

Arztstempel



kvt
Kassenärztliche
Vereinigung Thüringen

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Abteilung Sicherstellung
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar

Antrag auf Gewährung von Fördermitteln zur Beschäftigung von Ärzten in Weiterbildung im Fachgebiet Allgemeinmedizin entsprechend der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V in Höhe von 4.800,00 € monatlich

I.
Name, Vorname des Praxisinhabers/Name des MVZ und des weiterbildenden Arztes/der weiterbildenden Ärzte

.....
Anschrift (Straße, Nr., Ortsteil, PLZ, Ort, Telefon)

Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung in folgendem Umfang:

Zulassung: hälftiger Versorgungsauftrag voller Versorgungsauftrag

Anstellung: bis 10 Wochenstunden bis 20 Wochenstunden

bis 30 Wochenstunden über 30 Wochenstunden

.....
Geldinstitut

.....
IBAN

.....
BIC

Bei angegebenem Konto handelt es sich um das Honorarkonto: ja nein

II. Hiermit wird bestätigt, dass Herr/Frau

.....
Name, Vorname der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung

zurzeit wohnhaft

in meiner Praxis/unserer Berufsausübungsgemeinschaft/im MVZ zur

Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin

vom bis tätig ist.

Mir ist bekannt, dass der Förderbetrag in voller Höhe (4.800,00 €) an die Ärztin/den Arzt in Weiterbildung weitergegeben werden muss.

Der Förderbetrag im ambulanten Bereich orientiert sich an der im Krankenhaus üblichen Vergütung. Grundlage ist der Tarifvertrag Ärzte des Verbandes Kommunalen Arbeitgeber (VKA), Stufe I Mittelwert der Gruppen 1 – 4. Eine durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 40 Stunden liegt zugrunde. Der Förderbetrag ist durch die anstellende Praxis bzw. das anstellende MVZ auf die im Krankenhaus

übliche Vergütung gemäß § 5 Abs. 4 anzuheben. Der Förderbetrag ist ein Zuschuss zum Bruttogehalt der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung und muss als Anteil der Vergütung in voller Höhe an sie/ihn weitergegeben werden.

Meine Praxis/unsere Berufsausübungsgemeinschaft/das MVZ hat die Genehmigung zur Beschäftigung der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung durch die KV Thüringen und ist gemäß den Bestimmungen der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Thüringen als Weiterbildungsstätte anerkannt.

III. Ich bestätige, dass die Weiterbildung zur Fachärztin/zum Facharzt für Allgemeinmedizin von Herrn/Frau unter meiner Aufsicht ununterbrochen entsprechend der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Thüringen durchgeführt wird.

IV. Ich beantrage zur direkten Weiterleitung an die Ärztin/den Arzt in Weiterbildung in der Zeit vom bis einen monatlichen Zuschuss für eine (bitte ankreuzen):

ganztägige Weiterbildung in Höhe von EURO 4.800,00 (mindestens 40 Wochenstunden)

Teilzeitweiterbildung für Wochenstunden (Bestätigung der Landesärztekammer beifügen)

Eine Teilzeitstelle mit mindestens der halben regelmäßigen Arbeitszeit wird ebenfalls gefördert. Sofern die Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Thüringen eine geringere Teilzeitbeschäftigung anerkennt, ist diese ebenfalls förderungsfähig, sofern sie mindestens zwölf Wochenarbeitsstunden umfasst.

Die maximale Förderdauer einer allgemeinmedizinischen Weiterbildung richtet sich nach den Vorgaben der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Thüringen.

V. Bei vorzeitigem Abbruch der Weiterbildungsmaßnahme innerhalb des geförderten Zeitraumes sowie bei Vorliegen von Fehlzeiten, die nicht auf Krankheit beruhen oder als Urlaub anzurechnen sind, werde ich umgehend die KV Thüringen informieren.

VI. Ich erkläre,

- dass die genehmigten Fördermittel in voller Höhe an die Ärztin/den Arzt in Weiterbildung abgeführt werden, ansonsten bin ich zur Rückzahlung verpflichtet,
- die Fördermittel zurückzuzahlen, wenn die Weiterbildung nicht im Einklang mit der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Thüringen und nicht vereinbarungsgemäß erfolgt,
- am Ende des jeweiligen Weiterbildungsabschnitts der KV Thüringen einen Nachweis über die an die Ärztin/den Arzt in Weiterbildung weitergegebenen Förderbeträge, ggf. mittels Bescheinigung des Steuerberaters, zuzusenden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Praxisinhabers
bei MVZ: Unterschrift des ärztlichen Leiters

Von diesen Ausführungen habe ich Kenntnis genommen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung

Anlagen

- Erklärung der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung
- Einwilligung Datenerhebung und -verarbeitung – Arzt/Ärztin in Weiterbildung
- Einwilligung Datenerhebung und -verarbeitung – Weiterbilder/Weiterbilderin
- Erklärung der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung

Anlage 1 zum Antrag auf Gewährung von Fördermitteln
(durch die Ärztin/den Arzt in Weiterbildung auszufüllen)

E R K L Ä R U N G der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung

.....
Name, Vorname und ggf. Geburtsname der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung

.....
Anschrift (Straße, Nr., Ortsteil, PLZ, Ort, Telefon)

Ich erkläre:

- die Weiterbildung im Fachgebiet Allgemeinmedizin zu absolvieren und die Teilnahme an der Facharztprüfung innerhalb einer Frist von zwölf Monaten nachzuweisen,
- die Absicht, nach Beendigung der Weiterbildungszeit im vertragsärztlichen Bereich im geförderten Fachgebiet tätig zu sein,
- den in der Praxis des Antragstellers ableistbaren Weiterbildungsabschnitt als Teil der Weiterbildung gemäß der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung zu nutzen.

Die Weiterbildung erfolgt (bitte ankreuzen):

ganztägig: Teilzeitweiterbildung für Wochenstunden

Bei einer Teilzeitweiterbildung ist mit diesem Antrag die Bestätigung der LÄK über die Anrechnungsfähigkeit beizufügen.

Bitte beachten:
Die Förderung erfolgt nur für Weiterbildungsabschnitte im Rahmen der Mindestweiterbildungszeit.

in der Zeit vom bis bei Herrn/Frau

Die Weiterbildung wurde am begonnen. Folgende bisher absolvierte Weiterbildungsabschnitte werden durch die Landesärztekammer angerechnet:

- Monate im Fachgebiet ambulant stationär
- Monate im Fachgebiet ambulant stationär
- Monate im Fachgebiet ambulant stationär
- Monate im Fachgebiet ambulant stationär
- Monate im Fachgebiet ambulant stationär
- Monate im Fachgebiet ambulant stationär

Als Nachweis füge ich die Bestätigung der Weiterbildungsabschnitte durch die Landesärztekammer Thüringen bei und den Nachweis über eine Weiterbildungsplanung (siehe Anlage).

Zeiten, die im Rahmen der Weiterbildung nicht angerechnet werden können, wie z. B. Schwangerschaft, Wehrdienst, Krankheit etc., werde ich der KV Thüringen unverzüglich anzeigen.

1. Die KV Thüringen gewährt der Ärztin/dem Arzt in Weiterbildung zur Förderung der Weiterbildung in der Fachrichtung Allgemeinmedizin einen widerruflichen Zuschuss. Der Zuschuss wird anteilig bei Fehlzeiten, die nicht auf Krankheit beruhen oder als Urlaub anzurechnen sind, gekürzt.
2. Die Ärztin/der Arzt verpflichtet sich, der KV Thüringen nach Abschluss der Weiterbildung die Teilnahme an der Facharztprüfung innerhalb einer Frist von zwölf Monaten nachzuweisen.
3. Bei vorzeitigem Abbruch der Weiterbildung zur Fachärztin/zum Facharzt für Allgemeinmedizin bzw. bei vorzeitigem Abbruch des genehmigten Weiterbildungsabschnitts, ist die KV Thüringen unverzüglich zu unterrichten.
4. Sofern die Teilnahme an der Facharztprüfung innerhalb der o. g. Frist nicht vorgelegt wird, behält sich die KV Thüringen vor, den Weiterbildungsstand über die zuständige Ärztekammer festzustellen.
5. Die Ärztin/der Arzt verpflichtet sich, bei Änderung des Namens und der Adresse sowie bei Änderung der Ärztekammer-Zuständigkeit diese der KV Thüringen mitzuteilen. Diese Regelung gilt bis zum Nachweis über die Teilnahme an der Facharztprüfung.
6. Die vom Zuschuss zu zahlende Lohnsteuer und die Beiträge zur Sozialversicherung werden nicht über die KV Thüringen, sondern vom Praxisinhaber abgeführt bzw. getragen.

Mit den Voraussetzungen für die Zuschussgewährung bin ich einverstanden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Praxisinhabers
bei MVZ: Unterschrift des ärztlichen Leiters

Nachweis Weiterbildungsplanung

Ich erkläre, dass mir die Zusagen für eine Beschäftigung als Ärztin/Arzt in Weiterbildung für das kommende Weiterbildungsjahr vorliegen oder ich diese spätestens drei Monate vor Abschluss des zuletzt absolvierten Weiterbildungsabschnitts vorlege.

Beginn	Ende	Fachgebiet	Weiterbildungsstätte	Ort

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Ärztin/Arzt in Weiterbildung

Anlage 2 zum Antrag auf Gewährung von Fördermitteln

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-Nr.¹) 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 Facharztan-

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.

erkenntnisse,

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

Anlage 3 zum Antrag auf Gewährung von Fördermitteln

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. Förderbeginn und –ende, Förderdauer in Monaten sowie Angabe jahresübergreifende Förderung (j/n), vollzeitige oder teilzeitige Weiterbildung
- d. Förderart (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
und bei MVZ: Unterschrift des ärztlichen Leiters

Bei Antragstellung für einen beim Antragssteller tätigen Weiterbilder/Weiterbilderin zusätzlich

Ort, Datum

Unterschrift Weiterbilder/Weiterbilderin