

Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zum Betrieb einer Zweigpraxis

(Bitte vollständig und in Großbuchstaben ausfüllen)

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Sicherstellung
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt am Main

Fax: 069 / 24741-68804

Eingangsstempel KVH

Persönliche Angaben	
Betriebsstättennummer:	
Titel, Name:	
Vorname(n):	
Vertragsarztsitz bzw. Standort des MVZ	PLZ: Ort:
	Straße:
Zweigpraxisanschrift:	PLZ: Ort:
	Straße:
Telefon (tagsüber erreichbar):	
E-Mail:	
Geplante Aufnahme der Tätigkeit am:	
Die Zweigpraxis wird für folgendes Fachgebiet beantragt:	
Die Leistungen in der Zweigpraxis werden er- bracht durch:	
Sofern die Leistungen in der Zweigpraxis durch einen angestellten Arzt erbracht werden:	Name, Vorname:
	Die Tätigkeit des angestellten Arztes erfolgt überwiegend in der Zweigpraxis: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Der angestellte Arzt soll im untergeordneten Umfang auch an der Hauptbetriebstätte tätig werden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Geplante Sprechzeiten Zweigpraxis				
Montag	von:	bis:	von:	bis:
Dienstag	von:	bis:	von:	bis:
Mittwoch	von:	bis:	von:	bis:
Donnerstag	von:	bis:	von:	bis:
Freitag	von:	bis:	von:	bis:
Samstag	von:	bis:	von:	bis:
Tätigkeitsumfang in Stunden pro Woche:				
Es besteht bereits eine Zweigpraxis / Es bestehen bereits mehrere Zweigpraxen:				
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Anschrift bestehende Zweigpraxis / Zweigpraxen:				
Die Entfernung zwischen Hauptbetriebsstätte und Zweigpraxis beträgt ca. _____ km.				
Die Räumlichkeiten der Zweigpraxis sind mit dem Rollstuhl erreichbar:				
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Die Räumlichkeiten der Zweigpraxis haben einen Fahrstuhl:				
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Nach § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV ist die vertragsärztliche Tätigkeit außerhalb des Vertragsarztsitzes an weiteren Orten zulässig, wenn hierdurch <ol style="list-style-type: none"> 1. die Versorgung der Versicherten an den weiteren Orten verbessert wird. 2. die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragsarztsitzes nicht beeinträchtigt wird. Geringfügige Beeinträchtigungen für die Versorgung am Ort des Vertragsarztsitzes sind unbeachtlich, wenn sie durch die Verbesserung der Versorgung an dem weiteren Ort aufgehoben werden. 				
Die Versorgung am Ort der Hauptbetriebsstätte wird sichergestellt durch:				

Ein voller Versorgungsauftrag gilt als erfüllt, wenn der Vertragsarzt an seinem Vertragsarztsitz persönlich mindestens 20 Stunden wöchentlich in Form von Sprechstunden zur Verfügung steht. Bei einer halben Zulassung müssen mindestens 10 Stunden wöchentlich an Sprechstunden zur Verfügung stehen (§ 17 Abs. 1a Bundesmantelvertrag-Ärzte). Darüber hinaus muss die Patientenversorgung auch in dringenden Fällen außerhalb Ihrer Sprechstundenzeit gewährleistet sein.

Sprechzeiten Hauptbetriebsstätte

Montag	von:	bis:	von:	bis:
Dienstag	von:	bis:	von:	bis:
Mittwoch	von:	bis:	von:	bis:
Donnerstag	von:	bis:	von:	bis:
Freitag	von:	bis:	von:	bis:
Samstag	von:	bis:	von:	bis:

Tätigkeitsumfang in Stunden pro Woche:

Eine Verbesserung der Versicherten vor Ort ist anzunehmen, wenn

- entweder am Ort der Zweigpraxis spezielle Untersuchungs- und Behandlungsleistungen angeboten werden, die bisher im Umkreis (bezieht sich u.U. auch auf angrenzende Planungsbereiche) der beabsichtigten Zweigpraxis von keiner anderen Praxis erbracht werden oder
- dort ein Versorgungsengpass besteht (partielle Unterversorgung). In überversorgten Planungsbereichen gilt, dass ungeachtet der damit verbundenen Erweiterung der Möglichkeiten der Arztwahl nicht bereits das bloße Hinzutreten eines weiteren Behandlers eine Verbesserung der Versorgung darstellt.

Erläuterung zur Verbesserung der Versorgung der Versicherten am Standort der Zweigpraxis

a. Verbesserung durch spezielle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden:

b. Quantitative Versorgungsverbesserung; Ausgleich eines regionalen Engpasses:

Wenn Sie **genehmigungspflichtige Leistungen** im Rahmen der Ausübung einer Zweigpraxis erbringen möchten, benötigen Sie hierfür eine gesonderte Genehmigung durch die KV Hessen. Bitte setzen Sie sich daher vor Beginn der Ausübung der Zweigpraxistätigkeit mit der zuständigen Fachabteilung Qualitätssicherung in Verbindung.

Sonstige Hinweise

Gemäß § 3 Abs. 1 der Notdienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen ist zu berücksichtigen, dass der Betreiber einer Zweigpraxis zur Teilnahme am Ärztlichen Bereitschaftsdienst im Bereich der Haupt- sowie der Zweigpraxis verpflichtet ist.

Das Regelleistungsvolumen wird durch die Genehmigung **nicht** erhöht.

Um eine Versorgungsverbesserung feststellen zu können, ist die KV Hessen verpflichtet im Vorfeld der Genehmigung eine Gesamtanalyse 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 wird eine Prüfung der Versorgungssituation sowie eine Prüfung auf Basis einer Abrechnungsanalyse seitens der KV Hessen durchgeführt.

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

Beendigungen von Zweigpraxen sind der KV Hessen schriftlich mitzuteilen

Die Genehmigung der Zweigpraxis wird fach- und standortbezogen erteilt. Eine Mitteilung zu **personellen** Änderungen in der Zweigpraxis ist daher nicht notwendig.

Bitte beachten Sie, dass es nach § 17 Abs. 2 Berufsordnung für Ärzte in Hessen dem Arzt über den Praxissitz hinaus gestattet ist, an lediglich zwei weiteren Praxissitzen, selbständig ärztlich tätig zu sein. Es kann daher nicht ausgeschlossen werden, dass eine Überschreitung der Anzahl der Betriebsstätten seitens der Landesärztekammer Hessens unter berufsrechtlichen Gründen beanstandet wird.

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

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift)