

# **Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums**

(Für Ihre Unterlagen bestimmt)

## **CHECKLISTE:**

Dem Antrag auf Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums sind gem. § 95 Abs. 1, 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) nachstehende Unterlagen vollständig beizufügen:

- Antrag auf Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums
- Unterlagen für den/die Gründer (ggf. nur teilweise erforderlich)
  - aktueller EDV-Ausdruck über die Eintragung in das Arztregister/Psychotherapeutenregister einer Kassenärztlichen Vereinigung, aus dem der Tag der Approbation, der Tag der Eintragung in das Arztregister und der Tag der Anerkennung des Rechts zum Führen einer bestimmten Facharzt-, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung bzw. Fachbezeichnung hervorgehen muss (entfällt, sofern die Eintragung in das Register der KV Hessen erfolgt ist)
  - Versorgungsvertrag, Feststellungs-, Freistellungs- oder Zulassungsbescheid
  - sonstiger Bescheid
  - Handelsregisterauszug
- Vertragsarztsitz befindet sich an einem Krankenhaus (sofern im Antrag mit „Ja“ angekreuzt):
  - Mietvertrag
  - Lageplan
  - Bestätigung des Krankenhauses, dass keine Kooperation vorliegt ansonsten Kooperationsvertrag
- Unterlagen für die Trägergesellschaft betreffend das MVZ je nach Gesellschaftsform:
  - Gesellschaftsvertrag / Satzung
  - Registerauszug
- Bürgschaftserklärung (im Original)  
Im Hinblick auf mögliche, zukünftige Änderungen der Gesellschaftsstruktur, empfehlen wir für jeden Gesellschafter eine separate Bürgschaftserklärung abzugeben.
- Vertrag mit dem ärztlichen Leiter über die Tätigkeit als ärztlicher Leiter, sofern dies nicht aus dem separaten Anstellungsvertrag hervorgeht
- Formblätter 1 bis 3
- Nachweis über die Entrichtung der Antragsgebühr

## **WICHTIGE HINWEISE ZUR ENTRICHTUNG DER ANTRAGSGEBÜHR:**

Gem. § 46 Abs. 1 b) Ärzte-ZV ist eine Gebühr in Höhe von € 100,- 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**

Nach der Genehmigung werden auf gesonderte Anforderung zusätzlich Verwaltungsgebühren in Höhe von € 400,- fällig, § 46 Abs. 2 a) Ärzte-ZV. Für Anträge in unterversorgten Gebieten fällt keine Gebühr an, § 46 Abs. 4 Ärzte-ZV.

## **ALLGEMEINE HINWEISE ZUM ANTRAGSVERFAHREN:**

Um Ihnen Ihr Antragsverfahren zu erleichtern, ist die **Übersendung von Originalunterlagen**, mit Ausnahme von Bürgschaftserklärungen, **nicht erforderlich**. Etwaig zugesandte Originalunterlagen können daher nicht an Sie zurückgeschickt werden.

Aufgrund dieser Verfahrenserleichterung bitten wir Sie, nur eine Form der Übersendung von Anträgen zu wählen. Entweder entscheiden Sie sich für eine elektronische **Zusendung per Fax oder E-Mail** oder Sie schicken uns Ihre Anträge nebst Anlagen **auf dem Postweg** zu.

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.

## **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 erforderlich und erfolgt damit rechtmäßig.

Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter dem Link [www.kvhessen.de/datenschutz](http://www.kvhessen.de/datenschutz).

**Antrag auf Zulassung eines  
Medizinischen Versorgungszentrums  
gem. § 95 Abs. 1, 2 SGB V**

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.

<b>1. Gründer des MVZ</b>		Bei mehreren Gründern: Bitte jeden weiteren Gründer auf dem <b>Formblatt 1</b> gesondert eintragen. Die auf den zusätzlich eingereichten Formblättern genannten Angaben sind Bestandteil des Antrages.	
<b>Gründer zu 1</b>			
Titel, Name/Firma:			
Vorname(n):			
Geburtsdatum:			
Hauptwohnsitz/ Anschrift:	Straße, Nr.:		
	PLZ:	Ort:	
Telefon (tagsüber):		Fax:	
E-Mail:			
<b>95 Abs. 1a Sozialgesetzbuch V</b>			
Medizinische Versorgungszentren können von zugelassenen Ärzten, von zugelassenen Krankenhäusern, von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 oder von gemeinnützigen Trägern, die aufgrund von Zulassung, Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, oder von Kommunen gegründet werden			
<b>Der Gründer ist folgender Leistungserbringer:</b>			
<input type="checkbox"/>	zugelassener Arzt	Bitte Arztregisterauszug beifügen, soweit eine Zulassung außerhalb Hessens besteht.	
<input type="checkbox"/>	Träger eines zugelassenen Krankenhauses nach § 108 SGB V	Bitte Versorgungsvertrag oder Feststellungsbescheid der Aufnahme in den Krankenhausplan beifügen sowie einen Registerauszug für die dahinterstehende Gesellschaft.	
<input type="checkbox"/>	Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Abs. 3 SGB V	Bitte aktuellen Bescheid beifügen.	
<input type="checkbox"/>	Gemeinnütziger Träger, der aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt	Bitte aktuellen Zulassungs- und Freistellungsbescheid beifügen.	
<input type="checkbox"/>	Kommune		

2. Name und Sitz des Medizinischen Versorgungszentrums				
<b>Die Zulassung als MVZ gem. § 95 Abs. 1 und 2 SGB V wird beantragt:</b>				
zum:				
(geplanter Zeitpunkt der Aufnahme)				
Name des MVZ:				
Standort des MVZ: (zukünftiger Vertragssitz)		Straße, Nr.:		
		PLZ:	Ort:	
Telefon (tagsüber):			Fax:	
E-Mail:				
Handlungsbevollmächtigter: (z.B. Geschäftsführer, Prokurist)				(Bitte durch Vollmacht, aktuellen HR-Auszug oder sonstigen gleichartigen Nachweis legitimieren.)
Der Vertragssitz befindet sich in bzw. an einem Krankenhaus:				
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja*, Name des Krankenhauses:				
*Sofern sich der Vertragsarztsitz 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.				
3. Trägergesellschaft des Medizinischen Versorgungszentrums				
Name (lt. Vertrag)				
ggf. abweichende Anschrift der Trägergesellschaft		Straße, Nr.:		
		PLZ:	Ort:	
Handlungsbevollmächtigter:				
4. Rechtsform des Medizinischen Versorgungszentrums				
<b>Die Zulassung des Medizinischen Versorgungszentrums am Vertragsarztsitz wird in folgender Gesellschaftsform beantragt:</b>				
<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 <input type="checkbox"/> Bürgschaftserklärung aller Gründer	

**§ 95 Abs. 1a Satz 2 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.

**5. Selbstschuldnerische Bürgschaftserklärungen**

Für die Zulassung eines MVZ in der Rechtsform einer juristischen Person des Privatrechts (z.B. GmbH) ist Voraussetzung, dass **die Gesellschafter der Gründergesellschaft** selbstschuldnerische Bürgschaftserklärungen für Forderungen von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen gegen das MVZ aus dessen vertragsärztlicher Tätigkeit abgeben; dies gilt auch für Forderungen, die erst nach Auflösung des MVZ fällig werden.

**Die Selbstschuldnerischen Bürgschaftserklärungen sind dem Antrag im Original beizufügen.**

**6. Ärztliche Leitung des Medizinischen Versorgungszentrums**

**§ 95 Abs. 1 Satz 3 Sozialgesetzbuch V**

Der ärztliche Leiter muss in dem medizinischen Versorgungszentrum selbst als angestellter Arzt oder als Vertragsarzt tätig sein; er ist in medizinischen Fragen weisungsfrei.

**Die ärztliche Leitung des MVZ erfolgt durch:**

Titel, Name:

Vorname(n):

Fachgebietsbezeichnung:

Sind in einem MVZ Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, tätig, ist auch eine kooperative Leitung möglich (§ 95 Abs. 1 Satz 4 SGB V).

**Für zuvor genannten Fall wird als weiterer ärztlicher Leiter benannt:**

Titel, Name:

Vorname(n):

Fachgebietsbezeichnung:

Bitte beachten Sie, dass der Dienst-/Anstellungsvertrag die Tätigkeit des Ärztlichen Leiters im MVZ mit einer entsprechenden Aufgabenbeschreibung beinhalten muss, sofern kein separater Vertrag diesbzgl. besteht.

**7. Leistungserbringer im MVZ**

In dem MVZ sollen:

- angestellte Ärzte/Psychotherapeuten tätig werden. (Bitte Formblatt 2 ausfüllen!)**  
Die Anstellung in einem MVZ bedarf neben der Zulassung eines MVZ einer Genehmigung durch den Zulassungsausschuss. Diese ist eigens und für jeden anzustellenden Arzt/Psychotherapeuten von dem/den Vertretungsberechtigten des MVZ zu beantragen.
- zugelassene Vertragsärzte/-psychotherapeuten tätig werden. (Bitte Formblatt 3 ausfüllen!)**  
Vertragsärzte/-psychotherapeuten, die in dem MVZ tätig werden wollen, deren Praxisadresse aber nicht mit dem Sitz des MVZ identisch ist, müssen jeweils einen gesonderten Antrag auf Verlegung des Vertragsarztsitzes in das MVZ beim Zulassungsausschuss stellen.

**8. Wichtige Hinweise**

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.

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.

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.

### 9. Antragsgebühren

- Der Betrag in Höhe von € 100,- wurde am \_\_\_\_\_ auf das Bankkonto der Deutschen Apotheker- und Ärztebank eG, IBAN: DE92 3006 0601 0101 2721 28, BIC: DAAEDEDXXX, mit dem Verwendungszweck „**ZA 4.1 Zulassung / 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.**

**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.**

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Gründers/der Gründer)

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

**§ 95 Abs. 1a Sozialgesetzbuch V**

Medizinische 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:	
Telefon (tagsüber):		Fax:	
E-Mail:			

**Leistungserbringer aufgrund (siehe Auflistung auf Seite 1 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:	
Telefon (tagsüber):		Fax:	
E-Mail:			

**Leistungserbringer aufgrund (siehe Auflistung auf Seite 1 des Antrags):**

\_\_\_\_\_

(Ort, Datum)

(Unterschrift Gründer zu 3)

**Formblatt 2 - Angestellte Ärzte/Psychotherapeuten im MVZ**  
 (Die auf diesem Formblatt gemachten Angaben sind Bestandteil des Antrages)

<b>Anzustellender Arzt/Psychotherapeut</b>				
Titel, Name:				
Vorname(n):				
Hauptwohnsitz:	Straße, Nr.:			
	PLZ:		Ort:	
Telefon (tagsüber):			Fax:	
E-Mail:			BSNR:	
Fachgebietsbezeichnung:				
<b>Anzustellender Arzt/Psychotherapeut</b>				
Titel, Name:				
Vorname(n):				
Hauptwohnsitz:	Straße, Nr.:			
	PLZ:		Ort:	
Telefon (tagsüber):			Fax:	
E-Mail:			BSNR:	
Fachgebietsbezeichnung:				
<b>Anzustellender Arzt/Psychotherapeut</b>				
Titel, Name:				
Vorname(n):				
Hauptwohnsitz:	Straße, Nr.:			
	PLZ:		Ort:	
Telefon (tagsüber):			Fax:	
E-Mail:			BSNR:	
Fachgebietsbezeichnung:				

**Für die Genehmigung zur Anstellung der o. g. genannten Ärzte/Psychotherapeuten sind jeweils gesonderte Anträge auf Genehmigung der Anstellung im MVZ (§ 95 Abs. 2 S. 5, 7 SGB V) beizufügen.**



**Formblatt 3 - Vertragsärzte/-psychotherapeuten im MVZ**  
 (Die auf diesem Formblatt gemachten Angaben sind Bestandteil des Antrages)

<b>Zugelassener Arzt/Psychotherapeut</b>				
Titel, Name:				
Vorname(n):				
Praxisanschrift:	Straße, Nr.:			
	PLZ:		Ort:	
Telefon (tagsüber):			Fax:	
E-Mail:			BSNR:	
Fachgebietsbezeichnung:				
<b>Zugelassener Arzt/Psychotherapeut</b>				
Titel, Name:				
Vorname(n):				
Praxisanschrift:	Straße, Nr.:			
	PLZ:		Ort:	
Telefon (tagsüber):			Fax:	
E-Mail:			BSNR:	
Fachgebietsbezeichnung:				
<b>Zugelassener Arzt/Psychotherapeut</b>				
Titel, Name:				
Vorname(n):				
Praxisanschrift:	Straße, Nr.:			
	PLZ:		Ort:	
Telefon (tagsüber):			Fax:	
E-Mail:			BSNR:	
Fachgebietsbezeichnung:				

**Sofern die bisherige Praxisanschrift der o. g. Vertragsärzte/Psychotherapeuten nicht mit der Anschrift des MVZ übereinstimmt, sind von den entsprechenden Vertragsärzten/Psychotherapeuten jeweils gesonderte Anträge auf Verlegung der Vertragspraxis beizufügen.**