



Kassenärztliche Vereinigung  
Westfalen-Lippe  
KoStA 1.03  
Robert-Schimrigk-Str. 4-6  
44141 Dortmund



Mail: [kosta@kvwl.de](mailto:kosta@kvwl.de)  
Faxnummer: 0231 9432 80402

### Antrag - grundversorgende Fachgruppe (weiterbildungsbefugter Arzt)<sup>1</sup>

**Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung zum Facharzt in einer grundversorgenden Fachgruppe mit finanzieller Förderung gemäß den Fördervereinbarungen der KBV (§ 75 a SGB V) und den Ausführungsbestimmungen der KVWL**

#### Bitte beachten Sie, dass

- die Beschäftigung und finanzielle Förderung eines Arztes in Weiterbildung die Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe **voraussetzt**.
- erst mit Eingang der **vollständigen Unterlagen** und Prüfung des Antrages eine Genehmigung erfolgen kann. Bitte lassen Sie uns hierfür das vollständig ausgefüllte Antragsformular mit allen erforderlichen Nachweisen zukommen.
- der Antrag **spätestens acht Wochen vor Beginn** der beabsichtigten Beschäftigung des Arztes in Weiterbildung gestellt werden sollte, damit eine rechtzeitige Bearbeitung sichergestellt werden kann.
- **alle Felder verpflichtend auszufüllen sind!**

Neuantrag

Verlängerungsantrag

#### Die Beschäftigung erfolgt im Rahmen der Weiterbildung zum Facharzt für: (bitte auswählen)

- 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

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



<b>1.0 Daten der Praxis</b>	
<b>1.1 Weiterbildungsbefugter Arzt</b>	
(Titel) Name, Vorname des Weiterbildungsbefugten Arztes/Praxisinhabers	
Praxis/BSNR:	
<b>1.2 Praxisanschrift</b>	
Straße/Nr.:	
PLZ/Ort:	
Telefon:	
Fax:	
E-Mail:	
<b>1.3 Weiterbildungsbefugnis</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>Liegt vor</b>
<input type="checkbox"/>	bei mehreren Antragstellern, benötigt <u>jeder</u> Antragsteller eine gültige Weiterbildungsbefugnis oder eine gemeinsame Weiterbildungsbefugnis
<input type="checkbox"/>	<b>Liegt nicht vor</b>
<input type="checkbox"/>	dem Antrag ist ein <u>Bestätigungsschreiben über die Beantragung</u> der Weiterbildungsbefugnis durch die Ärztekammer Westfalen-Lippe beizufügen

<b>2.0 Antragsbegehren</b>	
<b>2.1 Zeitraum der Genehmigung</b>	
Die Genehmigung wird für die Zeit vom: _____ bis _____ beantragt.	
<b>2.2 Tätigkeitsumfang</b>	
<input type="checkbox"/>	Ganztags
<input type="checkbox"/>	Halbtags
<input type="checkbox"/>	In Prozent _____%
Bescheinigung der ÄKWL über den abzuleistenden Tätigkeitsabschnitt (bezogen auf eine Ganztagestätigkeit) ist dem Antrag beizufügen.	



<b>2.3 Vergütung</b>
Das monatliche Bruttogehalt beträgt: _____ € (einschließlich des Zuschusses).
Der Förderbetrag orientiert sich an der im Krankenhaus üblichen Vergütung. Grundlage ist der Tarifvertrag Ärzte der Vereinigung kommunaler Arbeitgeberverbände (VKA), Entgeltgruppe I Mittelwert der Stufen 1 – 5. Eine durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 40 Stunden liegt der Berechnung zugrunde. Der Förderbetrag ist durch die anstellende Praxis bzw. dem anstellende MVZ auf die vorgenannte im Krankenhaus übliche Vergütung anzuheben.

<b>3.0 Daten des Arztes in Weiterbildung</b>		
<b>3.1 Arzt in Weiterbildung</b>		
(Titel) Name, Vorname d. Arztes in Weiterbildung – und ggf. Geburtsname:		
Straße/Nr.:		
PLZ/Ort:		
<b>3.2 Facharztanerkennung</b>		
Besitzt der Arzt in Weiterbildung bereits eine Facharztanerkennung?	<input type="checkbox"/> ja	<b>Hinweis:</b> Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang die Ausführungsbestimmungen zur Förderung der Weiterbildung für grundversorgende Fachärzte in Westfalen-Lippe
	<input type="checkbox"/> nein	

<b>4.0 Verpflichtungen des weiterbildungsbefugten Arztes</b>
<p>1. Ich bin mit den Voraussetzungen der Fördervereinbarung der KBV und den Ausführungsbestimmungen der KVWL für die Zuschussgewährung einverstanden. Das Merkblatt „steuerliche Hinweise“ habe ich hinsichtlich der Abführung der Lohnsteuer und der Beiträge zur Sozialversicherung zur Kenntnis genommen.</p> <p>2. 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. Hiermit bestätige ich, dass die beantragte Weiterbildung zum Facharzt einer grundversorgenden Fachgruppe unter meiner Aufsicht ununterbrochen, entsprechend der Weiterbildungsordnung, durchgeführt wird.</p> <p>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.</p>



3. Bei vorzeitigem Abbruch der Weiterbildungsmaßnahme (z.B. Kündigung, Schwangerschaft) 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.
4. 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.Die erhaltene Förderung ist dann in voller Höhe von mir zu erstatten.
5. Auf Forderung der KVWL, bestätige ich nach Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses in Form eines Erklärungsschreibens der KVWL, dass die Förderbeträge in voller Höhe (Bruttobeträge) an den Arzt in Weiterbildung weitergegeben wurden.

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

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift, Stempel der Praxisinhaber**

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 weiterbildungsbefugter Arzt**

## **5.0 Datenerhebung und –verarbeitung**

### **Einwilligung Datenerhebung und –verarbeitung - Weiterbilder / Weiterbilderin**

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 den 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.

Die Einwilligung in die Datenverarbeitung kann per digitalem Formular erklärt werden, sofern die Kassenärztliche Vereinigung ein solches Verfahren anbietet. An die Stelle der eigenhändigen Unterschrift tritt die aktive Auswahl der Einwilligungsoption.

### **Einwilligung in Datenerhebung und -verarbeitung**

Ich willige gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) 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.

Im Rahmen der Evaluation der Weiterbildung werden die Daten gemäß a) und b) von der KV an die jeweilige Landesärztekammer (LÄK) übermittelt: Die LÄK benötigt die Daten zur Durchführung der Weiterbildungsbeurteilung gemäß § 7 Abs. 2, 5. Unterpunkt der Fördervereinbarung.

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**

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**



## 6.0 Datenaustausch

Um seitens der KVWL eine präzise und verkürzte Bearbeitungsdauer zur Genehmigung der Beschäftigung und Förderung der Weiterbildung nach §75a SGB V zu gewährleisten, findet zur Klärung von Sachverhalten hinsichtlich Ihres Anliegens ein Austausch fallrelevanter Informationen mit der Ärztekammer Westfalen-Lippe (Ressort Aus- und Weiterbildung) statt.

Dieser Datenaustausch zwischen der KVWL und der ÄKWL findet unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen nach § 67b SGB X auf Grundlage eines Ersuchens gemäß § 8 Abs. 1 DSGVO NRW statt.

Vom Datenaustausch sind folgende personenbezogenen Daten betroffen:

Praxisinhaber und Weiterbildungsbefugte:

Vorname, Name, Titel, Geschlecht, Geburtsdatum, Facharztbezeichnung, Praxisort, PLZ des Praxisorts, Name des Planungsbereichs der Bedarfsplanung, Förderungsbeginn und -ende, Förderungsart (Förderung bei Unterversorgung oder drohender Unterversorgung), Förderungsdauer in Monaten, jahresübergreifende Förderung, Beschäftigungsumfang Weiterbildung, Förderbetrag gesamt und Förderbetrag KV-Anteil, Teilnahme an einer Verbundweiterbildung, Weiterbildungsbefugnis.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Praxisinhaber

## 7.0 Hinweise

### Kontaktdaten:

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe  
Team Nachwuchsförderung und Fördermaßnahmen  
**Rufnummer: 0231 9432 9400**  
**Faxnummer: 0231 9432 80402**  
**Mail: [kosta@kvwl.de](mailto:kosta@kvwl.de)**  
Robert-Schimrigk-Str. 4-6  
44141 Dortmund

