

**Zulassungsausschuss**  
c/o Kassenärztliche Vereinigung  
Rheinland-Pfalz  
Hauptverwaltung Mainz  
Isaac-Fulda-Allee 14  
55124 Mainz

**E-Mail:** [zulassung@kv-rlp.de](mailto:zulassung@kv-rlp.de)

## Antrag auf Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Die männliche Form schließt die weibliche mit ein.

### ■ Personalien

\_\_\_\_\_  
Titel/Vorname/Name

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
PLZ/Ort/Straße

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Telefax

\_\_\_\_\_  
E-Mail

### ■ Zur Zeit tätig

\_\_\_\_\_  
Funktion

\_\_\_\_\_  
derzeitiger Tätigkeitsumfang

\_\_\_\_\_  
Arbeitgeber / Krankenhaus / Einrichtung

### ■ Die Ermächtigung wird beantragt (bitte Zutreffendes ankreuzen):

- gemäß § 31a Ärzte-ZV als Arzt zur Deckung von Versorgungslücken im niedergelassenen Bereich (bitte begründen)

\_\_\_\_\_  
Krankenhaus

\_\_\_\_\_  
Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung

\_\_\_\_\_  
stationäre Pflegeeinrichtung

– bitte Name und Anschrift des Krankenhauses bzw. der Einrichtung angeben

- gemäß § 31 Abs. 1 Ärzte-ZV als Arzt zur Abwendung einer bestehenden oder drohenden Unterversorgung oder zur Deckung eines festgestellten lokalen Versorgungsbedarfs oder zur Versorgung eines begrenzten Personenkreises (bitte begründen)

---

Krankenhaus

---

Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung

---

stationäre Pflegeeinrichtung

---

Einrichtung der beruflichen Rehabilitation

– bitte Name und Anschrift des Krankenhauses bzw. der Einrichtung angeben

- gemäß § 31 Abs. 1 Ärzte-ZV als Einrichtung zur Abwendung einer bestehenden oder drohenden Unterversorgung oder zur Deckung eines festgestellten lokalen Versorgungsbedarfs oder zur Versorgung eines begrenzten Personenkreises (bitte begründen) mit nachfolgend genannten Ärzten (Eintragung im Arztregister liegt vor (Nachweis beifügen) bzw. wird beantragt)

---

Krankenhaus

---

Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung

---

stationäre Pflegeeinrichtung

---

Einrichtung der beruflichen Rehabilitation

– bitte Name und Anschrift des Krankenhauses bzw. der Einrichtung angeben

**Ärzte die im Rahmen der Ermächtigung Leistungen erbringen werden:**

- |    |                          |                  |
|----|--------------------------|------------------|
| 1. | <hr/> Titel/Vorname/Name | <hr/> Fachgebiet |
| 2. | <hr/> Titel/Vorname/Name | <hr/> Fachgebiet |
| 3. | <hr/> Titel/Vorname/Name | <hr/> Fachgebiet |
| 4. | <hr/> Titel/Vorname/Name | <hr/> Fachgebiet |

- gemäß § 31 Abs. 1 Satz 3 Ärzte-ZV als Arzt / Psychotherapeut zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von Personen, die intellektuell beeinträchtigt sind, unter einer bestehenden Suchterkrankung leiden oder aufgrund eines erheblich eingeschränkten Funktionsniveaus, sozial benachteiligt sind

---

Praxissitz – bitte Name und Anschrift angeben

---

Telefon

---

Telefax

---

E-Mail

## Kooperationspartner

---

– bitte Name und Anschrift angeben

---

– bitte Name und Anschrift angeben

---

– bitte Name und Anschrift angeben

- gemäß **§ 31 Abs. 2 Ärzte-ZV iVm Bundesmantelvertrag als Arzt** zur Teilnahme am Mammographie-Screening

---

Screening-Einheit

– bitte Name und Anschrift angeben

- gemäß **§ 31 Abs. 2 Ärzte-ZV iVm Bundesmantelvertrag als Arzt** bzw. nephrologische Schwerpunkt-  
abteilung (§ 11 bzw. § 11a BMV-Ä) im Rahmen der Dialyse

---

Krankenhaus

– bitte Name und Anschrift angeben

- gemäß **§ 31 Abs. 2 Ärzte-ZV iVm Bundesmantelvertrag als Arzt** zur Teilnahme am Zweitmeinungs-  
verfahren für nachfolgend genannte/n Eingriff/e

---

Krankenhaus | Ort der Leistungserbringung

– bitte Name und Anschrift angeben

- gemäß **§ 119b SGB V als stationäre Pflegeeinrichtung mit nachfolgend genannten Ärzten** (Eintragung  
im Arztregister liegt vor (Nachweis beifügen) bzw. wird beantragt)

---

Stationäre Pflegeeinrichtung

– bitte Name und Anschrift angeben

### Ärzte die im Rahmen der Ermächtigung Leistungen erbringen werden:

- |    |                    |            |
|----|--------------------|------------|
| 1. | _____              | _____      |
|    | Titel/Vorname/Name | Fachgebiet |
| 2. | _____              | _____      |
|    | Titel/Vorname/Name | Fachgebiet |
| 3. | _____              | _____      |
|    | Titel/Vorname/Name | Fachgebiet |
| 4. | _____              | _____      |
|    | Titel/Vorname/Name | Fachgebiet |

## Die Ermächtigung wird ab

---

Datum

beantragt.

- Sofern nicht im Arztregister der Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz eingetragen

---

Name der Fremd-KV

EFN oder LANR

### ■ Erklärung

Ich erkläre, dass ich nicht drogen- oder alkoholabhängig bin oder innerhalb der letzten fünf Jahre gewesen bin. Ich habe mich nicht innerhalb der letzten fünf Jahre einer Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen.

Gesetzliche Hinderungsgründe stehen der Ausübung des ärztlichen Berufes nicht entgegen.



Ich nehme an der Bestimmung nach § 116b SGB V alte Fassung für das Krankenhaus

\_\_\_\_\_  
Name des Krankenhauses

für das Krankheitsbild

\_\_\_\_\_  
Name des Krankheitsbildes

teil.

**Folgende erforderliche Unterlagen sind beigelegt bzw. beantragt:**

- Auszug aus dem Arzt-/Psychotherapeutenregister (sofern nicht im Arztregister der Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz eingetragen) im Original oder als beglaubigte Abschrift oder
- Antrag auf Eintragung in das Arzt-/Psychotherapeutenregister
- aktueller unterschriebener Lebenslauf
- Zustimmungserklärung des Krankenhausträgers bzw. des Trägers der Einrichtung zur beantragten Ermächtigung
- Führungszeugnis zur Vorlage **bei einer Behörde** nach § 30 Abs. 5 BZRG
- Erweitertes Führungszeugnis zur Vorlage bei einer Behörde nach § 30a BZRG
- Nachweis des Bestehens eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes gemäß § 95e SGB V durch Vorlage einer Versicherungsbescheinigung nach § 113 Abs. 2 VVG

**Hinweis zur Beantragung eines Erweiterten Führungszeugnisses**

- Für die Zulassung, Anstellung oder Ermächtigung als Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut bzw. Psychotherapeut, der ausschließlich Kinder und Jugendliche behandelt, ist die **Vorlage eines Erweiterten Führungszeugnisses erforderlich**.

Die Voraussetzungen nach § 30a Abs. 1 BZRG sind erfüllt.

- Bitte legen Sie der Meldebehörde neben Ihrem Ausweisdokument und der beiliegenden Bescheinigung zudem die Facharzturkunde vor. Damit kann die Meldebehörde nachvollziehen, dass die Zulassung für das entsprechende Fachgebiet beantragt wird. Lassen Sie das Führungszeugnis an folgende Anschrift senden:

Zulassungsausschuss  
c/o Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz  
Isaac-Fulda-Allee 14  
55124 Mainz

- Formular Beantragung von genehmigungspflichtigen Leistungen

Ich versichere die Richtigkeit der vorstehenden Angaben. Mir ist bekannt, dass ich im Rahmen einer Ermächtigung zur **persönlichen** Leistungserbringung verpflichtet bin.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

## Hinweise

- Über die zu entrichtende Antragsgebühr in Höhe von € 120,00 erhalten Sie eine separate Rechnung.
- **Aus Sicherheitsgründen können wir nur Dateien im PDF-Format annehmen und verarbeiten.**
- Bei der Beantragung der Ermächtigung muss vor dem Hintergrund der aktuellen BSG-Rechtsprechung (BSG, Beschluss vom 03.04.2019 – B 6 KA 44/18) der Beschäftigungsumfang ausgewiesen werden. Die ärztliche Berufstätigkeit im Krankenhaus muss so ausgestaltet sein, dass diese mindestens der Hälfte einer Vollzeitbeschäftigung gleichkommt.

## **Bescheinigung zur Beantragung eines Führungszeugnisses zur Vorlage bei einer Behörde nach § 30 Abs. 5 BZRG bzw. eines Erweiterten Führungszeugnisses nach § 30a BZRG**

Hiermit bescheinigt die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz, Körperschaft des öffentlichen Rechts, dass die Vorlage des Führungszeugnisses zur Vorlage bei einer Behörde nach § 30 Abs. 5 BZRG bzw. § 30a BZRG zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 18 Ärzte-ZV erforderlich ist.

Wir bitten um entsprechende Übersendung an:

Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz  
Hauptverwaltung Mainz  
Isaac-Fulda-Allee 14  
55124 Mainz

für

---

Titel, Vorname, Name

Geburtsdatum

---

wohnhaft

---

Ausweisnummer

## **Merkblatt für ermächtigte Ärzte zur Frage der persönlichen Leistungserbringung**

Aufgrund der Regelungen der Zulassungsverordnung (Ärzte-ZV) sowie des V. Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) sind auch die ermächtigten Ärzte zur persönlichen Leistungserbringung verpflichtet.

Gegenüber dem niedergelassenen Vertragsarzt wirkt diese Verpflichtung bei ermächtigten Vertragsärzten noch sehr viel stärker, da sie nach den Bestimmungen der Ärzte-ZV kein Recht haben, im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung Assistenten zu beschäftigen. Die Bestimmung des § 32 a Ärzte-ZV sieht für den ermächtigten Arzt nur die Vertretungsmöglichkeit vor, wenn dieser bei Urlaub, Krankheit oder Teilnahme an ärztlicher Fortbildung oder an einer Wehrübung abwesend ist. Die Möglichkeit einen Assistenten zu beschäftigen, wie sie in § 32 Abs. 2 Ärzte-ZV für den niedergelassenen Vertragsarzt als Ausnahme zu der Verpflichtung der persönlichen Leistungserbringung festgehalten wird, wird dem Ermächtigten explizit nicht zugestanden.

Des Weiteren greifen Ermächtigungen ihrem Sinn und Zweck nach auf die **persönlichen** medizinischen Kenntnisse und ärztlichen Fähigkeiten des besonders qualifizierten Krankenhausarztes zurück. Diese Kenntnisse und Fähigkeiten sollen den gesetzlich Krankenversicherten zur Verfügung gestellt werden. Ermächtigungen bestehen heute im Wesentlichen nur noch aus qualitativ speziellen Gründen. Da Ermächtigungen nur noch aufgrund dieser speziellen Kenntnisse und Fähigkeiten des Arztes erteilt werden, hat er die Leistung auch **höchstpersönlich** (eigenhändig) zu erbringen.

Da Leistungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) in seiner aktuellen Version **nicht teilbar** sind, ist auch eine Aufspaltung einer Leistung beispielsweise in die technische Erbringung (durch einen nachgeordneten Arzt) und die Befundbewertung (durch den ermächtigten Arzt) nicht zulässig.

Wir bitten Sie, diese Grundsätze bei der Durchführung Ihrer Ermächtigung peinlichst genau zu beachten. Vorsorglich müssen wir darauf hinweisen, dass eine Missachtung nicht nur den Verlust von Vergütungsansprüchen bzw. das Erheben von Rückerstattungsansprüchen der KV, sondern auch ein Disziplinarverfahren, den Entzug der Ermächtigung oder einen strafrechtlich relevanten Betrugsverdacht nach sich ziehen können.

## Genehmigungspflichtigen Leistungen für Ärzte sowie Psychologische Psychotherapeuten

Das ergänzende Formular „Genehmigungspflichtigen Leistungen“ finden Sie ab sofort eigenständig auf unserer Homepage [www.kv-rlp.de](http://www.kv-rlp.de) wie folgt:

- ⇒ Im Bereich PRAXIS > Praxisorganisation > Formulare > unter dem Buchstaben G
- ⇒ Oder unter der Suchfunktion die Webcode-Ziffern 876243

siehe hier:



INSTITUTION

**PRAXIS**

PATIENTEN

[Kontakt](#) | [Presse](#) | [Karriere](#)

suchen oder Webcode eingeben

Sie befinden sich hier: [Start](#) > [Praxis](#) > [Praxisorganisation](#) > [Formulare](#) > **G**

Webcode 876243

## Formulare

Auf dieser Seite finden Sie gesammelt die Formulare der KV RLP und ihrer Partner, darunter auch Anträge und Vorlagen.

A B C D E F **G** H I J K L M N O P Q R S T U V W Z

### Übersicht

Gastrointestinale Tumore und Tumore der Bauchhöhle



Genehmigungspflichtige Leistungen



**Genehmigungspflichtige Leistungen**



Genehmigungspflichtige Leistungen Fachgruppen

Element schließen

Wir bitten um Beachtung. Vielen Dank.