

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Qualitätssicherung  
Team Bildgebende Verfahren  
Elsenheimerstr. 39  
80687 München

## Erklärung

### Ausgelagerte Praxisräume im Rahmen einer Apparategemeinschaft

#### 1. Persönliche Angaben

**Erklärender** (bei angestelltem Arzt ist dies der Arbeitgeber, bei einem im MVZ tätigen Arzt der MVZ-Vertretungsberechtigte, bei einem bei einer BAG angestellten Arzt/Therapeut der BAG-Vertretungsberechtigte)

**LANR:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| **Titel** \_\_\_\_\_

**Name** \_\_\_\_\_, **Vorname** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der **Hauptbetriebsstätte**

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Nur falls noch nicht zugelassen: **Wohnanschrift**

Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Vertragsarzt

Ich bin Vertretungsberechtigter der BAG \_\_\_\_\_  
(Name der BAG)

Ich bin Vertretungsberechtigter des MVZ \_\_\_\_\_  
(Name des MVZ)

Ich bin am Krankenhaus \_\_\_\_\_ ermächtigter Arzt  
(Name des KH)

#### In den ausgelagerten Praxisräumen

werde ich persönlich tätig *oder*

wird folgender bei mir bzw. im o. g. MVZ angestellter Vertragsarzt tätig:

LANR: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| **Titel** \_\_\_\_\_

**Name** \_\_\_\_\_, **Vorname** \_\_\_\_\_

## 2. Erklärung zum ausgelagerten Praxisraum im Rahmen einer Apparategemeinschaft

**Anschrift des ausgelagerten Praxisraumes/ Standort der Apparatur:**

\_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort , ggf. Name der Einrichtung

In den ausgelagerten Praxisräumen findet **kein Erstkontakt mit Patienten** statt. Die Patienten werden in die ausgelagerten Praxisräume bestellt, nachdem der Erstkontakt am Vertragsarztsitz stattgefunden hat.

Der ausgelagerte Praxisraum liegt **in räumlicher Nähe zum Vertragsarztsitz**. Die Entfernung muss für Patienten zumutbar sein.  
Dies ist dann gewährleistet, wenn die ausgelagerten Praxisräume binnen eines Zeitraums von 30 Min. Fahrtzeit von der Hauptpraxis aus erreichbar sind. Eventuelle Ausnahmen können nur in Einzelfällen ohne Patientenkontakt unter bestimmten Voraussetzungen (z. B. ausschließlich Laborleistungen) akzeptiert werden.

**Entfernung/Fahrzeit** zwischen ausgelagertem Praxisraum und Vertragsarztsitz:  
\_\_\_\_\_ **Kilometer** \_\_\_\_\_ **Minuten**

Das **Gebot der persönlichen Leistungserbringung** (§ 15 Bundesmantelvertrag-Ärzte) wird erfüllt.

## 3. Geräte im Rahmen einer Apparategemeinschaft

Für die Durchführung von vertragsärztlichen Leistungen stehen mir folgende Geräte zur Verfügung:

\_\_\_\_\_

**Firma, Typ, Baujahr**

\_\_\_\_\_

**Firma, Typ, Baujahr**


\_\_\_\_\_

**Firma, Typ, Baujahr**

\_\_\_\_\_

**Betreiber der Apparatur**

\_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Stempel und Unterschrift des Betreibers der Apparatur \_\_\_\_\_ 

**Stempel Betreiber**

Das Gebot der persönlichen Leistungserbringung erfordert beim Einsatz nichtärztlicher Mitarbeiter zur Durchführung delegierbarer Leistungen die persönliche Anleitung und Überwachung der Mitarbeiter durch den Arzt. Das setzt voraus, dass der Arzt in der Praxis bzw. am Ort der Leistungserbringung grundsätzlich anwesend ist.

Leistungen die nicht delegierbar sind, werden von mir persönlich oder einem hierfür qualifizierten angestellten Arzt oder genehmigten Assistenten erbracht.

Ich versichere, dass diese Voraussetzungen der persönlichen Leistungserbringung von mir bei der Nutzung der vorgenannten Apparatur erfüllt werden.

#### 4. Welche vertragsärztlichen Leistungen sollen in den ausgelagerten Praxisräumen erbracht werden?

Bitte benennen Sie **jede** Leistung genau und geben Sie zur eindeutigen Identifizierung der jeweiligen Leistung die entsprechenden **Gebührenordnungspositionen (GOP)** an. Für die ausschließliche Durchführung ambulanter Operationen ist der Genehmigungsantrag zum ambulanten Operieren zu verwenden (eingestellt unter [www.kvb.de/praxis/service-und-beratung/formulare/formulare-mit-a](http://www.kvb.de/praxis/service-und-beratung/formulare/formulare-mit-a))

<input type="checkbox"/>	Genehmigungspflichtige Leistungen
<input type="checkbox"/>	Eine Genehmigung seitens der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns liegt vor
<b>GOP</b>	<b>Leistung</b>
_ _ _ _ _ _ _	_____
_ _ _ _ _ _ _	_____
_ _ _ _ _ _ _	_____
_ _ _ _ _ _ _	_____
_ _ _ _ _ _ _	_____
_ _ _ _ _ _ _	_____
_ _ _ _ _ _ _	_____
_ _ _ _ _ _ _	_____
_ _ _ _ _ _ _	_____
_ _ _ _ _ _ _	_____
_ _ _ _ _ _ _	_____
_ _ _ _ _ _ _	_____
_ _ _ _ _ _ _	_____
_ _ _ _ _ _ _	_____



**Ich (Erklärender und der ggf. beim Erklärenden tätige Arzt) bestätige, dass ich den Inhalt der Erklärung sowie des beigefügten Anhangs mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an. Die im Anhang aufgeführten Erläuterungen sind Bestandteil dieser Erklärung.**

**Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Bescheid über die Anerkennung des ausgelagerten Praxisraumes zugegangen ist.**

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die KVB erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung Ihres Antrags führen können.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift Erklärender



Stempel Erklärender

**Bei Anzeige für einen beim Erklärenden tätigen Arzt zusätzlich:**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift beim Erklärenden tätigen Arzt



## Erklärung – Anhang –



### Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die KVB erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung Ihres Antrags führen können.

Sofern die genehmigungspflichtigen Leistungen in einem MVZ erbracht werden sollen, ist der Antragsteller stets der MVZ-Vertretungsberechtigte. Dies trifft sowohl bei zugelassenen Vertragsärzten im MVZ als auch bei angestellten Ärzten im MVZ zu. Der Arzt, der die Leistungen im MVZ erbringen wird und für den die fachlichen Nachweise vorzulegen sind, hat den Antrag mit zu unterzeichnen. Der Genehmigungsbescheid wird dem MVZ erteilt.

Nach § 24 Abs. 5 Ärzte-ZV hat der Vertragsarzt, 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. Gerätestandorte im Rahmen einer Apparategemeinschaft sind ebenfalls ausgelagerte Praxisräume in diesem Sinne. Die Ankündigung und/oder das Abhalten von gesonderten **Sprechstunden** sowie das Anbieten des **gesamten Leistungsumfanges** der „Stammpraxis“ in ausgelagerten Praxisräumen sind unzulässig. Hierfür wäre die Genehmigung einer Filialpraxis zu beantragen.

Zur zeitlichen Wahrnehmung der vertragsärztlichen Tätigkeit am Vertragsarztsitz und an weiteren Orten gelten folgende bundesmantelvertragliche Regelungen:

- Der sich aus der **Zulassung** des Vertragsarztes ergebende Versorgungsauftrag ist dadurch zu erfüllen, dass der Vertragsarzt an seinem Vertragsarztsitz persönlich mindestens 20 Stunden wöchentlich in Form von Sprechstunden zur Verfügung steht (§ 17 Abs. 1 a Satz 1 BMV-Ä).
- Der sich aus der **Teilzulassung** ergebende Versorgungsauftrag ist dadurch zu erfüllen, dass der Vertragsarzt an seinem Vertragsarztsitz persönlich mindestens 10 Stunden wöchentlich in Form von Sprechstunden zur Verfügung steht (§ 17 Abs. 1 a Satz 2 BMV-Ä).
- **In allen Fällen der Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit** an einem weiteren oder mehreren Tätigkeitsorten außerhalb des Vertragsarztsitzes gilt, dass die Tätigkeit am Vertragsarztsitz alle Tätigkeiten außerhalb des Vertragsarztsitzes zeitlich insgesamt überwiegen muss (§ 17 Abs. 1 a Satz 3 BMV-Ä). Dies gilt demzufolge auch dann, wenn die vertragsärztliche Tätigkeit künftig auf zusätzliche Orte außerhalb des Vertragsarztsitzes erweitert werden soll.
- Der sich aus der **Zulassung des MVZ** ergebende Versorgungsauftrag ist wie folgt zu erfüllen (§ 17 Abs. 1 a Satz 4 i.V.m. Sätze 1 – 3 BMV-Ä):
  - Jede Fachrichtung, welche im MVZ mit einem bedarfsplanerischen Anrechnungsfaktor von 1,0 vertreten ist, muss am Vertragsarztsitz des MVZ mit einer Mindestsprechstundenzeit von 20 Stunden/Woche vorgehalten werden.
  - Jede Fachrichtung, welche im MVZ mit einem bedarfsplanerischen Anrechnungsfaktor von 0,5 bis 0,75 vertreten ist, muss am Vertragsarztsitz des MVZ mit einer Mindestsprechstundenzeit von 10 Stunden/Woche vorgehalten werden.
  - Wird die betreffende Fachrichtung im MVZ in einem Umfang angeboten, welcher den bedarfsplanerischen Anrechnungsfaktor von 1,0 übersteigt, erhöht sich die Mindestsprechstundenzeit am Vertragsarztsitz nach Maßgabe der vorgenannten Regeln.
  - Der zeitliche Umfang aller Leistungserbringer derselben Fachrichtung am Vertragsarztsitz des MVZ muss in seiner Summe immer gegenüber demjenigen zeitlichen Umfang überwiegen, welcher auf die Tätigkeiten in dieser Fachrichtung außerhalb des Vertragsarztsitzes des MVZ entfällt.

Der Betrieb ausgelagerter Praxisräume ist zudem **dem ärztlichen Bezirksverband anzuzeigen**, siehe § 17 Abs. 6 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns. Für Psychotherapeuten gilt eine entsprechende Anzeigepflicht an die PTK Bayern, siehe § 12 Abs. 4 der Berufsordnung.

Betrifft Ihre Anzeige der ausgelagerten Praxisräume **genehmigungspflichtige Leistungen**, so wird diese durch uns an die **zuständige Stelle** innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigung zur Prüfung weitergeleitet, von welcher Sie **gesondert Nachricht** erhalten.

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter [www.kvb.de/datenschutz](http://www.kvb.de/datenschutz).  
Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.