

# Merkblatt

## **Antrag auf Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums**

(Für Ihre Unterlagen bestimmt)

### **I. CHECKLISTE**

Dem Antrag auf Genehmigung der Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums sind nachstehende Unterlagen vollständig beizufügen:

#### **Antrag auf Zulassung**

Bitte verwenden Sie ausschließlich unser anliegendes Antragsformular

**Unterlagen für die Trägergesellschaft** das MVZ betreffend je nach Gesellschaftsform

**Vertrag mit dem ärztlichen Leiter** über die Tätigkeit als ärztlicher Leiter, sofern dies nicht aus dem separaten Anstellungsvertrag hervorgeht (§ 95 Abs. 1 Sätze 2 und 3 SGB V)

**Nachweis über das Bestehen einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung** gemäß §§ 113 Abs. 2 VVG, 95 e SGB V

**Nachweis über die Entrichtung der Antragsgebühr**

**Bürgschaftserklärung** (Anlage A)

### **II. WICHTIGE HINWEISE ZUR ENTRICHTUNG DER ANTRAGSGEBÜHR**

Gem. § 46 Abs. 1 b) Ärzte-ZV ist eine Gebühr in Höhe von € 100,- fällig, sobald Sie Ihren Antrag in der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses eingereicht haben. Diese Gebühr ist somit auch dann zu entrichten, wenn Sie Ihren Antrag später zurücknehmen sollten.

Damit die eindeutige Zuordnung des Antrags gewährleistet werden kann, ist es unbedingt erforderlich, dass die Überweisung der Antragsgebühr unter **Angabe des im Formular näher bezeichneten Verwendungszwecks** zugunsten nachfolgender Bankverbindung durchgeführt wird:

**Deutsche Apotheker- und Ärztebank Magdeburg**

**IBAN: DE95 3006 0601 0003 1050 67**

**BIC: DAAEDEDXXX**

Nach der Genehmigung werden auf gesonderte Anforderung zusätzliche Verwaltungsgebühren in Höhe von 400,- fällig, § 46 Abs. 2 a) Ärzte-ZV.

Für Anträge in unterversorgten Gebieten oder Gebieten mit drohender Unterversorgung fällt keine Gebühr an, § 46 Abs. 4 Ärzte-ZV. Bitte entnehmen Sie die gem. § 100 Abs. 1 SGB V unterversorgten Regionen dem jeweils aktuellen Beschluss des Landesausschusses auf der Homepage der KV Sachsen-Anhalt ([https://www.kvsa.de/praxis/vertragsaerztliche\\_taetigkeit/foedermittel.html](https://www.kvsa.de/praxis/vertragsaerztliche_taetigkeit/foedermittel.html)).

### **III. ALLGEMEINE HINWEISE ZUM ANTRAGSVERFAHREN**

Die Übersendung der Antragsunterlagen im Original samt Anlagen hat zwingend auf dem Postweg zu erfolgen. Alternativ können Sie die vorgenannten Unterlagen auch persönlich in der KV Sachsen-Anhalt abgeben. Eine elektronische Übermittlung aller Unterlagen per Fax oder E-Mail ist nicht zulässig.

Die Antragsunterlagen sollten spätestens acht Wochen vor der Sitzung des Zulassungsausschusses vorliegen. Rückwirkende Entscheidungen trifft der Zulassungsausschuss nicht, daher ist der Antrag rechtzeitig zu stellen.

Der Zulassungsausschuss Sachsen-Anhalt tagt in der Regel einmal im Monat. Die Termine entnehmen Sie bitte der Homepage der KVSA.

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

**Bitte beachten Sie, dass über einen Antrag erst entschieden werden kann, wenn alle erforderlichen Unterlagen und Angaben vollständig eingereicht und die Antragsgebühr überwiesen wurde. Zudem beachten Sie bitte bei Ihrer Praxisplanung, dass alle im Zusammenhang mit den Verfahren Ermächtigung, Sonderbedarf oder Ermächtigung zur Gründung einer Zweigpraxis in Sachsen-Anhalt stehenden Anträge (Neuanträge, Anstellungen, sonstige Änderungen) einer Antragsfrist von drei Monaten bedürfen.**

#### **IV. HIWEISE ZUR BERUFSHAFTPFLICHTVERSICHERUNG**

Ab dem 19.07.2021 sieht das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) gemäß § 95e SGB V den Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung für alle Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten als vertragsärztliche bzw. vertragspsychotherapeutische Pflicht vor. Bei Stellung eines Antrags auf Zulassung, Ermächtigung oder Genehmigung einer Anstellung ist dem Zulassungsausschuss das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes nachzuweisen. Ausreichend ist dieser, wenn das individuelle Haftungsrisiko des Vertragspsychotherapeuten versichert ist. Jedenfalls darf die Mindestversicherungssumme für alle Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten drei Millionen Euro für Personen- und Sachschäden nicht unterschreiten und die Leistungen des Versicherers für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden dürfen nicht weiter als auf den zweifachen Betrag der Mindestversicherungssumme begrenzt werden.

Für medizinische Versorgungszentren sowie für Vertragspsychotherapeuten und Berufsausübungsgemeinschaften mit angestellten Psychotherapeuten ist der Berufshaftpflichtversicherungsschutz ausreichend, sofern er für die gesamte von dem Leistungserbringer ausgehende psychotherapeutischen Tätigkeit besteht. Jedenfalls darf die Mindestversicherungssumme fünf Millionen Euro für Personen- und Sachschäden für jeden Versicherungsfall nicht unterschreiten und die Leistungen des Versicherers für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden nicht weiter als auf den dreifachen Betrag der Mindestversicherungssumme begrenzt werden.

#### **V. Datenschutz**

Die zur Bearbeitung Ihres Antrags erforderlichen Daten werden auf der gesetzlichen Grundlage der §§ 95 und 98 SGB V in Verbindung mit den Vorschriften der Zulassungsverordnung erhoben und verarbeitet.

Die Daten werden nur im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften verarbeitet. Die Datenverarbeitung ist gem. Art. 6 Abs. 1 Satz 1 c) DSGVO für die Aufgabenerfüllung der KV Sachsen-Anhalt und der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses erforderlich und erfolgt damit rechtmäßig.

Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter dem Link:  
[https://www.kvsa.de/service/ueber\\_uns/datenschutz\\_informationen.html](https://www.kvsa.de/service/ueber_uns/datenschutz_informationen.html)

Weitere Informationen zu den Besonderheiten des Datenschutzes im **Auswahlverfahren** finden Sie auf der Homepage der KVSA.

# Antrag auf Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums

ZULASSUNGS-  
AUSSCHUSS  
SACHSEN-ANHALT

ZA

Zulassungsausschuss für Ärzte  
bei der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt  
Doctor-Eisenbart-Ring 2  
39120 Magdeburg

**Das Antragsformular bitte vollständig ausfüllen sowie Zutreffendes ankreuzen!**

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Die männliche Form schließt die weibliche mit ein, ohne dadurch eine geschlechtsspezifische Diskriminierung vornehmen zu wollen.

## 1. ANGABEN ZUM GEPLANTEN MEDIZINISCHEN VERSORGUNGSZENTRUM (MVZ)

<b>Antragsteller</b>	Antragsteller ist grundsätzlich die bereits errichtete MVZ-Trägergesellschaft
<b>Name/Bezeichnung:</b>	
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort	
E-Mail-Adresse	Telefonnummer

## 2. BEANTRAGUNG

**Ich/Wir beantrage(n) die Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums.**

Geplanter Zeitpunkt zur <b>Aufnahme der Tätigkeit:</b>	(tt.mm.jjjj)
Name des MVZ	
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort des <b>zukünftigen Vertragsarztsitzes</b>	
E-Mail-Adresse	Telefonnummer

**In folgender Gesellschaftsform:**

Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR)	Mit dem Antrag erforderliche Unterlagen: Aktueller Gesellschaftsvertrag
Partnerschaftsgesellschaft (PartG)	Mit dem Antrag erforderliche Unterlagen: Aktueller Gesellschaftsvertrag Aktueller Auszug aus dem Partnerschaftsregister
Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH)	Mit dem Antrag erforderliche Unterlagen: Aktueller Gesellschaftsvertrag Aktueller Auszug aus dem Handelsregister Bürgschaftserklärung <b>aller</b> Gründer
Eingetragene Genossenschaft	Mit dem Antrag erforderliche Unterlagen: Aktuelle Satzung Auszug aus dem Genossenschaftsregister
Ärztegesellschaft	Mit dem Antrag erforderliche Unterlagen: Gesellschaftsvertrag
Öffentlich-rechtliche Rechtsform	
Eigenbetrieb	Mit dem Antrag erforderliche Unterlagen: Aktuelle Betriebssatzung
Regiebetrieb	

**Gründer des MVZ ist/sind:**

Vertragsärzte	Mit dem Antrag erforderliche Unterlagen: Arztregisterauszug (soweit eine Zulassung außerhalb Sachsen-Anhalts besteht)
<b>1. Gründer</b>	
<b>LANR:</b>	<b>Titel:</b>
<b>Name:</b>	<b>Vorname:</b>
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der <b>Wohnanschrift</b>	
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort des <b>Vertragsarztsitzes</b>	

## 2. Gründer

**LANR:**

**Titel:**

**Name:**

**Vorname:**

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der **Wohnanschrift**

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort des **Vertragsarztsitzes**

## 3. Gründer

**LANR:**

**Titel:**

**Name:**

**Vorname:**

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der **Wohnanschrift**

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort des **Vertragsarztsitzes**

## 4. Gründer

**LANR:**

**Titel:**

**Name:**

**Vorname:**

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der **Wohnanschrift**

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort des **Vertragsarztsitzes**

**Sonstige Gründer:**

Träger eines zugelassenen Krankenhauses gem. § 108 SGB V	Mit dem Antrag erforderliche Unterlagen: Nachweis über die Aufnahme in den Krankenhausplan <b>oder</b> Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen
Träger einer gemeinnützigen Einrichtung, die auf Grund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt	Mit dem Antrag erforderliche Unterlagen: Aktueller Beschluss des Zulassungs- oder Berufungsausschusses soweit eine Zulassung oder Ermächtigung außerhalb von Sachsen-Anhalt besteht
Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen gem. § 126 Abs. 3 SGB V	Mit dem Antrag erforderliche Unterlagen: Aktueller Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen, ihren Landesverbänden oder Arbeitsgemeinschaften gem. § 126 Abs. 3 i. V. m. § 127 Abs. 1 u. 2 SGB V
Anerkanntes Praxisnetz nach § 87b, Abs. 2 Satz 3 SGB V	Mit dem Antrag erforderliche Unterlagen: Nachweis über die Anerkennung
Kommune	

**1. Sonstiger Gründer****Name/Bezeichnung:**

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

E-Mail-Adresse

Telefonnummer

**2. Sonstiger Gründer****Name/Bezeichnung:**

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

E-Mail-Adresse

Telefonnummer

**3. Sonstiger Gründer****Name/Bezeichnung:**

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

E-Mail-Adresse

Telefonnummer

### 3. ÄRZTLICHE LEITUNG DES MVZ

Die ärztliche Leitung des MVZ erfolgt durch:

<b>LANR:</b>	<b>Titel:</b>
<b>Name:</b>	<b>Vorname:</b>
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der <b>Wohnanschrift</b>	
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der <b>Praxisanschrift</b>	
E-Mail	Telefonnummer
Sind in einem MVZ Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, tätig, ist auch eine kooperative Leitung möglich (§ 95 Abs. 1 Satz 4 SGB V).	

Für zuvor genannten Fall wird als weitere ärztliche Leitung benannt:

<b>LANR:</b>	<b>Titel:</b>
<b>Name:</b>	<b>Vorname:</b>
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der <b>Wohnanschrift</b>	
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der <b>Praxisanschrift</b>	
E-Mail	Telefonnummer

#### 4. LEISTUNGSERBRINGER IM MVZ

Im MVZ arbeiten:

Angestellte Ärzte	
<b>1. Angestellter Arzt</b>	
<b>LANR:</b>	<b>Titel:</b>
<b>Name:</b>	<b>Vorname:</b>
Facharztbezeichnung	
<b>2. Angestellter Arzt</b>	
<b>LANR:</b>	<b>Titel:</b>
<b>Name:</b>	<b>Vorname:</b>
Facharztbezeichnung	
<b>3. Angestellter Arzt</b>	
<b>LANR:</b>	<b>Titel:</b>
<b>Name:</b>	<b>Vorname:</b>
Facharztbezeichnung	
<b>4. Angestellter Arzt</b>	
<b>LANR:</b>	<b>Titel:</b>
<b>Name:</b>	<b>Vorname:</b>
Facharztbezeichnung	
Für <b>jeden</b> anzustellenden Arzt ist ein separater "Antrag auf Anstellung eines Arztes" auszufüllen und diesem "Antrag auf Zulassung eines MVZ" beizufügen	



Im MVZ arbeiten:

Zugelassene Vertragsärzte	
<b>1. Vertragsarzt</b>	
<b>LANR:</b>	<b>Titel:</b>
<b>Name:</b>	<b>Vorname:</b>
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der <b>Wohnanschrift</b>	
Facharztbezeichnung	
E-Mail-Adresse	Telefonnummer
_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift und Stempel Vertragsarzt zu 1)
<b>2. Vertragsarzt</b>	
<b>LANR:</b>	<b>Titel:</b>
<b>Name:</b>	<b>Vorname:</b>
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der <b>Wohnanschrift</b>	
Facharztbezeichnung	
E-Mail-Adresse	Telefonnummer
_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift und Stempel Vertragsarzt zu 2)



### 3. Vertragsarzt

**LANR:**

**Titel:**

**Name:**

**Vorname:**

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der **Wohnanschrift**

Facharztbezeichnung

E-Mail-Adresse

Telefonnummer

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel Vertragsarzt zu 3)



### 4. Vertragsarzt

**LANR:**

**Titel:**

**Name:**

**Vorname:**

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der **Wohnanschrift**

Facharztbezeichnung

E-Mail-Adresse

Telefonnummer

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel Vertragsarzt zu 4)



## **5. ANTRAGSGEBÜHR**

Die Antragsgebühr **zur Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums** in Höhe von € 100,-- wurde überwiesen am (tt.mm.jjjj)

### **Angaben für Ihre Überweisung:**

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt

Deutsche Apotheker- und Ärztebank Magdeburg

IBAN: DE95 3006 0601 0003 1050 67

BIC: DAAEDEDXXX

### **Verwendungszweck:**

ZA-MVZ-001 / ZA / Name des MVZ

Ein Nachweis über die Entrichtung der Antragsgebühr liegt bei.

## Wichtige Information zu den genehmigungspflichtigen Leistungen

Bitte beachten Sie, dass Sie alle genehmigungspflichtigen Leistungen erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen,

- an dem Sie die Berechtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung (Zulassung, Anstellungsgenehmigung) durch den Zulassungsausschuss erhalten haben und
- an dem Ihnen für beantragte Leistungen der Genehmigungsbescheid der KVSA zugegangen ist.

Um die genehmigungspflichtigen Leistungen erbringen und abrechnen zu können, müssen die entsprechenden Anträge und Teilnahmeerklärungen vorab bei der KVSA eingereicht und genehmigt werden.

Die erforderlichen **Anträge und Formulare** finden Sie auf der Homepage der KVSA wie folgt:

- ⇒ Im Bereich PRAXIS > Vertragsärztliche Tätigkeit > Qualität > Genehmigungen  
oder
- ⇒ Link: [https://www.kvsa.de/praxis/vertragsaerztliche\\_taetigkeit/foerdermittel.html](https://www.kvsa.de/praxis/vertragsaerztliche_taetigkeit/foerdermittel.html)).

---

Ort, Datum

Name/Unterschrift **aller** Antragsteller/Vertretungsberechtigte MVZ



Stempel Antragsteller

**Bitte zutreffendes ankreuzen**

<b>Checkliste</b>	<b>Sind dem Antrag beigefügt</b>
1. Nachweis über Zulassung/Ermächtigung des jeweiligen Gründers (nur erforderlich bei Zulassungen bzw. Ermächtigungen in einer KV außerhalb Sachsen-Anhalts)	
2. Aktueller Auszug aus dem Handelsregister/Partnerschaftsregister/Genossenschaftsregister über die Eintragung der Trägergesellschaft	
3. Aktuelle Fassung der Satzung des Gesellschaftsvertrages	
4. Selbstschuldnerische Bürgschaftserklärung (nur bei GmbH; <b>Anlage A</b> )	
5. Nachweis über das Bestehen einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung gemäß §§ 113 Abs. 2 VVG, 95 e SGB V	

## Anlage A

### zum Antrag auf Gründung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)

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

Name des Bürgen/der bürgenden juristischen Person

Anschrift des Bürgen bzw. Firmensitz

#### Hiermit übernimmt

Name des Bürgen/der bürgenden juristischen Person

die selbstschuldnerische Bürgschaft für Forderungen der Kassenärztlichen Vereinigungen, insbesondere der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt, und Krankenkassen gegen **das MVZ**

Name des Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort des **Vertragsarztsitzes des MVZ**

#### Rechtsträger i.S.v. § 95 Abs. 1 a Satz 3 SGB V

Name der **MVZ-Trägersgesellschaft** i.S.v. § 95 Abs. 1 a Satz 3 SGB V

aus dessen vertragsärztlicher Tätigkeit. (Dies gilt auch für Forderungen, die erst nach Auflösung des o.g. MVZ fällig werden.)

Ort, Datum

Name/Unterschrift des Bürgen / des Vertretungs-  
berechtigten der bürgenden juristischen Person

Ort, Datum

Name/Unterschrift weiterer Vertretungsberechtigter

Ort, Datum

Name/Unterschrift weiterer Vertretungsberechtigter

Stempel des Bürger / des  
Vertretungsberechtigten der  
bürgenden juristischen Person

## Anlage B

### zum Antrag auf Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums

Versicherungsbescheinigung gemäß § 113 Abs. 2 VVG i.V.m. § 95e SGB V über das Bestehen eines Berufshaftpflichtversicherungsschutzes für Medizinische Versorgungszentren (MVZ)<sup>1</sup> sowie Vertragsärzte/Vertragspsychotherapeuten mit angestellten Ärzten/Psychotherapeuten und Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) mit angestellten Ärzten/Psychotherapeuten (nachfolgend: Leistungserbringer)

**Name des Leistungserbringers<sup>2</sup>:**

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der **Leistungserbringung**

**Name der Trägergesellschaft** (falls abweichend):

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort des **Trägergesellschaft**

**Versicherungsschein-Nummer:**

**Versicherungsunternehmen:**

**Hiermit bestätigen wir, dass bei uns eine § 95e Abs. 5 Satz 3 SGB V entsprechende Pflichtversicherung für die gesamte von dem Leistungserbringer ausgehende ärztliche/psychotherapeutische Tätigkeit besteht.**

**Die Versicherungssumme<sup>3</sup> beträgt EUR 4 für Personen- und Sachschäden für jeden Versicherungsfall. Die Leistungen für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden sind nicht weiter als nach § 95e SGB V zulässig begrenzt.**

Ort/Datum

(Faksimilierte) Unterschrift des Versicherungsunternehmens



<sup>1</sup> Diese Bescheinigung ist für MVZ mit angestellten Ärzten/Psychotherapeuten und mit zugelassenen Vertragsärzten/Vertragspsychotherapeuten zu verwenden.

<sup>2</sup> Unabhängig davon, ob ein MVZ rechtlich unselbständig ist oder eine eigene Rechtspersönlichkeit hat, ist für jedes einzelne MVZ als Leistungserbringer eine Versicherungspflicht gegeben und mittels Bestätigung nach § 113 Abs. 2 VVG nachzuweisen. Nebenbetriebsstätten (mit Nebenbetriebsstättennummer – NBSNR) des MVZ sind im Versicherungsschutz des MVZ eingeschlossen. Eine namentliche Nennung der einzelnen Nebenbetriebsstätten des MVZ ist nicht erforderlich.

<sup>3</sup> Die Mindestversicherungssumme beträgt nach § 95e Abs. 5 Satz 3 SGB V mindestens 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.

<sup>4</sup> Anzugeben ist die tatsächliche Versicherungssumme.