



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

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

### **1. Antragsteller**

Medizinisches Versorgungszentrum       Berufsausübungsgemeinschaft

Praxisinhaber/ Einzelpraxis

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

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

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

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

Straße \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

Straße \_\_\_\_\_

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

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

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Ich absolviere meine Weiterbildung innerhalb eines Weiterbildungsverbundes: ja       nein

**Wir bitten die o.g. Felder vollständig auszufüllen, da nur so eine abschließende Antragsbearbeitung möglich ist.**



### 3. Nachweise

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

○ Weiterbildung im Fachgebiet: \_\_\_\_\_

○ Mitteilung über die Dauer:

vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ (bitte nur volle Monate angeben)

**Hinweis:** Sollten Sie eine finanzielle Förderung beantragen (Punkt 4), dann ist diese immer nur zum 1. eines Monats möglich.

○ Beschäftigungsumfang: \_\_\_\_\_ (halbtags 20 h/dreiviertel 30 h/ganztags 40 h)

○ In der BAG 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*

*Im Vogelsgesang 3*

*60488 Frankfurt am Main*

*Tel: 069 97672-0*

○ Kopie der Approbationsurkunde der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung

○ Arbeitsvertrag/Anstellungsvertrag (TV-Ärzte/VKA)

○ gültiger Aufenthaltstitel der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung (Nicht-EU-Bürger)

○ Kopie des Zusatzblattes zum Aufenthaltstitel der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung



#### 4. Finanzielle Förderung

Hiermit beantrage ich die finanzielle Förderung eines förderfähigen Weiterbildungsgebietes gemäß der Richtlinie in der aktuellen Version zur Förderung der Weiterbildung für Allgemeinmediziner

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

- Vorwegentscheid: Bestätigung der Landesärztekammer Hessen, aus der ersichtlich ist, welche Weiterbildungszeiten die Ärztin/der Arzt in Weiterbildung noch abzuleisten hat

**(Bitte beachten Sie, dass der Vorwegentscheid zu Beginn der Förderung nicht älter als 3 Monate sein darf)**

Vorwegentscheid beantragt am: \_\_\_\_\_

- Kopie des Personalausweises der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung
- Weiterbildungsplan der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung  
(Ein Musterbeispiel finden Sie im Downloadbereich der Homepage)
- 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 24741-6683  
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 24741-6682  
Fax: 069 24741-68843  
E-Mail: [foerderung-allgemeinmedizin@kvhessen.de](mailto:foerderung-allgemeinmedizin@kvhessen.de)



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

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

- ...erst mit Eingang der vollständigen Unterlagen und Prüfung des Antrages eine Genehmigung erfolgen kann. Eine rückwirkende Genehmigung für Zeiten vor der Antragstellung 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 in der Allgemeinmedizin in zulässiger Weise beschäftigen, erklären wir hiermit, dass wir die Förderbeträge an die KVH zurückzahlen.
- Wir verpflichten uns, Unterbrechungen der Weiterbildung, insbesondere aus Gründen des Mutterschutzes, der Elternzeit, Betreuungszeit oder der Krankheit (von insgesamt jährlich mehr als sechs Wochen) der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung als auch Unterbrechungen der Weiterbildung unsererseits unverzüglich an die KVH 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 Weiterbildungsabschnittes, der KVH einen Nachweis über die an die Ärztin/den Arzt in Weiterbildung weitergegebenen Förderbeträge ggf. mittels Bescheinigung des Steuerberaters zuzusenden (jährlich).
- Uns ist bekannt, dass wir ein vorzeitiges Ausscheiden der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung unverzüglich der KVH mitzuteilen haben.
- Wir verpflichten uns, eine Beendigung des Arbeitsverhältnisses mit der Ärztin in Weiterbildung/dem Arzt in Weiterbildung unverzüglich der KVH mitzuteilen.
- Wir verpflichten uns für den Fall, dass die Weiterbildungsbefugnis des für die Weiterbildung der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung zuständigen Arztes erlischt, zur unverzüglichen Mitteilung gegenüber der KVH
- 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 vorzeitiger Beendigung des Weiterbildungsverhältnisses noch vor Ablauf eines anererkennungsfähigen Weiterbildungsabschnittes der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung (bei ganztägiger Beschäftigung 3 Monate), die erhaltenen Förderzuschüsse an die KVH zurückzuzahlen.
- Wir haben den geforderten Weiterbildungsplan für die finanzielle Förderung Allgemeinmedizin 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, Änderungen betreffend meine vertragsärztliche Tätigkeit unverzüglich der KVH mitzuteilen. Gleiches gilt für den Fall, dass meine Weiterbildungsbefugnis ungültig wird.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift angestellter Arzt



## 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 Weiterbildung Allgemeinmedizin der KVH alle Weiterbildungszeiten mitzuteilen (Weiterbildungsplan).
- Ich erkläre, dass ich der KVH am Ende eines jeweiligen Weiterbildungsabschnittes sowie jährlich im Februar des auf die Förderung folgenden Jahres und nach Abschluss der Förderung rückwirkend, einen Nachweis der monatlichen Gehaltsnachweise zusenden werde.
- Ich verpflichte mich hiermit, die vorgeschriebene Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin oder zum Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt) zu absolvieren und an der entsprechenden Facharztprüfung teilzunehmen.
- Ich verpflichte mich, bei Aufnahme einer vertragsärztlichen Tätigkeit die KVH unverzüglich zu informieren.
- Darüber hinaus erkläre ich meine Absicht, nach der Beendigung meiner Weiterbildungszeit als Hausarzt in Hessen tätig zu sein.

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

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



## **Einwilligung Datenerhebung und –verarbeitung (Ärztin/Arzt in Weiterbildung)**

### **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 den Kassennärztlichen Vereinigungen andererseits nachzuweisen. Der für den Nachweis zu übermittelnde Datenumfang (gemäß Einwilligungserklärung) ist der KV von den Vertragspartnern der Fördervereinbarung vorgegeben worden und leitet sich aus der Fördervereinbarung ab.

Um die Wirksamkeit der Förderung zu bewerten, werden Förderdaten analysiert. Die Wirksamkeit der Förderung lässt sich aus Sicht der Vertragspartner auf der Basis steigender Zahlen bei den Facharztanerkennungen und den Tätigkeitsaufnahmen in der ambulanten Versorgung sowie stringenteren Weiterbildungsverläufen abbilden. Da sich die Wirksamkeit der Fördermaßnahmen erst mittel- bis langfristig abzeichnen, erfolgt über Verbleibanalysen im Anschluss an die Facharztanerkennung nach drei, fünf und zehn Jahren durch einen Datenabgleich mit dem Bundesarztregister eine Auswertung. Um standardisierte Auswertungen durchführen zu können, wird im Rahmen dieser Evaluation eine einheitliche Nummer (AiW-Nr.<sup>1</sup>) an jede/n Teilnehmer/in des Förderprogramms vergeben,

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 wurde oder dem Gesamtevaluator bekannt geworden ist, werden die Daten gelöscht.

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 Datenerhebung und -verarbeitung

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 jeweils 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 für die maximale Dauer von zehn Jahren 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.

---

<sup>2</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.



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) erfolgt für eine maximale Dauer von zehn Jahren nach Erhalt der Facharztanerkennung. 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 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 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 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 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 Kassennärztlichen Vereinigungen andererseits nachzuweisen. Der für den Nachweis zu übermittelnde Datenumfang (gemäß Einwilligungserklärung) ist der KV von den Vertragspartnern der Fördervereinbarung vorgegeben worden 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 Kassennärztlichen Vereinigung Hessen jederzeit widerrufen können.

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

Ich willige gegenüber der Kassennärztlichen 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 der KV an die 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 weiterbildende(r) Ärztin/Arzt