

**A N T R A G**  
**auf Genehmigung zur Beschäftigung eines Arztes/einer Ärztin in Weiterbildung (AiW) nach § 32 Abs. 2 Ärzte-ZV für die**  
**„Fachärztliche Weiterbildung“**

**A: Angaben des Antragstellers/der Antragstellerin (Weiterbilder/in):**

\_\_\_\_\_ Praxisadresse  
Titel/Vorname/Name

\_\_\_\_\_ genehmigte Dauer

Ich beantrage die Genehmigung zur Beschäftigung der/des nachfolgend genannten Ärztin/Arztes in Weiterbildung

im Umfang von \_\_\_\_\_ Stunden/Woche

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_ Datum Unterschrift/Arztstempel des/der Antragstellers/in

**B: Angaben Arzt/ Ärztin in Weiterbildung (AiW):**

\_\_\_\_\_ Geb.-Datum Approbationsdatum  
Titel/Vorname/Name

Die Facharztprüfung wird nach dem Weiterbildungsrecht von 2005 abgelegt.

\_\_\_\_\_ Datum Unterschrift des/der AiW

**C: Erklärungen des Antragstellers/der Antragstellerin und des/der AiW:**

**Wir haben die am 01.07.2016 in Kraft getretene Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75 a SGB V (siehe [www.kvhb.de](http://www.kvhb.de)/Für Praxen/Verträge/Weiterbildungsförderung) in der ambulanten und stationären Versorgung zur Kenntnis genommen und werden diese Vorgaben einhalten.**

\_\_\_\_\_ Ort/Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift Antragssteller/in Unterschrift des/der AiW

**D: 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.

**E: Weiterbildungszuschuss:**

**Beantragt wird der Förderhöchstbetrag € 2.400,--\* von der KVHB und € 2.400,--\* von den Krankenkassen** (gem. der am 01.07.2016 in Kraft getretenen Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75 a SGB V in der ambulanten und stationären Versorgung) (\* bei 40 Std./Woche, sonst anteilige Berechnung)

für die Dauer der Beschäftigung von \_\_\_\_\_  
Name des/der AiW

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum, Telefonnummer des/der AiW

\_\_\_\_\_  
Adresse des/der AiW

**Es wird um Überweisung des Förderungsbetrages auf das nachfolgende Konto des Antragstellers/der Antragstellerin gebeten:**

\_\_\_\_\_  
Geldinstitut

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
BIC

**Diesem Antrag sind folgende Unterlagen beigelegt:**

- Nachweis der Weiterbildungsbefugnis
- Weiterbildungsvertrag in Kopie (Arbeitsvertrag)
- Approbationsurkunde des/der AiW in Kopie
- Einwilligung Datenerhebung und -verarbeitung - AiW
- Einwilligung Datenerhebung und -verarbeitung – Vertragsarzt/Vertragsärztin und ggfs. Weiterbilder/ Weiterbilderin (vertragsärztlicher Bereich)

Bei Bedarf besteht die Möglichkeit, bei der Abrechnungsabteilung einen formlosen Antrag auf RLV-Erhöhung zu stellen

## Anlage zum Antrag auf Förderung des Weiterbildungsverhältnisses

gemäß der Anlage I der mit Wirkung zum 01.07.2016 in Kraft getretenen Vereinbarung zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75 a SGB V in der ambulanten und stationären Versorgung.

### ERKLÄRUNG

zum Weiterbildungsverhältnis zwischen

dem/der Antragssteller/in \_\_\_\_\_

und dem/der AiW \_\_\_\_\_

#### I. Erklärungen des Antragstellers/der Antragstellerin

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 auf dem Gebiet der ..... beschäftigt wird.  
(hier bitte das Fachgebiet eintragen, für das die Förderung beantragt 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 Facharzt/-ärztin für ..... tätig zu werden.
2. Ich verpflichte mich, den ableistbaren Weiterbildungsabschnitt als Teil meiner Weiterbildung auf dem Gebiet der ..... gemäß § 3 der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75 a SGB V zu nutzen. (Fachgebiet eintragen, für das die Förderung beantragt wird!)
3. Ich verpflichte mich, die zuletzt zuständige Kassenärztliche Vereinigung bei Abschluss der Prüfung zum Facharzt/-ärztin für ..... zu informieren. (Fachgebiet eintragen, für das die Förderung beantragt wird!)
4. Ich verpflichte mich, bei Aufnahme einer Vertragsarztstätigkeit die zuletzt zuständige Kassenärztliche Vereinigung zu informieren.

**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.**

**Alle Informationen zum Thema Förderung in der Weiterbildung befinden sich auf der Homepage der KVHB ([www.kvhb.de](http://www.kvhb.de)) unter der Rubrik „Weiterbildung und Famulatur“.**

Ort/Datum:

---

Unterschrift 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 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.<sup>1</sup>) 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.

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)

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.)<sup>2</sup>,
- 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.

---

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> Siehe Fußnote <sup>1</sup>

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.

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 AiW

**Datenerhebung und -verarbeitung – Vertragsarzt/Vertragsärztin und ggfs.  
Weiterbilder/Weiterbilderin (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 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.

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 beteiligten Institutionen verarbeitet werden dürfen.

-----  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vertragsarzt/Vertragsärztin

Bei Antragstellung für eine/n beim Vertragsarzt/Vertragsärztin tätigen Weiterbilder/Weiterbilderin zusätzlich

-----  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Weiterbilder / Weiterbilderin

**Anlage 1 zum Antrag auf Förderung des Weiterbildungsverhältnisses zum/zur**

**Facharzt / Fachärztin für.....**

Zum Nachweis der Fördervoraussetzungen ist diese Bestätigung der Ärztekammer Bremen erforderlich.

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an:

**Ärztekammer Bremen  
Abteilung Ärztliche Weiterbildung  
Schwachhauser Heerstr. 30  
28209 Bremen**

**Erforderliche Anlagen:**

- Zeugnisse und Arbeitsverträge aller bisherigen Weiterbildungsstellen
- Arbeitsvertrag der Weiterbildungsstelle, für die die Förderung beantragt wird.

**Von/m Ärztin/Arzt in Weiterbildung auszufüllen:**

\_\_\_\_\_  
Titel/Vorname/Name

\_\_\_\_\_  
Geb.-Datum

\_\_\_\_\_  
Approbation am

E-Mail \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Ich habe die Weiterbildung am \_\_\_\_\_ begonnen und bisher folgende Weiterbildungsabschnitte absolviert:

	von	bis	Weiterbildungsstätte (Klinik, Praxis), Fachgebiet, Name des Weiterbilders:	wöchentl. Arbeitszeit (in %)	Von der Ärztekammer auszufüllen
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

Am \_\_\_\_\_ beginne ich einen Weiterbildungsabschnitt in der Praxis: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ im Rahmen einer Vollzeitstelle / Teilzeitstelle ( \_\_\_\_\_ %)

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Weiterzubildenden

