

An die

Fax: 0231 / 9432-3927

Geschäftsstelle des  
Zulassungsausschusses der  
Ärzte und Krankenkassen  
für den Regierungsbezirk

- Arnsberg I   
Arnsberg II   
Detmold   
Münster

Robert-Schimrigk-Str. 4 – 6  
44141 Dortmund

Eingangsstempel des  
Zulassungsausschusses

## Antrag auf Sonderbedarfszulassung nach §§ 36, 37 Bedarfsplanungsrichtlinie

### 1. Antragsteller

Titel (akad. Grad) Name Vorname - nur Rufname lt. Geburtsurkunde -

männlich  weiblich

Geburtsdatum/Geburtsort Geschlecht

Tel.-Nr. tagsüber E-Mail-Adresse

Wohnanschrift zum Zeitpunkt der Antragstellung (Straße und Hausnr., PLZ, Ort, Tel.-Nr., Fax-Nr.)

künftige Wohnanschrift zum Zeitpunkt der Niederlassung (Straße und Hausnr., PLZ, Ort, Tel.-Nr., Fax-Nr.)

### 2. Antragsart

- Sonderbedarfszulassung im Rahmen der Anlage 9.1 des  
Bundesmantelvertrages (Dialyse/Blutreinigungsverfahren)
- lokale  qualifikationsbezogene
- Sonderbedarfszulassung mit vollem Versorgungsauftrag
- Sonderbedarfszulassung mit hälftigem Versorgungsauftrag

### **3. Ich beantrage die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung**

für das Fachgebiet

\_\_\_\_\_

ggf. einschl. Schwerpunktbezeichnungen und sonstigen  
Bezeichnungen nach ärztlichem Weiterbildungsrecht

Praxisanschrift, Vertragsarzt-  
sitz

\_\_\_\_\_  
(Straße und Hausnummer)

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort, Ortsteil

mit Wirkung ab dem

\_\_\_\_\_  
(Datum)

Die Praxis befindet sich in den Räumlichkeiten einer Behörde, eines Krankenhauses o. ä.:

ja, Name der Institution: \_\_\_\_\_  nein

bzw. wird eine Kooperation mit einem Krankenhaus angestrebt

ja, die Vereinbarung liegt dem Antrag bei.  nein

#### **Nur bei Anträgen von Internisten oder Kinderärzten:**

Ich nehme nach erfolgter Zulassung an der  hausärztlichen  fachärztlichen Versorgung teil.

Eine  Gemeinschaftspraxis oder  Praxisgemeinschaft (gemeinsame Nutzung von Praxisräumen und Praxiseinrichtungen sowie die gemeinsame Beschäftigung von Hilfspersonal bei getrennter Karteiführung, Behandlung und Abrechnung) ist geplant mit:

\_\_\_\_\_  
**(Name, Vorname, Straße und Hausnummer, Postleitzahl und Ort)**

#### **Hinweis:**

Die Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit in der Gemeinschaftspraxis bedarf der Genehmigung durch den Zulassungsausschuss. Hierzu ist ein gesonderter, von allen Partnern der zukünftigen Gemeinschaftspraxis unterschriebener Antrag sowie die Vorlage eines Gemeinschaftspraxisvertrages erforderlich. Das Antragsformular finden Sie auf unserer Homepage [www.kwwl.de](http://www.kwwl.de).

Ist eine ausgelagerte Praxisstätte geplant oder soll bei Gründung einer Gemeinschaftspraxis eine bereits bestehende ausgelagerte Praxisstätte mitbenutzt werden?

ja, \_\_\_\_\_  nein

#### **4. Begründung zum Sonderbedarf <sup>1</sup>**

Nach den Bestimmungen der Bedarfsplanungsrichtlinie (§§ 36, 37) hat der Zulassungsausschuss vor Erteilung einer Sonderbedarfszulassung die in der Bedarfsplanungsrichtlinie genannten Voraussetzungen zu prüfen, wobei für diese Prüfungen zum Teil auch Angaben des antragstellenden Arztes erforderlich sind. Wir bitten Sie daher, zur Prüfung Ihres Vorhabens die Region zu benennen, die Sie vom Niederlassungsort aus versorgen wollen, sowie weitere Informationen zu dem von Ihnen beabsichtigten Leistungsangebot und zur (geplanten) Praxisausstattung zu geben.

##### **4.1 Nennen Sie bitte die Region (z.B. anhand der Gemeinden), die vom beantragten Ort der Niederlassung aus versorgt werden soll:**

---

---

---

---

##### **4.2 Welches Leistungsspektrum soll angeboten werden?**

---

---

---

---

##### **4.3 Sonstige Anmerkungen, insbesondere ggf. zur geplanten Ausstattung der Praxis:**

---

---

---

---

---

<sup>1</sup> Diese Angaben sind nicht erforderlich, wenn eine Sonderbedarfszulassung im Rahmen der Anlage 9.1. des Bundesmantelvertrages beantragt wird. Bitte beantragen Sie stattdessen einen Versorgungsauftrag bei der KVWL.

## **5. Angaben zur Weiterbildung**

### **5.1 Approbation**

erteilt am \_\_\_\_\_ durch \_\_\_\_\_

### **5.2 Facharztanerkennung als: \_\_\_\_\_**

Prüfung am \_\_\_\_\_ Anerkennung am \_\_\_\_\_

### **5.3 Sonstige Bezeichnungen nach ärztlichem Weiterbildungsrecht:**

Art der Bezeichnung

Schwerpunktbezeichnung \_\_\_\_\_

fakultative Weiterbildung: \_\_\_\_\_

besondere Fachkunde: \_\_\_\_\_

Zusatzbezeichnung: \_\_\_\_\_

Zusatzweiterbildung: \_\_\_\_\_

### **5.4 konkrete Bezeichnung (z. B. Kardiologie)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Prüfung am \_\_\_\_\_ Anerkennung am \_\_\_\_\_

durch (Landes-)Ärzttekammer \_\_\_\_\_ Anerkennung am \_\_\_\_\_

## **6. Arztregistereintragung**

ist erfolgt am \_\_\_\_\_  wurde beantragt am \_\_\_\_\_

bei der Kassenärztlichen Vereinigung \_\_\_\_\_

**7. Angaben über die ärztliche Tätigkeit vom Zeitpunkt der Approbation bis zum Tag der Antragstellung**

Geben Sie bitte insbesondere an, ob Sie bereits als Vertragsarzt zugelassen, in einem MVZ oder in einer Praxis angestellt waren. Bitte benennen Sie auch Sitz bzw. Arbeitgeber sowie Zulassungs- bzw. Beschäftigungszeitraum.

<b>von</b>	<b>bis</b>	<b>Ort</b>	<b>Einrichtung</b>	<b>Stellung/Funktion</b>

**Andere Tätigkeit außerhalb der Zulassung**

keine Tätigkeit

Nebentätigkeit

(bitte mit gesondertem Schreiben beantragen!)

\_\_\_\_\_  
Ort, Umfang (Wochenstunden)

## **8. Antragsgebühr**

Die Antragsgebühr nach § 46 Ärzte-ZV in Höhe von 100,-- EUR habe ich am \_\_\_\_\_ der Kassenärztlichen Vereinigung Dortmund (Konto: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Dortmund, IBAN DE82300606010002613123, BIC DAAEDEDXXX) überwiesen.

## **9. 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.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

---

Name (in Druckbuchstaben)

1. Ich erkläre hiermit, dass ich nach der "Gemeinsamen Notfalldienstordnung" der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe in der jeweils gültigen Fassung am organisierten ärztlichen Notfalldienst teilnehmen werde.
2. 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.
3. Ich erkläre hiermit, dass ich zur Zeit in **einem / keinem** Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis oder sonstiger nicht ehrenamtlicher Tätigkeit in einem Umfang von \_\_\_\_\_ Stunden pro Woche/Vollzeit stehe.

Das Beschäftigungsverhältnis ist mit Wirkung vom \_\_\_\_\_ gekündigt worden bzw. wird mit \_\_\_\_\_ Stunden pro Woche fortgeführt.

Sollten sich im Hinblick auf das Ende des Beschäftigungsverhältnisses Änderungen ergeben, ist der Zulassungsausschuss für Ärzte schriftlich davon in Kenntnis zu setzen.

---

(Ort, Datum)

---

Unterschrift

## Erläuterungen für die Antragstellung

Dem Antrag auf Zulassung zur Vertragsarztpraxis sind nach § 18 Ärzte-ZV nachstehende Unterlagen beizufügen:

- ein Auszug aus dem Arztregister (nicht notwendig, wenn der Arzt im Register der KVWL eingetragen ist)
- unterschriebener Lebenslauf
- ein polizeiliches Führungszeugnis mit der Bezeichnung "O". Bei der Meldestelle (Einwohnermeldeamt) ist unbedingt anzugeben, dass ein polizeiliches Führungszeugnis zur Vorlage bei einer Behörde beantragt wird. Als Behörde ist oben links im Führungszeugnis anzugeben:

Zulassungsausschuss der  
Ärzte und Krankenkassen  
Robert-Schirrigk-Straße 4 - 6  
44141 Dortmund.

Dieses polizeiliche Führungszeugnis wird nicht dem antragstellenden Arzt, sondern dem Zulassungsausschuss direkt vom Bundeszentralregister übermittelt.

### Bitte bei Beantragung beachten:

Das Führungszeugnis hat **sechs Monate Gültigkeit**; es darf bei Aufnahme der Tätigkeit nicht älter als 1/2 Jahr sein.

Das polizeiliche Führungszeugnis mit der Bezeichnung "N" (diese Bezeichnung wird von der Meldestelle oben links eingetragen) hat keine Gültigkeit.

- Erklärung des Antragstellers über ein bestehendes Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis oder Ausübung einer sonstigen nicht ehrenamtlichen Tätigkeit (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 Teilnahme am organisierten ärztlichen Notfalldienst (liegt im Vordruck bei)
- Antragsgebühr in Höhe von 100,00 EUR. **Es wird um Verständnis gebeten, dass gem. § 38 Ärzte-ZV über Ihren Antrag erst nach Entrichtung der nach § 46 Ärzte-ZV zu zahlenden Gebühr verhandelt wird.**

### Hinweis:

Bei Bestandskraft der Zulassung wird eine Verwaltungsgebühr von 400,00 EUR fällig.

- Sofern eine Nebentätigkeit beantragt wird, bitte auf gesondertem Schreiben beantragen/begründen!

Originalunterlagen werden unmittelbar nach Einsichtnahme zurückgesandt.  
Anstelle von Urschriften können amtlich beglaubigte Abschriften beigefügt werden.



## **Merkblatt**

### **für Ärzte, die die Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben und derzeit noch in einem Beschäftigungsverhältnis stehen**

Bei Ärzten, die die Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragen und in einem Beschäftigungsverhältnis stehen, kann einer Zulassung entgegenstehen, dass der Arzt wegen des Beschäftigungsverhältnisses für die Versorgung der Versicherten persönlich nicht in dem erforderlichen Maße zur Verfügung steht bzw. eine Tätigkeit ausübt, die ihrem Wesen nach mit der Tätigkeit des Vertragsarztes am Vertragsarztsitz nicht zu vereinbaren ist. Bei Vorliegen dieser Hinderungsgründe für die Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung kann es sich gleichwohl empfehlen, nicht vor Bestandskraft der Zulassung das bestehende Beschäftigungsverhältnis zu kündigen. Liegen bei dem Arzt die genannten Hinderungsgründe vor, kann er vom Zulassungsausschuss unter der Bedingung zugelassen werden, dass der seiner Eignung entgegenstehende Grund spätestens drei Monate nach dem Zeitpunkt beseitigt wird, in dem die Entscheidung über die Zulassung unanfechtbar geworden ist. Erteilt der Zulassungsausschuss diese Bedingung, so ist der Arzt verpflichtet, sein Beschäftigungsverhältnis innerhalb von 3 Monaten nach Bestandskraft der Zulassung zu beenden. Bis zum Eintritt dieser Bedingung ist die Zulassung nicht wirksam, d. h. der Arzt darf nicht vertragsärztlich tätig werden. Wird die der Zulassung entgegenstehende Beschäftigung nicht beendet, so ist der Zulassungsausschuss berechtigt und verpflichtet, nach Ablauf der gesetzten Frist die Zulassung des Arztes zu beenden.