



E-Mail: ZA@KVWL.de Fax: 0231 9432-3927

Antrag auf **erneute** und / **oder erweiterte Ermächtigung** zur Teilnahme
an der vertragsärztlichen Versorgung **am Krankenhaus**

Antragsteller

Name:

Vorname:

Titel (akad. Grad):

**Facharztbezeichnung
und ggf. sonstige
Bezeichnungen**

BSNR:

Angaben zur beantragten Ermächtigung

Name des Krankenhauses

Anschrift:

PLZ:

Ort:

Straße:

Hausnummer:

Telefon:

FAX:

E-Mail:

Umfang der beantragten Ermächtigung

Ich beantrage die Ermächtigung

- in dem bisher vom Zulassungsausschuss ausgesprochenem Leistungsumfang.
- zu erweitern. Die Gebührenordnungspositionen sind nachfolgend aufgeführt.
- Die Erweiterung wird als Übernahme einer bestehenden Ermächtigung beantragt.

Bisher ermächtigter Arzt:

Name:	
Vorname:	
Titel (akad. Grad):	

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

Hinweis für Anträge auf Erweiterung der Ermächtigung:

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

Die Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung wird wie folgt beantragt: (ggf. als Anlage beifügen)

Wirkungsdatum:	
-----------------------	--

- nach § 31 Ärzte-ZV zur Erbringung der nachstehend aufgeführten Leistungen.
- nach § 31 Abs. 2 Ä-ZV i.V.m. § 5 Abs. 2 BMV-Ä: Planung der Geburtsleitung
- nach § 31 Abs. 2. Ä-ZV i.V.m. § 5 Abs. 2 BMV-Ä / § 73 Abs. 2. Nr. 13 SGB V: Teilnahme am Zweitmeinungsverfahren

Leistungsgruppe nach Feststellungsbescheid	Leistungsbezeichnung nach EBM	GOP				

Antragsbegründung, die im Wesentlichen Ausführungen darüber enthalten sollte, dass die beantragte Ermächtigung im Hinblick auf eine ausreichende Versorgung der Versicherten notwendig ist (ggf. als Anlage beifügen). Für Anträge nach den RL zum Zweitmeinungsverfahren nicht nötig

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.

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

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.

Oder:

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.

oder

- 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.)

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):	
Beschäftigungsumfang: (wöchentl. Arbeitszeit gem. Arbeits-/Dienstvertrag)	

Angaben zur Einrichtung	
Name der Einrichtung:	

Anschrift:

PLZ:		Ort:	
Straße:		Hausnummer:	

Radiologie am Haus? Ja/nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Falls ja: Name:		
Falls nein: wer ist für die Radiologie verantwortlich?		
Labor am Haus? Ja/nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 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.		
Wurde ambulantes Operieren nach § 115b SGB V angezeigt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wurden Leistungen nach § 115f SGB V (Hybrid-DRG) erbracht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

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.

Krankenhausplan

- Der beantragte Ermächtigungsumfang ist in folgenden zugewiesenen Leistungsgruppen des aktuellen Feststellungsbescheids unserer Einrichtung enthalten:

Erklärung zur Berufshaftpflichtversicherung:

(Bitte beachten Sie die Erläuterungen zum Antrag!)

- Für die Tätigkeit im Rahmen der Ermächtigung besteht ein ausreichender Haftpflichtversicherungsschutz durch den Krankenhausträger.

oder

- Das Haftungsrisiko für die Tätigkeit im Rahmen der Ermächtigung ist durch eine persönliche Berufshaftpflichtversicherung des Antragstellers versichert.

(Ort, Datum)

Stempel und Unterschrift des
Vertretungsberechtigten der Einrichtung