

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
Name			
LANR (sofern bereits vorhanden)			
Fachgebiet und ggf. Schwerpunkt			
Status	☐ angestellt ☐ zugelassen	☐ angestellt ☐ zugelassen	☐ angestellt ☐ zugelassen
Tätigkeitsumfang in Stunden pro Woche in der Zweigpraxis			
Anstellung/Zulassung beim ZA bereits beantragt?	☐ Ja Für die Adresse: ☐ Nein	☐ Ja Für die Adresse: ☐ Nein	☐ Ja Für die Adresse: ☐ Nein

Geplante 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/ihrer 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. Begründung für die Beantragung der Zweigpraxis:

Genehmigungsvoraussetzung für eine Zweigpraxis ist, dass die Versorgung am Ort der Zweigpraxis verbessert wird und sich gleichzeitig am Praxissitz nicht verschlechtert.

a) Verbesserung am Standort der Zweigpraxis:

Die Rechtsprechung hat für die Versorgungsverbesserung Fallkonstellationen festgelegt. Bitte teilen Sie uns mit, welche der u. g. Gründe auf Ihren Sachverhalt zutreffen. Bitte fügen Sie Ihrem Antrag außerdem eine ausführliche Begründung für die geplante Versorgungsverbesserung bei (s. Seite 5). Beachten Sie bitte, dass die Genehmigung der Zweigpraxis ggf. inhaltlich oder zeitlich beschränkt werden kann.

☐	Quantitatives Defizit (Es sind nicht genügend Ärzte des Fachgebietes am Standort der geplanten Zweigpraxis tätig.)
☐	Lange Wartezeiten (Es sind zwar genügend Ärzte niedergelassen, aber diese sind ausgelastet und die Wartezeiten für die Patienten sind nicht zumutbar.)
☐	Abweichendes Leistungsspektrum (Sie bieten Leistungen an, die am Standort der geplanten Zweigpraxis nicht erbracht werden, z. B. ist kein Arzt mit dem Schwerpunkt oder Zusatzbezeichnung dort tätig.) - Bitte nennen Sie uns die betreffenden Gebührenordnungspositionen auf einem gesonderten Blatt.
☐	Qualitativ höherwertige Leistungen (Sie bieten besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden an, die besonders schonend sind oder bessere Diagnoseergebnisse liefern.) - Bitte nennen Sie uns die betreffenden Gebührenordnungspositionen und den sich ergebenden medizinischen Vorteil auf einem gesonderten Blatt.
☐	Organisatorische/logistische Gründe (z. B.: Sie bieten besondere Sprechstundenzeiten am Abend und/oder samstags oder eine bessere Erreichbarkeit für die Patienten an.)
☐	Eine bestehende Vertragsarztpraxis soll als Zweigpraxis fortgeführt werden.

b) Aktuelle Situation am Praxissitz (keine Verschlechterung der Versorgung am Praxissitz):

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

Bestehen an Ihrem Vertragsarztsitz Wartezeiten für die in der Zweigpraxis beantragten Leistungen?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wie lange ist die Wartezeit?

_____ Tage / Wochen / Monate

Verfügt Ihre Praxis über freie Kapazitäten?

☐ Ja ☐ Nein

Ausführliche Begründung des Antrages (evtl. mit gesondertem Schreiben):

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 Antragsformular mit ausführlicher Begründung 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 ab Vollständigkeit 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