

**Genehmigung zur Gründung/Änderung einer  
Berufsausübungsgemeinschaft gem. § 33 Ärzte-ZV**  
(Für Ihre Unterlagen bestimmt)

**I. CHECKLISTE:**

Dem Antrag auf Genehmigung der gemeinsamen Berufsausübung sind nachstehende Unterlagen vollständig beizufügen:

- Antrag auf Gründung einer Berufsausübungsgemeinschaft  
(ggf. mit Angabe der Hauptbetriebsstätte)
- Gesellschaftsvertrag; datiert und unterzeichnet  
(nicht erforderlich bei örtlichen Berufsausübungsgemeinschaften)
- Konzept der Antragsteller hinsichtlich der gemeinsamen Patientenbehandlung  
(nicht erforderlich bei örtlichen Berufsausübungsgemeinschaften)
- Nachweis über die Entrichtung der Antragsgebühr
- Versicherungsbescheinigung nach § 113 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes, aus dem sich das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes ergibt.  
(nur erforderlich, wenn in der Berufsausübungsgemeinschaft angestellte Ärzte/Psychotherapeuten beschäftigt werden)
- Bei gemeinsamer Berufsausübung in Form einer Teilberufsausübungsgemeinschaft: gem. § 33 Abs. 2 Ärzte-ZV i.V.m. § 15a BMV-Ä. (**Anlage 1**)
  - Anlage 1 zum Antrag auf Gründung einer Berufsausübungsgemeinschaft
  - Leistungskatalog weiterer Leistungserbringer
- Antragsergänzung Weitere Antragsteller (**Formblatt 1**)

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

Gem. § 46 Abs. 1 c) Ärzte-ZV ist eine Gebühr in Höhe von € 120,- fällig, sobald Sie Ihren Antrag im BeratungsCenter der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen oder bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses eingereicht haben. Diese Gebühr ist somit auch dann zu entrichten, wenn Sie Ihren Antrag später zurücknehmen sollten.

Über die Zahlung der Antragsgebühr legen Sie uns bitte innerhalb von 14 Tagen (Eingang) nach Einreichung Ihres Antrags unaufgefordert einen geeigneten Zahlungsnachweis vor.

Sollte die Antragsgebühr nicht fristgemäß gezahlt worden und der geeignete Zahlungsnachweis hier nicht innerhalb der vorgenannten 14 Tagesfrist eingegangen sein, gilt Ihr Antrag nach § 38 Ärzte-ZV als zurückgenommen. In jedem Fall wird Ihr Antrag ohne fristgerechten Nachweis über die Entrichtung der Antragsgebühr nicht für eine Sitzung des Zulassungsausschusses terminiert.

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 eG**  
**IBAN: DE92 3006 0601 0101 2721 28**  
**BIC: DAAEDEDXXX**

**III. ALLGEMEINE HINWEISE ZUM ANTRAGSVERFAHREN:**

Um Ihnen Ihr Antragsverfahren zu erleichtern, ist die **Übersendung von Originalunterlagen**, mit Ausnahme von Bürgschaftserklärungen, **nicht erforderlich**. Etwaig zugesandte Originalunterlagen können daher nicht an Sie zurückgeschickt werden. Auch bitten wir Sie, Ihre Unterlagen nicht zu heften, da diese hier elektronisch weiterverarbeitet werden.

Aufgrund dieser Verfahrenserleichterung bitten wir Sie, nur eine Form der Übersendung von Anträgen zu wählen. Entweder entscheiden Sie sich für eine elektronische **Zusendung per Fax oder E-Mail** oder Sie schicken uns Ihre Anträge nebst Anlagen **auf dem Postweg** zu.

Haben Sie Ihre Unterlagen im für Sie zuständigen BeratungsCenter abgegeben, erübrigt sich eine nochmalige Zusendung derselben Unterlagen. Gleiches gilt für die Nachreichung angeforderter Unterlagen.

Die Bestimmungen gelten für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten gleichermaßen.

#### **IV. HINWEISE ZUR BERUFSHAFTPFLICHTVERSICHERUNG:**

Ab dem 01.07.2021 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 Vertragsarztes 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 Vertragsärzte und Berufsausübungsgemeinschaften mit angestellten Ärzten ist der Berufshaftpflichtversicherungsschutz ausreichend, sofern er für die gesamte von dem Leistungserbringer ausgehende ärztliche 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.

Auch ermächtigte Ärzte müssen das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes nachweisen, soweit für deren Tätigkeit im Rahmen der Ermächtigung kein anderweitiger Versicherungsschutz besteht. Sollte der ermächtigte Arzt von einer Betriebshaftpflichtversicherung eines Krankenhauses mitumfasst sein, ist dem Zulassungsausschuss eine Versicherungsbescheinigung nach § 113 des Versicherungsvertragsgesetzes sowie eine entsprechende Erklärung vorzulegen, aus der sich ergibt, dass die vorliegende Betriebshaftpflichtversicherung auch ambulante Tätigkeiten im Rahmen der Ermächtigung abdeckt.

#### **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 gemäß Art. 6 Abs. 1 Satz 1 c) DSGVO für die Aufgabenerfüllung der KV Hessen und der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses erforderlich und erfolgt damit rechtmäßig.

Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter dem Link [www.kvhessen.de/datenschutz](http://www.kvhessen.de/datenschutz).

# Antrag auf Gründung/Änderung einer Berufsausübungsgemeinschaft gem. § 33 Ärzte-ZV

ZULASSUNGS  
AUSSCHUSS  
HESSEN



Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Zulassungsausschuss für Ärzte und  
Zulassungsausschuss/Psychotherapie  
Postfach 15 02 04  
60062 Frankfurt

Notizfeld für Bearbeitungshinweise des  
BeratungsCenters der KVH

**Das Antragsformular bitte vollständig und in Großbuchstaben 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.

Antrag auf Gründung einer BAG

Antrag auf Änderung einer BAG

<b>1. Persönliche Angaben</b>			
<b>1. Antragssteller</b>			
Titel, Name/ Firma:			
Vorname(n):			
Straße, Nr.:			(Vertragsarzt-/Vertrags- psychotherapeutensitz bzw. Standort des MVZ)
PLZ:	Ort:		
optional zur schnelleren Kontaktaufnahme:	Telefon:		Fax:
	E-Mail:		BSNR:
<b>2. Antragssteller</b>			
Titel, Name/ Firma:			
Vorname(n):			
Straße, Nr.:			(Vertragsarzt-/Vertrags- psychotherapeutensitz bzw. Standort des MVZ)
PLZ:	Ort:		
optional zur schnelleren Kontaktaufnahme:	Telefon:		Fax:
	E-Mail:		BSNR:
<b>Bei mehreren Antragstellern:</b>			
Bitte für weitere Antragsteller das Formblatt „Weitere Antragsteller“ (Formblatt 1 - Seite 6 und 7) gesondert ausfüllen. Die auf diesen zusätzlich eingereichten Formblättern gemachten Angaben sind Bestandteil dieses Antrages.			

<b>2. Gründung einer Berufsausübungsgemeinschaft</b>		
Wir beantragen die gemeinsame Berufsausübung in folgender Form:		
<input type="checkbox"/>	a) örtliche Berufsausübungsgemeinschaft (monokal) gem. § 33 Abs. 3 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV)	<u>Ggf. mit dem Antrag erforderliche Unterlagen:</u> <input type="checkbox"/> Antrag auf Verlegung der Vertragspraxis (Sofern die bisherige Praxisanschrift der o. g. Vertragsärzte/Psychotherapeuten nicht mit der Anschrift der geplanten örtlichen Berufsausübungsgemeinschaft übereinstimmt, sind von den entsprechenden Vertragsärzten/Psychotherapeuten jeweils gesonderte Anträge auf Verlegung der Vertragspraxis beizufügen.)
<input type="checkbox"/>	b) überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft gem. § 33 Abs. 3 Ärzte-ZV	<u>Mit dem Antrag erforderliche Unterlagen:</u> <input type="checkbox"/> Angabe der Hauptbetriebsstätte (s. Punkt 3) <input type="checkbox"/> Gesellschaftsvertrag (datiert und unterzeichnet) <input type="checkbox"/> Konzept für die gemeinsame Patientenbehandlung
<input type="checkbox"/>	c) KV-Übergreifende Berufsausübungsgemeinschaft gem. § 33 Abs. 3 Ärzte-ZV	<u>Mit dem Antrag erforderliche Unterlagen:</u> <input type="checkbox"/> Angabe der Hauptbetriebsstätte (s. Punkt 3) <input type="checkbox"/> Gesellschaftsvertrag (datiert und unterzeichnet) <input type="checkbox"/> Konzept für die gemeinsame Patientenbehandlung
<input type="checkbox"/>	d) Teilberufsausübungsgemeinschaft gem. § 33 Abs. 2 Ärzte-ZV i.V.m. § 15a BMV-Ä.	<u>Mit dem Antrag erforderliche Unterlagen:</u> <input type="checkbox"/> Angabe der Hauptbetriebsstätte (s. Punkt 3) <input type="checkbox"/> Gesellschaftsvertrag (datiert und unterzeichnet) <input type="checkbox"/> Konzept für die gemeinsame Patientenbehandlung <input type="checkbox"/> Leistungskatalog der <u>jeweiligen</u> Leistungserbringer in der Teilberufsausübungsgemeinschaft; bezogen auf die in der Teilberufsausübungsgemeinschaft zu erbringenden Leistungen ( <b>s. Anlage 1</b> )
<input type="checkbox"/>	e) Berufsausübungsgemeinschaft im Job-Sharing-Verfahren (monokal) gem. § 33 Abs. 3 Ärzte-ZV i.V.m. § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V	<u>Mit dem Antrag erforderliche Unterlagen:</u> <input type="checkbox"/> Antrag auf Zulassung im Job-Sharing-Verfahren (Dieser ist durch den hinzukommenden Junior-Partner gesondert auszufüllen und dem Antrag auf Gründung einer Berufsausübungsgemeinschaft beizufügen.)
<b>mit Wirkung zum:</b>		
<b>3. Hauptbetriebsstätte der gemeinsamen vertragsärztlichen Tätigkeit:</b>		
Vertragsarzt/- psychotherapeutensitz bzw. Standort des MVZ:	Straße, Nr.:	PLZ: Ort:
Die Mitglieder der Berufsausübungsgemeinschaft müssen ihre Versorgungspflicht am jeweiligen Vertragsarzt-/Vertragspsychotherapeutensitz in dem erforderlichen Umfang gewährleisten. Zudem darf jedes Mitglied der Berufsausübungsgemeinschaft an den jeweils anderen Sitzen nur in begrenztem zeitlichem Umfang tätig werden.		
<b>4. Erklärungen</b>		
<b>§ 17 Abs. 2 Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen:</b> Ärztinnen und Ärzten ist es gestattet, über den Praxissitz hinaus an zwei weiteren Orten ärztlich tätig zu sein. Ärztinnen und Ärzte haben Vorkehrungen für eine ordnungsgemäße, insbesondere zeitnahe, ärztliche Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten an jedem Ort ihrer Tätigkeit zu treffen.		
<b>§ 22 Abs. 2 Satz 4 Berufsordnung der Landeskammer für Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen -therapeuten Hessen:</b> Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben Vorkehrungen für eine ordnungsgemäße Versorgung an jedem Ort ihrer Tätigkeit zu treffen.		
<input type="checkbox"/>	Wir bestätigen die Einhaltung der berufsrechtlichen Regelungen.	

### § 33 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte:

Die gemeinsame Berufsausübung, bezogen auf einzelne Leistungen, ist zulässig, sofern diese nicht einer Umgehung des Verbots der Zuweisung von Versicherten gegen Entgelt oder sonstige wirtschaftliche Vorteile nach § 73 Abs. 7 des SGB V dient. Eine Umgehung liegt insbesondere vor, wenn sich der Beitrag des Arztes auf das Erbringen medizinisch-technischer Leistungen auf Veranlassung der übrigen Mitglieder einer Berufsausübungsgemeinschaft beschränkt oder wenn der Gewinn ohne Grund in einer Weise verteilt wird, die nicht dem Anteil der persönlich erbrachten Leistungen entspricht.

Wir haben uns zur gemeinsamen Ausübung der vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Tätigkeit in Form einer Berufsausübungsgemeinschaft zusammengeschlossen und bestätigen, dass jeder Vertragsarzt/-psychotherapeut seine vertragsärztliche/-psychotherapeutische Tätigkeit innerhalb der Berufsausübungsgemeinschaft nach den Grundsätzen der Selbständigkeit freiberuflich ausübt.

Wir erklären, dass ein Berufsausübungsgemeinschaftsvertrag geschlossen wurde, der die Voraussetzungen der Genehmigungsfähigkeit gem. § 33 erfüllt; der der beantragten Berufsausübungsgemeinschaft zugrunde liegende Vertrag beinhaltet und stellt sicher, dass alle Gesellschafter der Berufsausübungsgemeinschaft ihre ärztliche Tätigkeit als selbständige Freiberufler und nicht in einem verdeckten Anstellungsverhältnis ausüben. Über den Gesellschaftsvertrag zur Bildung der Berufsausübungsgemeinschaft hinaus gibt es keine weiteren vertraglichen Abmachungen, die das Rechtsverhältnis der Berufsausübungsgemeinschaft regeln.

Uns ist bekannt, dass -sofern entgegen dieser Zusicherungen- ein verdecktes Angestelltenverhältnis bestehen sollte, dies u. a. zur Folge haben kann, dass die Genehmigung der Berufsausübungsgemeinschaft durch den Zulassungsausschuss aufgehoben oder für nichtig erklärt wird, weitgehende Honorarrückforderungen, disziplinarrechtliche Maßnahmen, Entziehung der Zulassung und Nachforderung von Steuern und Sozialabgaben durch die jeweiligen Behörden eingeleitet werden sowie Strafanzeige gestellt wird.

### 5. Wichtige Hinweise

Jede Statusänderung bedarf der vorherigen Genehmigung des Zulassungsausschusses. Die für einen Antrag erforderliche Genehmigung des Ausschusses kann -wie auch jede sonstige Genehmigung- **nur mit Wirkung für die Zukunft** und nicht für einen in der Vergangenheit liegenden Zeitraum erteilt werden.

### 6. Antragsgebühren

Der Betrag in Höhe von € 120,- wurde am \_\_\_\_\_ auf das Bankkonto der Deutschen Apotheker- und Ärztebank eG, IBAN: DE92 3006 0601 0101 2721 28, BIC: DAAEDEDXXX, mit dem Verwendungszweck „**ZA 2.6 Berufsausübungsgemeinschaft / Name des Antragstellers**“ überwiesen. Ein Nachweis über die Entrichtung liegt bei (z. B. Kontoauszug, gestempelte Bestätigung der Bank).

**Bei Gründung ist die Gebühr je Antragsteller; bei Änderung ausschließlich durch den bzw. die hinzukommenden Antragsteller zu zahlen.**

**Spätestens innerhalb von 14 Tagen nach dem Antragsingang muss die Antragsgebühr entrichtet und ein geeigneter Zahlungsnachweis vorgelegt werden, sonst gilt der Antrag als zurückgenommen.**

**Ich versichere, dass meine Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Sofern sich Änderungen zu vorstehenden Angaben ergeben, verpflichte ich mich, diese umgehend dem Zulassungsausschuss schriftlich mitzuteilen.**

Durch Ihre Unterschrift geht die in der angefügten Checkliste dargestellte datenschutzrechtliche Erklärung als Bestandteil in den Antrag über.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift und Stempel Antragsteller/in zu 1)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift und Stempel Antragsteller/in zu 2)

**Anlage 1 zum Antrag auf Gründung/Änderung einer  
Berufsausübungsgemeinschaft**

**-Teilberufsausübungsgemeinschaft gem. § 33 Abs. 2 Ärzte-ZV i.V.m. § 15a BMV-Ä.-**

(Angaben über den Leistungsumfang der beantragten Teilberufsausübungsgemeinschaft sowie Ausführungen zur Begründung der Aufstellung)

**I. Leistungsumfang:**

a) Welche Leistungen sollen erbracht werden?

b) Leistungskatalog 1. Antragsteller/in  
(Gebührennummer und Leistungsbezeichnung nach EBM)

Leistungskatalog 2. Antragsteller/in  
(Gebührennummer und Leistungsbezeichnung nach EBM)

**Leistungskatalog weiterer Leistungserbringer bitte gesondert beifügen**

Ärzte können sich bezogen auf einzelne Leistungen zu einer sogenannten Teilberufsausübungsgemeinschaft zusammenschließen (§ 33 Ärzte-ZV).

**II. Begründung für die beantragten Leistungen:**

(Falls erforderlich bitte gesondertes Beiblatt verwenden.)

Hiermit erklären wir, dass alle der Teilberufsausübungsgemeinschaft angehörenden Ärzte die Genehmigung für die beantragten Leistungen besitzen.

Nach § 15a Abs. 5 Satz 2 BMV-Ä/EKV ist eine Teilberufsausübungsgemeinschaft nur dann zulässig, wenn das zeitlich begrenzte Zusammenwirken der Ärzte erforderlich ist, um Patienten zu versorgen, die einer gemeinschaftlichen Versorgung der der Teilberufsausübungsgemeinschaft angehörenden Ärzte bedürfen, und die Ärzte gemeinschaftlich im Rahmen des § 17a BMV-Ä/ § 13 Abs. 7a BMV-EKV zur Verfügung stehen:

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift aller Antragsteller)

<b>Formblatt 1 - Weitere Antragsteller</b> (Die auf diesem Formblatt gemachten Angaben sind Bestandteil des Antrages.)			
<b>3. Antragsteller:</b>			
Titel, Name/ Firma:			
Vorname(n):			
Vertragsarzt-/Vertrags- psychotherapeutensitz bzw. Standort des MVZ:		Straße, Nr.:	
		PLZ:	Ort:
optional zur schnelleren Kontaktaufnahme:	Telefon:		Fax:
	E-Mail:		BSNR:
_____ (Unterschrift und Stempel Antragsteller zu 3)			
<b>4. Antragsteller:</b>			
Titel, Name/ Firma:			
Vorname(n):			
Vertragsarzt-/Vertrags- psychotherapeutensitz bzw. Standort des MVZ:		Straße, Nr.:	
		PLZ:	Ort:
optional zur schnelleren Kontaktaufnahme:	Telefon:		Fax:
	E-Mail:		BSNR:
_____ (Unterschrift und Stempel Antragsteller zu 4)			
<b>5. Antragsteller:</b>			
Titel, Name/ Firma:			
Vorname(n):			
Vertragsarzt-/Vertrags- psychotherapeutensitz bzw. Standort des MVZ:		Straße, Nr.:	
		PLZ:	Ort:
optional zur schnelleren Kontaktaufnahme:	Telefon:		Fax:
	E-Mail:		BSNR:
_____ (Unterschrift und Stempel Antragsteller zu 5)			



<b>Formblatt 1 - Weitere Antragsteller</b> (Die auf diesem Formblatt gemachten Angaben sind Bestandteil des Antrages.)			
<b>6. Antragsteller:</b>			
Titel, Name/ Firma:			
Vorname(n):			
Vertragsarzt-/Vertrags- psychotherapeutensitz bzw. Standort des MVZ:		Straße, Nr.:	
		PLZ:	Ort:
optional zur schnelleren Kontaktaufnahme:	Telefon:		Fax:
	E-Mail:		BSNR:
_____ (Unterschrift und Stempel Antragsteller zu 6)			
<b>7. Antragsteller:</b>			
Titel, Name/ Firma:			
Vorname(n):			
Vertragsarzt-/Vertrags- psychotherapeutensitz bzw. Standort des MVZ:		Straße, Nr.:	
		PLZ:	Ort:
optional zur schnelleren Kontaktaufnahme:	Telefon:		Fax:
	E-Mail:		BSNR:
_____ (Unterschrift und Stempel Antragsteller zu 7)			
<b>8. Antragsteller:</b>			
Titel, Name/ Firma:			
Vorname(n):			
Vertragsarzt-/Vertrags- psychotherapeutensitz bzw. Standort des MVZ:		Straße, Nr.:	
		PLZ:	Ort:
optional zur schnelleren Kontaktaufnahme:	Telefon:		Fax:
	E-Mail:		BSNR:
_____ (Unterschrift und Stempel Antragsteller zu 8)			