KVN
Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Antrag auf Ermächtigung als Krankenhausarzt

Folgende Unterlagen sind bei einem Antrag auf Ermächtigung als Krankenhausarzt einzureichen:

Checkliste:

☐ Antrag auf Ermächtigung als Krankenhausarzt
Bitte verwenden Sie ausschließlich unser anliegendes Antragsformular

☐ **Approbationsurkunde** (**im Original oder als amtlich beglaubigte Kopie)**
Sofern Sie in das Arztregister eingetragen oder bereits ermächtigt sind und diese Unterlagen dem Zulassungsausschuss bereits vorgelegt wurden, entfällt dieser Punkt.

☐ Nachweis über Anerkennung des Rechts zum Führen der im Antrag unter Punkt II. angegebenen **Gebiets-, Facharzt-, Schwerpunkt oder Zusatzbezeichnung** (**im Original oder als amtlich beglaubigte Fotokopie)**
Sofern Sie ins Arztregister eingetragen oder bereits ermächtigt sind und diese Unterlagen dem Zulassungsausschuss bereits vorgelegt wurden, entfällt dieser Punkt.

☐ ggf. **Promotionsurkunde** oder Urkunde über andere akademische Grade (**im Original oder als amtlich beglaubigte Fotokopie)**
Sofern Sie ins Arztregister eingetragen oder bereits ermächtigt sind und diese Unterlagen dem Zulassungsausschuss bereits vorgelegt wurden, entfällt dieser Punkt.

☐ **Zustimmungserklärung des Krankenhausträgers**, dass durch die beantragte Ermächtigung die Krankenhausversorgung nicht beeinträchtigt wird und keine Einwendungen dagegen erhoben werden. (Siehe Anlage 2 zum Antragsformular)

☐ Versicherungsbescheinigung nach § 113 Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz zum Nachweis einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung (siehe Antragsformular mit Musterbescheinigung bzw. Anlage 2)

☐ ggf. Fortbildungsnachweis (siehe Antragsformular)

Für den Antrag auf Ermächtigung wird von der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses gemäß § 46 Abs. 1 Buchst. c Ärzte-ZV mit separater Rechnung eine Gebühr in Höhe von 120,00 Euro angefordert. Gemäß § 38 Ärzte-ZV wird über Ihren Antrag erst nach Entrichtung der Gebühr verhandelt.

Für die Eintragung in das Ermächtigtenverzeichnis nach § 31 Abs. 10 Ärzte-ZV hat die Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses gemäß § 46 Abs. 2 Buchst. b Ärzte-ZV einmalig weitere 400,00 Euro an Verwaltungsgebühren zu erheben. Auch hierzu geht Ihnen im Falle der erstmaligen Ermächtigung eine Rechnung zu.

Bei Rückfragen zu Ihrem Antrag wenden Sie sich bitte an die auf unserer Internetseite für Ihren Zulassungsausschuss benannten Mitarbeiter.

KVN
Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Bitte kreuzen Sie hier an, ob Sie eine Rücksendung Ihrer Unterlagen wünschen. Die Zulassungsakten werden elektronisch geführt. Eine Rückgabe ist zu einem späteren Zeitpunkt nicht mehr möglich.

○ Rücksendung
○ Zum Verbleib

Antrag auf Ermächtigung als Krankenhausarzt

I. Antragsteller/in

Titel, Vorname, Name: _____

☐ Mir wurde vom Zulassungsausschuss bereits eine Ermächtigung erteilt und die neue Ermächtigung soll unmittelbar an meine derzeit bestehende Ermächtigung anschließen. An meinen persönlichen Daten und meiner Tätigkeit für das Krankenhaus hat sich nichts geändert. Hinsichtlich der Antragspunkte I. bis IV. verweise ich auf meinen vorherigen Antrag.
(Bitte ankreuzen, falls für Sie zutreffend)

Die im Antragspunkt VI. geforderte Erklärung gem. § 18 Abs. 2 Nr. 5 und § 21 Ärzte-ZV und die Anlagen 1 und 2 zum Ermächtigungsantrag müssen auch in diesem Fall bei jeder Antragstellung neu abgegeben werden.

Geburtsdatum, Geburtsort: _____

LANR: (= lebenslange Arztnummer, falls schon vorhanden) _____

Approbationsdatum: _____

Straße, Hausnummer Hauptwohnsitz: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon, Fax: _____

E-Mail: _____

II. Ich beantrage die Ermächtigung:

als: _____
Facharzt-/Schwerpunkt-/Zusatzbezeichnung

_____
Stellung/Funktionsbezeichnung im Krankenhaus

_____
Bezeichnung Krankenhaus; Einrichtung

_____
Abteilung des Krankenhauses; der Einrichtung

_____
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

_____
Telefon, Fax, E-Mail

ab dem: _____

im Umfang der in der Anlage 1 zu diesem Antrag bezeichneten ärztlichen Leistungen.

III. Arztregister

◯ eingetragen ◯ nicht eingetragen

bei der Kassenärztlichen Vereinigung: _____

Die Eintragung in das Arztregister ist nicht Voraussetzung für die Ermächtigung. Die Angabe dient lediglich der Information.

IV. Weitere ambulante Tätigkeit:

Ich möchte neben der Ermächtigung folgende ärztliche Tätigkeit im ambulanten Bereich ausüben:

☐ Keine weitere Tätigkeit im ambulanten Bereich

☐ Angestellter Arzt in einem MVZ, bei einem Vertragsarzt

Arbeitgeber: _____

Anschrift: _____

Zeitlicher Umfang in Wochenstunden: _____

☐ Zulassung als Vertragsarzt

Vertragsarztsitz: _____

V. Fortbildungsnachweis (Fortbildungszertifikat)

Ein Fortbildungsnachweis (Fortbildungszertifikat der Ärztekammer) ist nur dann erforderlich, wenn seit dem 01.07.2004 eine vertragsärztliche Tätigkeit in Form einer Zulassung, Anstellung bei Vertrags-ärzten oder MVZ (ohne Weiterbildungs- und Sicherstellungsassistenz) oder persönlichen Ermächtigung mit einer Dauer von insgesamt fünf Jahren ausgeübt wurde. Bei einer Unterbrechung der vertragsärztlichen Tätigkeit ergibt sich der Fünfjahreszeitraum aus der Addition der Zeiten der vertragsärztlichen Tätigkeit. Soweit der Fortbildungsnachweis bereits gegenüber der KVN erbracht wurde, ist ein erneuter Nachweis nicht erforderlich.

KVN
Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

VI. Erklärung gem. § 18 Abs. 2 Nr. 5 und § 21 Ärzte-ZV[1]

Hiermit erkläre ich, dass ich weder drogen- oder alkoholabhängig bin noch in den letzten fünf Jahren gewesen bin, dass ich mich innerhalb der letzten fünf Jahre keiner Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen habe, und dass gesetzliche Hinderungsgründe einer Ausübung des Berufes als Arzt nicht entgegenstehen.

Hiermit erkläre ich, dass weder Strafen, Disziplinarmaßnahmen oder berufsgerichtliche Maßnahmen gegen mich verhängt worden sind, noch gegen mich ein strafrechtliches Ermittlungsverfahren oder ein Strafverfahren schwebt, noch ein Disziplinarverfahren oder berufsgerichtliches Verfahren gegen mich anhängig ist.

Ort/Datum Name/Unterschrift

☐ Ich bin damit einverstanden, dass meine private Adresse und private Telefonnummer an die Ärztekammer Niedersachsen weitergeleitet wird.

Ort/Datum Name/Unterschrift

VII. Berufshaftpflichtversicherung

Sofern Sie eine eigene Berufshaftpflichtversicherung für Ihre Tätigkeit als ermächtigter Krankenhausarzt abgeschlossen haben, finden Sie auf der nächsten Seite eine Musterbescheinigung. Diese muss von Ihrem Versicherungsunternehmen ausgefüllt und unterschrieben sein.
Sofern Ihre Tätigkeit als ermächtigter Krankenhausarzt über die Berufshaftpflichtversicherung des Krankenhausträgers mitversichert ist, benötigen wir nur Anlage 2 (Seite 8) des Antrages.

[1] Falls nicht zutreffend, bitte den entsprechenden Absatz streichen.

KVN
Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

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[2] beträgt EUR _____[3] 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

[2] 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.
[3] Anzugeben ist die tatsächliche Versicherungssumme.

KVN
Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Antragsteller: _____
Titel, Vorname, Name:

Anlage 1 zum Antrag auf Ermächtigung als Krankenhausarzt

Überweisungsberechtigung:

☐ Ich beantrage, für im Zusammenhang mit der Ermächtigung erforderliche Zusatzuntersuchungen, Überweisungen vornehmen zu können.
(Bitte ankreuzen, falls für Sie zutreffend)

Leistungsumfang[4]:

☐ Es handelt sich um einen Wiederholungsantrag für eine Ermächtigung, die mir vom Zulassungsausschuss bereits in der Vergangenheit erteilt wurde. Hinsichtlich des Leistungsumfangs und der Begründung des Bedarfs für die Ermächtigung verweise ich deshalb auf meinen vorherigen Antrag.
(Bitte ankreuzen, falls für Sie zutreffend)

Bitte geben Sie für jede beantragte Leistung(en) (z. B. Herzschrittmacherkontrolle) an, welche EBM-Nrn. Sie in diesem Zusammenhang abrechnen möchten.

Ermächtigungspunkt Nr.
Überweiserkreis:
Leistung in Textform: Dazugehörige EBM-Nrn.:

Ermächtigungspunkt Nr.
Überweiserkreis:
Leistung in Textform: Dazugehörige EBM-Nrn.:

Bitte unbedingt auch die nächste Seite zur Begründung des Bedarfs für die beantragten Leistungen ausfüllen.

[4] Bitte beachten Sie beim Ausfüllen des Antrags, dass Sie neben der Beschreibung der beantragten Leistungen alle Gebührenordnungspositionen, die Sie gemäß aktuellem EBM abrechnen wollen, aufzählen **müssen**. Sollte Ihr Antrag ambulante Operationen beinhalten, geben Sie bitte den entsprechenden **OPS-Code** an.

Begründung des Bedarfs für die beantragten Leistungen[5]:

[5] Sie sollten hier darauf eingehen, aus welchen Gründen aus Ihrer Sicht ein Versorgungsbedarf für die von Ihnen angegebenen Leistungen besteht.

KVN
Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Anlage 2 zum Antrag auf Ermächtigung als Krankenhausarzt

Zustimmungserklärung zum Ermächtigungsantrag

Name oder Stempel des **antragstellenden Arztes**:

Titel, Vorname, Name: _____

Regelmäßige vertragliche Arbeitszeit von Herrn/Frau _____ im Krankenhaus (in Stunden pro Woche): _____

Wir erklären als Krankenhausträger, dass durch die beantragte Ermächtigung die Krankenhausversorgung nicht beeinträchtigt wird und von uns keine Einwände dagegen erhoben werden.

Ort/Datum Unterschrift/Stempel des Krankenhausträgers bzw. der Verwaltung

Angaben zum Umfang der Berufshaftpflichtversicherung

Wir erklären als Krankenhausträger, dass die Tätigkeit im Rahmen der Ermächtigung von unserer Berufshaftpflichtversicherung mitumfasst ist. Der antragstellende Arzt verfügt daher im Rahmen seiner Ermächtigung über eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung. [6]

Ort/Datum Unterschrift/Stempel des Krankenhausträgers bzw. der Verwaltung

[6] Die Mindestversicherungssumme beträgt nach § 95e Abs. 2 i.V.m. Abs. 5 SGB V bei Ermächtigten drei Millionen Euro für Personen- und Sachschäden für jeden Versicherungsfall. Die Leistungen des Versicherers für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden dürften nicht weiter als auf den zweifachen Betrag der Mindestversicherungssumme begrenzt werden. WICHTIG: Sofern die Ermächtigungstätigkeit nicht von der Berufshaftpflicht der Krankenhausträgers umfasst ist, müsste der antragstellenden Arzt diese Tätigkeit selbst versichern und einen entsprechenden Nachweis vorlegen.

KVN
Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Information der betroffenen Person bei der Direkterhebung von personenbezogenen Daten (Art. 13 DS-GVO)

Verantwortlicher:
Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen – KVN
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Berliner Allee 22
30175 Hannover (Deutschland)

Gesetzlicher Vertreter:
Mark Barjenbruch, Vorstandsvorsitzender,
Thorsten Schmidt, stellvertretender Vorstandsvorsitzender,
Nicole Löhr,Vorständin.
Tel: 0511 380 – 4800
E-Mail: info@kvn.de

Datenschutzbeauftragter:
Datenschutzbeauftragter der KVN,
Tel: 0511 380 - 4800,
E-Mail: datenschutzbeauftragter@kvn.de

Angaben zur Verarbeitungstätigkeit:

Zwecke der Verarbeitungstätigkeit:

Zweck der Verarbeitung ist die Erfüllung der hoheitlichen Aufgaben der KVN, wie sie sich vornehmlich aus dem Kap. 4 SGB V ergeben. Dazu gehören gem. § 285 SGB V insbesondere:

- Verarbeitung von Daten zum Führen des Arztregisters,
- Erfüllung des Sicherstellungs- und Vergütungsauftrages der vertragsärztlichen Versorgung einschließlich der Überprüfung der Zulässigkeit und Richtigkeit der Abrechnung,
- Vergütung von ambulanten Krankenhaus- und belegärztlichen Leistungen sowie
- Durchführung von Wirtschaftlichkeits- (§ 106 bis 106 c SGB V) und Qualitätsprüfungen (135 b).

Daneben werden die personenbezogenen Daten zur satzungsgemäßen Aufgabenerfüllung der Kassenärztlichen Vereinigung als Selbstverwaltungsorgan der Leistungserbringer der vertragsärztlichen Versorgung verarbeitet, hierzu gehören insbesondere Vorbereitung und Durchführung von Wahlen, Gremienbildung und deren Tätigkeit (z.B. Vertreterversammlung, Fachausschüsse, Widerspruchsausschüsse etc.), Disziplinarangelegenheiten, Rechtsstreitigkeiten.

Des Weiteren erfolgt eine Verarbeitung der personenbezogenen Daten um zusätzliche, freiwillig nutzbare Dienstleistungen anzubieten. Dazu gehören insbesondere die Dienste, welche über das „KVN-Portal“ zu erreichen sind, z.B. E-Mail-Dienst „Emily“, die Praxisbörse, „Kontakt-24“, die Teilnahme an und Verwaltung von Sonderverträgen, sowie die Nutzung des „KVN-Portals“ selbst.

KVN
Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Zusätzlich erfolgt eine Übermittlung Ihrer Daten an die Kassenärztliche Bundesvereinigung aufgrund rechtlicher Pflichten oder vertraglicher Vereinbarungen u.a. für das Bundesarztregister und die Tätigkeit der Terminservicestellen sowie an das Zentralinstitut der kassenärztlichen Versorgung zur Durchführung von Forschungsvorhaben in der vertragsärztlichen Versorgung. Die Forschungsergebnisse finden dabei u.a. Eingang in Honorarverhandlungen mit den Krankenkassen. Die übermittelten Daten werden dabei frühestmöglich pseudonymisiert.

Im konkreten Einzelfall erfolgt eine Datenübermittlung an andere Sozialleistungsträger und Justizbehörden aufgrund einer Übermittlungsbefugnis gem. dem 2. Kapitel des SGB X, dies kann insbesondere wegen Anfragen von Renten- und Unfallversicherungen sowie Berufsgenossenschaften oder aufgrund von Ermittlungsverfahren sein.

Für die vorgenannten Zwecke werden die nachfolgenden Datenkategorien verarbeitet:

- Personenstammdaten (Name, Adresse, Telefonnummer, E-Mail-Adresse etc.)
- Qualifikationsmerkmale
- Abrechnungsdaten
- Gesundheitsdaten
- Bankdaten
- Steuerdaten

Rechtsgrundlage der Verarbeitungstätigkeit:

Die vorgenannten Verarbeitungszwecke erfolgen gem. Art. 6 Abs. 1 lit c DSG-VO i.V.m. den oben genannten Vorschriften zur Erfüllung rechtlicher Verpflichtungen.

Für die Verarbeitungszwecke, welche - wie oben beschrieben - eine Einwilligung gem. Art. 6 Abs. 1 lit. a DS-GVO voraussetzen, werden Sie vor Beginn der Verarbeitungstätigkeit zur Einwilligung aufgefordert. Die Anforderungen an die Einwilligung gem. Art. 7 Abs. 1-4 DS-GVO werden dabei erfüllt.

Kategorien von Empfängern:

Andere Kassenärztliche Vereinigungen, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, Sozialleistungsträger (Rentenversicherungen, Unfallversicherungen, Sozialämter etc.), Ärztekammern, Psychotherapeutenkammer, Justizbehörden.

Auftragnehmer (Auftragsverarbeiter):

Zentralinstitut für vertragsärztliche Versorgung

Datentransfer in ein Drittland:

Es liegt keine geplante Übermittlung in Drittstaaten vor.

KVN
Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Zusätzliche Informationspflichten:

Speicherdauer der personenbezogenen Daten:

Die im Zusammenhang mit den oben genannten Verarbeitungstätigkeiten anfallenden Daten werden gelöscht, nachdem die Speicherung für eine rechtmäßige Erfüllung der der KVN obliegenden Aufgaben nicht mehr erforderlich ist, oder die Verarbeitung wird eingeschränkt, wenn gesetzliche Aufbewahrungspflichten bestehen. Im Regelfall werden die Daten min. 4 Jahre gem. § 304 SGB V i.V.m. § 84 Abs. 2 SGB X gespeichert.

Rechte der betroffenen Person:

Sie haben ein Recht auf Auskunft (gem. Art. 15 DS-GVO) seitens des Verantwortlichen über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten sowie auf Berichtigung (Art. 16 DS-GVO), Löschung (Art. 17 DS-GVO), und auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 17 Abs. 1 DS-GVO). Des Weiteren haben Sie ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung (Art. 21 DS-GVO) sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DS-GVO).
Soweit die Datenverarbeitung auf einer Einwilligung beruht, haben Sie das Recht, Ihre Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen.

Möchten Sie von Ihren Rechten Gebrauch machen, wenden Sie sich bitte an den oben genannten Datenschutzbeauftragten bzw. an den Ihnen ggf. bekannten Ansprechpartner.

Beschwerderecht:

Sie haben ein Recht auf Beschwerde, bei der zuständigen Aufsichtsbehörde:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen
Prinzenstraße 5, 30159 Hannover
Tel. 0511-120 4500
Fax. 0511-120 4599
Internet: www.lfd.niedersachsen.de

Pflicht zur Bereitstellung der personenbezogenen Daten:

Die Bereitstellung der personenbezogenen Daten, insbesondere der Gesundheitsdaten und erbrachten Leistungen ist sowohl gesetzlich (Kapitel IV SGB V, Zulassungsverordnung-Ärzte) als auch vertraglich (Bundesmantelvertrag) vorgeschrieben. Der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer ist verpflichtet, diese Daten bereitzustellen. Eine Nichtbereitstellung hätte u.a. zur Folge, dass eine Honorierung der zur Abrechnung gebrachten Leistungen nicht erfolgen könnte.

Hinweis: Weitere Informationen welche Daten - speziell auf unserer Webseite - erhoben und verarbeitet werden erhalten Sie unter der Rubrik „Datenschutz“.