



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

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

**Antragsteller:**

|                            |  |
|----------------------------|--|
| <b>Name:</b>               |  |
| <b>Vorname:</b>            |  |
| <b>Titel (akad. Grad):</b> |  |

|                             |                                   |                                   |                                 |
|-----------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| <b>Geboren am:</b>          |                                   | <b>Geburtsort:</b>                |                                 |
| <b>Geschlecht:</b>          | <input type="checkbox"/> Männlich | <input type="checkbox"/> Weiblich | <input type="checkbox"/> Divers |
| <b>Staatsangehörigkeit:</b> |                                   |                                   |                                 |

Privatanschrift:

|                |  |             |                    |  |
|----------------|--|-------------|--------------------|--|
| <b>PLZ:</b>    |  | <b>Ort:</b> |                    |  |
| <b>Straße:</b> |  |             | <b>Hausnummer:</b> |  |

|                 |  |             |  |
|-----------------|--|-------------|--|
| <b>Telefon:</b> |  | <b>FAX:</b> |  |
| <b>E-Mail:</b>  |  |             |  |

|  |  |
|--|--|
| <b>Facharztbezeichnung<br/>und ggf. sonstige<br/>Bezeichnung</b> |  |
|--|--|

**Angaben zur beantragten Ermächtigung**

**Angaben zum Standort**

Praxisanschrift:

|                |  |             |                    |  |
|----------------|--|-------------|--------------------|--|
| <b>PLZ:</b>    |  | <b>Ort:</b> |                    |  |
| <b>Straße:</b> |  |             | <b>Hausnummer:</b> |  |

|                 |  |             |  |
|-----------------|--|-------------|--|
| <b>Telefon:</b> |  | <b>FAX:</b> |  |
| <b>E-Mail:</b>  |  |             |  |

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

- nach § 31 Ärzte-ZV zur Erbringung der nachstehend aufgeführten Leistungen.
- nach § 73 Abs. 2 Nr. 13 SGB V nach der Richtlinien zum Zweitmeinungsverfahren zur Erbringung der nachstehend aufgeführten Leistungen.

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

| 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**

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

## Angaben zur Person

|  |  |
|--|--|
| jetzige Tätigkeit:                                 |  |
| künftige Funktion:                                 |  |
| Arztregistereintragung liegt vor:                  |  |
| Falls ja: Angabe der Kassenärztlichen Vereinigung: |  |

Sofern eine Arztregistereintragung vorliegt ist eine Angabe der Daten unter „Ausbildung“ und „Weiterbildung“ nicht erforderlich. Nach der Arztregistereintragung erworbene Weiterbildungen ggf. ergänzen.

## Ausbildung

|                       | in / durch | Datum: |
|-----------------------|------------|--------|
| Staatsexamen:         |            |        |
| deutsche Approbation: |            |        |
| Berufserlaubnis:      |            |        |
| Med. Promotion:       |            |        |

## Weiterbildung

|                              | Genauere Bezeichnung: | Prüfung am/<br>Anerkennung am: |
|------------------------------|-----------------------|--------------------------------|
| Facharzt-<br>anerkennung:    |                       |                                |
| Schwerpunkt-<br>bezeichnung: |                       |                                |
| Besondere<br>Fachkunde:      |                       |                                |

## Angaben über die ärztliche Tätigkeit vom Zeitpunkt der Approbation bis zum Tage der Antragstellung

| von | bis | Ort | Einrichtung | Stellung/Funktion |
|-----|-----|-----|-------------|-------------------|
|     |     |     |             |                   |
|     |     |     |             |                   |
|     |     |     |             |                   |
|     |     |     |             |                   |

## 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.

## Erklärung hinsichtlich Drogen- und Alkoholabhängigkeit

- Ich erkläre, 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.

## 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.

<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-Schirrig-Str. 4 - 6, 44141 Dortmund (Antrag AF-SI-ZA-013) Stand: 08.2023

## Antragsgebühr

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.

## Anlagen

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

Urkunden, der aufgeführten Weiterbildungen sowie der deutschen Approbation (bzw. Genehmigung zur Ausübung des ärztlichen Berufes auf Grundlage der Bestimmungen der Bundesärzteordnung)

- liegen im Original als Anlage bei.

- liegen als amtlich beglaubigte Kopien als Anlagen bei.

- wurden im Rahmen der Arztregistereintragung bereits vorgelegt. Eine Fotokopie des Arztregisterauszuges liegt als Anlage bei.

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

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

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

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