

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.

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.

Zur direkten Weiterleitung an die Ärztin/den Arzt in Weiterbildung beantrage ich in der Zeit

vom bis einen monatlichen Zuschuss für eine (bitte ankreuzen):

- ganztägige Weiterbildung in Höhe von EURO 5.400,00 (mindestens 40 Wochenstunden)
- Teilzeitweiterbildung für Wochenstunden.

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.

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.

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 Praxisinhaber bzw. ärztliche Leitung MVZ

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 – Weiterzubildende

Einwilligung Datenerhebung und -verarbeitung – Weiterbilder/Weiterbilderin

Anlage 1 zum Antrag auf Gewährung von Fördermitteln (Blatt 1)

(durch die Ärztin/den Arzt in Weiterbildung auszufüllen)

ERKLÄRUNG 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 nach Abschluss der gesamten Weiterbildung 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.

Bitte beachten:

Die Förderung erfolgt nur für Weiterbildungsabschnitte im Rahmen der Mindestweiterbildungszeit.

Die Weiterbildung erfolgt (bitte ankreuzen):

ganztägig Teilzeitweiterbildung für Wochenstunden

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	<input type="radio"/> ambulant	<input type="radio"/> stationär
..... Monate im Fachgebiet	<input type="radio"/> ambulant	<input type="radio"/> stationär
..... Monate im Fachgebiet	<input type="radio"/> ambulant	<input type="radio"/> stationär
..... Monate im Fachgebiet	<input type="radio"/> ambulant	<input type="radio"/> stationär
..... Monate im Fachgebiet	<input type="radio"/> ambulant	<input type="radio"/> stationär
..... Monate im Fachgebiet	<input type="radio"/> ambulant	<input type="radio"/> 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.

Anlage 1 zum Antrag auf Gewährung von Fördermitteln (Blatt 2)

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 Praxisinhaber bzw. ärztliche Leitung MVZ

Anlage 1 zum Antrag auf Gewährung von Fördermitteln (Blatt 3)

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 (Blatt 1)

Einwilligung Datenerhebung und -verarbeitung Weiterzubildende

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 § 75 a 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 § 75 a 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 stringenterer 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.) an jede/n Förderprogramm-Teilnehmer/in 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 widerrufen können.

Einwilligung in Datenerhebung und -verarbeitung

Ich willige gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar, ein, dass zum Zwecke des Mittelverwendungsnachweises und der Evaluation der Förderung meine nachfolgend aufgelisteten personenbezogene 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.

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 halbtägige Weiterbildung, Förderbetrag gesamt und Förderbetrag KV-

Anlage 2 zum Antrag auf Gewährung von Fördermitteln (Blatt 2)

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.)
- 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 im Rahmen der Teilnahme an den Angeboten der Kompetenzzentren Weiterbildung gemäß § 75 a SGB V“ 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 Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar. 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.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Ärztin/Arzt in Weiterbildung

Anlage 3 zum Antrag auf Gewährung von Fördermitteln (Blatt 1)

Einwilligung Datenerhebung und -verarbeitung Weiterbilder/Weiterbilderin (vertragsärztlicher Bereich)

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 § 75 a 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 § 75 a 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.

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

Ich willige gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar, 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/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 Weiterbildungsverband (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.

Anlage 3 zum Antrag auf Gewährung von Fördermitteln (Blatt 2)

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung gegenüber der KV jederzeit widerrufen kann. Der Widerruf erfolgt gegenüber der KV Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar. 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.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Vertragsärztin/Vertragsarzt

Sofern der/die obige Unterzeichner/in nicht auch gleichzeitig der/die Weiterbilder/in ist, wird zusätzlich die Einwilligung des/der weiterbildenden Arztes/Ärztin der Praxis/BAG/MVZ erforderlich:

Ich willige in die oben beschriebene Datenverarbeitung ein.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Ärztin/Arzt in Weiterbildung