

Antrag auf Genehmigung der gemeinsamen Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit in überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaft

Folgende Unterlagen sind bei einem Antrag auf Genehmigung der gemeinsamen Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit in einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft (üBAG) einzureichen:

Checkliste:

- Antrag auf Genehmigung der gemeinsamen Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit in überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaft (üBAG)
Bitte verwenden Sie ausschließlich unser anliegendes Antragsformular
- Erklärung darüber, worin die gemeinsame Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit bei Fortbestand mehrerer Praxisstandorte bestehen soll
(siehe Anlage 2)
- Bestimmung der (Haupt-) Betriebsstätte der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft gemäß § 15a Abs. 4 Satz 4 Bundesmantelvertrag-Ärzte
(siehe Antragsformular)
- Vertrag über die gemeinsame Berufsausübung
im Original oder als amtlich beglaubigte Fotokopie

Für den Antrag auf Genehmigung der gemeinsamen Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit wird von der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses gemäß § 46 Abs. 1 Buchst. c Ärzte-ZV mit separater Rechnung eine Gebühr in Höhe von 120,00 Euro angefordert. Bei der erstmaligen Genehmigung der gemeinsamen Berufsausübung ist die Gebühr von jedem Antragsteller / Mitglied der Berufsausübungsgemeinschaft zu entrichten. Soweit eine bereits bestehende Berufsausübungsgemeinschaft lediglich um ein weiteres Mitglied erweitert werden soll, wird die Gebühr nur einmal erhoben. Gemäß § 38 Ärzte-ZV wird über Ihren Antrag erst nach Entrichtung der Gebühr verhandelt.

Bei Rückfragen zu Ihrem Antrag wenden Sie sich bitte an die auf unserer Internetseite für Ihren Zulassungsausschuss benannten Mitarbeiter.



Bitte kreuzen Sie hier an, ob Sie eine Rücksendung Ihrer Unterlagen wünschen. Die Zulassungsakten werden elektronisch geführt. Eine Rückgabe ist zu einem späteren Zeitpunkt nicht mehr möglich.

- Rücksendung
 Zum Verbleib

Antrag auf Genehmigung der gemeinsamen Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit in überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaft

1. Antragsteller¹

Titel, Vorname, Name /
oder Bezeichnung des MVZ:

LANR: (= lebenslange Arztnummer,
falls vorhanden)

Vertragsarztsitz: Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefon, Fax:

E-Mail:

Folgende Tätigkeitszeiten² sind a) am Vertragsarztsitz und b) insgesamt an den weiteren Standorten der Mitglieder der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft vorgesehen:

a) _____ b) _____ (Stunden pro Woche)

2. Antragsteller

Titel, Vorname, Name /
oder Bezeichnung des MVZ:

LANR: (= lebenslange Arztnummer,
falls vorhanden)

Vertragsarztsitz: Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefon, Fax:

E-Mail:

Folgende Tätigkeitszeiten sind a) am Vertragsarztsitz und b) insgesamt an den weiteren Standorten der Mitglieder der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft vorgesehen:

a) _____ b) _____ (Stunden pro Woche)

¹ Weitere Antragsteller bitte ggf. in **Anlage 1** aufführen.

² Die Tätigkeitszeiten umfassen sowohl die vorgesehenen Sprechstundenzeiten als auch die Präsenzzeiten in der Praxis außerhalb der Sprechstunde. Die Angabe der voraussichtlichen Tätigkeitszeiten ist ausreichend.

Hinweis: Der mit der Zulassung verbundene Versorgungsauftrag erfordert es, dass jeder Vertragsarzt mit vollem Versorgungsauftrag auch bei einer Tätigkeit in einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft weiterhin an seinem Vertragsarztsitz persönlich mindestens 25 Stunden wöchentlich in Form von Sprechstunden zur Verfügung steht und die vertragsärztliche Tätigkeit am eigenen Vertragsarztsitz alle Tätigkeiten außerhalb des Vertragsarztsitzes zeitlich insgesamt überwiegen muss.

Wir beantragen die Genehmigung zur gemeinsamen Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit

ab dem: _____

Eine zusammenfassende Begründung, wie die Berufsausübungsgemeinschaft bei Fortbestand der unterschiedlichen Praxisstandorte ausgestaltet werden soll bzw. worin die gemeinsame Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit bestehen soll, haben wir in Anlage 2 ausführlich dargelegt.

Im Rahmen unserer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft bestimmen wir gegenüber der KVN gemäß § 15a Abs. 4 Satz 4 Bundesmantelvertrag-Ärzte folgenden Vertragsarztsitz zur (Haupt-) Betriebsstätte der Berufsausübungsgemeinschaft:

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Bei den weiteren Vertragsarztsitzen der Mitglieder der Berufsausübungsgemeinschaft handelt es sich um Nebenbetriebsstätten. Die Wahlentscheidung ist für die Dauer von zwei Jahren verbindlich.

Wir erklären, dass wir als Gesamtschuldner und gegenseitig für die Erfüllung der vertragsärztlichen Pflichten haften.

Wir, die Antragsteller, versichern die Richtigkeit und Vollständigkeit der in diesem Antrag enthaltenen Angaben:

Wir sind damit einverstanden, dass der Zulassungsausschuss den Gesellschaftsvertrag zur Prüfung der berufsrechtlichen Belange an die Ärztekammer Niedersachsen weiterleitet

Unterschriften aller Antragsteller:

Ort/Datum

Name/Unterschrift

Ort/Datum

Name/Unterschrift

Ort/Datum

Name/Unterschrift

Ort/Datum

Name/Unterschrift

Anlage 1 zum Antrag auf Genehmigung zur gemeinsamen Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit in überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaft / weitere Antragsteller

Antragsteller Nr.

Titel, Vorname, Name /
oder Bezeichnung des MVZ:

LANR: (= lebenslange Arztnummer,
falls vorhanden)

Vertragsarztsitz: Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefon, Fax:

E-Mail:

Folgende Tätigkeitszeiten³ sind a) am Vertragsarztsitz und b) insgesamt an den weiteren Standorten der Mitglieder der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft vorgesehen:

a) _____ b) _____ (Stunden pro Woche)

Antragsteller Nr.

Titel, Vorname, Name /
oder Bezeichnung des MVZ:

LANR: (= lebenslange Arztnummer,
falls vorhanden)

Vertragsarztsitz: Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefon, Fax:

E-Mail:

Folgende Tätigkeitszeiten sind a) am Vertragsarztsitz und b) insgesamt an den weiteren Standorten der Mitglieder der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft vorgesehen:

a) _____ b) _____ (Stunden pro Woche)

³ Die Tätigkeitszeiten umfassen sowohl die vorgesehenen Sprechstundenzeiten als auch die Präsenzzeiten in der Praxis außerhalb der Sprechstunde. Die Angabe der voraussichtlichen Tätigkeitszeiten ist ausreichend.

Hinweis: Der mit der Zulassung verbundene Versorgungsauftrag erfordert es, dass jeder Vertragsarzt mit vollem Versorgungsauftrag auch bei einer Tätigkeit in einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft weiterhin an seinem Vertragsarztsitz persönlich mindestens 25 Stunden wöchentlich in Form von Sprechstunden zur Verfügung steht und die vertragsärztliche Tätigkeit am eigenen Vertragsarztsitz alle Tätigkeiten außerhalb des Vertragsarztsitzes zeitlich insgesamt überwiegen muss.

Anlage 2 zum Antrag auf Genehmigung einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) / Begründung

**KVN**Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Information der betroffenen Person bei der Direkterhebung von personenbezogenen Daten (Art. 13 DS-GVO)

Verantwortlicher:

Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen – KVN
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Berliner Allee 22
30175 Hannover (Deutschland)

Gesetzlicher Vertreter:

Mark Barjenbruch, Vorstandsvorsitzender,
Thorsten Schmidt, stellvertretender Vorstandsvorsitzender,
Nicole Lühr, Vorständin.
Tel: 0511 380 – 4800
E-Mail: info@kvn.de

Datenschutzbeauftragter:

Datenschutzbeauftragter der KVN,
Tel: 0511 380 - 4800,
E-Mail: datenschutzbeauftragter@kvn.de

Angaben zur Verarbeitungstätigkeit:

Zwecke der Verarbeitungstätigkeit:

Zweck der Verarbeitung ist die Erfüllung der hoheitlichen Aufgaben der KVN, wie sie sich vornehmlich aus dem Kap. 4 SGB V ergeben. Dazu gehören gem. § 285 SGB V insbesondere:

- Verarbeitung von Daten zum Führen des Arztregisters,
- Erfüllung des Sicherstellungs- und Vergütungsauftrages der vertragsärztlichen Versorgung einschließlich der Überprüfung der Zulässigkeit und Richtigkeit der Abrechnung,
- Vergütung von ambulanten Krankenhaus- und belegärztlichen Leistungen sowie
- Durchführung von Wirtschaftlichkeits- (§ 106 bis 106 c SGB V) und Qualitätsprüfungen (135 b).

Daneben werden die personenbezogenen Daten zur satzungsgemäßen Aufgabenerfüllung der Kassenärztlichen Vereinigung als Selbstverwaltungsorgan der Leistungserbringer der vertragsärztlichen Versorgung verarbeitet, hierzu gehören insbesondere Vorbereitung und Durchführung von Wahlen, Gremienbildung und deren Tätigkeit (z.B. Vertreterversammlung, Fachausschüsse, Widerspruchsausschüsse etc.), Disziplinarangelegenheiten, Rechtsstreitigkeiten.

Des Weiteren erfolgt eine Verarbeitung der personenbezogenen Daten um zusätzliche, freiwillig nutzbare Dienstleistungen anzubieten. Dazu gehören insbesondere die Dienste, welche über das „KVN-Portal“ zu erreichen sind, z.B. E-Mail-Dienst „Emily“, die Praxisbörse, „Kontakt-24“, die Teilnahme an und Verwaltung von Sonderverträgen, sowie die Nutzung des „KVN-Portals“ selbst.



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Zusätzlich erfolgt eine Übermittlung Ihrer Daten an die Kassenärztliche Bundesvereinigung aufgrund rechtlicher Pflichten oder vertraglicher Vereinbarungen u.a. für das Bundesarztregister und die Tätigkeit der Terminservicestellen sowie an das Zentralinstitut der kassenärztlichen Versorgung zur Durchführung von Forschungsvorhaben in der vertragsärztlichen Versorgung. Die Forschungsergebnisse finden dabei u.a. Eingang in Honorarverhandlungen mit den Krankenkassen. Die übermittelten Daten werden dabei frühestmöglich pseudonymisiert.

Im konkreten Einzelfall erfolgt eine Datenübermittlung an andere Sozialleistungsträger und Justizbehörden aufgrund einer Übermittlungsbefugnis gem. dem 2. Kapitel des SGB X, dies kann insbesondere wegen Anfragen von Renten- und Unfallversicherungen sowie Berufsgenossenschaften oder aufgrund von Ermittlungsverfahren sein.

Für die vorgenannten Zwecke werden die nachfolgenden Datenkategorien verarbeitet:

- Personenstammdaten (Name, Adresse, Telefonnummer, E-Mail-Adresse etc.)
- Qualifikationsmerkmale
- Abrechnungsdaten
- Gesundheitsdaten
- Bankdaten
- Steuerdaten

Rechtsgrundlage der Verarbeitungstätigkeit:

Die vorgenannten Verarbeitungszwecke erfolgen gem. Art. 6 Abs. 1 lit c DSGVO i.V.m. den oben genannten Vorschriften zur Erfüllung rechtlicher Verpflichtungen.

Für die Verarbeitungszwecke, welche - wie oben beschrieben - eine Einwilligung gem. Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO voraussetzen, werden Sie vor Beginn der Verarbeitungstätigkeit zur Einwilligung aufgefordert. Die Anforderungen an die Einwilligung gem. Art. 7 Abs. 1-4 DSGVO werden dabei erfüllt.

Kategorien von Empfängern:

Andere Kassenärztliche Vereinigungen, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, Sozialleistungsträger (Rentenversicherungen, Unfallversicherungen, Sozialämter etc.), Ärztekammern, Psychotherapeutenkammer, Justizbehörden.

Auftragnehmer (Auftragsverarbeiter):

Zentralinstitut für vertragsärztliche Versorgung

Datentransfer in ein Drittland:

Es liegt keine geplante Übermittlung in Drittstaaten vor.



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Zusätzliche Informationspflichten:

Speicherungsdauer der personenbezogenen Daten:

Die im Zusammenhang mit den oben genannten Verarbeitungstätigkeiten anfallenden Daten werden gelöscht, nachdem die Speicherung für eine rechtmäßige Erfüllung der der KVN obliegenden Aufgaben nicht mehr erforderlich ist, oder die Verarbeitung wird eingeschränkt, wenn gesetzliche Aufbewahrungspflichten bestehen. Im Regelfall werden die Daten min. 4 Jahre gem. § 304 SGB V i.V.m. § 84 Abs. 2 SGB X gespeichert.

Rechte der betroffenen Person:

Sie haben ein Recht auf Auskunft (gem. Art. 15 DS-GVO) seitens des Verantwortlichen über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten sowie auf Berichtigung (Art. 16 DS-GVO), Löschung (Art. 17 DS-GVO), und auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 17 Abs. 1 DS-GVO). Des Weiteren haben Sie ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung (Art. 21 DS-GVO) sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DS-GVO).

Soweit die Datenverarbeitung auf einer Einwilligung beruht, haben Sie das Recht, Ihre Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen.

Möchten Sie von Ihren Rechten Gebrauch machen, wenden Sie sich bitte an den oben genannten Datenschutzbeauftragten bzw. an den Ihnen ggf. bekannten Ansprechpartner.

Beschwerderecht:

Sie haben ein Recht auf Beschwerde, bei der zuständigen Aufsichtsbehörde:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen

Prinzenstraße 5, 30159 Hannover

Tel. 0511-120 4500

Fax. 0511-120 4599

Internet: www.lfd.niedersachsen.de

Pflicht zur Bereitstellung der personenbezogenen Daten:

Die Bereitstellung der personenbezogenen Daten, insbesondere der Gesundheitsdaten und erbrachten Leistungen ist sowohl gesetzlich (Kapitel IV SGB V, Zulassungsverordnung-Ärzte) als auch vertraglich (Bundesmantelvertrag) vorgeschrieben. Der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer ist verpflichtet, diese Daten bereitzustellen. Eine Nichtbereitstellung hätte u.a. zur Folge, dass eine Honorierung der zur Abrechnung gebrachten Leistungen nicht erfolgen könnte.

Hinweis: Weitere Informationen welche Daten - speziell auf unserer Webseite - erhoben und verarbeitet werden erhalten Sie unter der Rubrik „Datenschutz“.