

**Achtung:**

Die Seiten 1-6 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**

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

Erstermächtigung

in dem bisher vom Zulassungsausschuss ausgesprochenen Leistungsumfang  
*bitte entsprechend ankreuzen*

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### **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 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-Schirrigk-Straße 4 - 6  
44141 Dortmund

Antragsteller  
  
Krankenhaus  
  
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 Gebührenordnungspositionen gemäß EBM angeben)

Gebührennummer	Leistungsbezeichnung nach EBM

Antragsteller:

Einrichtung:

Ort:

**(Vom Träger der Einrichtung auszufüllen!)**

Funktion: Chefarzt / Leitender Arzt / Oberarzt

Beschäftigungsumfang  
(wöchentliche Arbeitszeit gem.  
Arbeits-/Dienstvertrag ist anzugeben) \_\_\_\_\_

zu betreuende Bettenzahl \_\_\_\_\_

Radiologie am Hause Ja / Nein  
  
\_\_\_\_\_  
Name

Falls nicht, wer ist für die Radiologie  
verantwortlich? \_\_\_\_\_  
Name

Laborarzt am Hause Ja / Nein  
  
\_\_\_\_\_  
Name

Falls nicht, wer ist für das Labor  
verantwortlich bzw. wem ist dieses  
unterstellt? \_\_\_\_\_  
Name

Führt bereits ein anderer Arzt am  
Hause die beantragten Leistungen  
ambulant durch? Ja / Nein  
  
\_\_\_\_\_  
Name

(ggf. wird um Übersendung einer  
entsprechenden Verzichtserklä-  
rung gebeten)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Verwaltung

## **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

Stempel der  
Einrichtung

## **Zustimmungserklärung der Einrichtung**

Die Einrichtung hat Kenntnis davon, dass

Dr. med. \_\_\_\_\_

einen Antrag auf Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung gestellt hat.

Der Umfang der beantragten Ermächtigung ist der Einrichtung bekannt.

Entsprechend den Bestimmungen des § 31 a Abs. 2 Ärzte-ZV erklären wir unser Einverständnis zu der von

Dr. med. \_\_\_\_\_

beantragten Ermächtigung.

---

Stempel und Unterschrift der Verwaltung



## 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)
- Zustimmungserklärung der Einrichtung (liegt im Vordruck bei)
- Strukturbogen der Einrichtung (liegt im Vordruck bei)
- Antragsgebühr in Höhe von 120,00 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.**

Hinweis:

Bei Bestandskraft wird eine Verwaltungsgebühr von € 400,00 fällig.

- 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.**