



**Kassenärztliche Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern**
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Kassenärztliche Vereinigung M-V
Abteilung Sicherstellung
Neumühler Str. 22
19057 Schwerin

Erklärung zu ausgelagerten Praxisräumen

1. Persönliche Angaben

Erklärender		
BSNR:	LANR:	Titel:
Name:	Vorname:	
Straße/Nr.:	PLZ/Ort der Hauptbetriebsstätte:	
E-Mail-Adresse:	Telefonnummer:	
<input type="checkbox"/> Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft als zugelassener Vertragsarzt/Vertragspsychotherapeut tätig		
<input type="checkbox"/> Ich bin Vertretungsberechtigter der BAG _____ <small>(Name der BAG)</small>		
<input type="checkbox"/> Ich bin Vertretungsberechtigter des MVZ _____ <small>(Name des MVZ)</small>		
In den ausgelagerten Praxisräumen		
<input type="checkbox"/> werde ich persönlich tätig <u>oder</u>		
<input type="checkbox"/> wird folgender von mir bzw. im o.g. MVZ angestellter Vertragsarzt/Vertragspsychotherapeut tätig:		
LANR: _____	Titel: _____	
Name: _____	Vorname: _____	

- Nicht genehmigungspflichtige Leistungen wie folgt:

GOP	Leistung

4. Begründung für die Notwendigkeit der ausgelagerten Praxisräume

Ich, der Erklärende, und der ggf. bei mir tätige Arzt, bestätigen, dass wir den Inhalt der Erklärung sowie des beigefügten Anhangs mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen haben und erkennen diesen ausdrücklich als für uns rechtsverbindlich an. Die im Anhang aufgeführten Erläuterungen sind Bestandteil dieser Erklärung.

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel Vertragsarzt

– Anhang zur Erklärung –

Erklärender ist grundsätzlich der in Einzelpraxis tätige Arzt bzw. bei einer Berufsausübungsgemeinschaft deren Gesellschafter, auch soweit dort jeweils Ärzte angestellt sein sollten. Bei im MVZ angestellten Ärzten ist der MVZ-Vertretungsberechtigte der Erklärende. Im Fall angestellter Ärzte ist von diesen zusätzlich die Kenntnisnahme des Inhalts der Erklärung und dieses Anhangs zu bestätigen.

Die Verarbeitung Ihrer Daten ist notwendig, um zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Unterhaltung ausgelagerter Praxisräumlichkeiten erfüllt sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben dazu führen können, dass Ihre Anzeige nicht wirksam ist.

Sofern genehmigungspflichtige Leistungen in einem MVZ erbracht werden sollen, ist der Antragsteller stets der MVZ-Vertretungsberechtigte, unabhängig davon, ob der leistungserbringende Arzt als angestellter oder zugelassener Vertragsarzt im MVZ tätig ist. Demzufolge wird auch der Genehmigungsbescheid nur dem MVZ erteilt.

Nach § 24 Abs. 5 Ärzte-ZV hat der Vertragsarzt/Vertragspsychotherapeut, sofern er spezielle Untersuchungs- und Behandlungsleistungen an weiteren Orten in räumlicher Nähe zum Vertragsarztsitz (ausgelagerte Praxisräume) erbringt, Ort und Zeitpunkt der Aufnahme der Tätigkeit seiner Kassenärztlichen Vereinigung unverzüglich anzuzeigen. Die Ankündigung und/oder das Abhalten von gesonderten Sprechstunden sowie das Anbieten des gesamten Leistungsumfanges der Hauptbetriebsstätte in ausgelagerten Praxisräumen sind unzulässig. Hierfür wäre die Genehmigung einer Zweigpraxis zu beantragen. Darüber hinaus muss der Erstkontakt stets in der Hauptbetriebsstätte erfolgen.

Auf die bundesmantelvertraglichen Regelungen zur Abhaltung von Mindestsprechstunden (§ 17 Abs. 1a BMV-Ä) wird verwiesen. Insbesondere ist darauf zu achten, dass bei Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit an einem weiteren oder an mehreren Tätigkeitsorten außerhalb des Vertragsarztsitzes (Hauptbetriebsstätte) die Tätigkeit am Vertragsarztsitz alle Tätigkeiten außerhalb des Vertragsarztsitzes zeitlich insgesamt überwiegen muss.