

# Verzichtserklärung

gem. § 28 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV)

## Zulassungsausschuss für Ärzte

bei der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg  
Pappelallee 5, 14469 Potsdam  
Tel.: 0331/ 2309-970

Posteingangsstempel

## Verzichtender bzw. Verzichtende

Titel, Vor- und Nachname:

Vertragsarztsitz bzw.  
Vertragspsychotherapeutensitz  
(Adresse):

Telefonnummer für Rückfragen:

E-Mail-Adresse:

**Ich möchte meine vertragsärztliche bzw. vertragspsychotherapeutische Tätigkeit am vorstehend aufgeführten Vertragsarztsitz bzw. Vertragspsychotherapeutensitz**

- ☐ **beenden und erkläre hiermit den Verzicht auf meine Zulassung zur vertragsärztlichen bzw. vertragspsychotherapeutischen Versorgung.**

### alternativ

- ☐ **fortführen, jedoch im Umfang auf einen**
- ☐ **dreiviertel Versorgungsauftrag**      ☐ **hälftigen Versorgungsauftrag**

**beschränkt. Im übrigen Umfang verzichte ich hiermit auf meine Zulassung zur vertragsärztlichen bzw. vertragspsychotherapeutischen Versorgung.**

**Mir ist bekannt, dass es der gesetzliche Regelfall ist, dass meine Verzichtserklärung mit dem Ende des Quartals wirksam wird, das auf das Quartal folgt, in dem meine Erklärung beim Zulassungsausschuss postalisch eingeht.**

- ☐ **Abweichend vom Regelfall beantrage ich, dass die Wirkung meiner Verzichtserklärung zu einem anderen Zeitpunkt eintritt und zwar mit Ablauf des (Datum):**

Soweit die Frist des Regelfalls **verkürzt** werden soll, hat dies folgende Begründung:

(ggfs. auf gesondertem Blatt weiter ausführen):

## Datum, Unterschrift und (Praxis-) Stempel des/der Verzichtenden

Zulassungsausschuss für Ärzte bei der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg  
Verzichtserklärung

Ver.: 11.11.2025  
Seite 1 von 1

# Verzichtserklärung

- Hinweise -

1. Die Verzichtserklärung ist schriftlich abzugeben, d.h. sie muss eigenhändig unterschrieben sein und im Original beim Zulassungsausschuss eingehen. Ob die Übermittlung per Telefax das Formgebot wahrt, wird durch die Landessozialgerichte nicht einheitlich bewertet und ist höchststrichterlich nicht entschieden. Im eigenen Interesse übermitteln Sie die Erklärung daher vorsorglich stets im Original per Post. Sie können Ihre Erklärung daneben gern vorab per E-Mail an [gst-za@kvbb.de](mailto:gst-za@kvbb.de) übersenden.
2. Soweit Sie eine Verkürzung der Frist beantragen (§ 28 Abs. 1 Satz 2 Ärzte-ZV), kommt als frühestmöglicher Zeitpunkt das Datum des postalischen Eingangs Ihrer Erklärung beim Zulassungsausschuss in Betracht. Eine rückwirkende Beendigung Ihres Zulassungsstatus widerspricht den Grundsätzen der vertragsärztlichen Versorgung.
3. Zur einschlägigen Rechtsgrundlage in § 28 Ärzte-ZV (der gleichermaßen für Ärzte und Psychotherapeuten gilt) wird in der Kommentierung Folgendes erläuternd ausgeführt (Schallen, Zulassungsverordnung, 9. Aufl., § 28 Rn. 4 f.):

*„Bei dem Verzicht auf die Zulassung handelt es sich um eine einseitige empfangsbedürftige Willenserklärung, die keiner Annahme bedarf und deshalb mit Zugang beim Zulassungsausschuss wirksam wird (§ 130 BGB). Das bedeutet, dass der Arzt, der eine entsprechende Erklärung abgegeben hat, sich von ihr nicht mehr lösen kann (BSG vom 6.10.1981).“*

*„Der gegenüber dem Zulassungsausschuss erklärte Verzicht wird auch dann wirksam, wenn sich der Vertragsarzt über die Wirksamkeit der Verzichtserklärung nicht im Klaren war oder die Beweggründe, die für seine Verzichtserklärung maßgebend waren, sich nicht haben realisieren lassen (z.B. Fehlschlagen des Praxisverkaufs oder der Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes).“*

Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die KVBB (Art. 13 und 14 DSGVO) können Sie unter <http://www.kvbb.de/datenschutz> einsehen.

Falls Sie nicht über einen Internetzugang verfügen sollten, senden wir Ihnen diese gerne postalisch zu.