

# WICHTIGER HINWEIS DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Bitte beachten Sie, dass

- **Ihre** Weiterbildungsbefugnis
- mit der jeweiligen Weiterbildungsordnung (WBO), nach der **Ihr Assistent** seine Weiterbildung absolviert,

**übereinstimmen** muss.

**Ohne gültige Befugnis** kann es sein, dass die bei Ihnen abgeleisteten **Weiterbildungszeiten seitens der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK) nicht anerkannt** werden.

Hinsichtlich Ihres Antrages auf Förderung der Weiterbildung kann dies dazu führen, **dass Sie keine Förderung erhalten bzw. diese zurückzahlen müssen**, da diese wiederum zwingend an die Anrechenbarkeit der Weiterbildungszeiten gebunden ist.

Sie haben Fragen? **Wenden Sie sich gerne direkt an die BLÄK:**

- Referat Weiterbildung I / Weiterbildungsbefugnisse (Kontaktdaten: siehe Folgeseite).

*Stand: 12.08.2022; Angaben ohne Gewähr; Bei Unklarheiten empfehlen wir Ihnen die direkte Kontaktaufnahme mit der BLÄK*

## Schritt 1: Check der WBO Ihres Assistenten → 2 Szenarien

### . Fall 1: WBO 2004

Für vor dem 1. August 2022 in Bayern begonnene Weiterbildungen, besteht im Rahmen der Übergangsbestimmungen gemäß § 20 WBO 2021 die Möglichkeit, diese Weiterbildung innerhalb bestimmter Fristen nach der WBO 2004 abzuschließen. In diesem Fall benötigen Sie eine entsprechende **Weiterbildungsbefugnis nach der WBO 2004**.

### . Fall 2: WBO 2021

Für eine Weiterbildung nach der Neufassung der Weiterbildungsordnung vom 16.10.2021 (**WBO 2021**), in Kraft getreten am 01.08.2022, benötigen Sie als Weiterbilder eine **neue Befugnis der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK)**. Um den Übergang zu erleichtern, stellt die BLÄK zunächst befristet (in Abhängigkeit vom bisherigen Befugnisumfang, siehe Folgeseite) einen so genannten „**Novelle-Starteffekt**“ für die **Dauer von maximal 12 Monaten** aus, der de facto eine Übergangsbefugnis darstellt.

Haben Sie bereits eine **aktive Weiterbildungsbefugnis gemäß WBO 2004**, können Sie bei der BLÄK einen „**Novelle-Starteffekt**“ für das Gebiet/ den Schwerpunkt/ die Zusatzbezeichnung **beantragen**, in dem Ihnen bereits eine Befugnis gemäß WBO 2004 erteilt wurde. **Es wird dringend empfohlen, darüber hinaus zeitnah eine reguläre Weiterbildungsbefugnis nach WBO 2021 zu beantragen.**

- **Beträgt Ihre Befugnis gemäß WBO 2004 weniger als 12 Monate**, wird ein Novelle-Starteffekt nur **im Umfang Ihrer bestehenden Befugnis** gewährt.
- **Wurde die Mindestweiterbildungszeit in der WBO 2021 auf 12 Monate verkürzt** und beträgt Ihre **bestehende Befugnis** gemäß WBO 2004 **12 Monate**, wird ein Novelle-Starteffekt im Umfang von **nur 6 Monaten** gewährt.

Der Novelle-Starteffekt endet 18 Monate nach Erteilung. Um auch danach gemäß WBO 2021 weiterbilden zu können, benötigen Sie **eine reguläre Weiterbildungsbefugnis nach WBO 2021.**

## **Optional Schritt 2: Antrag „Novelle-Starteffekt“**

Für die Beantragung eines „Novelle-Starteffektes“ (= befristete Weiterbildungsbefugnis) richten Sie bitte einen formlosen **Antrag**

- **per Post** an

*Bayerische Landesärztekammer  
Referat Weiterbildung I/ Weiterbildungsbefugnisse  
Mühlbauerstraße 16  
81677 München*

- **oder per Fax** an 089/ 4147 – 729

Eine Antragstellung per E-Mail ist nicht möglich.

### **Der Antrag muss folgende Informationen enthalten:**

1. Name und Unterschrift aller aktuellen **Weiterbilder**
2. Nennung aller aktuellen Weiterbildungsstätten
3. Angabe des Fachgebietes, für das der Novelle-Starteffekt beantragt wird

### **Kontaktdaten der Bayerischen Landesärztekammer für Rückfragen:**

E-Mail-Adresse: [befugnisse@blaek.de](mailto:befugnisse@blaek.de); Telefonnummer: 089/4147-138

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Sicherstellung  
Eisenheimerstr. 39  
80687 München

**Eintragungsnummer**

KVB: .....

BzSt: .....

### Antrag

auf **Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung** in Praxen niedergelassener Vertragsärzte

#### 1. Allgemeine Angaben

**Antragsteller** (Weiterbildender Vertragsarzt; bei angestelltem Weiterbilder ist dies der Arbeitgeber, bei einem im MVZ tätigen Weiterbilder der MVZ-Vertretungsberechtigte, bei einem bei einer BAG angestellten Weiterbilder der BAG-Vertretungsberechtigte)

**LANR:** | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | **Titel** \_\_\_\_\_

**Name** \_\_\_\_\_ **Vorname** \_\_\_\_\_

**Facharztbezeichnung** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der **Hauptbetriebsstätte**

\_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_ Telefonnummer

Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Vertragsarzt

Ich bin Vertretungsberechtigter der BAG \_\_\_\_\_  
(Name der BAG)

Ich bin Vertretungsberechtigter des MVZ \_\_\_\_\_  
(Name des MVZ)

**Die Weiterbildung erfolgt im**

hausärztlichen Bereich

fachärztlichen Bereich

Rahmen eines Weiterbildungsverbundes

Name des Verbundes: \_\_\_\_\_



<b>Füllt die KVB aus</b>	Assistentengenehmigung vom _____ für die Zeit vom _____ bis _____ liegt vor.
	Prüfung durch die KVB am: _____ Datum Handzeichen der/des Prüfenden: _____
	Versand an BLÄK am _____ Datum von BLÄK zurückerhalten am: _____ Datum

## 2. Beantragung

Beantragt wird die Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung für Assistenten gemäß § 75a SGB V und §§ 2, 5 der „Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V“ i. V. m. § 3 Abs. 1, 2, 5 und § 4 Abs. 1 der Anlage I zu dieser Vereinbarung, in Kraft getreten am 01.07.2016, in der Fassung vom 29.11.2022.


<b>Weiterbildungsassistent:</b>	
ggf. LANR:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Name _____ Vorname _____	
Geburtsdatum _____ Telefonnr. _____	
<b>Wohnort</b> _____	
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort	
E-Mail-Adresse (Bitte ausfüllen, da die Daten für Evaluationszwecke bei der BLÄK benötigt werden)	
<b>Der Weiterbildungsassistent soll folgendem Arzt zugeordnet werden:</b>	
<input type="checkbox"/> dem Antragsteller persönlich <i>und/oder</i>	
<input type="checkbox"/> dem folgenden beim Antragsteller tätigen Weiterbilder:	
LANR:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Name _____ Vorname _____	
Geburtsdatum _____ Facharztbezeichnung _____	
<input type="checkbox"/> Angestellter Weiterbilder bei o. g. Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft	
<input type="checkbox"/> Angestellter Weiterbilder im o. g. MVZ	
<input type="checkbox"/> Vertragsarzt im o. g. MVZ	
<input type="checkbox"/> Ich bzw. der tätige Weiterbilder verfüge/ verfügt über eine Weiterbildungsbefugnis nach der Weiterbildungsordnung vom 24.04.2004 ( <b>WBO 2004</b> ) bzw. eine Weiterbildungsbefugnis/ einen „ <b>Novelle-Starteffekt</b> “ für die Weiterbildungsordnung vom <b>16.10.2021 (WBO 2021)</b> . Ein entsprechender Nachweis ist dem Antrag beigelegt.	

## 3. Fachliche Voraussetzungen des Weiterbildungsassistenten

<input type="checkbox"/> <b>AiP-Erlaubnis nach § 10 Absz. 4 BÄO</b>	Datum:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
	Ausstellende Behörde: _____
<input type="checkbox"/> <b>Berufserlaubnis nach § 10 BÄO</b> <b>(nur, wenn die Weiterbildung vor dem 01.06.2015 begonnen wurde</b> - bitte beachten Sie hierzu auch den Hinweis auf Seite 7)	Datum:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
	Ausstellende Behörde: _____

<input type="checkbox"/>	<b>Approbation</b>	Datum:  _ _ _ _ _ _ _ _  Ausstellende Behörde: _____ _____
<input type="checkbox"/>	<b>Promotion</b>	Datum:  _ _ _ _ _ _ _ _  Ausstellende Behörde: _____ _____
<input type="checkbox"/>	<b>Zeugnisse</b>	Sämtliche Zeugnisse über ärztliche Tätigkeiten ab Erlaubnis zur Ausübung des ärztlichen Berufes <b>Den Zeugnissen muss unbedingt zu entnehmen sein</b> , ob die Beschäftigung Vollzeit oder Teilzeit erfolgte.
<input type="checkbox"/>	<b>Facharztanerkennung nach Übergangsbestimmung gemäß Abschnitt B Nr. 1) der WBO vom 24.04.2004 in der Fassung der Beschlüsse vom 13.10.2019</b>	Besitz der Berechtigung zum Führen einer Facharztbezeichnung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung gemäß § 2a Abs. 7 WBO oder Erwerb vor dem 31.05.2023 Datum:  _ _ _ _ _ _ _ _  Facharztbezeichnung: _____ Ausstellende Behörde: _____ _____
<b>Bei absolvierter Ausbildung im Ausland bzw. bei ausländischen Weiterbildungsassistenten:</b>		
<input type="checkbox"/>	Sämtliche <b>Zeugnisse</b> über im Ausland abgeleistete Weiterbildungszeiten (den <b>Zeugnissen muss unbedingt zu entnehmen sein</b> , ob die Beschäftigung Vollzeit oder Teilzeit erfolgte)	
<input type="checkbox"/>	Genehmigung zur <b>Führung akademischer Grade</b> ausländischer Hochschulen	

**Ich (Antragsteller und ggf. der beim Antragsteller tätige weiterbildende Arzt) bestätige, dass ich den Inhalt des Antrags sowie des beigefügten Anhangs mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an. Die im Anhang aufgeführten Erläuterungen sind Bestandteil dieses Antrags.**

Bitte denken Sie daran, alle mit  gekennzeichneten Nachweise als **Original oder amtlich beglaubigte Kopie** dem Antrag beizulegen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vertragsarzt / BAG-Vertretungsberechtigter / MVZ-Vertretungsberechtigter

**Bei Antragstellung für einen beim Antragsteller tätigen Weiterbilder zusätzlich:**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift beim Antragsteller tätiger Weiterbilder

Stempel Antragsteller

Checkliste	Liegt der KVB bereits vor	Sind dem Antrag beigefügt
1) Gültige Weiterbildungsbefugnis, die mit der jeweiligen Weiterbildungsordnung, nach der Ihr Assistent seine Weiterbildung absolviert, übereinstimmen muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) AiP-Erlaubnis bzw. Berufserlaubnis nach § 10 BÄO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Approbationsurkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Promotionsurkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Sämtliche Zeugnisse über ärztliche Tätigkeiten des Weiterbildungsassistenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Facharztanerkennung gemäß Übergangsbestimmung der WBO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bei absolvierter Ausbildung im Ausland bzw. bei ausländischen Weiterbildungsassistenten:</b>		
7) Sämtliche Zeugnisse über im Ausland abgeleistete Weiterbildungszeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Genehmigung zur Führung akademischer Grade ausländischer Hochschulen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Ausgefüllte Anlagen A - E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Ausgefülltes Formblatt: Aufstellung der ärztlichen Tätigkeiten in chronologischer Reihenfolge (Seiten 5 und 6)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Name Weiterbildungsassistent: .....

Auf diesem Formblatt ist vom Weiterbildungsassistenten eindeutig anzugeben, auf Basis welcher WBO der zur Förderung beantragte Weiterbildungsabschnitt erfolgt:

- FA für Allgemeinmedizin gemäß WBO v. 24.04.2004, in der Fassung der Beschlüsse vom 17.10.2010 (und nachfolgende Fassungen)
- FA für Allgemeinmedizin gemäß WBO v. 24.04.2004, in der Fassung der Beschlüsse vom 28.10.2018, gültig ab 01.05.2019 (und nachfolgende Fassungen)
- FA für Allgemeinmedizin gemäß den Übergangsbestimmungen/ Quereinstieg gemäß WBO vom 24.04.2004 in der Fassung der Beschlüsse vom 14.10.2012 (und nachfolgende Fassungen)
- FA für Allgemeinmedizin gemäß den Übergangsbestimmungen/ Quereinstieg gemäß WBO vom 24.04.2004 in der Fassung der Beschlüsse vom 28.10.2018, gültig ab 01.05.2019 (und nachfolgende Fassungen)
- FA für Allgemeinmedizin gemäß WBO v. 16.10.2021 (Neufassung), in Kraft getreten am 01.08.2022
- FA für Allgemeinmedizin gemäß den Übergangsbestimmungen/ Quereinstieg gemäß WBO 2021 v. 16.10.2021, in Kraft getreten am 01.08.2022

Dieser Teil des Formblattes ist durch den <b>Weiterbildungsassistenten</b> auszufüllen. Bitte achten Sie auf eine sorgfältige und korrekte Darstellung, da Ihre Angaben als Grundlage zur Überprüfung der bisherigen Weiterbildungszeiten dienen. Bitte tragen Sie hier <b>alle bisherigen ärztlichen Tätigkeiten</b> in chronologischer Reihenfolge ein:							Dieser Teil wird durch die Bayerische Landesärztekammer (BLÄK) ausgefüllt:					
Nr.	von	bis	Tätigkeitsanschrift	Abteilung	Name des Weiterbilders	Art der Tätigkeit (z. B. AiP, Assistenzarzt)	Weiterbildungsbefugnis	Zeit in Monaten	Zeugnis Nr.	hiervon anrechnungsfähig als Vollzeit-WB* im Gebiet:		
										WB-Abschnitte im Gebiet:	Anerkannt werden in Monaten	Sa:
1										Allgemeinmedizin		
2										Innere Medizin		
3										Chirurgie		
4										Kinderheilkunde		
5										Sonstige		
6												
7												
8												

Summe: \_\_\_\_\_

Dieser Teil des Formblattes ist durch den Antragsteller auszufüllen.  
**Tätigkeitsumfang:**  Vollzeit  Teilzeit, Tätigkeitsumfang der vollen Arbeitszeit in % \_\_\_\_\_  
**Beantragt wird die Förderung**  
**... für folgenden Zeitraum an der angegebenen Stelle:**

**Auszufüllen von BLÄK**

von	bis	Tätigkeitsanschrift	Abteilung	Name des Weiterbilders	Art der Tätigkeit (z. B. AiP, Assistenzarzt)	Weiterbildungsbefugnis	Zeit in Monaten

**... für folgenden Verlängerungszeitraum an der angegebenen Stelle:**

--	--	--	--	--	--	--	--

**Stellungnahme der BLÄK:**

Die Weiterbildung wird als Vollzeitweiterbildung anerkannt:  
 ja  nein, nur Anerkennung einer Teilzeitweiterbildung mit \_\_\_\_\_ Wochenstunden.

**Genehmigung zur Teilzeitweiterbildung**  
 liegt vor seit: \_\_\_\_\_  
 liegt nicht vor

**Geprüft durch:**  
 \_\_\_\_\_  
 am: \_\_\_\_\_

**Weiterleitung an KVB - Si**  
 am: \_\_\_\_\_

Anzahl der Monate, mit denen die beantragte Tätigkeit auf der Grundlage der vorliegenden Unterlagen auf die Mindestweiterbildungszeit im Gebiet Allgemeinmedizin anrechnungsfähig wäre, sofern sie nach Ableistung gemäß den Bestimmungen der WBO belegt wird:	
--	--

**Bemerkung der BLÄK:**



## Förderantrag – Anhang –



### **Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen**

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die KVB erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung Ihres Antrags führen können.

Sofern die Weiterbildung in einem MVZ absolviert wird, ist der Antragsteller stets der MVZ-Vertretungsberechtigte.

Dies trifft sowohl bei zugelassenen als auch bei angestellten Weiterbildern im MVZ zu. Der weiterbildende Arzt, für den die fachlichen Nachweise vorzulegen sind, hat den Antrag mit zu unterzeichnen.

Der Förderbescheid wird dem MVZ erteilt.

### **Gültige Weiterbildungsbefugnis**

Bitte beachten Sie, dass Ihre **Weiterbildungsbefugnis mit der jeweiligen Weiterbildungsordnung (WBO)**, nach der Ihr Assistent seine Weiterbildung absolviert, **übereinstimmen muss. Ohne gültige Befugnis** kann es sein, dass die bei Ihnen abgeleisteten **Weiterbildungszeiten seitens der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK) nicht anerkannt** werden. Hinsichtlich Ihres Antrages auf Förderung der Weiterbildung kann dies dazu führen, **dass Sie keine Förderung erhalten bzw. diese zurückzahlen müssen**, da diese wiederum zwingend an die Anrechenbarkeit der Weiterbildungszeiten gebunden ist.

### **Hinweis zur Erlaubnis gemäß § 10 BÄO:**

Ab 01.06.2015 darf eine Weiterbildung erst nach abgeschlossener („anerkannter“) ärztlicher Grundausbildung und nur bei Vorliegen einer seitens der zuständigen Behörde erteilten Approbation begonnen werden (Art. 30 Abs. 2 Satz 2 HKaG).

Die Approbation wird Ärzten, die über einen Ausbildungsnachweis als Arzt verfügen, der in einem Drittstaat ausgestellt wurde, erst erteilt, wenn die Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes gegeben ist (vgl. § 3 Abs. 3 Satz 1 BÄO). Bis zum Nachweis eines gleichwertigen Ausbildungsstandes kann ein Arzt, der seine ärztliche Ausbildung in einem anderen als den in § 3 Abs. 2 Satz 1 BÄO genannten Staaten (Drittstaat) absolviert hat, folglich nicht als Weiterbildungsassistent bei einem Vertragsarzt beschäftigt werden und hat somit auch keinen Anspruch auf Gewährung von Fördermitteln im Rahmen seiner allgemeinmedizinischen Weiterbildung.

### **Fördervereinbarung**

Mit Wirkung zum 01.07.2016 ist die Vereinbarung der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKVSpitzenverband) zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V vom 20.06.2016 in Kraft getreten. Diese Fördervereinbarung ersetzt die Vereinbarung der vorgenannten Vertragspartner über die Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin vom 01.01.2010 (§ 12 Abs. 7 der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V).

### **Dauer der Förderung**

Die Mindestdauer der zu fördernden Weiterbildungsabschnitte bei ganztägiger Beschäftigung beträgt drei Monate. Kürzere Abschnitte **im Rahmen von geplanten und dokumentierten Rotationen in Weiterbildungsverbänden** sind förderfähig, sofern die jeweils geltende Weiterbildungsordnung dies anerkennt.

Eine **Unterbrechung der Weiterbildung** (insbesondere wegen Krankheit, Schwangerschaft, Elternzeit oder Wehr- und Ersatzdienst) kann nicht als Weiterbildungszeit angerechnet werden und ist deshalb auch **nicht förderfähig**. Tariflicher und gesetzlicher sowie sonstiger arbeitsrechtlicher Erholungsurlaub bis zu

sechs Wochen im Kalenderjahr stellt keine Unterbrechung der Weiterbildung dar (siehe § 3 Abs. 4 Satz 4 WBO i. d. Fassung 2004).

### Teilzeitbeschäftigungen

Teilzeitbeschäftigungen mit mindestens der Hälfte der regelmäßigen Arbeitszeit sind förderfähig. Ebenso Teilzeitbeschäftigungen mit einem Beschäftigungsumfang von **mindestens zwölf Wochenarbeitsstunden**, sofern die jeweils geltende Weiterbildungsordnung dies anerkennt. Teilzeitstellen werden entsprechend ihres Umfangs auf die Mindestzahl der zu fördernden Weiterbildungsstellen angerechnet.

### Finanzieller Förderumfang

Die Förderung für die Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten in Vollzeit im ambulanten Bereich beträgt monatlich 5.400 €. Für Teilzeitbeschäftigungen wird der Förderbetrag entsprechend des Umfangs der Tätigkeit anteilig bemessen. In Gebieten mit drohender Unterversorgung erhöht sich der Förderbetrag zusätzlich um 250 €, in unterversorgten Gebieten um 500 € je besetzter Stelle. Der Förderbetrag ist ein Zuschuss zum Brutto-Gehalt des Arztes in Weiterbildung und muss als Anteil der Vergütung in voller Höhe an diesen weitergegeben werden - unbeschadet der Pflicht zu Einbehalt und Abführung der hierauf entfallenden Lohnsteuer sowie des hierauf entfallenden Arbeitnehmeranteils am Gesamtsozialversicherungsbeitrag.

Soweit der von uns gezahlte Förderbetrag in Höhe von 5.400 € im konkreten Fall die im Krankenhaus übliche Vergütung unterschreitet, ist der an den Weiterbildungsassistenten weiterzuleitende Förderbetrag **von der anstellenden Praxis bzw. vom anstellenden MVZ auf das Niveau der im Krankenhaus üblichen Vergütung anzuheben und in dieser Höhe vollständig an den Weiterbildungsassistenten auszuführen**. Die anstellende Praxis/ das anstellende MVZ muss in diesem Fall den zur Anhebung auf dieses Vergütungsniveau erforderlichen Differenzbetrag **aus eigenen Mitteln** aufstocken. Dadurch wird dem im Rahmen eines geförderten Weiterbildungsverhältnisses in der ambulanten Versorgung beschäftigten Weiterbildungsassistenten vom Gesetzgeber ein gesetzlicher Anspruch gegen die anstellende Praxis bzw. das anstellende MVZ auf Zahlung einer Vergütung eingeräumt, die ihrer Höhe nach zumindest der im Krankenhaus üblichen Vergütung entspricht.

Zur Bestimmung „der im Krankenhaus üblichen Vergütung“ **orientiert** sich die Fördervereinbarung am **Tarifvertrag Ärzte der Vereinigung kommunaler Arbeitgeberverbände (TV-Ärzte/VKA) in seiner jeweils geltenden Fassung**. Die im Krankenhaus übliche Vergütung im Sinne der förderrechtlichen Vorschriften entspricht danach den in der Tabelle gemäß der Anlage zu § 18 TV-Ärzte/VKA ausgewiesenen Tarifentgelten der Entwicklungsstufen 1 - 5 innerhalb der Entgeltgruppe I. Die dort genannten Entgelte für einen in Vollzeit beschäftigten Arzt entsprechen der zu zahlenden Vergütung bei Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung mit einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 40 Stunden.

Bereits bisher nachgewiesene Zeiten ärztlicher Tätigkeit sind als Vorbeschäftigung anzurechnen; eine Tätigkeit als Arzt im Praktikum gilt als ärztliche Tätigkeit und damit als anrechenbare Vorbeschäftigung. Das für die Vergütung des Arztes in Weiterbildung jeweils anzusetzende Tabellenentgelt der **Entgeltgruppe I** richtet sich nach den Stufenlaufzeiten i.S.d. § 19 Abs. 1 Buchst. a) TV-Ärzte/VKA. Danach ist gestaffelt nach den Jahren der ärztlichen Tätigkeit (ggf. unter Berücksichtigung der Zeiten anrechenbarer Vorbeschäftigungen) aktuell jeweils ein Bruttoentgelt in folgender Höhe anzusetzen:

Bruttoentgelt in Höhe des Tabellenentgelts i.S.d. Anlage zu § 18 TV-Ärzte/VKA der **Stufe 1 während des ersten Jahres der ärztlichen Tätigkeit** (Stand 07/2023: 5.084,92 €)

Bruttoentgelt in Höhe des Tabellenentgelts i.S.d. Anlage zu § 18 TV-Ärzte/VKA der **Stufe 2 nach einjähriger ärztlicher Tätigkeit** (Stand 07/2023: 5.373,18 €)

Bruttoentgelt in Höhe des Tabellenentgelts i.S.d. Anlage zu § 18 TV-Ärzte/VKA der **Stufe 3 nach zweijähriger ärztlicher Tätigkeit** (Stand 07/2023: 5.579,03 €)

Bruttoentgelt in Höhe des Tabellenentgelts i.S.d. Anlage zu § 18 TV-Ärzte/VKA der **Stufe 4 nach**

**dreijähriger ärztlicher Tätigkeit** (Stand 07/2023: 5.935,85 €)

Bruttoentgelt in Höhe des Tabellenentgelts i.S.d. Anlage zu § 18 TV-Ärzte/VKA der **Stufe 5 nach vierjähriger ärztlicher Tätigkeit** (Stand 07/2023: 6.361,32 €)

**Sollten Sie zu dem Ergebnis gelangen, dass Ihr Weiterbildungsassistent erst über eine für die Allgemeinmedizin relevante Berufserfahrung verfügt, die mit der Stufe 1 vergleichbar ist, müssen Sie an den Weiterbildungsassistenten mindestens den von uns gewährten Förderbetrag in Höhe von 5.400 € vollständig weitergeben. Der Förderbetrag von 5.400 € unterschreitet die im Krankenhaus übliche Vergütung ab der Entwicklungsstufe 3, d. h. ab vorhandener dreijähriger ärztlicher Berufserfahrung des Weiterbildungsassistenten.** In diesem Fall ergibt sich bei Vollzeitbeschäftigung dann z. B. folgender Aufstockungsbetrag:

Tabellenentgelt lt. Stufe 4 der Entgeltgruppe I i.S.d. Anlage zu § 18 TV-Ärzte/VKA	5.579,03 €
abzügl. Förderbetrag	5.400,00 €
= Aufstockungsbetrag i.H.v.	<b>179,03 €</b>

Tabellenentgelt lt. Stufe 5 der Entgeltgruppe I i.S.d. Anlage zu § 18 TV-Ärzte/VKA	6.361,32 €
abzügl. Förderbetrag	5.400,00 €
= Aufstockungsbetrag i.H.v.	<b>961,32 €</b>

Bitte bedenken Sie, dass die Tarifentgelte der Tabelle der Anlage zu § 18 TV-Ärzte/VKA einer Dynamisierung entsprechend den Tarifierhöhungen des TV-Ärzte/VKA unterliegen. Den aktuellen Tarifvertrag Ärzte des Verbandes Kommunaler Arbeitgeber (TV-Ärzte/VKA) in seiner jeweils geltenden Fassung finden Sie unter: [www.vka.de](http://www.vka.de) in den Rubriken „*Tarifverträge & Richtlinien/ Tarifverträge*“.

**Die Aufstockung des Förderbetrages betrifft ausschließlich das zwischen Ihnen und Ihrem Weiterbildungsassistenten bestehende Rechtsverhältnis und muss uns gegenüber nicht nachgewiesen werden!**

Die Bewilligung der Förderung kann widerrufen werden, wenn die Voraussetzungen der Zuwendung von Fördermitteln nicht oder nicht mehr vorliegen. Zu viel bzw. zu Unrecht gezahlte Fördermittel sind zurückzuzahlen.

Die Rechtsgrundlagen sind unter nachfolgenden Links abrufbar:

Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V:  
[www.kbv.de](http://www.kbv.de) in der Rubrik „Service/ Rechtsquellen/ Weitere Rechtsquellen/ zur Praxisführung/ Weiterbildung“.

SGB V:  
[SGB 5 - nichtamtliches Inhaltsverzeichnis](#)

Bundesärzteordnung:  
[http://www.gesetze-im-internet.de/b\\_o/BJNR018570961.html](http://www.gesetze-im-internet.de/b_o/BJNR018570961.html)

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter [www.kvb.de/datenschutz](http://www.kvb.de/datenschutz)  
Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

## Anlage A

**Erklärung des Antragstellers** nach §§ 3, 4 Abs. 1 Anlage I zur Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V, in Kraft getreten am 01.07.2016, in der Fassung vom 29.11.2022

**Antragsteller:**

**Titel** \_\_\_\_\_ **Name** \_\_\_\_\_ **Vorname** \_\_\_\_\_

- Hiermit erkläre ich, nachfolgend genannte Anforderungen zu erfüllen:**
- Die von der KVB erhaltene **Förderung** zahle ich unverzüglich **in voller Höhe als Zuschuss zum Bruttogehalt** an meinen Weiterbildungsassistenten aus. Hiervon sind aufgrund gesetzlicher Verpflichtung die Lohnsteuer sowie der Arbeitnehmeranteil am Gesamtsozialversicherungsbeitrag einzubehalten. Mir ist bekannt, dass der Arbeitgeberanteil am Gesamtsozialversicherungsbeitrag von mir als Arbeitgeber aufzubringen ist.
  - Der Förderbetrag ist durch die anstellende Praxis/ das anstellende MVZ aus eigenen Mitteln auf das Niveau der im Krankenhaus üblichen Vergütung anzuheben, sofern diese 5.400,00 € übersteigt und in dieser Höhe vollumfänglich an den Weiterbildungsassistenten ausbezahlt. Die „im Krankenhaus übliche Vergütung“ orientiert sich gemäß § 5 Abs. 4 Satz 2 der Fördervereinbarung am Tarifvertrag Ärzte der Vereinigung Kommunaler Arbeitgeberverbände (VKA) in seiner jeweils geltenden Fassung, Entgeltgruppe I Mittelwert der Stufen 1 bis 5 (siehe auch Seiten 8 und 9 dieses Antrages).
  - Mir ist bekannt, dass sich privat krankenversicherte Ärzte in Weiterbildung von der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht befreien lassen können. In diesem Fall erhält der Arzt/die Ärztin in Weiterbildung von mir als Arbeitgeber den gesetzlich vorgesehenen Beitragszuschuss zur privaten Krankenversicherung. Die in dem von der KVB erstellten Merkblatt „Allgemeine Informationen zum Thema Weiterbildungsassistent“ enthaltenen Informationen zur Möglichkeit der Befreiung von der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht habe ich zur Kenntnis genommen.
  - Nach Beendigung des geförderten Weiterbildungsabschnittes sende ich der KVB einen **Nachweis über** die an den Weiterbildungsassistenten **weitergegebenen Förderbeträge**, ggf. mittels Bescheinigung des Steuerberaters, zu.
  - Mir ist bekannt, dass die Mindestdauer des zu fördernden Weiterbildungsabschnittes bei ganztägiger Beschäftigung drei Monate beträgt. Kürzere Abschnitte im Rahmen von geplanten und dokumentierten Rotationen in Weiterbildungsverbänden sind förderfähig, sofern die jeweils geltende Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns dies anerkennt. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass eine Teilzeitstelle förderfähig ist, wenn der Beschäftigungsumfang mindestens der Hälfte der regelmäßigen Arbeitszeit entspricht. Sofern die jeweils geltende Weiterbildungsordnung eine geringere Teilzeitbeschäftigung anerkennt, ist diese ebenfalls förderfähig, sofern sie mindestens zwölf Wochenarbeitsstunden umfasst.
  - Sollte ich den Weiterbildungsassistenten nicht im Rahmen einer Weiterbildung in der Allgemeinmedizin beschäftigen, **zahle ich** die bewilligten und an mich bereits ausgezahlten **Förderbeträge an die KVB zurück**.
  - Ich **erstatte** der KVB die erhaltenen Förderbeträge in voller Höhe **bei missbräuchlicher Verwendung**, insbesondere wenn
    - die Fördersumme nicht in voller Höhe an den Weiterbildungsassistenten ausgezahlt wird;
    - die Weiterbildung nicht im Einklang mit der Weiterbildungsordnung und nicht vereinbarungsgemäß erfolgt.

- Das vorzeitige Ausscheiden des Weiterbildungsassistenten aus dem Beschäftigungsverhältnis sowie Änderung von anderen, für die Gewährung der Fördermittel wesentlichen Umstände, werde ich **der KVB unverzüglich mitteilen**.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift **Antragsteller** (Vertragsarzt/ BAG-  
Vertretungsberechtigter / MVZ-Vertretungsberechtigter)



Stempel Antragsteller

## Anlage B

**Einwilligung in die Datenverarbeitung und -nutzung** gemäß Anlage III zur Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V

### Erklärung des Antragstellers und Weiterbilders

<b>Antragsteller</b>		
<b>Titel</b> _____	<b>Name</b> _____	<b>Vorname</b> _____
<b>Weiterbilder (falls nicht identisch mit Antragsteller)</b>		
<b>Titel</b> _____	<b>Name</b> _____	<b>Vorname</b> _____

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 KVB widerrufen können.

**Ich erkläre mich damit einverstanden**, dass die zum Zwecke des Finanzierungsnachweises und der Evaluation der Fördermaßnahmen personenbezogenen 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 KVB erhoben und an die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) übermittelt, die diese Daten zusammenführt und dem GKV-Spitzenverband sowie dem PKV-Verband im Rahmen der Jahresabrechnung als Verwendungsnachweis weiterleitet:

Familienname, Vorname, Titel, Facharztbezeichnung des Weiterbilders/ der Weiterbilderin, Praxisort, PLZ des Praxisorts, Name des Planungsbereichs der Bedarfsplanung, Förderungsbeginn und -ende, Förderungsdauer in Monaten sowie Angabe jahresübergreifender Förderung (ja/ nein), vollzeitige oder teilzeitige Weiterbildung, Förderungsart (Unterversorgung/ drohende Unterversorgung); Förderbetrag gesamt und Förderbetrag KV-Anteil, Teilnahme an einem Weiterbildungsverbund (ja/nein)

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 KVB diese Daten an die KBV übermittelt und diese nach § 67b SGB X durch die beteiligten Institutionen verarbeitet werden dürfen.**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift **Antragsteller** (Vertragsarzt/ BAG-  
Vertretungsberechtigter / MVZ-Vertretungsberechtigter)



**Falls Antragsteller nicht identisch mit Weiterbilder:**

**Als Weiterbilder erkläre ich mich damit einverstanden**, dass die KVB die zum Zwecke des Finanzierungsnachweises und der Evaluation der Fördermaßnahmen personenbezogenen 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 KVB 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:

Familienname, Vorname, Titel, Facharztbezeichnung des Weiterbilders/ der Weiterbilderin, Praxisort, PLZ des Praxisorts, Name des Planungsbereichs der Bedarfsplanung, Förderungsbeginn und -ende, Förderungsdauer in Monaten sowie Angabe jahresübergreifender Förderung (ja/ nein), vollzeitige oder teilzeitige Weiterbildung, Förderungsart (Unterversorgung/ drohende Unterversorgung); Förderbetrag gesamt und Förderbetrag KV-Anteil, Teilnahme an einem Weiterbildungsverbund (ja/nein)

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 KVB diese Daten an die KBV übermittelt und diese nach § 67b SGB X durch die beteiligten Institutionen verarbeitet werden dürfen.**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift beim Antragsteller tätiger **Weiterbilder**



Stempel Antragsteller

### Anlage C

**Erklärung des Assistenten** nach § 3 Abs. 2 Nr. 2, 3, 5e und 6 sowie Abs. 5 Nr. 2 der Anlage I zur Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V, in Kraft getreten am 01.07.2016, in der Fassung vom 29.11.2022

<b>Assistent</b>	
Titel _____	Name _____ Vorname _____
<input type="checkbox"/> <b>Hiermit erkläre ich, nachfolgend genannte Anforderungen zu erfüllen bzw. zur Kenntnis genommen zu haben:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Der Antragsteller und ich haben vereinbart, dass er im Falle der Bewilligung dieses Antrages für den Zeitraum der Weiterbildung den Förderbetrag von 5.400 € (Vollzeit) bzw. anteilig entsprechend des Umfanges der Teilzeittätigkeit als Zuschuss zum monatlichen Bruttoarbeitslohn in voller Höhe als Anteil der Vergütung an mich weitergibt. <b>Soweit der Förderbetrag in Höhe von 5.400 € im konkreten Fall die im Krankenhaus übliche Vergütung unterschreitet, ist der an mich weiterzuleitende Förderbetrag vom Antragsteller aus eigenen Mitteln auf das Niveau der im Krankenhaus üblichen Vergütung aufzustocken und in dieser Höhe vollständig an mich auszahlend.</b> Die „im Krankenhaus übliche Vergütung“ orientiert sich gemäß § 5 Abs. 4 Satz 2 der Fördervereinbarung am Tarifvertrag Ärzte der Vereinigung Kommunaler Arbeitgeberverbände (VKA) in seiner jeweils geltenden Fassung, Entgeltgruppe I Mittelwert der Stufen 1 bis 5 (siehe auch Seiten 8 und 9 dieses Antrages).</li> <li>▪ Mir ist bekannt, dass ich mich - sofern ich privat krankenversichert bin - von der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht befreien lassen kann und ich in diesem Fall vom Antragsteller den gesetzlich vorgesehenen Beitragszuschuss zur privaten Krankenversicherung erhalte. Die in dem von der KVB erstellten Merkblatt „Allgemeine Informationen zum Thema Weiterbildungsassistent“ enthaltenen Informationen zur Möglichkeit der Befreiung von der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht habe ich zur Kenntnis genommen.</li> <li>▪ Ich beabsichtige, die vorgeschriebene <b>Weiterbildung</b> zum Facharzt für Allgemeinmedizin zu <b>absolvieren</b> und an der entsprechenden <b>Facharztprüfung</b> teilzunehmen.</li> <li>▪ Ich verpflichte mich, den in der Praxis des Antragstellers ableistbaren Weiterbildungsabschnitt als Teil meiner Weiterbildung in der Allgemeinmedizin zu nutzen.</li> <li>▪ Ich beabsichtige nach Beendigung meiner Weiterbildungszeit als Hausarzt im vertragsärztlichen Bereich tätig zu sein.</li> </ul>	
<input type="checkbox"/> Die Weiterbildung in vorstehend genannter Praxis absolviere ich im Rahmen einer sogenannten Verbundweiterbildung.	
<input type="checkbox"/> Ich bin damit einverstanden, dass die KVB diesen Antrag zusammen mit der Aufstellung meiner bisherigen ärztlichen Tätigkeiten und den von mir eingereichten Zeugnissen, zur Prüfung der Anrechnungsfähigkeit des zu fördernden Weiterbildungsabschnittes auf die von mir absolvierte Weiterbildung, an die Bayerische Landesärztekammer weiterleitet.	

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Assistent





## Anlage D

### Einwilligung in die Datenerhebung und –verarbeitung gemäß Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V

#### Erklärung des Assistenten

<b>Assistent</b>
<b>Titel</b> _____ <b>Name</b> _____ <b>Vorname</b> _____

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.)\* 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.

**Ich erkläre mich damit 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 KBV oder einer, von den Vereinbarungspartnern beauftragten Stelle verarbeitet:

Familienname, Vorname, Geburtsdatum und Geburtsname, Arztnummer (AiW-Nr.)\*, Angaben zum Verlauf der Weiterbildung (KV-Bereich, Förderzeitraum, Fachgebiete, Weiterbildungsziel, Tätigkeitsumfang, ausgezahlte Fördergelder, bestehende Facharztanerkennungen), Erwerb der Facharztanerkennung, 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 KVB diese Daten an die KBV übermittelt und diese nach § 67b SGB X durch die genannten Institutionen verarbeitet werden dürfen.**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Assistent 

\* 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.

### Anlage E

#### Nachweis des Assistenten über die Weiterbildungsplanung

<b>Assistent</b>		
Titel _____	Name _____	Vorname _____

Dem Antrag ist ein Nachweis über eine Weiterbildungsplanung bzw. der Nachweis über eine sogenannte Verbundweiterbildung (z. B. Rotationsplan) beizulegen. Soweit zum Zeitpunkt der Antragstellung noch nicht die gesamte Planung der Weiterbildung abgeschlossen war, ist eine Erklärung über das Vorliegen der Zusagen für die Beschäftigung als Arzt in Weiterbildung für das nächste Weiterbildungsjahr jeweils spätestens drei Monate vor Abschluss des zuletzt absolvierten Weiterbildungsabschnittes vorzulegen (siehe § 3 Abs. 2 Nr. 3 Anlage I zur Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V).

Beginn	Ende	Fachgebiet	Weiterbildungsstätte	Ort

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Assistent 