

Geschäftsstelle des  
Zulassungsausschusses der  
Ärzte und Krankenkassen  
für den Regierungsbezirk  
Arnsberg I   
Arnsberg II   
Detmold   
Münster   
Robert-Schimrigk-Str. 4 – 6  
44141 Dortmund

**Achtung:**

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

Eingangsstempel des  
Zulassungsausschusses

**Antrag auf  
Erstermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen  
Versorgung  
in eigener Praxis**

**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**

<b>Praxis</b>	
	(Straße, Nr.)
	(PLZ, Ort, Ortsteil, Tel.-Nr., Fax-Nr.)

---

Name, Vorname

**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 Versicherten notwendig ist)

Für Anträge nach den Richtlinien zum Zweitmeinungsverfahren ist eine Begründung nicht erforderlich.

### 3. Angaben zur Person:

- Staatsexamen am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_
- Approbation am \_\_\_\_\_ durch \_\_\_\_\_
- Med. Promotion am \_\_\_\_\_ durch \_\_\_\_\_
- Facharztanerkennung/Schwerpunktbezeichnung/Zusatzbezeichnung nach 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 der Approbation 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



## **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 auszuüben<sup>1</sup>. 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 lassen<sup>2</sup>. 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 differenzieren<sup>3</sup>. 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 V<sup>4</sup> 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.<sup>5</sup> 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

---

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

<sup>2</sup> § 32a S. 2 Ärzte-ZV

<sup>3</sup> §§ 15 Abs. 1 S. 2, 28 Abs. 1 SGB V

<sup>4</sup> Anlage 24 zum BMV-Ä

<sup>5</sup> 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 nach § 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 nach § 38 Ärzte-ZV über Ihren Antrag erst nach Entrichtung der nach § 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.  
Für Anträge nach den Richtlinien zum Zweitmeinungsverfahren ist keine Antragsbegründung erforderlich.

**Anstelle von Urschriften können amtlich beglaubigte Abschriften beigefügt werden.**

**Beglaubigen dürfen nach:**

- § 29 Abs. 1 Satz 1 SGB X die ausstellende Behörde selbst
- § 29 Abs. 1 Satz 2 SGB X Behörden des Bundes, bundesunmittelbare Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts und die nach Landesrecht zuständigen Behörden
- § 33 VwVfG NRW die von der Landesregierung oder dem zuständigen Ministerium durch Rechtsverordnung bestimmten Behörden