



E-Mail: [ZA@KVWL.de](mailto:ZA@KVWL.de) Fax: 0231 9432-3927

Antrag auf **erneute** und / oder **erweiterte Ermächtigung** zur Teilnahme  
an der vertragsärztlichen Versorgung **in eigener Praxis**

**Antragsteller**

Name:

Vorname:

Titel (akad. Grad):

Facharztbezeichnung  
und ggf. sonstige  
Bezeichnungen

BSNR:

**Angaben zur beantragten Ermächtigung**

**Angaben zum Standort**

Praxisanschrift:

PLZ:

Ort:

Straße:

Hausnummer:

Telefon:

FAX:

E-Mail:

## Umfang der beantragten Ermächtigung

Ich beantrage die Ermächtigung

- in dem bisher vom Zulassungsausschuss ausgesprochenem Leistungsumfang.
- zu erweitern. Die Gebührenordnungspositionen sind nachfolgend aufgeführt.

**Hinweis für Anträge auf Erweiterung der Ermächtigung:**

Sofern die bestehende Ermächtigung innerhalb der nächsten neun Monate abläuft empfehlen wir Ihnen, die erneute Ermächtigung zeitgleich zu beantragen.

## Die Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung wird wie folgt beantragt: (ggf. als Anlage beifügen)

<b>Wirkungsdatum:</b>	
-----------------------	--

- nach § 31 Ärzte-ZV zur Erbringung der nachstehend aufgeführten Leistungen.
- nach § 31 Abs. 2 Ä-ZV i.V.m. § 5 Abs. 2 BMV-Ä: Planung der Geburtsleitung
- nach § 31 Abs. 2. Ä-ZV i.V.m. § 5 Abs. 2 BMV-Ä / § 73 Abs. 2. Nr. 13 SGB V: Teilnahme am Zweitmeinungsverfahren

Leistungsbezeichnung nach EBM	GOP				

**Antragsbegründung, die im Wesentlichen Ausführungen darüber enthalten sollte, dass die beantragte Ermächtigung im Hinblick auf eine ausreichende Versorgung der Versicherten notwendig ist (ggf. als Anlage beifügen). Für Anträge nach den RL zum Zweitmeinungsverfahren nicht nötig**


### **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>.

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.

<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  
ZA, Robert-Schirrigk-Str. 4 - 6, 44141 Dortmund (Antrag AF-SI-ZA-014) Stand: 09.2024

### 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.

### Antragsgebühr

- Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass die nach § 46 Ärzte-ZV entstandene(n) Gebühr(en) in Höhe von 120,00 EUR von der Vertragsabrechnung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe dem Konto der Buchhaltung gutgeschrieben wird.

### Oder:

**Die Antragsgebühr nach § 46 Ärzte-ZV in Höhe von 120,00 EUR wurde an die Kassenärztlichen Vereinigung überwiesen am:**

**(Konto: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Dortmund, IBAN DE82 3006 0601 0002 6131 23, BIC DAAEDEDXXX)**

Nach § 38 Ärzte-ZV wird über den Antrag erst nach Entrichtung der nach § 46 Ärzte-ZV zu zahlenden Gebühr verhandelt.

Bitte beachten Sie die [Erläuterungen](#) zu der Antragsstellung und unsere [Antragsfristen](#).

### Anlagen:

- Nachweis einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung nach § 113 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes  
(Informationen hierzu finden Sie in den Erläuterungen zum Antrag.)

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)