

ANTRAG

auf - Genehmigung zur Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung
- ZUSCHUSSGEWÄHRUNG gemäß Vereinbarung zur Förderung der
Weiterbildung § 75a SGB V

I Angaben des Antragstellers (Vertragsarzt/MVZ)

Antragsteller/Praxisstempel	
Weiterbildungsbefugter Arzt:	
Weiterbildungsbefugnis:	<input type="checkbox"/> liegt vor für ____ Monate <input type="checkbox"/> wurde beantragt

II Angaben zum Arzt in Weiterbildung:

Titel	
Vorname	
Nachname	
Geburtsdatum und -ort	geb. am _____ in _____
Staatsangehörigkeit	
Anschrift PLZ, Ort Straße, Nr.	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
E-Mail	_____@_____
(Bei Änderungen ist die KVSH <u>unverzüglich</u> zu informieren!)	

Der Antrag wird gestellt für den Zeitraum vom _____ bis _____. Umfang der Tätigkeit: _____ Stunden/Woche
Bei Änderungen bezüglich der Beschäftigung des Arztes in Weiterbildung (Unterbrechung der Weiterbildungszeit, vorzeitige Beendigung usw.) ist die KVSH <u>unverzüglich</u> zu informieren.

Angestrebte Facharztanerkennung	
---------------------------------	--

Zum Antrag sind folgende Unterlagen einzureichen:	ist beigefügt	liegt/lag bereits vor	wird nachgereicht
Kopie der Approbationsurkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitsvertrag , aus dem Arbeitszeit und Anstellungsort hervorgehen und aus dem ersichtlich ist, dass das Gehalt den Erfordernissen der Vereinbarung entspricht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bescheinigung der Ärztekammer , welche Weiterbildungsabschnitte bereits absolviert wurden und welche zur Komplettierung der Weiterbildung noch fehlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>unterschiedener</u> Lebenslauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erklärung zum Verlauf der bisherigen und geplanten Weiterbildungszeiten (siehe unten)	<input type="checkbox"/>		
Verpflichtungserklärung des Arztes in Weiterbildung (Anlage)	<input type="checkbox"/>		
Verpflichtungserklärung des weiterbildenden Arztes (Anlage)	<input type="checkbox"/>		
Einwilligung Datenerhebung des Arztes in Weiterbildung (Anlage)	<input type="checkbox"/>		
Einwilligung Datenerhebung des weiterbildenden Arztes (Anlage)	<input type="checkbox"/>		

Bisher absolvierte Weiterbildungsabschnitte

Beginn	Ende	Std./Woche	Fachgebiet	Weiterbildungsstätte

Nach Abschluss des beantragten Weiterbildungsabschnittes plane ich zur Vervollständigung der Weiterbildung folgende Weiterbildungsabschnitte (ist zwingend auszufüllen, siehe Anlage I § 3 Abs. 2 Nr. 3 der Vereinbarung!):

Zeitraum	Fachgebiet	ambulant	stationär
		<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"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum

Unterschrift/Stempel Antragsteller

Unterschrift Arzt in Weiterbildung

Verpflichtungserklärung - Arzt in Weiterbildung

Ich erkläre hiermit im Zusammenhang mit dem beantragten Zuschuss für die Tätigkeit als Arzt in Weiterbildung in der Praxis/ in dem MVZ

_____ in _____,
(Name Arzt/MVZ) (Ort)

1. die vorgeschriebene Weiterbildung zur Facharztanerkennung des auf Seite 1 genannten Fachgebiets zu absolvieren und an der entsprechenden Facharztprüfung teilzunehmen.
2. dass ich beabsichtige, nach Beendigung der Weiterbildungszeit im vertragsärztlichen Bereich in der geförderten Facharztgruppe tätig zu sein.
3. dass ich mich verpflichte, grundsätzlich an den Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte in Weiterbildung, die gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein durchgeführt werden (viermal im Jahr), teilzunehmen.

Datum

Unterschrift Arzt in Weiterbildung

Verpflichtungserklärung - Weiterbildender Arzt

1. Ich erkläre, dass die genehmigten Fördermittel in voller Höhe an den Arzt in Weiterbildung abgeführt werden und das Gehalt auf die im Krankenhaus übliche Bezahlung angehoben wird.
2. Ich erkläre, dass der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein nach Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses von Herrn/Frau Dr. med. _____ als Arzt in Weiterbildung in meiner Praxis/MVZ eine Auflistung der an ihn/sie gezahlten Bruttogehälter übersandt wird, ggf. in Form einer Bescheinigung des Steuerberaters.
3. Ich erkläre, dass sofern die Beschäftigung des Arztes in Weiterbildung in meiner Praxis/MVZ nicht im Rahmen einer Weiterbildung in _____ (Fachgebiet) erfolgt, die Förderbeträge an die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein zurückgezahlt werden.
4. Ich verpflichte mich, ein vorzeitiges Ausscheiden des Arztes in Weiterbildung aus meiner Praxis/MVZ unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein mitzuteilen.
5. Ich verpflichte mich, den Arzt in Weiterbildung zum Zweck der Teilnahme an den Fortbildungsveranstaltungen, die gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein durchgeführt werden (viermal im Jahr), freizustellen.

Datum

Unterschrift Antragsteller

Einwilligung Datenerhebung und -verarbeitung - Arzt/Ärztin in Weiterbildung -

Vorbemerkung

Die Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V wird paritätisch durch die Kassenärztlichen Vereinigungen einerseits und die gesetzlichen Krankenkassen und Privaten Krankenversicherungen andererseits finanziert. Die Förderung zielt darauf, insbesondere den Anteil der Allgemeinmediziner und Allgemeinmedizinerinnen in der vertragsärztlichen Versorgung zu erhöhen sowie eine bedarfsgerechte Sicherung vertragsärztlicher Tätigkeit für weitere Facharztgruppen zu ermöglichen.

Zur Überprüfung der Wirksamkeit wird das Förderprogramm regelhaft evaluiert. Im Rahmen dieser Evaluation wird eine einheitliche Nummer (AiW-Nr¹.) an jede/n Förderprogramm-Teilnehmer/in vergeben, um standardisierte Auswertungen durchführen zu können. Zu diesem Zweck werden personenbezogene Daten erhoben, die durch die unten genannten beteiligten Institutionen nach § 67b SGB X ausgetauscht und verarbeitet werden.

Die personenbezogenen Daten werden bei der KBV gespeichert und im Turnus von 3, 5 und 10 Jahren mit dem Bundesarztregister abgeglichen, um den Anteil derjenigen ehemals geförderten Ärzte und Ärztinnen zu ermitteln, die im vertragsärztlichen Bereich tätig geworden sind (§ 1 Abs. 3 Nr. 7 der Anlage III der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V). Es werden ausschließlich auf KV-Bezirksebene aggregierte Auswertungen erstellt. Die jeweiligen Daten werden nach Abschluss der Kohortenevaluation gemäß § 1 der Anlage III zur Vereinbarung 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 widerrufen können.

Einwilligung in Datenerhebung und -verarbeitung

Der/die Unterzeichner/in erklärt sich einverstanden, dass zum Zwecke des Finanzierungsnachweises und der Evaluation der Fördermaßnahmen personenbezogene Daten erhoben und unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen nach § 67b SGB X zwischen den beteiligten Institutionen ausgetauscht und verarbeitet werden dürfen.

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 können bei den genannten Institutionen für die Dauer der Weiterbildung, im Falle von Teilzeit-Weiterbildung bis zu 10 Jahre, gespeichert werden.

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 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung oder einer, von den Vereinbarungspartnern beauftragten Stelle 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, ausgezahlte Fördergelder, bestehende Facharztanerkennungen
- e. Erwerb der Facharztanerkennung,
- f. Spätere Berufstätigkeit im vertragsärztlichen Bereich

Die Auswertungen werden von der Lenkungsgruppe gemäß § 10 der Vereinbarung analysiert. Ihr gehören an: die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft sowie der GKV-Spitzenverband. Des Weiteren sind der PKV-Verband sowie die Bundesärztekammer an der Lenkungsgruppe beteiligt.

Ich bin damit einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung diese Daten an die Kassenärztliche Bundesvereinigung übermittelt und diese nach § 67b SGB X durch die genannten Institutionen verarbeitet werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift Arzt/Ärztin in Weiterbildung

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 und Ärztinnen in Weiterbildung bei der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erfragt werden.

² s.o.

Einwilligung Datenerhebung und -verarbeitung - Weiterbilder/Weiterbilderin -

Vorbemerkung

Die Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V wird paritätisch durch die Kassenärztlichen Vereinigungen einerseits und die gesetzlichen Krankenkassen und den Privaten Krankenversicherungen andererseits finanziert. Die Förderung zielt darauf, insbesondere den Anteil der Allgemeinmediziner und Allgemeinmedizinerinnen in der vertragsärztlichen Versorgung zu erhöhen sowie eine bedarfsgerechte Sicherung vertragsärztlicher Tätigkeit für weitere Facharztgruppen zu ermöglichen.

Zur Überprüfung der Wirksamkeit wird das Förderprogramm regelhaft evaluiert. Zum Zwecke des Abrechnungsnachweises und der Evaluation des Förderprogramms werden personenbezogene Daten nach § 67b SGB X erhoben und verarbeitet sowie zwischen den unten genannten beteiligten Institutionen ausgetauscht.

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.

Einwilligung in Datenerhebung und -verarbeitung

Der/die Unterzeichner/in erklärt sich einverstanden, dass die zum Zwecke des Finanzierungsnachweises und der Evaluation der Fördermaßnahmen personenbezogene Daten erhoben und unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen nach § 67b SGB X zwischen den genannten beteiligten Institutionen ausgetauscht und verarbeitet werden dürfen. Im Rahmen des Mittelnachweises werden folgende Daten von der Kassenärztlichen Vereinigung erhoben und an die Kassenärztliche Bundesvereinigung übermittelt, die diese Daten zusammenführt und dem GKV-Spitzenverband sowie dem PKV-Verband im Rahmen der Jahresabrechnung als Verwendungsnachweis weiterleitet:

Erhoben und übermittelt werden insbesondere folgende Daten:

- 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.

Ich bin damit einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung diese Daten an die Kassenärztliche Bundesvereinigung übermittelt und diese nach § 67b SGB X durch die beteiligten Institutionen verarbeitet werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt/Vertragsärztin

Bei Antragstellung für einen beim Antragssteller tätigen Weiterbilder/Weiterbilderin zusätzlich

Ort, Datum

Unterschrift Weiterbilder / Weiterbilderin