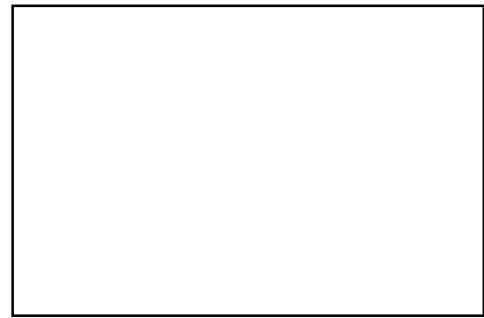


Zulassungsausschuss für Ärzte  
- Hamburg -  
Postfach 76 06 20  
22056 Hamburg



Praxisstempel

## Antrag auf Genehmigung bzw. Fortführung einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

**Hinweis:** Im Folgenden wird aus Vereinfachungsgründen als geschlechtsneutrale Bezeichnung die männliche Form verwendet. Zudem werden unter der Bezeichnung "Vertragsarzt" auch Vertragspsychotherapeuten (einschließlich Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten) verstanden.

**Datenschutz:** Die Information der betroffenen Person bei der Erhebung von personenbezogenen Daten gemäß Art. 13 und 14 DSGVO der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) finden Sie im Internet unter: <https://www.kvhh.net/de/praxis/recht-vertraege/datenschutz.html>. Sofern Sie keinen Internetzugang haben oder aus sonstigen Gründen eine Übersendung in Papierform wünschen, teilen Sie uns dies bitte mit.

Die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) beschränkt in § 24 die Zulassung auf den Ort der Niederlassung (Vertragsarztsitz). Damit wird der einzelne Berufsausübungsgemeinschaftspartner auf seinen zugelassenen Vertragsarztsitz festgelegt und muss dort hauptsächlich bzw. überwiegend seine vertragsärztlichen Leistungen erbringen. Er kann aber auch an anderen Vertragsarztsitzen der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft tätig werden.

### Die Antragstellung erfolgt für eine:

- ☐ örtliche Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)
- ☐ überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft (üBAG)
- ☐ KV-übergreifende Berufsausübungsgemeinschaft (KV-üBAG)

**Hinweis:** Hat eine BAG 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 Berufsausübung anzuwendenden ortgebundenen Regelungen.

- ☐ Jobsharing-Berufsausübungsgemeinschaft (örtlich / überörtlich / KV-übergreifend)

**Hinweis:** nur im Rahmen einer bereits bestehenden Jobsharing-Berufsausübungsgemeinschaft oder in Verbindung mit einem Antrag auf Zulassung im Jobsharing möglich. (Den Antrag "Antrag auf Zulassung als Vertragsarzt/-ärztin bzw. Vertragspsychotherapeut/in" finden Sie unter dem Stichwort "Zulassung" unter [www.kvhh.net](http://www.kvhh.net))

- ☐ Teil-Berufsausübungsgemeinschaft (hinsichtlich einzelner Leistungen, örtlich / überörtlich / KV-übergreifend)

**Hinweis:** Bei einem Antrag auf (Neu-) Genehmigung einer überörtlichen Berufsausübung innerhalb Hamburgs (auch bei Jobsharing- und Teilberufsausübungsgemeinschaft, s.o.) muss die Erklärung der Betriebsstätten mit dem Antrag eingereicht werden. (Das Formular "Erklärung der Betriebsstätten" finden Sie unter dem Stichwort "Berufsausübungsgemeinschaft" unter [www.kvhh.net](http://www.kvhh.net))

**Die gemeinsame vertragsärztliche Tätigkeit mit nachfolgend genannten Partnern wird beantragt ab:**

	.		.				

Bei Beantragung einer **Teil-Berufsausübungsgemeinschaft** geben Sie bitte die Leistungen an, die **gemeinsam erbracht werden sollen (bitte auch die dazugehörigen EBM-Ziffern angeben)**:


**Dem Antrag werden folgende Unterlagen beigelegt:**

**Hinweis:** Die Unterlagen verbleiben bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses. Machen Sie bitte Kopien von den benötigten Unterlagen.



Gesellschaftsvertrag

**Hinweis:** Der Gesellschaftsvertrag der BAG muss von allen Partnern unterschrieben werden. Ohne Vorlage des Vertrages ist eine Entscheidung seitens des Zulassungsausschusses nicht möglich. Jede Änderung dieses Vertrages muss der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses unverzüglich schriftlich mitgeteilt werden.



ggf. Ergänzung zum Gesellschaftsvertrag

**Hinweis:** Nur bei Fortführung einer Berufsausübungsgemeinschaft einzureichen.



bei Antrag auf Genehmigung/Fortführung einer **KV-üBAG**: aktueller Auszug aus dem Arztregister der anderen KV



ggf. Auszug aus dem Partnerschaftsregister

**Hinweis:** Nur im Falle einer Partnerschaftsgesellschaft.



ggf. Auszug aus dem Gesellschaftsregister

**Hinweis:** Nur im Falle einer eingetragenen Gesellschaft bürgerlichen Rechts (eGbR).

**Wird nach den Regelungen im Gesellschaftsvertrag eine bestehende BAG / üBAG / KV-üBAG / Jobsharing-BAG / Teil-BAG fortgeführt?**

☐

ja

☐

nein

**Gebühren**

Für diesen Antrag wird eine Gebühr in Höhe von **120,00 €** (§ 46 Abs. 1 lit c Ärzte-ZV) erhoben, die mit der Stellung des Antrags fällig wird.

Diese soll wie folgt gezahlt werden:

☐

per Abbuchung vom aktuellen Honorar-Konto bei der KVH

☐

per Überweisung auf das Konto bei der KVH:

Deutsche Apotheker- u. Ärztebank

IBAN DE36 3006 0601 0001 3350 06

BIC: DAAEDEDXXX

Verwendungszweck "BAG Antrag"

**Bitte beachten Sie:** Eine Zahlung der Gebühr kann Ihrem Antrag nur zugeordnet werden, wenn Sie den vorgegebenen Verwendungszweck mit dem Namen des Antragstellers angeben.

Ort und Datum

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Name in Druckbuchstaben

Name in Druckbuchstaben

Name in Druckbuchstaben

Name in Druckbuchstaben

**Empfehlung:** Informieren Sie sich vor Antragstellung in der Abteilung Mitgliederservice und Beratung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg unter der Telefonnummer 040/22 80 2-802 über mögliche Auswirkungen auf Ihr Honorar.

**Vertragsärzte, die in der BAG/üBAG/KV-üBAG/Jobsharing-BAG/Teil-BAG tätig werden sollen:**

**Hinweis:** Es sind alle BAG-Partner anzugeben. Reicht der Platz für die Eintragungen auf dieser Seite nicht aus, kopieren Sie bitte diese Seite in ausreichender Anzahl.

1.	(ggf. Titel) Vorname Name	Fachgebiet:
Vertragsarztsitz:		Schwerpunkt:
Ort, Datum:		Unterschrift:
2.	(ggf. Titel) Vorname Name	Fachgebiet:
Vertragsarztsitz:		Schwerpunkt:
Ort, Datum:		Unterschrift:
3.	(ggf. Titel) Vorname Name	Fachgebiet:
Vertragsarztsitz:		Schwerpunkt:
Ort, Datum:		Unterschrift:
4.	(ggf. Titel) Vorname Name	Fachgebiet:
Vertragsarztsitz:		Schwerpunkt:
Ort, Datum:		Unterschrift:
5.	(ggf. Titel) Vorname Name	Fachgebiet:
Vertragsarztsitz:		Schwerpunkt:
Ort, Datum:		Unterschrift: