

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe  
Team Nachwuchsförderung  
Robert-Schimrigk-Str. 4 – 6  
44141 Dortmund

E-Mail: [praxisstart@kvwl.de](mailto:praxisstart@kvwl.de)

## Antrag – Allgemeinmedizin Arzt/Ärztin in Weiterbildung (AiW)

Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines AiW zur Facharztanerkennung Allgemeinmedizin mit finanzieller Förderung gemäß den Fördervereinbarungen der KBV (§ 75 a SGB V) und den Ausführungsbestimmungen der KVWL



**Bitte beachten Sie, dass:**

- der Antrag spätestens acht Wochen vor geplanter Tätigkeitsaufnahme vorliegen muss
- alle Felder verpflichtend auszufüllen sind und der Antrag unterschrieben sein muss
- eine beglaubigte Kopie der Approbationsurkunde eingereicht werden muss (Beglaubigungen sind auch durch die KVWL möglich)
- erst bei Vollständigkeit der Antragsunterlagen eine Prüfung und Genehmigung erfolgen kann
- die Beschäftigung und finanzielle Förderung die Genehmigung der KVWL voraussetzt

Neuantrag

Folgeantrag

1.0 Daten des AiW			
Titel, Name, Vorname, ggf. Geburtsname			
Geschlecht	weiblich <input type="checkbox"/>	männlich <input type="checkbox"/>	divers <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum			
Adresse			
Telefon/Mobil			
E-Mail			

1.1 Approbationsurkunde	
<input type="checkbox"/>	Eine beglaubigte Fotokopie meiner Approbationsurkunde füge ich dem Antrag bei
<input type="checkbox"/>	Liegt der KVWL bereits vor

1.2 Facharztanerkennung	
<input type="checkbox"/>	Ich bin AiW <b>ohne</b> Facharztabschluss
<input type="checkbox"/>	Ich habe eine Facharztanerkennung im Bereich _____
	Eine <b>Kopie der Facharzturkunde</b> ist beizufügen!
	<b>Hinweis:</b> Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang die Richtlinie zur Förderung der Weiterbildung zur Facharztanerkennung Allgemeinmedizin in Westfalen-Lippe.

2.0 Die beantragte Weiterbildung erfolgt innerhalb eines Weiterbildungsverbandes	
<input type="checkbox"/>	Ja Name des Weiterbildungsverbandes: _____
<input type="checkbox"/>	Nein

2.1 Die beantragte Weiterbildung erfolgt in der Praxis	
Praxisinhaber/in (Titel, Name, Vorname, ggf. Geburtsname)	
Weiterbilder/in (Titel, Name, Vorname, ggf. Geburtsname)	
Praxis-Adresse	

3.0 Bitte geben Sie an, nach welcher Weiterbildungsordnung Sie planen, Ihre Facharztprüfung abzulegen	
<input type="checkbox"/>	WBO vom 9. April 2005 in Kraft getreten am 1. Januar 2019 (alte Weiterbildungsordnung) <b>Bitte weiter zu 3.1</b>
<input type="checkbox"/>	WBO vom 21. September 2019 in Kraft getreten am 1. Juli 2020 (neue Weiterbildungsordnung, automatisch gültig für alle Weiterbildungen mit Beginn ab 01.07.2020) <b>Bitte weiter zu 3.2</b>

3.1 Die beantragte Weiterbildung erfolgt nach der Weiterbildungsordnung der ÄKWL vom 9. April 2005 in Kraft getreten am 1. Januar 2019	
Bitte geben Sie an, für welchen Weiterbildungsabschnitt der beantragte Zeitraum angerechnet werden soll (gemäß der o.g. Weiterbildungsordnung)	
<input type="checkbox"/>	24 Monate in Allgemeinmedizin in der ambulanten hausärztlichen Versorgung
<input type="checkbox"/>	18 Monate in den Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung (ambulanter Weiterbildungsabschnitt im Rahmen der 36 Monate Basisweiterbildung)
<b>Bitte weiter zu 3.3</b>	

3.2 Die beantragte Weiterbildung erfolgt nach der Weiterbildungsordnung der ÄkWL vom 21. September 2019 in Kraft getreten am 1. Juli 2020 (automatisch gültig für alle Weiterbildungen mit Beginn ab 01.07.2020)	
Bitte geben Sie an für welchen Weiterbildungsabschnitt der beantragte Zeitraum angerechnet werden soll (gemäß der o.g. Weiterbildungsordnung)	
<input type="checkbox"/>	24 Monate in Allgemeinmedizin in der ambulanten hausärztlichen Versorgung
<input type="checkbox"/>	6 Monate in mindestens einem anderen Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung
<input type="checkbox"/>	18 Monate Weiterbildung in Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung zum Kompetenzerwerb

### 3.3 Bisherige stationäre Weiterbildungsabschnitte

- bei Unklarheiten ist eine Bescheinigung der Ärztekammer Westfalen-Lippe über die noch ausstehenden Weiterbildungsabschnitte einzureichen, bzw. kann seitens der KVWL angefordert werden

Beginn	Ende	Anzahl Monate	Beschäftigungsumfang (in %)	Weiterbildungsabschnitt (z.B. Innere Medizin, Chirurgie...)

### 3.4 Bisherige ambulante Weiterbildungsabschnitte (nach Weiterbildungsordnung vom 9. April 2005 in Kraft getreten am 1. Januar 2019)

- bei Unklarheiten ist eine Bescheinigung der Ärztekammer Westfalen-Lippe über die noch ausstehenden Weiterbildungsabschnitte einzureichen, bzw. kann seitens der KVWL angefordert werden
- bitte Punkt 3.7 beachten

Beginn	Ende	Anzahl Monate	Beschäftigungsumfang (in %)	WB-Abschnitte werden wie folgt angerechnet	
				24 Monate Weiterbildung in der ambulanten hausärztlichen Versorgung	18 Monate in den Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung (ambulanter Weiterbildungsabschnitt im Rahmen der 36 Monate Basisweiterbildung)
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3.5 Bisherige ambulante Weiterbildungsabschnitte (nach Weiterbildungsordnung vom 21. September 2019 in Kraft getreten am 1. Juli 2020 – automatisch gültig für alle Weiterbildungen mit Beginn ab 01.07.2020)

- bei Unklarheiten ist eine Bescheinigung der Ärztekammer Westfalen-Lippe über die noch ausstehenden Weiterbildungsabschnitte einzureichen, bzw. kann seitens der KVWL angefordert werden
- bitte Punkt 3.7 beachten

Beginn	Ende	Anzahl Monate	Beschäftigungsumfang (in %)	WB-Abschnitte werden wie folgt angerechnet	
				24 Monate Weiterbildung in der ambulanten hausärztlichen Versorgung	18 Monate in den Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung (ambulanter Weiterbildungsabschnitt im Rahmen der 36 Monate Basisweiterbildung)
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3.6 Während meiner bisherigen Weiterbildungszeit haben sich folgende Unterbrechungen ergeben (z.B. durch Elternzeit, Krankheit):**

Beginn	Ende	Anzahl Monate	Bemerkungen

**3.7 Falls bereits ambulante Weiterbildungsabschnitte absolviert wurden, bzw. Punkt 3.4 oder Punkt 3.5 zutreffen**

Die Tätigkeit wurde von der Kassenärztlichen Vereinigung finanziell unterstützt  Ja  Nein

Falls „ja“ angekreuzt wurde, bitte folgende Felder ausfüllen:

1. Zeitraum: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Praxisdaten: \_\_\_\_\_

Finanzielle Förderung erfolgte durch die Kassenärztliche Vereinigung: \_\_\_\_\_

2. Zeitraum: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Praxisdaten: \_\_\_\_\_

Finanzielle Förderung erfolgte durch die Kassenärztliche Vereinigung: \_\_\_\_\_

**3.8 Haben Sie während Ihres Medizinstudiums einen Teil Ihres Praktischen Jahres in einer Hausarztpraxis absolviert?\***

Ja

Nein

Zeitraum: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Praxisdaten: \_\_\_\_\_

\*Das PJ kann seitens der Ärztekammer Westfalen-Lippe auf den 24-monatigen ambulanten Weiterbildungsabschnitt in der Allgemeinmedizin angerechnet werden. Bitte eine Bescheinigung der ÄKWL über die Anrechnungsfähigkeit bzw. der noch abzuleistenden Zeiten beifügen.

**4.0 Nach Beendigung der beantragten Weiterbildung ...**

... sind die vorgeschriebenen Weiterbildungsabschnitte vollständig für den Facharzt absolviert.

... plane ich die restlichen Weiterbildungsabschnitte wie folgt abzuleisten:

Stationär	Ambulant	Beginn	Ende	(Umfang in %)	Weiterbildungsabschnitt (z. B. Innere Medizin, Chirurgie...)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

## 5.0 Pflichten des Arztes in Weiterbildung gegenüber der KVWL

1. Ich akzeptiere die Fördervereinbarung der KBV und die Richtlinie der KVWL für die Zuschussgewährung.
2. Ich werde meine Tätigkeit innerhalb von 6 Monaten nach Genehmigung aufnehmen.
3. Änderungen zu meiner Person (z. B. Adressdaten) und dem Status meiner Weiterbildung teile ich zeitnah mit.
4. Ich werde den geförderten Weiterbildungsabschnitt als Teil meiner Weiterbildung in der beantragten Fachgruppe nutzen und an der entsprechenden Facharztprüfung teilnehmen.
5. Nach Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses bestätige ich mit einem Erklärungsschreiben, dass ich die Förderbeträge (Bruttobeträge) in voller Höhe erhalten habe.
6. Bei Abschluss einer Facharztprüfung/Aufnahme einer vertragsärztlichen Tätigkeit innerhalb des Förderzeitraums informiere ich das Team Nachwuchsförderung der KVWL umgehend.
7. Hiermit erkläre ich die Absicht, nach Beendigung meiner Weiterbildungszeit als Hausarzt/in tätig zu sein.

Bei wahrheitswidrigen Angaben erlischt die Förderzusage.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift AiW

## 6.0 Datenaustausch

Um seitens der KVWL eine präzise und verkürzte Bearbeitungsdauer zur Genehmigung der Beschäftigung und Förderung der Weiterbildung nach §75a SGB V zu gewährleisten, findet zur Klärung von Sachverhalten hinsichtlich Ihres Anliegens ein Austausch fallrelevanter Informationen mit der Ärztekammer Westfalen-Lippe (Ressort Aus- und Weiterbildung) statt. Dieser Datenaustausch zwischen der KVWL und der ÄKWL findet unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen nach § 67b SGB X auf Grundlage eines Ersuchens gemäß § 8 Abs. 1 DSGVO NRW statt.

Vom Datenaustausch sind folgende personenbezogenen Daten betroffen: Arzt in Weiterbildung: 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, Beschäftigungsumfang Weiterbildung, Förderbetrag gesamt und Förderbetrag KV-Anteil, Teilnahme an einer Verbundweiterbildung, bereits absolvierte und noch zu erbringende Weiterbildungszeiten, Anmeldung zur Facharztprüfung.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift AiW

### Allgemeine Informationen

Die Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V wird durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) einerseits und die Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) sowie privaten Krankenversicherungsunternehmen (PKV) andererseits finanziert. Die Förderung zielt darauf ab, insbesondere den Anteil der Allgemeinmediziner und Allgemeinmedizinerinnen in der vertragsärztlichen Versorgung zu erhöhen und die vertragsärztliche Tätigkeit weiterer Facharztgruppen zu stärken.

Die sozialgesetzliche Regelung in § 75a SGB V bestimmt, dass folgende Partner weitere Regelungen treffen sollen: Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Diese haben einvernehmlich mit dem PKV-Verband sowie unter Beteiligung der Bundesärztekammer (BÄK) die Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V (Fördervereinbarung) mit weiteren Anlagen geschlossen. Die Fördervereinbarung selbst beschreibt die Grundsätze der gesamten Weiterbildungsförderung. Ihre Anlagen I und II beschreiben die Verfahren im vertragsärztlichen und im stationären Bereich. Die Anlage III der Fördervereinbarung beschreibt die Gesamtevaluation der Weiterbildungsförderung. Die Anlage IV beschreibt die Förderung von Kompetenzzentren Weiterbildung (KW).

Die Mittelverwendung ist den Kostenträgern, den gesetzlichen Krankenkassen und privaten Krankenversicherungsunternehmen, bzw. ihren Vertretern, dem GKV-SV und dem PKV-Verband einerseits sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen andererseits nachzuweisen. Der Datenumfang dieses Nachweises (gemäß Einwilligungserklärung) ist der KV von den Vertragspartnern der Fördervereinbarung vorgegeben und leitet sich aus der Fördervereinbarung ab.

Um die Wirksamkeit der Förderung zu bewerten, werden Förderdaten analysiert. Wirksamkeit im Sinne der Förderziele bilden sich aus Sicht der Vertragspartner durch steigende Zahlen bei den Facharztanerkennungen und den Tätigkeitsaufnahmen in der ambulanten Versorgung sowie stringentere 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-Nr2) an jede/n Förderprogramm-Teilnehmer/in vergeben, um standardisierte Auswertungen durchführen zu können.

Die erhobenen personenbezogenen Daten (gemäß Einwilligungserklärung) fließen in diese Gesamtevaluation der Förderung ein. Es werden ausschließlich auf KV-Bezirksebene aggregierte Auswertungen ohne Personenbezug erstellt. Die zugrundeliegenden personenbezogenen Daten werden nach Abschluss der Verbleibanalysen, d. h., zehn Jahre nach Erlangung der Facharztanerkennung, gelöscht. Sofern zehn Jahre nach Förderende keine Facharztanerkennung erworben oder dem Gesamtevaluator bekannt gemacht wird, werden die Daten gelöscht.

Für die Datenverarbeitung und -nutzung der personenbezogenen Daten durch die beteiligten Institutionen ist nach § 67b SGB X Ihre Einwilligung erforderlich, die Sie gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung jederzeit widerrufen können.

Die Einwilligung in die Datenverarbeitung kann per digitalem Formular erklärt werden, sofern die Kassenärztliche Vereinigung ein solches Verfahren anbietet. An die Stelle der eigenhändigen Unterschrift tritt die aktive Auswahl der Einwilligungsoption.

## Einwilligung

Ich willige gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe, Robert-Schimrigk-Str. 4-6, 44141 Dortmund ein, dass zum Zwecke des Mittelverwendungsnachweises und der Evaluation der Förderung meine nachfolgend aufgelisteten personenbezogenen Daten erhoben und unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen nach § 67b SGB X zwischen den im Folgenden genannten Institutionen und in der im Folgenden beschriebenen Weise ausgetauscht und verarbeitet werden. Im Rahmen des Mittelnachweises werden folgende Daten von der Kassenärztlichen Vereinigung erhoben und an die KBV übermittelt, die diese Daten zusammenführt und dem GKV-Spitzenverband sowie dem PKV-Verband im Rahmen der Jahresabrechnung als Verwendungsnachweis weiterleitet: Vorname, Name, Titel, Geschlecht, Geburtsdatum, Facharztbezeichnung, Praxisort, PLZ des Praxisorts, Name des Planungsbereichs der Bedarfsplanung, Förderungsbeginn und -ende, Förderungsart (Förderung bei Unterversorgung oder drohender Unterversorgung), Förderungsdauer in Monaten, jahresübergreifende Förderung ja/nein, vollzeitige oder halbtätige Weiterbildung, Förderbetrag gesamt und Förderbetrag KV-Anteil, Teilnahme an einer Verbundweiterbildung (ja/nein).

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

Für die Evaluationsmaßnahmen der Vereinbarung und ihrer Anlagen werden nachfolgende Daten von den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Landesärztekammern sowie von der Zentralen Registrierstelle bei der Deutschen Krankenhausgesellschaft zusammengeführt und beim Gesamtevaluator, gegenwärtig die KBV, verarbeitet:

Familienname, Vorname, Geburtsdatum und Geburtsname, Arztnummer (AiW-Nr.)<sup>3</sup>, Angaben zum Verlauf der Weiterbildung: KV-Bereich, Förderzeitraum, Fachgebiete, Weiterbildungsziel, Tätigkeitsumfang und -art, ausgezahlte Fördergelder, bestehende Facharztanerkennungen, Erwerb der Facharztanerkennung, Spätere Berufstätigkeit im vertragsärztlichen Bereich.

Es werden ausschließlich auf KV-Bezirksebene aggregierte Auswertungen ohne Personenbezug erstellt. Die Lenkungsgruppe gemäß § 10 der Fördervereinbarung erhält und analysiert diese zusammengefassten Auswertungen der personenbezogenen Daten. Ihr gehören an: die KBV, die Deutsche Krankenhausgesellschaft sowie der GKV-Spitzenverband. Des Weiteren sind der PKV-Verband und die Bundesärztekammer (BÄK) an der Lenkungsgruppe beteiligt.

Die „Information zur Einwilligung in die Datenverarbeitung“ habe ich zur Kenntnis genommen. Ich bin damit einverstanden, dass die KV die oben genannten Daten an die genannten Institutionen übermittelt und diese durch die genannten Institutionen für die genannten Zwecke verarbeitet werden. Die Speicherung meiner Daten bei dem Gesamtevaluator der Weiterbildungsförderung (gegenwärtig die KBV) dauert zehn Jahre nach Erhalt der Facharztanerkennung an. Sofern zehn Jahre nach Förderende keine Facharztanerkennung erworben oder nachgewiesen wurde, werden die Daten gelöscht.

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung gegenüber der KV jederzeit widerrufen kann. Der Widerruf erfolgt gegenüber der KV Westfalen-Lippe, Robert-Schimrigk-Str. 4-6, 44141 Dortmund. 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

### Zusätzliche Fördermittel durch das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS)

Bitte informieren Sie sich frühzeitig (**vor Antragstellung bei der KVWL**), ob eine zusätzliche Förderung zur Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung durch das MAGS möglich ist.

<https://www.mags.nrw/foerderung-der-niederlassung>

Ministerium für Arbeit,  
Gesundheit und Soziales  
des Landes Nordrhein-Westfalen



### Einladung zu Seminaren/Beratungen/Veranstaltungen ...

... im Rahmen der Weiterbildung (z. B. die des Kompetenzzentrums Weiterbildung oder den Praxisbörsentag), sowie Beratungsservices rund um den Praxiseinstieg oder Kooperationsmöglichkeiten.

Ja, ich bin einverstanden       Nein, ich bin nicht einverstanden

Die Genehmigung der Weiterbildung ist von der Einwilligung unabhängig.  
Die Einwilligung kann jederzeit formlos widerrufen werden.

### Ansprechpartner KVWL

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe  
Team Nachwuchsförderung und Fördermaßnahmen  
Robert-Schimrigk-Str. 4-6  
44141 Dortmund  
Tel.: 0231 9432 9402  
Fax: 0231 9432 80402  
E-Mail: [praxisstart@kvwl.de](mailto:praxisstart@kvwl.de)

PRAXISSTART

[www.praxisstart.info](http://www.praxisstart.info)