



KVWL, Nachwuchsförderung, 44127 Dortmund
Fax: 0231 9432 80402
Tel.: 0231 9432 9400
Praxisberatung@kvwl.de

KVWL
Kassenärztliche Vereinigung
Westfalen-Lippe

Im Dienst der Medizin.

Weiterbildung zum Facharzt in einer grundversorgenden Fachgruppe mit finanzieller Förderung

Antrag des Praxisinhabers auf Genehmigung zur Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung gemäß den Fördervereinbarungen der KBV und den Ausführungsbestimmungen der KVWL¹

(Titel, Name, Vorname des **Praxisinhabers** und ggf. des **weiterbildungsbefugten Arztes**)

(Anschrift, Tel.-Nr. Betriebsstätte)

Die Beschäftigung erfolgt im Rahmen der Weiterbildung zum Facharzt für (bitte ankreuzen)

- Augenheilkunde
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
- Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Kinder und Jugendmedizin
- Neurologie
- Psychiatrie und Psychotherapie
- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie

Angaben zum Arzt in Weiterbildung

(Titel, Name, Vorname und ggf. Geburtsname des **Arztes in Weiterbildung**)

(Anschrift)

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

1. Die Genehmigung wird für die Zeit vom _____ bis _____ beantragt.

2. Die Weiterbildung erfolgt: ganztags:
 halbtags:
 in Prozent* : _____ %

*Bescheinigung der ÄKWL über den abzuleistenden Tätigkeitsabschnitt – bezogen auf eine Ganztags­tätigkeit ist beizufügen.

3. Das monatliche Bruttogehalt beträgt: _____ € (einschl. des Zuschusses).

Sofern durch den Tarifvertrag Ärzte der Vereinigung kommunaler Arbeitgeber (VKA) Entgeltgruppe I, Mittelwert der Stufen 1 bis 5, eine Vergütung über 4.800,00 EUR ganztags vorgesehen ist, wird das Bruttogehalt durch den Praxisinhaber/das MVZ auf diesen Betrag angehoben.

4. Ich bestätige, dass die Fördermittel in voller Höhe an den Arzt in Weiterbildung abgeführt werden. Meine Praxis ist gemäß den Bestimmungen der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Westfalen-Lippe als Weiterbildungsstätte anerkannt.

5. Hiermit bestätige ich, dass die beantragte Weiterbildung unter meiner Aufsicht ununterbrochen, entsprechend der Weiterbildungsordnung, durchgeführt wird.

6. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass der Arzt in Weiterbildung über mich für seine Tätigkeit für den o. g. Zeitraum einen Zuschuss von der KVWL und den Krankenkassen erhält. Zur Abführung der Lohnsteuer und der Beiträge zur Sozialversicherung habe ich das Merkblatt über die steuerlichen Hinweise zur Kenntnis genommen. Ich bitte um Überweisung des Zuschusses auf mein Honorarkonto bei der KVWL.

7. Bei vorzeitigem Abbruch der Weiterbildungsmaßnahme innerhalb des geförderten Zeitraumes verpflichte ich mich, unverzüglich die KVWL zu informieren, damit weitere Zahlungen vermieden werden. Zuviel gezahlte Zuschüsse werden von mir an die KVWL zurückgezahlt.

8. Mir ist bekannt, dass bei missbräuchlicher Verwendung die Fördervoraussetzungen entfallen, insbesondere wenn

- die Fördersumme nicht in voller Höhe an den Arzt in Weiterbildung als Anteil an der Vergütung ausgezahlt wird;
- die Weiterbildung nicht im Einklang mit der Weiterbildungsordnung und nicht vereinbarungsmäßig erfolgt.

In Missbrauchsfällen ist die erhaltene Förderung in voller Höhe vom mir an die KVWL zu erstatten.

9. Ich erkläre mich nach Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses damit einverstanden, der KVWL eine Auflistung der an den Arzt in Weiterbildung weitergegebenen Förderbeträge (Bruttobeträge), ggf. mittels Bescheinigung des Steuerberaters, zuzusenden.

Ort, Datum

Unterschrift: Stempel Praxisinhaber

Datenerhebung und -verarbeitung
– Weiterbilder/Weiterbilderin (vertragsärztlicher Bereich)

Information zur Einwilligung in die Datenverarbeitung

Die Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V wird durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) einerseits und die Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) sowie privaten Krankenversicherungsunternehmen (PKV) andererseits finanziert. Die Förderung zielt darauf ab, insbesondere den Anteil der Allgemeinmediziner und Allgemeinmedizinerinnen in der vertragsärztlichen Versorgung zu erhöhen und die vertragsärztliche Tätigkeit weiterer geförderter Facharztgruppen zu erhöhen.

Die sozialgesetzliche Regelung in § 75a SGB V bestimmt, dass folgende Partner weitere Regelungen treffen sollen: Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Diese haben einvernehmlich mit dem PKV-Verband sowie unter Beteiligung der Bundesärztekammer (BÄK) die Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V (Fördervereinbarung) mit weiteren Anlagen geschlossen. Die Fördervereinbarung selbst beschreibt die Grundsätze der gesamten Weiterbildungsförderung. Ihre Anlagen I und II beschreiben das Förderverfahren im vertragsärztlichen und im stationären Bereich. Die Anlage III der Fördervereinbarung beschreibt die Gesamtevaluation der Weiterbildungsförderung. Die Anlage IV beschreibt die Förderung von Kompetenzzentren Weiterbildung (KW).

Die Mittelverwendung ist den Kostenträgern, den gesetzlichen Krankenkassen und privaten Krankenversicherungsunternehmen, bzw. ihren Vertretern, dem GKV-SV und dem PKV-Verband einerseits sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen andererseits nachzuweisen. Der Datenumfang dieses Nachweises (gemäß Einwilligungserklärung) ist der KV von den Vertragspartnern der Fördervereinbarung vorgegeben und leitet sich aus der Fördervereinbarung ab.

Für die Datenverarbeitung und –nutzung der personenbezogenen Daten durch die beteiligten Institutionen ist nach § 67b SGB X Ihre Einwilligung erforderlich, die Sie gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung widerrufen können.

Einwilligung in Datenerhebung und -verarbeitung

Ich willige gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe, Robert-Schimrigk-Str. 4-6, 44141 Dortmund ein, dass zum Zwecke des Mittelverwendungsnachweises meine personenbezogenen Daten erhoben und unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen insbesondere nach § 67b SGB X zwischen den im Folgenden genannten Institutionen ausgetauscht und verarbeitet werden: die KBV führt die Daten zusammen und übermittelt diese im Rahmen der Jahresendabrechnung an den GKV-Spitzenverband und den PKV-Verband.

Nachfolgende Daten werden übermittelt:

- a. Familienname, Vorname, Titel, Facharztbezeichnung des Weiterbilders /der Weiterbilderin
- b. Praxisort, PLZ des Praxisorts, Name des Planungsbereichs
- c. Förderungsbeginn und –ende, Förderungsdauer in Monaten sowie Angabe jahresübergreifende Förderung (j/n), vollzeitige oder teilzeitige Weiterbildung
- d. Förderungsart (Unterversorgung/drohende Unterversorgung); Förderbetrag gesamt und Förderbetrag KV-Anteil
- e. Teilnahme an einem Weiterbildungsverbund (j/n)

Diese Daten können bei den genannten Institutionen über die Dauer der Weiterbildungsförderung hinaus gespeichert werden, bis alle Verwendungsnachweise seitens der weiterbildenden Praxis erbracht sind und das Förderverfahren beendet ist.

[Hinweis: Daten gemäß a) und b) werden von KV an LÄK zur Weiterbildungsbefragung übermittelt; Klärung zu Art und Umfang der Einwilligung]

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung gegenüber der KV jederzeit widerrufen kann. Der Widerruf erfolgt gegenüber der KV Westfalen-Lippe, Robert-Schimrigk-Str. 4-6, 44141 Dortmund. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Die bis zum Widerruf erhobenen Daten werden für den Mittelverwendungsnachweis gegenüber den oben genannten Institutionen eingesetzt, sofern diese noch für den Verwendungsnachweis einer Jahresabrechnung benötigt werden. Die bis zum Widerruf erhobenen Daten stehen für die beschriebene, turnusmäßige Gesamtevaluation der Weiterbildungsförderung weiterhin zur Verfügung.

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt/Vertragsärztin

Sofern der/die obige Unterzeichner/in nicht auch gleichzeitig der / die Weiterbilder/in ist, wird zusätzlich die Einwilligung des/der weiterbildenden Arztes/Ärztin der Praxis / BAG / MVZ erforderlich:

Ich willige in die oben beschriebene Datenverarbeitung ein:

Ort, Datum

Unterschrift Weiterbilder / Weiterbilderin