weiterer Leistungsumfang

Im Zusammenhang mit dem o.g. Leistungsumfang abrechenbare Gebührenordnungspositionen des EBM:

GOP

Begründung für die beantragten Leistungen:



Anlage C

zum Antrag auf Ermächtigung zur Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Versorgung

Erhebung für die Hilfseintragung in das Arztregister

1. Allgemeine Angaben – Antragsteller

LANR	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Titel	<input type="text"/>	
Name, Vorname	<input type="text"/>											
Geburtsname	<input type="text"/>						Geburtstag	<input type="text"/>				
Geburtsort	<input type="text"/>					Geschlecht	<input type="radio"/> weiblich		<input type="radio"/> männlich			
Staatsangehörigkeit: Staat	<input type="text"/>					seit	<input type="text"/>		tt.mm.jjjj			
<input type="text"/>												
<i>Straße, Hausnummer, Ort der Wohnanschrift</i>												
<input type="text"/>						<input type="text"/>						
<i>Telefon</i>						<i>Fax</i>						
<input type="text"/>						<input type="text"/>						
<i>E-Mail</i>						<i>weiteres Telefon</i>						
Registrierung bei einer Kassenärztlichen Vereinigung												
Sofern Sie bereits in einem anderen KV-Bezirk als zugelassener, angestellter oder ermächtigter Arzt/Psychotherapeut tätig waren/sind, bitte hier den KV-Bezirk angeben, bei dem Sie zuletzt registriert waren/aktuell registriert sind (zur Klärung der bestehenden Fortbildungspflicht nach § 95 d SGB V)												
KV-Bezirk: <input type="text"/>												

2. Fachliche Voraussetzungen

2.1. Ausbildungsdaten des Arztes

Staatsexamen	am:	<input type="text"/>	Ort:	<input type="text"/>
		tt.mm.jjjj		
Approbation	am:	<input type="text"/>	durch:	<input type="text"/>
		tt.mm.jjjj		
Med. Promotion	am:	<input type="text"/>		
		tt.mm.jjjj		
Gebietsanerkennung(en)	am:	<input type="text"/>	als:	<input type="text"/>
		tt.mm.jjjj		
	am:	<input type="text"/>	als:	<input type="text"/>
		tt.mm.jjjj		
	am:	<input type="text"/>	als:	<input type="text"/>
		tt.mm.jjjj		

Schwerpunktbezeichnung(en)	am: <input type="text"/> tt.mm.jjjj
	als: <input type="text"/>
	am: <input type="text"/> tt.mm.jjjj
	als: <input type="text"/>
Zusatzbezeichnung(en)	<input type="text"/>
	am: <input type="text"/> tt.mm.jjjj
	<input type="text"/>
	am: <input type="text"/> tt.mm.jjjj
	<input type="text"/>
	am: <input type="text"/> tt.mm.jjjj
	<input type="text"/>
	am: <input type="text"/> tt.mm.jjjj

2.2. Ausbildungsdaten des Arztes

Abschlusszeugnis (z.B. Diplom) <i>im Studiengang Psychologie, Pädagogik, Sozialpädagogik oder gleichwertigem Studiengang</i>	am: <input type="text"/> tt.mm.jjjj
	Ort: <input type="text"/>
Approbation als Psycho- logischer Psychotherapeut	am: <input type="text"/> tt.mm.jjjj
	durch: <input type="text"/>
Approbation als Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapeut	am: <input type="text"/> tt.mm.jjjj
	durch: <input type="text"/>
Promotion	am: <input type="text"/> tt.mm.jjjj
	durch: <input type="text"/>

3. Fremdsprachen

Sprache	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> diagnosefähig
Sprache	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> diagnosefähig
Sprache	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> diagnosefähig
Sprache	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> diagnosefähig

4. Fachkundenachweis

Die konkreten Voraussetzungen für den Fachkundenachweis hängen davon ab, nach welcher Rechtsgrundlage Ihre Approbation erteilt wurde. Soweit sich diese nicht eindeutig aus Satzungen Ihrer Approbationsbehörde (z.B. Begleitschreiben zur Approbationsurkunde) ergibt, wenden Sie sich bitte zur Erteilung einer entsprechenden Bescheinigung an Ihre Approbationsbehörde.

- Approbation nach § 2 Abs. 1 PsychThG regelhafte Ausbildung an einem staatlich anerkannten Institut.

Die vertiefte Ausbildung nach § 8 Abs. 3 Nr. 1 PsychThG wurde erfolgreich abgeschlossen in:

Behandlungsverfahren

Die Fachkunde wird durch ein entsprechendes Zeugnis der Ausbildungsstätte nachgewiesen.

- Approbation nach § 2 Abs. 2 und 3 PsychThG gleichwertige im Ausland abgeschlossene Ausbildung; Ausländer aus Drittstaaten (nicht EU und EWR)

Die vertiefte Ausbildung nach § 8 Abs. 3 Nr. 1 PsychThG wurde erfolgreich abgeschlossen in:

Behandlungsverfahren

Für den Fachkundenachweis bitte die der Approbation zugrundeliegenden Zeugnisse, Bescheinigungen und Unterlagen beilegen.

- Approbation nach § 12 PsychThG Übergangsregelung (s. dazu auch Anhang zur Anlage C)

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller 

Stempel Antragsteller



Anlage D

zum Antrag auf Ermächtigung zur Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Versorgung

Erklärung zur Vorlage beim Zulassungsausschuss

Antragsteller

Titel	<input type="text"/>		
Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>

Krankenhausträger

Name	<input type="text"/>
------	----------------------

Unter Bezug auf § 116 des Fünften Buches des Sozialgesetzes, in Verbindung mit § 31 a Abs. 1 Zulassungsverordnung – für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) erklären wir, dass durch die beantragte Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung des o.g. Antragstellers die Versorgung der stationären Patienten unseres Krankenhauses nicht beeinträchtigt wird.

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

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

Ort, Datum

Unterschrift Krankenhausträger 

Stempel Krankenhausträger



Ermächtigungsantrag – Anhang – Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen

Entsprechend § 67a Abs. 3 SGB X weisen wir darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch den Zulassungsausschuss erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung Ihres Antrags führen können.

Verpflichtung zur höchstpersönlichen Leistungserbringung bei zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigten Ärzten

Den ermächtigten Ärzten ist es nicht erlaubt, diejenigen Leistungen ganz oder zum Teil anderen Ärzten zu übertragen bzw. an nachgeordnete Ärzte zu delegieren, zu denen er persönlich ermächtigt ist und die von einem Arzt zu erbringen sind. Solche Leistungen können auch dann nicht delegiert werden, wenn beispielsweise ein ermächtigter Chefarzt seine ihm nachgeordneten Ärzte bei der Leistungserbringung persönlich anweist, anleitet und überwacht. So erbrachte Leistungen dürfen nicht abgerechnet werden, andernfalls liegt eine Falschabrechnung vor. Dies kann disziplinarrechtliche Maßnahmen und sogar eine strafrechtliche Verfolgung wegen Abrechnungsbetrugs nach sich ziehen.

Die hier beschriebene vertragsärztliche Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung ergibt sich aus dem klaren Wortlaut der § 32 Abs. 1 Ärzte-ZV und wurde auch in einer Reihe von sozialgerichtlichen Entscheidungen bestätigt. Sie entspricht zudem auch dem Sinn und Zweck einer Ermächtigung.

Dieser besteht darin, bei Vorliegen einer Versorgungslücke – in der Regel in qualitativer Hinsicht – die besonderen Erfahrungen, Kenntnisse und Fähigkeiten eines bestimmten Arztes den Versicherten zugutekommen zu lassen. Es kommt also bei der Ermächtigung gerade auf die persönliche Qualifikation des ermächtigten Arztes an. Diese Zielsetzung kann aber nicht erreicht werden, wenn der ermächtigte Arzt diejenigen ärztlichen Leistungen, für die er ausdrücklich ermächtigt wurde, an einen anderen Arzt überträgt. Das ist auch der Grund dafür, dass der ermächtigte Arzt keinen Assistenten nach § 32 Abs. 2 Ärzte-ZV beschäftigen darf.

Lediglich unter den engen vertragsarztrechtlichen Voraussetzungen für eine Vertretung, d.h. nur bei Krankheit, Urlaub oder Teilnahme an ärztlicher Fortbildung oder an einer Wehrübung können die Leistungen, die von der Ermächtigung umfasst sind, von einem anderen Arzt erbracht und von dem ermächtigten Arzt abgerechnet werden. Allerdings ist bei Ermächtigungen für die Versorgung eines begrenzten Personenkreises im Sinne von § 31 Abs. 1 Buchstabe b Ärzte-ZV jede Vertretung ausgeschlossen.

Im Falle der Vertretung hat sich der ermächtigte Arzt darüber zu vergewissern, dass der Vertreter über die besonderen Qualifikationsvoraussetzungen verfügt, die für die Erbringung der jeweiligen im Ermächtigungsbeschluss genannten Leistungen erforderlich sind.

Schließlich wird in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass bei einer Verhinderung von länger als einer Woche, der ermächtigte Arzt dies der KVMV unverzüglich mitzuteilen und den ihn vertretenden Arzt zu benennen hat.

Bei Beantragung einer Ermächtigung für Asylsuchende und Flüchtlinge:

Nach § 31 Absatz 1 Satz 2 Ärzte-ZV i.d.F. der Verordnung zum Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz kann eine bedarfsunabhängige Ermächtigung zur psychiatrischen und psychotherapeuti-

schen Versorgung von schwer traumatisierten Asylsuchenden und Flüchtlingen, die sich seit 15 Monaten im Bundesgebiet aufhalten, beantragt werden.

Ziel dieser Regelung ist es, sogenannte Versorgungsbrüche zu vermeiden. Die vorliegende Regelung ermöglicht damit eine sichere und kontinuierliche psychotherapeutische und psychiatrische Weiterbehandlung durch bereits eingebundene Ärzte und Psychotherapeuten, wenn die Behandlung der betreffenden Personen in den ersten 15 Monaten erfolgt und die Therapeuten bisher über keine Berechtigung zur Erbringung von Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verfügen.