

An den Zulassungsausschuss für Ärzte und Psychotherapeuten  
Zulassungsbezirk Berlin

Masurenallee 6A  
14057 Berlin

## Antrag

auf Genehmigung oder Änderung einer örtlichen oder überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

### 1. Allgemeine Angaben

#### 1. Antragsteller\*in

Vertragsarzt/-ärztin/psychotherapeut\*in

Titel, Vorname, Name

Fachgruppe

ggf. Schwerpunkt

Praxisanschrift

MVZ

Name des MVZ

Name des/ der ärztlichen Leiters/ Leiterin

#### 2. Antragsteller\*in

Vertragsarzt/-ärztin/psychotherapeut\*in

Titel, Vorname, Name

Fachgruppe

ggf. Schwerpunkt

Praxisanschrift

MVZ

Name des MVZ

Name des/ der ärztlichen Leiters/ Leiterin

**3. Antragsteller\*in**

Vertragsarzt/-ärztin/psychotherapeut\*in

Titel, Vorname, Name

Fachgruppe

ggf. Schwerpunkt

Praxisanschrift

MVZ

Name des MVZ

Name des/ der ärztlichen Leiters/ Leiterin

**4. Antragsteller\*in**

Vertragsarzt/-ärztin/psychotherapeut\*in

Titel, Vorname, Name

Fachgruppe

ggf. Schwerpunkt

Praxisanschrift

MVZ

Name des MVZ

Name des/ der ärztlichen Leiters/ Leiterin

**5. Antragsteller\*in**

Vertragsarzt/-ärztin/psychotherapeut\*in

Titel, Vorname, Name

Fachgruppe

ggf. Schwerpunkt

Praxisanschrift

MVZ

Name des MVZ

Name des/ der ärztlichen Leiters/ Leiterin

## 6. Antragsteller\*in

Vertragsarzt/-ärztin/psychotherapeut\*in

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

\_\_\_\_\_  
Fachgruppe

\_\_\_\_\_  
ggf. Schwerpunkt

\_\_\_\_\_  
Praxisanschrift

MVZ

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

\_\_\_\_\_  
Name des/ der ärztlichen Leiters/ Leiterin

## 7. Antragsteller\*in

Vertragsarzt/-ärztin/psychotherapeut\*in

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

\_\_\_\_\_  
Fachgruppe

\_\_\_\_\_  
ggf. Schwerpunkt

\_\_\_\_\_  
Praxisanschrift

MVZ

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

\_\_\_\_\_  
Name des/ der ärztlichen Leiters/ Leiterin

## 2. Beantragung

**Beantragt wird die Genehmigung zur gemeinsamen Ausübung der vertragsärztlichen/vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit im Rahmen einer**

- örtlichen Berufsausübungsgemeinschaft (öBAG)
- überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft (üBAG)
- Änderung einer bereits bestehenden
  - örtlichen BAG
  - überörtlichen BAG

Beginn/Änderung der BAG zum Quartal \_\_\_\_\_/20\_\_\_\_\_

**Praxissitz der örtlichen BAG**

---

Praxisanschrift

---

Verwaltungsbezirk Berlin

---

E-Mail-Adresse

---

Praxistelefonnummer/ Faxnummer

**Praxissitze der überörtlichen BAG**

Wird die BAG überörtlich betrieben, wählen die Antragsteller\*innen der BAG den folgenden Sitz als Hauptsitz der überörtlichen BAG:

---

Praxisanschrift

---

Verwaltungsbezirk Berlin

---

E-Mail-Adresse

---

Praxistelefonnummer/ Faxnummer

**Die Vertragsarztsitze/ Vertragspsychotherapeutensitze der einzelnen Mitglieder der BAG sind folgende:**

**1. Antragsteller\*in**

**Vertragsarzt/-ärztin/psychotherapeut\*in oder MVZ**

---

Praxisanschrift

---

Verwaltungsbezirk Berlin

---

E-Mail-Adresse

---

Praxistelefonnummer/ Faxnummer

**2. Antragsteller\*in**

**Vertragsarzt/-ärztin/psychotherapeut\*in oder MVZ**

---

Praxisanschrift

---

Verwaltungsbezirk Berlin

---

E-Mail-Adresse

---

Praxistelefonnummer/ Faxnummer

**3. Antragsteller\*in**

Vertragsarzt/-ärztin/psychotherapeut\*in oder MVZ

---

Praxisanschrift

---

Verwaltungsbezirk Berlin

---

E-Mail-Adresse

---

Praxistelefonnummer/ Faxnummer

**4. Antragsteller\*in**

Vertragsarzt/-ärztin/psychotherapeut\*in oder MVZ

---

Praxisanschrift

---

Verwaltungsbezirk Berlin

---

E-Mail-Adresse

---

Praxistelefonnummer/ Faxnummer

**5. Antragsteller\*in**

Vertragsarzt/-ärztin/psychotherapeut\*in oder MVZ

---

Praxisanschrift

---

Verwaltungsbezirk Berlin

---

E-Mail-Adresse

---

Praxistelefonnummer/ Faxnummer

**6. Antragsteller\*in**

Vertragsarzt/-ärztin/psychotherapeut\*in oder MVZ

---

Praxisanschrift

---

Verwaltungsbezirk Berlin

---

E-Mail-Adresse

---

Praxistelefonnummer/ Faxnummer

### 7. Antragsteller\*in

Vertragsarzt/-ärztin/psychotherapeut\*in oder MVZ

Praxisanschrift

Verwaltungsbezirk Berlin

E-Mail-Adresse

Praxistelefonnummer/ Faxnummer

Anzahl der Nebenbetriebsstätten insgesamt: \_\_\_\_\_

Die Mitglieder der Berufsausübungsgemeinschaft sind damit einverstanden, dass Bescheide des Zulassungsausschusses bzgl. der Berufsausübungsgemeinschaft an ihren Hauptsitz übermittelt werden.

Ja  Nein

Der beigefügte Gesellschaftsvertrag wird dem Zulassungsausschuss hiermit zur Prüfung vorgelegt.

**Hinweis:** Der Gesellschaftsvertrag ist bei Beantragung der Genehmigung einer neu gegründeten Berufsausübungsgemeinschaft und bei allen gesellschaftsrechtlichen Vertragsveränderungen vorzulegen.

### 3. Antragsgebühr

Verwaltungsgebühr in Höhe von 120,- € pro Antragsteller\*in soll von den jeweiligen Honorarkonten abgebucht werden. **Nur möglich, wenn bereits Honorarkonto vorhanden!**

Die gemäß § 46 Ärzte-ZV bei Antragstellung zu entrichtende Verwaltungsgebühr in Höhe von 120,- € pro Antragsteller\*in wurde überwiesen am: \_\_\_\_\_

Eine Kopie der Einzahlung liegt den eingereichten Unterlagen bei.

#### Angaben für Ihre Überweisung:

Bankverbindung: Deutsche Apotheker- und Ärztebank e.G.,  
Berlin (BLZ 300 606 01) 000 100 3917  
BIC: DAAEDEDXXX  
IBAN: DE16 3006 0601 0001 0039 17

#### Checkliste: erforderliche Unterlagen

- Kopie des unterschriebenen **Gesellschaftsvertrages (keine Entwürfe!)**
- ggf. Nachweis über Zahlung der Verwaltungsgebühren
- Versicherungsbescheinigung nach §113 Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz** als Nachweis für das Bestehen einer nach § 95e SGB V ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung. **Nutzen Sie gerne dafür die auf der Webseite der KV Berlin zur Verfügung gestellten Musterbescheinigungen!** Weitere Informationen finden Sie unter „Allgemeine Hinweise der Geschäftsstelle zum Antragsverfahren“

### Übersicht über die Mindestsummen und Begrenzung

Nachweispflichtige	Mindestversicherungssumme je Versicherungsfall	Begrenzung für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden
Berufsausübungsgemeinschaften ohne Angestellte	3 Mio. Euro	Nicht weiter als zweifacher Betrag der Mindestversicherungssumme p.a.
Berufsausübungsgemeinschaft <b>mit</b> Angestellten	5 Mio. Euro	Nicht weiter als dreifacher Betrag der Mindestversicherungssumme p.a.

**Wir bestätigen, dass wir den Inhalt des Antrags sowie des beigefügten Anhangs mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen haben und erkennen diesen ausdrücklich als für uns rechtsverbindlich an. Die aufgeführten Erläuterungen sind Bestandteil dieses Antrags.**

**Hinweis:** Wir weisen darauf hin, dass Sie im Rahmen der Zulassung genehmigungspflichtige Leistungen erst dann erbringen und abrechnen dürfen, **nachdem** die Kassenärztliche Vereinigung Berlin die Abrechnungsgenehmigung für die entsprechenden Leistungen erteilt hat. Hierzu sind, unter Beifügung der erforderlichen Nachweise, Anträge auf Abrechnungsgenehmigung für qualitätsgesicherte Leistungen parallel zu diesem Antrag in der Abteilung Qualitätssicherung einzureichen. Die Antragsformulare sowie die Kontaktdaten der Sachbearbeiter\* innen finden Sie unter: <https://www.kvberlin.de/fuer-praxen/alles-fuer-den-praxisalltag/qualitaetssicherung/genehmigungspfl-leistungen>. Dasselbe gilt für die/den angestellte/n Ärztin/Arzt.

Bei Fragen rund um die Abrechnungsgenehmigungen wenden Sie sich bitte an die Abteilung Qualitätssicherung der KV Berlin.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller\*in /BAG-Vertretungsberechtigter

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller\*in /BAG-Vertretungsberechtigter

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller\*in /BAG-Vertretungsberechtigter

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller\*in /BAG-Vertretungsberechtigter

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller\*in /BAG-Vertretungsberechtigter

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Antragsteller\*in /BAG-Vertretungsberechtigter

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Antragsteller\*in /BAG-Vertretungsberechtigter

**Anlage**

- Allgemeine Hinweise der Geschäftsstelle zum Antragsverfahren
- Informationen für die Praxis: Genehmigungspflichtige Leistungen für PPT/KJP



## Allgemeine Hinweise der Geschäftsstelle zum Antragsverfahren

Anträge dürfen dem Zulassungsausschuss nur dann zur Beratung vorgelegt werden, wenn diese vollständig und entscheidungsreif eingereicht werden.

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch den Zulassungsausschuss erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung Ihres Antrags führen können. Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter <https://www.kvberlin.de/andere-seiten/datenschutzerklaerung>

- **Anstellung bei einer BAG:**

Der Anspruch auf Erteilung einer Anstellungsgenehmigung nach § 95 Abs. 9 SGB V, § 32b Abs. 2 Satz 1 Ärzte-ZV kann **im Grundsatz nur der Berufsausübungsgemeinschaft** und nicht dem/ der einzelnen Vertragsarzt/-ärztin/-psychotherapeuten/-psychotherapeutin als Mitglied der Berufsausübungsgemeinschaft zustehen.

Ausgeschlossen ist jedenfalls die Erteilung einer Anstellungsgenehmigung ohne die Zustimmung der anderen Mitglieder der Berufsausübungsgemeinschaft, der der/die Vertragsarzt/-ärztin/-psychotherapeut\*in angehört (BSG Urt. v. 04.05.2016 - B 6 KA 24/15 R). Soll also die Anstellungsgenehmigung nicht der Berufsausübungsgemeinschaft, sondern antragsgemäß **ausnahmsweise einem der der Berufsausübungsgemeinschaft angehörenden Vertragsärzte / Vertragspsychotherapeuten** erteilt werden, müssen **alle übrigen Mitglieder der Berufsausübungsgemeinschaft hierzu ihre Zustimmung erklären**, andernfalls kann die Anstellungsgenehmigung nicht erteilt werden.

### Wichtiger Hinweis:

Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung hat der Gesetzgeber die Verpflichtung zum **Nachweis eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes** zur vertragsärztlichen bzw. vertragspsychotherapeutischen Pflicht erhoben. Der Leistungserbringer hat den Nachweis gegenüber dem Zulassungsausschuss zu erbringen bei Stellung des Antrags auf Zulassung, Ermächtigung, Genehmigung einer Anstellung sowie auf Verlangen des Zulassungsausschusses.

- **Wer ist zum Nachweis des Berufshaftpflichtversicherungsschutzes verpflichtet?**

Verpflichtet zum Nachweis sind alle zur vertragsärztlichen bzw. vertragspsychotherapeutischen Versorgung zugelassenen Ärzte/Ärztinnen, Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen, Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinische Versorgungszentren, und zwar für sich selbst und für bei ihnen Angestellte, die an der vertragsärztlichen/ vertragspsychotherapeutischen Versorgung mitwirken. Ermächtigte Ärzte/Ärztinnen und Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen sind ebenfalls hierzu verpflichtet.

- **In welcher Form ist der Nachweis zu führen?**

Der Nachweis ist durch Vorlage einer Bescheinigung des Versicherers nach § 113 Abs. 2 VVG Versicherungsvertragsgesetz zu führen. Vorläufige Deckungszusagen sind nicht ausreichend.

- **Wie hoch muss der Versicherungsschutz sein?**

Ein Berufshaftpflichtversicherungsschutz ist ausreichend, wenn das individuelle Haftungsrisiko des Vertragsarztes versichert ist; die jeweilige Mindestversicherungssumme darf nicht unterschritten werden. Die Leistungen des Versicherers für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden dürfen nicht weiter als auf den zweifachen bzw. dreifachen Betrag der Mindestversicherungssumme begrenzt werden. Die genauen Summen können Sie der o.g. Checkliste entnehmen.

- **Welche Folgen hat es, wenn der Nachweis nicht geführt wird?**

Der Nachweis ist zunächst bei Stellung der o.g. Anträge zu führen. Insofern dürfen Anträge dem Zulassungsausschuss nur dann zur Beratung vorgelegt werden, wenn diese vollständig und entscheidungsreif eingereicht werden. Erlangt der Zulassungsausschuss zudem Kenntnis darüber, dass kein oder kein ausreichender Berufshaftpflichtversicherungsschutz besteht, kann dies zum Ruhen oder zur Entziehung der Zulassung bzw. zum Widerruf der Ermächtigung führen. Nachzulesen in: § 95e SGB V



### Qualitätsgesicherte Leistungen für Psychologische Psychotherapeut:innen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen

Für die Durchführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen bedarf es einer besonderen Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin. Dies gilt für sämtliche an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Psychotherapeut:innen.

#### Eine Genehmigung wird nicht rückwirkend erteilt.

Die Erlaubnis zur Leistungserbringung sowie ein Honoraranspruch für diese Leistungen bestehen erst ab Erteilung einer Abrechnungsgenehmigung.

Bei eingeschränkter Zulassung (z. B. Sonderbedarfszulassung) und Ermächtigung werden nur die Leistungen genehmigt, für die Sie zugelassen bzw. ermächtigt sind.

Die Antragsformulare sind hier zu finden:

[www.kvberlin.de](http://www.kvberlin.de) > Für Praxen > Alles für den Praxisalltag > Qualitätssicherung > Genehmigungspfl. Leistungen

Qualitätsgesicherte Leistungen für Psychologische Psychotherapeut:innen	(030) 31003-	E-Mail
Neuropsychologische Therapie	409	<a href="mailto:QS-Team-4@kvberlin.de">QS-Team-4@kvberlin.de</a>
Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing (EMDR)	376	
Psychoanalyse als Einzel- und/oder Gruppenbehandlung bei Erwachsenen und/oder Kindern und Jugendlichen		
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als Einzel- und/oder Gruppenbehandlung bei Erwachsenen und/oder Kindern und Jugendlichen		
Soziotherapie		
Übende und suggestive Verfahren		
Verhaltenstherapie als Einzel- und/oder Gruppenbehandlung bei Erwachsenen und/oder Kindern und Jugendlichen		
Systemische Therapie		
Videosprechstunde	389	<a href="mailto:Videosprechstunde@kvberlin.de">Videosprechstunde@kvberlin.de</a>

Qualitätsgesicherte Leistungen für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen	(030) 31003-	E-Mail
Neuropsychologische Therapie	409	<a href="mailto:QS-Team-4@kvberlin.de">QS-Team-4@kvberlin.de</a>
Psychoanalyse als Einzel- und/oder Gruppenbehandlung bei Kindern und Jugendlichen	376	
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als Einzel- und/oder Gruppenbehandlung bei Kindern und Jugendlichen		
Soziotherapie		
Übende und suggestive Verfahren		
Verhaltenstherapie als Einzel- und/oder Gruppenbehandlung bei Kindern und Jugendlichen		
Videosprechstunde	389	