



## Antrag auf Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung als MVZ

**Folgende Unterlagen sind bei einem Antrag auf Zulassung als MVZ einzureichen:**

Checkliste:

- Antrag auf Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung als MVZ  
**Bitte verwenden Sie ausschließlich unser anliegendes Antragsformular**
- Nachweis der zulässigen Gründereigenschaft
- Kopie Gesellschaftsvertrag über das MVZ in der aktuellen Fassung
- ggf. Ausnahmegenehmigung der Ärztekammer / Psychotherapeutenkammer Niedersachsen nach § 32 Abs. 3 des Nds. Kammergesetzes für die Heilberufe (HKG)
- ggf. Handelsregisterauszug
- Anträge auf Erteilung einer Anstellungsgenehmigung, soweit in dem MVZ angestellte Ärzte tätig sein sollen  
**Bitte verwenden Sie hierfür das Antragsformular „Anstellung Arzt“**
- ggf. Vertrag über die ärztliche Leitung des MVZ (**Kopie ausreichend**) <sup>1</sup>
- Selbstschuldnerische Bürgschaftserklärungen oder andere Sicherheitsleistungen nach § 232 BGB der Gesellschafter eines MVZ in der Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH).
- Versicherungsbescheinigung nach § 113 Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz zum Nachweis einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung im **Original oder als amtlich beglaubigte Kopie** (siehe Antragsformular)
- Anlage 2 - Informationen zur Vertretungsberechtigung

**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.**

---

<sup>1</sup> Sofern angestellte Ärzte im MVZ tätig sein sollen, muss bereits bei Zulassung des MVZ feststehen, wer die ärztliche Leitung über die angestellten Ärzte des MVZ ausübt. Die ärztliche Leitung kann einem angestellten Arzt auch arbeitsvertraglich übertragen werden. Der ärztliche Leiter muss in dem MVZ selbst als angestellter Arzt oder als Vertragsarzt tätig sein. Er ist in medizinischen Fragen weisungsfrei.



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 MVZ**

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 bzw. Gründer<sup>2</sup>**

#### **1. Antragsteller / Gründer**

Titel, Vorname, Name oder Bezeichnung des Gründers:

---

Straße, Hausnummer (Hauptwohnsitz):

---

PLZ, Ort:

---

Telefon:

---

E-Mail:

---

Gründerstatus<sup>3</sup>:

---

LANR (verpflichtend für Vertragsärzte außerhalb Niedersachsens)

---

#### **2. Antragsteller / Gründer**

Titel, Vorname, Name oder Bezeichnung des Gründers:

---

Straße, Hausnummer (Hauptwohnsitz):

---

PLZ, Ort:

---

Telefon:

---

E-Mail:

---

Gründerstatus<sup>3</sup>:

---

LANR (verpflichtend für Vertragsärzte außerhalb Niedersachsens)

---

#### **3. Antragsteller / Gründer**

Titel, Vorname, Name oder Bezeichnung des Gründers:

---

Straße, Hausnummer (Hauptwohnsitz):

---

PLZ, Ort:

---

Telefon:

---

E-Mail:

---

Gründerstatus<sup>3</sup>:

---

LANR (verpflichtend für Vertragsärzte außerhalb Niedersachsens)

---

### **Weitere Gründer/Antragsteller können Sie in der Anlage 1 zum Antragsformular angeben.**

<sup>2</sup> Weitere Antragsteller bzw. Gründer ggf. in Anlage 1 aufführen – Es müssen alle an dem MVZ beteiligten Personen bzw. Institutionen benannt werden.

<sup>3</sup> MVZ können gem. § 95 Abs. 1a Satz 1 SGB V nur von zugelassenen Vertragsärzten, von zugelassenen Krankenhäusern, von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Abs. 3 SGB V, von anerkannten Praxisnetzen nach § 87b Absatz 2 Satz 3 SGB V, von gemeinnützigen Trägern, die auf Grund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, oder von Kommunen gegründet werden. Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 SGB V sind jedoch gem. § 95 Abs. 1a Satz 2 SGB V nur zur Gründung fachbezogener MVZ berechtigt; ein Fachbezug besteht auch für die mit Dialyseleistungen zusammenhängenden ärztlichen Leistungen im Rahmen einer umfassenden Versorgung von Dialysepatienten. Die Gründereigenschaft bleibt auch für die angestellten Ärzte bestehen, die auf ihre Zulassung zugunsten der Anstellung in einem MVZ verzichtet haben, solange sie in dem MVZ tätig sind und Gesellschafter des MVZ sind. Gemäß § 95 Abs. 6 Satz 5 SGB V ist es jederzeit möglich, dass angestellte Ärzte des MVZ Gesellschaftsanteile von anderen Ärzten in dem MVZ übernehmen.



## II. Angaben zum Medizinischen Versorgungszentrum und zu der Trägergesellschaft des MVZs:

Name / Bezeichnung: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer<sup>4</sup>: \_\_\_\_\_

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

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

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

Rechts-/Organisationsform:<sup>5/6</sup> \_\_\_\_\_

Name / Bezeichnung der Trägergesellschaft  
des Rechtsträgers des MVZ: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer (Trägergesellschaft) \_\_\_\_\_

PLZ, Ort (Trägergesellschaft) \_\_\_\_\_

Telefon (Trägergesellschaft) \_\_\_\_\_

E-Mail (Trägergesellschaft) \_\_\_\_\_

im MVZ vertretene Facharzt- bzw. Schwerpunktbezeichnungen<sup>7</sup>:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

### Ärztliche(r) Leiter<sup>8</sup>:

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

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

### Zulassungsdatum:

zum: \_\_\_\_\_

<sup>4</sup> Vertragsarztsitz des Medizinischen Versorgungszentrums (konkrete Adresse)

<sup>5</sup> Die Gründung eines MVZ ist gem. § 95 Abs. 1a Satz 3 SGB V nur in der Rechtsform der Personengesellschaft, der eingetragenen Genossenschaft oder der Gesellschaft mit beschränkter Haftung oder in einer öffentlich rechtlichen Rechtsform möglich.

<sup>6</sup> Für die Zulassung eines MVZ in der Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) ist gem. § 95 Abs. 2 Satz 6 SGB V Zulassungsvoraussetzung, dass die Gesellschafter entweder selbstschuldnerische Bürgschaftserklärungen oder andere Sicherheitsleistungen nach § 232 BGB für Forderungen von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen gegen das Medizinische Versorgungszentrum aus dessen vertragsärztlicher Tätigkeit abgeben; dies gilt auch für Forderungen, die erst nach Auflösung des Medizinischen Versorgungszentrums fällig werden.

<sup>7</sup> Es ist nicht mehr erforderlich, unterschiedliche Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen in einem MVZ vorzuhalten. Auch bei einem fachgleichen MVZ müssen allerdings mindestens zwei bedarfsplanungsrelevante Stellen vorhanden sein, die zusammen mind. einen Sitz im Sinne der Bedarfsplanung besetzen.

<sup>8</sup> Sofern ausschließlich Vertragsärzte im MVZ tätig sein sollen, ist die Angabe eines ärztlichen Leiters entbehrlich.



**KVN**

Kassenärztliche Vereinigung  
Niedersachsen

### III. Im Medizinischen Versorgungszentrum tätige Ärztinnen / Ärzte<sup>9/10</sup>

1.

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

Straße, Hausnummer (Hauptwohnsitz): \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Facharzt-/Schwerpunkt-/Zusatzbezeichnung

2.

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

Straße, Hausnummer (Hauptwohnsitz): \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Facharzt-/Schwerpunkt-/Zusatzbezeichnung

**Weitere in dem MVZ tätige Ärzte bitte in der Anlage 2 zum Antragsformular angeben.**

### IV. Versicherungsbescheinigung nach § 113 Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz gem. § 95e SGB V (Eine Musterbescheinigung finden Sie auf der nächsten Seite. Diese muss von Ihrem Versicherungsunternehmen ausgefüllt und unterschrieben sein.)

liegt bei<sup>11</sup>

<sup>9</sup> Weitere Ärzte / Psychotherapeuten bitte ggf. in **Anlage 2** aufführen.

<sup>10</sup> Die Anstellung von Ärzten/Psychotherapeuten im MVZ muss gesondert beantragt werden. Bitte verwenden Sie das Formular: Anstellung Arzt / Anstellung Psychotherapeut

<sup>11</sup> Die Mindestversicherungssumme beträgt nach § 95e Abs. 5 SGB V bei MVZs fünf Millionen Euro für Personen- und Sachschäden für jeden Versicherungsfall. Die Leistungen des Versicherers für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden dürften in diesen Fällen nicht weiter als auf den dreifachen Betrag der Mindestversicherungssumme begrenzt werden.

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

**über das Bestehen eines Berufshaftpflichtversicherungsschutzes für Medizinische Versorgungszentren  
(MVZ)<sup>12</sup> sowie Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten mit angestellten Ärzten und  
Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) mit angestellten Ärzten (nachfolgend: Leistungserbringer)**

Name und Sitz des Leistungserbringers<sup>13</sup>: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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 Versicherungssumme<sup>14</sup> beträgt EUR \_\_\_\_\_<sup>15</sup> 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

<sup>12</sup> Diese Bescheinigung ist für MVZ mit angestellten Ärzten und mit zugelassenen Vertragsärzten zu verwenden.

<sup>13</sup> 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.

<sup>14</sup> 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.

<sup>15</sup> Anzugeben ist die tatsächliche Versicherungssumme.

## V. Abschließende Erklärung

Wir, die Antragsteller / Gründer des Medizinischen Versorgungszentrums, versichern die Richtigkeit und Vollständigkeit der in diesem Antrag enthaltenen Angaben:

- Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass meine/unsere private Adresse und private Telefonnummer an die Ärztekammer Niedersachsen weitergeleitet wird.
- Wir sind damit einverstanden, dass der Zulassungsausschuss den Gesellschaftsvertrag zur Prüfung der berufsrechtlichen Belange an die Ärztekammer Niedersachsen weiterleitet.<sup>16</sup>

### Unterschriften aller Gründer:

Ort/Datum	Name/Unterschrift
Ort/Datum	Name/Unterschrift
Ort/Datum	Name/Unterschrift
Ort/Datum	Name/Unterschrift

<sup>16</sup> Die Freigabe der Weitergabe von Daten an die Ärztekammer gilt nicht für Psychotherapeuten.



**Anlage 1 zum Antrag auf Zulassung als MVZ / weitere Antragsteller / Gründer**

**Antragsteller / Gründer Nr.**

Titel, Vorname, Name oder Bezeichnung des Gründers:

---

Straße, Hausnummer (Hauptwohnsitz):

---

PLZ, Ort:

---

Telefon, Fax:

---

E-Mail:

---

Gründerstatus:

---

LANR (verpflichtend für Vertragsärzte außerhalb Niedersachsens)

---

**Antragsteller / Gründer Nr.**

Titel, Vorname, Name oder Bezeichnung des Gründers:

---

Straße, Hausnummer (Hauptwohnsitz):

---

PLZ, Ort:

---

Telefon, Fax:

---

E-Mail:

---

Gründerstatus:

---

LANR (verpflichtend für Vertragsärzte außerhalb Niedersachsens)

---

**Antragsteller / Gründer Nr.**

Titel, Vorname, Name oder Bezeichnung des Gründers:

---

Straße, Hausnummer (Hauptwohnsitz):

---

PLZ, Ort:

---

Telefon, Fax:

---

E-Mail:

---

Gründerstatus:

---

LANR (verpflichtend für Vertragsärzte außerhalb Niedersachsens)

---

**Antragsteller / Gründer Nr.**

Titel, Vorname, Name oder Bezeichnung des Gründers:

---

Straße, Hausnummer (Hauptwohnsitz):

---

PLZ, Ort:

---

Telefon, Fax:

---

E-Mail:

---

Gründerstatus:

---

LANR (verpflichtend für Vertragsärzte außerhalb Niedersachsens)

---



## **Anlage 2 zum Antrag auf Zulassung als MVZ / Vertretungsberechtigten des MVZ**

### **Im MVZ rechtlich vertretungsberechtigte Person**

Titel, Vorname, Name: \_\_\_\_\_  
LANR (sofern vorhanden)\*\*: \_\_\_\_\_  
Funktion (Tätigkeit): \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer (Hauptwohnsitz): \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon (dienstlich): \_\_\_\_\_  
E-Mail (gem. Satzung der KVN): \_\_\_\_\_

Ein Nachweis der Vertretungsberechtigung ist beigelegt.

### **Im MVZ rechtlich vertretungsberechtigte Person**

Titel, Vorname, Name: \_\_\_\_\_  
LANR (sofern vorhanden)\*\*: \_\_\_\_\_  
Funktion (Tätigkeit): \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer (Hauptwohnsitz): \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon (dienstlich): \_\_\_\_\_  
E-Mail (gem. Satzung der KVN): \_\_\_\_\_

Ein Nachweis der Vertretungsberechtigung ist beigelegt.

### **Im MVZ rechtlich vertretungsberechtigte Person**

Titel, Vorname, Name: \_\_\_\_\_  
LANR (sofern vorhanden)\*\*: \_\_\_\_\_  
Funktion (Tätigkeit): \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer (Hauptwohnsitz): \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon (dienstlich): \_\_\_\_\_  
E-Mail (gem. Satzung der KVN): \_\_\_\_\_

Ein Nachweis der Vertretungsberechtigung ist beigelegt.

### **Im MVZ rechtlich vertretungsberechtigte Person**

Titel, Vorname, Name: \_\_\_\_\_  
LANR (sofern vorhanden)\*\*: \_\_\_\_\_  
Funktion (Tätigkeit): \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer (Hauptwohnsitz): \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon (dienstlich): \_\_\_\_\_  
E-Mail (gem. Satzung der KVN): \_\_\_\_\_

Ein Nachweis der Vertretungsberechtigung ist beigelegt.



**Anlage 3 zum Antrag auf Zulassung als MVZ / weitere im MVZ tätige Ärzte:**

**Im MVZ tätiger Arzt Nr.**

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

Straße, Hausnummer (Hauptwohnsitz): \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Facharzt-/Schwerpunkt-/Zusatzbezeichnung

**Im MVZ tätiger Arzt Nr.**

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

Straße, Hausnummer (Hauptwohnsitz): \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Facharzt-/Schwerpunkt-/Zusatzbezeichnung

**Im MVZ tätiger Arzt Nr.**

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

Straße, Hausnummer (Hauptwohnsitz): \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Facharzt-/Schwerpunkt-/Zusatzbezeichnung

**Im MVZ tätiger Arzt Nr.**

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

Straße, Hausnummer (Hauptwohnsitz): \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Facharzt-/Schwerpunkt-/Zusatzbezeichnung

**Im MVZ tätiger Arzt Nr.**

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

Straße, Hausnummer (Hauptwohnsitz): \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Facharzt-/Schwerpunkt-/Zusatzbezeichnung



**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](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.



**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:**

### **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“.