

# Antrag auf Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) zur Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung gemäß § 95 SGB V

Zulassungsausschuss für Zahnärzte  
- Südbayern -  
Fallstr. 34  
81369 München

Bei Fragen rufen Sie uns gerne an:

Tel.: 089 / 7 24 01-511  
-507  
-596  
-510

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden auf eine differenzierende Verwendung weiblicher und männlicher Sprachformen verzichtet und das generische Maskulinum verwendet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

## **Wichtiger Hinweis:**

Zur Vermeidung etwaiger Verzögerungen bei der Beschlussfassung über Ihren Antrag wird dringend empfohlen, die vollständigen Antragsunterlagen **frühzeitig**, d.h. mindestens zwei Monate vor der Ihrerseits anvisierten Sitzung des Zulassungsausschusses, bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses einzureichen.

## **1. Allgemeine Angaben zum Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ):**

*(Hinweis: Der Begriff „Medizinisches Versorgungszentrum“ oder „MVZ“ ist Pflichtbestandteil des Namens.)*

1.1 Name des MVZ: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1.2 Anschrift/Betriebsstandort: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1.3 Telefonnummer/Fax: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1.4 E-Mail: \_\_\_\_\_

**2. Zulassung beantragt zum (Datum): \_\_\_\_\_**

### 3. Gründer des MVZ i. S. v. § 95 Abs. 1a Satz 1 SGB V

(bitte eindeutig bezeichnen)

Vertragszahnarzt: \_\_\_\_\_

Vertragsarzt: \_\_\_\_\_

Zugelassenes Krankenhaus: \_\_\_\_\_

Gemeinnütziger Träger: \_\_\_\_\_

Kommune: \_\_\_\_\_

#### **Hinweis:**

Sofern nicht bei der KZVB aktenkundig, bitte **aktuelle Nachweise** beifügen, aus denen sich die Gründungsbefugnis nach § 95 Abs. 1a Satz 1 SGB V zweifelsfrei ergibt (s. u. 5.1 ff.).

### 4. Träger des MVZ i. S. v. § 95 Abs. 1a Satz 3:

Die Zulassung des MVZ am Standort

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(bitte eindeutig bezeichnen)

erfolgt in Trägerschaft von:

#### 4.1 Allgemeine Angaben zum Träger

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Faxnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Geschäftsführer: \_\_\_\_\_

sonstige  
Vertretungsberechtigte: \_\_\_\_\_

## 4.2 Rechtsform des Trägers

(= Rechtsform des MVZ, § 95 Abs. 1a Satz 3 SGB V)

### Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR)

Nachweis:

- Gesellschaftsvertrag gem. § 705 BGB

### Partnerschaftsgesellschaft (PartG)

Nachweise

- Partnerschaftsvertrag gem. § 3 PartGG  
 aktueller Auszug aus dem Partnerschaftsregister (nicht älter als 3 Monate)

### eingetragene Genossenschaft (eG)

Nachweise

- Satzung nach §§ 5 ff. GenG  
 aktueller Auszug aus dem Genossenschaftsregister (nicht älter als 3 Monate)  
 aktueller Ausdruck der Mitgliederliste gem. § 30 GenG

### Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH)

Nachweise

- Gesellschaftsvertrag gem. §§ 2, 3 GmbHG  
 aktueller Auszug aus dem Handelsregister (nicht älter als 3 Monate)  
 aktuelle Gesellschafterliste gem. § 40 GmbHG (nicht älter als 3 Monate)  
 selbstschuldnerische Bürgschaftserklärung, § 95 Abs. 2 Satz 6 SGB V (Anlage)

### öffentlich-rechtliche Rechtsform (bei Kommunen)

Nachweise

- Ggf.: Satzung  
 sonstige Nachweise \_\_\_\_\_

## 5. Gesellschafter der Trägergesellschaft

(Mehrfachnennungen sind möglich. Aufzuführen sind **alle** Gesellschafter der Trägergesellschaft. Zulässig sind nur Gesellschafter, die dem Kreis der in § 95 Abs. 1a Satz 1 SGB V bezeichneten Gründungsberechtigten angehören. Die Eigenschaft als Gründungsberechtigter i. d. S. ist durch Beifügung aller beim jeweiligen Gesellschaftertyp aufgeführten Unterlagen als einfache Kopie nachzuweisen).

Sollten die Zeilen nicht ausreichen, bitte Beiblatt verwenden; ebenso bei mehreren Gesellschaftern gleichen Typs.

### 5.1 Vertragszahnarzt

Titel, Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift privat: \_\_\_\_\_

Telefon/Fax privat: \_\_\_\_\_

E-Mail privat: \_\_\_\_\_

Anschrift dienstlich: \_\_\_\_\_

Telefon/Fax dienstlich: \_\_\_\_\_

E-Mail dienstlich: \_\_\_\_\_

#### Der Gesellschafter

- möchte zugunsten einer Anstellung im MVZ auf seine Zulassung verzichten (Verzichtserklärung sowie Antrag auf Genehmigung der Beschäftigung des Gründers als angestellter Zahnarzt sind dem Antrag als Anlagen beizufügen).

erhält seine Zulassung

- teilweise  
 vollständig

aufrecht und bringt diese in das MVZ ein.

(**Hinweis:** In diesem Fall ist ein förmlicher Verlegungsantrag beim Zulassungsausschuss zu stellen.)

- erhält seine Zulassung aufrecht. Sie bleibt an dem bisherigen Standort bestehen. Der Gesellschafter wird **nicht** im MVZ tätig.

#### Nachweis über die Gründungsbefugnis gem. § 95 Abs. 1a Satz 1 SGB V:

- aktueller Auszug aus dem Zahnarztregister (nicht älter als 3 Monate); nicht erforderlich bei bestehender Eintragung in das Zahnarztregisters der KZV Bayerns

## 5.2 Vertragsarzt

Titel, Name, \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Telefon-/Faxnummer  
dienstlich: \_\_\_\_\_

E-Mail dienstlich: \_\_\_\_\_

Telefon-/Faxnummer  
privat: \_\_\_\_\_

E-Mail privat: \_\_\_\_\_

Nachweis über die Gründungsbefugnis gem. § 95 Abs. 1a Satz 1 SGB V:

aktueller Auszug aus dem Arztregister (nicht älter als 3 Monate)

## 5.3 Zugelassenes Krankenhaus nach § 108 SGB V

Name des Krankenhauses: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon-/Faxnummer: \_\_\_\_\_

Träger des Krankenhauses: \_\_\_\_\_

Rechtsform des Krankenhausträgers: \_\_\_\_\_

Anschrift des Krankenhausträgers: \_\_\_\_\_

Handlungsbevollmächtigte des \_\_\_\_\_

Trägers für Angelegenheiten des \_\_\_\_\_

Krankenhauses

Nachweis über die Gründungsbefugnis nach § 95 Abs. 1a Satz 1 SGB V

Nachweis über die Anerkennung als Hochschulklinik  
oder

Nachweis über die Aufnahme in den Krankenhausplan des Landes

oder

Versorgungsvertrag i. S. d. § 109 SGB V

**und**

Gesellschaftervertrag der Krankenhausträgersgesellschaft

Handelsregisterauszug der Krankenhausträgersgesellschaft

Nachweise

#### 5.4 Gemeinnütziger Träger

Name des gemeinnützigen Trägers: \_\_\_\_\_  
Kontaktdaten: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Telefon-/Faxnummer: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
Rechtsform: \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Handlungsbefugte des Trägers: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Nachweise über die Gründungsbefugnis nach § 95 Abs. 1a Satz 1 SGB V

- Bescheid über die Zulassung bzw. Ermächtigung zur vertragszahnärztlichen Versorgung  
 Nachweis über die Gemeinnützigkeit

#### 5.5 Kommune

Name der Gemeinde: \_\_\_\_\_  
Kontaktdaten: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Telefon-/Faxnummer: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
Ansprechpartner: \_\_\_\_\_  
Kontaktdaten des  
Ansprechpartners \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Telefon-/Faxnummer: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
1. / 2. Bürgermeister: \_\_\_\_\_  
sonstiger \_\_\_\_\_  
Handlungsbevollmächtigte: \_\_\_\_\_

#### Nachweise über die Gründungsbefugnis nach § 95 Abs. 1a Satz 1 SGB V

- Sonstige

## 6. Erklärung zu den Gesellschaftern der Trägergesellschaft

Hiermit erklären wir, **alle** Gesellschafter der Trägergesellschaft angegeben zu haben.  
An der Gesellschaft sind nur solche natürlichen und/oder juristischen Personen beteiligt, die zum Kreis der Gründungsberechtigten nach § 95 Abs. 1a Satz 1 SGB V gehören und in diesem Antragsformular benannt sind.

An der Trägergesellschaft sind keine stillen Gesellschafter beteiligt.

Namen aller Gründerinnen und Gründer der Trägergesellschaft (in Druckbuchstaben) mit Unterschrift:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

## 7. Angaben zu den Zahnärzten, die im MVZ tätig werden sollen

(Sollten die Zeilen nicht ausreichen, bitte Beiblatt verwenden)

Im beantragten MVZ sollen tätig werden:

**Vertragszahnärzte**

(bitte Antrag auf Zulassung zur vertragszahnärztlichen Versorgung im MVZ bzw. Antrag auf Verlegung der Zulassung in das MVZ ausfüllen und beifügen)

1. \_\_\_\_\_  
Titel, Name, Vorname

Vollzulassung  Teilzulassung

2. \_\_\_\_\_  
Titel, Name, Vorname

Vollzulassung  Teilzulassung

3. \_\_\_\_\_  
Titel, Name, Vorname

Vollzulassung  Teilzulassung

**Angestellte Zahnärzte**

(bitte Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines angestellten Zahnarztes im MVZ ausfüllen und beifügen)

1. \_\_\_\_\_  
Titel, Name, Vorname

Beschäftigungsumfang:

- ganztags (über 30 Std./Woche)       dreivierteltags (über 20 bis 30 Std./Woche)  
 halbtags (über 10 bis 20 Std./Woche)       vierteltags (bis 10 Std./Woche)

Die konkrete Wochenarbeitszeit laut Arbeitsvertrag beträgt: \_\_\_\_\_ Std./Woche.

2. \_\_\_\_\_  
Titel, Name, Vorname

Wochenstunden:

- ganztags (über 30 Std./Woche)       dreivierteltags (über 20 bis 30 Std./Woche)  
 halbtags (über 10 bis 20 Std./Woche)       vierteltags (bis 10 Std./Woche)

Die konkrete Wochenarbeitszeit laut Arbeitsvertrag beträgt: \_\_\_\_\_ Std./Woche.

3. \_\_\_\_\_  
Titel, Name, Vorname

Wochenstunden:

- ganztags (über 30 Std./Woche)       dreivierteltags (über 20 bis 30 Std./Woche)  
 halbtags (über 10 bis 20 Std./Woche)       vierteltags (bis 10 Std./Woche)

Die konkrete Wochenarbeitszeit laut Arbeitsvertrag beträgt: \_\_\_\_\_ Std./Woche.

4. \_\_\_\_\_  
Titel, Name, Vorname

Wochenstunden:

- ganztags (über 30 Std./Woche)       dreivierteltags (über 20 bis 30 Std./Woche)  
 halbtags (über 10 bis 20 Std./Woche)       vierteltags (bis 10 Std./Woche)

Die konkrete Wochenarbeitszeit laut Arbeitsvertrag beträgt: \_\_\_\_\_ Std./Woche.

5. \_\_\_\_\_  
Titel, Name, Vorname

Wochenstunden:

- ganztags (über 30 Std./Woche)       dreivierteltags (über 20 bis 30 Std./Woche)  
 halbtags (über 10 bis 20 Std./Woche)       vierteltags (bis 10 Std./Woche)

Die konkrete Wochenarbeitszeit laut Arbeitsvertrag beträgt: \_\_\_\_\_ Std./Woche.



## 8. Zahnärztliche Leitung

(Der zahnärztliche Leiter muss im MVZ selbst als angestellter Zahnarzt **mindestens** 20 Stunden/Woche tätig oder als Vertragszahnarzt im MVZ mindestens hälftig zugelassen sein.)

Titel, Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Telefon-/Faxnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Der zahnärztliche Leiter ist:

voll

hälftig

zugelassener Vertragszahnarzt im MVZ.

angestellter Zahnarzt im MVZ. Die Tätigkeit als zahnärztlicher Leiter wird aufgrund der mit dem MVZ geschlossenen Vereinbarung über die zahnärztliche Leitung im Umfang von \_\_\_\_\_ Wochenstunden ausgeübt.

Nachweis über die zahnärztliche Leitung

Vertrag über die zahnärztliche Leitung

ausgefülltes und unterschriebenes Beiblatt gem. Anlage

## 9. Kooperation des MVZ mit anderen Leistungserbringern (Nur auszufüllen, sofern zutreffend!)

Tätigkeit des MVZ in

Praxismgemeinschaft

Berufsausübungsgemeinschaft

mit: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 10. Weitere Angaben

Der Träger betreibt weitere MVZ

ja

nein

Falls ja:

Die MVZ werden unter folgenden Namen und an folgenden Standorten (bitte genaue Adresse angeben) betrieben:

(Sollten die Zeilen nicht ausreichen, bitte Beiblatt verwenden)

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

## 11. Antragsgebühr nach § 46 Abs. 1 lit. b Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte (ZÄ-ZV)

Die Gebühr wird mit Stellung des Antrages fällig und muss bis zwei Wochen vor dem Sitzungstag auf dem genannten Konto eingegangen sein:

Die Gebühr gem. § 46 Abs. 1 lit. b ZÄ-ZV in Höhe von **100 Euro** wurde am \_\_\_\_\_ auf das Bankkonto des Zulassungsausschusses für Zahnärzte - Südbayern - bei der **Deutschen Apotheker- und Ärztebank eG München, IBAN DE14 3006 0601 0601 1261 72 | BIC DAAEDEDXXX** überwiesen.

*Hinweis: Mit Eintritt der Bestandskraft der Zulassung wird nach § 46 Abs. 2 lit. a ZÄ-ZV eine Gebühr in Höhe von 400 Euro fällig.*

## 12. Erklärung

Es wird versichert, dass die gemachten Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.

Änderungen oder Ergänzungen nach Genehmigung des MVZ werden vom Unterzeichner/ von den Unterzeichnern der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses für Zahnärzte - Südbayern - bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns unverzüglich schriftlich unter Einreichung der erforderlichen Unterlagen mitgeteilt.

Es ist bekannt, dass die Tätigkeit des MVZ auf den oben genannten Sitz (Ort der Niederlassung/ Betriebsstätte) beschränkt ist.

Die Abrechnung der vertragszahnärztlichen Leistungen gegenüber der KZVB wird gem. Vorgabe des Bundesmantelvertrages (BMV-Z) und weiterer Rechtsvorschriften (u.a. SGB V, Satzung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns) mittels EDV unter Verwendung von genehmigter Software durchgeführt.

Das Medizinische Versorgungszentrum und die einzelnen Mitglieder werden in den Verzeichnissen der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns geführt.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Vertretungsberechtigter der MVZ  
Trägergesellschaft

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Vertretungsberechtigter der MVZ  
Trägergesellschaft

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Vertretungsberechtigter der MVZ  
Trägergesellschaft

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Vertretungsberechtigter der MVZ  
Trägergesellschaft

## **Mitteilung des zahnärztlichen Leiters in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ)**

Zulassungsausschuss für Zahnärzte  
- Südbayern -  
Fallstraße 34  
81369 München

Bei Fragen rufen Sie uns gerne an:

Tel.: 089 / 7 24 01-511  
-507  
-596  
-510

---

Name des MVZs

---

Anschrift

---

Gründer/Gesellschafter des MVZs

Es wird darauf hingewiesen, dass der zahnärztliche Leiter die Verantwortung für den ordnungsgemäßen Ablauf der vertragszahnärztlichen Versorgung im MVZ trägt. Dieser ist für die zahnärztliche Steuerung der Betriebsabläufe verantwortlich und trägt die Gesamtverantwortung gegenüber der KZV (vgl. hierzu BSG Urteil vom 14.12.2011, B 6 KA 33/10 R Rdnr. 18, BSG Urteil vom 11.12.2013, B 6 KA 39/12 R). Etwaige Pflichtverletzungen des zahnärztlichen Leiters können durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung disziplinarrechtlich verfolgt werden.

Hiermit wird der zahnärztliche Leiter im MVZ mitgeteilt:

---

Name des zahnärztlichen Leiters

ab \_\_\_\_\_

---

Datum, Unterschrift Arbeitgeber

---

Datum, Unterschrift zahnärztlicher Leiter  
(persönlich)

**Selbstschuldnerische Bürgschaftserklärung**

**Bürgschaftserklärung  
i.S. v. § 95 Abs. 2 Satz 6 SGB V**

**des Herrn/der Frau:** \_\_\_\_\_  
Name des Bürgen/der Bürgin

**wohnhaft in:** \_\_\_\_\_  
Anschrift des Bürgen/der Bürgin

**gegenüber den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, insbesondere der  
Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns, und den Krankenkassen:**

**Hiermit übernimmt:** \_\_\_\_\_  
Name des Bürgen/der Bürgin

**die selbstschuldnerische Bürgschaft für Forderungen der Kassenzahnärztlichen  
Vereinigungen, insbesondere der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns und der  
Krankenkassen**

gegen das **Medizinische Versorgungszentrum:** \_\_\_\_\_  
Name des MVZ

**Träger i.S.v. § 95 Abs. 1 SGB V:**  
(Name der Trägergesellschaft des MVZ i.S.v. § 95 Abs. 1 Satz 6 SGB V)

**aus dessen vertragszahnärztlicher Tätigkeit unter Verzicht auf die Einrede der  
Vorausklage gem. § 771 Abs. 1 Nr. 1 BGB sowie auf die Einrede der Anfechtbarkeit und  
Aufrechenbarkeit nach § 770 BGB; dies gilt auch für Forderungen, die erst nach  
Auflösung des o.g. Medizinischen Versorgungszentrums fällig werden.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Name des Bürgen/der Bürgin in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Bürgen/der Bürgin

\_\_\_\_\_  
Name Vertretungsberechtigter in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vertretungsberechtigter

\_\_\_\_\_  
Name Vertretungsberechtigter in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vertretungsberechtigter