

# Zulassungsausschuss Ärzte/Krankenkassen

Geschäftsstelle, Schwachhauser Heerstraße 26/28, 28209 Bremen

## Antrag auf Ermächtigung zum Führen einer Zweigpraxis außerhalb des Bezirks der eigenen KV gem. § 24 Abs. 3 Satz 6 Ärzte-ZV

### Hinweise:

Bitte beachten Sie, dass der Zulassungsausschuss keine rückwirkenden Ermächtigungen von Zweigpraxen beschließen kann. **Ermächtigungen dürfen nur mit Wirkung für die Zukunft genehmigt werden.** Bitte beantragen Sie daher die Genehmigung rechtzeitig (mind. 3 Monate) vor der nächsten Sitzung des Zulassungsausschusses (den Sitzungsplan finden Sie im Internet [www.kvhb.de](http://www.kvhb.de)).

### Gebühren:

Mit der Antragsstellung wird eine Gebühr fällig (§ 46 Abs. 1 Buchst. c) Ärzte-ZV), die hiermit angefordert wird. Wir weisen darauf hin, dass über Ihren Antrag erst nach Entrichtung der Gebühr verhandelt werden kann (§ 38 Ärzte-ZV). (Bankverbindung: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, BIC: DAAEDEDXXX, IBAN: DE05 3006 0601 0002 2246 66. Bitte als Verwendungszweck „Ermächtigung Zweigpraxis“ angeben)

Ich habe die Antragsgebühr von 120 Euro

überwiesen am \_\_\_\_\_ (der Überweisungsbeleg mit Namen des Antragstellers und Verwendungszweck ist zwingend beizufügen!)

### Antragstellendes MVZ:

Name des MVZ	
MVZ-Sitz (Straße/PLZ/Ort)	
Organisationsform	
Vertretene Fachgebiete	
Ärztlicher Leiter:	
Gründer/Träger: Trägersgesellschaft:	
<b>Adresse der Trägersgesellschaft</b>	
Zugelassen seit:	

Wir beantragen als nicht in Bremen zugelassenes MVZ die Ermächtigung zum Führen einer Zweigpraxis zum: \_\_\_\_\_ für den Planungsbereich

Bremen-Stadt

Bremerhaven-Stadt

für den Zweigpraxissitz: \_\_\_\_\_

(bitte Straße und Hausnummer angeben)

neben der seit \_\_\_\_\_ bestehenden Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit

als MVZ im Planungsbereich \_\_\_\_\_

am MVZ-Sitz \_\_\_\_\_

(bitte Straße und Hausnummer angeben)

**Die Sprechzeiten im Rahmen der Zweigpraxis werden wie folgt lauten:**

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Summe
vormittags							
nachmittags							
Summe vormittags/ nachmittags							

Die Entfernung zwischen dem MVZ und der geplanten Zweigpraxis beträgt in km: \_\_\_\_\_.

Die Fahrtzeit zwischen dem MVZ und der geplanten Zweigpraxis beträgt in Std.: \_\_\_\_\_.

**In der Zweigpraxis sollen folgende Ärzte tätig werden:**

Name	Fachgebiet/ Facharztbezeichnung	Stunden pro Woche in der Zweigpraxis tätig	Stunden pro Woche in der Haupt- praxis tätig	Sonstiges / Anmerkungen

§ 24 Ärzte-ZV lautet auszugsweise wie folgt:

„Die Genehmigung zum Führen einer Zweigpraxis außerhalb des Bezirkes Ihrer Kassenärztlichen Vereinigung ist zu erteilen, wenn und soweit

1. dies die Versorgung der Versicherten an den weiteren Orten verbessert und
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 den weiteren Orten aufgewogen werden.

(...) Sofern die weiteren Orte außerhalb des Bezirks seiner Kassenärztlichen Vereinigung liegen, hat der Vertragsarzt bei Vorliegen der Voraussetzungen nach Satz 1 Anspruch auf Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss, in dessen Bezirk er die Tätigkeit aufnehmen will; der Zulassungsausschuss, in dessen Bezirk er seinen Vertragsarztsitz hat, sowie die beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen sind vor der Beschlussfassung anzuhören.“

**Es werden nach Vorliegen Ihres Antrages Stellungnahmen der für Ihren Vertragsarztsitz zuständigen KV und des dortigen Zulassungsausschusses eingeholt.**

Datenschutzerklärung:

Ich habe die Datenschutzerklärung der KV Bremen gelesen und bin damit einverstanden.

**Bitte begründen Sie formlos Ihren Antrag, inwiefern Ihre geplante Zweigpraxis die Versorgung der Versicherten in Bremen-Stadt bzw. Bremerhaven-Stadt verbessern würde. Geben Sie bitte auch das in der Zweigpraxis geplante Leistungsspektrum vollständig an.**

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift MVZ-Leitung)

Wichtiger Hinweis zur Abrechnung genehmigungspflichtiger Leistungen

Die Erbringung und Abrechnung bestimmter vertragsärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen ist nur zulässig, wenn diese von Ihnen beantragt und von der KV Bremen schriftlich genehmigt worden ist.

Die Übersicht aller genehmigungspflichtigen Leistungen finden Sie im Internet unter:

[www.kvhb.de/praxen/praxisthemen/genehmigungen](http://www.kvhb.de/praxen/praxisthemen/genehmigungen)

- Bitte senden Sie mir/uns die Übersicht der genehmigungspflichtigen Leistungen zu.  
oder  
 Ich/wir möchte(n) keine genehmigungspflichtigen Leistungen erbringen und benötige(n) daher die Übersicht nicht.
- 
- Ich/wir bin/sind bereits Genehmigungsinhaber von Leistungen die durch die KV Bremen genehmigt worden sind und wünsche(n) die Übernahme **aller** bisher genehmigten Leistungen.  
oder  
 Ich/wir bin/sind bereits Genehmigungsinhaber von Leistungen die durch die KV Bremen genehmigt worden sind und wünsche(n) die Übernahme **nicht** aller bisher genehmigten Leistungen. Leistungen die ich/wir nicht mehr erbringen möchte(n), zeige(n) ich/wir bei der KV Bremen, Abt. Q/P schriftlich an.

**Bitte beachten Sie, dass manche Leistungen ggf. erneut beantragt werden müssen, auch wenn Sie bereits Genehmigungsinhaber sind. In diesem Fall wird sich die Abt. Q/P mit Ihnen in Verbindung setzen.**

Ausführender Arzt/Leistungserbringer

LANR/BSNR falls bekannt	
Ggf. Titel, Name, Vorname	

Vertragsarzt bzw. der abrechnenden Stelle (anstellender Vertragsarzt, MVZ, Institut)

BSNR falls bekannt	
Ggf. Titel, Name, Vorname	
Ort, Datum Unterschrift	

**BITTE LEGEN SIE DIESE SEITE UNBEDINGT AUSGEFÜLLT IHREM ANTRAG AN DEN ZULASSUNGS-AUSCHUSS BEI.**