

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Arztregister und Bedarfsplanung
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

Praxisstempel mit BSNR

E-Mail: arztregister@kvberlin.de

Soweit Sie den Zuschuss zur Förderung der Weiterbildung in den festgelegten Gebieten oder der Allgemeinmedizin wünschen, ist hierfür ein separater Antrag zusätzlich zu stellen.

Antragssteller:in (Praxisinhaber:in oder ärztliche Leiter:in)

Titel, Name, Vorname _____

- Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft zugelassene(r) Vertragsärzt:in.
 Ich bin für das MVZ _____ vertretungsberechtigt.

Ärzt:in in Weiterbildung soll der folgenden weiterbildenden Person zugeordnet werden:

- Antragssteller:in persönlich oder/ und der folgenden Ärztin/ dem folgenden Arzt

Titel, Name, Vorname _____

Gebietsbezeichnung _____

Ärzt:in in Weiterbildung

Titel, Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Anschrift (optional) _____

E-Mail (optional) _____

Fach des

Ziel/Abschluss: _____

Weiterbildungsabschnittes _____

Fachärzt:in für _____

vom _____ bis zum _____ in der Weiterbildungsordnung 2004 2021

in Vollzeit 100% (min. 38,5 Std./Wo.) in Teilzeit 75% (28,875 - 30 Std./Wo.) in Teilzeit 50% (19,25 - 20 Std./Wo.)

Dürfen Genehmigungsinhalte der Ärzt:in in Weiterbildung mitgeteilt werden? ja nein

Ort, Datum _____

Unterschrift **Antragssteller:in**

Bei Antragstellung für einen bei Antragssteller:in angestellten weiterbildungsbefugten Person zusätzlich:

Ort, Datum _____

Unterschrift **angestellte Person (Weiterbilder:in)**

Folgende Unterlagen sind dem Antrag in Kopie beizufügen:

Von Antragssteller:in:	<input type="checkbox"/>	liegt der KV Berlin bereits vor
• Arbeitsvertrag mit der Ärzt:in in Weiterbildung	<input type="checkbox"/>	liegt dem Antrag bei
• Weiterbildungsbefugnis vom/ von der Weiterbilder:in der Ärztekammer Berlin	<input type="checkbox"/>	liegt der KV Berlin bereits vor
	<input type="checkbox"/>	liegt dem Antrag bei
Von der Ärzt:in in Weiterbildung:	<input type="checkbox"/>	liegt der KV Berlin bereits vor
• Approbationsurkunde	<input type="checkbox"/>	liegt dem Antrag bei
• aktueller, unterschriebener beruflicher Werdegang (z.B. Lebenslauf)	<input type="checkbox"/>	liegt der KV Berlin bereits vor
	<input type="checkbox"/>	liegt dem Antrag bei
• evtl. Facharzturkunde	<input type="checkbox"/>	liegt der KV Berlin bereits vor
	<input type="checkbox"/>	liegt dem Antrag bei

weitere Hinweise auf: <https://www.kvberlin.de/fuer-praxen/zulassen-niederlassen-in-berlin/anstellung/weiterbildungsassistent>



Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Arztregister und Bedarfsplanung
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

Praxisstempel mit BSNR

E-Mail: arztregister@kvberlin.de

Folgende Unterlagen sind dem Antrag beizufügen:

- **Antrag auf Genehmigung der Beschäftigung einer Weiterbildungsassistentz** (§32 Abs.2 S.2 Nr.1 Ärzte-ZV)
- **Kopie des Arbeitsvertrags**, mit dem Ziel „Weiterbildung zur Fachärzt:in“
- **NEU: Kopie der Weiterbildungsbefugnis für die Weiterbildungsordnung 2021** oder die Kopie vom Antrag für die Weiterbildungsbefugnis laut der Weiterbildungsordnung 2021

Antragssteller:in (Praxisinhaber:in oder ärztliche Leiter:in)

Titel, Name, Vorname _____

Ärzt:in in Weiterbildung

Titel, Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Hiermit beantrage ich die Gewährung eines Zuschusses zur Beschäftigung des Arztes in Weiterbildung

für die Zeit vom _____ bis zum _____ in

- Vollzeit 100% (min. 38,5 Std./Wo.) Teilzeit 75% (28,875 - 30 Std./Wo.) Teilzeit 50% (19,25 - 20 Std./Wo.)

Im Fachgebiet _____ zur Weiterbildung Fachärzt:in für:

- Allgemeinmedizin bzw. Augenheilkunde Frauenheilkunde und Geburtshilfe
 Haut- und Geschlechtskrankheiten Kinder- und Jugendmedizin Neurologie
 Hals-Nasen-Ohrenheilkunde Urologie. Psychiatrie und Psychotherapie

Es wird ein monatliches Bruttogehalt **-mindestens in Höhe des Förderbetrags*** -

in Höhe von _____ € vereinbart.

(* € 5.400,- bei 100%, € 4.050,- bei 75%, € 2.700,- bei 50% der regulären Arbeitszeit)

Eine Gewährung von Zuschüssen für die Vergangenheit ist ausgeschlossen.

Zuschüsse können nur für vollständig abgeleistete ganze Kalendermonate genehmigt werden.

Können wegen der Begrenztheit der förderfähigen Stellen in der fachärztlichen Weiterbildung (**nicht Allgemeinmedizin**) nicht alle Anträge positiv beschieden werden, sind für die Auswahl der Zeitpunkt des Antragseingangs, sowie die Vollständigkeit der Unterlagen maßgebend.

Voraussetzung für die Förderung ist das Vorliegen der deutschen Approbation der Ärzt:in in Weiterbildung.

Mit meiner Unterschrift verpflichte ich mich, jede Änderung, insbesondere ein vorzeitiges Enden des Beschäftigungsverhältnisses, der KV Berlin umgehend bekanntzugeben. Gleichzeitig wird erklärt, dass die bewilligten Fördermittel in voller Höhe an den Arzt in Weiterbildung als Zuschuss zum Bruttogehalt weitergegeben werden. Weiterhin erkläre ich, dass ich die Förderbeträge an die KV Berlin zurückzahle, sofern ich den geförderten Arzt in Weiterbildung nicht im Rahmen einer allgemeinmedizinischen bzw. fachärztlichen Weiterbildung gemäß §3 der Fördervereinbarung beschäftige oder keine Förderfähigkeit wegen vorzeitiger Beendigung besteht. Bezüglich der Verwendung von Daten zur Analyse und Evaluation von Auswirkungen der Fördervereinbarung wurde das beiliegende Informationsblatt (für Weiterbilder) zur Kenntnis genommen und unterschrieben beigefügt.

Ort, Datum

Unterschrift **Antragssteller:in**



Ausfüllen von Ärzt:in in Weiterbildung

Ärzt:in in Weiterbildung

Name, Vorname _____	Geb.-Datum: _____
Wohnanschrift _____	
Zum vorliegenden Antrag von _____ (Antragssteller:in)	
wird eine Aufstellung der bisherigen abgeleisteten Weiterbildungsabschnitte und die dazugehörigen Zeugniskopien (soweit noch nicht eingereicht) beigelegt - siehe nächste Seite -	
Der Beginn der Gesamtweiterbildung (erster WB-Abschnitt, der von der Ärztekammer Berlin für den Abschluss anrechenbar ist) fand im Gebiet _____	
ab _____ statt.	
Der voraussichtliche Zeitraum des Weiterbildungsabschnittes in der zukünftigen Praxis geht vom _____ bis zum _____	

Ich gebe folgende Erklärungen ab:

1. Ich verpflichte mich, die geförderten Weiterbildungsabschnitte für die Weiterbildung zur Fachärzt:in für _____ (Weiterbildungsziel) zu nutzen.
2. Ich verpflichte mich, vor Beginn des geförderten Weiterbildungsabschnitts bis fünf Jahre nach Abschluss der Weiterbildung jede Änderung meiner Adresse dem Arztregister der KV Berlin mitzuteilen.
3. Ich verpflichte mich, bei Abschluss der Prüfung zur Fachärzt:in die zuletzt zuständige KV zu informieren
4. Ferner erkläre ich, die vorgeschriebene Weiterbildung zur Fachärzt:in für _____ zu absolvieren und an der entsprechenden Facharztprüfung teilzunehmen.
5. Ich beabsichtige, nach Beendigung meiner Weiterbildungszeit in der geförderten Facharztgruppe im vertragsärztlichen Bereich tätig zu werden.

Bezüglich der Verwendung von Daten zur Analyse und Evaluation von Auswirkungen der Fördervereinbarung wurde das beiliegende Informationsblatt „**Einwilligung Datenerhebung und -verarbeitung -Ärztin/Arzt in Weiterbildung**“ zur Kenntnis genommen und unterschrieben beigelegt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben.

Ort, Datum _____	Unterschrift Ärzt:in in Weiterbildung _____
------------------	--



Ausfüllen von Ärzt:in in Weiterbildung

Aufstellung über bisherige Weiterbildungszeiten zum FA für _____				
(Bitte die beizufügenden Anlagen -der KV Berlin noch nicht vorliegende Zeugniskopien- kennzeichnen und der Reihenfolge nach sortieren. Bei der KV Berlin bereits vorliegende Zeugnisse müssen nicht eingereicht werden)				
Zeitraum von - bis im Format: TT.MM.JJJJ	Beschäftigungs- umfang in % einer Vollzeittätigkeit	Weiterbildungsstätte	Förderung wurde gewährt von - bis: (sonst streichen)	Förderung durch (zuständige KV bzw. DKG)
		Fachgebiet		

Eventuell bereits vorliegende Bescheinigungen der Ärztekammer Berlin über anrechenbare und noch zu absolvierende Weiterbildungsabschnitte sind als Kopie beizufügen.

Es wird ein Kurs in der Kinder- und Jugendmedizin gemäß § 4 Absatz 8 der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin absolviert oder ist bereits absolviert worden. Ja Nein

Bemerkung zu bisherigen Weiterbildungszeiten (evtl. Unterbrechungen, wie z. B. Elternzeiten):

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.
Mir ist bekannt, dass in dem Fall, dass die Angaben nicht mit den tatsächlich geleisteten Weiterbildungsabschnitten übereinstimmen und zu Unrecht Förderung gewährt wurde, der Förderbetrag zurückgefordert werden kann.

Ort, Datum

Unterschrift Ärzt:in in Weiterbildung



Ausfüllen von Ärzt:in in Weiterbildung

Nachweis über die zukünftige Weiterbildungsplanung der Ärzt:in in Weiterbildung

Ich erkläre, dass mir die Zusage für eine Beschäftigung als Ärzt:in in Weiterbildung für das kommende Weiterbildungsjahr vorliegen oder ich diese spätestens drei Monate vor Abschluss des zuletzt absolvierten Weiterbildungsabschnittes vorlege.

Beginn	Ende	Fachgebiet	Weiterbildungsstätte	Ort

Bemerkung zu zukünftigen Weiterbildungszeiten:

Hinweise zur Förderung:

Die maximal zulässige Förderdauer der **allgemeinmedizinischen** Weiterbildung und der Weiterbildung in den weiteren geförderten Facharztgebieten richtet sich nach den Vorgaben zu den Mindestweiterbildungszeiten der geltenden Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin.

Für eine Förderung der Weiterbildung in den weiteren **fachärztlichen** Fachgebieten (außer Allgemeinmedizin) muss der Weiterbildungsabschnitt grundsätzlich **mindestens zwölf zusammenhängende Monate** in einer Weiterbildungspraxis betragen. Es werden längstens 24 Monate in einer Weiterbildungspraxis gefördert.

Können wegen der Begrenztheit der förderfähigen Stellen in der fachärztlichen Weiterbildung (nicht Allgemeinmedizin) nicht alle Anträge positiv beschieden werden, so sind für die Auswahl der Zeitpunkt des Antragseingangs, sowie die Vollständigkeit der erforderlichen Unterlagen maßgebend.

Hinweis über die Verpflichtung zur persönlichen Meldung beim Arbeitsamt bei befristeten Arbeitsverträgen:

Bei einem befristeten Arbeitsverhältnis, welches automatisch mit Fristablauf endet, muss sich der Arbeitnehmer rechtzeitig persönlich beim Arbeitsamt arbeitsuchend melden. Dies sollte in jedem Fall 3 Monate vor Beendigung des Arbeitsverhältnisses und zur Vermeidung von finanziellen Nachteilen auch bei bereits vereinbartem nahtlosem Übergang in eine neue Beschäftigung erfolgen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben und die Kenntnisnahme der oben gegebenen Hinweise.	
Ort, Datum	Unterschrift Ärzt:in in Weiterbildung



Einwilligung Datenerhebung und -verarbeitung – Ärztin/Arzt 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.²) 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 | ausgezählte Fördergelder, bestehende |
| b. Geburtsdatum und Geburtsname | Facharztanerkennungen |
| c. Arztnummer (AiW-Nr.) ³ | e. Erwerb der Facharztanerkennung, |
| d. Angaben zum Verlauf der Weiterbildung: KV-Bereich, Förderzeitraum, Fachgebiete, Weiterbildungsziel, Tätigkeitsumfang, | 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 **Ärzt:in in Weiterbildung**

^{2 3} Die AiW-Nr. wird von der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung bzw. der DKG 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:in (vertragsärztlicher Bereich)

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. 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.

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 **Antragssteller:in**

Bei Antragstellung für einen beim Antragssteller tätigen Weiterbilder:in zusätzlich:

Ort, Datum

Unterschrift **Weiterbilder:in**