

Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines angestellten Arztes

Folgende Unterlagen sind bei einem Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines angestellten Arztes 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

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
- Bescheinigung der KV über Niederlassung bzw. Zulassung
(nur erforderlich, falls bereits im Bezirk einer anderen Landes-KV zugelassen)
- ggf. Fortbildungsnachweis (siehe Antragsformular)
- ggf. Verzichtserklärung zugunsten einer Anstellung
- Versicherungsbescheinigung nach § 113 Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz zum Nachweis einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung **im Original oder als amtlich beglaubigte Fotokopie** (siehe 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 Kassenärztlichen 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.

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

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

I. Antragsteller/in¹

Titel, Vorname, Name:

oder Bezeichnung des MVZ / der BAG²:

für Vertragsärzte: LANR:

(= lebenslange Arztnummer)

Vertragsarztsitz: Straße, Hausnummer

PLZ, Ort:

Telefon, Fax:

E-Mail:

II. Die Genehmigung soll für folgenden Arzt erteilt werden³

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

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

² 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.

³ Verzichtet der anzustellende Arzt auf seine Zulassung, um sich anstellen zu lassen, muss dieser das Formular „Verzicht zugunsten einer Anstellung“ ausfüllen.

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 Zweigpraxis⁴

Zweigpraxis: Straße, Hausnummer

PLZ, Ort:

Genehmigungsdatum Zweigpraxisgenehmigung:

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. Verzicht zu Gunsten einer Anstellung?

Falls die Anstellung in einem wegen Überversorgung gesperrten Planungsbereich im Wege des Verzichts zu Gunsten einer Anstellung erfolgen soll:

Ist es beabsichtigt, das Anstellungsverhältnis mit dem verzichtenden Arzt mind. 3 Jahre bestehen zu lassen⁵?

- ja nein

VII. Übernahme eines ausgeschriebenen Vertragsarztsitzes?

Soll die Anstellung im Wege der Nachbesetzung eines ausgeschriebenen Sitzes erfolgen?

- ja nein

Falls ja, Name des abgebenden Arztes / MVZ

⁴ Soweit eine Anstellung für eine ausschließliche Tätigkeit in einer Zweigpraxis genehmigt wird, ist eine Tätigkeit des angestellten Arztes am Vertragsarztsitz nicht zulässig!

⁵ Eine Reduzierung der Arbeitszeit und Nachbesetzung der Stelle im Umfang einer Viertelstelle ist erstmals nach einem Jahr Tätigkeit im Anstellungsverhältnis zulässig.

VIII. 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.

IX. 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 bei⁶

Ort/Datum

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

Ort/Datum

Name/Unterschrift des anzustellenden Arztes

⁶ 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.

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: _____

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.

X. Erklärung des anzustellenden Arztes 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, noch gegen mich ein strafrechtliches Ermittlungsverfahren oder ein Strafverfahren schwebt, noch ein Disziplinarverfahren oder berufsgerichtliches Verfahren gegen mich anhängig ist.

Ort/Datum

Name/Unterschrift

XI. 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 angestellten Arztes

¹¹ Falls nicht zutreffend, bitte den entsprechenden Absatz streichen.

Anlage 1: Aufstellung der bisherigen ärztlichen Tätigkeiten des anzustellenden Arztes						
Titel, Vorname, Name:		Nachweise, die noch nicht in der Arztregisterakte vorhanden sind, müssen im Original oder als amtlich beglaubigte Kopie beigelegt werden				
Beginn und Ende der Tätigkeit		Wochenstunden	Institution, Praxis, Ort	Art der Tätigkeit (z. B. Assistenzarzt, Praxisvertreter)	Nachweis in Arztregister-Akte	Nachweis liegt als Anlage bei:
TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ					
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte dokumentieren Sie auch die Zeiten, in denen Sie nicht ärztlich tätig waren, da die Aufstellung lückenlos vorliegen muss!

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

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.

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

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“.