

**Antrag auf Zulassung
eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)
gem. § 95 Abs. 1 SGB V**

ab:

| I. Angaben zum Träger | | |
|--|--------------------------|---|
| 1.) Name / Bezeichnung:..... | | |
| 2.) Rechtsform des Trägers:..... | | |
| 3.) Anschrift des Trägers: | | |
| 4.) Gesellschafter des Trägers¹: | | |
| Name, Vorname bzw. Bezeichnung | zugelassen / ermächtigt | anderer Vertrag über die Teilnahme an der medizin. Versorgung der Versicherten der GKV als Anlage beigefügt |
| 1. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Anlage Nr.: |
| 2. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Anlage Nr.: |
| 3. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Anlage Nr.: |
| 4. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Anlage Nr.: |
| 5. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Anlage Nr.: |
| 6. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Anlage Nr.: |
| 7. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Anlage Nr.: |
| 8. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Anlage Nr.: |
| 9. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Anlage Nr.: |
| 10. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Anlage Nr.: |
| ggf. weitere Gesellschafter auf gesondertem Blatt aufführen und Nachweise beifügen | | |

¹ Bitte Nachweis beifügen (z.B. Auszug aus dem Handelsregister, Gesellschaftervertrag etc)
Sofern ein Gesellschafter nach Antragstellung oder Zulassung des MVZ nicht mehr über einen Vertrag mit der GKV verfügt, muss er als Gesellschafter ausscheiden, damit die Gesellschaft weiterhin die Voraussetzung als Träger eines MVZ behält.)

III. Angaben zu den Ärzten, die im MVZ tätig werden sollen

III.a. Vertragsärzte

| Name, Vorname | Fachgebiet/ggf. Schwerpunkt | zugelassen/ermächt |
|---|-----------------------------|--------------------------|
| 1..... | | <input type="checkbox"/> |
| Nebentätigkeit***: <input type="checkbox"/> nein | | |
| <input type="checkbox"/> ja, bei: | | |
| Art der Tätigkeit: zeitl. Umfang:Std./Woche | | |
| 2..... | | <input type="checkbox"/> |
| Nebentätigkeit***: <input type="checkbox"/> nein | | |
| <input type="checkbox"/> ja, bei: | | |
| Art der Tätigkeit: zeitl. Umfang:Std./Woche | | |
| 3..... | | <input type="checkbox"/> |
| Nebentätigkeit***: <input type="checkbox"/> nein | | |
| <input type="checkbox"/> ja, bei: | | |
| Art der Tätigkeit: zeitl. Umfang:Std./Woche | | |
| 4..... | | <input type="checkbox"/> |
| Nebentätigkeit***: <input type="checkbox"/> nein | | |
| <input type="checkbox"/> ja, bei: | | |
| Art der Tätigkeit: zeitl. Umfang:Std./Woche | | |
| 5..... | | <input type="checkbox"/> |
| Nebentätigkeit***: <input type="checkbox"/> nein | | |
| <input type="checkbox"/> ja, bei: | | |
| Art der Tätigkeit: zeitl. Umfang:Std./Woche | | |
| 6..... | | <input type="checkbox"/> |
| Nebentätigkeit*: <input type="checkbox"/> nein | | |
| <input type="checkbox"/> ja, bei: | | |
| Art der Tätigkeit: zeitl. Umfang:Std./Woche | | |
| 7..... | | <input type="checkbox"/> |
| Nebentätigkeit***: <input type="checkbox"/> nein | | |
| <input type="checkbox"/> ja, bei: | | |
| Art der Tätigkeit: zeitl. Umfang:Std./Woche | | |

Sofern die o.a. Ärzte bisher an einem anderen Praxisstandort tätig sind, sind diesem Antrag die Anträge der Ärzte auf Praxisverlegung beigelegt.

III. Angaben zu den Ärzten, die im MVZ tätig werden sollen

III. b. angestellte Ärzte

| Name, Vorname | Fachgebiet/ggf. Schwerpunkt* | bisher zugelassen oder im Arztregister eingetragen |
|--|------------------------------|---|
| 1..... <input style="float: right;" type="checkbox"/> <input style="float: right;" type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> Die Anstellung wird beantragt auf der Grundlage eines gem. Bedarfsplan vorhandenen freien Arztsitzes. | | |
| <input type="checkbox"/> in Nachfolge des bisherigen Inhabers dieses Arztsitzes: für die Tätigkeit am Standort des MVZ | | |
| <input type="checkbox"/> ganztags bzw Teilzeit** im Umfang von <input type="checkbox"/> 25 %, <input type="checkbox"/> 50 % oder <input type="checkbox"/> 75 % der regulären Arbeitszeit (.....Std./Woche) | | |
| Nebentätigkeit***: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei: Art der Tätigkeit: zeitl. Umfang:Std./Woche | | |
| 2..... <input style="float: right;" type="checkbox"/> <input style="float: right;" type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> Die Anstellung wird beantragt auf der Grundlage eines gem. Bedarfsplan vorhandenen freien Arztsitzes. | | |
| <input type="checkbox"/> in Nachfolge des bisherigen Inhabers dieses Arztsitzes: für die Tätigkeit am Standort des MVZ | | |
| <input type="checkbox"/> ganztags bzw Teilzeit** im Umfang von <input type="checkbox"/> 25 %, <input type="checkbox"/> 50 % oder <input type="checkbox"/> 75 % der regulären Arbeitszeit (.....Std./Woche) | | |
| Nebentätigkeit***: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei: Art der Tätigkeit: zeitl. Umfang:Std./Woche | | |
| 3..... <input style="float: right;" type="checkbox"/> <input style="float: right;" type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> Die Anstellung wird beantragt auf der Grundlage eines gem. Bedarfsplan vorhandenen freien Arztsitzes. | | |
| <input type="checkbox"/> in Nachfolge des bisherigen Inhabers dieses Arztsitzes: für die Tätigkeit am Standort des MVZ | | |
| <input type="checkbox"/> ganztags bzw Teilzeit** im Umfang von <input type="checkbox"/> 25 %, <input type="checkbox"/> 50 % oder <input type="checkbox"/> 75 % der regulären Arbeitszeit (.....Std./Woche) | | |
| Nebentätigkeit***: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei: Art der Tätigkeit: zeitl. Umfang:Std./Woche | | |

* Schwerpunkt-Qualifikation muss belegt werden falls nicht bereits erfolgt (Vorlage Originaldokument oder beglaubigte Kopie)

| | |
|---------------------------------------|-------|
| ** Teilzeit: bis 10 Stunden pro Woche | 25 % |
| über 10 bis 20 Stunden pro Woche | 50 % |
| über 20 bis 30 Stunden pro Woche | 75 % |
| über 30 Stunden pro Woche | 100 % |

*** Sofern einer der künftig im Medizinischen Versorgungszentrum tätigen Ärzten zusätzlich eine angestellte Nebentätigkeit fortführen oder aufnehmen will, ist diesem Antrag eine Arbeitgeberbescheinigung beigelegt, die Angaben zum Arbeitsort, der Tätigkeit, dem wöchentlichen Stundenumfang und der jederzeit möglichen Abkömmlichkeit enthält.

Für ggf. weitere anzustellende Ärzte bitte diese Seite kopieren und dem Antrag beifügen.

Sofern die unter III.b. aufgeführten Ärzte bisher als Vertragsärzte in Berlin tätig sind, sind diesem Antrag jeweils die folgenden Unterlagen beigelegt:

- Arbeitsvertrag (unterschrieben)
- Lebenslauf (**aktuell**, versehen mit Datum und Unterschrift, **keine Kopie**)
- Erklärung hinsichtlich Rausgift- und Trunksucht gemäß § 18 Ärzte-ZV
- Kopie des Nachweises über die Beantragung des **polizeilichen Führungszeugnisses zur Vorlage bei einer Behörde** (Belegart „0“, Behördenzeugnis! Wird durch die Meldestelle direkt an die Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses übersandt.)
- Erklärung über den Verzicht auf die Zulassung unter Verwendung des dafür vorgesehenen Formblattes

Für die unter III.b. aufgeführten Ärzte, die bisher nicht als Vertragsärzte bzw. nicht in Berlin tätig sind, werden diesem Antrag folgende Unterlagen beigelegt:

- Arbeitsvertrag (unterschrieben)
- Lebenslauf (**aktuell**, versehen mit Datum und Unterschrift, **keine Kopie**)
- Erklärung hinsichtlich Rausgift- und Trunksucht gemäß § 18 Ärzte-ZV
- Kopie des Nachweises über die Beantragung des **polizeilichen Führungszeugnisses zur Vorlage bei einer Behörde** (Belegart „0“, Behördenzeugnis! Wird durch die Meldestelle direkt an die Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses übersandt.)
- Kopie des **aktuellen** Auszugs aus dem Arztregister, falls die Eintragung nicht in Berlin erfolgte
- Erklärung über die Beendigung bzw. Fortführung der derzeitigen Tätigkeit

Mir / uns ist bekannt, dass der Antrag nur bei vollständiger Vorlage der vorstehend genannten Unterlagen für alle unter III. aufgeführten Ärzte dem Zulassungsausschuss zur Beratung vorgelegt werden kann.

Die Antragsgebühr** in Höhe von

100,- € für den Antrag auf Zulassung des MVZ **sowie ggf.**

je 120,- € für beigelegte Anträge auf Praxisverlegung oder Anstellung eines Arztes,

insgesamt€ wurde am auf Konto-Nr. 000 100 3917 bei der Deutschen Apotheker- u. Ärztebank eG, BLZ 300 606 01, Vermerk: Zulassung MVZ, überwiesen. **Der Überweisungsbeleg ist diesem Antrag beigelegt.**

Soweit im Rahmen der beantragten Zulassung genehmigungspflichtige Leistungen erbracht werden sollen, ist mir bekannt, dass diese erst dann abrechnungs- und honorarfähig sind, **nachdem** die Kassenärztliche Vereinigung Berlin die Genehmigung für die entsprechenden Leistungen erteilt hat. Diese Leistungen sind ausschließlich persönlich von dem Arzt zu erbringen, für den die Genehmigung zuvor gesondert bei der KV Berlin, Abt. QS, beantragt und erteilt wurde.

Berlin,

.....
Unterschrift

.....
Name des Unterzeichnenden in Druckbuchstaben

.....
Bezeichnung der Funktion

** Bitte beachten Sie, dass gem. § 46 Ärzte-ZV darüber hinaus **nach** unanfechtbar gewordener Zulassung des MVZ eine Gebühr in Höhe von 400 € sowie **nach** erfolgter Genehmigung der Anstellung eines Arztes in einem MVZ eine Gebühr in Höhe von zweimal 400 € (also 800 € je neu hinzugekommener angestellter Arzt) zu entrichten ist.

Anstellung von Ärzten im MVZ

Die Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses bittet um Beachtung folgender Hinweise:

Für den neu im MVZ anzustellenden Arzt, der bisher als Vertragsarzt tätig ist, sind diesem Antrag folgende Unterlagen beizufügen:

- die **Erklärung über den Verzicht auf die Zulassung** - vorbehaltlich der Genehmigung der Anstellung –
- **Arbeitsvertrag (unterschrieben)**
- **Aktueller Lebenslauf (unterschrieben, mit Datum, keine Kopie)**
- **Erklärung hinsichtlich Rauschgift- und Trunksucht gemäß § 18 Ärzte ZV**
- **Beleg über die erfolgte Beantragung eines Führungszeugnisses zur Vorlage bei einer Behörde nach § 30 Abs. 5 BZRG (wird von der Meldestelle direkt an den Zulassungsausschuss übersandt!**

Für den neu anzustellenden Arzt, der bisher **n i c h t** als Vertragsarzt tätig ist, sind diesem Antrag folgende Unterlagen beizufügen:

- **Aktueller Lebenslauf (unterschrieben)**
- **Arbeitsvertrag (unterschrieben)**
- **Erklärung hinsichtlich Rauschgift- und Trunksucht gemäß § 18 Ärzte ZV**
- **Beleg über die erfolgte Beantragung eines Führungszeugnisses zur Vorlage bei einer Behörde nach § 30 Abs. 5 BZRG (wird von der Meldestelle direkt an den Zulassungsausschuss übersandt!**
- **Erklärung über die Beendigung bzw. Fortführung der derzeitigen Beschäftigung**
- **Bitte überzeugen Sie sich vor Einreichung des Antrags davon, dass der Arzt im Arztregister der KV Berlin oder einer anderen KV eingetragen ist!**

Fügen Sie dem Antrag die **Kopie eines aktuellen Arztregisterauszuges der anderen KV** bei, falls der anzustellende Arzt nicht im Arztregister der Berliner Kassenärztlichen Vereinigung eingetragen ist.

Bitte beachten Sie bei Ihren Planungen bezüglich des Beginns der Anstellung, dass es bis zu 3 Wochen dauern kann, bis das Führungszeugnis bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses eintrifft, der Zulassungsausschuss jedoch erst nach Vorlage die Genehmigung zur Anstellung im MVZ erteilen kann.

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass ein Antrag erst nach vollständiger Einreichung aller erforderlichen Unterlagen in die Tagesordnung einer Zusammenkunft des Zulassungsausschusses aufgenommen werden kann. Bitte reichen Sie Ihren Antrag daher nur zusammen mit a l l e n vorstehend genannten Unterlagen ein.
Bitte beachten Sie auch, dass die in den Formblättern genannte Antragsgebühr bei Einreichung des Antrags zu entrichten ist.

Ein Honoraranspruch des MVZ besteht nur für die Leistungen, die durch Ärzte erbracht werden, deren Tätigkeit im MVZ z u v o r durch den Zulassungsausschuss genehmigt wurde oder deren Vertretungstätigkeit im MVZ zum Beginn des Vertretungsfalles dem Arztregister mitgeteilt wurde.

.....
Name, Vorname

Erklärung hinsichtlich Rauschgift- und Trunksucht gem. § 18,2 Ärzte-ZV

Hiermit erkläre ich, dass ich weder rauschgift- oder trunksüchtig bin noch in den letzten fünf Jahren war.

Ich habe mich innerhalb der letzten fünf Jahre keiner Entziehungskur wegen Trunksucht oder Rauschgiftsucht unterzogen. Der Ausübung des ärztlichen Berufes stehen keine gesetzlichen Hinderungsgründe entgegen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Abrechnung nur mit Genehmigung: Qualitätsgesicherte Leistungen für Ärzte im Überblick (Stand 01.01.2010)

Für die Ausführung und Abrechnung folgender Leistungen bedarf es einer besonderen Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin. Dies gilt für sämtliche an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte.

Bitte beachten Sie:

Ein Honoraranspruch für diese Leistungen besteht erst ab Erteilung einer Abrechnungsgenehmigung.

Eine Genehmigung wird nicht rückwirkend erteilt.

Bei eingeschränkter Zulassung (z.B. Sonderbedarfszulassung) und Ermächtigung werden nur die Leistungen genehmigt, für die Sie zugelassen bzw. ermächtigt sind. Ihnen kann ggf. auch aufgrund einer Zusatzbezeichnung eine automatische Berechtigung erteilt werden. Diese Zusatzbezeichnung muss im Arztregister registriert sein.

- Akupunktur
- Ambulantes Operieren
- Angiographie (MRT)
- Apherese
- Arthroskopie
- Audiometrie
- Behandlung des diabetischen Fußes
- Belegärztliche Tätigkeit
- Bestimmung der otoakustischen Emissionen
- Chirotherapie*
- Dialyse
- DMP Asthma bronchiale
- DMP COPD
- DMP Diabetes mellitus Typ 1
- DMP Diabetes mellitus Typ 2
- DMP Koronare Herzerkrankung
- eDMP
- Empfängnisregelung - Beratung und Untersuchung, Blutentnahme für den Röteln-HAH-Test
- Entwicklungsneurologische Untersuchung/Untersuchung der Sprachentwicklung
- Gestationsdiabetes
- Gynäkologische Exfoliativzytologie
- Handchirurgie**
- Hausarztverträge
- Hautkrebsscreening
- Herzschrittmacher-Kontrolle
- HIV / AIDS Zusatzpauschale für behandlungsberechtigte Ärzte
- Home-Care AIDS-ONKO
- Homöopathie
- Humangenetische Leistungen
- Invasive Kardiologie

- Kernspintomographie
- Koloskopie
- Krankenhäuser "Berliner Modell"
- Krebsfrüherkennung bei Frauen
- Künstliche Befruchtung
- Laboratoriumsuntersuchungen
- Laboratoriumsuntersuchungen im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge
- Laboratoriumsuntersuchungen im Rahmen des erweiterten Neugeborenen-Screening
- Langzeit-EKG
- Mammographie (kurative)
- Mammographie-Screening
- Neurophysiologische Übungsbehandlungen
- Nuklearmedizinische Leistungen
- Onkologie
- Photodynamische Therapie am Augenhintergrund
- Phototherapeutische Keratektomie
- Physikalisch - medizinische Leistungen
- Proktologie (EBM)
- Psychosomatik***
- Psychotherapie
- Radiologische Leistungen
- Rheumatologie - Vereinbarung (AOK Berlin)
- Rückenschmerzversorgungsmodell
- Schlafstörungsdiagnostik
- Schmerztherapie
- Sozialpsychiatrie
- Soziotherapie
- Stoßwellenlithotripsie (ESWL)
- Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger
- Übende u. suggestive Techniken***
- Ultraschalldiagnostik
- Vakuumstanzbiopsie
- Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Muster 61)

Hinweise:

* Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Chirotherapie erhalten automatisch eine Berechtigung, wenn sie diese im Arztregister nachgewiesen haben. Ein Extra-Antrag ist nicht erforderlich.

** Chirurgen und Orthopäden mit der Zusatzbezeichnung Handchirurgie erhalten automatisch eine Berechtigung, wenn sie diese im Arztregister nachgewiesen haben. Ein Extra-Antrag ist deshalb nicht erforderlich.

*** Für Ärzte, die im Gebiet Neurologie und Psychiatrie, Nervenheilkunde, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrie, Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zugelassen sind oder die Zusatzbezeichnung Psychotherapie bzw. Psychoanalyse führen, ist kein Extra-Antrag erforderlich. Sie erhalten die Berechtigung, wenn sie die Zusatzbezeichnung im Arztregister nachgewiesen haben.