



Zulassungsausschüsse Ärzte Sachsen  
 Postfach 11 64  
 09070 Chemnitz

Bitte wählen Sie Ihren  
 Zulassungsbezirk aus:

- Chemnitz
- Dresden
- Leipzig

E-Mail: [zulassung@kvsachsen.de](mailto:zulassung@kvsachsen.de)

Fax: 0371 2789-4305

## Antrag auf Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ)

### Gründer des MVZ (Gesellschafter der Trägergesellschaft/Mitglied des Trägers)

Als Gründer eines MVZ können gemäß § 95 Abs. 1a S. 3 Sozialgesetzbuch –Fünftes Buch– (SGB V) die im folgenden genannten Leistungserbringer auftreten. Bei weiteren Gründern bitte **Anlage 1** ausfüllen. Die Gründereigenschaft muss nicht nur bei Zulassung des MVZ bestehen, sondern auch darüber hinaus. Für Ärzte, die auf ihre Zulassung zugunsten der Anstellung verzichtet haben, bleibt die Gründereigenschaft solange bestehen, wie sie im MVZ angestellt und dessen Gesellschafter sind.

\_\_\_\_\_  
 Titel, Vorname, Name oder Firmenname

\_\_\_\_\_  
 Anschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort)

\_\_\_\_\_  
 Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
 E-Mail-Adresse

Gründereigenschaft	Nachweis
<input type="checkbox"/> Zugelassener Vertragsarzt	• Arztregisterauszug (soweit nicht bei der KVS eingetragen)
<input type="checkbox"/> Zugelassenes Krankenhaus	• Versorgungsvertrag oder gleichlautender Nachweis
<input type="checkbox"/> Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Abs. 3 SGB V	• Vertrag mit gesetzlichen Krankenkassen
<input type="checkbox"/> Anerkanntes Praxisnetz nach § 87b Abs. 2, S. 3 SGB V	• Anerkennungsbescheid
<input type="checkbox"/> Gemeinnützige Träger, die auf Grund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen	• Bescheid über die Zulassung oder Ermächtigung zur vertragsärztlichen Versorgung sowie • Nachweis Gemeinnützigkeit
<input type="checkbox"/> Kommune	

## Antragssteller (Rechtsträger / Trägergesellschaft)

Rechtsträger/Trägergesellschaft des MVZ

Sitz des Rechtsträgers/der Trägergesellschaft des MVZ (Straße, Nr., PLZ, Ort)

Vertretungsberechtigter des MVZ (entspr. Nachweis/Vollmacht ist beizufügen)

### Rechtsform

- Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR)
- Partnerschaftsgesellschaft (PartG)
- Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH)
- eingetragene Genossenschaft (e. G.)
- öffentlich-rechtliche Rechtsform

### Nachweis

- Gesellschaftsvertrag gem. § 705 BGB
- Gesellschaftsregisterauszug bei eGbR
- Satzung gem. § 5 GenG
- Genossenschaftsregisterauszug gem. § 10 GenG
- Gesellschaftsvertrag gem. §§ 2, 3
- GmbHG Handelsregisterauszug gem. § 7 GmbHG
- Anerkennungsbescheid
- Aktuelle Fassung der Satzung

## Antragsstellung

### Beantragt wird die Zulassung des MVZ:

Name des MVZ

Anschrift der Hauptbetriebsstätte des MVZ (Straße, Nr., PLZ, Ort,)

Telefonnummer/E-Mail-Adresse

Die Tätigkeitsaufnahme erfolgt voraussichtlich ab:

1. Quartal     2. Quartal     3. Quartal     4. Quartal    \_\_\_\_\_  
Jahr

Sind mit der beantragten Zulassung ggf. noch weitere Antragsstellungen verbunden, die für den Gesamtsachverhalt relevant sind (z.B. Antrag auf Verlegung des Vertragsarztsitzes, Genehmigung einer [Nebenbetriebsstätte](#))?

nein

ja: \_\_\_\_\_

**Hinweis:** Diese Information ersetzt **nicht** die Antragsstellung!

### Ärztlicher Leiter des MVZ

Die ärztliche Leitung umfasst die Organisation der gesamten Betriebsabläufe des MVZ sowie deren Verantwortlichkeit in fachlich-medizinischer Hinsicht. Der ärztliche Leiter des MVZ darf zur Wahrung der sich aus dem ärztlichen Berufsrecht ergebenden Therapie- und Weisungsfreiheit in medizinischen Fragen keinen Weisungen von Nichtärzten unterliegen. Die Tätigkeit des ärztlichen Leiters hat grundsätzlich überwiegend an der Hauptbetriebsstätte des MVZ zu erfolgen. Die Änderung der ärztlichen Leitung ist beim Zulassungsausschuss anzuzeigen.

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

\_\_\_\_\_  
Fachgebiets-/Schwerpunktbezeichnung

### Weitere Ansprechpartner

\_\_\_\_\_  
Titel, Vorname, Name / Funktion

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer und E-Mail-Adresse

### Im MVZ tätige Ärzte

Die Anstellung eines Arztes in einem MVZ bedarf der zusätzlichen Genehmigung durch den Zulassungsausschuss. Die Genehmigung ist für jeden anzustellenden Arzt gesondert beim Zulassungsausschuss zu beantragen.

Folgende Leistungserbringer sollen im MVZ tätig werden:

- zugelassene Vertragsärzte (bitte **Anlage 2** ausfüllen)
- angestellte Ärzte (zusätzlicher [Antrag auf Anstellung](#) notwendig)

Nachfolgende Ärzte<sup>1</sup> werden im MVZ tätig:

		Umfang der Tätigkeit	
_____ Titel, Vorname, Name	_____ Fachgebiets-/Schwerpunktbezeichnung	<input type="checkbox"/> 1,0 <input type="checkbox"/> 0,75	<input type="checkbox"/> 0,5 <input type="checkbox"/> 0,25
		<input type="checkbox"/> zugelassener Arzt <input type="checkbox"/> angestellter Arzt	
_____ Titel, Vorname, Name	_____ Fachgebiets-/Schwerpunktbezeichnung	<input type="checkbox"/> 1,0 <input type="checkbox"/> 0,75	<input type="checkbox"/> 0,5 <input type="checkbox"/> 0,25
		<input type="checkbox"/> zugelassener Arzt <input type="checkbox"/> angestellter Arzt	

<sup>1</sup> Sollen weitere Ärzte im MVZ tätig werden, teilen Sie diese bitte auf einem gesonderten Blatt mit.  
RVV/FZL – Antrag auf Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) (2024)

<hr/> Titel, Vorname, Name	<input type="checkbox"/> 1,0 <input type="checkbox"/> 0,75	<input type="checkbox"/> 0,5 <input type="checkbox"/> 0,25
<hr/> Fachgebiets-/Schwerpunktbezeichnung	<input type="checkbox"/> zugelassener Arzt <input type="checkbox"/> angestellter Arzt	
<hr/> Titel, Vorname, Name	<input type="checkbox"/> 1,0 <input type="checkbox"/> 0,75	<input type="checkbox"/> 0,5 <input type="checkbox"/> 0,25
<hr/> Fachgebiets-/Schwerpunktbezeichnung	<input type="checkbox"/> zugelassener Arzt <input type="checkbox"/> angestellter Arzt	
<hr/> Titel, Vorname, Name	<input type="checkbox"/> 1,0 <input type="checkbox"/> 0,75	<input type="checkbox"/> 0,5 <input type="checkbox"/> 0,25
<hr/> Fachgebiets-/Schwerpunktbezeichnung	<input type="checkbox"/> zugelassener Arzt <input type="checkbox"/> angestellter Arzt	
<hr/> Titel, Vorname, Name	<input type="checkbox"/> 1,0 <input type="checkbox"/> 0,75	<input type="checkbox"/> 0,5 <input type="checkbox"/> 0,25
<hr/> Fachgebiets-/Schwerpunktbezeichnung	<input type="checkbox"/> zugelassener Arzt <input type="checkbox"/> angestellter Arzt	

## Antragsunterlagen

### Dem schriftlichen Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:

- Nachweis über Gründereigenschaft (sofern diese der KVS nicht bereits vorliegt)
- Nachweis(e) des Rechtsträgers/der Trägergesellschaft
- Nachweis über die Ernennung des Ärztlichen Leiters (Urkunde/Arbeitsvertrag)
- Versicherungsbescheinigung gemäß § 95e SGB V i. V. m. § 113 Abs. 2 VVG, aus der sich das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes ergibt
- Bei Rechtsform der GmbH: Selbstschuldnerische Bürgschaft (**im Original**)
- ggf. Erklärung zur Zulassung im MVZ (Anlage 2)
- ggf. [Antrag auf Anstellung](#)

## Erläuterungen zur Gründung eines MVZ

Bevor der Antrag auf Zulassung eines MVZ gestellt wird, ist angeraten, sich bei der KVS über ggf. bestehende Besonderheiten beraten zu lassen.

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sind ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte und/oder Psychotherapeuten, die in das Arztregister eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind.

Ein MVZ kann gemäß § 95 Abs. 1a, S. 3 SGB V nur in der Rechtsform einer Personengesellschaft, einer eingetragenen Genossenschaft, einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung oder in einer öffentlich-rechtlichen Rechtsform gegründet werden.

Die Zulassungsgremien sind verpflichtet, sich einen schriftlichen Gesellschaftsvertrag bzw. eine Satzung bzgl. der Gesellschaft vorlegen zu lassen und diesen hinsichtlich des ärztlichen Berufsrechts und des Vertragsarztrechts zu überprüfen.

Gemäß § 95 Abs. 1 S. 2 SGB V handelt es sich bei einem MVZ um eine ärztlich geleitete Einrichtung, in der der ärztliche Leiter des MVZ mindestens im Beschäftigungsumfang des Faktors 0,5 als angestellter Arzt oder als Vertragsarzt im MVZ tätig sein muss. In medizinischen Fragen ist er weisungsfrei.

Soweit in einem MVZ ausschließlich nichtärztliche Psychotherapeuten tätig sind, kann ein Psychotherapeut als Leitung benannt werden.

Änderungen der Gesellschafter oder der Rechtsform des MVZ sind dem Zulassungsausschuss zu beantragen. Änderungen innerhalb des Trägers/der Trägergesellschaft (z.B. Änderungen im Gesellschaftsvertrag) sind dem Zulassungsausschuss unverzüglich anzuzeigen.

Der KVS bzw. dem Zulassungsausschuss ist jede Änderung der Betriebsstätte, der Sprechstunden, der Kontaktdaten des MVZ, die Beendigung des MVZ oder der Tätigkeit der im MVZ angestellten Ärzte unverzüglich anzuzeigen.

Nach § 95 Abs. 6 Satz 2 SGB V ist dem MVZ die Zulassung zu entziehen ist, wenn die Gründungsvoraussetzung eines Gesellschafters länger als sechs Monate nicht mehr vorliegt oder wenn eine nichtgründungsberechtigte Person in die Gesellschaft aufgenommen wird. Eine Verlängerung der Frist ist nicht möglich.

### **Wann wird mein Antrag für den ZA terminiert?**

Unser Ziel ist die schnellstmögliche Bearbeitung und Abwicklung Ihres Antrages. Um dies einhalten zu können benötigen wir daher zwingend ein vollständig ausgefülltes Antragsformular einschließlich aller im Formular genannten notwendigen Unterlagen. Wir weisen darauf hin, dass unvollständige Anträge nicht durch den Zulassungsausschuss genehmigt werden und unter Umständen zur Ablehnung Ihres Antrags führen können.

Bitte beachten Sie, dass statusbegründende oder statusändernde Entscheidungen (z. B. Zulassungen, Anstellungen, Ermächtigungen, Verlegungen, Ruhen...) nur mit Wirkung für die Zukunft genehmigt werden können. Eine rückwirkende Genehmigung ist nicht möglich.

Bitte stellen Sie Ihren Antrag daher rechtzeitig (mind. 6-8 Wochen) vor dem geplanten [Sitzungstermin](#). Für bedarfsabhängige Anträge (z. B. Sonderbedarf, Ermächtigung) sowie die Gründung eines MVZ gilt eine dreimonatige Antragsfrist.

Die vorstehenden Fristen gelten nicht für Zulassungsanträge im Nachbesetzungsverfahren, bei denen eine [Ausschreibung](#) notwendig ist, oder bei einer [Entsperrung des Planungsbereichs](#); hier gelten besondere Bewerbungsfristen, die den Veröffentlichungen zu entnehmen sind.

### **In welcher Form muss der Antrag eingereicht werden?**

Der Antrag ist nach §§ 24 Ärzte-ZV, 18 Abs. 1 Ärzte-ZV schriftlich zu stellen und unterschrieben in der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses (entweder per Post, E-Mail ([pdf](#)) oder Fax) einzureichen. Um zusätzlichen Verwaltungsaufwand zu vermeiden, bitten wir Sie ausdrücklich auf eine Mehrfachübermittlung zu verzichten.

Bitte beachten Sie, dass der von Ihnen eingereichte Antrag an den Zulassungsausschuss und beigefügte Unterlagen digitalisiert und nach einer entsprechenden Frist vernichtet werden. Eine Rücksendung der Unterlagen, insbesondere von Arbeitsverträgen, durch die Geschäftsstelle ist daher nicht möglich.

### **Wann kann ich meine Tätigkeit aufnehmen?**

Um eine rechtzeitige verwaltungsgemäße Umsetzung Ihres Antrages zu gewähren, ist eine Tätigkeitsaufnahme grundsätzlich nur zum Monatsbeginn möglich. Gründungen von Berufsausübungsgemeinschaften oder MVZ sind ausschließlich zum Quartalswechsel zulässig.

### **Antragsgebühr:**

Für die Antragstellung ist eine Gebühr in Höhe von 100,- € zu entrichten, vgl. § 46 Abs. 1 lit. b) Ärzte-ZV. Die Gebühr wird mit der Antragsstellung fällig. Diese wird Ihnen gesondert in Rechnung gestellt. Nach § 38 Ärzte-ZV wird über den Antrag erst nach Entrichtung der nach § 46 Ärzte-ZV zu zahlenden Gebühr verhandelt.

Erlangt die beantragte Zulassung Rechtskraft, wird Ihnen zusätzlich eine Verwaltungsgebühr in Höhe von 400,- € in Rechnung gestellt, vgl. § 46 Abs. 2 lit. a) Ärzte-ZV.

### **Datenschutz:**

Die zur Bearbeitung Ihres Antrages erforderlichen Daten werden auf Grundlage der §§ 95,98 SGB V i. V. m. Ärzte-ZV erhoben und im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben verarbeitet.

Die Datenverarbeitung ist nach Art. 6 Abs. 1 S. 1c) DSVO für die Aufgabenerfüllung der KVS erforderlich. Weitere Informationen zum Thema Datenschutz finden Sie unter [www.kvsachsen.de](http://www.kvsachsen.de).

### **Beratungsservice:**

Haben Sie Fragen? Die Mitarbeiter der KVS beantworten Ihre Fragen gern. Ihre konkreten Ansprechpartner finden Sie unter [www.kvsachsen.de/fuer-praxen/beratung-service](http://www.kvsachsen.de/fuer-praxen/beratung-service).

Ich bestätige, dass ich den Inhalt des Antrags sowie des beigefügten Anhangs mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an. Die im Anhang aufgeführten Erläuterungen sind Bestandteil dieses Antrags.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Gründer/Vertretungsberechtigter

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Gründer/Vertretungsberechtigter

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Gründer/Vertretungsberechtigter

## Anlage 1: Weitere Gründer des MVZ

Titel, Vorname, Name oder Firmenname

Anschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort,)

Telefonnummer und E-Mail-Adresse

Gründereigenschaft	Nachweis
<input type="checkbox"/> Zugelassener Vertragsarzt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arztregisterauszug (soweit nicht bei der KVS eingetragen)</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Zugelassenes Krankenhaus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Versorgungsvertrag oder gleichlautender Nachweis</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Abs. 3 SGB V	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vertrag mit gesetzlichen Krankenkassen</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Anerkanntes Praxisnetz nach § 87b Abs. 2, S. 3 SGB V	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anerkennungsbescheid</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Gemeinnützige Träger, die auf Grund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bescheid über die Zulassung oder Ermächtigung zur vertragsärztlichen Versorgung sowie</li> <li>• Nachweis Gemeinnützigkeit</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Kommunen	

Titel, Vorname, Name oder Firmenname

Anschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort,)

Telefonnummer und E-Mail-Adresse

Gründereigenschaft	Nachweis
<input type="checkbox"/> Zugelassener Vertragsarzt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arztregisterauszug (soweit nicht bei der KVS eingetragen)</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Zugelassenes Krankenhaus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Versorgungsvertrag oder gleichlautender Nachweis</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Abs. 3 SGB V	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vertrag mit gesetzlichen Krankenkassen</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Anerkanntes Praxisnetz nach § 87b Abs. 2, S. 3 SGB V	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anerkennungsbescheid</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Gemeinnützige Träger, die auf Grund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bescheid über die Zulassung oder Ermächtigung zur vertragsärztlichen Versorgung sowie</li> <li>• Nachweis Gemeinnützigkeit</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Kommunen	



**Anlage 2: Erklärung zur Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit als zugelassener Vertragsarzt/Psychotherapeut im Rahmen eines MVZ**

Hiermit erkläre ich,

\_\_\_\_\_  
Titel, Vorname, Name oder Firmenname

\_\_\_\_\_  
LANR

\_\_\_\_\_  
Anschrift der Betriebsstätte (Straße, Nr., PLZ, Ort)

\_\_\_\_\_  
Zugelassen als (Fachgebiets-/Schwerpunktbezeichnung)

meine vertragsärztliche/vertragspsychotherapeutische Tätigkeit ab dem (tt.mm.jjjj) \_\_\_\_\_  
im Rahmen des MVZ Datum

\_\_\_\_\_  
Name des MVZ

\_\_\_\_\_  
Anschrift der Hauptbetriebsstätte (Straße, Nr., PLZ, Ort)

auszuüben.

Die bisher bestehende Zulassung als Vertragsarzt/Vertragspsychotherapeut bleibt auch nach dem beantragten Eintritt in das MVZ bestehen. Die Abrechnung der vertragsärztlichen/vertragspsychotherapeutischen Leistungen erfolgt allerdings durch das MVZ.

Dieser Erklärung liegen folgende Unterlagen bei:

- geänderter Gesellschaftsvertrag bzw. Änderung zum Gesellschaftsvertrag
- aktualisierte Sicherheitsleistung der Gesellschafter (nur bei Rechtsform einer GmbH)

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift