

☎ 0211 / 59 70 – 8493 ☎ 0211 / 59 70 – 8021	✉ Antraege.Weiterbildungsassistenten@kvno.de 💻 0211 / 59 70 – 33224
--	--

Änderungsantrag

(für z.B. Änderungen des Beschäftigungsumfangs, Verlängerungen bzw. Rückkehr nach Unterbrechungen)

**Auf Genehmigung zur Beschäftigung eines Arztes* in Weiterbildung
sowie auf
Gewährung einer Förderung für die Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung**

**- Grundversorgende Fachärzte -
nach der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V**

zum Facharzt für _____

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)

bitte nur ausfüllen, wenn sich Änderungen ergeben haben

Der Arzt in Weiterbildung ist folgendem/n Weiterbilder(n) zugeordnet:	
<input type="checkbox"/>	dem Antragsteller persönlich und / oder
<input type="checkbox"/>	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. Beschäftigungs- und Förderzeitraum

Beschäftigungszeitraum:

vom _____ bis zum _____

Förderzeitraum:

vom _____ bis zum _____

in Vollzeit

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

Bitte beachten Sie, dass bei Teilzeittätigkeiten eine Teilzeitgenehmigung der Ärztekammer Nordrhein mit eingereicht werden muss!

im o.g. Fachgebiet oder

anderes Gebiet nach WBO (z.B. neurologischen oder psychiatrisches Jahr)

Die für diesen Antrag notwendigen und im Folgenden aufgeführten Unterlagen habe ich (in Kopie) beigefügt:

- Bei Teilzeitbeschäftigung des Arztes in Weiterbildung ist eine **Teilzeitgenehmigung der Ärztekammer Nordrhein** beizufügen.
- Persönliche Erklärung des Antragstellers** zum Antrag auf Gewährung einer Förderung für die Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung – grundversorgende Fachärzte – (unter Verwendung des bzw. mit den Inhalten des hierfür verfügbaren Formulars)
- Persönliche Erklärung des Arztes in Weiterbildung** zum Antrag auf Gewährung einer Förderung für die Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung – grundversorgende Fachärzte – (unter Verwendung des bzw. mit den Inhalten des hierfür verfügbaren Formulars)

Ort, Datum

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

☎ 0211 / 59 70 – 8493
☎ 0211 / 59 70 – 8021

✉ Antraege.Weiterbildungsassistenten@kvno.de

📠 0211 / 59 70 – 33224

**Persönliche Erklärung des zur Weiterbildung befugten Antragstellers *
zum Antrag auf Förderung der Weiterbildung
- Grundversorgende Fachärzte -
gemäß § 75a SGB V**

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 _____

in Vollzeit

in Teilzeit: _____ %

Folgendes:

- Mir ist bekannt, dass die Förderung nur erfolgen kann, wenn meine Praxis überwiegend konservativ und nicht spezialisiert tätig ist.
- Ich habe mich davon überzeugt, dass der Arzt in Weiterbildung den Weiterbildungsabschnitt für die Weiterbildung zur Erlangung der oben angegebenen Facharztkompetenz 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 oben angegebenen Facharztkompetenz beschäftigt wird.

(Anm.: Förderungsfähig sind nur Weiterbildungsabschnitte, die für die Weiterbildung zur Erlangung der betreffenden Facharztkompetenz nach Maßgabe der Weiterbildungsordnung benötigt und durch die Ärztekammer Nordrhein anrechnet werden.)

- Binnen drei Monaten nach Beendigung des genehmigten Förderzeitraums werde ich der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein in geeigneter Form (z. B. durch Vorlage von Gehaltsabrechnungen oder unter Verwendung des hierfür unter <https://arzt-sein-in-nordrhein.de/foerderung> durch den Arzt in Weiterbildung auszufüllenden verfügbaren Formulars) eine Auflistung der an den Arzt in Weiterbildung im Förderzeitraum gezahlten Bruttogehälter zusenden.

- Die Informationen über die Verarbeitung der personenbezogenen Daten bei der KV Nordrhein gemäß Art. 13 und 14 DSGVO habe ich zur Kenntnis genommen.
- 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.)
 - dass ich erforderlichenfalls gemäß § 5 Abs. 9 der Vereinbarung den Förderbetrag auf die im Krankenhaus übliche Vergütung anzuheben habe.

(Anm.: Siehe TV-Ärzte/VKA §§ 18 und 19 sowie die Anlage zu § 18.)

Ort, Datum

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

☎ 0211 / 59 70 – 8493
☎ 0211 / 59 70 – 8021

✉ Antraege.Weiterbildungsassistenten@kvno.de

📠 0211 / 59 70 – 33224

**Persönliche Erklärung des Arztes* in Weiterbildung
zum Antrag auf Genehmigung der Beschäftigung als Weiterbildungsassistent
sowie Förderung der Weiterbildung**

**- Grundversorgende Fachärzte -
gemäß § 75a SGB V**

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 zum Facharzt für _____ findet statt

vom _____ bis _____

in Vollzeit

in Teilzeit: ____ %

Ich verfüge bereits über die Anerkennung zum Facharzt für: _____

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 zu förmernden Weiterbildungsabschnitt in der Praxis des Antragstellers für die Weiterbildung zur Erlangung der oben angegebenen Facharztkompetenz nach Maßgabe der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Nordrhein benötige,
- den zu förmernden Weiterbildungsabschnitt in der Praxis des Antragstellers als Teil meiner Weiterbildung zur Erlangung der oben angegebenen Facharztkompetenz 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 Bruttogehälter (z. B. unter Verwendung des hierfür unter <https://arzt-sein-in-nordrhein.de/foerderung> verfügbaren Formulars) zusende,
- dass ich die geförderte Weiterbildung zur oben genannten Facharztkompetenz absolviere und an der entsprechenden Facharztprüfung teilnehmen werde,
- dass ich mich verpflichte, bei Abschluss der Facharztkompetenz die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein zu informieren,
- dass ich die Absicht habe, nach Beendigung meiner Weiterbildungszeit im Rahmen der mit der geförderten Weiterbildung erlangten Facharztbezeichnung im vertragsärztlichen Bereich in der geförderten Fachgruppe 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 vorlagen. 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.
- Ich verpflichte mich, gegenüber der Ärztekammer Nordrhein einzuwilligen, dass diese die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein über meine absolvierten Facharztprüfungen und deren Ergebnis informiert.

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes in Weiterbildung

Information zur Beschäftigung eines Arztes* in Weiterbildung

1. Die Beschäftigung des Arztes in Weiterbildung bedarf der vorherigen (!) Genehmigung der Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (§ 32 Abs. 2 Satz 5 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte).
2. Der Weiterbilder muss über die entsprechende Weiterbildungsbefugnis der Ärztekammer Nordrhein verfügen.
3. Der Arzt in Weiterbildung darf grundsätzlich nur unter „Aufsicht und Anleitung“ des Weiterbilders tätig werden. Der weiterbildende Vertragsarzt ist verpflichtet, die Weiterbildung persönlich zu leiten, d.h. der Vertragsarzt muss grundsätzlich anwesend sein und die Tätigkeit des Arztes/der Ärztin in Weiterbildung stets überwachen.
4. Der Arzt in Weiterbildung ist im Rahmen eines Anstellungsverhältnisses tätig und unterliegt der Sozialversicherungspflicht.
5. Ärzte in Weiterbildung dürfen Notdienste unter bestimmten Voraussetzungen übernehmen (Zuständigkeit: Kreisstellen). Eine Vertretung in einer vertragsärztlichen Praxis ist jedoch erst mit dem Erwerb der entsprechenden Facharztanerkennung möglich.
6. Die Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung endet mit Ablauf des genehmigten Weiterbildungszeitraums oder mit dem Bestehen der Facharztprüfung. Eine vorzeitige Beendigung oder Unterbrechung der Weiterbildung ist schriftlich mitzuteilen.
7. Nach abgeschlossener, regulärer Weiterbildungszeit gibt es unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit der Weiterbeschäftigung Ihres Arztes in Ihrer Praxis.
8. Die Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung darf nicht der Vergrößerung der Vertragsarztpraxis oder der Aufrechterhaltung eines übergroßen Praxisumfangs dienen. Für die förderfähigen Fachgruppen ist es jedoch möglich, das RLV einer Praxis auf Antrag zu erhöhen. Hierzu wenden Sie sich bitte an die Honorarabteilung der Hauptstelle.

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 des Datenschutzbeauftragten

Der Datenschutzbeauftragte der Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein:
Bernhard Bock via Ticketsystem der Projekt 29 GmbH & Co. KG
Tel.: 0941 298693 0
E-Mails: anfrage@projekt29.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 berechnigte Behörden, soweit zu deren Auftragerfüllung 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.