

Kassenärztliche Vereinigung Bremen
Abteilung Recht und Zulassung
Schwachhauser Heerstraße 26/28
28215 Bremen

Antrag
auf Genehmigung zur Beschäftigung eines Arztes/einer Ärztin in Weiterbildung (AiW) nach
§32 Abs. 2 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte für die
auf dem Gebiet der Allgemeinmedizin

A: Angaben des/der Antragssteller:in

Titel/Vorname/Name oder Bezeichnung des MVZ.....

Name der/des Weiterbilder:in, sofern nicht antragsbefugt.....

Genehmigte Dauer der Weiterbildungsbefugnis (in Monaten).....

Praxisadresse: Straße, Hausnummer.....

Praxisadresse: PLZ, Ort.....

E-Mail der/des Weiterbilder:in.....

Beantragt wird die Genehmigung zur Beschäftigung des/der nachfolgend genannten AiW für:

Beschäftigungszeitraum vom bis

Tätigkeitsumfang (wöchentliche Arbeitszeit in Stunden).....

Ziel der Weiterbildung (Fachgebiet):.....

Beantragt wird für die Dauer der Beschäftigung des oben genannten AiW die Förderung der fachärztlichen Weiterbildung gemäß § 75a SGB V: **Förderhöchstbetrag 5.400 Euro bei einer Vollzeitstelle (40 Wochenstunden).**

Es wird um Überweisung des Förderbetrages auf das nachfolgende Konto **der/des Antragssteller:in** gebeten:

Geldinstitut:.....

IBAN:

BIC:

Datum

Unterschrift des/der Antragssteller:in

B: Angaben der/des AiW

Titel/Vorname/Name

Geburtsdatum Approbationsdatum

Adresse des AiW

Telefonnummer des AiW

E-Mail des AiW

Die Facharztprüfung wird nach dem Weiterbildungsrecht der WBO von 2005 oder 2020 abgelegt.

Um Sie über Veranstaltungen/Fortbildungen zum Thema Weiterbildung informieren und hierzu einladen zu können, benötigen wir Ihr Einverständnis. Die Genehmigung der Weiterbildung und die Gewährung einer finanziellen Förderung sind von dieser Einwilligung unabhängig. Die Einwilligung kann jederzeit formlos widerrufen werden.

Ja, ich bin einverstanden

Nein, ich bin nicht einverstanden

Datum

Unterschrift des/der AiW

C: Hinweis für den/die AiW

Ein **Nachweis** über eine **Weiterbildungsplanung** bzw. der Nachweis über eine sogenannte **Verbundweiterbildung** (z.B. Rotationsplan) ist dem Antrag beizufügen. 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 AiW für das nächste Weiterbildungsjahr jeweils spätestens **drei Monate vor Abschluss** des zuletzt absolvierten Weiterbildungsabschnittes vorzulegen.

Diesem Antrag sind folgende Unterlagen beigefügt:

Nachweis der Weiterbildungsbefugnis

Weiterbildungsvertrag in Kopie (Arbeitsvertrag)

Approbationsurkunde des/der AiW in Kopie

Einwilligung Datenerhebung und -verarbeitung - AiW

Einwilligung Datenerhebung und -verarbeitung - Antragssteller:in und ggfs. Weiterbilder:in

Bei Bedarf besteht die Möglichkeit gemäß Nr. 12 Durchführungsbestimmungen zur Berechnung der Regelleistungsvolumina, bei der Abrechnungsabteilung einen formlosen Antrag auf RLV-Erhöhung zu stellen. Sie finden die RLV Durchführungsbestimmungen auf unserer Homepage (www.kvhb.de) im Downloadcenter.

Antrag auf Förderung des Weiterbildungsverhältnisses

Erklärung zum Weiterbildungsverhältnis zwischen

dem/der Antragssteller:in

und dem/der AiW

I. Erklärungen des Antragsteller:in

1. Ich verpflichte mich, die genehmigten Fördermittel in voller Höhe an den/die AiW abzuführen.
2. Ich verpflichte mich, die an mich gezahlten Förderbeträge an die Kassenärztliche Vereinigung zurückzuzahlen, sofern der/die AiW nicht im Rahmen einer Weiterbildung in der Allgemeinmedizin beschäftigt wird.
3. Ich verpflichte mich, der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung am Ende des jeweiligen Weiterbildungsabschnitts unaufgefordert einen Nachweis über die an den/die AiW weitergegebenen Förderbeträge, ggf. mittels Bescheinigung des Steuerberaters, zuzusenden.

II. Erklärungen des/der AiW

1. Ich beabsichtige, nach der Beendigung meiner Weiterbildungszeit in der vertragsärztlichen Versorgung als Hausarzt tätig zu werden.
2. Ich verpflichte mich, den ableistbaren Weiterbildungsabschnitt als Teil meiner Weiterbildung in der Allgemeinmedizin gemäß § 2 der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75 a SGB V zu nutzen.
3. Ich verpflichte mich, die zuletzt zuständige Kassenärztliche Vereinigung bei Abschluss der Prüfung zum/r Facharzt/-ärztin für Allgemeinmedizin bzw. zum/r Facharzt/-ärztin für Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt/-ärztin) zu informieren.
4. Ich verpflichte mich, bei Aufnahme einer Vertragsarztstätigkeit die zuletzt zuständige Kassenärztliche Vereinigung zu informieren.
5. Ich erkläre hiermit, die vorgeschriebene Weiterbildung zum/r Facharzt/-ärztin für Allgemeinmedizin bzw. Facharzt/-ärztin für Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt/-ärztin) zu absolvieren und an der entsprechenden Facharztprüfung teilzunehmen.
6. Ich erkläre hiermit, den in der Praxis des Antragstellers/der Antragstellerin ableistbaren Weiterbildungsabschnitt als Teil der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin oder in einem der Fächer gemäß § 3 der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75 a SGB V zu nutzen.

Die Regelungen des § 75 a SGB V sowie die Regelungen der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75 a SGB V haben wir gelesen und zur Kenntnis genommen.

Ort/ Datum

Unterschrift des/der Antragsteller:in

Unterschrift des/der AiW

Einwilligung Datenerhebung und -verarbeitung – AiW

Vorbemerkung

Die Förderung der Weiterbildung gemäß § 75 a SGB V wird paritätisch durch die Kassenärztlichen Vereinigungen einerseits und die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) und Privaten Krankenversicherungen (PKV) andererseits finanziert. Die Förderung zielt darauf ab, insbesondere den Anteil der Allgemeinmediziner:innen 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 § 75 a 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.

Um seitens der KVHB eine präzise und verkürzte Bearbeitungsdauer zur Genehmigung der Beschäftigung und Förderung der Weiterbildung nach § 75a SGB V zu gewährleisten, findet zur Klärung von Sachverhalten hinsichtlich Ihres Anliegens ein Austausch fallrelevanter Informationen mit der Ärztekammer Bremen statt.

Für die Datenverarbeitung und -nutzung der personenbezogenen Daten durch die beteiligten Institutionen und der Ärztekammer Bremen 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 sowie zur Verkürzung der Antragsbearbeitungszeit personenbezogene Daten erhoben und unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen nach § 67b SGB X zwischen den beteiligten Institutionen und der Ärztekammer Bremen 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 halbtägige Weiterbildung, Förderbetrag gesamt und Förderbetrag KV-Anteil, Teilnahme an einer Verbundweiterbildung (ja/nein)

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

^{1 2} 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 KV erfragt werden.

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

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.

Zur Verkürzung der Antragsbearbeitung können folgende Daten mit der Ärztekammer Bremen ausgetauscht werden:

Vorname, Name, Titel, Geschlecht, Geburtsdatum, Facharztbezeichnung, Praxisort, Beschäftigungszeitraum des AiW, Weiterbildungsvertrag, Beschäftigungsumfang des AiW, Teilnahme an einer Verbundweiterbildung, bereits absolvierte und noch zu erbringende Weiterbildungszeiten des AiW und Anmeldung zur Facharztprüfung (AiW).

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 und der Ärztekammer Bremen verarbeitet werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift des/der AiW

**Datenerhebung und -verarbeitung – Antragssteller:in und ggfs.
Weiterbilder:in (vertragsärztlicher Bereich)**

Vorbemerkung

Die Förderung der Weiterbildung gemäß § 75 a SGB V wird paritätisch durch die Kassenärztlichen Vereinigungen einerseits und die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) und den Privaten Krankenversicherungen (PKV) andererseits finanziert. Die Förderung zielt darauf ab, insbesondere den Anteil der Allgemeinmediziner:innen 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.

Um seitens der KVHB eine präzise und verkürzte Bearbeitungsdauer zur Genehmigung der Beschäftigung und Förderung der Weiterbildung nach § 75a SGB V zu gewährleisten, findet zur Klärung von Sachverhalten hinsichtlich Ihres Anliegens ein Austausch fallrelevanter Informationen mit der Ärztekammer Bremen statt.

Für die Datenverarbeitung und -nutzung der personenbezogenen Daten durch die beteiligten Institutionen und der Ärztekammer Bremen 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, sowie zur Verkürzung der Antragsbearbeitung personenbezogene Daten erhoben und unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen nach § 67b SGB X zwischen den genannten beteiligten Institutionen und der Ärztekammer Bremen 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 der/des Weiterbilder:in,
- 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.

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.

Zur Verkürzung der Antragsbearbeitung können folgende Daten mit der Ärztekammer Bremen ausgetauscht werden:

Vorname, Name, Titel, Geschlecht, Geburtsdatum, Facharztbezeichnung, Praxisort, Beschäftigungszeitraum des AiW, Weiterbildungsvertrag, Beschäftigungsumfang des AiW, Teilnahme an einer Verbundweiterbildung, Weiterbildungsbefugnis.

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 und der Ärztekammer Bremen verarbeitet werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Antragsteller:in

ggf. Unterschrift Weiterbilder:in

Die folgenden Zeilen werden von der Ärztekammer Bremen ausgefüllt:

Nach der aktuellen Weiterbildungsordnung von 2020 fehlen noch folgende Zeiten für die Facharztanerkennung Allgemeinmedizin:

- _____ Monate Weiterbildung in der ambulanten hausärztlichen Versorgung.
- _____ Monate im Gebiet Innere Medizin in der stationären Akutversorgung.
- _____ Monate in mindestens **einem anderen Gebiet** der unmittelbaren Patientenversorgung.
- _____ Monate in Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung.

Nach der Weiterbildungsordnung von 2005 fehlen noch folgende Zeiten für die Facharztanerkennung Allgemeinmedizin:

- _____ Monate stationäre Basisweiterbildung im Gebiet Innere Medizin, davon können bis zu _____ Monate in den Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung angerechnet werden.
- _____ Monate Weiterbildung in der ambulanten hausärztlichen Versorgung.

Nach Prüfung der vorgelegten Unterlagen bestätigen wir, dass die geplante Weiterbildung in der Praxis von _____, entsprechend der aktuell bestehenden Weiterbildungsbefugnis (_____ Monate) mit _____ Monaten für den Weiterbildungsabschnitt

- ambulante hausärztliche Versorgung**
- Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung**
- Basisweiterbildung (gem. WBO 2005)**

anrechenbar ist.

Eine Überprüfung der Weiterbildungsinhalte hat nicht stattgefunden.

Datum

Unterschrift / Stempel der Ärztekammer

Die Erforderlichkeit der geplanten Weiterbildung für die Facharztanerkennung Allgemeinmedizin kann anhand der eingereichten Unterlagen aus folgenden Gründen nicht bestätigt werden:

- Nachweise / Angaben über die bisherige Weiterbildung (Zeugnisse, Arbeitsverträge zu Punkt _____) fehlen.
- Sonstige Gründe: _____

Datum
Nachrichtlich: Kassenärztliche Vereinigung Bremen

Unterschrift Stempel der Ärztekammer
Seite 2 von 2 der Anlage 1