

# Erstantrag auf Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung



Ermächtigungen können nicht rückwirkend erteilt werden. Der frühestmögliche Beginn ist der Tag nach der Sitzung des Zulassungsausschusses.  
Der Antrag muss mindestens 3 Monate vor dem Sitzungstermin vollständig gestellt werden.

## I. Angaben zum Antragstellenden

Ich möchte mich neu ermächtigen lassen ab \_\_\_\_\_ („TT.MM.JJJJ“ oder „nächstmöglich“)

Titel, Vorname, Name		
Geburtsdatum und -ort		
Privatadresse	Straße, Nr.	
	PLZ	
	Wohnort	
E-Mail-Adresse		
Telefon (tagsüber erreichbar)		
Krankenhaus / Institution		
LANR		

Sind Sie bereits in einem Arztregister eingetragen?

- ☐ Nein
- ☐ Ja, und zwar:

Arztregisternummer:	
Eingetragen bei folgender KV:	
Eingetragen am:	

Nehmen Sie an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) teil?

- ☐ Nein
- ☐ Ja, ich bin Teil eines ASV-Teams

Haben Sie vertragsärztliche Tätigkeiten neben der beantragten Ermächtigung?

Arbeiten Sie z.B. angestellt in einem MVZ, einer BAG oder einer anderen Praxis?

- ☐ Nein, **keine** weiteren vertragsärztlichen Tätigkeiten
- ☐ Ja, ich habe weitere vertragsärztliche Tätigkeiten als \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_ mit folgender Stundenzahl: \_\_\_\_\_

## II. Beantragter Ermächtigungsumfang

Eine Ermächtigung kann nur erteilt werden, wenn niedergelassene Ärzte die beantragten Leistungen nicht ausreichend abdecken und ein besonderer Versorgungsbedarf besteht. Der Zulassungsausschuss benötigt von Ihnen daher eine genaue Beschreibung!

**!** Füllen Sie bitte die Anlage 1 zu diesem Antrag vollständig und so detailliert wie möglich aus.

Damit eine Bedarfsprüfung durchgeführt werden kann, werden Ihre persönlichen Daten sowie Angaben an Dritte weitergeleitet, z. B. an Obleute oder fachgleiche Vertragsärzte. Mit der Einreichung dieses Antrags erklären Sie sich mit dieser Weitergabe einverstanden.

## III. Gebühren

### Antragsgebühren

Mit der Antragsstellung wird eine Gebühr von **120 Euro** fällig (§ 46 Abs. 1 Buchst. b Ärzte-ZV).

Bitte fügen Sie Ihrem Antrag den Überweisungsbeleg bei, auf dem Ihr Name und der Verwendungszweck deutlich angegeben sind, damit die Zahlung Ihrem Antrag zugeordnet werden kann.

Bankverbindung:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank  
IBAN: DE05 3006 0601 0002 2246 66  
Verwendungszweck: Ermächtigung

**!** Ihr Antrag kann erst nach  
Entrichten der Gebühr  
verhandelt werden.

### Eintragungsgebühr

Bei Erteilung der Ermächtigung wird eine Verwaltungsgebühr von **400 Euro** für die Eintragung in das Ermächtigtenverzeichnis erhoben (§ 46 Abs. 2b Ärzte-ZV).

Diese Gebühr wird mit dem Bescheid über die Erteilung der Ermächtigung separat angefordert.

## IV. Nachweis einer Berufshaftpflichtversicherung

Sie müssen eine Versicherungsbescheinigung nach § 113 Abs. 2 VVG vorlegen, die einen ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutz gemäß § 95e Abs. 5 SGB V bestätigt.

Falls ein gleichwertiger Versicherungsschutz besteht (z. B. eine Betriebshaftpflichtversicherung, die auch die Tätigkeit in der Ermächtigung abdeckt), ist ebenfalls ein Nachweis erforderlich.

**!** Die Bescheinigung darf bei Antragstellung nicht älter als 3 Monate sein.

Wichtige Anforderungen:

- Die Versicherung muss Ihr individuelles Haftungsrisiko abdecken.
- Mindestversicherungssumme derzeit 3 Mio. Euro für Personen-/Sachschäden pro Versicherungsfall.
- Maximale Begrenzung für alle Schäden innerhalb eines Jahres darf nicht unter dem zweifachen Betrag der Mindestversicherungssumme liegen.

Ein Musterformular finden Sie hier: <https://www.kvvhb.de/praxiseinsteiger/formulare>

## V. Erklärungen und Hinweise zur Kenntnisnahme

Mit Abgabe dieses Antrages erklären Sie folgendes:

### Erklärung zur gesundheitlichen Eignung und strafrechtlichen Unbedenklichkeit

- Ich bin weder drogen- noch alkoholabhängig und war es in den letzten 5 Jahren nicht.
- In den letzten 5 Jahren habe ich keine Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit durchgeführt.
- Es gibt keine gesetzlichen Hinderungsgründe, die meine ärztliche Tätigkeit einschränken.
- Gegen mich läuft oder lief kein strafrechtliches Ermittlungsverfahren.

### Genehmigungspflichtige Leistungen

Ich bin mir bewusst, dass genehmigungspflichtige Leistungen erst dann abgerechnet werden dürfen, wenn eine Abrechnungsgenehmigung durch die KVHB vorliegt. Diese Genehmigung werde ich separat beantragen, weil sie unabhängig von der Erteilung der Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss ist.

*Hinweis: Eine Genehmigung kann nur für Leistungen erteilt werden, die Ihnen der Zulassungsausschuss genehmigt. Die KVHB (Abteilung Q/P) wird Ihnen die erforderlichen Formulare zusenden!*

### Ambulante Operationen und stationersetzende Eingriffe

Ich versichere, im Rahmen meiner Ermächtigung keine ambulanten Operationen oder sonstigen stationersetzenden Eingriffe gemäß § 115b SGB V durchzuführen und abzurechnen.

### Persönliche Ermächtigung

- Ich erkläre, dass ich die Ermächtigung **persönlich** ausüben werde (§ 32a Ärzte-ZV).
- Ich darf die Leistungen, für die ich ermächtigt werde, **nicht an andere übertragen**. Auch nicht unter Anleitung oder Überwachung. Eine Vertretung ist nur für maximal 3 Monate innerhalb von 12 Monaten und ausschließlich bei Abwesenheit aufgrund von Urlaub, Fortbildung oder Wehrdienst möglich (§ 32a Ärzte-ZV).
- Mir ist bekannt, dass ich mit der Ermächtigung die **Rechte und Pflichten eines Vertragsarztes** habe (§ 95 Abs. 4 SGB V).
- Ich trage die **Verantwortung** und **Haftung** für die persönliche Leistungserbringung und die korrekte Abrechnung.

### Datenschutz

Ich habe die Datenschutzerklärung der KV Bremen auf <https://www.kvhb.de/datenschutz> gelesen und bin damit einverstanden.

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und Erklärungen. Änderungen in den angegebenen Verhältnissen werde ich umgehend der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses mitteilen.**

---

(Ort, Datum)

---

(Unterschrift Antragsteller/in)

## VI. Für eine Antragstellung sind beizufügen:



### WICHTIG

Es müssen alle Unterlagen

3 Monate vor der angestrebten Sitzung des Zulassungsausschuss

vollständig vorliegen!

Vorher kann die Prüfung Ihres Antrages aus rechtlichen Gründen nicht beginnen.

Bitte reichen Sie mit der Antragsstellung folgende Unterlagen ein:

- ☐ Hauptformular
- ☐ Anlage 1: Beantragter Ermächtigungsumfang
- ☐ Anlage 2: Erklärung des (Krankenhaus-) Trägers
- ☐ Überweisungsbeleg über die Antragsgebühr (120 €)
- ☐ Versicherungsbescheinigung zur ausreichenden Berufshaftpflicht

Wenn Sie nicht im Arztregister eingetragen sind, benötigen wir außerdem beglaubigte Kopien von:

- ☐ Approbationsurkunde
- ☐ Staatsexamen
- ☐ ggf. Promotion
- ☐ Facharztanerkennung
- ☐ ggf. Anerkennung für eine bestimmte Teilgebiets- oder Zusatzbezeichnung



Originale können auch vor Ort in der KVHB kopiert und beglaubigt werden

## Anlage 1: Beantragter Ermächtigungsumfang

! Den Leistungskatalog des EBM finden Sie auch unter <https://www.kvhh.de/praxen/abrechnung-honorar/ebm>

Leistung, die erbracht werden soll (Bezeichnung aus dem EBM)	Gebührenordnungsposition (GOP) (Nummer im EBM)  Ggf. OPS-Schlüssel (Nach Anhang 2 EBM. Bei ambulanten OP-Leistungen mit angeben)	Wie soll die Leistung erbracht werden:  ▪ Auftragsleistung (A), ▪ Konsiliaruntersuchung (K) oder ▪ zur Mit-/Weiterbehandlung (M)	Falls für die Leistung eine Überweisung an niedergelassene Ärzte erforderlich ist:  An welche Facharztgruppe soll überwiesen werden?  (nur bei K- und M-Leistungen)
Beispiel: Behandlung von sekundär heilenden Wunden bei Patienten mit längerfristigen Wundheilungsstörungen	02310	Zur Mit- und Weiterbehandlung (M)	Pathologen

Bitte führen Sie ggf. auf einem weiteren Blatt fort.

### Werden Sie auf Überweisung durch andere Ärzte tätig?

Bitte geben Sie hier die Facharztgruppen an, von denen Sie per Überweisung in Anspruch genommen werden möchten.

---

## Anlage 1: Beantragter Ermächtigungsumfang (Fortsetzung)

Eine Ermächtigung **kann nur erteilt werden**, wenn Niedergelassene die beantragten Leistungen nicht (ausreichend) abdecken und ein besonderer Versorgungsbedarf besteht. Wir benötigen daher eine genaue Erläuterung, **warum** die beantragten Leistungen zur Sicherstellung der Versorgung **notwendig** sind.

**Ohne eine Begründung kann Ihr Antrag nicht bearbeitet werden!**

## Anlage 2: Erklärung des (Krankenhaus-) Trägers

### Zustimmungserklärung des (Krankenhaus-) Trägers gem. § 31a Abs. 2 S. 2 Ärzte-ZV:

Herr/Frau \_\_\_\_\_ arbeitet im unterzeichnenden Krankenhaus  
im Rahmen der **(teil-) stationären** Tätigkeit \_\_\_\_\_ Std./Woche.

Herrn/Frau \_\_\_\_\_ beantragt nun eine persönliche Ermächtigung,  
um an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen.

Herr/Frau \_\_\_\_\_ wird gestattet, neben der Krankenhaustätigkeit  
innerhalb der oben angegebenen Stunden im Umfang von \_\_\_\_\_ Std./Woche  
**ambulante** Ermächtigungsleistungen zu erbringen.

### Ggf. Bemerkungen:

---

---

### Erklärung des (Krankenhaus-) Trägers zu ambulanten Operationen und stationersetzenden Eingriffen:

Das Krankenhaus meldet der KV Bremen und dem Zulassungsausschuss gem. § 115b Abs. 2 Satz 2 SGB V die Erbringung von ambulant durchführbaren Operationen und sonstigen stationersetzenden Eingriffen gem. § 115b Abs. 1 SGB V und sichert zu, dass solche Leistungen im Rahmen der Ermächtigung nicht durchgeführt bzw. abgerechnet werden.



(Stempel)

---

(Ort, Datum)

---

(Unterschrift des Krankenhauses/der Institution)