Verlegung des Praxisstandortes eines Medizinischen Versorgungszentrums gem. § 24 Abs. 7 Ärzte-ZV

(Für Ihre Unterlagen bestimmt)

I. CHECKLISTE:

Dem Antrag auf Verlegung der Vertragspraxis sind nachstehende Unterlagen vollständig beizufügen:

☐ Antrag auf Verlegung

☐ Nachweis über die Entrichtung der Antragsgebühr

☐ zukünftige Vertragspraxis befindet sich an einem Krankenhaus (sofern im Antrag mit „Ja“ angekreuzt):
- ☐ Mietvertrag
- ☐ Lageplan
- ☐ Bestätigung des Krankenhauses, dass keine Kooperation vorliegt ansonsten Kooperationsvertrag

Hinweis: Sofern Sie eine Praxisgemeinschaft führen und nach Verlegung am neuen Standort weiterführen wollen, ist dies beim Arztregister der KV Hessen anzeigepflichtig.

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: DAAEDEDDXXX

Für Anträge in unterversorgten Gebieten oder Gebieten mit drohender Unterversorgung fällt keine Gebühr an, § 46 Abs. 4 Ärzte-ZV.
Bitte entnehmen Sie die gem. § 100 Abs. 1 SGB V unterversorgten Regionen dem jeweils aktuellen Beschluss des Landesausschusses auf der Homepage der KV Hessen (www.kvhessen.de/zulassungsbeschraenkungen).

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 Verlegung des Praxisstandortes eines Medizinischen Versorgungszentrums

ZULASSUNGS AUSSCHUSS HESSEN ZA

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Zulassungsausschuss für Ärzte und
Zulassungsausschuss/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.

1. Persönliche Angaben

Name Bezeichnung 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.)

2. Verlegung des Praxisstandortes

Ich beantrage die Verlegung des Praxisstandortes des MVZ		BSNR:
von Straße, Nr.:		
PLZ:	Ort:	
nach Straße, Nr.:		
PLZ:	Ort:	
mit Wirkung zum:		(konkreter Zeitpunkt der Verlegung)

Jede Statusänderung 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 die Vergangenheit erteilt werden.

§ 24 Abs. 7 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte:
Der Zulassungsausschuss darf den Antrag eines Vertragsarztes/Vertragspsychotherapeuten auf Verlegung seines Vertragsarztsitzes nur genehmigen, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen.

3. Tätigkeitsform der Vertragspraxis

Das MVZ wird derzeit geführt als:	☐ Einzelpraxis ☐ Teil einer Kooperation
Nach Verlegung wird das MVZ geführt als:	☐ Einzelpraxis ☐ Teil der bestehenden Berufsausübungsgemeinschaft ☐ Teil einer neuen Berufsausübungsgemeinschaft.*

Bitte Anzeigepflicht der Praxisgemeinschaft beachten. Zur Berufsausübungsgemeinschaft, kurz BAG, zählen: örtliche und überörtliche BAG, Teil-BAG, KV-übergreifende BAG. In diesen Fällen reichen Sie bitte zusätzlich das Formblatt 2.6 nebst Anlagen ein.
Sofern Vertragsärzte bzw. Vertragspsychotherapeuten in einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig sind, ist **von jedem Vertragsarzt bzw. Vertragspsychotherapeuten ein eigener Verlegungsantrag** zu stellen und auch jeweils eine Antragsgebühr (siehe Nr. 6) zu entrichten.

4. Verlegung in die Räumlichkeiten bzw. an den Standort eines Krankenhauses

Das MVZ befindet sich nach Verlegung in bzw. an einem Krankenhaus:

nein	ja*, Name des Krankenhauses:

*Sofern sich der Vertragssitz an einem Krankenhaus befindet, bitten wir zur Prüfung der Frage, ob Hinderungsgründe gem. § 20 Abs. 1 Ärzte-ZV einer Zulassung entgegenstehen, um Vorlage des Mietvertrages, der Grundrisse/Lagepläne sowie des Kooperationsvertrages mit dem entsprechenden Krankenhaus. Sollte zwischen Ihnen und dem Krankenhaus kein Kooperationsvertrag bestehen, benötigen wir diesbezüglich eine formlose schriftliche Bestätigung des Krankenhauses/ Krankenhausträgers.

5. Begründung des Antrages (ggf. gesondertes Blatt verwenden)

6. Antragsgebühren

☐ Der Betrag in Höhe von € 120,-- wurde am _____ auf das Bankkonto der Deutschen Apotheker- und Ärztebank eG, IBAN: DE92 3006 0601 0101 2721 28, BIC: DAAEDEDDXXX, mit dem Verwendungszweck „**ZA 4.6 Verlegung / Name des MVZ**“ überwiesen. Ein Nachweis über die Entrichtung liegt bei (z. B. Kontoauszug, gestempelte Bestätigung der Bank).

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

7. Hinweise zur Abrechnung von Genehmigungspflichtigen Leistungen

Uns ist bekannt, dass für die Ausführung und Abrechnung von Genehmigungspflichtigen Leistungen jeweils bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein müssen und diese Leistungen -unabhängig vom Status der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung- im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nur ausgeführt bzw. abgerechnet werden, wenn hierfür von der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen eine zusätzliche Genehmigung bzw. Anerkennung vorliegt.

Mir ist zudem bekannt, dass eine rückwirkende Genehmigung nicht möglich ist und die Ausführung und Abrechnung dieser Leistungen erst nach Erteilung der entsprechenden Genehmigungen zulässig ist und Honoraranspruch besteht.

Die Antragsformulare finden Sie auf unserer Homepage (www.kvhessen.de). Bitte beachten Sie, dass die Genehmigungen standortbezogen erteilt werden, d. h. für Nebenbetriebsstätten müssen für den jeweiligen Standort nochmals entsprechende Genehmigungen beantragt werden.

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 des Handlungsbevollmächtigten)