



Antrag auf Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung als Arzt

Folgende Unterlagen sind bei einem Antrag auf Zulassung als Arzt einzureichen:

- Antrag auf Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung
Bitte verwenden Sie ausschließlich unser anliegendes Antragsformular
- Erklärung über bestehende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse (siehe Antragsformular)
Der Nachweis über die Reduzierung des Beschäftigungsumfanges oder die Kündigung müssen dem Zulassungsausschuss im Original oder als amtlich beglaubigte Fotokopie vorgelegt werden
- Erklärung über Suchtfreiheit
(siehe Antragsformular)
- Aktueller Auszug aus dem Arztregister
- Bescheinigungen über die ausgeübten ärztlichen Tätigkeiten **im Original oder als amtlich beglaubigte Fotokopie** (ab Datum der Eintragung in das Arztregister)
- Aufstellung der bisherigen ärztlichen Tätigkeiten
Die Daten müssen mit den Daten in den vorgelegten Bescheinigungen übereinstimmen
(siehe Anlage 1)
- Ein Lebenslauf
- Führungszeugnis der Belegart „O“ (zur Vorlage bei Behörden)
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und psychotherapie sowie Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen müssen ein „erweitertes Führungszeugnis“ nach § 30a Bundeszentralregistergesetz vorlegen. Es handelt sich bei diesem Antragsformular um eine schriftliche Aufforderung i. S. v. § 30a Abs. 2 BZRG, mit der der Zulassungsausschuss bestätigt, dass die Voraussetzungen des § 30a Abs. 1 BZRG für die genannten Arztgruppen vorliegen. **Das Führungszeugnis darf zum Zeitpunkt der Sitzung nicht älter als sechs Monate sein**
- Bescheinigung der KV über Niederlassung bzw. Zulassung
(nur erforderlich, falls Sie bereits im Bereich einer anderen Länder KV zugelassen waren)
- ggf. Fortbildungsnachweis
(siehe Antragsformular)
- Versicherungsbescheinigung nach § 113 Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz zum Nachweis einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung **im Original oder als amtlich beglaubigte Fotokopie**
(siehe Antragsformular)

Für den Antrag auf Zulassung wird gemäß § 46 Abs. 1 Buchst. b Ärzte-ZV eine Gebühr in Höhe von 100,00 Euro mit separater Rechnung von der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses angefordert. Gemäß § 38 Ärzte-ZV wird über Ihren Antrag erst nach Entrichtung der Gebühr verhandelt.

Nach unanfechtbar gewordener Zulassung hat die Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses gemäß § 46 Abs. 2 Buchst. a Ärzte-ZV weitere 400,00 Euro als Verwaltungsgebühr anzufordern.

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

Bitte geben Sie im Rahmen des Antragsverfahrens eine E-Mail-Adresse für die zweckgebundene Kommunikation an. Nach Erreichen des Mitgliedsstatus wird diese automatisch in die satzungsgemäße E-Mail-Adresse (KVN-ID) überführt, diese kann anschließend jederzeit über das Mitgliederportal geändert werden.



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 Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung als Arzt

Bitte geben Sie im Rahmen des Antragsverfahrens eine E-Mail-Adresse für die zweckgebundene Kommunikation an. Nach Erreichen des Mitgliedsstatus wird diese automatisch in die satzungsgemäße E-Mail-Adresse (KVN-ID) überführt, diese kann anschließend jederzeit über das Mitgliederportal geändert werden.

I. Antragsteller/in

Titel, Vorname, Name:

LANR: (= lebenslange Arztnummer, falls schon vorhanden)

Straße, Hausnummer Hauptwohnsitz:

PLZ, Ort:

Telefon:

E-Mail:

II. Ich beantrage die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung:

im Umfang eines

- vollen Versorgungsauftrages hälftigen Versorgungsauftrages
 Dreiviertel-Versorgungsauftrages

als:

Facharztbezeichnung

ggf. Schwerpunktbezeichnung, die geführt werden soll

- im Jobsharing (**nur zu Beginn eines Quartals zulässig!**)

Es wird ein Antrag auf Erhöhung der Leistungsobergrenze bei Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten nach § 44 S. 2 Bedarfsplanungs-Richtlinie i.V.m. § 32 Abs. 3 Ärzte-ZV gestellt. Der Antrag kann nur für bestehende Weiterbildungsverhältnisse in den Weiterbildungsfachgebieten Allgemeinmedizin, Augenheilkunde (überwiegend konservativ), Frauenheilkunde, Kinder- und Jugendmedizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Neurologie, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde sowie Innere Medizin (Rheumatologie) zur Anwendung kommen. Im Fall der Weiterbildung Neurologie muss das Weiterbildungsverhältnis mindestens 12 Monate betragen. Im Falle der Weiterbildung Haut- und Geschlechtskrankheiten sowie Hals-Nasen-Ohrenheilkunde muss das Weiterbildungsverhältnis mindestens 12 Monate betragen und in einem förderfähigen Planungsbereich bestehen.

Name des Vertragsarztes, mit dem die Jobsharing-BAG gegründet werden soll

Nur für Internisten: Ich nehme an der

- hausärztlichen Versorgung fachärztlichen Versorgung teil.

Die Zulassung wird für folgenden Vertragsarztsitz beantragt:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

zum:

Zulassungsdatum

Wird die Praxis von einem anderen Vertragsarzt übernommen¹?

Name des abgebenden Arztes

Sofern in der Praxis des abgebenden Arztes angestellte Ärzte tätig sind, werden diese unverändert übernommen?

ja nein

III. Weitere ärztliche Tätigkeit:

Ich möchte neben der vertragsärztlichen Tätigkeit weitere ärztliche Tätigkeiten ausüben:

ja nein

Falls ja, welche und in welchem Umfang

Selbständig / Arbeitgeber: _____

Anschrift: _____

Zeitlicher Umfang in Wochenstunden: _____

IV. Arztregister

eingetragen nicht eingetragen

bei der Kassenärztlichen Vereinigung: _____

V. Fortbildungsnachweis (Fortbildungszertifikat)

Ein Fortbildungsnachweis (Fortbildungszertifikat der Ärztekammer) ist nur dann erforderlich, wenn seit dem 01.07.2004 eine vertragsärztliche Tätigkeit in Form einer Zulassung, Anstellung bei Vertragsärzten oder MVZ (ohne Weiterbildungs- und Sicherstellungsassistenz) oder persönlichen Ermächtigung mit einer Dauer von insgesamt fünf Jahren ausgeübt wurde. Bei einer Unterbrechung der vertragsärztlichen Tätigkeit ergibt sich der Fünfjahreszeitraum aus der Addition der Zeiten der vertragsärztlichen Tätigkeit. Soweit der Fortbildungsnachweis bereits gegenüber der KVN erbracht wurde, ist ein erneuter Nachweis nicht erforderlich.

Ich, der Antragsteller, versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit der in diesem Antrag enthaltenen Angaben:

Ich bin damit einverstanden, dass meine private Adresse und private Telefonnummer an die Ärztekammer Niedersachsen weitergeleitet wird.

Ort/Datum

Name/Unterschrift

VI. Versicherungsbescheinigung nach § 113 Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz gem. § 95e SGB V (Die Musterbescheinigungen finden Sie auf den nächsten beiden Seiten. Die Musterbescheinigungen unterscheiden, ob in Ihrer Praxis angestellte Ärzte tätig sein werden oder nicht. Bitte wählen Sie dementsprechend die für Sie zutreffende Musterbescheinigung aus. Diese muss von Ihrem Versicherungsunternehmen ausgefüllt und unterschrieben sein.)

liegt bei²

¹ Wird die Tätigkeit nicht am Vertragsarztsitz des abgebenden Arztes aufgenommen, ist die Verlegung gesondert zu beantragen. Siehe: Antragsformular Verlegung des Vertragsarztsitzes

² Die Mindestversicherungssumme beträgt nach § 95e Abs. 2 SGB V bei Vertragsärzten und BAGs ohne angestellte Ärzte drei Millionen Euro für Personen- und Sachschäden für jeden Versicherungsfall. Die Leistungen des Versicherers für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden dürften nicht weiter als auf den zweifachen Betrag der Mindestversicherungssumme begrenzt werden.



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Versicherungsbescheinigung gemäß § 113 Abs. 2 VVG i.V.m. § 95e SGB V
über das Bestehen eines Berufshaftpflichtversicherungsschutzes
für Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten in Einzelpraxis ohne angestellte Ärzte sowie
in Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) ohne angestellte Ärzte

Name und Sitz des Vertragsarztes/Vertragspsychotherapeuten³ _____

Name und Sitz der BAG (falls zutreffend): _____

Versicherungsschein-Nr. _____

Versicherungsunternehmen: _____

Hiermit bestätigen wir, dass bei uns für den Vertragsarzt/Vertragspsychotherapeuten eine § 95e Abs. 2 SGB V entsprechende Pflichtversicherung gegen die sich aus der Berufsausübung als Vertragsarzt bzw. als Vertragspsychotherapeuten ergebenden Haftpflichtgefahren besteht.

Die Versicherungssumme⁴ beträgt (bei BAG: je Vertragsarzt/Vertragspsychotherapeut)⁵ EUR _____⁶ für Personen- und Sachschäden für jeden Versicherungsfall. Die Leistungen für alle innerhalb eines Jahres (bei BAG: je Vertragsarzt/Vertragspsychotherapeut) verursachten Schäden sind nicht weiter als nach § 95e SGB V zulässig begrenzt.

Ort, Datum

(Faksimilierte) Unterschrift des Versicherungsunternehmens

³ Da in einer BAG ohne angestellte Ärzte die Versicherungspflicht nach § 95e Abs. 2 SGB V für jeden einzelnen Vertragsarzt gilt, ist grundsätzlich für jeden Vertragsarzt der BAG eine Bescheinigung nach § 113 Abs. 2 VVG auszustellen. Wenn nur eine Bescheinigung für sämtliche in der Berufsausübungsgemeinschaft tätigen Vertragsärzte ausgestellt werden soll, muss bestätigt werden, dass die Berufshaftpflichtversicherung je Vertragsarzt den Anforderungen des § 95 Abs. 2 SGB V entspricht.

⁴ Die Mindestversicherungssumme muss nach § 95e Abs. 2 SGB V (bei Berufsausübungsgemeinschaften ohne angestellte Ärzte je Vertragsarzt) mindestens drei Millionen Euro für Personen- und Sachschäden für jeden Versicherungsfall betragen. Die Leistungen des Versicherers für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden dürfen nicht weiter als auf den zweifachen Betrag der Mindestversicherungssumme begrenzt werden.

⁵ Mit dem Klammerzusatz werden beide Fälle der möglichen Vertragskonstellation bei einer BAG erfasst (gemeinsamer Versicherungsvertrag für alle darin tätige Vertragsärzte/Vertragspsychotherapeuten und Einzelverträge für die der darin tätigen Vertragsärzte/Vertragspsychotherapeuten)

⁶ Anzugeben ist die tatsächliche Versicherungssumme.

Versicherungsbescheinigung gemäß § 113 Abs. 2 VVG i.V.m. § 95e SGB V

über das Bestehen eines Berufshaftpflichtversicherungsschutzes für Medizinische Versorgungszentren (MVZ)⁷ sowie Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten mit angestellten Ärzten und Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) mit angestellten Ärzten (nachfolgend: Leistungserbringer)

Name und Sitz des Leistungserbringers⁸: _____

Bei MVZ: Falls abweichende Trägergesellschaft: Name und Sitz des Rechtsträgers: _____

Versicherungsschein-Nr. _____

Versicherungsunternehmen: _____

Hiermit bestätigen wir, dass bei uns eine § 95e Abs. 5 Satz 3 SGB V entsprechende Pflichtversicherung für die gesamte von dem Leistungserbringer ausgehende ärztliche bzw. psychotherapeutische Tätigkeit besteht.

Die Versicherungssumme⁹ beträgt EUR _____¹⁰ für Personen- und Sachschäden für jeden Versicherungsfall. Die Leistungen für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden sind nicht weiter als nach § 95e SGB V zulässig begrenzt.

Ort, Datum

(Faksimilierte) Unterschrift des Versicherungsunternehmens

⁷ Diese Bescheinigung ist für MVZ mit angestellten Ärzten und mit zugelassenen Vertragsärzten zu verwenden.

⁸ Unabhängig davon, ob ein MVZ rechtlich unselbständig ist oder eine eigene Rechtspersönlichkeit hat, ist für jedes einzelne MVZ als Leistungserbringer eine Versicherungspflicht gegeben und mittels Bestätigung nach § 113 Abs. 2 VVG nachzuweisen. Nebenbetriebsstätten (mit Nebenbetriebsstättennummer – NBSNR) des MVZ sind im Versicherungsschutz des MVZ eingeschlossen. Eine namentliche Nennung der einzelnen Nebenbetriebsstätten des MVZ ist nicht erforderlich.

⁹ Die Mindestversicherungssumme beträgt nach § 95e Abs. 5 Satz 3 SGB V mindestens fünf Millionen Euro für Personen- und Sachschäden für jeden Versicherungsfall. Die Leistungen des Versicherers für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden dürfen nicht weiter als auf den dreifachen Betrag der Mindestversicherungssumme begrenzt werden.

¹⁰ Anzugeben ist die tatsächliche Versicherungssumme.



VII. Erklärung gem. § 18 Abs. 2 Nr. 5 und § 21 Ärzte-ZV¹¹

Hiermit erkläre ich, dass ich weder drogen- oder alkoholabhängig bin noch in den letzten fünf Jahren gewesen bin, dass ich mich innerhalb der letzten fünf Jahre keiner Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen habe, und dass gesetzliche Hinderungsgründe einer Ausübung des Berufes als Arzt nicht entgegenstehen.

Hiermit erkläre ich, dass weder Strafen, Disziplinarmaßnahmen oder berufsgerichtliche Maßnahmen gegen mich verhängt worden sind. Ebenso sind gegen mich keine laufenden Verfahren (strafrechtliches Ermittlungsverfahren, Strafverfahren, Disziplinarverfahren oder berufsgerichtliches Verfahren), die im Zusammenhang mit der ärztlichen Tätigkeit stehen, anhängig.

Ort/Datum

Name/Unterschrift

VIII. Erklärung gem. § 18 Abs. 2 Nr. 4 Ärzte-ZV

Ich gebe gemäß § 18 Abs. 2 Nr. 4 Ärzte-ZV folgende Erklärung ab:

Ich erkläre hiermit, dass ich zur Zeit in

- keinem Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis stehe.
- einem Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis stehe:

Anschrift Arbeitgeber

Art der ausgeübten Tätigkeit

Das zurzeit bestehende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis

- kann frühestens zum _____ beendet werden.
- ist mit Wirkung zum _____ gekündigt worden.
- soll wie folgt fortgeführt werden:

Angabe des wöchentlichen Zeitumfangs in Stunden

Der Nachweis über die Reduzierung des Beschäftigungsumfanges oder die Kündigung müssen dem Zulassungsausschuss im Original oder als beglaubigte Kopie vorgelegt werden

Ort/Datum

Name/Unterschrift

¹¹ Falls nicht zutreffend, bitte den entsprechenden Absatz streichen.



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.

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“.