



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



Mail: kosta@kvwl.de
Faxnummer: 0231 9432 80402

Antrag - Allgemeinmedizin (Arzt in Weiterbildung)¹

Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin 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

1.0	Daten des Arztes in Weiterbildung
1.1	Arzt in Weiterbildung
(Titel) Name, Vorname des Arztes in Weiterbildung	
Geburtsdatum	
1.2	Privatanschrift / Kontaktdaten
Straße/Nr.:	
PLZ/Ort:	
Telefon:	
E-Mail:	

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



1.3 Arzt ohne Facharztanerkennung / Quereinstieg	
<input type="checkbox"/>	Sie sind Arzt in Weiterbildung <u>ohne</u> Facharztabschluss
<input type="checkbox"/>	Sie haben bereits eine Facharztanerkennung im Bereich _____ Kopie der Facharztanerkennung ist beizufügen!
1.4 Approbationsurkunde	
<input type="checkbox"/>	Eine beglaubigte Fotokopie meiner Approbationsurkunde füge ich dieser Erklärung bei
<input type="checkbox"/>	Liegt der KVWL bereits vor
1.5 Verbundweiterbildung	
Ich absolviere meine Weiterbildung innerhalb eines Weiterbildungsverbundes	
<input type="checkbox"/>	Ja, der Name des Weiterbildungsverbundes lautet: _____
<input type="checkbox"/>	nein

2.0 Praxisdaten	
Praxisinhaber/ Weiterbildungsbefugter Arzt:	
Straße/Nr. der Praxis:	
PLZ/Ort der Praxis:	

3.0 Bisherige Tätigkeit						
3.1 Absolvierte Weiterbildungsabschnitte (bei Unklarheiten ist eine Bescheinigung der Ärztekammer - ÄKWL erforderlich!)						
Stationär	Ambulant	Beginn	Ende	Anzahl Monate	Umfang (in %)	Weiterbildungsabschnitt (z.B. Innere Medizin, Chirurgie)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					



3.2 Ich versichere, dass ich vor meiner jetzigen Weiterbildungszeit in der o.g. Praxis...	
<input type="checkbox"/>	noch keine Weiterbildungszeiten bei einem anderen niedergelassenen Arzt absolviert habe
<input type="checkbox"/>	<p>bereits während meines Medizinstudiums (PJ; Wahltertial) in einer Hausarztpraxis tätig war.</p> <p><i>(Das PJ kann seitens der Ärztekammer Westfalen-Lippe auf den 24-monatigen ambulanten Weiterbildungsabschnitt in der Allgemeinmedizin angerechnet werden. Bitte eine Bescheinigung der Ärztekammer Westfalen-Lippe über die Anrechnungsfähigkeit dieses Zeitraumes bzw. der noch abzuleistenden Zeiten beifügen.)</i></p> <p>Für diese Tätigkeit habe ich von einer Kassenärztlichen Vereinigung ein Stipendium erhalten.</p> <p>Praxisinhaber und Ort: _____</p>
<input type="checkbox"/>	<p>bereits als Arzt in Weiterbildung im ambulanten Bereich tätig war.</p> <p>Praxisinhaber und Ort: _____</p> <p>Diese Tätigkeit wurde von der Kassenärztlichen Vereinigung _____</p> <p><input type="checkbox"/> nicht finanziell unterstützt</p> <p><input type="checkbox"/> finanziell für die Zeit vom _____ bis _____ unterstützt.</p>

4.0 Nach Beendigung der beantragten Tätigkeit in o.g. Praxis...						
<input type="checkbox"/>	Sind die vorgeschriebenen Weiterbildungsabschnitte vollständig für den Facharzt absolviert.					
Plane ich die restlichen Weiterbildungsabschnitte wie folgt abzuleisten:						
Stationär	Ambulant	Beginn	Ende	Anzahl Monate	Umfang (in %)	Weiterbildungsabschnitt (z.B. Innere Medizin, Chirurgie)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

5.0 Verpflichtungen des Arztes in Weiterbildung	
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.



2. Hiermit verpflichte ich mich, bei Änderung meines Namens und meiner Adresse sowie bei Änderung der Ärztekammer-Zuständigkeit diese der KVWL mitzuteilen. Diese Regelung gilt bis zum Nachweis der Anerkennung als Facharzt für Allgemeinmedizin durch die zuständige Ärztekammer gegenüber der KVWL.
3. Auf Forderung der KVWL bestätige ich nach Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses in Form eines Erklärungsschreibens der KVWL, dass die Förderbeträge in voller Höhe (Bruttobeträge) an mich weitergegeben wurden.
4. Ich bestätige der KVWL nach Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses in Form eines Erklärungsschreibens, dass die Förderbeträge in voller Höhe (Bruttobeträge) durch den Praxisinhaber an mich weitergegeben wurden.
5. Hiermit verpflichte ich mich, die KVWL bei Abschluss der Prüfung zum Facharzt für Allgemeinmedizin zu informieren.
6. Hiermit erkläre ich, dass ich die Absicht habe, nach Beendigung meiner Weiterbildungszeit als Hausarzt tätig zu sein.

Bei wahrheitswidrigen Angaben erlischt die Förderzusage.

Ort, Datum

Unterschrift Arzt in Weiterbildung

6.0 Datenerhebung und -verarbeitung

Einwilligung Datenerhebung und -verarbeitung – Weiterzubildende

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 Facharztgruppen zu stärken.

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 die Verfahren 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.



Um die Wirksamkeit der Förderung zu bewerten, werden Förderdaten analysiert. Wirksamkeit im Sinne der Förderziele bilden sich aus Sicht der Vertragspartner durch steigende Zahlen bei den Facharztanerkennungen und den Tätigkeitsaufnahmen in der ambulanten Versorgung sowie stringenterer Weiterbildungsverläufe ab. Diese Wirkungen zeichnen sich erst mittel- bis langfristig ab und werden über Verbleibanalysen im Anschluss an die Facharztanerkennung nach drei, fünf und zehn Jahren durch einen Datenabgleich mit dem Bundesarztregister ausgewertet. Im Rahmen dieser Evaluation wird eine einheitliche Nummer (AiW-Nr.²) an jede/n Förderprogramm-Teilnehmer/in vergeben, um standardisierte Auswertungen durchführen zu können.

Die erhobenen personenbezogenen Daten (gemäß Einwilligungserklärung) fließen in diese Gesamtevaluation der Förderung ein. Es werden ausschließlich auf KV-Bezirksebene aggregierte Auswertungen ohne Personenbezug erstellt. Die zugrundeliegenden personenbezogenen Daten werden nach Abschluss der Verbleibanalysen, d.h., zehn Jahre nach Erlangung der Facharztanerkennung, gelöscht. Sofern zehn Jahre nach Förderende keine Facharztanerkennung erworben oder dem Gesamtevaluator bekannt gemacht wird, werden die Daten gelöscht.

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 jederzeit 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 Westfalen-Lippe, Robert-Schimrigk-Str. 4-6, 44141 Dortmund ein, dass zum Zwecke des Mittelverwendungsnachweises und der Evaluation der Förderung meine nachfolgend aufgelisteten personenbezogenen Daten erhoben und unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen nach § 67b SGB X zwischen den im Folgenden genannten Institutionen und in der im Folgenden beschriebenen Weise ausgetauscht und verarbeitet werden.

Im Rahmen des Mittelnachweises werden folgende Daten von der Kassenärztlichen Vereinigung erhoben und an die KBV übermittelt, die diese Daten zusammenführt und dem GKV-Spitzenverband sowie dem PKV-Verband im Rahmen der Jahresabrechnung als Verwendungsnachweis weiterleitet:

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 ja/nein, vollzeitige oder halbtägige Weiterbildung, Förderbetrag gesamt und Förderbetrag KV-Anteil, Teilnahme an einer Verbundweiterbildung (ja/nein)

Diese Daten werden von den genannten Institutionen für die Dauer der Weiterbildung, im Falle von Teilzeit für maximal zehn Jahre gespeichert.

Für die Evaluationsmaßnahmen der Vereinbarung und ihrer Anlagen werden nachfolgende Daten von den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Landesärztekammern sowie von der Zentralen Registrierstelle bei der Deutschen Krankenhausgesellschaft zusammengeführt und beim Gesamtevaluator, gegenwärtig die KBV, verarbeitet:

- a. Familienname, Vorname
- b. Geburtsdatum und Geburtsname

² Die AiW-Nr. wird von der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung vergeben. Sie hat innerhalb der Förderung der Weiterbildung eine administrative Bedeutung und wird im Rahmen des Nachweisverfahrens und der Evaluation genutzt. Sie kann von den Ärzten und Ärztinnen in Weiterbildung bei der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erfragt werden.



- c. Arztnummer (AiW-Nr.)³
- d. Angaben zum Verlauf der Weiterbildung: KV-Bereich, Förderzeitraum, Fachgebiete, Weiterbildungsziel, Tätigkeitsumfang und -art,, ausgezahlte Fördergelder, bestehende Facharztanerkennungen
- e. Erwerb der Facharztanerkennung,
- f. Spätere Berufstätigkeit im vertragsärztlichen Bereich

Es werden ausschließlich auf KV-Bezirksebene aggregierte Auswertungen ohne Personenbezug erstellt.

Die Lenkungsgruppe gemäß § 10 der Fördervereinbarung erhält und analysiert diese zusammengefassten Auswertungen der personenbezogenen Daten. Ihr gehören an: die KBV, die Deutsche Krankenhausgesellschaft sowie der GKV-Spitzenverband. Des Weiteren sind der PKV-Verband und die Bundesärztekammer (BÄK) an der Lenkungsgruppe beteiligt.

Die „Information zur Einwilligung in die Datenverarbeitung“ habe ich zur Kenntnis genommen.

Ich bin damit einverstanden, dass die KV die oben genannten Daten an die genannten Institutionen übermittelt und diese durch die genannten Institutionen für die genannten Zwecke verarbeitet werden. Die Speicherung meiner Daten bei dem Gesamtevaluator der Weiterbildungsförderung (gegenwärtig die KBV) dauert zehn Jahre nach Erhalt der Facharztanerkennung an. Sofern zehn Jahre nach Förderende keine Facharztanerkennung erworben oder nachgewiesen wurde, werden die Daten gelöscht.

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 Arzt in Weiterbildung

7.0 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.

³ S.o.



Vom Datenaustausch sind folgende personenbezogenen Daten betroffen:

Arzt in Weiterbildung:

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, bereits absolvierte und noch zu erbringende Weiterbildungszeiten, Anmeldung zur Facharztprüfung.

Ort, Datum

Unterschrift Arzt in Weiterbildung

8.0 Hinweise

Zusätzliche Fördermittel durch das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS)

Bitte informieren Sie sich frühzeitig ob eine zusätzliche Förderung zur Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung durch das MAGS möglich ist.

Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen



<https://www.mags.nrw/foerderung-der-niederlassung>

Ist eine zusätzliche Förderung möglich, nehmen Sie vorab mit der jeweiligen Bezirksregierung zwecks Beantragung eines vorzeitigen Maßnahmenbeginns Kontakt auf.

Einladung zu Seminaren / Beratungen / Veranstaltungen

Damit wir Sie im Rahmen Ihrer Weiterbildung zukünftig über anstehende Veranstaltungen (z.B. die des Kompetenzzentrums Weiterbildung oder den Praxisbörsentag), Seminare und Beratungsservices rund um den Praxiseinstieg oder Kooperationsmöglichkeiten informieren können und dürfen, benötigen wir Ihre Einwilligung.

einverstanden

nicht einverstanden.

Das Antragsverfahren auf Genehmigung der Weiterbildung ist von der Einwilligung unabhängig.
Mir ist bekannt, dass ich die erteilte freiwillige Einwilligung jederzeit und für die Zukunft formlos widerrufen kann.

Kontaktdaten:

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
Kordinierungsstelle Allgemeinmedizin

Rufnummer: 0231 9432 9400

Faxnummer: 0231 9432 80402

Mail: kosta@kvwl.de

Robert-Schimrigk-Str. 4-6
44141 Dortmund

