



Antrag auf **Ermächtigung** zur Teilnahme an der
vertragstherapeutischen Versorgung **am Krankenhaus**

Antragsteller:

Name:	
Vorname:	
Titel (akad. Grad):	

Geboren am:		in:	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> Männlich	<input type="checkbox"/> Weiblich	<input type="checkbox"/> Divers
Staatsangehörigkeit:			

Privatanschrift:

PLZ:		Ort:		
Straße:			Hausnummer:	

Telefon:		FAX:	
-----------------	--	-------------	--

E-Mail:	
----------------	--

BSNR:	
--------------	--

- Psychologische(r) Psychotherapeut(in)
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut(in)
- Ärztliche(r) Psychotherapeut(in)
- Facharzt(ärztin) für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Facharzt(ärztin) für Psychotherapeutische Medizin

Angaben zur beantragten Ermächtigung

Name des Krankenhauses
/ der Einrichtung:

ggf. Unterabteilung:

Anschrift:

PLZ:

Ort:

Straße:

Hausnummer:

BSNR:

Bei Übernahme einer bestehenden Ermächtigung

Wird die Ermächtigung eines anderen Therapeuten übernommen:

- nein
 ja

Name:

Vorname:

Titel (akad. Grad):

- Die Verzichtserklärung liegt bereits vor bzw. ist als Anlage beigefügt.

Die Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung nach § 31 Ärzte-ZV wird wie folgt beantragt: (ggf. als Anlage beifügen)

Ich beantrage die Ermächtigung

- erstmalig, zur Erbringung der nachstehend aufgeführten Leistungen.
 in dem bisher vom Zulassungsausschuss ausgesprochenen Leistungsumfang.
 zu erweitern. Die Gebührenordnungspositionen sind nachstehend aufgeführt.

Hinweis für Anträge auf Erweiterung der Ermächtigung.

Sofern die bestehende Ermächtigung innerhalb der nächsten 9 Monate abläuft empfehlen wir Ihnen, die erneute Ermächtigung zeitgleich zu beantragen.

Wirkungsdatum:

Leistungsbezeichnung nach EBM	GOP/SNR				

Für Gruppentherapien oder andere außerordentlichen Leistungen müssen die entsprechenden Nachweise der Therapeuten beigefügt werden.

Antragsbegründung, die im Wesentlichen Ausführungen darüber enthalten sollte, dass die beantragte Ermächtigung im Hinblick auf eine ausreichende vertragspsychotherapeutische Versorgung der Versicherten notwendig ist (ggf. als Anlage beifügen).

nur bei erstmaliger Antragstellung erforderlich: Angaben zur Person:

jetzige Tätigkeit:	
künftige Funktion:	
Arzt/Psychotherapeutenregistereintragung liegt vor:	
Falls ja: Angabe der Kassenärztlichen Vereinigung	

Sofern eine Arzt-/Psychotherapeutenregistereintragung vorliegt ist eine Angabe der Daten unter „Ausbildung“ und „Weiterbildung“ nicht erforderlich. Nach Registereintragung erworbene Weiterbildungen ggf. ergänzen.

Ausbildung:

	in / durch:	Datum:
Staatsexamen:		
deutsche Approbation:		
Berufserlaubnis:		
Med. Promotion:		

Weiterbildung:

Therapeut:	Genaue Bezeichnung:	Prüfung am / Anerkennung am:
Diplom als:		
Anerkennung als:		
Richtlinienverfahren:		
Zusatzbez. Klinische Neuropsychologie		

Arzt:	Genaue Bezeichnung:	Prüfung am / Anerkennung am:
Facharztanerkennung als:		
Schwerpunkt-bezeichnung:		
Fakultative Weiterbildung:		
Besondere Fachkunde:		
Zusatzbezeichnung:*		
Zusatzweiterbildung:		
Richtlinienverfahren:		

*Zusatzbezeichnung fachgebunden: ja

nein

Angaben über die psychotherapeutische Tätigkeit vom Zeitpunkt der Approbation bis zum Tage der Antragstellung

von	bis	Ort	Einrichtung	Stellung/Funktion

Erklärung über die Verpflichtung zur persönlichen Leistungserbringung

Der zur Teilnahme an der vertragstherapeutischen Versorgung ermächtigte Arzt/ Psychotherapeut hat die in dem Ermächtigungsbeschluss bestimmte vertragstherapeutische Tätigkeit persönlich auszuüben¹. Eine Vertretung bei genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen einschließlich der probatorischen Sitzungen ist grundsätzlich unzulässig². Im Übrigen kann sich der ermächtigte Arzt/Psychotherapeut bei Krankheit, Urlaub oder Teilnahme an ärztlicher Fortbildung oder an einer Wehrübung innerhalb von 12 Monaten bis zur Dauer von 3 Monaten vertreten lassen³. Darüber hinausgehend besteht keine Befugnis, dass der im stationären Bereich zuständige Vertreter den ermächtigten Krankenhausarzt/-psychotherapeuten auch bei seiner vertragstherapeutischen Tätigkeit vertritt.

Bei Durchführung der im Ermächtigungsbeschluss bestimmten Tätigkeit ist zwischen höchstpersönlichen (nicht delegierbaren) Leistungen des Arztes/ Psychotherapeuten und den Hilfeleistungen anderer Personen, die von dem Arzt/Psychotherapeut angeordnet und von ihm zu verantworten sind, zu differenzieren⁴. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband haben in der Vereinbarung über die Delegation ärztlicher/ psychotherapeutischer Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten Versorgung nach § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V⁵ beispielhaft festgelegt, bei welchen Tätigkeiten nichtärztliche Mitarbeiter ärztliche/psychotherapeutische Leistungen erbringen können und welche Anforderungen an die Erbringung zu stellen sind. Das Delegieren von Leistungen an ärztliches/psychotherapeutisches Personal ist nicht zulässig, da die Beschäftigung von Assistenten und angestellten Ärzten/ Psychotherapeuten für ermächtigte Ärzte/Psychotherapeuten gesetzlich nicht vorgesehen ist⁶. Psychotherapeutische Leistungen können auch dann nicht delegiert werden, wenn der ermächtigte Arzt/Psychotherapeut andere Ärzte/ Psychotherapeuten bei der Leistungserbringung persönlich anweist, anleitet und überwacht. Die Kontrolle einer von anderen Ärzten/Psychotherapeuten vorgenommenen Befundung ist ebenfalls nicht ausreichend.

¹ § 15 Abs. 1 S. 1 SGB V, § 32a S. 1 Ärzte-ZV, § 15 Abs. 1 S. 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)

² § 14 Abs. 3 S. 1 BMV-Ä

³ § 32a S. 2 Ärzte-ZV

⁴ §§ 15 Abs. 1 S. 2, 28 Abs. 1 SGB V

⁵ Anlage 24 zum BMV-Ä

⁶ vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 21.03.2018, Az. B 6 KA 47/16 R

Im Rahmen der ermächtigten Tätigkeit dürfen Leistungen entgegen den dargestellten Grundsätzen nicht erbracht werden. Werden sie erbracht und zur Abrechnung gebracht, so ist die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe zur sachlich-rechnerischen Berichtigung dieser Leistungen verpflichtet.

- Ich habe von diesen Verpflichtungen Kenntnis genommen und werde sie in der Ausübung der Tätigkeit im Rahmen des Ermächtigungsbeschlusses beachten.

Erklärung hinsichtlich Drogen- und Alkoholabhängigkeit

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

Erklärung zur Datenerhebung:

- Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe nach § 285 Abs. 1 SGB V die vorstehenden Daten zu meiner Person zur Durchführung des beantragten Verwaltungsverfahrens erhebt. Änderungen bzgl. der erhobenen Daten werde ich der KVWL mitteilen.

Antragsgebühr

- Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass die nach § 46 Ärzte-ZV entstandene(n) Gebühr(en) in Höhe von 120,00 EUR von der Vertragsabrechnung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe dem Konto der Buchhaltung gutgeschrieben wird.

Sofern eine Erstermächtigung beantragt wird, ist eine Abbuchung der 120,00 EUR von der Vertragsabrechnung nicht möglich. Daher wird um Überweisung der Antragsgebühr gebeten.

Die Antragsgebühr nach § 46 Ärzte-ZV in Höhe von 120,00 EUR wurde an die Kassenärztlichen Vereinigung überwiesen am:

(Konto: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Dortmund, IBAN DE82 3006 0601 0002 6131 23, BIC DAAEDEDXXX)

Nach § 38 Ärzte-ZV wird über den Antrag erst nach Entrichtung der nach § 46 Ärzte-ZV zu zahlenden Gebühr verhandelt.

Anlagen

- Die Zustimmungserklärung des Krankenhausträgers liegt als Anlage bei.
- Der Nachweis einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung nach § 113 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes ist als Anlage beigefügt.
- Der Nachweis einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung nach § 113 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes ist nicht erforderlich. Es besteht ein ausreichender Versicherungsschutz durch den Krankenhausträger.

(Informationen hierzu finden Sie in den Erläuterungen zum Antrag.)

Urkunden der aufgeführten Weiterbildungen sowie der deutschen Approbation (bzw. Genehmigung zur Ausübung des ärztlichen/psychotherapeutischen Berufes auf Grundlage der Bestimmungen der Bundesärzteordnung)

- liegen im Original als Anlage bei.
- liegen als amtlich beglaubigte Kopien als Anlagen bei.
- wurden im Rahmen der Arztregistereintragung bereits vorgelegt. Eine Fotokopie des Arztregisterauszeuges liegt als Anlage bei.

Bitte beachten Sie die [Erläuterungen](#) zu der Antragsstellung und unsere [Antragsfristen](#).

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Anlage zum Antrag auf Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung - vom Träger der Einrichtung auszufüllen -

Angaben zum Antragsteller	
Name:	
Vorname:	
Titel (akad. Grad):	
Name der Einrichtung:	

Anschrift:

PLZ:		Ort:	
Straße:		Hausnummer:	

Funktion: Chefarzt / Leitender Arzt / Oberarzt	
Beschäftigungsumfang: (wöchentl. Arbeitszeit gem. Arbeits-/Dienstvertrag)	

Angaben zur Einrichtung	
Zu betreuende Bettenanzahl:	
Radiologie am Haus? Ja/nein	
Falls ja: Name:	
Falls nein: wer ist für die Radiologie verantwortlich?	
Labor am Haus? Ja/nein	
Falls ja: Name:	
Falls nein: wer ist für das Labor verantwortlich?	
Führt bereits ein anderer Arzt am Haus die beantragten Leistungen ambulant durch?	
Falls ja: Name: Ggf. wird um Übersendung einer entsprechenden Verzichtserklärung gebeten.	

Zustimmungserklärung

- Der Umfang der vom o. g. Arzt/Therapeut beantragten Ermächtigung ist der Einrichtung bekannt. Entsprechend den Bestimmungen des § 31 a Abs. 2 Ärzte-ZV erklären wir unser Einverständnis zu der beantragten Ermächtigung.

Erklärung zur Berufshaftpflichtversicherung:

(Bitte beachten Sie die Erläuterungen zum Antrag!)

- Für die Tätigkeit im Rahmen der Ermächtigung besteht ein ausreichender Haftpflichtversicherungsschutz durch den Krankenhausträger.
- Das Haftungsrisiko für die Tätigkeit im Rahmen der Ermächtigung ist durch eine persönliche Berufshaftpflichtversicherung des Antragstellers versichert.

(Ort, Datum)

Stempel und Unterschrift der Verwaltung