

Veränderungen innerhalb eines Medizinischen Versorgungszentrums

(Für Ihre Unterlagen bestimmt)

I. CHECKLISTE:

Dem Antrag auf bzw. der Anzeige von Veränderungen innerhalb eines Medizinischen Versorgungszentrums sind nachstehende Unterlagen vollständig beizufügen:

- Antrag auf Veränderungen innerhalb eines Medizinischen Versorgungszentrums
- ggf. Formblatt 1
- Nachweis über die Entrichtung der Antragsgebühr

Darüber hinaus beachten Sie bitte die jeweiligen Hinweise zu den einzureichenden Unterlagen bei den einzelnen Antragspunkten!

II. WICHTIGE HINWEISE ZUR ENTRICHTUNG DER ANTRAGSGEBÜHR:

Gem. § 46 Abs. 1 c) Ärzte-ZV ist eine Gebühr in Höhe von € 120,- fällig, sobald Sie Ihren Antrag im BeratungsCenter der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen oder bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses eingereicht haben. Diese Gebühr ist somit auch dann zu entrichten, wenn Sie Ihren Antrag später zurücknehmen sollten.

Über die Zahlung der Antragsgebühr legen Sie uns bitte innerhalb von 14 Tagen (Eingang) nach Einreichung Ihres Antrags unaufgefordert einen geeigneten Zahlungsnachweis vor.

Sollte die Antragsgebühr nicht fristgemäß gezahlt worden und der geeignete Zahlungsnachweis hier nicht innerhalb der vorgenannten 14 Tagesfrist eingegangen sein, gilt Ihr Antrag nach § 38 Ärzte-ZV als zurückgenommen. In jedem Fall wird Ihr Antrag ohne fristgerechten Nachweis über die Entrichtung der Antragsgebühr nicht für eine Sitzung des Zulassungsausschusses terminiert.

Damit die eindeutige Zuordnung des Antrags gewährleistet werden kann, ist es unbedingt erforderlich, dass die Überweisung der Antragsgebühr unter **Angabe des im Formular näher bezeichneten Verwendungszwecks** zugunsten nachfolgender Bankverbindung durchgeführt wird:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG
IBAN: DE92 3006 0601 0101 2721 28
BIC: DAAEDEDXXX

III. ALLGEMEINE HINWEISE ZUM ANTRAGSVERFAHREN:

Die **Übersendung von Originalunterlagen ist**, mit Ausnahme von Bürgschaftserklärungen, **nicht erforderlich**. Etwaig zugesandte Originalunterlagen können nicht zurückgeschickt werden. Bitte heften Sie Ihre Unterlagen nicht, da diese hier elektronisch weiterverarbeitet werden.

Bitte nutzen Sie nur einen Versandweg für Ihren Antrag. Für eine elektronische Übermittlung können folgende Kontaktdaten genutzt werden:

- zulassungsausschuss@kvhessen.de
- sicherstellung@kvhessen.kim.telematik (KIM-Dienst)
- bebpo-za@kvhessen.de (nur von Rechtsanwälten nutzbar)

Auch die Übersendung auf dem Postweg ist möglich.

Haben Sie Ihre Unterlagen im für Sie zuständigen BeratungsCenter abgegeben, erübrigt sich eine nochmalige Zusendung derselben Unterlagen. Gleiches gilt für die Nachreichung angeforderter Unterlagen.

Bitte beachten Sie, dass die Terminierung eines Antrages für eine Sitzung des Zulassungsausschusses erst erfolgen kann, wenn alle angeforderten Unterlagen vollständig hier eingereicht und die Antragsgebühr überwiesen wurde.

Die Bestimmungen gelten für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten gleichermaßen.

IV. DATENSCHUTZ

Die zur Bearbeitung Ihres Antrags erforderlichen Daten werden auf der gesetzlichen Grundlage der §§ 95 und 98 SGB V in Verbindung mit den Vorschriften der Zulassungsverordnung erhoben und verarbeitet.

Die Daten werden nur im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften verarbeitet. Die Datenverarbeitung ist gemäß Art. 6 Abs. 1 Satz 1 c) DSGVO für die Aufgabenerfüllung der KV Hessen und der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses erforderlich und erfolgt damit rechtmäßig.

Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter dem Link www.kvhessen.de/datenschutz.

Antrag auf/ Anzeige von Veränderungen innerhalb eines Medizinischen Versorgungszentrums

ZULASSUNGS
AUSSCHUSS
HESSEN



Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Zulassungsausschuss für Ärzte und
Zulassungsausschuss für Psychotherapie
Postfach 15 02 04
60062 Frankfurt

Notizfeld für Bearbeitungshinweise des
BeratungsCenters der KVH

Das Antragsformular bitte vollständig und in Großbuchstaben ausfüllen sowie Zutreffendes ankreuzen!

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Die männliche Form schließt die weibliche mit ein, ohne dadurch eine geschlechtsspezifische Diskriminierung vornehmen zu wollen.

Veränderung des MVZ hinsichtlich:

- Gründergesellschaft (Punkt 2)
- Abgang / Zugang Gründer (Punkt 3)
- Trägergesellschaft (Punkt 4)
- Rechtsform des MVZ (Punkt 5)

- Namensänderung (Punkt 6)
- Änderung ärztliche Leitung (Punkt 7)
- Erweiterung/Änderung stellvertretende ärztliche Leitung (Punkt 8)

1. Angaben des MVZ		(durch den Handlungsbevollmächtigten des MVZ auszufüllen)	
Name des MVZ:			
Standort des MVZ:		Straße, Nr.:	
		PLZ:	Ort:
Optional zur schnelleren Kontaktaufnahme	Telefon:	Fax:	
	E-Mail:	BSNR:	
Handlungsbevollmächtigter: (z.B. Geschäftsführer, Prokurist)		(Bitte durch Vollmacht, aktuellen HR-Auszug oder sonstigen gleichartigen Nachweis legitimieren, insb. bei diesbzgl. Änderungen.)	
2. Anzeige einer Änderung der <u>Gründergesellschaft</u> des MVZ (gebührenfrei)			
zum:			
Name der bisherigen Gesellschaft:			
<input type="checkbox"/> Namensänderung in:			
<input type="checkbox"/> Änderung der Anschrift, neu: Straße, Nr.:			
		PLZ:	Ort:
<input type="checkbox"/> Änderung der Gesellschaftsform:			
<input type="checkbox"/> Sonstige Änderung:			

3. Änderung der Gründerzusammensetzung des MVZ			
Abgang Gründer MVZ			
zum:			
Titel, Name/Firma:			
Vorname(n):			
§ 95 Abs. 1a Sozialgesetzbuch V ¹ Medizinische Versorgungszentren können von zugelassenen Ärzten, von zugelassenen Krankenhäusern, von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3, von anerkannten Praxisnetzen nach § 87b Absatz 2 Satz 3, von gemeinnützigen Trägern, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, oder von Kommunen gegründet werden.			
Zugang Gründer MVZ		Bei mehreren Gründern: Bitte jeden weiteren Gründer auf dem Formblatt 1 gesondert eintragen. Die auf den zusätzlich eingereichten Formblättern gemachten Angaben sind Bestandteil des Antrages.	
zum:			
Titel, Name/Firma:			
Vorname(n):			
Geburtsdatum:			
Hauptwohnsitz/ Anschrift:		Straße, Nr.:	
		PLZ:	Ort:
Optional zur schnelleren Kontaktaufnahme	Telefon:		
	E-Mail:		
Der Gründer ist folgender Leistungserbringer:			
<input type="checkbox"/> a) zugelassener Arzt/Psychotherapeut		<u>Erforderliche Unterlagen:</u> <input type="checkbox"/> aktueller EDV- Ausdruck, soweit eine Zulassung außerhalb Hessens besteht.	
<input type="checkbox"/> b) Träger eines zugelassenen Krankenhauses nach § 108 SGB V		<u>Erforderliche Unterlagen:</u> <input type="checkbox"/> Versorgungsvertrag oder Feststellungsbescheid der Aufnahme in den Krankenhausplan <input type="checkbox"/> Registerauszug für die Gesellschaft.	
<input type="checkbox"/> c) Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Abs. 3 SGB V		<u>Erforderliche Unterlagen:</u> <input type="checkbox"/> aktueller Bescheid	
<input type="checkbox"/> d) anerkanntes Praxisnetz nach § 87b Abs. 2 S. 3 SGB V			
<input type="checkbox"/> e) Gemeinnütziger Träger, der aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen/vertragspsychotherapeutischen Versorgung teilnimmt		<u>Erforderliche Unterlagen:</u> <input type="checkbox"/> aktuellen Zulassungs- und Freistellungsbescheid	
<input type="checkbox"/> d) Kommune			
Bitte beachten Sie, dass folgende Unterlagen mit dem Antrag zu 3 einzureichen sind: <input type="checkbox"/> neugefasster Gesellschaftsvertrag / entsprechender Gesellschafterbeschluss <input type="checkbox"/> Bürgschaftserklärung (im Original), je nach Gesellschaftsform und Praxiskonstrukt des MVZ <input type="checkbox"/> Auszug aus dem Handels-/ Partnerschftsregister soweit registerpflichtig <input type="checkbox"/> ggf. Verlegungsantrag, wenn Vertragstätigkeit am Standort des MVZ ausgeübt wird und die Praxisanschrift von der des MVZ abweicht			

4. Änderungen der <u>Trägersgesellschaft</u> des Medizinischen Versorgungszentrums	
zum:	
Name:	
Handlungsbevollmächtigter:	
<input type="checkbox"/> Namensänderung in:	
<input type="checkbox"/> Änderung der Anschrift, neu: Straße, Nr.:	
PLZ:	Ort:
<input type="checkbox"/> Sonstige Änderung:	
Bitte beachten Sie, dass folgende Unterlagen mit dem Antrag zu 4 einzureichen sind: <input type="checkbox"/> neugefasster Gesellschaftsvertrag / entsprechender Gesellschafterbeschluss <input type="checkbox"/> Auszug aus dem Handels-/ Partnerschaftsregister soweit registerpflichtig	
5. Änderung der Rechtsform der Trägersgesellschaft des Medizinischen Versorgungszentrums	
Die Änderung der Gesellschaftsform wird beantragt zum:	
Neue Gesellschaftsform ist:	
<input type="checkbox"/> a) Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR)	<u>Mit dem Antrag erforderliche Unterlagen:</u> <input type="checkbox"/> Gesellschaftsvertrag
<input type="checkbox"/> b) Partnerschaftsgesellschaft (PartG)	<u>Mit dem Antrag erforderliche Unterlagen:</u> <input type="checkbox"/> Gesellschaftsvertrag <input type="checkbox"/> Auszug aus dem Partnerschaftsregister
<input type="checkbox"/> c) Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH)	<u>Mit dem Antrag erforderliche Unterlagen:</u> <input type="checkbox"/> Gesellschaftsvertrag <input type="checkbox"/> Auszug aus dem Handelsregister <input type="checkbox"/> Bürgschaftserklärung aller Gründer
<input type="checkbox"/> d) Unternehmergesellschaft (haftungsbeschränkt) (Mini-GmbH)	<u>Mit dem Antrag erforderliche Unterlagen:</u> <input type="checkbox"/> Gesellschaftsvertrag <input type="checkbox"/> Auszug aus dem Handelsregister <input type="checkbox"/> Bürgschaftserklärung aller Gründer
<input type="checkbox"/> e) Genossenschaft (eG)	<u>Mit dem Antrag erforderliche Unterlagen:</u> <input type="checkbox"/> Satzung <input type="checkbox"/> Auszug aus dem Genossenschaftsregister
Das MVZ kann sich zum Zweck der Sicherstellung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung jeder zulässigen Organisationsform (GbR, PartnG, GmbH, eG) bedienen. Weiterhin wird darauf hingewiesen, dass der Zusammenschluss von Berufsausübungs- und Organisationsgemeinschaften der Ärztekammer angezeigt werden muss.	
§ 95 Abs. 1a Satz 3 Sozialgesetzbuch V Die Gründung ist nur in der Rechtsform einer Personengesellschaft, einer eingetragenen Genossenschaft oder einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung oder in einer öffentlich rechtlichen Rechtsform möglich.	
6. Namensänderung des Medizinischen Versorgungszentrums	
Die Namensänderung tritt ein ab:	(Konkreter Zeitpunkt der Änderung)
Bisheriger Name des MVZ:	
Neuer Name des MVZ:	
Bitte beachten Sie, dass folgende Unterlagen mit dem Antrag zu 6 einzureichen sind: <input type="checkbox"/> neugefasster Gesellschaftsvertrag / entsprechender Gesellschafterbeschluss	

7. Änderung der ärztlichen Leitung	
<input type="checkbox"/> Die Änderung tritt ein ab:	(Konkreter Zeitpunkt)
Die ärztliche Leitung des MVZ erfolgte bisher durch:	
Titel, Name:	
Vorname(n):	
Die ärztliche Leitung des MVZ soll erfolgen durch:	
Titel, Name:	
Vorname(n):	
8. Erweiterung/Änderung der stellvertretenden ärztlichen Leitung	
<input type="checkbox"/> Die Erweiterung/Änderung tritt ein ab:	(Konkreter Zeitpunkt)
Die stellvertretende ärztliche Leitung des MVZ erfolgte bisher durch:	
Titel, Name:	
Vorname(n):	
Die stellvertretende ärztliche Leitung des MVZ soll erfolgen durch:	
Titel, Name:	
Vorname(n):	
<p>Das MVZ muss kontinuierlich unter ärztlicher Leitung stehen. Die Zulassung eines MVZ muss entzogen werden, wenn kein ärztlicher Leiter mehr bestellt ist. Das BSG stellte fest, dass die ärztliche Leitung nach § 95 Abs. 1 S. 2 SGB V konstitutives Merkmal ist und damit Voraussetzung für die Zulassung des MVZ, über die die Zulassungsgremien zu entscheiden haben. (vgl. BSG vom 14.12.2011, B 6 KA 33/10 R).</p>	
<p>Bitte beachten Sie, dass folgende Unterlagen mit dem Antrag zu 7 und 8 einzureichen sind:</p> <p><input type="checkbox"/> Dienst-/Anstellungsvertrag, der die Tätigkeit des (stellvertretenden) ärztlichen Leiters im MVZ mit einer entsprechenden Aufgabenbeschreibung beinhalten muss/ ggf. entsprechende Ergänzung des bestehenden Vertrages</p> <p><input type="checkbox"/> entsprechender Gesellschafterbeschluss</p>	
8. Wichtige Hinweise	
<p>Sämtliche Angaben in diesem Antrag werden für die Genehmigung gemäß § 95 Abs. 1 SGB V i.V.m. § 18 Ärzte-ZV benötigt. Unvollständige Angaben können zur Folge haben, dass die Genehmigung nicht erteilt wird. Wenn die bei der Erteilung dieser Genehmigung zugrunde gelegten Voraussetzungen tatsächlich nicht erfüllt waren oder nachträglich entfallen, kann die Zulassung entzogen werden; sie ist zu entziehen, wenn die Voraussetzungen, unter denen sie erteilt wurde, tatsächlich nicht vorlagen oder nachträglich weggefallen sind; im Übrigen kann die Genehmigung in durch Gesetz bestimmten Fällen entzogen werden.</p>	
<p>Die Ausübung gemeinsamer Tätigkeit, z. B. in Form einer Berufsausübungsgemeinschaft, bedarf der Genehmigung des Zulassungsausschusses. Hierzu ist ein gesonderter Antrag erforderlich. Die Ausübung der Tätigkeit in Praxisgemeinschaft ist bei der KV Hessen anzeigepflichtig.</p>	
<p>Jede Statusänderung, wie z. B. die Verlegung der Vertragspraxis, bedarf der vorherigen Genehmigung des Zulassungsausschusses. Die für einen Antrag erforderliche Genehmigung des Ausschusses kann -wie auch jede sonstige Genehmigung- nur mit Wirkung für die Zukunft und nicht für einen in der Vergangenheit liegenden Zeitraum erteilt werden.</p>	

9. Antragsgebühren

Die Gebühr beträgt € 120,-- **pro** Antrag, § 46 Abs. 1 c) Ärzte-ZV.

- Entsprechend wurde der Betrag in Höhe von € _____,-- am _____ auf das Bankkonto der Deutschen Apotheker- und Ärztebank eG, IBAN: DE92 3006 0601 0101 2721 28, BIC: DAAEDEDXXX, mit dem Verwendungszweck „**ZA 4.5 Änderung / Name des MVZ**“ überwiesen. Ein Nachweis über die Entrichtung liegt bei (z. B. Kontoauszug, gestempelte Bestätigung der Bank).

Bei mehreren Änderungen ist die Gebühr pro Änderung zu zahlen. Ausschließlich die Anzeige einer Änderung (Punkt 2) ist kostenfrei.

Spätestens innerhalb von 14 Tagen nach dem Antragseingang muss die Antragsgebühr entrichtet und ein geeigneter Zahlungsnachweis vorgelegt werden, sonst gilt der Antrag als zurückgenommen.

Ich versichere, dass meine Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Sofern sich Änderungen zu vorstehenden Angaben ergeben, verpflichte ich mich, diese umgehend dem Zulassungsausschuss schriftlich mitzuteilen.

Durch Ihre Unterschrift geht die in der angefügten Checkliste dargestellte datenschutzrechtliche Erklärung als Bestandteil in den Antrag über.

(Ort, Datum)

(Unterschrift Handlungsbevollmächtigter)

Formblatt 1 - Weitere Gründer des MVZ
(Die auf diesem Formblatt gemachten Angaben sind Bestandteil des Antrages)

§ 95 Abs. 1a Sozialgesetzbuch V

¹Medizinische Versorgungszentren können von zugelassenen Ärzten, von zugelassenen Krankenhäusern, von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3, von anerkannten Praxisnetzen nach § 87b Absatz 2 Satz 3, von gemeinnützigen Trägern, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, oder von Kommunen gegründet werden. ²Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 sind jedoch nur zur Gründung fachbezogener medizinischer Versorgungszentren berechtigt; ein Fachbezug besteht auch für die mit Dialyseleistungen zusammenhängenden ärztlichen Leistungen im Rahmen einer umfassenden Versorgung der Dialysepatienten. ³Medizinische Versorgungszentren können von zugelassenen Ärzten, von zugelassenen Krankenhäusern, von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 oder von gemeinnützigen Trägern, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen oder von Kommunen gegründet werden; die Gründung ist nur in der Rechtsform einer Personengesellschaft, einer eingetragenen Genossenschaft oder einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung oder in einer öffentlich rechtlichen Rechtsform möglich.

Gründer zu 2 des MVZ

Titel, Name/Firma:			
Vorname(n):			
Geburtsdatum			
Hauptwohnsitz/ Anschrift:		Straße, Nr.:	
		PLZ:	Ort:
Optional zur schnelleren Kontaktaufnahme	Telefon:		Fax:
	E-Mail:		

Leistungserbringer aufgrund (siehe Auflistung auf Seite 2 des Antrags):

(Ort, Datum)

(Unterschrift Gründer zu 2)

Gründer zu 3 des MVZ

Titel, Name/Firma:			
Vorname(n):			
Geburtsdatum			
Hauptwohnsitz/ Anschrift:		Straße, Nr.:	
		PLZ:	Ort:
Optional zur schnelleren Kontaktaufnahme	Telefon:		Fax:
	E-Mail:		

Leistungserbringer aufgrund (siehe Auflistung auf Seite 2 des Antrags):

(Ort, Datum)

(Unterschrift Gründer zu 3)