

# Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses Sachsen-Anhalt

bei der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt

KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

Doctor-Eisenbart-Ring 2, 39120 Magdeburg

Ansprechpartnerinnen:

Frau Iris Obermeit

Tel.: 0391/627-6342

e-mail: Iris.Obermeit@kvsa.de

Frau Karin Hurny

Tel.: 0391/627-7342

e-mail: Karin.Hurny@kvsa.de

Fax: 0391/627-8544

## Antragsunterlagen

☐

**Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit  
als Vertragsarzt/Vertragsärztin**

☐

**Zulassung mit Ausnahmetatbestand**

(Sonderbedarf gem. Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte,

Abschnitt 8, §§ 36 bis 37)

**Bitte Zusatzunterlagen ausfüllen; erhältlich auf der Homepage der KVSA**

**[http://www.kvsa.de/praxis/vertragsaerztliche\\_taetigkeit/zulassung.html](http://www.kvsa.de/praxis/vertragsaerztliche_taetigkeit/zulassung.html)**

***Bitte informieren Sie nach Zulassung die Ärztekammer Sachsen-Anhalt und das für Ihren  
Niederlassungsort zuständige Gesundheitsamt.***

# Erforderliche Unterlagen für den Antrag auf Zulassung für die vertragsärztliche Tätigkeit

**Der Antrag auf Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit muss folgende Angaben beinhalten (Antragsformular liegt bei):**

- Fachrichtung
- Niederlassungsort
- geplanter Zeitpunkt der Niederlassung
- evtl. Erklärung zur hausärztlichen Tätigkeit

**Dem Antrag sind beizufügen (gem. § 18 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte, Vertragszahnärzte, Psychotherapeuten und Medizinische Versorgungszentren [Ärzte-ZV]):**

- Auszug aus dem Arztregister oder ausgefülltes Antragsformular mit dazugehörigen Urkunden *(die Arztregistereintragung ist Voraussetzung für die Zulassung)*
- Lebenslauf
- Bescheinigungen aller Tätigkeiten seit der Approbation *(nur einreichen, wenn diese noch nicht im Arztregister vorliegen)*
- Bescheinigungen jeweiliger Kassenärztlicher Vereinigungen *(gem. § 18 Abs. 2 Nr. 3 Ärzte-ZV)* über bisherige Zulassungen unter Angabe von Ort und Dauer etwaiger Niederlassungen sowie Beendigungsgrund
- Erklärung über bestehende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse *(gem. § 18 Abs. 2 Nr. 4 Ärzte-ZV) (liegt bei)*
- Erklärung über das Nichtbestehen persönlicher und gesetzlicher Hinderungsgründe *(gem. § 18 Abs. 2 Nr. 5 Ärzte-ZV) (liegt bei)*
- aktuelles Führungszeugnis - **bitte "zur Vorlage bei einer Behörde gem. § 30 Abs. 5 BZRG"** beantragen *(muss bis zur Sitzung vorliegen)*. Dieses Führungszeugnis wird **nicht** dem Antragsteller ausgehändigt, sondern direkt an den Zulassungsausschuss gesandt!

(Können die bezeichneten Unterlagen nicht als Originale oder amtlich beglaubigte Kopien vorgelegt werden, so ist der nachzuweisende Sachverhalt glaubhaft zu machen.)

Der Zulassungsausschuss Sachsen-Anhalt tagt in der Regel einmal im Monat. Die Termine entnehmen Sie bitte dem Internetauftritt der KVSA. Die Unterlagen sollten spätestens 4 Wochen (Sonderbedarf spätestens 8 Wochen) vor der Sitzung des Zulassungsausschusses vorliegen, fehlende Unterlagen können ggf. bis zur Sitzung vervollständigt werden. Rückwirkende Entscheidungen trifft der Zulassungsausschuss nicht; daher den Antrag rechtzeitig stellen!

Wir machen darauf aufmerksam, dass eine positive Entscheidung über Ihren Antrag nur dann erfolgen kann, wenn die Unterlagen komplett vorliegen! Jeder gestellte Zulassungsantrag wird umgehend bearbeitet. Vorratsanträge werden nicht entgegengenommen.

Die Niederlassungsfrist beträgt nach erteilter Zulassung in der Regel 3 bis 5 Monate. Sollte diese Frist nicht ausreichen, bitten wir, dies unter Angabe von Gründen zu beantragen.

# Antragstellung

Ich beantrage die Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit (§ 24 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)

Antragsteller

Titel, Vorname, Name:

ggf. Geburtsname:

Geburtsdatum,  
Geburtsort:

aktuelle Wohnanschrift  
(Straße, PLZ, Ort):

Erreichbarkeit für Rückfragen  
Telefon-Nummer

Fax-Nummer

Mobiltelefon

e-mail

☐ als Facharzt/-ärztin, ggf. mit Schwerpunktbezeichnung

Facharztbezeichnung

ggf. Schwerpunkt

☐ als Fachärztin/-arzt für Innere Medizin (ohne Schwerpunkt) mit der ausschließlichen Entscheidung zur Teilnahme an der **hausärztlichen Versorgung**, damit im Bereich des Vertragsarztrechts zwingend einhergehend mit dem Verzicht auf das Führen berufspraxisrechtlich erworbener Schwerpunktbezeichnungen (Sächs. LSG, zitiert nach juris, Urt. v. 12.02.2003, Az. L 1 KA 3/00, Rz. 21; SG Frankfurt, Urt. v. 17.11.1999, Az. S 27 KA 652/99).

## Erklärung für Zulassungen gemäß § 19 a) Abs. 2 Zulassungsverordnung-Ärzte

Hiermit erkläre ich gegenüber dem Zulassungsausschuss, dass ich

- ☐ die vertragsärztliche Tätigkeit vollzeitig ausüben werde (Vollzulassung) oder
- ☐ den Versorgungsauftrag auf die Hälfte beschränken werde (halbe Zulassung).
- ☐ Eine Anerkannte Schwerbeschädigung liegt vor. (Bitte entsprechende Nachweise beifügen!)
- ☐ Eine Anerkannte Erwerbsminderung liegt vor. (Bitte entsprechende Nachweise beifügen!)

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in

# Geplante Praxis

**Ich beantrage die Zulassung für folgenden Vertragsarztsitz:**

**Praxisanschrift**

(Straße, Hausnr., PLZ, Ort)

Telefon-Nummer

(wenn vorhanden)

Fax-Nummer

(wenn vorhanden)

Niederlassungsbeginn

**Wohnanschrift** nach

Niederlassung (Str., PLZ, Ort)

**Ort, Datum**

**Unterschrift Antragsteller/in**

**Bitte beachten Sie, dass eine Verlegung der Praxis, eine neue Praxisanschrift, der vorherigen Genehmigung des Zulassungsausschusses bedarf! Hierfür ist ein separater Antrag zwingend erforderlich!**

☐

Es handelt sich um eine Praxisneugründung.

☐

Es handelt sich um eine Praxisübernahme.

Bisheriger Praxisinhaber

Bisherige Praxisanschrift  
(Straße, Hausnr., PLZ, Ort)

Wie sind Sie auf die Praxis aufmerksam geworden?

# Aktuelle Erwerbstätigkeit

(Erklärungen gem. § 18 Abs. 2 Nr. 4 Ärzte-ZV)

- ☐ Ich stehe zum jetzigen Zeitpunkt in keinem Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis.
- ☐ Ich übe zum jetzigen Zeitpunkt keine sonstige nicht ehrenamtliche Tätigkeit (z.B. auf Honorarbasis) aus.
- oder

- ☐ Ich stehe zum jetzigen Zeitpunkt in folgendem Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis:

Arbeitgeber:

Anschrift:

Umfang der Tätigkeit  
(Std./Woche)

Dieses Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis

- ☐ beende ich zum (Datum):

Dieses Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis

- ☐ wird im Umfang von Stunden/Woche fortgeführt:  
(Anzahl Stunden/Woche einfügen)

- ☐ Ich übe zum jetzigen Zeitpunkt folgende nicht ehrenamtliche Tätigkeit aus:

Einrichtung/Institution:

Anschrift:

Umfang der Tätigkeit  
(Std./Woche)

Diese nicht ehrenamtliche Tätigkeit

- ☐ beende ich zum (Datum):

Diese nicht ehrenamtliche Tätigkeit

- ☐ wird im Umfang von Stunden/Woche fortgeführt:  
(Anzahl Stunden/Woche einfügen)

**Ort, Datum**

**Unterschrift Antragsteller/in**

# Eintragung/ bisherige vertragsärztliche Tätigkeit

Ich bin eingetragen in das Arztregister der

Kassenärztlichen Vereinigung (Name und Sitz der KV)

unter der Nr. (Eintragungs-Nr.)

Ich bin/ich war

vom

bis

- ☐ zugelassen.
- ☐ angestellt tätig.
- ☐ nicht vertragsärztlich tätig.

Praxis, Einrichtung, MVZ, Klinik

Grund der Beendigung:

## Erklärung gemäß § 18 Abs. 2 Nr. 5 Zulassungsverordnung-Ärzte

Hiermit erkläre ich, dass ich nicht drogen- und/oder alkoholabhängig bin, es auch in den zurückliegenden fünf Jahren nicht war, dass ich mich in den letzten fünf Jahren keiner Entziehungskur wegen Drogen- und/oder Alkoholabhängigkeit unterziehen musste und keine gesetzlichen Hinderungsgründe der Ausübung meines ärztlichen Berufes entgegenstehen.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in

# Ärztliche Aus- und Weiterbildung

Approbation

erteilt am:

erteilt durch:

Fachgebiet

erteilt am:

erteilt durch:

Schwerpunkt-/  
Zusatzbezeichnung

1.

erteilt am:

erteilt durch:

2.

erteilt am:

erteilt durch:

## Rettungsdienst/Notfallmedizin:

Zusatzbezeichnung  
"Notfallmedizin"

erteilt am:

erteilt durch:

☐

zur Zeit in Weiterbildung

Ende der Weiterbildung:

Fachkunde  
"Arzt im Rettungsdienst"

erteilt am:

erteilt durch:

☐

zur Zeit in Weiterbildung

Ende der Weiterbildung:

andere Fortbildung in der  
Rettungs- u. Notfallmedizin

erteilt am:

erteilt durch:

☐

zur Zeit in Weiterbildung

Ende der Weiterbildung:

erteilt am:

erteilt durch:

☐

zur Zeit in Weiterbildung

Ende der Weiterbildung:

# Aufstellung über die ausgeübten ärztlichen Tätigkeiten seit Approbation bis zur geplanten Niederlassung in lückenloser und zeitlicher Reihenfolge

(bitte auch Zeiten ohne Beschäftigung angeben)

Nr.	Zeitraum: von - bis	Tätigkeit	Krankenhaus, Praxis, Amt etc. Name, Abteilung, Ort
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Für die vorgenannten ärztlichen Tätigkeiten müssen Nachweise beigelegt werden, soweit diese noch nicht im Arztregister einer Kassenärztlichen Vereinigung vorgelegt wurden.**



# Kooperationen

*(Nur ausfüllen, falls eine Tätigkeit in Kooperation geplant ist.)*

Ich beabsichtige, meine vertragsärztliche Tätigkeit in Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)  
(früher Gemeinschaftspraxis genannt) auszuüben.

Antragsteller  
Titel, Vorname, Name:

Die Berufsausübungsgemeinschaft soll unter folgender Praxisanschrift tätig werden.

Praxisanschrift  
(Straße, Hausnr., PLZ, Ort)

Der Beginn der Kooperation ist geplant für den

## **Bitte beachten Sie:**

**Die Tätigkeit in Berufsausübungsgemeinschaft bedarf der vorherigen Genehmigung des Zulassungsausschusses. Bedarf es zur Gründung der Berufsausübungsgemeinschaft einer Praxissitzverlegung, so ist auch diese genehmigungspflichtig.**

Ich beabsichtige folgende Form der Berufsausübungsgemeinschaft:

- ☐ örtliche Berufsausübungsgemeinschaft  
(vollständige Kooperation, alle Partner haben die gleiche Praxisanschrift)
- ☐ überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft  
(vollständige Kooperation, nicht alle Partner haben die gleiche Praxisanschrift)
- ☐ Teilberufsausübungsgemeinschaft  
(Kooperation nur bezogen auf einzelne Leistungen)

**Praxisanschriften der Kooperationspartner/innen:**

Partner 1  
Titel, Name, Vorname  
Straße, Hausnr, PLZ, Ort

Partner 2  
Titel, Name, Vorname  
Straße, Hausnr, PLZ, Ort

Partner 3  
Titel, Name, Vorname  
Straße, Hausnr, PLZ, Ort

Partner 4  
Titel, Name, Vorname  
Straße, Hausnr, PLZ, Ort

**Ort, Datum**

**Unterschrift  
aller Partner/innen der BAG**

**Nur ausfüllen, falls eine überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft ausschließlich innerhalb von Sachsen-Anhalt gegründet werden soll:**

Hat die Berufsausübungsgemeinschaft mehrere örtlich unterschiedliche Vertragsarztsitze innerhalb Sachsen-Anhalts, bestimmen die Partner durch Anzeige einen Vertragsarztsitz als Betriebsstätte und den oder die weiteren Vertragsarztsitze als Nebenbetriebsstätte.

Praxissitz 1  
Titel, Name, Vorname  
Straße, Hausnr, PLZ, Ort

Praxissitz 2  
Titel, Name, Vorname  
Straße, Hausnr, PLZ, Ort

Praxissitz 3  
Titel, Name, Vorname  
Straße, Hausnr, PLZ, Ort

Praxissitz 4  
Titel, Name, Vorname  
Straße, Hausnr, PLZ, Ort

Uns ist bekannt, dass die Wahl als Betriebsstätte nur für den Ort zulässig ist, an dem der Versorgungsschwerpunkt unserer Berufsausübungsgemeinschaft liegt. Diese Entscheidung kann nur jeweils für den Beginn eines Quartals getroffen werden und ist für die Dauer von zwei Jahren verbindlich.

Hauptsitz wird sein:

**Nur ausfüllen, falls eine kv-übergreifende Berufsausübungsgemeinschaft (mindestens 1 Partner ist außerhalb Sachsen-Anhalts niedergelassen) gegründet werden soll!**

Hat eine überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft Mitglieder in mehreren Kassenärztlichen Vereinigungen, so hat sie den Vertragsarztsitz zu wählen, der maßgeblich ist für die Genehmigungsentscheidung sowie für die Durchführung der Plausibilitätsprüfungen. Auch für die Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen gelten die Regelungen des gewählten Vertragsarztsitzes. Die Abrechnung der Leistungen erfolgt über die jeweilige KV in deren Bereich die Leistungen erbracht wurden. Die Wahl hat jeweils für einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren unwiderruflich zu erfolgen.

Wir bestimmen als maßgeblichen Vertragsarztsitz:

vollständige Anschrift  
(Straße, Hausnr., PLZ, Ort,  
Bundesland):

**Ort, Datum**

**Unterschrift  
aller Partner/innen der BAG**

***Nur ausfüllen, falls eine Teilberufsausübungsgemeinschaft gegründet werden soll!***

Der Antrag wird ausschließlich auf folgenden Patientengruppen/Krankheitsbilder/individuelle Leistungen bezogen:

--

--

--

--

--

--

**Ort, Datum**

--

**Unterschrift  
aller Partner/innen der BAG**

--

# Bildung einer Berufsausübungsgemeinschaft

Rechtsgrundlage: § 33 der Zulassungsverordnung

Die gemeinsame Nutzung von Praxisräumen und Praxiseinrichtungen sowie die gemeinsame Beschäftigung von Hilfspersonal durch mehrere Ärzte ist zulässig. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind hiervon zu unterrichten. Nicht zulässig ist die gemeinsame Beschäftigung von Ärzten und Zahnärzten; dies gilt nicht für medizinische Versorgungszentren.

Die gemeinsame Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit ist zulässig unter allen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern an einem gemeinsamen Vertragsarztsitz (örtliche Berufsausübungsgemeinschaft). Sie ist auch zulässig bei unterschiedlichen Vertragsarztsitzen der Mitglieder der Berufsausübungsgemeinschaft (überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft), wenn die Erfüllung der Versorgungspflicht des jeweiligen Mitglieds an seinem Vertragsarztsitz unter Berücksichtigung der Mitwirkung angestellter Ärzte und Psychotherapeuten in dem erforderlichen Umfang gewährleistet ist sowie das Mitglied und die bei ihm angestellten Ärzte und Psychotherapeuten an den Vertragsarztsitzen der andern Mitglieder nur in zeitlich begrenztem Umfang tätig werden. Die gemeinsame Berufsausübung, bezogen auf einzelne Leistung, ist zulässig, sofern diese Berufsausübungsgemeinschaft nicht zur Erbringung überweisungsgebundener medizinisch-technischer Leistungen mit überweisungsberechtigten Leistungserbringern gebildet wird.

Die Berufsausübungsgemeinschaft bedarf der vorherigen Genehmigung des Zulassungsausschusses. Für überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften mit Vertragsarztsitzen in mehreren Zulassungsbezirken einer Kassenärztlichen Vereinigung wird der zuständige Zulassungsausschuss durch Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen bestimmt. Hat eine überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft Mitglieder in mehreren Kassenärztlichen Vereinigungen, so hat sie den Vertragsarztsitz zu wählen, der maßgeblich ist für die Genehmigungsentscheidung sowie für die auf die gesamte Leistungserbringung dieser überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft anzuwendenden ortsgebundenen Regelungen, insbesondere zur Vergütung, zur Abrechnung sowie zu den Abrechnungs-, Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen. Die Wahl hat jeweils für einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren unwiderruflich zu erfolgen. Die Genehmigung kann mit Auflagen erteilt werden, wenn dies zur Sicherung der Anforderungen nach Absatz 2 erforderlich ist; das Nähere hierzu ist einheitlich in den Bundesmantelverträgen geregelt.

Gemäß § 5 Bundesmantelverträge kann sich die gemeinsame Berufsausübungsgemeinschaft auf die Erbringung einzelner Leistungen beschränken. Unbeschadet des Erfordernisses der Genehmigung nach § 33 Abs. 3 Ärzte-ZV ist eine solche Teilberufsausübungsgemeinschaft nur zulässig, wenn das zeitlich begrenzte Zusammenwirken der Ärzte erforderlich ist, um Patienten zu versorgen, die einer gemeinschaftlichen Versorgung der Teilberufsausübungsgemeinschaft angehörenden Ärzte bedürfen und die Ärzte gemeinschaftlich im Rahmen des § 17 Abs. 1 a zur Verfügung stehen. Die Möglichkeit für den Patienten, die Zweitmeinung anderer Ärzte, welche nicht in der Teilberufsausübungsgemeinschaft zusammengeschlossen sind, einzuholen, darf nicht beeinträchtigt werden.

- Der Antrag ist beim Zulassungsausschuss möglichst 6 bis 8 Wochen vor der geplanten
- Berufsausübungsgemeinschaft zu stellen. In der Regel tagt der Zulassungsausschuss einmal im Monat; Termine können erfragt werden.
- Für die Genehmigung einer Berufsausübungsgemeinschaft ist die Vorlage eines
- Gesellschaftsvertrages an den Zulassungsausschuss erforderlich. Der Vertrag oder die Verträge (kein Entwurf) müssen vollständig den Zulassungsgremien mindestens 2 bis 4 Wochen vor der Sitzung zur Prüfung vorgelegt werden. Bitte beachten Sie bei der Terminplanung, dass der Zulassungsausschuss Einwände gegen die im Vertrag aufgeführten Punkte erheben kann. Dann würde sich ggf. die Entscheidung auf eine andere Sitzung verschieben.

- Die Bildung einer Berufsausübungsgemeinschaft sollte immer nur zu einem Quartalsanfang vorgenommen werden.
- Voraussetzung für eine Berufsausübungsgemeinschaft ist, dass alle Partner eine Zulassung besitzen.
- Es sind neue Stempel und Rezepte notwendig. Für die Anfertigung sind etwa 2 bis 3 Wochen einzuplanen.
- Die Teilberufsausübungsgemeinschaft erhält eine weitere (zusätzliche) Nummer, die "alten" Abrechnungsnummern bleiben bestehen.
- Da sich bei mehreren Partnern die Abschlagszahlungen ändern werden, bitten wir Sie, rechtzeitig mit der Buchhaltung Kontakt aufnehmen.
- Bei Fragen oder Hinweisen zur Abrechnung setzen Sie sich bitte mit der Abrechnungsabteilung in Verbindung.
- Die steuerlichen Aspekte sollten vorher mit dem Steuerberater geklärt werden.

Die Zulassungsgremien sind verpflichtet, sich einen schriftlich fixierten Gesellschaftsvertrag (Berufsausübungsgemeinschaftsvertrag) über die gemeinsame Praxisausübung und über die Regelung der gemeinsamen beruflichen Tätigkeit vorlegen zu lassen. Andernfalls können sie die von § 33 Abs. 2 Ärzte-ZV geforderte Prüfung, ob und inwieweit die Versorgung der Versicherten beeinträchtigt wird, nicht ordnungsgemäß durchführen. Ein Gesellschaftsvertrag ist Voraussetzung für das Bestehen einer Berufsausübungsgemeinschaft und damit der Genehmigungsfähigkeit dieser Form der Berufsausübung

Zulassungsrechtlich genehmigungsfähig ist eine Berufsausübungsgemeinschaft nur, wenn sie den Anforderungen genügt, die auf Grund berufs- und vertragsarztrechtlicher Bestimmungen an diese Form der ärztlichen Berufsausübung gestellt werden.

Vertragsarztrechtlich muss u.a. vereinbart werden:

- Bezeichnung der Berufsausübungsgemeinschaft
- Haftungsregelungen
- Sicherstellung der freien Arztwahl
- Verantwortlichkeit für die fachliche und sachliche Praxisführung
- Sicherstellung der persönlichen Leistungserbringung
- Regelungen über Sprechstundenzeiten (an allen Standorten)
- Urlaub und Vertretung
- Zuständigkeit für Personalangelegenheiten
- Regelungen der Vertragspartner über die Abrechnung und Leistungserbringung
- aus dem Vertrag muss hervorgehen, dass die Partner ihre Vertragsärztliche Tätigkeit persönlich in freier Praxis ausüben, selbständig tätig sind und das Unternehmensrisiko tragen

# Auflösung einer Berufsausübungsgemeinschaft

Die Zulässigkeit einer gemeinsamen Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit wird u.a. dann die Rechtsgrundlage entzogen, wenn sich ein Partner einer Berufsausübungsgemeinschaft von der Übereinstimmung lossagt. Dabei ist es für die Gültigkeit einer entsprechenden Erklärung in vertragsarztrechtlicher Hinsicht ohne Belang, ob nach dem privatrechtlichen Rechtsverhältnis der nicht mehr kooperationsbereite Partner zu einer Aufkündigung der Berufsausübungsgemeinschaft zu diesem Zeitpunkt befugt ist und er sich dadurch evtl. sogar schadensersatzpflichtig machen könnte.

Das Bundessozialgericht hat in seinem Urteil hierzu (6 RKa 36/90) ausgeführt, dass sich die Kompetenz und damit auch die Pflicht des Zulassungsausschusses auf die Feststellung der Auflösung einer Berufsausübungsgemeinschaft beschränkt, wenn einer der Praxispartner gegenüber dem Zulassungsausschuss seinen Willen zum Ausdruck bringt, dass er von der gemeinschaftlichen Ausübung der Kassenpraxis Abstand nimmt, auch wenn der/die Praxispartner hiermit nicht einverstanden sind.

Der Zulassungsausschuss hat dies zu bestätigen ohne Rücksicht auf u.U. anders lautende privatrechtliche Vereinbarungen der Praxispartner (z.B. Berufsausübungsgemeinschafts-verträge) untereinander. Das Bundessozialgericht hat somit die strikte Trennung von öffentlichem und privatem Recht verdeutlicht.

Eine Informationsbroschüre vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung zur kooperativen Berufsausübung zwischen Ärzten und anderen Heilberufen (grünes Heft - Band 8) kann bei der Kassenärztlichen Vereinigung unentgeltlich bezogen werden.

# Datenschutzrechtliche Einverständniserklärung

Antragsteller  
Titel, Vorname, Name:

Anschrift (Praxis oder Privat)

Kassenärztliche Vereinigung  
Sachsen-Anhalt  
Doctor-Eisenbart-Ring 2  
39120 Magdeburg

Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt und die Ärztekammer Sachsen-Anhalt haben eine Vereinbarung geschlossen, wonach die Übermittlung von Daten der gemeinsamen Mitglieder möglich ist. Hintergrund ist, dass oftmals durch beide Körperschaften die gleichen Daten und Nachweise zur Bearbeitung verschiedener Sachverhalte von den Mitgliedern abgefordert werden. Durch die Übermittlung der Daten von Körperschaft zu Körperschaft unter Einhaltung des Datenschutzes wird das doppelte Einreichen von Unterlagen vermieden.

Inhalte der Vereinbarung sind im Einzelnen:

- der Datenabgleich hinsichtlich der Führung eines Mitgliederverzeichnisses bei der Ärztekammer
- der Datenabgleich zur Erstellung des Gesundheitsbuches  
(sofern der Aufnahme im Handbuch zugestimmt wurde)
- die Erteilung einer Genehmigung für den Betrieb einer Nebenbetriebsstätte durch die KVSA
- die Überprüfung der Fortbildungsverpflichtung nach § 95 d SGB V
- die Überprüfung der fachlichen Qualifikation im Rahmen der Antragstellung zur Erbringung bestimmter Leistungen oder der Teilnahme an bestimmten Verträgen und sich daraus ergebenden Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie
- die Überprüfung der Qualifikation für den Rettungsdienst

**Ich erkläre mich damit einverstanden, dass durch die Ärztekammer Sachsen-Anhalt und die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt die mich betreffenden Daten unter Einhaltung der Grundsätze des Datenschutzes übermittelt werden.**

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in



# Leistungserbringung

## Schmerztherapeutische Leistungen/Narkoseleistungen

Antragsteller  
Titel, Vorname, Name:

Privatanschrift

### Nur für Anästhesisten!

Im Rahmen meiner vertragsärztlichen Tätigkeit werde ich folgende Leistungen erbringen:

- ☐ schmerztherapeutische Leistungen
  - ☐ Narkoseleistungen beim Vertragsarzt
  - ☐ Narkoseleistungen beim Vertragszahnarzt
- (Zutreffendes bitte ankreuzen)**

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in

# Gebühren

Gemäß § 38 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) wird über gebührenpflichtige Anträge erst nach Entrichtung der nach § 46 Ärzte-ZV zu zahlenden Gebühr verhandelt. Die Antragsgebühren sind mit der Stellung des Antrages fällig.

Gemäß § 46 Abs. 1 und 2 Ärzte-ZV werden folgende Gebühren erhoben:

## "§ 46 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV)

- (1) für das Verfahren werden nachstehende Gebühren erhoben:
- a) ...
  - b) bei Antrag des Arztes oder des medizinischen Versorgungszentrums auf Zulassung 100 Euro
  - c) bei sonstigen Anträgen, mit denen der Arzt, das medizinische Versorgungszentrum oder die sonstige ärztlich geleitete Einrichtung die Beschlussfassung des Zulassungsausschusses anstrebt 120 Euro
  - d) ...
  - ...
- (2) Außer der Gebühr nach Absatz 1 werden als Verwaltungsgebühren erhoben:
- a) nach unanfechtbar gewordener Zulassung 400 Euro
  - b) ...
  - c) nach erfolgter Genehmigung der Anstellung eines Arztes bei einem Vertragsarzt, in einem medizinischen Versorgungszentrum nach § 95 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder einer Einrichtung nach § 311 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch 400 Euro
  - d) nach erfolgter Eintragung einer auf § 32 b Abs. 2 beruhenden Genehmigung in das Verzeichnis nach § 32 b Abs. 4 400 Euro
- (3) ...
- (4) Abweichend von den Absätzen 1 und 2 werden in Verfahren, die eine Tätigkeit in Gebieten betreffen, für die der Landsausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Feststellung nach § 100 Absatz 1 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch getroffen hat, keine Gebühren erhoben. Dies gilt nicht für Anträge nach Absatz 1 Buchstabe a. Der Zulassungsausschuss kann von der Erhebung von Gebühren auch absehen oder diese reduzieren, wenn dies aus Versorgungsgründen angezeigt ist. Bei der Nachbesetzung einer genehmigten Anstellung sind die Gebühren nach den Absätzen 1 und 2 um 50 Prozent zu reduzieren."

Zahlen Sie diese Gebühren bitte unter Angabe des Arztnamens auf das **Konto bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank Magdeburg, IBAN: DE95300606010003105067; BIC: DAAEDEDXXX** ein. **Bitte geben Sie bei der Einzahlung unbedingt auch den konkreten Verwendungszweck an!**

## Antrag auf Erbringung genehmigungspflichtiger Leistungen

Sehr geehrte Damen und Herren,

für besondere ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sind nach den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses bzw. der Partner der Bundesmantelverträge teilweise zusätzliche Qualifikationsvoraussetzungen und Nachweise durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte zu führen.

Nur Ärzte, die entsprechende Nachweise führen können, dürfen die sogenannten genehmigungspflichtigen Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung ausführen und abrechnen.

Die nachfolgende Aufstellung soll Ihnen den Überblick über die Fülle dieser genehmigungspflichtigen Leistungen erleichtern und nennt Ihnen als Ansprechpartner die jeweilige Sachbearbeiterin der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt.

Da der Katalog der genehmigungspflichtigen Leistungen ständig fortgeschrieben wird, möchten wir Sie darauf hinweisen, dass diese Aufstellung Sie nicht von Ihrer Pflicht befreit, sich sowohl über die geltenden gesetzlichen Regelungen, Vereinbarungen und Verträge des Vertragsarztrechts als auch des allgemeinen Arztrechts zu informieren.

Wenn sich Fragen ergeben oder Sie weitere Informationen wünschen, können Sie sich gern an uns wenden.

Die für Sie in Betracht kommenden genehmigungspflichtigen Leistungen kreuzen Sie bitte auf den beiliegenden Anlagen unter Angabe des Arztes, der diese Leistungen erbringen soll, an und geben diese schnellstmöglich an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt, Abt. Zulassungswesen, Postfach 1664, 39006 Magdeburg (Fax. 0391/627 8544) zurück.

Titel, Vorname, Name

Praxisanschrift

Telefon/Fax, dienstl.

Privatanschrift

Telefon/Fax, privat

Fachgebiet

Im Rahmen meiner

☐ Zulassung

☐ Ermächtigung

voraussichtlicher Beginn der Tätigkeit:

☐ Anstellung

Praxis/MVZ:

Anschrift:

möchte ich folgende genehmigungspflichtige Leistungen erbringen und bitte um Zusendung der entsprechenden Unterlagen:

*Das Ankreuzen der entsprechenden genehmigungspflichtigen Leistung ist auch dann zwingend erforderlich, wenn Sie bereits vertragsärztlich tätig sind und sich lediglich Ihr Zulassungsstatus ändert.*

*Die nachfolgenden Leistungen dürfen in der vertragsärztlichen Versorgung nur durchgeführt und abgerechnet werden, wenn von der KV Sachsen-Anhalt eine Genehmigung ausgesprochen wurde.*

**Ich beabsichtige, im Rahmen meiner vertragsärztlichen Tätigkeit folgende genehmigungspflichtige Leistungen zu erbringen und abzurechnen:**

<b>Genehmigungspflichtige Leistung</b>	<b>Ansprechpartner</b>	<b>Telefon</b>
<input type="checkbox"/> Akupunktur	Frau Schöнемeyer	0391 627-7435
<input type="checkbox"/> Akuter Hörsturz	Frau Schöнемeyer	0391 627-7435
<input type="checkbox"/> Ambulantes Operieren	Frau Schmidt	0391 627-6435
<input type="checkbox"/> Ambulante Kataraktoperationen	Frau Schmidt	0391 627-6435
<input type="checkbox"/> Apheresen als extrakorporale Hämotherapieverfahren	Frau Irmer	0391 627-7340
<input type="checkbox"/> Arthroskopie	Frau Schöнемeyer	0391 627-7435
<input type="checkbox"/> Balneophototherapie	Frau Schmidt	0391 627-6435
<input type="checkbox"/> Belegärztliche Tätigkeit	Frau Maiwald	0391 627-6440
<input type="checkbox"/> Chirotherapie	Frau Kuntze	0391 627-7436
<input type="checkbox"/> Computertomographie/Bestrahlungsplanung	Frau Schöнемeyer	0391 627-7435
<input type="checkbox"/> Dialyse	Frau Irmer	0391 627-7340
<input type="checkbox"/> EMDR	Frau Brumm	0391 627-7447
<input type="checkbox"/> Früherkennungsuntersuchungen U10, U11, J2	Frau Hahne	0391 627-6447
<input type="checkbox"/> Früherkennung - augenärztlich	Frau Rößler	0391 627-6448
<input type="checkbox"/> Geriatrische Diagnostik	Frau Rößler	0391 627-6448
<input type="checkbox"/> Hallo Baby - Willkommen Baby	Frau Schmidt	0391 627-6435
<input type="checkbox"/> Handchirurgie	Frau Schmidt	0391 627-6435
<input type="checkbox"/> Hautkrebsscreening/ Hautkrebsvorsorge-Verfahren	Frau Rößler	0391 627-6448
<input type="checkbox"/> Herzschrittmacherkontrolle	Frau Irmer	0391 627-7340
<input type="checkbox"/> Histopathologie beim Hautkrebs-Screening	Frau Schmidt	0391 627-6435
<input type="checkbox"/> HIV/AIDS; Schwerpunktpraxis	Frau Rößler	0391 627-6448
<input type="checkbox"/> Homöopathie	Frau Schöнемeyer	0391 627-7435
<input type="checkbox"/> Hörgeräteversorgung Kinder	Frau Schöнемeyer	0391 627-7435
<input type="checkbox"/> Hörgeräteversorgung Erwachsene	Frau Schöнемeyer	0391 627-7435
<input type="checkbox"/> Intravitreale Medikamentengabe	Frau Schmidt	0391 627-6435

<b>Genehmigungspflichtige Leistung</b>	<b>Ansprechpartner</b>	<b>Telefon</b>
<input type="checkbox"/> Invasive Kardiologie	Frau Schöнемeyer	0391 627-7435
<input type="checkbox"/> Kapselendoskopie-Dünndarm	Frau Hahne	0391 627-6447
<input type="checkbox"/> Knochendichtemessung	Frau Münzel	0391 627-7443
<input type="checkbox"/> Koloskopie	Frau Hahne	0391 627-6447
<input type="checkbox"/> Künstliche Befruchtung	Frau Schmidt	0391 627-6435
<input type="checkbox"/> Kurärztliche Tätigkeit	Frau Fritsch	0391 627-6441
<input type="checkbox"/> Labordiagnostik, Kap. 32.3	Frau Schmidt	0391 627-6435
<input type="checkbox"/> Langzeit-EKG-Untersuchungen	Frau Irmer	0391 627-7340
<input type="checkbox"/> Mammographie	Frau Münzel	0391 627-7443
<input type="checkbox"/> Molekularpathologie/Molekulargenetik	Frau Schmidt	0391 627-6435
<input type="checkbox"/> MR-Angiographie	Frau Schöнемeyer	0391 627-7435
<input type="checkbox"/> MRSA	Frau Schmidt	0391 627-6435
<input type="checkbox"/> MRT	Frau Schöнемeyer	0391 627-7435
<input type="checkbox"/> MRT der Mamma	Frau Schöнемeyer	0391 627-7435
<input type="checkbox"/> Neuropsychologische Therapie	Frau Brumm	0391 627-7447
<input type="checkbox"/> Nuklearmedizin	Frau Münzel	0391 627-7443
<input type="checkbox"/> Onkologisch verantwortlicher Arzt	Frau Platenau	0391 627-6436
<input type="checkbox"/> Osteoporose	Frau Maiwald	0391 627-6440
<input type="checkbox"/> Otoakustische Emission	Frau Münzel	0391 627-7443
<input type="checkbox"/> PET, PET/CT	Frau Schöнемeyer	0391 627-7435
<input type="checkbox"/> Pflegeheimversorgung	Frau Rößler	0391 627-6448
<input type="checkbox"/> Photodynamische Therapie Augenhintergrund	Frau Schmidt	0391 627-6435
<input type="checkbox"/> Phototherapeutische Keratektomie	Frau Schmidt	0391 627-6435
<input type="checkbox"/> Physikalische Therapie	Frau Maiwald	0391 627-6440
<input type="checkbox"/> Polygraphie	Frau Schmidt	0391 627-6435
<input type="checkbox"/> Polysomnographie	Frau Schmidt	0391 627-6435
<input type="checkbox"/> Praxisassistentin, nichtärztlich	Frau Hahne	0391 627-6447

<b>Genehmigungspflichtige Leistung</b>	<b>Ansprechpartner</b>	<b>Telefon</b>
<input type="checkbox"/> Psychosomatische Grundversorgung	Frau Brumm	0391 627-7447
<input type="checkbox"/> Psychotherapie	Frau Brumm	0391 627-7447
<input type="checkbox"/> Radiologie (Interventionelle)	Frau Schöнемeyer	0391 627-7435
<input type="checkbox"/> Radiologie (Allgemeine)	Frau Schöнемeyer	0391 627-7435
<input type="checkbox"/> Schmerztherapie	Frau Münzel	0391 627-7443
<input type="checkbox"/> Sozialpädiatrie	Frau Maiwald	0391 627-6440
<input type="checkbox"/> Sozialpsychiatrische Versorgung von Kindern/Jugendlichen	Frau Brumm	0391 627-7447
<input type="checkbox"/> Soziotherapie	Frau Brumm	0391 627-7447
<input type="checkbox"/> Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen	Frau Münzel	0391 627-7443
<input type="checkbox"/> Strahlentherapie	Frau Münzel	0391 627-7443
<input type="checkbox"/> Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger	Frau Hegenbarth	0391 627-7448
<input type="checkbox"/> Tonsillotomie	Frau Schmidt	0391 627-6435
<input type="checkbox"/> Ultraschalldiagnostik	Frau Kuntze Frau Platenau	0391 627-7436 0391 627-6436
<input type="checkbox"/> Vakuumsbiopsie der Brust	Frau Münzel	0391 627-6441
<b>Zytologie</b>		
<input type="checkbox"/> Zervix-Zytologie	Frau Hegenbarth	0391 627-7448
<input type="checkbox"/> Urinzytologie	Frau Schmidt	0391 627-6435
<b>Disease-Management-Programme (DMP)</b>		
<input type="checkbox"/> Asthma/COPD	Frau Maiwald	0391 627-6440
<input type="checkbox"/> Brustkrebs	Frau Münzel	0391 627-7443
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1	Frau Hahne	0391 627-6447
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 2	Frau Hahne	0391 627-6447
<input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit	Frau Maiwald	0391 627-6440
<input type="checkbox"/> Hausarztzentrierte Versorgung	Frau Dressler	0391 627-6234

## **Für Psychologische Psychotherapeuten:**

### **Genehmigungspflichtige Leistung**

### **Ansprechpartner**

### **Telefon**

#### **Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie**

Frau Brumm

0391 627-7447

- ☐ Einzeltherapien bei Erwachsenen
- ☐ Gruppentherapien bei Erwachsenen
- ☐ Einzeltherapien bei Kindern und Erwachsenen
- ☐ Gruppentherapien bei Kindern und Erwachsenen

#### **Analytische Psychotherapie**

- ☐ Einzeltherapien bei Erwachsenen
- ☐ Gruppentherapien bei Erwachsenen
- ☐ Einzeltherapien bei Kindern und Erwachsenen
- ☐ Gruppentherapien bei Kindern und Erwachsenen

#### **Verhaltenstherapie**

- ☐ Einzeltherapien bei Erwachsenen
- ☐ Gruppentherapien bei Erwachsenen
- ☐ Einzeltherapien bei Kindern und Erwachsenen
- ☐ Gruppentherapien bei Kindern und Erwachsenen

#### **Autogenes Training**

- ☐ Einzelbehandlung
- ☐ Gruppentherapien bei Erwachsenen
- ☐ Gruppentherapien bei Kindern und Erwachsenen

#### **Relaxationsbehandlung nach Jacobsen**

- ☐ Einzelbehandlung
- ☐ Gruppentherapien bei Erwachsenen
- ☐ Gruppentherapien bei Kindern und Erwachsenen
  
- ☐ Hypnose
- ☐ Neuropsychologische Therapie