

# 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	
<b>(Bei Änderungen ist die KVSH <u>unverzüglich</u> zu informieren!)</b>	

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 unverzüglich zu informieren.**

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

<b>Zum Antrag sind folgende Unterlagen einzureichen:</b>	<b>ist beigefügt</b>	<b>liegt/lag bereits vor</b>	<b>wird nachgereicht</b>
Kopie der Approbationsurkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Arbeitsvertrag</b> , 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"/>
<b>Bescheinigung der Ärztekammer</b> , 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 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 Fortbildungsveranstaltungen freizustellen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller

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

### **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 § 75a 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 § 75a 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.<sup>1</sup>) 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 jederzeit widerrufen können.

### **Einwilligung in Datenerhebung und -verarbeitung**

Ich willige gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein ein, dass zum Zwecke des Mittelverwendungsnachweises und der Evaluation der Förderung meine nachfolgend aufgelisteten personenbezogenen 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 halbtätige Weiterbildung, Förderbetrag gesamt und Förderbetrag KV-Anteil, Teilnahme an einer Verbundweiterbildung.

Diese Daten werden von den genannten Institutionen für die Dauer der Weiterbildung, im Falle von Teilzeit für maximal zehn Jahre, gespeichert.

---

<sup>1</sup> siehe nächste Seite

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.)<sup>1</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

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“ 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 Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein, Bismarckallee 1-6, 23795 Bad Segeberg. 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 Arzt/Ärztin in Weiterbildung

---

<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.

## 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 § 75a 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 §75a SGB V (Fördervereinbarung) mit weiteren Anlagen geschlossen. Die Fördervereinbarung selbst beschreibt die Grundsätze der gesamten Weiterbildungsförderung. Ihre Anlagen I und II beschreiben das Förderverfahren 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 (KV) Schleswig-Holstein 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. 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 und das Förderverfahren beendet ist. Im Rahmen der Evaluation der Weiterbildung werden die Daten gemäß a) und b) von der KVSH an die Ärztekammer Schleswig-Holstein übermittelt. Die Ärztekammer Schleswig-Holstein benötigt die Daten zur Durchführung der Weiterbildungsbefragung gemäß § 7 Abs. 2, 5. Unterpunkt der Fördervereinbarung.

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung gegenüber der KVSH jederzeit widerrufen kann. Der Widerruf erfolgt gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein, Bismarckallee 1-6, 23795 Bad Segeberg. 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

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

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 Weiterbilder/Weiterbilderin