

Zulassungsausschuss
c/o KV RLP
Hauptverwaltung Mainz
Isaac-Fulda-Allee 14
55124 Mainz

Antrag auf Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Die männliche Form schließt die weibliche mit ein.

■ Personalien

Titel/Vorname/Name

Geburtsdatum

PLZ/Ort/Straße

Telefon

Telefax

E-Mail

■ Die Ermächtigung wird beantragt (bitte Zutreffendes ankreuzen):

- gemäß § 31a Ärzte-ZV als Arzt zur Deckung von Versorgungslücken im niedergelassenen Bereich (bitte begründen)

Krankenhaus

Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung

stationäre Pflegeeinrichtung

– bitte Name und Anschrift des Krankenhauses bzw. der Einrichtung angeben

- gemäß § 31 Abs. 1 Ärzte-ZV als Arzt zur Abwendung einer bestehenden oder drohenden Unterversorgung oder zur Deckung eines festgestellten lokalen Versorgungsbedarfs oder zur Versorgung eines begrenzten Personenkreises (bitte begründen)

Krankenhaus

Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung

stationäre Pflegeeinrichtung

Einrichtung der beruflichen Rehabilitation

– bitte Name und Anschrift des Krankenhauses bzw. der Einrichtung angeben

- gemäß § 31 Abs. 1 Ärzte-ZV als Einrichtung zur Abwendung einer bestehenden oder drohenden Unterversorgung oder zur Deckung eines festgestellten lokalen Versorgungsbedarfs oder zur Versorgung eines begrenzten Personenkreises (bitte begründen) mit nachfolgend genannten Ärzten (Eintragung im Arztregister liegt vor (Nachweis beifügen) bzw. wird beantragt)

Krankenhaus

Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung

stationäre Pflegeeinrichtung

Einrichtung der beruflichen Rehabilitation

– bitte Name und Anschrift des Krankenhauses bzw. der Einrichtung angeben

Ärzte die im Rahmen der Ermächtigung Leistungen erbringen werden:

- | | | |
|----|--------------------|------------|
| 1. | _____ | _____ |
| | Titel/Vorname/Name | Fachgebiet |
| 2. | _____ | _____ |
| | Titel/Vorname/Name | Fachgebiet |
| 3. | _____ | _____ |
| | Titel/Vorname/Name | Fachgebiet |
| 4. | _____ | _____ |
| | Titel/Vorname/Name | Fachgebiet |
| 5. | _____ | _____ |
| | Titel/Vorname/Name | Fachgebiet |

- gemäß § 31 Abs. 2 Ärzte-ZV iVm Bundesmantelvertrag als Arzt zur Teilnahme am Mammographie-Screening

Screening-Einheit

– bitte Name und Anschrift angeben

- gemäß § 31 Abs. 2 Ärzte-ZV iVm Bundesmantelvertrag als Arzt bzw. nephrologische Schwerpunkt-
abteilung (§ 11 bzw. § 11a BMV-Ä) im Rahmen der Dialyse

Krankenhaus

– bitte Name und Anschrift angeben

- gemäß § 31 Abs. 2 Ärzte-ZV iVm Bundesmantelvertrag als Arzt zur Teilnahme am Zweitmeinungs-
verfahren für nachfolgend genannte/n Eingriff/e

Krankenhaus | Ort der Leistungserbringung

– bitte Name und Anschrift angeben

- gemäß § 119b SGB V als stationäre Pflegeeinrichtung mit nachfolgend genannten Ärzten (Eintragung
im Arztregister liegt vor (Nachweis beifügen) bzw. wird beantragt)

Stationäre Pflegeeinrichtung

– bitte Name und Anschrift angeben

Ärzte die im Rahmen der Ermächtigung Leistungen erbringen werden:

- | | | |
|----|--------------------|------------|
| 1. | _____ | _____ |
| | Titel/Vorname/Name | Fachgebiet |
| 2. | _____ | _____ |
| | Titel/Vorname/Name | Fachgebiet |
| 3. | _____ | _____ |
| | Titel/Vorname/Name | Fachgebiet |
| 4. | _____ | _____ |
| | Titel/Vorname/Name | Fachgebiet |
| 5. | _____ | _____ |
| | Titel/Vorname/Name | Fachgebiet |

Die Ermächtigung wird ab

Datum

beantragt.

■ Erklärung

Ich erkläre, dass ich nicht drogen- oder alkoholabhängig bin oder innerhalb der letzten fünf Jahre gewesen bin.
Ich habe mich nicht innerhalb der letzten fünf Jahre einer Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängig-
keit unterzogen.

Gesetzliche Hinderungsgründe stehen der Ausübung des ärztlichen Berufes nicht entgegen.

Ich nehme an der Bestimmung nach § 116b SGB V alte Fassung für das Krankenhaus

Name des Krankenhauses

für das Krankheitsbild

Name des Krankheitsbildes

teil.

Folgende erforderliche Unterlagen sind beigelegt bzw. beantragt:

- Auszug aus dem Arzt-/Psychotherapeutenregister (sofern nicht im Arztregister der KV RLP eingetragen) im Original oder als beglaubigte Abschrift
- oder
- Antrag auf Eintragung in das Arzt-/Psychotherapeutenregister
- aktueller unterschriebener Lebenslauf
- Zustimmungserklärung des Krankenhausträgers bzw. des Trägers der Einrichtung zur beantragten Ermächtigung
- Führungszeugnis zur Vorlage bei einer Behörde nach § 30 Abs. 5 BZRG
- Erweitertes Führungszeugnis zur Vorlage bei einer Behörde nach § 30a BZRG
- Nachweis des Bestehens eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes gemäß § 95e SGB V durch Vorlage einer Versicherungsbescheinigung nach § 113 Abs. 2 VVG

Hinweis zur Beantragung eines Erweiterten Führungszeugnisses

- Für die Zulassung, Anstellung oder Ermächtigung als Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut bzw. Psychotherapeut, der ausschließlich Kinder und Jugendliche behandelt, ist die **Vorlage eines Erweiterten Führungszeugnisses erforderlich**.

Die Voraussetzungen nach § 30a Abs. 1 BZRG sind erfüllt.

- Bitte legen Sie der Meldebehörde neben Ihrem Ausweisdokument und der beiliegenden Bescheinigung zudem die Facharzturkunde vor. Damit kann die Meldebehörde nachvollziehen, dass die Zulassung für das entsprechende Fachgebiet beantragt wird. Lassen Sie das Führungszeugnis an folgende Anschrift senden:

Zulassungsausschuss
c/o Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz
Isaac-Fulda-Allee 14
55124 Mainz

- Formular Beantragung von genehmigungspflichtigen Leistungen

Ich versichere die Richtigkeit der vorstehenden Angaben. Mir ist bekannt, dass ich im Rahmen einer Ermächtigung zur **persönlichen** Leistungserbringung verpflichtet bin.

Datum

Unterschrift des Antragstellers

Hinweise

- Über die zu entrichtende Antragsgebühr in Höhe von € 120,00 erhalten Sie eine separate Rechnung.
- Eine Entscheidung über Ihren Antrag beim zuständigen Zulassungsausschuss (ZA) ist nur möglich, wenn die Antragsunterlagen **rechtzeitig (mindestens zwölf Wochen)** vor der nächsten Sitzung des ZA vorliegen. Andernfalls kann unter Umständen Ihr Antrag in der nächsten Sitzung des ZA nicht entschieden werden.

Bescheinigung zur Beantragung eines Führungszeugnisses zur Vorlage bei einer Behörde nach § 30 Abs. 5 BZRG bzw. eines Erweiterten Führungszeugnisses nach § 30a BZRG

Hiermit bescheinigt die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz, Körperschaft des öffentlichen Rechts, dass die Vorlage des Führungszeugnisses zur Vorlage bei einer Behörde nach § 30 Abs. 5 BZRG bzw. § 30a BZRG zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 18 Ärzte-ZV erforderlich ist.

Wir bitten um entsprechende Übersendung an:

Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz
Hauptverwaltung Mainz
Isaac-Fulda-Allee 14
55124 Mainz

für

Titel, Vorname, Name

Geburtsdatum

wohnhaft

Ausweisnummer

Merkblatt für ermächtigte Ärzte zur Frage der persönlichen Leistungserbringung

Aufgrund der Regelungen der Zulassungsverordnung (Ärzte-ZV) sowie des V. Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) sind auch die ermächtigten Ärzte zur persönlichen Leistungserbringung verpflichtet.

Gegenüber dem niedergelassenen Vertragsarzt wirkt diese Verpflichtung bei ermächtigten Vertragsärzten noch sehr viel stärker, da sie nach den Bestimmungen der Ärzte-ZV kein Recht haben, im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung Assistenten zu beschäftigen. Die Bestimmung des § 32 a Ärzte-ZV sieht für den ermächtigten Arzt nur die Vertretungsmöglichkeit vor, wenn dieser bei Urlaub, Krankheit oder Teilnahme an ärztlicher Fortbildung oder an einer Wehrübung abwesend ist. Die Möglichkeit einen Assistenten zu beschäftigen, wie sie in § 32 Abs. 2 Ärzte-ZV für den niedergelassenen Vertragsarzt als Ausnahme zu der Verpflichtung der persönlichen Leistungserbringung festgehalten wird, wird dem Ermächtigten explizit nicht zugestanden.

Des Weiteren greifen Ermächtigungen ihrem Sinn und Zweck nach auf die **persönlichen** medizinischen Kenntnisse und ärztlichen Fähigkeiten des besonders qualifizierten Krankenhausarztes zurück. Diese Kenntnisse und Fähigkeiten sollen den gesetzlich Krankenversicherten zur Verfügung gestellt werden. Ermächtigungen bestehen heute im Wesentlichen nur noch aus qualitativ speziellen Gründen. Da Ermächtigungen nur noch aufgrund dieser speziellen Kenntnisse und Fähigkeiten des Arztes erteilt werden, hat er die Leistung auch **höchstpersönlich** (eigenhändig) zu erbringen.

Da Leistungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) in seiner aktuellen Version **nicht teilbar** sind, ist auch eine Aufspaltung einer Leistung beispielsweise in die technische Erbringung (durch einen nachgeordneten Arzt) und die Befundbewertung (durch den ermächtigten Arzt) nicht zulässig.

Wir bitten Sie, diese Grundsätze bei der Durchführung Ihrer Ermächtigung peinlichst genau zu beachten. Vorsorglich müssen wir darauf hinweisen, dass eine Missachtung nicht nur den Verlust von Vergütungsansprüchen bzw. das Erheben von Rückerstattungsansprüchen der KV, sondern auch ein Disziplinarverfahren, den Entzug der Ermächtigung oder einen strafrechtlich relevanten Betrugsverdacht nach sich ziehen können.

Genehmigungspflichtigen Leistungen für Ärzte sowie Psychologische Psychotherapeuten

Das ergänzende Formular „Genehmigungspflichtigen Leistungen“ finden Sie ab sofort eigenständig auf unserer Homepage www.kv-rlp.de wie folgt:

- ⇒ Im Bereich PRAXIS > Praxisorganisation > Formulare > unter dem Buchstaben G
- ⇒ Oder unter der Suchfunktion die Webcode-Ziffern 876243

siehe hier:



Formulare

Auf dieser Seite finden Sie gesammelt die Formulare der KV RLP und ihrer Partner, darunter auch Anträge und Vorlagen.

A B C D E F **G** H I J K L M N O P Q R S T U V W Z

Übersicht

Gastrointestinale Tumore und Tumore der Bauchhöhle	▼
Genehmigungspflichtige Leistungen	▼
Genehmigungspflichtige Leistungen	▲
▶ Genehmigungspflichtige Leistungen Fachgruppen	
▲ Element schließen	

Wir bitten um Beachtung. Vielen Dank.