

# 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 vertragspsychotherapeutischen Versorgung als

- Psychologischer Psychotherapeut       Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

im Richtlinienverfahren

- Verhaltenstherapie  
 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie  
 Analytische Psychotherapie  
 Systemische Therapie

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)
- Ambulante psychotherapeutische 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)

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

für folgende Leistungen:

---

---

---

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

---

oder

- in Form der unmittelbaren Inanspruchnahme.

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

**Diesem Antrag sind folgende Unterlagen beigefügt:**

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

- Approbationsurkunde
- Nachweis zur Titelführung
- Nachweis Richtlinienverfahren

oder

- Auszug aus dem Arztregister
- 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 vertragspsychotherapeutischen 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 vertragspsychotherapeutischen 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 vertragspsychotherapeutischen 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 §§ 1 Abs. 3, Ziff. 1, 31 Ärzte-ZV eines Psychotherapeuten, der in einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung, stationären Pflegeeinrichtung, Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation tätig ist**

Voraussetzung für eine entsprechende Ermächtigung eines Psychotherapeuten ist die schriftliche Zustimmung des Trägers der Einrichtung, in der der Psychotherapeut 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 Psychotherapeut die vertragspsychotherapeutische Tätigkeit **persönlich** in eigener Sprechstunde ausüben muss und diese nicht in Form einer „Institutsambulanz“ betrieben werden kann,
- die Ermächtigung widerrufen werden kann, wenn nachträglich durch einen in der Person des Psychotherapeuten 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.