



## **Antrag der Genehmigung zur Beschäftigung einer Ärztin/eines Arztes in Weiterbildung und der finanziellen Förderung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (fachärztlich)**

Die Beschäftigung und finanzielle Förderung einer Ärztin/eines Arztes in Weiterbildung setzt die Genehmigung der Kassennärztlichen Vereinigung Hessen voraus. Bitte lassen Sie uns hierfür das vollständig ausgefüllte Antragsformular mit den erforderlichen Nachweisen zukommen.

**Bitte beachten Sie, dass alle Felder verpflichtend auszufüllen sind!**

### **1. Antragsteller**

Medizinisches Versorgungszentrum       Berufsausübungsgemeinschaft       Einzelpraxis

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Betriebsstättennummer (BSNR) \_\_\_\_\_

Geschäftsführer/ Kaufmännische Leitung (BAG/MVZ) \_\_\_\_\_

PLZ/ Ort \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

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

### **2. Ärztin/Arzt in Weiterbildung**

Geschlecht: männlich  weiblich  divers

Nachname \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

LANR (falls bereits vorhanden) \_\_\_\_\_

PLZ/ Ort \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

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



### 3. Nachweise

Für die Beschäftigung einer Ärztin/eines Arztes in Weiterbildung sind die nachfolgend aufgeführten Unterlagen bzw. Nachweise vollständig einzureichen:

Weiterbildung im Fachgebiet (lt. Weiterbildungsbefugnis): \_\_\_\_\_

Facharztprüfung geplant im Fachgebiet: \_\_\_\_\_

Mitteilung über die Dauer:

vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ (TT.MM.JJJJ)

Beschäftigungsumfang: \_\_\_\_\_ (genaue Stundenzahl)

In der Praxis oder im MVZ ist die weiterbildungsbefugte Ärztin/der weiterbildungsbefugte Arzt zu benennen, dem die Verantwortung für die Ärztin/den Arzt in Weiterbildung obliegt

---

Weiterbildungsbefugnis der weiterbildenden Ärztin/des weiterbildenden Arztes

*Die Weiterbildungsbefugnis wird bei der Landesärztekammer Hessen beantragt:  
Landesärztekammer Hessen  
Hanauer Landstr. 152  
60314 Frankfurt am Main  
Tel: 069 97672-0*

Kopie der Approbationsurkunde der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung

Arbeitsvertrag/Anstellungsvertrag (TV-Ärzte/VKA)



#### **4. Finanzielle Förderung**

Hiermit beantrage ich die finanzielle Förderung eines förderfähigen Weiterbildungsgebietes gemäß Anlage I der Richtlinie in der aktuellen Version zur Förderung weiterer fachärztlicher Weiterbildungen

Bitte reichen Sie zusätzlich zu den unter Punkt 3 aufgeführten Unterlagen folgende Nachweise ein:

**Weiterbildungsplan der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung**

*(Für die Antragsstellung muss ausschließlich der Weiterbildungsplan aus unserem Downloadbereich verwendet werden. Der Weiterbildungsplan muss vollständig und lückenlos ausgefüllt sowie von der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung und der weiterbildenden Ärztin/des weiterbildenden Arztes gemäß der Weiterbildungsbefugnis unterschrieben werden.)*

**Kopie des Personalausweises oder Aufenthaltstitels der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung**

*(Benötigt werden Name, Geburtsdatum, Adresse und Gültigkeitsdatum. Die übrigen Informationen dürfen geschwärzt werden)*

**Unterschiedene Erklärungen/Datenschutzerklärungen (S.4-12)**

**Bitte senden Sie Ihren Antrag nebst Unterlagen an:**

Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Abteilung Qualitätsförderung  
Team Förderung Weiterbildung  
Europa-Allee 90  
60486 Frankfurt am Main  
Tel: 069 24741-7007  
Fax: 069 24741-68844  
E-Mail: [genehmigung.weiterbildung@kvhessen.de](mailto:genehmigung.weiterbildung@kvhessen.de)

Für Rückfragen zur **finanziellen Förderung** stehen wir Ihnen unter folgenden Kontaktdaten gerne zur Verfügung.

Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Abteilung Qualitätsförderung  
Team Förderung Weiterbildung  
Europa-Allee 90  
60486 Frankfurt am Main  
Tel: 069 24741-7050  
Fax: 069 24741-68843  
E-Mail: [foerderung.fachaerzte@kvhessen.de](mailto:foerderung.fachaerzte@kvhessen.de)



Alle Details zu den Regelungen finden Sie in der Richtlinie zur Förderung weiterer fachärztlicher Weiterbildungen der Kassennärztlichen Vereinigung Hessen auf Grundlage der „Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V“ mit Inkrafttreten zum 1. Oktober 2016.

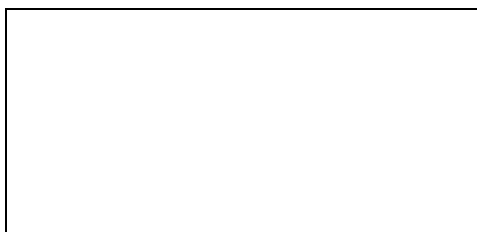
**Bitte beachten Sie, dass...**

- ...erst mit Eingang der vollständigen Unterlagen und Prüfung des Antrages eine Genehmigung erfolgen kann. Eine rückwirkende Genehmigung ist nicht möglich.**
- ...der Antrag möglichst vier Wochen vor Beginn der beabsichtigten Beschäftigung der Ärztin in Weiterbildung/des Arztes in Weiterbildung gestellt werden sollte, damit eine rechtzeitige Bearbeitung sichergestellt werden kann.**
- ...die Leistungen, die die Ärztin/der Arzt in Weiterbildung in Ihrer Praxis erbringt, mit der lebenslangen Arztnummer (LANR) des weiterbildenden Arztes gekennzeichnet werden.**
- ...die Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung nach § 32 Abs. 3 und 4 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) nicht zur Vergrößerung der Vertragsarztpraxis oder der Aufrechterhaltung eines übergroßen Praxisumfanges dienen darf und der Arzt in Weiterbildung zur Erfüllung der vertragsärztlichen Pflichten anzuhalten ist.**

Wir versichern, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift aller Vertragsärzte



Vertragsarztstempel



## **Erklärung der für die Vertragsarztpraxis/das MVZ/die BAG Bevollmächtigten**

- Wir erklären, dass wir die von der KVH erhaltene Förderung unverzüglich in voller Höhe als Bruttoarbeitslohn oder als dessen Bestandteil an die Ärztin/den Arzt in Weiterbildung auszahlen.
- Wir erklären, dass wir das Bruttogehalt der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung auf die im Krankenhaus übliche Vergütung gemäß dem aktuell gültigen TV-Ärzte/VKA anheben.
- Sofern wir die geförderte Ärztin/den geförderten Arzt in Weiterbildung nicht im Rahmen einer Weiterbildung im Weiterbildungsgebiet in zulässiger Weise beschäftigen, erklären wir hiermit, dass ich die Förderbeträge an die KVH zurückzahlen.
- Wir verpflichten uns, Unterbrechungen der Weiterbildung, insbesondere aus Gründen des Mutterschutzes, der Elternzeit, Betreuungszeit oder der Krankheit der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung als auch Unterbrechungen der Weiterbildung unsererseits an die KVH unverzüglich zu melden.
- Wir verpflichten uns, im Falle von Krankheitszeiten des Arztes in Weiterbildung von insgesamt jährlich nicht mehr als sechs Wochen, keine Leistungen nach dem AAG (Aufwendungsausgleichsgesetz) zu beantragen, da in diesem Fall die Förderung aufrechterhalten wird.
- Wir verpflichten uns am Ende des jeweiligen Weiterbildungsabschnittes sowie jährlich im Februar und nach Abschluss der Förderung, der KVH einen Nachweis über die an die Ärztin/den Arzt in Weiterbildung weitergegebenen Förderbeträge ggf. mittels Bescheinigung des Steuerberaters zuzusenden.
- Uns ist bekannt, dass wir ein vorzeitiges Ausscheiden der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung unverzüglich der KVH mitzuteilen habe.
- Wir verpflichten uns, der KVH unverzüglich eine Mitteilung zukommen zu lassen, falls das Arbeitsverhältnis mit dem für die Weiterbildung der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung zuständigen bei der Vertragsarztpraxis/dem MVZ/der BAG angestellten Arzt nicht mehr besteht, oder die Weiterbildungsbefugnis des für die Weiterbildung der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung zuständigen bei der Vertragsarztpraxis/dem MVZ/der BAG angestellten Arztes ungültig wird.
- Wir versichern, dass der für die Weiterbildung der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung zuständige bei der Vertragsarztpraxis/dem MVZ/der BAG angestellte Arzt in allen Belangen der Weiterbildung weisungsunabhängig ist.
- Wir verpflichten uns, bei Abbruch der Förderung vor Ablauf eines anererkennungsfähigen Weiterbildungsabschnittes der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung, die Zuschüsse an die KVH zurückzahlen
- Wir haben den geforderten Weiterbildungsplan für die finanzielle Förderung fachärztlicher Weiterbildungen der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung zur Kenntnis genommen.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift aller Vertragsärzte



### **Erklärung des bei dem Vertragsarzt/bei dem MVZ/bei der BAG angestellten Arztes**

- Ich verpflichte mich, der KVH unverzüglich mitzuteilen, falls mein Arbeitsverhältnis mit der Vertragsarztpraxis nicht mehr besteht oder meine Weiterbildungsbefugnis ungültig wird.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift angestellter  
weiterbildungsermächtigte/r Ärztin/Arzt  
(nicht Arzt in Weiterbildung)



## Erklärungen der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung

- Ich verpflichte mich, diesen Weiterbildungsabschnitt in der Praxis/dem MVZ/der BAG \_\_\_\_\_ als Teil meiner Weiterbildung zu nutzen.
- Ich verpflichte mich, vor Beginn der Förderung weiterer fachärztlicher Weiterbildungen der KVH alle Weiterbildungszeiten mitzuteilen (Weiterbildungsplan).
- Ich erkläre, dass ich der KVH monatlich einen Nachweis meines Gehaltsnachweises zusenden werde.
- Ich verpflichte mich darüber hinaus, den geförderten Weiterbildungsabschnitt für die Weiterbildung zum Facharzt im Weiterbildungsgebiet \_\_\_\_\_ zu nutzen, diese abzuschließen und an der entsprechenden Facharztprüfung teilzunehmen.
- Hiermit erkläre ich, dass ich noch keine Weiterbildung in einem anderen Weiterbildungsgebiet absolviert habe.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt in Weiterbildung (AiW)



## **Einwilligung in die Datenerhebung und -verarbeitung (Ärztin/Arzt in Weiterbildung) durch die KV Hessen sowie Einwilligung in die Datenübermittlung an die Landesärztekammer Hessen bei Erforderlichkeit**

### **Information zur Einwilligung in die Datenverarbeitung**

Die Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V wird durch die Kassennärztlichen 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 Kassennärztliche 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 Kassennärztlichen 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.

Die Beurteilung der Förderfähigkeit und insbesondere der förderfähigen, ambulanten Weiterbildungszeiten basiert auf dem eingereichten Weiterbildungsplan. Bei Unklarheiten im Zusammenhang mit der Beurteilung und Festlegung der noch förderfähigen Weiterbildungszeiten kann der Weiterbildungsplan zur weiteren Prüfung an die Landesärztekammer Hessen weitergeleitet werden.

Für die Datenverarbeitung und -nutzung der personenbezogenen Daten durch die beteiligten Institutionen ist entsprechend der geltenden Datenschutzbestimmungen Ihre Einwilligung erforderlich, die Sie gegenüber der Kassennärztlichen Vereinigung jederzeit widerrufen können.

---

<sup>1</sup> Die AiW-Nr. wird von der jeweils zuständigen Kassennärztlichen 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 Kassennärztlichen Vereinigung erfragt werden.





## **Einwilligung in die Datenerhebung und -verarbeitung durch die KV Hessen sowie Einwilligung in die Datenübermittlung an die Landesärztekammer Hessen bei Erforderlichkeit**

Ich willige gegenüber der Kassennärztlichen Vereinigung (KV) Hessen, Europa-Allee 90, 60486 Frankfurt am Main ein, dass zum Zwecke des Mittelverwendungsnachweises und der Evaluation der Förderung meine nachfolgend aufgelisteten personenbezogenen Daten erhoben und unter Beachtung der jeweiligen geltenden datenschutzrechtlichen Regelungen 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 Kassennärztlichen 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 werden von den genannten Institutionen für die Dauer der Weiterbildung, in Falle von Teilzeit für maximal zehn Jahre gespeichert.

Für die Evaluationsmaßnahmen der Vereinbarung und ihrer Anlagen werden nachfolgende Daten von den Kassennärztlichen 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>2</sup>)
- 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.

Darüber hinaus willige ich gegenüber der Kassennärztlichen Vereinigung (KV) Hessen, Europa-Allee 90, 60486 Frankfurt am Main ein, dass zum Zwecke der Prüfung des Weiterbildungsplans und der Festlegung der förderfähigen Weiterbildungszeiten meine personenbezogenen Daten erhoben und unter Beachtung der jeweils geltenden datenschutzrechtlichen Regelungen an die Landesärztekammer Hessen weitergeleitet und dort verarbeitet werden dürfen.

---

<sup>2</sup> S.o.



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 unter Beachtung der geltenden Datenschutzbestimmungen 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 Hessen, Europa-Allee 90, 60486 Frankfurt am Main. 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 in Weiterbildung (AiW)



## **Einwilligung Datenerhebung und –verarbeitung (Vertragsarzt weiterbildende Praxis und ggf. angestellter Weiterbilder)**

### **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 entsprechend der geltenden Datenschutzbestimmungen Ihre Einwilligung erforderlich, die Sie gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung jederzeit widerrufen können.

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

Ich willige gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Hessen, Europa-Allee 90, 60486 Frankfurt am Main ein, dass zum Zwecke des Mittelverwendungsnachweises meine personenbezogenen Daten erhoben und unter Beachtung der jeweils geltenden datenschutzrechtlichen Regelungen 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.

*[Hinweis: Daten gemäß a) und b) werden von KV an LÄK zur Weiterbildungsbefragung übermittelt; Klärung zu Art und Umfang der Einwilligung]*



**Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung gegenüber der KV jederzeit widerrufen kann. Der Widerruf erfolgt gegenüber der KV Hessen, Europa-Allee 90, 60486 Frankfurt am Main. 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 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 weiterbildungsermächtigte/r  
Ärztin/Arzt  
(nicht Arzt in Weiterbildung)