



KASSENÄRZTLICHE  
BUNDESVEREINIGUNG

# ANTRAG AUF ZERTIFIZIERUNG NACH § 390 SGB V

[KBV\_ISAP\_AAZ\_ZERT\_P390\_SGBV]

KASSENÄRZTLICHE  
BUNDESVEREINIGUNG

DEZERNAT DIGITALISIERUNG UND IT

02. JULI 2026

VERSION: 3.1

DOKUMENTENSTATUS: IN KRAFT

# ANTRAG AUF ZERTIFIZIERUNG

## § 390 SGB V

bei **Neu-** und **Rezertifizierung** auszufüllen

**Hinweis:** Die **Gebührenschild** für das **Zertifizierungsverfahren** entsteht mit **Einreichung des Antrags**.

### 1 ALLGEMEINE ANGABEN

#### 1.1 ANTRAGSTELLER

Antragsteller ist die natürliche Person, die den Antrag auf Zertifizierung stellt.

Bitte geben Sie entweder die Firmenanschrift oder Ihre private Anschrift an. Wenn Sie Ihre private Anschrift angeben, so muss das Feld Firmenname leergelassen werden.

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
|                                 |  |
| Vorname Name des Antragstellers |  |
| Geburtsdatum                    |  |
| Geburtsort                      |  |
| Geburtsland                     |  |
| Name der Firma                  |  |
| Straße und Hausnummer           |  |
| PLZ Ort                         |  |
| Telefonnummer                   |  |
| E-Mail-Adresse                  |  |

#### 1.2 OPTIONALE ANGABEN FÜR KOSTENBESCHEIDE

Nur anzugeben, wenn abweichend von Abschnitt 1.1.

|                       |  |
|-----------------------|--|
|                       |  |
| Name der Firma        |  |
| Vorname Name          |  |
| Straße und Hausnummer |  |
| PLZ Ort               |  |

Antragsteller: \_\_\_\_\_

bei **Neu-** und **Rezertifizierung** auszufüllen

## 2 BEANTRAGUNG DER ZERTIFIZIERUNG

- |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Die antragstellende Person beantragt die Zertifizierung nach § 390 SGB V. Die Zertifizierung findet auf Grundlage der Richtlinie zur Zertifizierung nach § 390 SGB V [KBV_ISAP_RL_ZERT_P390_SGBV], Prüfungsordnung der KBV zur Zertifizierung nach § 390 SGB V [KBV_Prüfungsordnung_ISAP_ZERT_390_SGBV] in den jeweils aktuell gültigen Version statt. |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### BITTE KREUZEN SIE DIE ZU BEANTRAGENDE ZERTIFIZIERUNG AN:

|                          |                   |
|--------------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> | Neuzertifizierung |
|--------------------------|-------------------|

|                          |                  |
|--------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | Rezertifizierung |
|--------------------------|------------------|

Bitte geben Sie die im Rahmen der Neuzertifizierung vergebene **KBV-Prüfnummer** an:

Hinweis: Im Falle einer Rezertifizierung müssen nur die Seiten 2, 3, 4, 8 und 9 des Antrages ausgefüllt werden. Die Fortbildungsnachweise für die Rezertifizierung sind im Anhang B auf der Seite 8 anzugeben.

Antragsteller: \_\_\_\_\_

bei **Neu-** und **Rezertifizierung** auszufüllen

### 3 EINWILLIGUNG ZUR VERÖFFENTLICHUNG DER DATEN (OPTIONAL)

|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/>            | Hiermit willige ich ein, dass die in dieser Tabelle angegebenen Daten durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung KdöR an die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung KdöR übermittelt wird und durch beide auf ihrer jeweiligen Homepage zum Zwecke der Information gegenüber Ärzten und Zahnärzten veröffentlicht wird. Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft durch eine E-Mail an <a href="mailto:pruefstelle@kbv.de">pruefstelle@kbv.de</a> widerrufen kann. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. |
| Vorname Name (Pflicht)              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| E-Mail-Adresse für Kunden (Pflicht) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| PLZ Ort (Pflicht)                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Name der Firma                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Straße und Hausnummer               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Homepage                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Telefonnummer für Kunden            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

### 4 INFORMATIONSPFLICHT BEI ÄNDERUNGEN

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <p>Der Antragsteller versichert, die KBV vorab elektronisch bei allen Änderungen der mit diesem Antrag gemachten Angaben oder der zur Zertifizierung eingereichten Unterlagen zu unterrichten, insbesondere bei Änderung</p> <ul style="list-style-type: none"><li>› der Adressdaten/Kontaktdaten für Kunden</li><li>› des Namens</li><li>› des Arbeitgebers bzw. des Firmennamens (bei Selbstständigkeit)</li></ul> |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Antragsteller: \_\_\_\_\_

bei **Neuzertifizierung** auszufüllen

## 5 ZULASSUNGSVORAUSSETZUNGEN

Die geforderten Voraussetzungen für die Zulassung zur Prüfung müssen mit dem Antrag auf Zertifizierung zusammen eingereicht werden. Die Nachweise der geforderten Voraussetzungen sind im Anhang A anzugeben.

## 6 KREUZZERTIFIZIERUNG

Es besteht die Möglichkeit, eine Kreuzzertifizierung auf Basis bereits vorhandener Zertifizierung und Nachweise zu erlangen. Die Voraussetzungen hierfür sind in der Richtlinie zur Zertifizierung nach § 390 SGB V [KBV\_ISAP\_RL\_ZERT\_P390\_SGBV] aufgeführt. Die KBV führt Einzelprüfungen der eingereichten Nachweise durch und entscheidet, ob auf Basis der eingereichten Nachweise eine Kreuzzertifizierung ausgesprochen werden kann (vgl. Abs. 2.6.1 Richtlinie zur Zertifizierung nach § 390 SGB V [KBV\_ISAP\_RL\_ZERT\_P390\_SGBV]).

Bitte führen Sie die eingereichten Zertifizierungen/ Nachweise für eine Kreuzzertifizierung in der nachfolgenden Tabelle auf:

| EINGEREICHTE NACHWEISE |  |
|------------------------|--|
| Nachweis               |  |
| Nachweis               |  |
| Nachweis               |  |
| Nachweis               |  |
| Nachweis               |  |
| Nachweis               |  |
| Nachweis               |  |

Antragsteller: \_\_\_\_\_

bei **Neuzertifizierung** auszufüllen

## ANHANG A

### NACHWEISE FÜR DIE ZULASSUNGSVORAUSSETZUNGEN

Bitte führen Sie die eingereichten Zertifizierungen / Nachweise nachfolgend auf. Nachweise über Berufserfahrungen müssen von allen unterschiedlichen Arbeitgebern der vergangenen 6 Jahre bestätigt werden. Hierfür muss dieser Anhang separat ausgedruckt, vom entsprechenden Arbeitgeber per Unterschrift und Stempel beglaubigt und im Rahmen der Beantragung der Zertifizierung bei der KBV eingereicht werden (vgl. Abs. 2.5 Richtlinie zur Zertifizierung nach § 390 SGB V [KBV\_ISAP\_RL\_ZERT\_P390\_SGBV]).

**Theoretische Vorbildung (Ausbildung, Studium, Weiterbildung etc.):**

**Praktische Berufserfahrung (angestellt/beschäftigt/tätig im Bereich IT/IT-Sicherheit/Informationssicherheit etc.) in den letzten 6 Jahren:**

von:                      bis:                      als:

Arbeitgeber:

von:                      bis:                      als:

Arbeitgeber:

von:                      bis:                      als:

Arbeitgeber:

von:                      bis:                      als:

Arbeitgeber:

von:                      bis:                      als:

Arbeitgeber:

von:                      bis:                      als:

Arbeitgeber:

Antragsteller:

---

*bei Neuzertifizierung auszufüllen*

**Ausgeübte Tätigkeiten (Tätigkeiten, Aufgabenfelder, Projekte beispielsweise im Bereich IT-Sicherheit/  
Informationssicherheit):**

Hiermit bestätigt der Antragsteller, dass die obigen Angaben der Wahrheit entsprechen

.....

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Hiermit bestätigen wir, dass die oben genannte Person ..... die  
oben beschriebenen Qualifikationen und Erfahrungen erworben hat.

.....

Ort, Datum

Stempel / Unterschrift (Arbeitgeber)

Antragsteller: \_\_\_\_\_

bei Rezertifizierung auszufüllen

## ANHANG B

### NACHWEISE FÜR WEITERBILDUNGEN IM BEREICH IT-SECURITY

Bitte führen Sie die eingereichten Weiterbildungen/ Zertifizierungen/ Nachweise in der nachfolgenden Tabelle auf. Die jeweiligen Teilnahmebestätigungen (inkl. Stundenanzahl) müssen ebenfalls eingereicht werden (vgl. Abs. 2.8 Richtlinie zur Zertifizierung nach § 390 SGB V [KBV\_ISAP\_RL\_ZERT\_P390\_SGBV]).

| EINGEREICHTE NACHWEISE |                   |         |
|------------------------|-------------------|---------|
| Weiterbildung/ Thema   | Datum (von – bis) | Stunden |
|                        |                   |         |
|                        |                   |         |
|                        |                   |         |
|                        |                   |         |
|                        |                   |         |
|                        |                   |         |
|                        |                   |         |
|                        |                   |         |
|                        |                   |         |
|                        |                   |         |
|                        |                   |         |
|                        |                   |         |
|                        |                   |         |
|                        |                   |         |
|                        |                   |         |
|                        |                   |         |
|                        |                   |         |

Antragsteller:

---

bei **Neu-** und **Rezertifizierung** auszufüllen

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

---

Name in Druckbuchstaben

Information nach Art. 13 DSGVO: Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin, verwendet Ihre im Antrag angegebenen Daten zum Zwecke der Durchführung des Zertifizierungsverfahrens. Rechtsgrundlage ist Art. 6 Absatz 1 lit. e) DSGVO iVm § 390 SGB V und soweit Sie Ihre Einwilligung erteilt haben auch auf Art. 6 Absatz 1 lit. a) DSGVO. Wir werden Ihre Daten speichern und zum Ende des 4ten Kalenderjahres, das auf die Erteilung der Zertifizierung folgt, löschen. Soweit Sie Ihre Einwilligung zur Veröffentlichung auf unserer Homepage erteilt haben, werden wir diese spätestens mit dem Ablauf der Zertifizierung löschen.

Ihre Rechte als betroffene Person sind: Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Widerspruch sowie Datenübertragbarkeit (Art. 15 bis 22 DSGVO). Außerdem haben Sie das Recht zur Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde (Art. 77 DSGVO). Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter: Kassenärztliche Bundesvereinigung, -Datenschutzbeauftragter- Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin oder unter [datenschutzbeauftragter@kbv.de](mailto:datenschutzbeauftragter@kbv.de).

#### **Ansprechpartner:**

Dezernat Digitalisierung und IT  
Informationssicherheit/ IT-Security

Tel.: 030 4005-2077, [pruefstelle@kbv.de](mailto:pruefstelle@kbv.de)

Kassenärztliche Bundesvereinigung  
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin  
[pruefstelle@kbv.de](mailto:pruefstelle@kbv.de), [www.kbv.de](http://www.kbv.de)