

Zulassungsausschuss Ärzte/Krankenkassen

Geschäftsstelle, Schwachhauser Heerstraße 26/28, 28209 Bremen

Antrag auf Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung als Medizinisches Versorgungszentrum

für den Planungsbereich

zum ____ . ____ . 20____ .

- Bremen-Stadt
- Bremerhaven-Stadt

Antragsteller bzw. Gründer¹

1. Titel, Name, Vorname/Institution:

.....
Anschrift:
.....

Tel./Fax/E-mail:
.....

Gründerstatus ²:
.....

2. Titel, Name, Vorname/Institution:

.....
Anschrift:
.....

Tel./Fax/E-mail:
.....

Gründerstatus:
.....

3. Titel, Name, Vorname/Institution:

.....
Anschrift:
.....

Tel./Fax/E-mail:
.....

Gründerstatus:
.....

¹ Weitere Antragsteller bitte ggf. in gesonderter **Anlage** aufführen.

² Als Gründer kommen in Betracht: Vertragsärzte/ –psychotherapeuten u. –zahnärzte, ermächtigte Ärzte/Psychotherapeuten/Zahnärzte/Einrichtungen u. deren Träger, Krankenhausträger, Vorsorge- u. Rehabilitationseinrichtungen, Heilmittelerbringer, Hilfsmittelerbringer, Apotheken, Leistungserbringer nach §§ 132 a, b, c Abs. 1 SGB V

Zulassungsausschuss Ärzte/Krankenkassen

Geschäftsstelle, Schwachhauser Heerstraße 26/28, 28209 Bremen

Angaben zum Medizinischen Versorgungszentrum

Beantragt wird das MVZ wie folgt:

1. Name des MVZ:
.....
2. für den MVZ-Sitz:
.....
3. Organisationsform³:
.....
4. vertretene Fachgebiete⁴:
.....
5. Ärztlicher Leiter⁵:
.....

Die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit im MVZ ist durch folgende Ärzte geplant:⁶

1. **Titel, Name, Vorname:**
.....
Anschrift:
.....
Angestellte(-r) (Angabe der Std./Woche) oder Vertragsarzt:
.....
2. **Titel, Name, Vorname:**
.....
Anschrift:
.....
Angestellte(-r) (Angabe der Std./Woche) oder Vertragsarzt:
.....
3. **Titel, Name, Vorname:**
.....
Anschrift:
.....
Angestellte(-r) (Angabe der Std./Woche) oder Vertragsarzt:
.....
4. **Titel, Name, Vorname:**
.....
Anschrift:
.....
Angestellte(-r) (Angabe der Std./Woche) oder Vertragsarzt:
.....

³ nach § 95 Abs. 1 S. 3 SGB V ist jede Organisationsform zulässig; aber beachte: Berufsrecht; nach § 22 der derzeit gültigen Berufsordnung der Ärztekammer Bremen sind für die gemeinsame ambulante Berufsausübung unter Ärzten nur zugelassen die Gesellschaft des bürgerlichen Rechts und die Partnerschaftsgesellschaft; eine Satzungsänderung ist jedoch vorgesehen; bitte ggf. mit der Ärztekammer Bremen in Verbindung setzen

⁴ mindestens zwei Fachgebiete müssen vorhanden sein und sofern Allgemeinmedizin und Innere Medizin betroffen zusätzlich versorgungsbereichsübergreifende Tätigkeit

⁵ der Ärztliche Leiter ist verantwortlich für die Einhaltung der vertragsärztlichen Pflichten; sofern ausschließlich Vertragsärzte das MVZ gründen und die vertragsärztliche Tätigkeit für das MVZ ausüben, ist die Angabe eines Ärztlichen Leiters entbehrlich.

⁶ weitere Ärzte bitte ggf. in weiterer **Anlage** aufführen. Sofern die Anstellung von Ärzten beabsichtigt ist, bitte unbedingt Antrag auf Anstellung von Ärzten im MVZ ausgefüllt einreichen.

Diesem Antrag sind folgende Unterlagen im Original oder als amtlich beglaubigte Fotokopie beizufügen:

- **Arztregisterauszüge** der Ärzte, die die vertragsärztliche Tätigkeit ausüben sollen (sofern die Ärzte nicht im Arztregister der KVHB eingetragen sind)
- **Gesellschaftsvertrag** in der aktuellen Fassung
- ggf. **Partnerschaftsregisterauszug, Handelsregisterauszug**
- **Bürgerschaftserklärung (siehe Anhang im Antrag)**
- Anträge auf Anstellung von Ärzten im MVZ, sofern die Beschäftigung von angestellten Ärzten beantragt werden soll.

Gemäß § 46 Abs. 1 b Ärzte-ZV ist mit jedem Zulassungsantrag eine **Gebühr von 100 Euro** zu entrichten, die Sie bitte auf das Konto 000 222 4 666 der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen bei der Apotheker- und Ärztebank (BLZ 300 606 01) mit dem Vermerk „Zulassungsantrag MVZ“ überweisen.

Wichtiger Hinweis:

Für die Abrechnung bestimmter Leistungen ist über die Zulassung hinaus eine **Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen** erforderlich. Eine Abrechenbarkeit dieser Leistungen ist erst vom Tage des Zugangs des Genehmigungsbescheides der KVHB an des MVZ gegeben. Für jeden angestellten Arzt ist die Genehmigung gesondert durch den Ärztlichen Leiter zu beantragen. **Die Erteilung der Genehmigungen muss ggf. auch dann beantragt werden, wenn die vertragsärztliche Tätigkeit durch Vertragsärzte erbracht werden soll.** Die erforderlichen Formulare fordern Sie bitte bei der Abteilung Zulassung/Genehmigung der KVHB an (Tel.: 0421/ 3404-330).

Ich/wir versichere/n, daß ich/wir den Hinweis auf die genehmigungspflichtigen Leistungen zur Kenntnis genommen habe/n.

.....
Ort, Datum
.....
Unterschrift des Ärztlichen Leiters

(ggf. aller Vertragsärzte, s. Fußnote 5:)

.....
Ort, Datum
.....
Unterschrift

.....
Ort, Datum
.....
Unterschrift

.....
Ort, Datum
.....
Unterschrift

.....
Ort, Datum
.....
Unterschriftl

.....
Ort, Datum
.....
Unterschriftl

Hinweise zu genehmigungspflichtigen Leistungen

Einige vertragsärztliche Leistungen stehen unter einem Genehmigungsvorbehalt, d.h. **sie dürfen erst durchgeführt und abgerechnet werden, nachdem eine entsprechende Genehmigung erteilt wurde.** Die Genehmigungsvoraussetzungen richten sich nach der jeweils geltenden Qualitätssicherungs-Vereinbarung bzw. -richtlinie. Darüber hinaus können Verträge der KVHB spezielle Teilnahmevoraussetzungen enthalten.

Hinweise zum Genehmigungsdatum:

- Eine Genehmigung kann erst zu dem Datum erteilt werden, zu dem die Antragsunterlagen mit den erforderlichen Nachweisen vollständig bei der KVHB eingegangen sind
- Frühestes Genehmigungsdatum ist das Datum der Zulassung oder Ermächtigung
- Rückwirkend erteilte Genehmigungen sind aus rechtlichen Gründen nicht zulässig.

Antragsformulare:

Sie können das notwendige Antragsformular mit Hilfe dieser Übersicht anfordern oder Sie downloaden es direkt von der Homepage der KVHB (www.kvhb.de/zulassung/gen.php). Anträge, die formlos gestellt werden können, sind gesondert gekennzeichnet.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Akupunktur | <input type="checkbox"/> Otoakustische Emissionenbestimmung |
| <input type="checkbox"/> Ambulantes Operieren | <input type="checkbox"/> PDT |
| <input type="checkbox"/> Arthroskopie | <input type="checkbox"/> PDK |
| <input type="checkbox"/> Balneophototherapie | <input type="checkbox"/> Präventionsangebot für Kinder (formlos mit Nachweis) |
| <input type="checkbox"/> Belegarztstätigkeit | <input type="checkbox"/> Psychoanalyse |
| <input type="checkbox"/> Chirotherapeutische Leistungen | <input type="checkbox"/> Psychotherapie |
| <input type="checkbox"/> Chronische Wunde | <input type="checkbox"/> Psychosomatische Grundversorgung |
| <input type="checkbox"/> DMP Asthma / COPD | <input type="checkbox"/> Medizinische Rehabilitation |
| <input type="checkbox"/> DMP Brustkrebs | <input type="checkbox"/> Röntgendiagnostik |
| <input type="checkbox"/> DMP Diabetes mellitus Typ 1 | <input type="checkbox"/> Computertomographie |
| <input type="checkbox"/> DMP Diabetes mellitus Typ 2 | <input type="checkbox"/> Interventionelle Radiologie |
| <input type="checkbox"/> DMP Koronare Herzkrankheit | <input type="checkbox"/> Invasive Kardiologie |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Knochendichtemessung |
| <input type="checkbox"/> Hausarztzentrierte Versorgung | <input type="checkbox"/> Kernspintomographie |
| <input type="checkbox"/> Hautkrebsscreening (formlos mit Nachweis) | <input type="checkbox"/> MR-Angiographie |
| <input type="checkbox"/> Histopathologie Hautkrebsscreening | <input type="checkbox"/> Schlafapnoe/Diagnostik und Therapie |
| <input type="checkbox"/> HIV/ AIDS-verantwortlicher Arzt | <input type="checkbox"/> Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen |
| <input type="checkbox"/> Homöopathie | <input type="checkbox"/> Schmerztherapeutisch tätiger Arzt |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher-Kontrolluntersuchungen | <input type="checkbox"/> Sensomotorische Übungsbehandlungen |
| <input type="checkbox"/> Koloskopie | <input type="checkbox"/> Sozialpsychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen |
| <input type="checkbox"/> Künstliche Befruchtung (formlos mit Nachweis) | <input type="checkbox"/> Soziotherapie |
| <input type="checkbox"/> Laboratoriumsuntersuchungen (O III. Leistungen) | <input type="checkbox"/> Substitutionsbehandlungen (formlos mit Nachweis) |
| <input type="checkbox"/> Langzeit-EKG-Untersuchungen | <input type="checkbox"/> Tonsillotomie |
| <input type="checkbox"/> LDL-Apherese | <input type="checkbox"/> Übende Verfahren und suggestive Techniken |
| <input type="checkbox"/> Neuordnung der Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten (Dialyse) | <input type="checkbox"/> Ultraschall-Untersuchungen |
| <input type="checkbox"/> Onkologisch verantwortlicher Arzt (Onkologie-Vereinbarung) | <input type="checkbox"/> Wahltarif BKK Arzt privat |
| <input type="checkbox"/> Optimierung der Betreuung von Kindern mit Asthma bronchiale (Kinderärzte) (formlos mit Nachweis) | <input type="checkbox"/> Willkommen Baby |
| | <input type="checkbox"/> Zervix-Zytologie |

Antragsteller/in oder anstellendes MVZ:

.....
(Titel, Vorname, Name)

.....
(Fachrichtung)

.....
(Straße, Haus-Nr.)

.....
(Postleitzahl, Ort)

.....
(Tätigkeit geplant in MVZ)

.....
(Datum der Tätigkeitsaufnahme)

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift)

Selbstschuldnerische Bürgschaft **zugunsten der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen**

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 5 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 Kassenärztlichen Vereinigung Bremen, die sie im Zusammenhang mit dem o. g. Rechtsverhältnis gegen das MVZ oder dessen Rechtsnachfolger 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 Bremen fällig und erfüllt der Hauptschuldner diese Ansprüche nicht, kann sich die Kassenärztliche Vereinigung Bremen an den Bürgen wenden, der dann aufgrund seiner Haftung als Selbstschuldner nach Aufforderung durch die Kassenärztliche Vereinigung Bremen Zahlung zu leisten hat. Die Kassenärztliche Vereinigung Bremen 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 Bremen verzichtet nicht schon dadurch auf ihnen zustehende Rechte, dass sie diese nicht oder nicht unverzüglich geltend macht.
4. Die Kassenärztliche Vereinigung Bremen 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

Unterschrift des Bürgen

Unterschrift des Bürgen

Unterschrift des Bürgen

Unterschrift des Bürgen

Unterschrift des Bürgen

Unterschrift des Bürgen

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 5 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 oder dessen Rechtsnachfolger 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

Unterschrift des Bürgen

Unterschrift des Bürgen

Unterschrift des Bürgen

Unterschrift des Bürgen

Unterschrift des Bürgen

Unterschrift des Bürgen