

Geschäftsstelle
Zulassungsausschuss
Düsseldorf

Postanschrift
40182 Düsseldorf

Kontakt:

KA I ☎ 0211 5970 - 9986
@ ZA.Kammer.1.KV24@kvno.de

KA II ☎ 0211 5970 - 9533
@ ZA.Kammer.2.KV24@kvno.de

Merklblatt **zum Antrag auf Zulassung als Medizinisches Versorgungszentrum**

Diesem Antrag fügen Sie bitte folgende Unterlagen bei:

- Gesellschaftsvertrag des Medizinischen Versorgungszentrums bzw. der Trägergesellschaft des Medizinischen Versorgungszentrums,
- ggf. Handelsregisterauszüge,
- Nachweis des Teilnahmestatus. Alle Gründungsmitglieder müssen aufgrund einer Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag an der medizinischen Versorgung der Versicherten teilnehmen,
- ggf. Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines angestellten Arztes / einer angestellten Ärztin an einem Medizinischen Versorgungszentrum,
- ggf. Verzichtserklärung gem. § 103 Abs. 4 a SGB V,
- Bei Stellung des Antrags auf Zulassung, Ermächtigung und auf Genehmigung einer Anstellung ist das Bestehen einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung durch eine Versicherungsbescheinigung nach § 113 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) gegenüber dem Zulassungsausschuss nachzuweisen (§ 95 e SGB V i. V. m. § 18 Abs. 2 Nr. 6 Ärzte-ZV). Policen oder vorläufige Deckungszusagen sind nicht ausreichend.

Ein Berufshaftpflichtversicherungsschutz ist ausreichend, wenn das individuelle Haftungsrisiko des Vertragsarztes versichert ist.

Die Mindestversicherungssumme beträgt für einen Vertragsarzt (ohne angestellte Ärzte) drei Millionen Euro für Personen- und Sachschäden für jeden Versicherungsfall. Die Leistungen des Versicherers für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden dürfen nicht weiter als auf den zweifachen Betrag der Mindestversicherungssumme begrenzt werden.

Für MVZ sowie Vertragsärzte und Berufsausübungsgemeinschaften mit angestellten Ärzten muss ein Haftpflichtversicherungsschutz für die gesamte von dem Leistungserbringer ausgehende ärztliche Tätigkeit bestehen. Die Mindestversicherungssumme beträgt fünf Millionen Euro für Personen- und Sachschäden für jeden Versicherungsfall. Die Leistungen des Versicherers für

alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden dürfen nicht weiter als auf den dreifachen Betrag der Mindestversicherungssumme begrenzt werden.

Weitere wichtige Informationen und Muster zu dem Thema finden Sie unter [Berufshaftpflichtversicherung | KV Nordrhein](#)

Hinweis: Bürgschaftserklärungen sind im Original einzureichen.

Der Name des Medizinischen Versorgungszentrums muss mit „MVZ“ oder „Medizinisches Versorgungszentrum“ beginnen.

[Informationen zum ärztlichen Leiter eines Medizinischen Versorgungszentrums](#)

Für die Gründung des MVZ wird gem. § 46 Abs. 1 der Ärzte-ZV eine Gebühr von 100,-- Euro erhoben.

Hinsichtlich der Überweisung der Antragsgebühr werden Sie von uns eine Antragsnummer mitgeteilt bekommen. **Bitte zahlen Sie erst dann und verwenden Sie nur diese Nummer im Verwendungszweck bei Überweisung.**

Sofern angestellte Ärzte im MVZ tätig werden sind die Antragsgebühren für die jeweiligen Anstellungen entsprechend im Vorfeld zu überweisen. Sie werden hierzu ebenfalls Antragsnummern als Verwendungszweck zur Überweisung mitgeteilt bekommen. Die Antragsgebühren sind dem Formular Antrag auf Genehmigung der Beschäftigung eines angestellten Arztes / einer angestellten Ärztin an einem Medizinischen Versorgungszentrum zu entnehmen.

Nach § 38 der Ärzte-ZV gilt der Antrag als zurückgenommen, wenn die Antragsgebühr bis zur Sitzung des Zulassungsausschusses nicht entrichtet wird.

Wir machen schon jetzt darauf aufmerksam, dass darüber hinaus – nach Eintritt der Rechtskraft des Beschlusses – bei positiver Entscheidung über die Gründung des MVZ eine Verwaltungsgebühr in Höhe von 400 Euro fällig wird (§ 46 Abs. 2 b Ärzte-ZV), die dann von Ihrem Honorarkonto abgebucht wird.

Antrag auf Zulassung als Medizinisches Versorgungszentrum

Name des Medizinischen
Versorgungszentrums:

Organisationsform:

Straße:

PLZ / Ort:

Telefon / Fax:

Zulassung ab:

Ärztlicher Leiter / Ärztliche Leiterin:

Gründungsmitglieder:

Name:

Straße:

PLZ / Ort:

Teilnahmestatus:

Name:

Straße:

PLZ / Ort:

Teilnahmestatus:

Name:

Straße:

PLZ / Ort:

Teilnahmestatus:

Im Medizinischen Versorgungszentrum sollen folgende Ärzte / Ärztinnen tätig werden:

Titel: _____

Vorname, Name: _____

Facharzt / Fachärztin für: _____

Schwerpunkt: _____

Privatanschrift:

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

- zugelassene/r Vertragsarzt / Vertragsärztin
 - voller Versorgungsauftrag
 - drei Viertel Versorgungsauftrag
 - halber Versorgungsauftrag
- angestellte/r Arzt / Ärztin

Titel: _____

Vorname, Name: _____

Facharzt / Fachärztin für: _____

Schwerpunkt: _____

Privatanschrift:

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

- zugelassene/r Vertragsarzt / Vertragsärztin
 - voller Versorgungsauftrag
 - drei Viertel Versorgungsauftrag
 - halber Versorgungsauftrag
- angestellte/r Arzt / Ärztin

Titel: _____

Vorname, Name: _____

Facharzt / Fachärztin für: _____

Schwerpunkt: _____

Privatanschrift:

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

- zugelassene/r Vertragsarzt / Vertragsärztin
 - voller Versorgungsauftrag
 - drei Viertel Versorgungsauftrag
 - halber Versorgungsauftrag
- angestellte/r Arzt / Ärztin

Titel: _____

Vorname, Name: _____

Facharzt / Fachärztin für: _____

Schwerpunkt: _____

Privatanschrift:

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

- zugelassene/r Vertragsarzt / Vertragsärztin
 - voller Versorgungsauftrag
 - drei Viertel Versorgungsauftrag
 - halber Versorgungsauftrag
- angestellte/r Arzt / Ärztin

Titel: _____

Vorname, Name: _____

Facharzt / Fachärztin für: _____

Schwerpunkt: _____

Privatanschrift:

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

- zugelassene/r Vertragsarzt / Vertragsärztin
 - voller Versorgungsauftrag
 - drei Viertel Versorgungsauftrag
 - halber Versorgungsauftrag
- angestellte/r Arzt / Ärztin

Titel: _____

Vorname, Name: _____

Facharzt / Fachärztin für: _____

Schwerpunkt: _____

Privatanschrift:

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

- zugelassene/r Vertragsarzt / Vertragsärztin
 - voller Versorgungsauftrag
 - drei Viertel Versorgungsauftrag
 - halber Versorgungsauftrag
- angestellte/r Arzt / Ärztin

Titel: _____

Vorname, Name: _____

Facharzt / Fachärztin für: _____

Schwerpunkt: _____

Privatanschrift:

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

- zugelassene/r Vertragsarzt / Vertragsärztin
 - voller Versorgungsauftrag
 - drei Viertel Versorgungsauftrag
 - halber Versorgungsauftrag
- angestellte/r Arzt / Ärztin

Titel: _____

Vorname, Name: _____

Facharzt / Fachärztin für: _____

Schwerpunkt: _____

Privatanschrift:

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

- zugelassene/r Vertragsarzt / Vertragsärztin
 - voller Versorgungsauftrag
 - drei Viertel Versorgungsauftrag
 - halber Versorgungsauftrag
- angestellte/r Arzt / Ärztin

Titel: _____

Vorname, Name: _____

Facharzt / Fachärztin für: _____

Schwerpunkt: _____

Privatanschrift:

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

- zugelassene/r Vertragsarzt / Vertragsärztin
 - voller Versorgungsauftrag
 - drei Viertel Versorgungsauftrag
 - halber Versorgungsauftrag
- angestellte/r Arzt / Ärztin

Titel: _____

Vorname, Name: _____

Facharzt / Fachärztin für: _____

Schwerpunkt: _____

Privatanschrift:

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

- zugelassene/r Vertragsarzt / Vertragsärztin
 - voller Versorgungsauftrag
 - drei Viertel Versorgungsauftrag
 - halber Versorgungsauftrag
- angestellte/r Arzt / Ärztin

Name:

Datum:

Unterschriften der Gründungsmitglieder:

Name:

Datum:

Unterschriften der Gründungsmitglieder:

Weitere Vorhaben

Sind mit der beantragten Zulassung als Medizinisches Versorgungszentrum ggf. noch weitere Vorhaben verbunden, die für den **Gesamtsachverhalt** relevant sind? Was ist Ihr Ziel? (z. B. **Anträge an die KV** wie etwa Genehmigung einer Zweigpraxis)

- nein
- ja

welche?

Wir weisen darauf hin, dass ein gesonderter Antrag bezüglich des weiteren Vorhabens einzureichen ist.

Hinweis:

Sollten im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung genehmigungspflichtige Leistungen erbracht und abgerechnet werden, ist eine entsprechende Genehmigung zu beantragen. **Das bedeutet konkret, dass eine Facharztqualifikation bzw. die Qualifikation als psychologischer Psychotherapeut in der vertragsärztlichen Versorgung für viele Bereiche zwar notwendig, aber nicht ausreichend ist.**

So müssen neben der fachlichen Befähigung des Arztes, psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gegebenenfalls die Vorgaben zu apparativ-technischen und räumlichen Anforderungen entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarungen sowie -Richtlinien geprüft werden.

In jedem Falle dürfen genehmigungspflichtige Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung erst abgerechnet werden, wenn die schriftliche Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein erteilt wurde. Dies gilt auch für die Abrechnung von psychotherapeutischen Leistungen.

Welche Leistungen einer Genehmigungspflicht unterliegen, entnehmen Sie bitte der Auflistung auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein unter folgendem Link:

www.kvno.de/genehmigungen

Selbstschuldnerische Bürgschaft zugunsten der Krankenkassen

Die Unterzeichner dieser selbstschuldnerischen Bürgschaft beabsichtigen die Gründung eines Medizinischen Versorgungszentrums

(Name und Anschrift des MVZ)

- im Folgenden „MVZ“ genannt -

in der Rechtsform einer juristischen Person des Privatrechts.

Voraussetzung für die Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums in der Rechtsform einer juristischen Person des Privatrechts ist gem. § 95 Abs. 2 Satz 6 SGB V, dass die Gesellschafter selbstschuldnerische Bürgschaftserklärungen für Forderungen von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen gegen das Medizinische Versorgungszentrum aus dessen vertragsärztlicher Tätigkeit abgeben; dies gilt auch für Forderungen, die erst nach Auflösung des Medizinischen Versorgungszentrums fällig werden (**nachfolgend „Rechtsverhältnis“ genannt**).

Vor diesem Hintergrund erkläre(n) ich/wir das Folgende:

Ich/Wir, die

(Name und Anschrift des/der Bürgen)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

- im Folgenden „Bürge“ genannt -

übernehme(n) -als Gesamtschuldner- **für sämtliche bestehenden und künftigen, auch bedingten oder befristeten, auch gesetzlichen Ansprüche der Krankenkassen, die sie im Zusammenhang mit dem o. g. Rechtsverhältnis gegen das MVZ bzw. dessen Trägergesellschaft oder dessen Rechtsnachfolger bzw. deren Rechtsnachfolgerin erwerben**

eine **selbstschuldnerische Bürgschaft**.

Sind mehrere Hauptschuldner angegeben, erstreckt sich die Bürgschaft auf die Ansprüche gegen jede einzelne Person.

1. Der Bürge kann aus dieser Bürgschaft nur auf Zahlung von Geld in Anspruch genommen werden. Sind die durch die Bürgschaft gesicherten Ansprüche der Krankenkassen fällig und erfüllt der Hauptschuldner diese Ansprüche nicht, können sich die Krankenkassen an den Bürgen wenden, der dann aufgrund seiner Haftung als Selbstschuldner nach Aufforderung durch die Krankenkassen Zahlung zu leisten hat. Die Krankenkassen sind nicht verpflichtet, zunächst gegen den Hauptschuldner gerichtlich vorzugehen.
2. Der Bürge verzichtet auf die Einreden der Anfechtbarkeit gem. § 770 Abs. 1 BGB und der Aufrechenbarkeit gem. § 770 Abs. 2 BGB sowie der Vorausklage gem. § 771 BGB. Der Verzicht auf die Einrede der Aufrechenbarkeit gilt nicht, wenn die Gegenforderung des Hauptschuldners unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.
3. Die Krankenkassen verzichten nicht schon dadurch auf ihnen zustehende Rechte, dass sie diese nicht oder nicht unverzüglich geltend machen.
4. Die Krankenkassen sind nicht verpflichtet, sich zunächst an andere Sicherheiten zu halten, bevor sie den Bürgen in Anspruch nehmen.
5. Sind oder werden einzelne oder mehrere Bestimmungen dieser Bürgschaftserklärung unwirksam oder undurchsetzbar, so berührt dies nicht die Wirksamkeit und Durchsetzbarkeit der anderen Bestimmungen dieser Bürgschaftserklärung. Die unwirksame oder undurchsetzbare Bestimmung gilt als durch eine wirksame und durchsetzbare Bestimmung ersetzt, die dem wirtschaftlichen Zweck der unwirksamen oder undurchsetzbaren Bestimmung am nächsten kommt. Im Falle einer Regelungslücke dieser Bürgschaftserklärung gilt eine Bestimmung als vereinbart, die dem mit dieser Bürgschaftserklärung verfolgten wirtschaftlichen Zweck so weitgehend wie möglich entspricht.
6. Es gilt deutsches Recht.

Ort, Datum

Name:

Name:

Unterschrift des Bürgen

Name:

Unterschrift des Bürgen

Name:

Unterschrift des Bürgen

Name:

Unterschrift des Bürgen

Name:

Unterschrift des Bürgen

Unterschrift des Bürgen

Selbstschuldnerische Bürgschaft zugunsten der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Die Unterzeichner dieser selbstschuldnerischen Bürgschaft beabsichtigen die
Gründung des Medizinischen Versorgungszentrums

(Name und Anschrift des MVZ)

- im Folgenden „MVZ“ genannt -

in der Rechtsform einer juristischen Person des Privatrechts.

Voraussetzung für die Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums in der
Rechtsform einer juristischen Person des Privatrechts ist gem. § 95 Abs. 2 Satz 6 SGB
V, dass die Gesellschafter selbstschuldnerische Bürgschaftserklärungen für
Forderungen von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen gegen das
Medizinische Versorgungszentrum aus dessen vertragsärztlicher Tätigkeit abgeben;
dies gilt auch für Forderungen, die erst nach Auflösung des Medizinischen Versor-
gungszentrums fällig werden (**nachfolgend „Rechtsverhältnis“ genannt**).

Vor diesem Hintergrund erkläre(n) ich/wir das Folgende:

Ich/Wir, die

(Name und Anschrift des/der Bürgen)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

- im Folgenden „Bürge“ genannt -

übernehme(n) -als Gesamtschuldner- **für sämtliche bestehenden und künftigen,
auch bedingten oder befristeten, auch gesetzlichen Ansprüche der Kassenärzt-
lichen Vereinigung Nordrhein, die sie im Zusammenhang mit dem o. g. Rechts-
verhältnis gegen das MVZ bzw. dessen Trägergesellschaft oder dessen
Rechtsnachfolger bzw. deren Rechtsnachfolgerin erwirbt**

eine **selbstschuldnerische Bürgschaft**.

Sind mehrere Hauptschuldner angegeben, erstreckt sich die Bürgschaft auf die Ansprüche gegen jede einzelne Person.

1. Der Bürge kann aus dieser Bürgschaft nur auf Zahlung von Geld in Anspruch genommen werden. Sind die durch die Bürgschaft gesicherten Ansprüche der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein fällig und erfüllt der Hauptschuldner diese Ansprüche nicht, kann sich die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein an den Bürgen wenden, der dann aufgrund seiner Haftung als Selbstschuldner nach Aufforderung durch die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein Zahlung zu leisten hat. Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein ist nicht verpflichtet, zunächst gegen den Hauptschuldner gerichtlich vorzugehen.
2. Der Bürge verzichtet auf die Einreden der Anfechtbarkeit gem. § 770 Abs. 1 BGB und der Aufrechenbarkeit gem. § 770 Abs. 2 BGB sowie der Vorausklage gem. § 771 BGB. Der Verzicht auf die Einrede der Aufrechenbarkeit gilt nicht, wenn die Gegenforderung des Hauptschuldners unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.
3. Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein verzichtet nicht schon dadurch auf ihnen zustehende Rechte, dass sie diese nicht oder nicht unverzüglich geltend macht.
4. Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein ist nicht verpflichtet, sich zunächst an andere Sicherheiten zu halten, bevor sie den Bürgen in Anspruch nimmt.
5. Sind oder werden einzelne oder mehrere Bestimmungen dieser Bürgschaftserklärung unwirksam oder undurchsetzbar, so berührt dies nicht die Wirksamkeit und Durchsetzbarkeit der anderen Bestimmungen dieser Bürgschaftserklärung. Die unwirksame oder undurchsetzbare Bestimmung gilt als durch eine wirksame und durchsetzbare Bestimmung ersetzt, die dem wirtschaftlichen Zweck der unwirksamen oder undurchsetzbaren Bestimmung am nächsten kommt. Im Falle einer Regelungslücke dieser Bürgschaftserklärung gilt eine Bestimmung als vereinbart, die dem mit dieser Bürgschaftserklärung verfolgten wirtschaftlichen Zweck so weitgehend wie möglich entspricht.
6. Es gilt deutsches Recht.

Ort, Datum

Name:

Name:

Unterschrift des Bürgen

Name:

Unterschrift des Bürgen

Name:

Unterschrift des Bürgen

Name:

Unterschrift des Bürgen

Name:

Unterschrift des Bürgen

Unterschrift des Bürgen