

Achtung:

Die Seiten 1-5 des Antrages aufgrund der elektronischen Erfassung bitte **nur komplett** einreichen !! Andernfalls ist eine Bearbeitung nicht möglich.

An die
Geschäftsstelle des
Zulassungsausschusses der
Ärzte und Krankenkassen
Zulassungsbezirk _____
Robert-Schimrigk-Str. 4-6
44141 Dortmund

Antrag auf Ermächtigung

zur ambulanten psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Empfängern laufender Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben

1. Antragsteller

Titel (akad. Grad), Name Vorname - nur Rufname lt. Geburtsurkunde -

Geburtsdatum Geburtsort (Gemeinde, Land)

Geschlecht Familienstand Staatsangehörigkeit

Wohnort (Straße, Nr., PLZ, Ort, Tel.-Nr., Fax-Nr.)

Fachgebiet: _____

2. Ich beantrage die Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

Praxis	
	(Straße, Nr.)
	(PLZ, Ort, Ortsteil, Tel.-Nr., Fax-Nr.)

Erstermächtigung

in dem bisher vom Zulassungsausschuss ausgesprochenen Leistungsumfang

bitte entsprechend ankreuzen

Antragsbegründung:

(die im Wesentlichen Ausführungen darüber enthalten soll, worauf sich Ihre Auffassung stützt, dass die beantragte Ermächtigung im Hinblick auf eine ausreichende vertragsärztliche Versorgung der Empfänger laufender Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes notwendig ist)

3. Angaben zur Person:

- Staatsexamen am _____ in _____
- Approbation am _____ durch _____
- Med. Promotion am _____ durch _____
- Facharztanerkennung/Schwerpunktbezeichnung/Zusatzbezeichnung gemäß Weiterbildungsordnung

am _____ als _____

am _____ als _____

am _____ als _____

- Eintragung in einem Arztregister ? AR-Stelle _____ Nr. _____

jetzige Tätigkeit: _____

künftige Funktion: _____

**Sofern keine deutsche Approbation vorliegt, bitte amtlich beglaubigte Kopie der Genehmigung zur Ausübung des ärztlichen Berufes auf der Grundlage der Bestimmungen der Bundesärzteordnung beifügen.
Urkunden sind im Original bzw. amtlich beglaubigter Kopie vorzulegen.**

Nachweis über die ärztliche Tätigkeit (vom Zeitpunkt des Staatsexamens bis zum Tage der Antragstellung)

von	bis	Ort	Krankenhaus od. Praxis	Fachgebiet

vorgesehene Sprechzeiten:

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	vormittags von - bis	nachmittags von - bis

Änderungen in den vorgenannten Angaben sind unverzüglich dem Zulassungsausschuss mitzuteilen.

Die Erhebung der Daten erfolgt auf der Grundlage des § 31 Ärzte-ZV

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes

Tag des Eingangs des Antrages
(von der Geschäftsstelle auszufüllen)

Geschäftsstelle des
 Zulassungsausschusses der Ärzte
 und Krankenkassen für den
 Regierungsbezirk _____
 Robert-Schimrigk-Straße 4 - 6
 44141 Dortmund

Antragsteller

Ort:

Antrag auf Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

Hiermit beantrage ich die Ermächtigung gemäß § 31 Ärzte-ZV zur Erbringung folgender Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ab

Leistungskatalog
 (bitte Gebührennummern gemäß EBM angeben)

Gebührennummer	Leistungsbezeichnung nach EBM

Stempel bzw. Druckschrift

Erklärung über die Verpflichtung zur persönlichen Leistungserbringung

Der zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigte Arzt hat die in dem Ermächtigungsbeschluss bestimmte vertragsärztliche Tätigkeit persönlich auszuüben¹. Bei Krankheit, Urlaub oder Teilnahme an ärztlicher Fortbildung oder an einer Wehrübung kann sich der ermächtigte Arzt innerhalb von 12 Monaten bis zur Dauer von 3 Monaten vertreten lassen². Darüber hinausgehend besteht keine Befugnis, dass der im stationären Bereich zuständige Vertreter den ermächtigten Krankenhausarzt auch bei seiner vertragsärztlichen Tätigkeit vertritt.

Bei Durchführung der im Ermächtigungsbeschluss bestimmten Tätigkeit ist zwischen höchstpersönlichen (nicht delegierbaren) Leistungen des Arztes und den Hilfeleistungen anderer Personen, die von dem Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten sind, zu differenzieren³. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband haben in der Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten Versorgung nach § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V⁴ beispielhaft festgelegt, bei welchen Tätigkeiten nichtärztliche Mitarbeiter ärztliche Leistungen erbringen können und welche Anforderungen an die Erbringung zu stellen sind.

Das Delegieren von Leistungen an ärztliches Personal ist nicht zulässig, da die Beschäftigung von Assistenten und angestellten Ärzten für ermächtigte Ärzte gesetzlich nicht vorgesehen ist.⁵ Ärztliche Leistungen können auch dann nicht delegiert werden, wenn der ermächtigte Arzt andere Ärzte bei der Leistungserbringung persönlich anweist, anleitet und überwacht. Die Kontrolle einer von anderen Ärzten vorgenommenen Befundung ist ebenfalls nicht ausreichend.

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.

Ort und Datum

Unterschrift

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

² § 32a S. 2 Ärzte-ZV

³ §§ 15 Abs. 1 S. 2, 28 Abs. 1 SGB V

⁴ Anlage 24 zum BMV-Ä

⁵ vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 21.03.2018, Az. B 6 KA 47/16 R

Name (Stempel oder Druckbuchstaben)

Erklärung

im Sinne von §§ 20, 21 Ärzte-ZV

Des Weiteren erkläre ich, 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.

Ort, Datum

Unterschrift

Erläuterungen für die Antragstellung

Dem Antrag auf Erstermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung sind folgende Unterlagen beizufügen:

- Antragsformular (liegt im Vordruck bei)
- Erklärung des Antragstellers hinsichtlich Drogen- oder Alkoholabhängigkeit gemäß § 18 Absatz 2 Buchstabe e Ärzte-ZV (liegt im Vordruck bei)
- Erklärung des Antragstellers hinsichtlich der persönlichen Leistungserbringung (liegt im Vordruck bei)
- Antragsgebühr in Höhe von 120,-- EUR. **Es wird um Verständnis gebeten, dass gemäß § 38 Ärzte-ZV über Ihren Antrag erst nach Entrichtung der gemäß § 46 Ärzte-ZV zu zahlenden Gebühr verhandelt wird.**
- Approbationsurkunde
- Facharztanerkennung (ggf. Schwerpunktbezeichnung)
- ggf. Promotionsurkunde
- Angabe aller Gebührennummern nach EBM, die im Rahmen der Ermächtigung erbracht werden sollen (Formular liegt im Vordruck bei)
- Sofern Leistungskomplexe beantragt werden: Einzelleistungen bitte den Komplexen zuordnen z. B: "einmalige konsiliarische Untersuchung" (Gebührennummer ...)
- Begründung, die im wesentlichen Ausführungen darüber enthalten soll, worauf sich die Auffassung stützt, dass die beantragte Ermächtigung im Hinblick auf eine ausreichende vertragsärztliche Versorgung der Versicherten notwendig ist. Eine Bearbeitung des Antrages kann erst dann erfolgen, wenn diese Begründung vorliegt

Anstelle von Urschriften können amtlich beglaubigte Abschriften beigefügt werden.