



## Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines angestellten Arztes im Rahmen eines sog. Jobsharing-Anstellungsverhältnisses

**Folgende Unterlagen sind bei einem Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines angestellten Arztes im Rahmen eines Jobsharings einzureichen:**

- Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines angestellten Arztes  
**Bitte verwenden Sie ausschließlich unser anliegendes Antragsformular**
- Schriftlicher Arbeitsvertrag unter Angabe der Arbeitszeiten und des Tätigkeitsortes  
**im Original oder als amtlich beglaubigte Fotokopie**
- Verpflichtungserklärung zur Leistungsbegrenzung:**  
Besondere Voraussetzung für die Genehmigung der Anstellung im Rahmen eines sog. Jobsharing-Anstellungsverhältnisses ist die Abgabe einer schriftlichen Erklärung gegenüber dem Zulassungsausschuss, in welcher der Antragsteller sich für die Dauer der Anstellung zu einer Leistungsbegrenzung verpflichtet. Diese Verpflichtungserklärung geht Ihnen **nach Einreichung des Antrags** als **gesondertes Formular** zu.

### Folgende Unterlagen beziehen sich auf den anzustellenden Arzt

- Erklärung über bestehende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse (siehe Antragsformular)
- Erklärung über Suchtfreiheit (siehe Antragsformular)
- Aktueller Auszug aus dem Arztregister
- Bescheinigungen (Arbeitszeugnisse) über bisher ausgeübte ärztliche Tätigkeiten  
**im Original oder als amtlich beglaubigte Fotokopie**  
(ab Datum der Eintragung in das Arztregister)
- Aufstellung der bisherigen ärztlichen Tätigkeiten (siehe Antragsformular Anlage 1)  
**Die Daten müssen mit den Daten in den vorgelegten Bescheinigungen übereinstimmen**
- Ein unterschriebener 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
- ggf. Fortbildungsnachweis (siehe Antragsformular)
- Bescheinigung der KV über Niederlassung bzw. Zulassung  
(nur erforderlich, falls bereits im Bezirk einer anderen Landes-KV zugelassen)
- Versicherungsbescheinigung nach § 113 Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz zum Nachweis einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung **im Original oder als amtlich beglaubigte Fotokopie** (siehe Musterbescheinigung im Antragsformular)

**Für den Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines angestellten Arztes 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. Gemäß § 38 Ärzte-ZV wird über Ihren Antrag erst nach Entrichtung der Gebühr verhandelt.**

**Nach erfolgter Genehmigung der Anstellung erhebt die Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses gemäß § 46 Abs. 2 Buchst. c Ärzte-ZV eine weitere Gebühr in Höhe von 400,00 Euro. Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen hat gemäß § 46 Abs. 2 Buchst. d i.V.m. § 32b Abs. 4 Ärzte-ZV weitere 400,00 Euro an Verwaltungsgebühren zu erheben.**

**Soweit es sich um die Nachbesetzung einer bereits genehmigten Anstellung handelt, reduzieren sich die genannten Gebühren gem. § 46 Abs. 4 S. 4 Ärzte-ZV um 50 Prozent.**



**KVN**

Kassenärztliche Vereinigung  
Niedersachsen

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 zur Beschäftigung eines angestellten Arztes im Rahmen eines soq. Jobsharing-Anstellungsverhältnisses**

### **I. Antragsteller/in<sup>1</sup>**

Titel, Vorname, Name:

oder Bezeichnung des MVZ / der BAG<sup>2</sup>:

für Vertragsärzte: LANR:

(= lebenslange Arztnummer)

Vertragsarztsitz: Straße, Hausnummer

PLZ, Ort:

Telefon, Fax:

E-Mail:

### **II. Die Genehmigung soll für folgenden Arzt erteilt werden**

Titel, Vorname, Name:

LANR: (= lebenslange Arztnummer, falls schon vorhanden)

Approbationsdatum:

Hauptwohnsitz: Straße, Hausnummer

PLZ, Ort:

Telefon, Fax:

E-Mail:

als:

Facharztbezeichnung

ggf. Schwerpunktbezeichnung, die geführt werden soll

**Nur für Internisten:** Der angestellte Arzt soll an der

- hausärztlichen Versorgung  fachärztlichen Versorgung

teilnehmen.

Ab dem:

Datum des Beginns der Anstellungsgenehmigung (**nur zu Quartalsbeginn zulässig!**)

<sup>1</sup> Antragsteller bzw. Genehmigungsadressat kann ein Vertragsarzt, ein medizinisches Versorgungszentrum oder eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) als solche sein.

<sup>2</sup> Soweit ein Vertragsarzt Mitglied einer BAG ist, muss der Antrag auf Erteilung einer Anstellungsgenehmigung von der BAG gestellt werden und alle Gesellschafter der BAG müssen den Antrag und den Anstellungsvertrag unterzeichnen. Die Erteilung einer Anstellungsgenehmigung an einen einzelnen Arzt einer BAG ist nicht mehr möglich. Soweit es sich um eine überörtliche BAG handelt, muss angegeben werden, an welchem Vertragsarztsitz der Mitglieder die Anstellung erfolgen soll.



### Tätigkeitsumfang des angestellten Arztes:

---

Angabe des wöchentlichen Zeitumfangs in Stunden

### III. Tätigkeitsort des angestellten Arztes ist:

- mein Vertragsarztsitz / der Vertragsarztsitz der Mitglieder der BAG (bei üBAG der unter I. angegebene Vertragsarztsitz)
- am Ort einer bereits genehmigten Zweigpraxis<sup>3</sup>

**Zweigpraxis:** Straße, Hausnummer

PLZ, Ort:

Genehmigungsdatum:

### IV. Der angestellte Arzt ist im Arztregister

- eingetragen                       nicht eingetragen

bei der Kassenärztlichen Vereinigung:

### V. Nachbesetzung einer bereits genehmigten Anstellung?

Soll die Anstellung im Wege der Nachbesetzung einer bereits genehmigten Anstellung erfolgen?  ja  nein

---

Falls ja, Name des bisher angestellten Arztes, dessen Anstellung geendet hat oder reduziert wurde

### VI. Fortbildungsnachweis (Fortbildungszertifikat) des anzustellenden Arztes

Ein Fortbildungsnachweis (Fortbildungszertifikat der Ärztekammer) ist nur dann erforderlich, wenn vom anzustellenden Arzt seit dem 01.07.2004 eine vertragsärztliche Tätigkeit in Form einer Zulassung, Anstellung bei Vertragsärzten oder MVZ (ohne Weiterbildungs- und Sicherstellungs-assistenz) 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.

### VII. Antrag auf Anpassung Leistungsobergrenze gem. § 44 Bedarfsplanungs-Richtlinie

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.

---

<sup>3</sup> Eine Anstellung im Wege des Jobsharings für eine ausschließliche Tätigkeit in einer Zweigpraxis ist nur zulässig, wenn sich die Zweigpraxis im gleichen Planungsbereich wie der Vertragsarztsitz befindet.



**KVN**

Kassenärztliche Vereinigung  
Niedersachsen

**VI. 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>4</sup>

---

Ort/Datum

Name/Unterschrift(en) des/der Antragsteller/s

---

Ort/Datum

Name/Unterschrift des anzustellenden Arztes

---

<sup>4</sup> Die Mindestversicherungssumme beträgt bei Praxen mit angestellten Ärzten gem. § 95e Abs. 5 SGB V 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.



**KVN**

Kassenärztliche Vereinigung  
Niedersachsen

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

**über das Bestehen eines Berufshaftpflichtversicherungsschutzes für Medizinische Versorgungszentren (MVZ)<sup>5</sup> sowie Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten mit angestellten Ärzten und Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) mit angestellten Ärzten (nachfolgend: Leistungserbringer)**

Name und Sitz des Leistungserbringers<sup>6</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>7</sup> beträgt EUR \_\_\_\_\_<sup>8</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>5</sup> Diese Bescheinigung ist für MVZ mit angestellten Ärzten und mit zugelassenen Vertragsärzten zu verwenden.

<sup>6</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>7</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>8</sup> Anzugeben ist die tatsächliche Versicherungssumme.



**KVN**

Kassenärztliche Vereinigung  
Niedersachsen

### VIII. Erklärung des anzustellenden Arztes gem. § 18 Abs. 2 Nr. 5 und § 21 Ärzte-ZV<sup>9</sup>

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, noch gegen mich ein strafrechtliches Ermittlungsverfahren oder ein Strafverfahren schwebt, noch ein Disziplinarverfahren oder berufsgerichtliches Verfahren gegen mich anhängig ist.

---

Ort/Datum

Name/Unterschrift

### IX. Erklärung des anzustellenden Arztes 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 des Arbeitgebers

---

Art und Zeitumfang der ausgeübten Tätigkeit

Das zurzeit bestehende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis

- kann frühestens zum \_\_\_\_\_ beendet werden.
- ist mit Wirkung zum \_\_\_\_\_ gekündigt worden.
- soll in folgendem Zeitumfang fortgeführt werden: \_\_\_\_\_ Wochenstunden

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

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

---

Ort/Datum

Name/Unterschrift des anzustellenden Arztes

---

<sup>9</sup> Falls nicht zutreffend, bitte den entsprechenden Absatz streichen.



## 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.

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“.