

Antrag auf Verlegung einer genehmigten Anstellung

(Grds. nur möglich zwischen MVZ in gleicher Trägerschaft oder bei gleichen Gesellschaftern)¹

Folgende Unterlagen sind bei einem Antrag auf Genehmigung einer Anstellung im Wege der Verlegung einzureichen:

Checkliste:

- Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines angestellten Arztes im Wege der Verlegung einer genehmigten Anstellung
Bitte verwenden Sie ausschließlich unser anliegendes Antragsformular
- Schriftlicher Arbeitsvertrag unter Angabe der Arbeitszeiten und des (neuen) Tätigkeitsortes
im Original oder als amtlich beglaubigte Fotokopie
- Einverständniserklärung des bisherigen Inhabers der Anstellungsgenehmigung mit der Verlegung und gleichzeitige Mitteilung der Beendigung / Reduzierung des Anstellungsverhältnisses
(siehe letzte Seite Antragsformular)

Folgende Unterlagen beziehen sich auf den anzustellenden Arzt

- Erklärung über bestehende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse (siehe Antragsformular)
- Erklärung über Suchtfreiheit (siehe Antragsformular)
- Auszug aus dem Arztregister
- Polizeiliches Führungszeugnis der Belegart „O“ (zur Vorlage bei Behörden) – Für Fachgebiete, die ausschließlich oder überwiegend Minderjährige behandeln, als „erweitertes Führungszeugnis“ nach § 30a Bundeszentralregistergesetz - (zum Zeitpunkt der Sitzung nicht älter als sechs Monate)
- ggf. Fortbildungsnachweis (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.

¹ Nach der Rechtsprechung des BSG, Urt. v. 11.10.2017, Az. B 6 KA 38/16, ist die Vorschrift des § 24 Abs. 7 S. 2 Ärzte-ZV in der Weise auszulegen, dass sie lediglich die Übertragung von Anstellungsgenehmigungen von einem MVZ in ein anderes MVZ in gleicher Trägerschaft oder bei Identität der Gesellschafter ermöglichen soll. Darüber hinaus ist eine Verlegung auch in vergleichbaren Konstellationen (z.B. Wechsel eines angestellten Arztes von einem Vertragsarzt zu einer BAG, in der der Vertragsarzt Mitglied ist) möglich.



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 Wege der Verlegung einer genehmigten Anstellung

I. Antragsteller/in²

Titel, Vorname, Name:
oder Bezeichnung des MVZ / der BAG³:
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

² Antragsteller bzw. Genehmigungsadressat kann grds. nur ein MVZ sein.

³ Soweit der Antrag ausnahmsweise von einer (überörtlichen BAG) gestellt wird, müssen alle Gesellschafter der BAG den Antrag und den Anstellungsvertrag unterzeichnen. Die Erteilung eine 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:

- 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. 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.

Ort/Datum

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

Ort/Datum

Name/Unterschrift des anzustellenden Arztes

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



VI. Erklärung des anzustellenden Arztes gem. § 18 Abs. 2 Nr. 5 und § 21 Ärzte-ZV⁵

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

VII. 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

⁵ Falls nicht zutreffend, bitte den entsprechenden Absatz streichen.



Einverständniserklärung des bisherigen Inhabers der Anstellungsgenehmigung

Bisheriger Inhaber der Anstellungsgenehmigung:

Titel, Vorname, Name:
oder Bezeichnung des MVZ / der BAG: _____
für Vertragsärzte: LANR:
(= lebenslange Arztnummer) _____
Vertragsarztsitz: Straße, Hausnummer _____
PLZ, Ort: _____
Telefon, Fax: _____
E-Mail: _____

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass Herrn / Frau bzw. dem MVZ / der BAG

Name Vertragsarzt / Vertragsärztin oder
Bezeichnung des MVZ / der BAG: _____
Straße, Hausnummer _____
PLZ, Ort: _____

für den/die bisher bei mir/uns angestellte(n) Arzt/Ärztin:

Titel, Vorname, Name: _____
LANR: (= lebenslange Arztnummer) _____
Facharzt/Fachärztin für: _____

**eine Anstellungsgenehmigung im Umfang der bisherigen Genehmigung (ggf. im Umfang von _____
Wochenstunden) im Wege der Verlegung einer genehmigten Anstellung erteilt wird.**

Es wird deshalb hiermit gegenüber dem Zulassungsausschuss mitgeteilt, dass das Anstellungsverhältnis bei
mir/uns mit Ablauf des _____
(Datum)

- beendet wird/wurde
- auf eine wöchentliche Arbeitszeit von _____ Stunden reduziert wird/wurde
(in diesem Fall bitte den geänderten Arbeitsvertrag im Original oder als amtlich
beglaubigte Fotokopie beifügen).

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel des /der bisherigen Inhaber/s der Anstellungsgenehmigung

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.



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

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“.