

## **Antrag auf Ermächtigung für das Zweitmeinungsverfahren**

**Folgende Unterlagen sind bei einem Antrag auf Ermächtigung für das Zweitmeinungsverfahren einzureichen:**

Checkliste:

Für Ärzte, die bereits über eine andere laufende Ermächtigung verfügen:

- Antrag auf Ermächtigung für das Zweitmeinungsverfahren

*Bitte verwenden Sie ausschließlich unser anliegendes Antragsformular.*

Für alle anderen Ärzte, die bisher nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, zusätzlich:

- **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 Kopie)**  
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 Kopie**)  
Sofern Sie ins Arztregister eingetragen oder bereits ermächtigt sind und diese Unterlagen dem Zulassungsausschuss bereits vorgelegt wurden, entfällt dieser Punkt.
- **Ggf. Zustimmungserklärung des Krankenhausträgers**, dass durch die beantragte Ermächtigung die Krankenhausversorgung nicht beeinträchtigt wird und keine Einwendungen dagegen erhoben werden (siehe Anlage zum Antragsformular)
- ggf. Fortbildungsnachweis (siehe Antragsformular)
- **Versicherungsbescheinigung** nach § 113 Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz zum Nachweis einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung **im Original oder als amtlich beglaubigte Fotokopie** (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.**

<input type="checkbox"/> 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.	<input type="checkbox"/> Rücksendung
	<input type="checkbox"/> Zum Verbleib

## **Antrag auf Ermächtigung für das Zweitmeinungsverfahren**

### **I. Antragsteller/in**

Titel, Vorname, Name:

Geburtsdatum, Geburtsort:

LANR: (= lebenslange Arztnummer, falls schon vorhanden)

Approbationsdatum:

Straße, Hausnummer Hauptwohnsitz:

PLZ, Ort:

Telefon, Fax, Email:

### **II. Ich beantrage die Ermächtigung:**

Facharzt-/Schwerpunkt-/Zusatzbezeichnung:

Ggf Stellung/Funktionsbezeichnung im Krankenhaus:

Ggf. Bezeichnung Krankenhaus/Einrichtung:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefon, Fax, Email:

### **für das Zweitmeinungsverfahren für folgende vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten planbaren Eingriffe:**

Mandeloperationen (Tonsillektomie, Tonsillotomie)

Gebärmutterentfernungen (Hysterektomien)

Schulterarthroskopien

Implantationen Knieendoprothesen

Amputation beim Diabetischen Fußsyndrom

Eingriffe an der Wirbelsäule

Kathethergestützte elektrophysiologische Herzuntersuchung/Ablation am Herzen

Cholezystektomie

**Ich verfüge bereits über eine laufende (vom Zulassungsausschuss erteilte) Ermächtigung und beantrage eine Erweiterung dieser Ermächtigung um Leistungen des Zweitmeinungsverfahrens:**

Ja

Nein

### **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.

### **I. Weitere ambulante Tätigkeit:**

Ich werde 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 Vertragsärzten oder MVZ (ohne Weiterbildungs- und Sicherstellungsassistenz) oder persönlichen Ermächtigung mit einer Dauer von ins- gesamt 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.

## VI. Erklärung gem. § 18 Abs. 2 Nr. 5 und § 21 Ärzte-ZV<sup>1</sup>

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 Arzt 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 die Angaben auf Seite 7 (Anlage).

---

<sup>1</sup> Falls nicht zutreffend, bitte den entsprechenden Absatz streichen.

**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<sup>1</sup> beträgt EUR <sup>2</sup> 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

---

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> Anzugeben ist die tatsächliche Versicherungssumme.



## **Anlage zum Antrag auf Ermächtigung für das Zweitmeinungsverfahren (für Krankenhausärzte)**

### **Zustimmungserklärung zum Ermächtigungsantrag**

Name oder Stempel des antragsstellenden 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.<sup>3</sup>

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel des Krankenhausträgers bzw. der Verwaltung

---

<sup>3</sup> 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 antragstellende Arzt diese Tätigkeit selbst versichern und einen entsprechenden Nachweis vorlegen.

## 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,  
Tel: 0511 380 – 4800  
Fax: 0511 380 – 3491  
E-Mail: [info@kvn.de](mailto:info@kvn.de)

### Datenschutzbeauftragter:

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

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 DSGVO 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 DSGVO voraussetzen, werden Sie vor Beginn der Verarbeitungstätigkeit zur Einwilligung aufgefordert. Die Anforderungen an die Einwilligung gem. Art. 7 Abs. 1-4 DSGVO 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.

## **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. 18 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](http://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“.