

 <b>KV SAARLAND</b> KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG ÄRZTE BEREITSCHAFT SAAR 	<b>Antrag auf Teilnahme am Bereitschaftsdienst          der KV Saarland als Kooperationsarzt</b>	Dezernat ET
		Stand 09.10.2024
		P-Nr. K1.2.2
		Seite 1 von 9

**Kassenärztliche Vereinigung Saarland**  
**Dezernat Eigeneinrichtungen/Terminservice**  
**Europaallee 7-9**  
**66113 Saarbrücken**

Bitte Antrag vollständig und gut lesbar in Druckschrift ausfüllen

<b>Name, Vorname:</b>		<b>Geburtsdatum:</b>	
<b>Titel:</b>		<b>Nationalität:</b>	
<b>Privatanschrift:</b>			
 <b>Privat:</b>	<b>Handy Privat:</b>	<b>Fax:</b>	
<b>Dienstanschrift:</b>			
 <b>dienstlich:</b>			
<b>Verbindliche E-Mailadresse für die Benutzung der Dienstplanungssoftware BD-Online:</b>			
<b>Verbindliche Telefonnummer (möglichst Mobilfunknummer) für die Erreichbarkeit im Bereitschaftsdienst (wird auch an die Integrierte Leitstelle Saarland weitergegeben):</b>			

**Bislang wurde bereits eine Tätigkeit als Arzt im Vertreterverzeichnis der KV Saarland durchgeführt?**  
 JA  wenn ja, bis wann? \_\_\_\_\_ NEIN

Ich bin zur Zeit in keinem Arztregister eingetragen.  
 Ich bin bereits im Arztregister der KV \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ eingetragen.  
Kassenärztlichen Vereinigung LANR

Hinweis: Die Beantwortung von Nr. 1-3 ist nur erforderlich, sofern in der Vergangenheit noch keine Aufnahme ins Vertreterverzeichnis der KV Saarland erfolgt. Auch von bei Vertragsärzten oder MVZ angestellten Ärzten ist die Beantwortung nicht notwendig.

**1.) Datum Ihrer Approbation:**

\_\_\_\_\_ **(beglaubigte Kopie ist beizufügen)**

**2.) Für Bewerber ohne Approbationsurkunde:**

Eine Berufserlaubnis nach § 10 Bundesärzteordnung (BÄO) liegt für den kompletten Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland vor:

ja  nein

Berufserlaubnis ist gültig bis: \_\_\_\_\_

**(Kopie Berufserlaubnis ist beizufügen - bei befristeter Berufserlaubnis, bitte nach Verlängerung Wiedervorlage bei der KV Saarland)**

**3.) Bisheriger ärztlicher Werdegang:**

**(Bitte alle Zeugnisse Ihrer bisherigen ärztlichen Tätigkeit in Kopie beifügen)**

**a.) davon klinische Tätigkeit:**

**(Name und Ort der Klinik)**

Anästhesie	_____	Monate	in:	_____
Chirurgie	_____	Monate	in:	_____
Innere Medizin	_____	Monate	in:	_____
Pädiatrie	_____	Monate	in:	_____
sonstige	_____	Monate	in:	_____

**b.) davon Tätigkeit in Praxen niedergelassener Ärzte: (Name und Ort der Praxis)**

Allgemeinmedizin	_____	Monate	in:	_____
Chirurgie	_____	Monate	in:	_____
Innere Medizin	_____	Monate	in:	_____
sonstige	_____	Monate	in:	_____

**c.) bereits erworbene Gebietsarzt-, Fachkundebezeichnung etc.:**

**(Kopie Facharztzeugnis ist beizufügen)**

\_\_\_\_\_

**4.) Angaben zur aktuellen Tätigkeit:**

**a) Wird aktuell eine ärztliche Tätigkeit durchgeführt?**

ja  nein

**b) Wenn ja, seit wann besteht diese Tätigkeit?** \_\_\_\_\_

**c) Zeitlicher Umfang der Tätigkeit?** \_\_\_\_\_

**d) In welcher Form wird die Tätigkeit ausgeübt?**

als Weiterbildungsassistent

als Arzt im Krankenhaus

sonstige: \_\_\_\_\_ (bitte erläutern)

**e) Name und Adresse des Arbeitgebers:**

---

**5.) Nachweis einer Berufshaftpflichtversicherung: (Kopie Versicherungsnachweis ist beizufügen)**

\_\_\_\_\_  
(Name und Anschrift des Versicherungsunternehmens, Versicherungsnummer)

**Anlage 1:** „Erklärung zur Berufshaftpflichtversicherung für Vertreter im Vertreterverzeichnis der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland“ ausfüllen und unterschreiben

**Anlage 2:** Vordruck „Nachweis einer ärztlichen Berufshaftpflichtversicherung für den ärztlichen Bereitschaftsdienst“

**6.) Nachweis eines elektronischen Heilberufsausweises (eHBA) der 2. Generation:**

(Kopie Vorder- und Rückseite des elektronischen Heilberufsausweises ist beizufügen)

**7.) Verschwiegenheitserklärung für Kooperationsärzte:**

**Anlage 3:** „Verschwiegenheitserklärung Kooperationsärzte“ ausfüllen und unterschreiben

**8.) Einfaches polizeiliches Führungszeugnis:**

(Bitte Beleg N im Original (nicht älter als 6 Monate) beifügen)

---

**Ich bestätige, alle Daten wahrheitsgemäß angegeben zu haben. Mit Abschluss der Kooperationsvereinbarung erkläre ich mich einverstanden, dass meine Daten im benötigten Umfang in den im ärztlichen Bereitschaftsdienst genutzten Systemen erfasst, genutzt und veröffentlicht werden dürfen. Mir ist bekannt, dass somit alle Personen mit Zugriff auf diese Systeme (alle am Bereitschaftsdienst teilnehmenden Kollegen, Ärztliche Bereitschaftsdienstbeauftragte, berechnigte KVS-Mitarbeiter, Mitarbeiter der Bereitschaftsdienstpraxen) zumindest meinen vollständigen Namen, Arztstatus, meine Telefonnummer für die Erreichbarkeit im ärztlichen Bereitschaftsdienst sowie meine von mir angegebene E-Mailadresse zur Kenntnis nehmen können.**

**Zudem ist mir bekannt, dass zumindest mein vollständiger Name, mein Arztstatus und meine Telefonnummer für die Erreichbarkeit im ärztlichen Bereitschaftsdienst der Integrierten Leitstelle Saarland übermittelt werden.**

**Die Information zum Datenschutz habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.**

**Mir ist bekannt, dass meine oben erteilten Einwilligungen jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden können. Ein Widerruf der Einwilligung ist mit der Beendigung der Kooperationsvereinbarung mit der KV Saarland verbunden.**

---

Ort, Datum

Unterschrift

**Kassenärztliche Vereinigung Saarland  
Dezernat Eigeneinrichtungen/Terminservice  
Europaallee 7-9  
66113 Saarbrücken**

**Erklärung zur Berufshaftpflichtversicherung  
für Kooperationsärzte zur Teilnahme  
am ärztlichen Bereitschaftsdienst der KV Saarland**

Mir ist bekannt, dass ich gemäß § 7 Abs. 9 der Bereitschaftsdienstordnung in Verbindung mit § 1 Abs. 2e der Kooperationsvereinbarung für meine Tätigkeit als Kooperationsarzt verpflichtet bin, einen ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutz abzuschließen.

Ich bestätige das Bestehen des entsprechenden Versicherungsschutzes.

Außerdem verpflichte ich mich, jede Veränderung des bestehenden, mittels Bescheinigung nachgewiesenen Versicherungsschutzes unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland/Dezernat Eigeneinrichtungen/Terminservice schriftlich mitzuteilen.

_____	_____	_____
Titel Vorname Name	Unterschrift	Datum

Kassenärztliche Vereinigung Saarland  
Dezernat Eigeneinrichtungen/Terminservice  
Europaallee 7-9  
66113 Saarbrücken

**Nachweis einer ärztlichen Berufshaftpflichtversicherung  
für den ärztlichen Bereitschaftsdienst**

Hiermit wird bestätigt, dass für

\_\_\_\_\_

(Titel Vorname Name)

\_\_\_\_\_

(geboren am)

\_\_\_\_\_

(Anschrift)

**aktuell bei unserem Versicherungsunternehmen eine Berufshaftpflichtversicherung besteht.  
Der Versicherungsschutz beinhaltet die Tätigkeit des vorgenannten Arztes im ärztlichen  
Bereitschaftsdienst.**

**Angaben zum bestehenden Vertrag sowie Versicherungsgesellschaft:**

\_\_\_\_\_

(Name und Anschrift des Versicherungsunternehmens)

\_\_\_\_\_

(Nummer des Versicherungsscheins)

\_\_\_\_\_

(Beginn des Versicherungsschutzes)

\_\_\_\_\_

(Anzahl der im Vertrag abgesicherten ärztlichen Bereitschaftsdienste **pro Jahr**)

\_\_\_\_\_

(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_

(Unterschrift und Stempel Versicherungsunternehmen)

## Anlage 3

Kassenärztliche Vereinigung Saarland  
Dezernat Eigeneinrichtungen/Terminservice  
Europaallee 7-9  
66113 Saarbrücken



### Verschwiegenheitserklärung Kooperationsärzte

Hiermit erkläre ich, \_\_\_\_\_  
Titel Vorname Name

dass ich über die Regelungen der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), des Saarländischen Datenschutzgesetzes (SDSG), über weitere für das Datengeheimnis bedeutsame Bestimmungen sowie über die Leitlinie Informationssicherheit (IS-Leitlinie) und aller dazu gehörenden IS-Richtlinien informiert wurde. Ich bestätige, dass ich mit den sich daraus ergebenden besonderen Anforderungen an die Daten-/Informationssicherheit und den Datenschutz bei der Ausübung meiner Tätigkeit vertraut gemacht und auf die Einhaltung des Datengeheimnisses nach § 13 SDSG verpflichtet wurde.

Mir ist bekannt, dass personenbezogene Daten so verarbeitet werden müssen, dass das Recht der davon betroffenen Personen auf Vertraulichkeit und Integrität (Echtheit) ihrer Daten gewährleistet ist.

Ich bin darüber informiert, dass personenbezogene Daten (Sozialdaten), besonders sensible Daten und auch Gesundheitsdaten nur zu dem jeweils gesetzlich vorgesehenen Zweck verarbeitet werden dürfen. Mir ist bekannt, dass die unbefugte oder unrechtmäßige Verarbeitung, Vernichtung, Veränderung oder Offenlegung personenbezogener Daten untersagt ist.

Ich verpflichte mich zur Geheimhaltung aller Informationen, die mir im Rahmen meiner Tätigkeit bei der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland bekannt sind bzw. werden. Die Verpflichtung auf die Vertraulichkeit besteht ohne zeitliche Begrenzung auch nach der Beendigung der Vertretertätigkeit fort.

Mir ist bekannt, dass Verstöße gegen die Datenschutzvorschriften ggf. mit Geldbuße, Geldstrafe oder Freiheitsstrafe geahndet werden und/oder einen Schadensersatzanspruch der betroffenen Person auslösen können, wenn dieser durch die unzulässige Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten ein materieller oder immaterieller Schaden entstanden ist.

Ich wurde darüber belehrt, dass ein Verstoß gegen die Vertraulichkeits- und Datenschutzvorschriften einen Verstoß gegen die Verschwiegenheitserklärung darstellt, der entsprechend, u.a. mit dem Ausschluss aus dem Vertreterverzeichnis, geahndet werden kann.

Ein Merkblatt (Anlage Gesetzesauszüge) mit den mir zur Kenntnis gebrachten Vorschriften habe ich erhalten.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Die vorliegende Auswahl gesetzlicher Vorschriften soll Ihnen einen Überblick über das datenschutzrechtliche Regelwerk verschaffen. Die Darstellung erfolgt exemplarisch und ist keineswegs vollständig.

### Saarländisches Datenschutzgesetz

#### **§ 13**

Denjenigen Personen, die bei öffentlichen Stellen oder ihren Auftragnehmerinnen oder Auftragnehmern dienstlichen Zugang zu personenbezogenen Daten haben, ist es untersagt, solche Daten unbefugt zu verarbeiten; dies gilt auch nach Beendigung ihrer Tätigkeit. Diese Personen sind über die bei ihrer Tätigkeit zu beachtenden Vorschriften über den Datenschutz zu unterrichten.

#### **§ 27**

(1) Ordnungswidrig handelt, wer entgegen der Verordnung (EU) 2016/679, diesem Gesetz oder einer anderen Rechtsvorschrift zum Schutz personenbezogener Daten geschützte personenbezogene Daten, die nicht offenkundig sind, unbefugt erhebt, speichert, verwendet, verändert, übermittelt, zum Abruf bereit hält, den Personenbezug herstellt oder löscht, abrufen, sich oder einem anderen verschafft oder durch unrichtige oder unvollständige Angaben ihre Übermittlung an sich oder andere veranlasst.

(2) Die Ordnungswidrigkeit kann mit einer Geldbuße bis zu 50 000 Euro geahndet werden.

(4) Wer gegen Entgelt oder in der Absicht, sich oder einen anderen zu bereichern oder einen anderen zu schädigen, eine der in Absatz 1 genannten Handlungen begeht, wird mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft. Der Versuch ist strafbar.

### EU-Datenschutzgrundverordnung

#### **Begrifflichkeiten**

##### **Art. 4**

Nr. 1: „**Personenbezogene Daten**“ [sind] alle Informationen, die sich auf eine identifizierte oder identifizierbare natürliche Person (im Folgenden „betroffene Person“) beziehen; als identifizierbar wird eine natürliche Person angesehen, die direkt oder indirekt, insbesondere mittels Zuordnung zu einer Kennung wie einem Namen, zu einer Kennnummer, zu Standortdaten, zu einer Online-Kennung oder zu einem oder mehreren besonderen Merkmalen identifiziert werden kann, die Ausdruck der physischen, physiologischen, genetischen, psychischen, wirtschaftlichen, kulturellen oder sozialen Identität dieser natürlichen Person sind.

Nr. 2: „**Verarbeitung**“ [meint] jeden mit oder ohne Hilfe automatisierter Verfahren ausgeführten Vorgang oder jede solche Vorgangsreihe im Zusammenhang mit personenbezogenen Daten wie das Erheben, das Erfassen, die Organisation, das Ordnen, die Speicherung, die Anpassung oder Veränderung, das Auslesen, das Abfragen, die Verwendung, die Offenlegung durch Übermittlung, Verbreitung oder eine andere Form der Bereitstellung, den Abgleich oder die Verknüpfung, die Einschränkung, das Löschen oder die Vernichtung.

## Grundsätze der Verarbeitung

### Art. 5

(1a) Personenbezogene Daten müssen [...] auf **rechtmäßige Weise**, nach Treu und Glauben und in einer für die betroffene Person **nachvollziehbaren Weise** verarbeitet werden („Rechtmäßigkeit, Verarbeitung nach Treu und Glauben, Transparenz“).

(1f) Personenbezogene Daten müssen [...] in einer Weise verarbeitet werden, die eine angemessene **Sicherheit** der personenbezogenen Daten gewährleistet, einschließlich Schutz vor **unbefugter oder unrechtmäßiger Verarbeitung** und vor unbeabsichtigtem **Verlust**, unbeabsichtigter **Zerstörung** oder unbeabsichtigter **Schädigung** durch geeignete technische und organisatorische Maßnahmen („Integrität und Vertraulichkeit“).

### Art. 29

Der Auftragsverarbeiter und jede dem Verantwortlichen oder dem Auftragsverarbeiter unterstellte Person, die Zugang zu personenbezogenen Daten hat, dürfen diese Daten **ausschließlich auf Weisung** des Verantwortlichen verarbeiten, es sei denn, dass sie nach dem Unionsrecht oder dem Recht der Mitgliedstaaten zur Verarbeitung verpflichtet sind.

### Art. 33

(1) Im Falle einer **Verletzung** des Schutzes personenbezogener Daten meldet der Verantwortliche unverzüglich und möglichst binnen 72 Stunden, nachdem ihm die Verletzung bekannt wurde, diese der [...] zuständigen Aufsichtsbehörde, es sei denn, dass die Verletzung des Schutzes personenbezogener Daten voraussichtlich nicht zu einem Risiko für die Rechte und Freiheiten natürlicher Personen führt.

## Haftung

### Art. 82

(1) Jede Person, der wegen eines Verstoßes gegen diese Verordnung ein materieller oder immaterieller Schaden entstanden ist, hat Anspruch auf **Schadenersatz** gegen den Verantwortlichen oder gegen den Auftragsverarbeiter.

### Art. 83

(1) Jede Aufsichtsbehörde stellt sicher, dass die Verhängung von **Geldbußen** gemäß diesem Artikel für Verstöße gegen diese Verordnung [...] in jedem Einzelfall wirksam, verhältnismäßig und abschreckend ist.

## Sozialgesetzbuch

### § 35 SGB I

(1) Jeder hat Anspruch darauf, dass die ihn betreffenden Sozialdaten (§ 67 Abs. 2 SGB X) von den Leistungsträgern nicht unbefugt verarbeitet werden (Sozialgeheimnis). Die Wahrung des Sozialgeheimnisses umfasst die Verpflichtung, auch innerhalb des Leistungsträgers sicherzustellen, dass die Sozialdaten nur Befugten zugänglich sind oder nur an diese weitergegeben werden.

(4) Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse stehen Sozialdaten gleich.

### § 67 SGB X

(2) Sozialdaten sind personenbezogene Daten (Artikel 4 Nummer 1 der Verordnung (EU) 2016/679), die von einer in § 35 des Ersten Buches genannten Stelle im Hinblick auf ihre Aufgaben nach diesem Gesetzbuch verarbeitet werden. Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse sind alle betriebs- oder geschäftsbezogenen Daten, auch von juristischen Personen, die Geheimnischarakter haben.

### § 67 a SGB X

(1) Die Erhebung von Sozialdaten durch die in § 35 des Ersten Buches genannten Stellen ist zulässig, wenn ihre Kenntnis zur Erfüllung einer Aufgabe der erhebenden Stelle nach diesem Gesetzbuch erforderlich ist. Dies gilt auch für die Erhebung der besonderen Kategorien personenbezogener Daten im Sinne des Artikels 9 Absatz 1 der Verordnung (EU) 2016/679. § 22 Absatz 2 des Bundesdatenschutzgesetzes gilt entsprechend.

### § 67 b SGB X

(1) Die Speicherung, Veränderung, Nutzung, Übermittlung, Einschränkung der Verarbeitung und Löschung von Sozialdaten durch die in § 35 des Ersten Buches genannten Stellen ist zulässig, soweit die nachfolgenden Vorschriften oder eine andere Rechtsvorschrift in diesem Gesetzbuch es erlauben oder anordnen. Dies gilt auch für die besonderen Kategorien personenbezogener Daten im Sinne des Artikels 9 Absatz 1 der Verordnung (EU) 2016/679.

### § 78 SGB X

(1) [...] Eine Übermittlung von Sozialdaten an eine nicht-öffentliche Stelle ist nur zulässig, wenn diese sich gegenüber der übermittelnden Stelle verpflichtet hat, die Daten nur zu dem Zweck zu verarbeiten, zu dem sie ihr übermittelt werden. Die Dritten haben die Daten **in demselben Umfang geheim zu halten** wie die in § 35 [SGB I] genannten Stellen.

## Strafgesetzbuch

### § 203 StGB

(1) Wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, offenbart, das ihm [...] anvertraut worden oder sonst bekanntgeworden ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Ebenso wird bestraft, wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, offenbart, das ihm als [...] für den öffentlichen Dienst besonders Verpflichteten, [...] anvertraut worden oder sonst bekanntgeworden ist. Einem Geheimnis im Sinne des Satzes 1 stehen Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse eines anderen gleich, die für Aufgaben der öffentlichen Verwaltung erfasst worden sind; Satz 1 ist jedoch nicht anzuwenden, soweit solche Einzelangaben anderen Behörden oder sonstigen Stellen für Aufgaben der öffentlichen Verwaltung bekanntgegeben werden und das Gesetz dies nicht untersagt.

(5) Die Absätze 1 bis 4 sind auch anzuwenden, wenn der Täter das fremde Geheimnis nach dem Tod des Betroffenen unbefugt offenbart.

(6) Handelt der Täter gegen Entgelt oder in der Absicht, sich oder einen anderen zu bereichern oder einen anderen zu schädigen, so ist die Strafe Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder Geldstrafe.