

Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Arztregister und Bedarfsplanung  
Masurenallee 6A  
14057 Berlin

Praxisstempel

**I.**

**Antragsteller:in** (Praxisinhaber:in oder ärztliche Leiter:in)

Titel, Name, Vorname

\_\_\_\_\_ (Vertragsärzt:in, Vertragspsychotherapeut:in, MVZ, BAG)

Lebenslange Arztnummer  
(LANR)

\_\_\_\_\_ (nur bei Vertragsärzt:innen oder Vertragspsychotherapeut:innen)

Fachgebietsbezeichnung

\_\_\_\_\_

Telefon (tagsüber)

\_\_\_\_\_

E-Mail

\_\_\_\_\_

Ich bin in einer Einzelpraxis zugelassene Vertragsärzt:in oder Vertragspsychotherapeut:in.

Ich bin in einer Berufsausübungsgemeinschaft zugelassene/r Vertragsärzt:in oder Vertragspsychotherapeut:in. Dieser Antrag ist von allen BAG-Partner:innen unterzeichnet oder eine auf mich lautende Vollmacht liegt diesem Antrag bei.

Ich bin für das MVZ \_\_\_\_\_ vertretungsberechtigt.

**Anschrift der Praxis/Hauptbetriebsstätte**

Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_

PLZ, Ort

\_\_\_\_\_

Betriebsstättennummer

\_\_\_\_\_

**Anschrift der Zweigpraxis**

Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_

PLZ, Ort

\_\_\_\_\_

**Datum der geplanten Aufnahme der Tätigkeit in der Zweigpraxis** \_\_\_\_\_

Die Zweigpraxis wird für folgendes Fachgebiet beantragt: \_\_\_\_\_

Es soll folgendes Leistungsspektrum in der geplanten Zweigpraxis angeboten werden:

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

**II.**

In der Zweigpraxis soll tätig werden:

- ich selbst, aufgrund einer Niederlassung als zugelassene/r Ärzt:in/Psychotherapeut:in.
- folgende in der Praxis/im MVZ tätige oder angestellte Ärzt:innen/Psychotherapeut:innen:

	Ärzt:in/ Psychotherapeut:in 1	Ärzt:in/ Psychotherapeut:in 2	Ärzt:in/ Psychotherapeut:in 3
<b>Name</b>			
<b>LANR</b> (sofern bereits vorhanden)			
<b>Fachgebiet und ggf. Schwerpunkt</b>			
<b>Status</b>	<input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> zugelassen	<input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> zugelassen	<input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> zugelassen
<b>Tätigkeitsumfang in Stunden pro Woche in der Zweigpraxis</b>			
<b>Anstellung/Zulassung beim ZA bereits beantragt?</b>	<input type="checkbox"/> Ja Für die Adresse:  <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja Für die Adresse:  <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja Für die Adresse:  <input type="checkbox"/> Nein

Die Versorgung am Vertragsarztsitz wird nicht oder nur geringfügig beeinträchtigt (§ 24 Abs. 3 S. 1 Nr. 2 Ärzte-ZV), weil:

- die bisherigen Sprechstunden der in der Zweigpraxis tätigen Ärzt:innen/Psychotherapeut:innen am Vertragsarztsitz gleichbleiben.
- während der Tätigkeit in der Zweigpraxis die dadurch entfallenden Sprechstundenzeiten am Praxissitz durch Praxispartner:innen oder Angestellte erbracht werden.
- sonstige Gründe/nähere Begründung:

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

### Sprechstunden nach Genehmigung der Zweigpraxis

Bitte beachten Sie, dass **bezogen auf sämtliche Leistungsorte der Praxis** die überwiegende Tätigkeit in der Hauptbetriebsstätte erbracht werden muss. Sofern die hauptsächliche Tätigkeit einer/-s angestellten Ärzt:in/Psychotherapeut:in laut dem Beschluss des Zulassungsausschusses am Ort der Zweigpraxis erfolgen soll, ist sicherzustellen, dass die Mindestsprechstunden dort von dem/der Angestellten erbracht werden. Dies gilt insbesondere auch für die in den Planungsbereichen II und III gegründeten hausärztlichen Zweigpraxen.

Ein voller Versorgungsauftrag gilt als erfüllt, wenn die Ärzt:in/ Psychotherapeut:in an seinem/ihrem Praxissitz persönlich mindestens 25 Stunden wöchentlich in Form von Sprechstunden zur Verfügung steht (§ 17 Abs. 1a S. 1 BMV-Ä).

Die nachfolgenden Angaben beziehen sich jeweils ausschließlich auf die Ärzt:in/ Psychotherapeut:in, der/die in der Zweigpraxis tätig werden soll.

Name \_\_\_\_\_

Sprechstundenzeiten nach erteilter Genehmigung am **Praxissitz**:

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag
vormittags						
nachmittags						

Sprechstundenzeiten in der genehmigten **Zweigpraxis**:

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag
vormittags						
nachmittags						

Name \_\_\_\_\_

Sprechstundenzeiten nach erteilter Genehmigung am **Praxissitz**:

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag
vormittags						
nachmittags						

Sprechstundenzeiten in der genehmigten **Zweigpraxis**:

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag
vormittags						
nachmittags						

Name \_\_\_\_\_

Sprechstundenzeiten nach erteilter Genehmigung am **Praxissitz**:

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag
vormittags						
nachmittags						

Sprechstundenzeiten in der genehmigten **Zweigpraxis**:

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag
vormittags						
nachmittags						

**Änderungen der Sprechzeiten nach Tätigkeitsaufnahme nehmen Sie bitte nur noch über das Online-Portal vor.**

### III.

Die vertragsärztliche/vertragspsychotherapeutische Tätigkeit ist außerhalb des Praxissitzes an weiteren Orten zulässig, wenn und soweit dies die Versorgung der Versicherten an den weiteren Orten verbessert (§ 24 Abs. 3 S. 1 Nr. 1 Ärzte-ZV).

**Die Versorgung wird am Ort der geplanten Zweigpraxis verbessert, indem Leistungen angeboten werden sollen, die:**

- bisher nicht in ausreichender Menge angeboten werden (lange Wartezeiten).
- zu den bisherigen Sprechstundenzeiten nicht angeboten werden.
- besonders schonend sind oder bessere Diagnoseergebnisse liefern.

Sonstige Gründe/ nähere Begründung:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Bitte reichen Sie entsprechende Nachweise und/oder Begründungen ein!**

Wenn Sie **genehmigungspflichtige Leistungen** im Rahmen der Ausübung einer Zweigpraxis erbringen möchten, benötigen Sie hierfür vor Beginn der Zweigpraxistätigkeit eine gesonderte Genehmigung durch die Abteilung Qualitätssicherung der KV Berlin.

Es sind weitere Vorhaben mit der beantragten Zweigpraxis verbunden, die für den Sachverhalt relevant sind (z.B. weitere Anträge an den Zulassungsausschuss wie Zulassung, Verlegung des Vertragsarztsitzes, Nachbesetzungsverfahren, Genehmigung einer Anstellung, Ausschreibungsverfahren):

- Ja und zwar:

---

---

- Nein

## Sonstige Hinweise

Um eine Versorgungsverbesserung feststellen zu können, ist die KV Berlin verpflichtet, im Vorfeld der Genehmigung eine Analyse der Versorgungssituation auf der Basis der von Ihnen angegebenen Leistungen zu erstellen.

Bitte senden Sie daher das anliegende Antragsformular ausgefüllt an uns zurück. Nach Eingang Ihres vollständig ausgefüllten Antrags prüft die KV Berlin, ob die Zweigpraxis zu einer Verbesserung der Versorgung von Versicherten und zu keiner Beeinträchtigung der Versorgung am Praxissitz führt.

Bitte beachten Sie, dass die Genehmigung zum Betrieb einer Zweigpraxis nur mit Wirkung für die Zukunft und nicht für einen in der Vergangenheit liegenden Zeitraum erteilt werden kann.

Die Telematik-Infrastruktur muss auch für den Ort der Zweigpraxis beantragt und ein Versichertenstammdatenmanagement bei Aufnahme der Tätigkeit vorgehalten werden.

Die Genehmigung kann widerrufen werden, wenn die Voraussetzungen, die der Erteilung zu Grunde liegen, nicht mehr gegeben sind.

Die Genehmigung der Zweigpraxis wird fach- und standortbezogen erteilt. Beendigungen von Zweigpraxen sind der KV Berlin schriftlich mitzuteilen.

Die Bearbeitungszeit für Ihren Antrag beträgt voraussichtlich 4 bis 6 Wochen.

**Ich versichere, dass die Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Sofern sich Änderungen zu vorstehenden Angaben ergeben, verpflichte ich mich, diese umgehend der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin schriftlich mitzuteilen.**

---

Ort, Datum

---

Unterschrift  
Antragsteller:in/Ärzt:in/Psychotherapeut:in

---

Ggf. Unterschriften übriger BAG-Partner:innen