

# Merkblatt

## **Veränderung innerhalb eines Medizinischen Versorgungszentrums**

(Für Ihre Unterlagen bestimmt)

### **I. 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 vier Wochen (Sonderbedarfe spätestens drei Monate) 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 Frist zur Aufnahme der Tätigkeit durch den angestellten Arzt/angestellte Ärztin beträgt nach erteilter Anstellungsgenehmigung in der Regel drei oder 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 Planung, 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.**

### **II. 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 erforderliche 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 Veränderung innerhalb 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 ANTRAGSTELLER

### Antragsteller

**BSNR:**

Name des **MVZ**

Vertretungsberechtigter der Trägergesellschaft

Ärztliche Leitung des MVZ

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der **Hauptbetriebsstätte (Vertragsarztsitz)**

E-Mail

Telefonnummer

## 2. BEANTRAGUNG

**Ich/ Wir beantrage(n) die Veränderung eines Medizinischen Versorgungszentrums hinsichtlich**

Namensänderung des MVZ (s. Punkt 1)	Mit dem Antrag erforderliche Unterlagen: Neugefasster Gesellschaftsvertrag Auszug aus dem Handels-/ Partnerschaftsregister
Zu- bzw. Abgang ärztliche Leitung (s. Punkt 2)	
Trägersgesellschaft (s. Punkt 3)	Mit dem Antrag erforderliche Unterlagen: Neugefasster Gesellschaftsvertrag Auszug aus dem Handels-/ Partnerschaftsregister soweit registerpflichtig
Zu- bzw. Abgang Gründer (s. Punkt 4)	Mit dem Antrag erforderliche Unterlagen: Neugefasster Gesellschaftsvertrag/ entsprechender Gesellschafterbeschluss Bürgschaftserklärung (im Original), je nach Gesellschaftsform und Praxiskonstrukt des MVZ Auszug aus dem Handels-/ Partnerschaftsregister soweit registerpflichtig ggf. Verlegungsantrag
Rechtsform des MVZ (s. Punkt 5)	

<b>1. Namensänderung des MVZ zum</b>	<b>(tt.mm.jjjj)</b>
Bisheriger Name des <b>MVZ</b>	
Neuer Name des <b>MVZ</b>	

<b>2. Änderung der ärztlichen Leitung des MVZ zum</b>	<b>(tt.mm.jjjj)</b>
(Anlage B beachten)	
<b>Bisherige ärztliche Leitung</b>	
<b>LANR:</b>	<b>Titel:</b>
<b>Name:</b>	<b>Vorname:</b>
<b>Zukünftige ärztliche Leitung</b>	
<b>LANR:</b>	<b>Titel:</b>
<b>Name:</b>	<b>Vorname:</b>

### 3. Änderung der Trägergesellschaft des MVZ zum

(tt.mm.jjjj)

Handlungsbevollmächtigter:

Name der bisherigen **Gesellschaft**

Namensänderung in:

Neuer Name der **Gesellschaft**

Änderung der Anschrift in:

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der **Gesellschaft**

Sonstige Änderungen:

### 4. Änderung der Gründerzusammensetzung des MVZ

Abgang Gründer MVZ zum

(tt.mm.jjjj)

**LANR:**

**Titel:**

**Name:**

**Vorname:**

Zugang Gründer MVZ  
zum

(tt.mm.jjjj)

(Bei **weiteren Gründern** bitte für das Formblatt „Weitere Antragsteller“ (Formblatt 1) gesondert ausfüllen. Die auf diesen zusätzlich eingereichten Formblättern gemachten Angaben sind Bestandteil dieses Antrages.)

**LANR:**

**Titel:**

**Name:**

**Vorname:**

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

E-Mail

Telefonnummer

Der Gründer ist folgender Leistungserbringer:

Zugelassener Arzt/Psychotherapeut	Mit dem Antrag erforderliche Unterlagen: Aktueller EDV-Ausdruck bei Zulassung außerhalb Sachsen- Anhalts
Träger eines zugelassenen Krankenhauses	Mit dem Antrag erforderliche Unterlagen: Versorgungsvertrag oder Feststellungsbescheid Registerauszug für die Gesellschaft
Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen	Mit dem Antrag erforderliche Unterlagen: Aktueller Bescheid
Anerkanntes Praxisnetz	
Gemeinnütziger Träger, der aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt	Mit dem Antrag erforderliche Unterlagen: Aktueller Zulassungs- und Freistellungsbescheid
Kommune	

5. Änderung der Rechtsform des MVZ zum (tt.mm.jjjj)	
In folgende Gesellschaftsform:	
Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR)	Mit dem Antrag erforderliche Unterlagen: Gesellschaftsvertrag
Partnerschaftsgesellschaft (PartG)	Mit dem Antrag erforderliche Unterlagen: Gesellschaftsvertrag Auszug aus dem Partnerschaftsregister
Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH)	Mit dem Antrag erforderliche Unterlagen: Gesellschaftsvertrag Auszug aus dem Handelsregister Bürgschaftserklärung <b>aller</b> Gründer
Unternehmensgesellschaft (haftungsbeschränkt)	Mit dem Antrag erforderliche Unterlagen: Gesellschaftsvertrag Auszug aus dem Handelsregister Bürgschaftserklärung <b>aller</b> Gründer
Eigetragene Genossenschaft	Mit dem Antrag erforderliche Unterlagen: Satzung Auszug aus dem Genossenschaftsregister Bürgschaftserklärung <b>aller</b> Gründer
Ärztegesellschaft	Mit dem Antrag erforderliche Unterlagen: Gesellschaftsvertrag
Das MVZ kann sich zum Zweck der Sicherstellung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung jeder zulässigen Organisationsform (GbR, PartnG, GmbH, eG) bedienen. Weiterhin wird darauf hingewiesen, dass der Zusammenschluss von Berufsausübungs- und Organisationsgemeinschaften der Ärztekammer angezeigt werden muss.	

Ort, Datum

Name/Unterschrift **aller** Antragsteller



Stempel Antragsteller

**Bitte zutreffendes ankreuzen**

Checkliste	<b>Sind dem Antrag beigefügt</b>
1. Selbstschuldnerische Bürgschaftserklärung	
2. Aktueller Auszug aus dem Handelsregister/Partnerschaftsregister/Genossenschaftsregister über die Eintragung des vorgenannten Rechtsträgers / der vorgenannten Trägergesellschaft	
3. Aktueller Ausdruck der Liste der Gesellschafter i. S. d. § 40 GmbHG bei GmbH; aktuelle Mitgliedsliste i. S. d. § 32 Genossenschaftsgesetz bei eingetragener Genossenschaft	
4. Aktueller Ausdruck der Satzung/des Gesellschaftsvertrags	


## Anlage A

### zum Antrag auf Veränderung 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

<b>Hiermit übernimmt</b>
Name des Bürgen/der bürgenden juristischen Person
die selbstschuldnerische Bürgschaft für Forderungen der Kassenärztlichen Vereinigungen, insbesondere der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt, und Krankenkassen gegen <b>das MVZ</b>
Name des Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort des <b>Vertragsarztsitzes des MVZ</b>
<b>Rechtsträger i.S.v. § 95 Abs. 1 a Satz 3 SGB V</b>
Name der <b>MVZ-Trägersgesellschaft</b> 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 Vertretungsberechtigten 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 Veränderung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)

Änderung der ärztlichen Leitung des MVZ zum		(tt.mm.jjjj.)
<b>BSNR:</b>		
Name des <b>MVZ</b>		
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der <b>Hauptbetriebsstätte (Vertragsarztsitz)</b>		
Dem folgenden Arzt obliegt ab dem		(tt.mm.jjjj.)
die ärztliche Leitung des MVZ:		
Titel:		
Vorname:		Name:
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der <b>Privatanschrift</b>		
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der <b>Betriebsstätte</b>		
E-Mail		Telefonnummer

Hiermit erkläre ich mich mit der Übernahme der ärztlichen Leitung des MVZ einverstanden.

Ort, Datum

Name/Unterschrift der ärztlichen Leitung



Ort, Datum

Name/Unterschrift der MVZ Geschäftsführung



Stempel des MVZ



**Formblatt 1 – Weitere Antragsteller**  
(Die auf diesem Formblatt gemachten Angaben sind Bestandteil des Antrages.)



2. Gründer	
<b>LANR:</b>	<b>Titel:</b>
<b>Name:</b>	<b>Vorname:</b>
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der <b>Wohnanschrift</b>	
_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift und Stempel Gründer zu 2)
3. Gründer	
<b>LANR:</b>	<b>Titel:</b>
<b>Name:</b>	<b>Vorname:</b>
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der <b>Wohnanschrift</b>	
_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift und Stempel Gründer zu 3)
4. Gründer	
<b>LANR:</b>	<b>Titel:</b>
<b>Name:</b>	<b>Vorname:</b>
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der <b>Wohnanschrift</b>	
_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift und Stempel Gründer zu 4)

