

2. Arzt in Qualifizierung

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

3. zur Weiterbildung befugter Arzt (Weiterbilder)

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

dem Antragsteller persönlich oder / und

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

vom _____ bis zum _____

in Vollzeit

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

Allgemeine Hinweise
zum Antrag auf Gewährung einer Förderung der Beschäftigung eines Arztes* in Qualifizierung
im Rahmen des Qualifizierungspakets hausärztliche oder fachärztliche Versorgung

- Förderberechtigt sind ausschließlich von der Ärztekammer Nordrhein zur Weiterbildung befugte Vertragsärzte, die in einer von der Ärztekammer Nordrhein als Weiterbildungsstätte zugelassenen Praxis tätig sind.
- Förderfähig ist ausschließlich die befristete, gemäß § 32 Abs. 2 Ärzte-ZV genehmigte Beschäftigung von Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, bzw. Vertragsärzten mit abgeschlossener Facharztweiterbildung, die einer Arztgruppe der grundversorgenden fachärztlichen Versorgung gem. § 12 Abs. 1 Bedarfsplanungs-Richtlinie angehören, oder die einer Arztgruppe der sonstigen fachärztlichen Versorgung angehören, die durch die KV Nordrhein jährlich festgelegt werden und die derzeit stationär tätig sind bzw. zuletzt waren und bislang in noch nicht ausreichendem Maße Erfahrungen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gesammelt haben und zu Beginn der Qualifizierungsmaßnahme das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- Das Qualifizierungspaket kann in Nordrhein-Westfalen einmalig je Arzt in Qualifizierung für die Dauer von bis zu 6 Monaten absolviert werden. Das Qualifizierungspaket soll einen Zeitraum von 3 Monaten nicht unterschreiten.
- Die Teilnahme am Qualifizierungspaket kann sowohl in Vollzeit, als auch in Teilzeit erfolgen. Im Falle der Tätigkeit in Vollzeit muss die wöchentliche Arbeitszeit mindestens 40 Stunden betragen. Bei einer Tätigkeit in Teilzeit darf eine wöchentliche Arbeitszeit von 20 Stunden nicht unterschritten werden. Die Absolvierung des Qualifizierungspakets in Teilzeit berührt die maximale Dauer des Qualifizierungspakets nicht.
- Das Qualifizierungspaket wird während seiner Dauer monatlich mit einem Betrag von bis zu 7.500 € bei Vollzeittätigkeit durch die KV Nordrhein gefördert. Der Förderbetrag ist ein Zuschuss zum Bruttogehalt des Arztes in Qualifizierung und muss in voller Höhe an ihn weitergegeben werden. Zusätzlich erhält die anstellende Praxis eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 1.500 € bei einer Vollzeittätigkeit des Arztes in Qualifizierung.
- Wird das Qualifizierungspaket nicht in einem ausgewiesenen Fördergebiet des Strukturfonds und/oder des HAP absolviert, ist der monatliche Förderbetrag begrenzt auf die Höhe des von Kostenträgern und Kassenärztlichen Vereinigungen monatlich zu zahlenden Förderbetrages für den ambulanten Bereich nach der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V.
- Die Fördermittel werden von der KV Nordrhein jeweils zu Beginn eines Folgemonats auf das Honorarkonto des Praxisinhabers überwiesen.
- Der Arzt in Qualifizierung ist zur Teilnahme an den von der KV Nordrhein vorgegebenen Veranstaltungen verpflichtet. Die anstellende Praxis hat den Arzt in Qualifizierung hierzu freizustellen.
- Ein Rechtsanspruch auf Gewährung einer Förderung besteht nicht. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass das für die Förderung zur Verfügung stehende Finanzvolumen begrenzt ist auf die Höhe des Strukturfonds gemäß § 105 Abs. 1a SGB V. Der Vorstand der KV Nordrhein entscheidet nach pflichtgemäßem Ermessen im Rahmen der zur Verfügung stehenden Mittel des Strukturfonds über Fördermaßnahmen.
- Eine Entscheidung über den Antrag kann nur erfolgen, wenn der KV Nordrhein alle für die Entscheidung über den Antrag erforderlichen Angaben und Unterlagen gemäß Ziffer 3 des Antrages vorliegen.
- Soweit mehrere entscheidungsreife Anträge vorliegen, aber nicht in ausreichendem Umfang finanzielle Mittel des Strukturfonds zur Verfügung stehen, entscheidet grundsätzlich das Datum des vollständigen Antragsübergangs über die Gewährung der Förderung. Bei Vorliegen mehrerer entscheidungsreifer Anträge und nicht in ausreichendem Umfang zur Verfügung stehender finanzieller Mittel kann ggf. auch eine anteilige Förderung erfolgen. Der Vorstand der KV Nordrhein behält sich vor, im Einzelfall abweichende Entscheidungen zu treffen, wenn einzelne Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung als besonders förderungswürdig erscheinen. Maßgeblich sind die Umstände des Einzelfalles unter Berücksichtigung von Sinn und Zweck der jeweiligen Fördermaßnahme.

* Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

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 für die Verarbeitung Verantwortlichen ist:

Manuel Münchhausen

TÜV TRUST IT GmbH

LESKANPark-Haus 1

Waltherstr. 49-51

D-51069 Köln

Tel. +49 (0)221 - 969789 - 73

E-Mail: KVNO-Datenschutz@tuv-austria.com

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/Ärzten 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 Vertragsarztstze 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 Verwaltungsdaten
- 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 384240
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/Ärzte 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 Qualifizierung
im Rahmen des Qualifizierungspakets hausärztliche oder fachärztliche 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 Qualifizierung

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

Folgendes:

dass ich gegenüber der KV Nordrhein sämtliche Angaben getätigt und Unterlagen eingereicht habe, die für die Entscheidung über den Antrag erforderlich sind und eine Prüfung zulassen, ob und inwieweit der Förderzweck erfüllt wird. Die im Rahmen des Antragsformulars getätigten Angaben sind richtig und vollständig. Auf Verlangen der KV Nordrhein verpflichtete ich mich, weitere Unterlagen einzureichen, sofern diese für eine Entscheidung über den Antrag erforderlich sind. Ich verpflichtete mich, sämtliche Änderungen, die Auswirkungen auf die Gewährung oder die Höhe der finanziellen Förderung haben könnten, der KV Nordrhein unverzüglich mitzuteilen. Mir ist bewusst, dass die Bewilligung der Förderung widerrufen wird, sofern die für die Bewilligungsentscheidung ursächlichen Angaben unrichtig waren oder die Bewilligungsvoraussetzungen nachträglich entfallen. In diesem Falle besteht die Verpflichtung zur anteiligen oder vollständigen Rückzahlung der bereits gewährten Förderung. Dies gilt ebenfalls, sofern die gewährte Förderung nicht für den mit der Fördermaßnahme verbundenen Förderzweck verwendet wird.

Mir ist bewusst, dass ein Rechtsanspruch auf Gewährung einer Förderung nicht besteht. Die Förderbedingungen der Durchführungsrichtlinie des Vorstandes der KV Nordrhein über die befristete Niederlassungsbegleitung und -förderung von Allgemeininternisten (Qualifizierungspaket hausärztliche Versorgung) bzw. der Durchführungsrichtlinie des Vorstandes der KV Nordrhein über die befristete Niederlassungsbegleitung und -förderung von Fachärzten der grundversorgenden fachärztlichen Versorgung (Qualifizierungspaket fachärztliche Versorgung) sind mir bekannt. Die Allgemeinen Hinweise und die Informationen über die Verarbeitung der personenbezogenen Daten bei der KV Nordrhein gemäß Art. 13 DSGVO habe ich zur Kenntnis genommen.

Darüber hinaus erkläre ich, dass ich

- die genehmigten Fördermittel, mit Ausnahme der zugunsten der Praxis bewilligten Aufwandsentschädigung, in voller Höhe an den Arzt in Qualifizierung weitergeben werde, (Anmerkung: Eine Einbehaltung der im Rahmen des Anstellungsverhältnisses zu leistenden Arbeitgeberanteile zur Sozialversicherung von den Fördermitteln ist nicht zulässig.)
- binnen drei Monaten nach Beendigung des Qualifizierungspakets der KV Nordrhein einen Nachweis über die an den Arzt in Qualifizierung gezahlten Förderbeträge (z.B. durch Vorlage von Gehaltsabrechnungen oder mittels einer Auflistung des Arztes in Qualifizierung unter <https://arzt-sein-in-nordrhein.de/foerderung> verfügbaren Formulars) zusenden werde.
- den Arzt in Qualifizierung für die Teilnahme an den von der KV Nordrhein vorgegebenen verpflichtenden Veranstaltungen freistelle.

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

* Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

**Persönliche Erklärung des Arztes* in Qualifizierung
zum Antrag auf Gewährung einer Förderung der Beschäftigung eines Arztes in Qualifizierung
im Rahmen des Qualifizierungspakets hausärztliche oder fachärztliche Versorgung**

Hiermit erkläre ich,

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

zum Antrag des

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

Folgendes:

Meine Beschäftigung als Arzt in Qualifizierung bei dem o. g. Antragsteller findet statt

vom _____ bis _____ und findet statt

in Vollzeit

in Teilzeit: _____ %

Ferner erkläre ich, dass ich

- die begehrte Qualifizierungsmaßnahme noch nicht bei der KV Westfalen-Lippe absolviert habe,
- an den von der KV Nordrhein vorgegebenen verpflichtenden Veranstaltungen teilnehmen werde und dies durch Einreichung von Teilnahmezertifikaten nachweise.
- binnen drei Monaten nach Beendigung des Qualifizierungspakets der KV Nordrhein eine Auflistung der an mich für den Zeitraum des Qualifizierungspakets gezahlten Brutto-Gehälter zusende (z. B. unter Verwendung des hierfür unter <https://arzt-sein-in-nordrhein.de/foerderung> verfügbaren Formulars).

Mir ist bewusst, dass die Bewilligung der Förderung widerrufen wird, sofern die für die Bewilligungsentscheidung ursächlichen Angaben unrichtig waren oder die Bewilligungsvoraussetzungen nachträglich entfallen. In diesem Falle besteht die Verpflichtung zur anteiligen oder vollständigen Rückzahlung der bereits gewährten Förderung. Dies gilt ebenfalls, sofern die gewährte Förderung nicht für den mit der Fördermaßnahme verbundenen Förderzweck verwendet wird.

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes in Qualifizierung

* Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

**Einwilligung des Arztes* in Qualifizierung
in die Verwendung seiner personenbezogenen Daten
im Rahmen des Qualifizierungspakets hausärztliche oder fachärztliche Versorgung**

Hiermit willige ich,

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

ein, dass die KV Nordrhein mich über anstehende Veranstaltungen, Seminare und Beratungsangebote informieren und diesbezüglich postalisch, telefonisch, per Email oder per Fax Kontakt mit mir aufnehmen darf.

Damit, dass die KV Nordrhein dafür die über mich gespeicherten, personenbezogenen Daten (Namen, Geburtsdatum und -ort, Adresse, Telefonnummer, Emailadresse) zu dem vorgenannten Zweck verwendet und verarbeitet, bin ich

einverstanden

nicht einverstanden

Das Antragsverfahren auf Genehmigung zur Beschäftigung eines Arztes in Qualifizierung und Gewährung einer Förderung dieser Beschäftigung ist von der Einwilligung unabhängig.

Mir ist bekannt, dass ich die erteilte freiwillige Einwilligung jederzeit und für die Zukunft formlos widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes in Qualifizierung

** Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.*