



Bezirksstellen Düsseldorf/Köln, Abteilung Sicherstellung, 40182 Düsseldorf

Ansprechpartnerinnen:

Maike Rettig Svenja Potthoff	☎ 0211 / 59 70 – 8631 ☎ 0211 / 59 70 – 8892 💻 0211 / 59 70 – 8146	✉ Strukturfonds@kvno.de
---------------------------------	---	--

Bitte sehen Sie von telefonischen Anfragen nach dem Antragseingang ab.
Nach der Durchsicht des Antrages erhalten Sie eine Eingangsbestätigung.

Antrag

**auf Gewährung einer Förderung der Beschäftigung
eines Arztes* in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin
nach dem Konsenspapier zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung
sowie
der Durchführungsrichtlinie des Vorstandes der KV Nordrhein über die Förderung
der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin von Allgemeininternisten und
Fachärzten aus Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung im Rahmen des
Quereinstiegs in die Allgemeinmedizin zum Konsenspapier zur Stärkung der haus-
ärztlichen Versorgung**

1. Antragsteller

<input type="checkbox"/> Einzelpraxis
<input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) _____ (Name der BAG)
<input type="checkbox"/> Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) _____ (Name des MVZ)
BSNR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
_____ Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Hauptbetriebsstätte
_____ E-Mail-Adresse
_____ Telefonnummer
Ich, Anrede, Titel _____ ggf. LANR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Nachname _____ Vorname _____
ggf. Facharztbezeichnung _____
<input type="checkbox"/> bin in o. g. Einzelpraxis zugelassener Vertragsarzt.
<input type="checkbox"/> bin Vertretungsberechtigter der o. g. BAG.
<input type="checkbox"/> bin Vertretungsberechtigter des o. g. MVZ.

* Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Antragsformular auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Formen verzichtet. Die männliche Form schließt die weibliche mit ein.

2. Arzt in Weiterbildung

Anrede, Titel _____	ggf. LANR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Nachname _____	Vorname _____
Geburtsdatum _____	Telefonnr. _____
Wohnort _____ (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	
E-Mail-Adresse _____	

3. zur Weiterbildung befugter Arzt (Weiterbilder)

Der Arzt in Weiterbildung ist folgendem/n Weiterbilder(n) zugeordnet:

dem Antragsteller persönlich und / oder

dem/n folgenden beim Antragsteller tätigen Weiterbilder(n):

3.1 Anrede, Titel _____	LANR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Nachname _____	Vorname _____
Facharztbezeichnung _____	

3.2 Anrede, Titel _____	LANR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Nachname _____	Vorname _____
Facharztbezeichnung _____	

3.3 Anrede, Titel _____	LANR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Nachname _____	Vorname _____
Facharztbezeichnung _____	

3.4 Anrede, Titel _____	LANR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Nachname _____	Vorname _____
Facharztbezeichnung _____	

4. Förderzeitraum

vom _____ bis zum _____

in Vollzeit

in Teilzeit (mind. Hälfte der wöchentlichen Regelarbeitszeit): _____ %

5. Angaben zu ggf. bereits erfolgten Förderungen

Hat der Arzt in Weiterbildung bereits eine Weiterbildung absolviert, für die eine Förderung gewährt worden ist?

nein

ja, in der Praxis _____
(Name der Praxis)

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der **Hauptbetriebsstätte**

Diese Tätigkeit wurde von der Kassenärztlichen Vereinigung _____
(Name der Kassenärztlichen Vereinigung)

im Zeitraum vom _____ bis zum _____ finanziell gefördert.

Die für diesen Antrag notwendigen und im Folgenden aufgeführten Unterlagen habe ich beigefügt:

1. **Approbationsurkunde** des Arztes in Weiterbildung (nur erforderlich, sofern im Arztregister keine Eintragung vorliegt)
2. **Facharzturkunde** des Arztes in Weiterbildung (nur erforderlich, sofern im Arztregister keine Eintragung vorliegt)
3. **tabellarischer Lebenslauf** des Arztes in Weiterbildung
4. **Nachweis über eine Weiterbildungsplanung** bzw. Nachweis über eine Verbundweiterbildung (z. B. Rotationsplan) soweit die Planung abgeschlossen ist
5. **Bestätigung der Ärztekammer Nordrhein** aus welcher ersichtlich wird, welche Weiterbildungsabschnitte zur Erlangung der Facharztkompetenz als Facharzt für Allgemeinmedizin benötigt werden und zuvor noch nicht abgeleistet worden sind
6. **Gehaltsnachweise** des Arztes in Weiterbildung der letzten drei Beschäftigungsmonate aus dem stationären Bereich
7. **Anstellungsvertrag** zwischen der anstellenden Praxis und dem Arzt in Weiterbildung, aus dem sich die Dauer der Weiterbildung, die wöchentliche Arbeitszeit sowie das vereinbarte Entgelt ergeben
8. **Persönliche Erklärung des Antragstellers** zum Antrag auf Gewährung einer Förderung für die Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin (unter Verwendung des bzw. mit den Inhalten des hierfür verfügbaren Formulars)
9. **Persönliche Erklärung des Arztes in Weiterbildung** zum Antrag auf Gewährung einer Förderung für die Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin (unter Verwendung des bzw. mit den Inhalten des hierfür verfügbaren Formulars)
10. **Einwilligung Datenerhebung und -verarbeitung des Antragstellers/Weiterbilders**
11. **Einwilligung Datenerhebung und -verarbeitung des Arztes in Weiterbildung**

Ort, Datum Vertragsarztstempel / Unterschrift des Antragstellers
(Vertragsarzt bzw. BAG-/MVZ-Vertretungsberechtigter gemäß Ziff. 1 des Antrags)

Bitte stellen Sie gleichzeitig einen nach §32 Abs. 2 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) erforderlichen Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung des Arztes in Weiterbildung bei der Bezirksstelle:

Frau Marion Bongartz
Frau Dagmar Schrödter

☎ 0221 / 7763 – 6514, 📠 0221 / 7763 – 6500
☎ 0221 / 7763 – 6536, 📠 0221 / 7763 – 6500
✉ Sicherstellung.KV27@kvno.de

Bei Teilzeitbeschäftigung bitten wir zu beachten, dass diese zusätzlich durch die Ärztekammer Nordrhein genehmigt werden muss.

Information der betroffenen Person bei der Erhebung von personenbezogenen Daten (Art. 13 und 14 DSGVO)

Verantwortlicher im Sinne der Datenschutz-Grundverordnung, sonstiger in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union geltenden Datenschutzgesetze und anderer Bestimmungen mit datenschutzrechtlichem Charakter ist die:

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

vertreten durch den Vorstand
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf
Deutschland

Name und Anschrift der Datenschutzbeauftragten

Die Datenschutzbeauftragte der Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein:
Eva Schwindt
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf
Deutschland
Tel.: +49 211 59 70-0
E-Mail: datenschutzbeauftragter@kvno.de

I) Angaben zur Verarbeitungstätigkeit:

1.1 Zwecke der Verarbeitungstätigkeit:

Zweck der Verarbeitung ist die Erfüllung der hoheitlichen Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, wie sie sich vornehmlich aus dem Vierten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (im Weiteren SGB V) ergeben. Dazu gehören gemäß § 285 SGB V insbesondere:

- Verarbeitung von Daten zum Führen des Arztregisters,
- Erfüllung des Sicherstellungs- und Vergütungsauftrags der vertragsärztlichen/psychotherapeutischen Versorgung einschließlich der Überprüfung der Zulässigkeit und Richtigkeit der Abrechnung,
- Vergütung von ambulanten Krankenhaus- und belegärztlichen Leistungen,
- Durchführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen (§ 106 bis 106c SGB V) sowie
- Durchführung von Qualitätsprüfungen (§ 135 b SGB V).

Daneben werden personenbezogene Daten zur satzungsgemäßen Aufgabenerfüllung der Kassenärztlichen Vereinigung als Selbstverwaltungsorgan der Ärztinnen/Ärzte und Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten verarbeitet. Hierzu gehören insbesondere Vorbereitung und Durchführung von Wahlen, Gremienbildung und deren Tätigkeit (z. B. Vertreterversammlung, Fachausschüsse, sonstige Ausschüsse etc.), Disziplinarangelegenheiten oder Rechtsstreitigkeiten.

Des Weiteren erfolgt eine Verarbeitung von personenbezogenen Daten, um technische Dienstleistungen anzubieten. Dazu gehören insbesondere die angebotenen Dienste, welche über die öffentliche Webseite und das Mitgliederportal der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein zu erreichen sind, z. B. die Dienste Veranstaltungsanmeldung, Onlinebewerbung auf ausgeschriebene Vertragsarztsitze und die Arztsuche sowie die Nutzung der öffentlichen Webseite und des Mitgliederportals der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein selbst.

Ihre Daten werden zudem im Zusammenhang mit Verträgen im Bereich der Besonderen Versorgung, u. a. auch mit der Variante der Einschreibung von Versicherten, verarbeitet.

1.2 Kategorien der personenbezogenen Daten

Für die vorgenannten Zwecke werden, soweit erforderlich, die nachfolgenden Datenkategorien verarbeitet:

- Personenstammdaten (Name, Adresse, Telefonnummer, E-Mail-Adresse etc.)

- Abrechnungs-, Leistungs- und Verordnungsdaten
- Gesundheitsdaten

Zusätzlich von Ärztinnen/Ärzten und Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten:

- Qualifikationsmerkmale (z. B. Facharztbezeichnung, Genehmigungen)
- Steuerdaten

1.3 Rechtsgrundlage der Verarbeitungstätigkeit:

Die vorgenannten Verarbeitungszwecke erfolgen gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO i. V. m. den oben genannten Vorschriften zur Erfüllung rechtlicher Verpflichtungen.

Gegebenenfalls erforderliche Einwilligungen gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO werden vor Beginn der Verarbeitungstätigkeit eingeholt. Die Anforderungen an die Einwilligungserklärung gemäß Art. 7 Abs. 1-4 DSGVO werden dabei erfüllt.

1.4 Kategorien von Empfängern:

Soweit gesetzlich vorgeschrieben, übermittelt die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein Ihre personenbezogenen Daten an andere öffentliche Stellen zur Erfüllung deren gesetzlichen Aufgaben. Dazu zählen u. a. die Kassenärztliche Bundesvereinigung, andere Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, Wirtschaftlichkeitsprüfeinrichtungen, Zulassungsgremien, Ärztekammern, Approbationsbehörden, andere Sozialleistungsträger, (Sozial-)Gerichte und berechtigte Behörden, soweit zu deren Auftragserfüllung notwendig.

Sollte eine Übermittlung an einen Empfänger innerhalb einer der genannten Kategorie erfolgen, so werden Sie über den Empfänger informiert, wenn nicht eine der Ausnahmen nach § 82 Abs. 1 und Abs. 2 SGB X oder die Voraussetzung des Art. 13 Abs. 4 DSGVO vorliegt.

II) Zusätzliche Informationspflichten:

2.1 Speicherdauer der personenbezogenen Daten:

Für die personenbezogenen Daten gibt es unterschiedliche Aufbewahrungsfristen, welche in § 304 SGB V und in der allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung (SRVwV) geregelt sind. Entfällt der Verarbeitungszweck, werden die betreffenden personenbezogenen Daten gelöscht.

2.2 Rechte der betroffenen Person:

Sie können folgende Rechte ausüben, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen:

- Recht auf Auskunft über verarbeitete Daten (Art. 15 DSGVO i. V. m. § 83 SGB X)
- Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Recht auf Löschung (Art. 17 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO)
- Widerspruchsrecht (Art. 21 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)

Soweit die Datenverarbeitung auf einer Einwilligung beruht, haben Sie das Recht, Ihre Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen.

Im Falle der Geltendmachung Ihrer oben genannten Rechte werden wir Ihre Daten verarbeiten, soweit dies erforderlich ist.

Möchten Sie von Ihren Rechten Gebrauch machen, wenden Sie sich bitte an den oben genannten Datenschutzbeauftragten bzw. an den Ihnen ggf. bekannten Ansprechpartner/in.

2.3 Beschwerderecht:

Sie haben ein Recht auf Beschwerde bei der zuständigen Aufsichtsbehörde:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen
Kavalleriestraße 2-4, 40213 Düsseldorf
Telefon: 0211/38424-0
Fax: 0211/38424-10
E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de

2.4 Quellen der personenbezogenen Daten bei Dritterhebung:

Die bei der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein verarbeiteten Daten stammen insbesondere von:

- Ärztinnen/Ärzten und Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten
- Krankenhäusern
- Krankenkassen und Sonstigen Kostenträgern
- Anderen Kassenärztlichen Vereinigungen
- Ärztekammern
- Prüf- und Zulassungsgremien
- Anderen Behörden

2.5 Pflicht zur Bereitstellung der personenbezogenen Daten:

Die Bereitstellung der in Kapitel 1.2 genannten personenbezogenen Daten ist gesetzlich und/oder vertraglich vorgeschrieben.

Die Nichtbereitstellung hätte den Verlust des Leistungs- bzw. Vergütungsanspruchs zur Folge.

Persönliche Erklärung des Antragstellers*
zum Antrag auf Gewährung einer Förderung der Beschäftigung
eines Arztes in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin
nach dem *Konsenspapier zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung*

Hiermit erkläre ich,

Anrede, Titel, Vor-, Nachname des Antragstellers gemäß Ziff. 1 des Antrags

zum Antrag auf Gewährung einer Förderung der Beschäftigung des Arztes in Weiterbildung

Anrede, Titel, Vor-, Nachname des Arztes in Weiterbildung gemäß Ziff. 2 des Antrags

Förderzeitraum gemäß Ziff. 4 des Antrags vom _____ bis _____

Folgendes:

- Ich habe mich davon überzeugt, dass der Arzt in Weiterbildung den Weiterbildungsabschnitt für die Weiterbildung zur Erlangung der Facharztkompetenz als Facharzt für Allgemeinmedizin nach Maßgabe der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Nordrhein benötigt.
- Ich werde die genehmigten Fördermittel in voller Höhe an den Arzt in Weiterbildung weitergeben.
(Anm.: Eine Einbehaltung der im Rahmen des Anstellungsverhältnisses zu leistenden Arbeitgeberanteile zur Sozialversicherung von den Fördermitteln ist nicht zulässig.)
- Ich werde die Förderbeträge an die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein zurückzahlen, sofern der Arzt in Weiterbildung nicht im Rahmen einer Weiterbildung zur Erlangung der Facharztkompetenz als Facharzt für Allgemeinmedizin beschäftigt wird.
(Anm.: Förderungsfähig sind nur Weiterbildungsabschnitte, die für die Weiterbildung zur Erlangung der Facharztkompetenz als Facharzt für Allgemeinmedizin nach Maßgabe der Weiterbildungsordnung benötigt und durch die Ärztekammer Nordrhein angerechnet werden.)
- Binnen drei Monaten nach Beendigung des genehmigten Förderzeitraums werde ich der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein einen Nachweis über die an den Arzt in Weiterbildung weitergegebenen Förderbeträge, ggf. durch Gehaltsabrechnungen oder Quittungen, zusenden.
- Binnen drei Monaten nach Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses werde ich der Kassenärztlichen Vereinigung ein Zeugnis als Dokumentation über den absolvierten Weiterbildungsabschnitt des Arztes in Weiterbildung zusenden.
- Die Informationen über die Verarbeitung der personenbezogenen Daten bei der KV Nordrhein gemäß Art. 13 und 14 DSGVO habe ich zur Kenntnis genommen.

* Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Formular auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Formen verzichtet. Die männliche Form schließt die weibliche mit ein.

■ Mir ist bekannt,

- dass die Fördergelder an die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein zurückzuzahlen sind, wenn die in dieser Erklärung gemachten Angaben nicht zutreffend sind,
- dass gemäß § 3 Abs. 5 der Anlage I zur Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V die Fördervoraussetzungen bei missbräuchlicher Verwendung entfallen, insbesondere wenn
 1. die Fördersumme nicht in voller Höhe an den Arzt in Weiterbildung gemäß § 5 Abs. 7 der Vereinbarung als Anteil der Vergütung ausgezahlt wird,
 2. die Weiterbildung nicht im Einklang mit der Weiterbildungsordnung und/oder nicht vereinbarungsgemäß erfolgt,
- dass in Missbrauchsfällen die erhaltene Förderung in voller Höhe vom Antragsteller an die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein zu erstatten ist und dass im Wiederholungsfalle der Antragsteller von der Förderung ausgeschlossen werden kann,
- dass kürzere Weiterbildungsabschnitte als diejenigen, die im Rahmen der Weiterbildung von der Ärztekammer Nordrhein angerechnet werden, nicht gefördert werden können. Für den Fall, dass die Beschäftigung des Arztes in Weiterbildung einen kürzeren Zeitraum andauert, werde ich die Förderbeträge insgesamt zurückzahlen.

(Anm.: Empfehlenswert erscheint eine zivilrechtliche Vereinbarung mit dem Arzt in Weiterbildung, welche für den Fall, dass der Grund für die vorzeitige Beendigung der Tätigkeit von dem Arzt in Weiterbildung zu vertreten ist, die Rückzahlungsverpflichtung des Arztes in Weiterbildung vorsieht.)

Ort, Datum

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Antragstellers

(Vertragsarzt bzw. BAG-/MVZ-Vertretungsberechtigter gemäß Ziff. 1 des Antrags)

**Persönliche Erklärung des Arztes* in Weiterbildung
zum Antrag auf Gewährung einer Förderung der Beschäftigung
eines Arztes in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin
nach dem *Konsenspapier zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung***

Hiermit erkläre ich,

Anrede, Titel, Vor-, Nachname des Arztes in Weiterbildung gemäß Ziff. 2 des Antrags

zum Antrag des

Anrede, Titel, Vor-, Nachname des Antragstellers gemäß Ziff. 1 des Antrags

Folgendes:

Meine Weiterbildung bei dem o. g. Antragsteller findet statt

vom _____ bis _____

in Vollzeit

in Teilzeit: _____ %

Falls Ihre Weiterbildung im Rahmen eines Weiterbildungsverbundes durchgeführt wird, geben Sie bitte hier den Namen des Verbundes an

Name des Weiterbildungsverbundes

Ferner erkläre ich,

- dass ich den Weiterbildungsabschnitt für die Weiterbildung zur Erlangung der Facharztkompetenz als Facharzt für Allgemeinmedizin nach Maßgabe der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Nordrhein benötige,
- den zu fördernden Weiterbildungsabschnitt in der Praxis des Antragstellers als Teil meiner Weiterbildung zur Erlangung der Facharztkompetenz als Facharzt für Allgemeinmedizin nach Maßgabe der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Nordrhein zu nutzen,
- dass ich binnen drei Monaten nach Beendigung des genehmigten Förderzeitraums der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein eine Auflistung der an mich gezahlten Förderbeträge zusende,
- dass ich die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin absolviere und an der entsprechenden Facharztprüfung teilnehmen werde,
- dass ich mich verpflichte, bei Abschluss der Prüfung zum Facharzt für Allgemeinmedizin die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein zu informieren,
- dass ich die Absicht habe, nach Beendigung meiner Weiterbildungszeit als Hausarzt vertragsärzt-

* Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Formular auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Formen verzichtet. Die männliche Form schließt die weibliche mit ein.

lich tätig zu sein,

- dass ich mich verpflichte, bei Aufnahme einer Vertragsarztstätigkeit die Kassenärztliche Vereinigung zu informieren.

- Mir ist bekannt,
 - dass die Fördergelder an die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein zurückzuzahlen sind, wenn die in dieser Erklärung gemachten Angaben nicht zutreffend sind oder die Fördervoraussetzungen nicht vorliegen. Die Fördervoraussetzungen entfallen bei missbräuchlicher Verwendung,

 - dass ein Nachweis über eine Weiterbildungsplanung bzw. der Nachweis über eine sogenannte Verbundweiterbildung (z.B. Rotationsplan) dem Antrag auf Förderung beizufügen ist. Soweit bei der Beantragung der Förderung noch nicht die gesamte Planung der Weiterbildung abgeschlossen ist, ist eine Erklärung über das Vorliegen der Zusagen für die Beschäftigung als Arzt in Weiterbildung für das nächste Weiterbildungsjahr jeweils spätestens drei Monate vor Abschluss des zuletzt absolvierten Weiterbildungsabschnittes vorzulegen.

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes in Weiterbildung

Einwilligung Datenerhebung und -verarbeitung – Antragsteller* /Weiterbilder

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.

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) Nordrhein, Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf 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
- 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.

* Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Formular auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Formen verzichtet. Die männliche Form schließt die weibliche mit ein.

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung gegenüber der KV jederzeit widerrufen kann. Der Widerruf erfolgt gegenüber der KV Nordrhein, Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf. 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.

Anrede, Titel, Vor-, Nachname des Antragstellers gemäß Ziff. 1 des Antrags

Ort, Datum Vertragsarztstempel / Unterschrift des Antragstellers
(Vertragsarzt bzw. BAG-/MVZ-Vertretungsberechtigter gemäß Ziff. 1 des Antrags)

Sofern der Antragsteller nicht auch gleichzeitig der einzige Weiterbilder ist, wird zusätzlich die Einwilligung des/der beim Antragsteller tätigen Weiterbilder(s) gemäß Ziff. 3 des Antrags erforderlich:

Ich willige in die oben beschriebene Datenverarbeitung ein.

Ort, Datum Unterschrift des/der beim Antragsteller tätigen Weiterbilder(s)

Einwilligung Datenerhebung und -verarbeitung – Arzt* in Weiterbildung

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 stringentere 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.¹) an jeden Förderprogramm-Teilnehmer 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 (KV) Nordrhein, Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf 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.

^{*} Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Formular auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Formen verzichtet. Die männliche Form schließt die weibliche mit ein.

¹ 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 in Weiterbildung bei der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erfragt 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 halbtätige 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
- c) Arztnummer (AiW-Nr. ²)
- 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 Nordrhein, Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf. 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.

Anrede, Titel, Vor-, Nachname des Antragstellers gemäß Ziff. 1 des Antrags

Anrede, Titel, Vor-, Nachname des Arztes in Weiterbildung gemäß Ziff. 2 des Antrags

Ort, Datum Unterschrift des Arztes in Weiterbildung

² s. o. Fußnote¹