



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 Genehmigung oder Erweiterung einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

### Mitglieder der BAG

#### 1. Antragssteller

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

\_\_\_\_\_  
LANR

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

Bzw. MVZ: \_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_  
Ärztlicher Leiter

#### 2. Antragssteller

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

\_\_\_\_\_  
LANR

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

Bzw. MVZ: \_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_  
Ärztlicher Leiter

#### 3. Antragssteller

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

\_\_\_\_\_  
LANR

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

Bzw. MVZ: \_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_  
Ärztlicher Leiter

#### 4. Antragssteller

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

\_\_\_\_\_  
LANR

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

Bzw. MVZ: \_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Ärztlicher Leiter

#### 5. Antragssteller

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

\_\_\_\_\_  
LANR

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

Bzw. MVZ: \_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Ärztlicher Leiter

Weitere Mitglieder sind auf einem gesonderten Blatt aufzulisten.

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

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

### Antragstellung

- Beantragt wird die Genehmigung zur gemeinsamen vertragsärztlichen Tätigkeit im Rahmen einer
  - örtlichen BAG
  - überörtlichen BAG mit Hauptbetriebsstätte in: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr., PLZ, Ort

- Beantragt wird die Genehmigung zur Erweiterung einer bereits bestehenden
  - örtlichen BAG
  - überörtlichen BAG

Rechtsform der BAG:  (e)GbR  PartG

In der BAG bestehen Job-Sharing-Verhältnisse:

- Ja: \_\_\_\_\_  
Name Senior-/Juniorpartner
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Name Senior-/Juniorpartner

Nein

Der Beginn der gemeinsamen Tätigkeit erfolgt ab dem:

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

## Antragsunterlagen

### Dem schriftlich einzureichenden Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:

- von allen Mitgliedern der BAG unterschriebener **Gesellschaftsvertrag**  
**Hinweis:** Die vertragsarztrechtliche Prüfung des Gesellschaftsvertrages erfordert zwingend eine rechtzeitige Vorlage. Der Gesellschaftsvertrag ist darüber hinaus bei allen gesellschaftsrechtlichen Vertragsänderungen vorzulegen.
- Ggf. Registerauszug (je nach Gesellschaftsform: Gesellschaftsregister bei eGmbH; Partnerschaftsregister bei PartG)
- Versicherungsbescheinigung gemäß § 95e SGB V i. V. m. § 113 Abs. 2 VVG, aus der sich das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes ergibt

## Hinweise zur Antragsstellung

### 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 120,- € je BAG-Mitglied zu entrichten, vgl. § 46 Abs. 1 lit. c) Ärzte-ZV. Bei der Erweiterung der BAG entsteht die Gebühr je Hinzutretenden. 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.

**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) DSGVO 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).

**Erklärungen**

Die Unterzeichner haben davon Kenntnis genommen, dass alle Zahlungen der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen auf ein von ihnen zu benennendes gemeinsames Konto erfolgen.

Den Unterzeichnern ist bekannt, dass die freie Arztwahl trotz gemeinschaftlicher Berufsausübung gewährleistet sein muss.

Die Unterzeichner verpflichten sich, Änderungen bzw. die Beendigung der gemeinsamen Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit unverzüglich dem zuständigen Zulassungsausschuss mitzuteilen. Die Unterzeichner haften für die Folgen, die sich aus einer verspäteten Mitteilung ergeben.

Den Unterzeichnern ist schließlich bekannt, dass die vorstehenden Erklärungen für die Dauer der gemeinsamen Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit gelten.

Die gemeinsame Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit ist der Sächsischen Landesärztekammer anzuzeigen.

Wir bestätigen, 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 und Anhänge sind Bestandteil dieses Antrags.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Weitere Mitglieder sind auf einem gesonderten Blatt aufzulisten.