

# Antrag auf Ermächtigung

## **Wichtiger Hinweis!**

**Bitte vor Ausdruck des Formulars  
den zuständigen Regierungsbezirk  
auswählen** (Ort des Praxissitzes).

- Regierungsbezirk Stuttgart
- Regierungsbezirk Karlsruhe
- Regierungsbezirk Freiburg
- Regierungsbezirk Tübingen

Hiermit beantrage ich

Name \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Titel: \_\_\_\_\_

### **Kontaktadresse:**

Straße: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon (geschäftlich): \_\_\_\_\_ Fax (geschäftlich): \_\_\_\_\_

### **Privatadresse:**

Straße: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon (privat): \_\_\_\_\_

E-Mail (privat): \_\_\_\_\_

die Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

als Facharzt für \_\_\_\_\_  
mit der/den Schwerpunktbezeichnung/en \_\_\_\_\_  
Zusatzbezeichnung/en \_\_\_\_\_

(Bei mehreren Facharzt- bzw. Schwerpunktbezeichnungen wird die oben angegebene Reihenfolge von der KVBW zur Vergabe der LANR übernommen.)

mit Wirkung vom \_\_\_\_\_.

Ich beantrage die Ermächtigung

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

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

aufgrund folgender Rechtsgrundlage

- Bestehende oder unmittelbar drohende Unterversorgung (§ 31 Abs. 1 Ziff. 1 Ärzte-ZV)
- Versorgung eines begrenzten Personenkreises z. B. Rehabilitanden (§ 31 Abs. 1 Ziff. 2 Ärzte-ZV)

- Durchführung bestimmter in einem Leistungskatalog definierter Leistungen auf Grundlage des EBM bei Erforderlichkeit zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung (§ 31 Abs. 2 Ärzte-ZV i.V.m. § 5 Abs. 1 BMV-Ä)
- Durchführung der ärztlichen Zweitmeinung (§ 31 Abs. 2 Ärzte-ZV i.V.m. § 5 Abs. 2 S. 2 BMV-Ä)
- Zytologische Diagnostik von Krebserkrankungen (§ 31 Abs. 2 Ärzte-ZV i.V.m. § 5 Abs. 2 Ziff. 1 BMV-Ä)
- Ambulante Untersuchungen und Beratungen zur Planung der Geburtsleitung im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge (§ 31 Abs. 2 Ärzte-ZV i.V.m. § 5 Abs. 2 Ziff. 2 BMV-Ä)
- Ambulante psychotherapeutische/ psychiatrische Versorgung von Empfängern laufender Leistungen nach § 2 Asylbewerberleistungsgesetz, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben (§ 31 Abs. 1 S. 2 Ärzte-ZV)
- Ambulante psychotherapeutische und psychiatrische Versorgung von Personen, die intellektuell beeinträchtigt sind, unter einer bestehenden Suchterkrankung leiden oder aufgrund eines erheblich eingeschränkten Funktionsniveau, sozial benachteiligt sind (§ 31 Abs. 1 S. 3 Ärzte-ZV)

in der Funktion als: \_\_\_\_\_

für folgende Leistungen:

---

---

---

auf Grund von Überweisungen von \_\_\_\_\_

---

Für den Fall einer Ermächtigung zur Mit- oder Weiterbehandlung und entsprechend vorliegender Überweisung soll meine Ermächtigung die Überweisungsbefugnis an folgende Fachgebiete enthalten:

---

**Die Begründung erfolgt mit einem gesonderten Schreiben.**

**Diesem Antrag sind folgende Unterlagen beigelegt:**

(Anstelle von Originalen können amtlich beglaubigte Abschriften beigelegt werden.)

- Approbationsurkunde  Nachweise zur Titelführung
  - Urkunden, aus der sich die Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung, Schwerpunkt-/Zusatzbezeichnungen ergibt
- oder
- Auszug aus dem Arztreger
  - sowie
  - schriftliche Zustimmungserklärung des Trägers der Einrichtung (siehe Anlage 1)
  - Versicherungsbescheinigung nach § 113 Absatz 2 des Versicherungsvertragsgesetzes, aus der sich das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes ergibt (siehe Anlage 2) oder Nachweis eines anderweitigen Versicherungsschutzes

### **Erklärungen:**

Ich erkläre, dass ich nicht drogen- oder alkoholabhängig bin und auch innerhalb der letzten fünf Jahre nicht gewesen bin. Innerhalb der letzten fünf Jahre habe ich mich keiner Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen. Bei mir bestehen keine gesetzlichen Hinderungsgründe für die Ausübung des ärztlichen Berufes.

Ich erkläre hiermit ausdrücklich, dass ich ausreichend darüber informiert bin, dass die von mir beantragte Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung nach den geltenden gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen von mir selbst **persönlich** auszuüben ist.

Ich erkläre, dass ich mit der Weiterleitung meiner persönlichen Daten an Dritte im Rahmen der Prüfung durch den Zulassungsausschuss für Ärzte zu meinem Antrag auf Ermächtigung zur Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung einverstanden bin.

---

(Ort und Datum)

---

(Unterschrift Antragssteller)

### **Hinweis:**

Für diesen Antrag wird eine Gebühr in Höhe von EUR 120,00 fällig. Mit der Antragsbestätigung werden wir Ihnen eine Buchungsnummer mitteilen. Bitte überweisen Sie die Gebühr nur unter Angabe dieser Buchungsnummer.

Der Zulassungsausschuss für Ärzte ist bei einem Antrag auf Ermächtigung zur Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung verpflichtet eine umfassende Prüfung vornehmen. Hierzu werden u. a. Stellungnahmen der Verfahrensbeteiligten (Kassenärztliche Vereinigung, Verbände der Krankenkassen) und sonstiger Betroffener zum Bedarf eingeholt. Eine Übermittlung der persönlichen Daten der Einrichtung (Name, Berufsbezeichnung, Ort der Tätigkeit, Antragsinhalt etc.) an Dritte ist aus datenschutzrechtlichen Gründen ohne Ihre Einwilligung unzulässig. Ohne Ihre Einwilligung kann jedoch in der Regel die Erforderlichkeit sowie der Umfang einer Ermächtigung nicht beurteilt werden.

## Zustimmungserklärung des Trägers der Einrichtung

**Ermächtigung gemäß § 31 Ärzte-ZV eines Arztes, der in einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung, stationären Pflegeeinrichtung, Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation tätig ist**

Voraussetzung für eine entsprechende Ermächtigung eines Arztes ist die schriftliche Zustimmung des Trägers der Einrichtung, in der der Arzt tätig ist. Durch diese Erklärung bestätigt der Träger des Krankenhauses bzw. der Einrichtung das Vorliegen einer entsprechenden Zustimmung für:

Herrn/Frau \_\_\_\_\_

in der Eigenschaft als \_\_\_\_\_ der

Klinik/ Einrichtung \_\_\_\_\_

Dem Träger ist bekannt, dass

- der ermächtigte Arzt die vertragsärztliche Tätigkeit **persönlich** in eigener Sprechstunde ausüben muss und diese nicht in Form einer „Institutsambulanz“ betrieben werden kann,
- eine Vertretung des ermächtigten Arztes durch nachgeordnete Ärzte **nur** bei Krankheit, Urlaub oder Teilnahme an ärztlicher Fortbildung oder an einer Wehrübung erfolgen kann. Der Vertreter muss über eine Berechtigung zum Führen der Fachgebiete-/ Schwerpunktbezeichnung im entsprechenden Fachgebiet bzw. Schwerpunkt, für das/den die Ermächtigung ausgesprochen worden ist, verfügen,
- eine Vertretung des ermächtigten Arztes ist ausgeschlossen, sofern es sich um eine Ermächtigung zur Versorgung eines begrenzten Personenkreises handelt,
- 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 § 32a Ärzte-ZV) der mit der Ermächtigung verfolgte Zweck nicht erreicht wird.

---

(Ort und Datum)

---

(Unterschrift/Stempel  
Träger Krankenhaus/Einrichtung)

Anlage 2

**Versicherungsbescheinigung gemäß § 113 Abs. 2 VVG i.V.m. § 95e SGB V**  
**über das Bestehen eines Berufshaftpflichtversicherungsschutzes für**  
**ermächtigte Ärzte und Psychotherapeuten**

Name des ermächtigten Arztes/Psychotherapeuten: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Versicherungsschein-Nr.: \_\_\_\_\_

Versicherungsunternehmen: \_\_\_\_\_

Hiermit bestätigen wir, dass bei uns für den ermächtigten Arzt/Psychotherapeuten eine § 95e Abs. 5 Satz 1, Abs. 2 SGB V entsprechende Pflichtversicherung gegen die sich aus der Berufsausübung als ermächtigter Vertragsarzt bzw. Vertragspsychotherapeut ergebenden Haftpflichtgefahren besteht.

Die Versicherungssumme<sup>1</sup> beträgt EUR \_\_\_\_\_<sup>2</sup> für Personen- und Sachschäden für jeden Versicherungsfall. Die Leistungen für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden sind nicht weiter als nach § 95e SGB V zulässig begrenzt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
(Faksimilierte) Unterschrift des Versicherungsunternehmens

<sup>1</sup> Die Mindestversicherungssumme beträgt nach § 95e Abs. 5 Satz 2, Abs. 2 SGB V mindestens drei Millionen Euro für Personen- und Sachschäden für jeden Versicherungsfall. Die Leistungen des Versicherers für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden dürfen nicht weiter als auf den zweifachen Betrag der Mindestversicherungssumme begrenzt werden.

<sup>2</sup> Anzugeben ist die tatsächliche Versicherungssumme.