

## Verzicht auf die Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit

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

LANR: (= lebenslange Arztnummer) \_\_\_\_\_

Fachgebiet: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Vertragsarztsitz: Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Aktuelle bzw. zukünftige Privatanschrift:

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich den Verzicht auf meine Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit

- hinsichtlich eines Viertels des Versorgungsauftrags  
(nur bei vollem oder drei Viertel Versorgungsauftrag möglich)
- hinsichtlich eines hälftigen Versorgungsauftrags  
(nur bei vollem Versorgungsauftrag möglich)
- im Umfang der kompletten Zulassung<sup>1</sup>,

Mit Ablauf des \_\_\_\_\_  
(Datum)

Bitte zutreffendes ankreuzen:

- Eine Nachbesetzung meiner Vertragspraxis ist nicht vorgesehen.
- Da meine Praxis durch einen vom Zulassungsausschuss gem. § 103 Abs. 4 SGB V auszuwählenden Nachfolger weitergeführt werden soll<sup>2</sup>, erfolgt der Verzicht unter der Bedingung, dass der Nachfolger bestandskräftig zugelassen wird und die Praxis übernimmt.
- Eine Nachbesetzung ist vorgesehen. Ich erkläre aber dennoch bereits jetzt den endgültigen Verzicht auf die Zulassung und beende meine vertragsärztliche Tätigkeit mit Ablauf des \_\_\_\_\_.<sup>3</sup>

Ort/Datum

Unterschrift

<sup>1</sup> Soweit lediglich (noch) eine Zulassung mit hälftigem oder drei Viertel Versorgungsauftrag besteht, ist das Kreuz hier zu setzen.

<sup>2</sup> Es wird darauf hingewiesen, dass es im Falle einer beabsichtigten Praxisnachfolge, neben der Abgabe der Verzichtserklärung erforderlich ist, **zusätzlich** beim Zulassungsausschuss den nachfolgenden **Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens** zu stellen.

<sup>3</sup> **Diese Erklärung ist mit Eingang bei der KVN wirksam. Sie kann nicht mehr zurückgenommen werden. Ihre Tätigkeit endet mit Ablauf des angegebenen Datums. Bitte nehmen Sie vor Abgabe dieser Erklärung Kontakt mit uns auf.**

## Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens<sup>1</sup>

### Antragsteller/in

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

LANR: (= lebenslange Arztnummer) \_\_\_\_\_

Zugelassen für folgendes Fachgebiet: \_\_\_\_\_

Vertragsarztsitz: Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Es wird darauf hingewiesen, dass für den Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens 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 werden muss. Gemäß § 38 Ärzte-ZV wird über Ihren Antrag erst nach Entrichtung der Gebühr verhandelt.**

Da meine Praxis durch einen Nachfolger weitergeführt werden soll, beantrage ich hiermit gem. § 103 Abs. 3a SGB V die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens.

- Eine Erklärung über den Verzicht auf meine Zulassung wurde am \_\_\_\_\_ abgegeben. Entsprechend meiner Verzichtserklärung (Teilverzicht oder kompletter Verzicht) bezieht sich der Antrag auf:

- einen Viertel-Versorgungsauftrag<sup>2</sup>                       einen hälftigen Versorgungsauftrag
- einen Dreiviertel-Versorgungsauftrag                       einen vollen Versorgungsauftrag

- Ist es vorgesehen, dass die Praxis von einem Bewerber übernommen werden soll, der zum Kreis einer der nachstehenden Personen gehört (falls zutreffend, bitte ankreuzen)?

- Ehegatte, Lebenspartner oder ein Kind des bisherigen Vertragsarztes  
oder
- Angestellter Arzt des bisherigen Vertragsarztes oder ein Vertragsarzt, mit dem die Praxis bisher gemeinschaftlich betrieben wurde (Jobsharing)

Bitte ggf. den Namen der angekreuzten möglichen Bewerber angeben:

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

- Soweit der Zulassungsausschuss dem Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens entspricht, wird der Sitz von der KVN unverzüglich in den KVNachrichten ausgeschrieben. Die Ausschreibung erfolgt ohne Namensnennung. Voraussichtlicher Praxisübergabezeitpunkt soll der \_\_\_\_\_ sein.
- Mit der Weitergabe meiner Praxisanschrift an die an einer Praxisübernahme interessierten Ärzte / Psychotherapeuten bin ich einverstanden.
- Die Fortführung der Praxis in den bisherigen Praxisräumen ist möglich:       ja                       nein

Ort/Datum

Unterschrift

<sup>1</sup> Der Antrag gilt sowohl für zugelassene Vertragsärzte als auch für zugelassene Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

<sup>2</sup> Auf einen ausgeschriebenen Viertelsitz kann nur eine Anstellung im Umfang eines Viertelversorgungsauftrages oder eine Aufstockung einer bereits im Umfang einer hälftigen oder zu drei Vierteln bestehenden Zulassung erfolgen.

## 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 Löhr, Vorständin.  
Tel: 0511 380 – 4800  
E-Mail: [info@kvn.de](mailto:info@kvn.de)

### **Datenschutzbeauftragter:**

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

„Kontakt-24“, die Teilnahme an und Verwaltung von Sonderverträgen, sowie die Nutzung des „KVN-Portals“ selbst.

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.

## **Zusätzliche Informationspflichten:**

### **Speicherdauer 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](http://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“.