

**Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V<sup>1</sup>**

**Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), Berlin, vertreten durch den Vorstand,**

**und**

**die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Berlin, vertreten durch den Vorstand,**

**und**

**der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband), Berlin, vertreten durch den Vorstand,**

**- nachstehend Vertragspartner -**

**treffen**

**im Einvernehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV-Verband), Köln,**

**und**

**im Benehmen mit der Bundesärztekammer (BÄK), Berlin,**

**die folgende Vereinbarung:**

---

<sup>1</sup> in Kraft getreten am 01.07.2016, in der Fassung vom 23. September 2024

## **Inhalt**

§ 1 Vertragszweck .....	3
§ 2 Förderung der allgemeinmedizinischen Facharztweiterbildung .....	3
§ 3 Förderung weiterer fachärztlicher Weiterbildungen .....	4
§ 4 Verfahren der Förderung .....	5
§ 5 Finanzialer Förderumfang .....	6
§ 6 Verfahren Stellenverteilung, Förderausgleich .....	7
§ 7 Koordinierungsstellen .....	8
§ 8 Einrichtungen zur Förderung von Qualität und Effizienz .....	9
§ 9 Monitoring und Evaluation .....	10
§ 10 Lenkungsgruppe .....	10
§ 11 Salvatorische Klausel .....	11
§ 12 In-Kraft-Treten/Übergangsbestimmungen .....	11

## **Anlagen**

Anlage I	Verfahrenswege / operative Ausführungsbestimmungen im vertragsärztlichen Bereich
Anlage II	Verfahrenswege / operative Ausführungsbestimmungen im stationären Bereich
Anlage III	Monitoring und Evaluation Datenschutzbestimmungen
Anlage IV	Förderung der Qualität und Effizienz

## **§ 1 Vertragszweck**

- (1) Zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung wird die allgemeinmedizinische Weiterbildung in den Praxen niedergelassener Vertragsärzte und Vertragsärztinnen und zugelassener Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) (im Folgenden „vertragsärztlicher Bereich“), in zugelassenen Krankenhäusern und in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V besteht (im Folgenden „stationärer Bereich“), gefördert.
- (2) Gemäß § 75a Abs. 4 Satz 2 Nr. 5 SGB V wird als Beitrag zur Deckung des spezifischen Bedarfes der patientennahen ambulanten fachärztlichen Versorgung auch die fachärztliche Weiterbildung in den Praxen niedergelassener Vertragsärzte/Vertragsärztinnen und zugelassener Medizinischer Versorgungszentren unter bestimmten Voraussetzungen gefördert.
- (3) Durch die vorliegende Vereinbarung regeln die Vertragspartner insbesondere das Nähere über den Umfang und die Durchführung der finanziellen Beteiligung der Krankenkassen und des PKV-Verbandes nach Maßgabe des § 12 Abs. 2 (im Folgenden: Kostenträger), die Verteilung der Weiterbildungsstellen auf die Bezirke der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV-Bezirke), den finanziellen Ausgleich von Mehr- und Minderförderung in den KV-Bezirken, die Sicherstellung einer durchgehenden Förderung bei Wechsel des KV-Bezirks während der Weiterbildung, das Monitoring und die Evaluation dieser Maßnahmen sowie die Förderung von Qualität und Effizienz der Maßnahmen nach diesem Vertrag.

## **§ 2 Förderung der allgemeinmedizinischen Facharztweiterbildung**

- (1) Die Anzahl der von den Kostenträgern zu fördernden allgemeinmedizinischen Weiterbildungsstellen für den ambulanten und stationären Bereich beträgt insgesamt mindestens 7.500 Stellen pro Jahr. Die Zählung der Stellen wird auf Basis der geförderten Vollzeitäquivalente durchgeführt. Die Förderung erfolgt für jede besetzte Stelle. Stellenbegrenzungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sind nicht zulässig.
- (2) Eine Unterbrechung der Förderung beim Übergang in einen anderen KV-Bereich oder beim Wechsel vom stationären in den ambulanten Bereich ist zu vermeiden. Förderanträge für Ärzte/Ärztinnen in Weiterbildung, deren Förderung bereits begonnen wurde und deren beantragte Weiterbildungsabschnitte anerkennungsfähig sind, sind im Sinne einer nahtlosen Weiterbildung vorrangig zu bearbeiten.
- (3) Die Mindestdauer der zu fördernden Weiterbildungsabschnitte bei ganztägiger Beschäftigung beträgt drei Monate. Kürzere Abschnitte im Rahmen von geplanten und dokumentierten Rotationen (z. B. in Verbünden) sind förderfähig, sofern die jeweils geltende Weiterbildungsordnung dies ermöglicht. Die Weiterbildung sollte planmäßig innerhalb von fünf Jahren abgeleistet werden.
- (4) Eine Teilzeitstelle wird ebenfalls gefördert, der Umfang der förderfähigen Teilzeit richtet sich nach den Regelungen der jeweils geltenden Weiterbildungsordnung. Teilzeitstellen werden entsprechend ihres Umfangs auf die Mindestzahl der zu fördernden Weiterbildungsstellen nach Abs. 1 angerechnet.
- (5) Die maximale Förderdauer einer allgemeinmedizinischen Weiterbildung richtet sich nach den Vorgaben der jeweils geltenden Weiterbildungsordnung. Weiterbildungsabschnitte, die der jeweils geltenden Weiterbildungsordnung genügen,

sollen durch die zeitnahe Ausstellung einer Bescheinigung durch die jeweils zuständige Landesärztekammer für die Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung bestätigt werden

(6) Die Förderung der allgemeinmedizinischen Facharztweiterbildung soll insbesondere eine kontinuierliche und zügige Weiterbildung unterstützen.

### **§ 3 Förderung weiterer fachärztlicher Weiterbildungen**

(1) Die Förderung der Weiterbildung weiterer Facharztgruppen erfolgt nach § 75a Abs. 4, Satz 2 Nr. 5 und Abs. 9 SGB V. Sie soll einen Beitrag zur Deckung des spezifischen Bedarfs der ambulanten Versorgung unter Berücksichtigung regionaler Gegebenheiten leisten.

(2) Die Anzahl der von den Kostenträgern zu fördernden Weiterbildungsstellen in weiteren Fächern nach § 75a Abs. 4, Satz 2 Nr. 5 SGB V beträgt bundesweit maximal 2.000 Stellen, wobei auch eine Förderung der Weiterbildung von mindestens 250 Stellen für Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte vorzusehen ist. Die Förderung erfolgt für jede besetzte Stelle (Vollzeitäquivalent). Eine Teilzeitstelle wird ebenfalls gefördert, der Umfang der förderfähigen Teilzeit richtet sich nach den Regelungen der jeweils geltenden Weiterbildungsordnung. Teilzeitstellen werden entsprechend ihres Umfangs auf die Mindestzahl der zu fördernden Weiterbildungsstellen angerechnet.

(3) Die Mindestdauer der zu fördernden Weiterbildungsabschnitte bei ganztägiger Beschäftigung beträgt drei Monate. Kürzere Abschnitte im Rahmen von geplanten und dokumentierten Rotationen (z. B. in Verbünden) sind förderfähig, sofern die jeweils geltende Weiterbildungsordnung dies ermöglicht.

(4) Weiterbildungsabschnitte im Gebiet der angestrebten Facharztanerkennung sowie Abschnitte in anderen Gebieten, die von der jeweils geltenden Weiterbildungsordnung für die angestrebte Facharztanerkennung verpflichtend vorgesehen sind, sollen durch die zeitnahe Ausstellung einer Bescheinigung durch die jeweils zuständige Landesärztekammer für die Förderung dieser Weiterbildung bestätigt werden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können in ihren Förder-Richtlinien weitere, fakultative Abschnitte im Sinne von Abs. 1 Satz 2 zur Förderung bestimmen, sofern dies nach der jeweils geltenden Weiterbildungsordnung für die angestrebte Facharztanerkennung zulässig ist.

(5) Die Förderung in den ausgewählten Fachgebieten unterliegt der Voraussetzung, dass die beantragende Praxis überwiegend konservativ und nicht spezialisiert tätig ist. Eine entsprechende Prüfung durch die KVen erfolgt z.B. auf Basis der Abrechnungsdaten.

(6) Als maximale Förderdauer einer fachärztlichen Weiterbildung gilt die in der jeweils geltenden Weiterbildungsordnung vorgesehene Mindest-Weiterbildungszeit. Zur Deckung des spezifischen Bedarfs der ambulanten Versorgung unter Berücksichtigung regionaler Gegebenheiten oder zur Vermeidung von unbilligen Härten können die Kassenärztlichen Vereinigungen Ausnahmen in ihren Förder-Richtlinien regeln.

(7) Es ist eine Förderung der Weiterbildung von Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten vorzusehen. Zur Feststellung eines Förderbedarfes weiterer Facharztgruppen ist mindestens eines der folgenden regionalen Kriterien zu berücksichtigen:

1. Es wurde in einem KV-Bezirk eine Unterversorgung, eine drohende Unterversorgung oder ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf durch den Landesausschuss gemäß § 100 Abs. 1 S. 1 und Abs. 3 SGB V für eine Facharztgruppe festgestellt.
2. Es bestehen innerhalb des jeweiligen Bezirks der Kassenärztlichen Vereinigung flächendeckende, langfristige Probleme bei der Nachbesetzung von freiwerdenden Arztsitzen, die die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung gefährden. Hierzu vorgenommene Empfehlungen der Landesausschüsse gemäß § 16 Abs. 2 Ärzte-ZV sollen dabei berücksichtigt werden.
3. Es liegt eine facharztgruppenspezifische Altersstruktur vor, die erwartet lässt, dass mittelfristig mit der Feststellung einer Unterversorgung oder drohenden Unterversorgung in bestimmten Planungsbereichen zu rechnen ist.

Es ist insbesondere der Bedarf an gynäkologischer und augenheilkundlicher Weiterbildung anhand der vorgenannten Kriterien zu prüfen.

(8) Die Feststellung der Förderfähigkeit weiterer Facharztgruppen neben den Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten erfolgt auf regionaler Ebene gemeinsam und einheitlich von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen. Sofern Empfehlungen der Landesausschüsse gemäß § 90 SGB V i. V. m. § 16 Abs. 2 Ärzte-ZV dazu vorliegen, sind diese bei der Entscheidung zu berücksichtigen. Die Feststellung wird jährlich zum 31. März überprüft. Kommt eine einvernehmliche Entscheidung bzw. Empfehlung innerhalb einer Frist von 3 Monaten nicht zustande, gelten neben der gesetzlich vorgesehenen Facharztgruppe der Kinder- und Jugendmedizin automatisch und ausschließlich die Facharztgruppen der Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie der Augenheilkunde als förderfähig. Über die regionalen Entscheidungen ist die Lenkungsgruppe nach § 10 über die KBV zu informieren.

(9) Die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung informiert die KBV jährlich im Rahmen der Endabrechnung über die regionale Feststellung der förderungswürdigen Fachgruppen im Sinne dieser Vereinbarung sowie über Ausnahmeregelungen nach den Absätzen 4 Satz 2 und 6. Die KBV leitet den übrigen Mitgliedern der Lenkungsgruppe diese Informationen im Rahmen der jährlichen Endabrechnung weiter.

#### **§ 4 Verfahren der Förderung**

(1) Die sektorenspezifischen Verfahrenswege der Förderung der Weiterbildung gemäß §§ 2 und 3 dieser Vereinbarung werden in Anlage I (vertragsärztlicher Bereich) und Anlage II (stationärer Bereich) geregelt.

- (2) Zum Zwecke der Administration der Förderung der Weiterbildung erhält jeder Arzt/jede Ärztin in Weiterbildung mit Beginn der Förderung im ambulanten Bereich eine eindeutige, bundesweit gültige Nummer. Die Nummer dient dazu, die Aufgaben gemäß § 75a Abs. 4 S. 2 Nr. 2 - 4 SGB V durchzuführen sowie den Ablauf der Weiterbildung und den weiteren beruflichen Werdegang für die Evaluation nachvollziehen zu können. Das Verfahren und die Nutzung der Nummer sind in Anlage III (Monitoring und Evaluation) beschrieben.
- (3) Im stationären Bereich beinhaltet eine eindeutige Erfassung der Weiterzubildenden auch den Beginn der geförderten Weiterbildung im beantragenden Krankenhaus. Die Aufbereitung der Daten erfolgt um insbesondere die Aufgaben gemäß § 75a Abs. 4 S. 2 Nr. 2 - 4 SGB V durchzuführen sowie den Ablauf der Weiterbildung, insbesondere den Übergang in die ambulante Weiterbildung und den weiteren beruflichen Werdegang für die Evaluation nachvollziehen zu können. Das Verfahren und die Nutzung der Daten sind in Anlage III (Monitoring und Evaluation) beschrieben.

## **§ 5 Finanzieller Förderumfang**

- (1) Der Förderbetrag der Kostenträger beträgt je besetzter Stelle gemäß § 2 dieser Vereinbarung für den stationären Bereich monatlich 1.650 Euro im Gebiet der Inneren Medizin mit ihren Spezialisierungen und im Gebiet der Allgemeinmedizin. Dieser Betrag wird um 1.170 Euro monatlich erhöht, während der Arzt/die Ärztin in Weiterbildung den stationären Teil der allgemeinmedizinischen Weiterbildung in einem anderen Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung entsprechend der jeweiligen Weiterbildungsordnung ableistet.
- (2) Der Förderbetrag der Kostenträger je besetzter Stelle beträgt für den ambulanten Bereich gemäß §§ 2 und 3 dieser Vereinbarung monatlich 2.900 Euro.
- (3) Für den ambulanten Bereich wird der Förderbetrag je besetzter Stelle nach den §§ 2 und 3 dieser Vereinbarung durch die jeweils zuständige Kassenärztliche Vereinigung auf monatlich 5.800 Euro erhöht.
- (4) Der Förderbetrag im ambulanten Bereich orientiert sich an der im Krankenhaus üblichen Vergütung. Grundlage ist der Tarifvertrag Ärzte der Vereinigung kommunaler Arbeitgeberverbände (VKA), Entgeltgruppe I Mittelwert der Stufen 1-5. Eine durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 40 Stunden liegt der Berechnung zugrunde.
- (5) Der Förderbetrag je besetzter Teilzeitstelle ist entsprechend des Umfanges der Teilzeittätigkeit anteilig zu bemessen.

- (6) Soweit der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für den Bereich der hausärztlichen Versorgung eine Feststellung nach § 100 Abs. 1 Satz 1 SGB V getroffen hat, dass in bestimmten Gebieten eines Zulassungsbezirks eine ärztliche Unterversorgung eingetreten ist oder in absehbarer Zeit droht, wird eine höhere finanzielle Förderung im vertragsärztlichen Bereich vorgesehen. Der Erhöhungsbetrag der Förderung je besetzter Stelle in unversorgten Gebieten beträgt monatlich 500 Euro, in Gebieten mit drohender Unterversorgung monatlich 250 Euro. Die Beträge werden von den Kostenträgern und der Kassenärztlichen Vereinigung jeweils hälftig getragen. Der Förderbetrag je besetzter Teilzeitstelle ist entsprechend des Umfanges der Teilzeittätigkeit anteilig zu bemessen.
- (7) Der Förderbetrag gemäß der Absätze 2, 3 und 5 ist ein Zuschuss zum Brutto-Gehalt des/der Arztes/Ärztin (AiW) in Weiterbildung und muss als Anteil der Vergütung in voller Höhe an ihn/sie weitergegeben werden.
- (8) Bezüglich einer finanziellen Beteiligung der privaten Krankenversicherungsunternehmen gilt § 12 Abs. 2 dieser Vereinbarung. Gemäß § 75 a SGB V vermindert sich die Höhe der finanziellen Beteiligung der Krankenkassen an den Kosten der Förderung um den von den privaten Krankenversicherungsunternehmen gezahlten Betrag.
- (9) Der Förderbetrag ist durch die anstellende Praxis bzw. das anstellende MVZ im vertragsärztlichen Bereich auf die im Krankenhaus übliche Vergütung gem. Abs. 4 anzuheben.
- (10) Für die Finanzierung der Einrichtungen zur Förderung von Qualität und Effizienz der Weiterbildung gemäß § 75a Abs. 7 Nr. 3 SGB V einschließlich der Aufwendungen für administrative Erfordernisse und für die Gemeinsame Einrichtung nach Anlage IV wird durch die Vertragspartner ein Betrag bereitgestellt, der 5 % der tatsächlichen Fördersumme eines Jahres entspricht. Für den stationären Bereich ist die von den Kostenträgern gezahlte tatsächliche Fördersumme eines Jahres die Grundlage für die Ermittlung des zur Verfügung stehenden Fördervolumens eines Jahres und wird ausschließlich von den Kostenträgern aufgebracht. Die Voraussetzungen für eine Förderung sind in § 8 und in Anlage IV dieser Vereinbarung geregelt.
- (11) Auf Landesebene können die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit der Kassenärztlichen Vereinigung im Einvernehmen mit dem PKV-Verband abweichend von Abs. 2 und 3 höhere Förderbeträge vereinbaren.

## **§ 6 Verfahren Stellenverteilung, Förderausgleich**

- (1) Die Verteilung der bundesweit zu fördernden vertragsärztlichen Stellen auf die KV-Bezirke für die allgemeinmedizinische Weiterbildung gemäß § 1 Abs. 1 dieser Vereinbarung erfolgt nach Bevölkerungsanteil gemäß der zuletzt veröffentlichten amtlichen Statistik (DESTATIS-Erhebung; ggf. amtliche Statistiken auf Landesebene NRW) des jeweiligen KV-Bezirks. Die ambulanten KV-spezifischen Soll-Förderzahlen basieren auf der gesetzlichen Förderzahl im Bundesgebiet von 7.500 abzüglich der Gesamtförderzahl des stationären Bereichs. Das Nähere ist in Anlage I und Anlage III beschrieben.
- (2) Die Verteilung der zu fördernden Stellen auf die KV-Bezirke für die Weiterbildung der weiteren Facharztgruppen gemäß § 1 Abs. 2 dieser Vereinbarung erfolgt

nach Bevölkerungsanteil gemäß der zuletzt veröffentlichten amtlichen Statistik (DESTATIS-Erhebung oder ggf. amtliche Statistiken auf Landesebene NRW) des jeweiligen KV-Bezirks.

- (3) Der finanzielle Ausgleich von Mehr- und Minderförderung zwischen den KV-Bezirken nach Absatz 1 wird im Rahmen der jährlichen Abrechnung vorgenommen. Ein Ausgleich findet zugunsten der KV(en) statt, die die Soll-Förderzahl überschreitet bzw. überschreiten.
- (4) Beginnend mit dem In-Kraft-Treten der Vereinbarung stellen jeweils die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft den Vertragspartnern bis zum 15. des auf das Förderhalbjahr folgenden Monats eine Meldung über den Stand der besetzten Weiterbildungsstellen im laufenden Jahr und im Folgejahr sowie deren regionale Verteilung entsprechend den Vorgaben

## § 7 Koordinierungsstellen

- (1) Beteiligte an einer Koordinierungsstelle sind die jeweils zuständige Kassenärztliche Vereinigung sowie die Landeskrankenhausgesellschaft. Die Landesärztekammern sind einzubeziehen. Die Vertreter der Kostenträger auf Landesebene können sich beteiligen. Eine Verpflichtung zur Beteiligung sowie zur unmittelbaren Finanzierung der Koordinierungsstelle durch die Kostenträger besteht nicht.
- (2) Die Koordinierungsstelle hat die Aufgabe, die Koordination und Organisation der Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin auf regionaler und ggf. überregionaler Ebene zu gewährleisten. Sie stellt eine Informationsplattform und Vermittlungsstelle für die Ärzte in Weiterbildung und die zur Weiterbildung befugten Vertragsärzte und Krankenhäuser bzw. Weiterbildungsstätten dar. Insbesondere initiiert sie neue und unterstützt bestehende Weiterbildungsverbünde oder vergleichbare Modelle, deren Aufgabe insbesondere in der Organisation des individuellen Ablaufs der Weiterbildungen für den Arzt / Ärztin in Weiterbildung im Sinne eines Gesamtweiterbildungsplanes (z.B. Rotationsplan) besteht. Die Koordinierungsstelle beteiligt sich an der Evaluation der Fördermaßnahmen gemäß Anlage III.

Darüber hinaus übernimmt die Koordinierungsstelle insbesondere folgende Aufgaben:

- Beratung für Wiedereinsteigende / Umsteigende;
- In Einzelfällen kann der individuelle Ablauf der Weiterbildung für den Arzt/die Ärztin in Weiterbildung organisiert werden;
- Abstimmung mit den beteiligten Koordinierungsstellen bei KV-übergreifender Weiterbildung;
- Einbindung weiterer regionaler und lokaler Stellen in die Förderung der hausärztlichen Versorgung;
- Die Landesärztekammern evaluieren in Abstimmung mit den Koordinierungsstellen bei Abschluss der Weiterbildung im Gebiet der Allgemeinmedizin durch Befragung der Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung die Qualität der Weiterbildung, des Weiterbildungsverbundes und der Koordinierungsstelle, insbesondere in Bezug auf das Vorliegen eines Gesamtweiterbildungsplanes / Rotationsplanes. Eine Abstimmung mit Einrichtungen nach § 8 (FQE)

soll erfolgen. Die Evaluation erfolgt anhand eines standardisierten Fragebogens, dessen Mindestinhalte mit der Lenkungsgruppe nach § 10 dieser Vereinbarung abgestimmt werden. Die Auswertungen sind der Lenkungsgruppe zu übermitteln und sollen im Rahmen einer Gesamtbetrachtung mit der Evaluation nach Anlage III zusammengeführt werden.

- Die Koordinierungsstelle soll mit Einrichtungen gemäß § 8 kooperieren. Die Kooperation mit diesen Einrichtungen ist in Anlage IV festgelegt.

(3) Sofern keine Koordinierungsstelle besteht oder Aufgaben nicht wahrgenommen werden, können einzelne Aufgaben durch einen der Beteiligten nach Abs. 1 wahrgenommen werden.

(4) Das Nähere zur Aufgabenteilung und -umsetzung sowie zur Finanzierung der Koordinierungsstelle ist durch die Beteiligten nach Abs. 1 zu regeln. Die Tätigkeit einer Koordinierungsstelle kann sich auf die weiteren geförderten Fachgruppen gemäß § 3 erstrecken.

(5) Die Koordinierungsstelle soll den Beteiligten nach Abs. 1 und den Vertragspartnern zum 30. Juni des jeweiligen Jahres über ihre Tätigkeit im Vorjahreszeitraum schriftlich berichten. Die Lenkungsgruppe nach § 10 legt Mindestvorgaben zu den Inhalten und der Form des Berichtes fest. Die jährlichen Berichte der Koordinierungsstellen werden der Lenkungsgruppe nach § 10 zur Verfügung gestellt.

## **§ 8 Einrichtungen zur Förderung von Qualität und Effizienz**

(1) Zur weiteren Stärkung der Qualität und Effizienz der allgemeinmedizinischen Weiterbildung werden gemäß § 75a Abs. 7 Nr. 3 SGB V Einrichtungen gefördert, die geeignete Maßnahmen hierfür anbieten. Diese Einrichtungen kooperieren mit wissenschaftlichen Einrichtungen und werden in der Regel auf regionaler Ebene je KV-Bezirk oder auch KV-Bezirksübergreifend tätig. Die Einrichtungen müssen mindestens folgende Angebote bereitstellen:

- Begleitseminare für Weiterzubildende
- Train the Trainer-Seminare für Weiterbilder
- Mentoringprogramme
- Mitwirkung bei der Etablierung strukturierter, kontinuierlicher und verlässlicher Rotationen
- Kontinuierliche Evaluation des eigenen Angebots und Qualitätssicherung

(2) Die geförderten Einrichtungen arbeiten aktiv mit Institutionen der Medizindidaktik zusammen und sichern die Qualität der angebotenen Maßnahmen durch geeignete Verfahren (z. B. Zertifizierung).

(3) Das Nähere zu den Aufgaben, Maßnahmen und dem Anforderungsprofil solcher Einrichtungen sowie dem Antragsverfahren (Fördervoraussetzungen) für die Förderung sowie zur Evaluation ist in Anlage IV beschrieben. Die Vertragspartner setzen sich das Ziel, die Anlage IV im Einvernehmen mit dem PKV-Verband sowie im Benehmen mit der Bundesärztekammer bis zum 31.12.2016 zu vereinbaren.

(4) Die Vertragspartner errichten eine Gemeinsame Einrichtung, die an die Lenkungsgruppe berichtet. Ihre Aufgaben sind insbesondere: Prüfung der Förderfähigkeit, Evaluation der Tätigkeit, organisatorische Begleitung der Einrichtungen nach Absatz 1. Das Nähere zur Ausgestaltung der Gemeinsamen Einrichtung wird in Anlage IV festgelegt.

## **§ 9 Monitoring und Evaluation**

(1) Die Vertragspartner verpflichten sich zur Überprüfung des Erfolgs durch Monitoring und Evaluation der Maßnahmen dieser Vereinbarung, um deren Wirksamkeit nachzuvollziehen und zu überprüfen. Die Evaluation dient darüber hinaus der weiteren Steuerung der Förderung sowie gegebenenfalls erforderlicher Anpassungen.

(2) Die Lenkungsgruppe nach § 10 dieser Vereinbarung analysiert und bewertet jährlich gemeinsam insbesondere auf Grundlage der Jahresendabrechnung sowie auf Grundlage der Anlage III die Auswirkungen dieser Vereinbarung auf die Weiterbildung der geförderten Facharztgruppen.

## **§ 10 Lenkungsgruppe**

(1) Die Vertragspartner richten eine Lenkungsgruppe ein. Für die Geschäftsführung der Lenkungsgruppe wird eine Geschäftsstelle eingerichtet. Diese wird im zweijährigen Wechsel bei den Vertragspartnern geführt, beginnend mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Vereinbarung. Der Vorsitz der Lenkungsgruppe wird durch den jeweils die Geschäftsstelle führenden Vertragspartner wahrgenommen.

(2) Die Lenkungsgruppe besteht aus jeweils bis zu 4 Vertretern jedes Vertragspartners. Die Vertragspartner benennen ihre Mitglieder schriftlich gegenüber der Geschäftsführung. Die Mitglieder können Stellvertreter benennen. Die Lenkungsgruppe ist beschlussfähig, wenn jeder Vertragspartner vertreten ist. Die Beschlüsse sind einstimmig zu fassen. Eine Vertretung der Vertragspartner untereinander ist möglich, soweit die Stimmrechtsübertragung schriftlich deklariert wird.

(3) Die Bundesärztekammer und, der PKV-Verband sind an der Lenkungsgruppe zu beteiligen. Sie benennen jeweils bis zu 4 Vertreter.

(4) Externe Sachverständige können einvernehmlich einbezogen werden. Die Lenkungsgruppe nach Abs. 1 wird bei Einschaltung eines externen Sachverständigen auch über die Kostentragung entscheiden.

(5) Die Lenkungsgruppe nach Abs. 1 und 3 definiert die Rahmenvorgaben für die Tätigkeit der Einrichtungen nach § 8 dieser Vereinbarung. Sie kann zur fachlichen Beratung einen Beirat einsetzen.

(6) Die Lenkungsgruppe nach Abs. 1 und 3 führt Monitoring und Evaluation nach Anlage III durch und erstellt einen jährlichen Bericht bis zum 1. Dezember des Folgejahres. Sie kann den Auftrag zur Berichtserstellung an eine neutrale Stelle vergeben.

## **§ 11 Salvatorische Klausel**

Sollten einzelne Klauseln oder Bestimmungen dieses Vertrages ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen nicht berührt. Die Vertragspartner verpflichten sich, anstelle der unwirksamen Bestimmung eine Regelung zu vereinbaren, die die dem am nächsten kommt, was die Vertragspartner gewollt haben oder gewollt hätten, wenn sie die Regelungsbedürftigkeit bedacht hätten.

## **§ 12 In-Kraft-Treten/Übergangsbestimmungen**

- (1) Diese Vereinbarung tritt am 1. Juli 2016 in Kraft und läuft auf unbestimmte Zeit.
- (2) Die Einbindung der Privaten Krankenversicherung nach Maßgabe dieser Vereinbarung steht unter der Bedingung, dass eine Vereinbarung zwischen GKV-Spitzenverband und PKV-Verband zur finanziellen Beteiligung der privaten Krankenversicherungsunternehmen an der Förderung nach § 75 a SGB V besteht. Für Zeiträume, in denen eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht oder nicht mehr gilt, sind die zur Privaten Krankenversicherung bzw. dem PKV-Verband getroffenen Regelungen in diesem Vertrag und seinen Anlagen nicht anzuwenden. Dies gilt nicht für die Abrechnung zurückliegender Förderzeiträume. Der GKV-Spitzenverband und der PKV-Verband informieren die DKG und die KBV über das Bestehen einer Vereinbarung nach Satz 1 und die Höhe der dort vereinbarten finanziellen Beteiligung der privaten Krankenversicherungsunternehmen.
- (3) Die Vereinbarung kann jährlich zum 30. September mit Wirkung zum 31. Dezember des folgenden Jahres gekündigt werden, erstmals zum 31. Dezember 2020. Für die Anlage IV können abweichende Kündigungsbedingungen gelten, die die Vertragspartner in der Anlage festlegen. Die Kündigung hat durch eingeschriebenen Brief an alle Vertragspartner zu erfolgen.
- (4) Im Falle einer Kündigung erklären die Vertragspartner ihre Bereitschaft, unverzüglich am Abschluss einer neuen Vereinbarung gemäß § 75a SGB V mitzuwirken. Wird eine Vereinbarung ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf der Vereinbarungszeit keine neue Vereinbarung zustande, entscheidet das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a SGB V. In diesem Fall gelten die Bestimmungen der bisherigen Vereinbarung bis zur Festsetzung des Inhalts einer neuen Vereinbarung durch das sektorenübergreifende Schiedsgremium weiter.
- (5) Die Anlagen I und II können unabhängig von der Geltung dieser Vereinbarung von den Vertragspartnern einvernehmlich angepasst oder unter Anwendung der Kündigungsfrist nach Abs. 3 von den sie jeweils betreffenden Vertragspartnern separat gekündigt werden. Eine Kündigung oder Anpassung der Anlagen I und II, sowie der Anlagen III und IV lässt die Geltung dieser Vereinbarung unberührt.
- (6) Eine Kündigung sowohl dieser Vereinbarung als auch der Anlagen aus wichtigem Grund bleibt hiervon unberührt.
- (7) Diese Vereinbarung ersetzt die Vereinbarung vom 20. Juni 2016 in der Fassung der Änderungsvereinbarung vom 29. November 2022.

Berlin, den 23. September 2024

gezeichnet

---

Deutsche Krankenhausgesellschaft, Berlin

---

Kassenärztliche Bundesvereinigung, K.d.ö.R., Berlin

---

GKV-Spitzenverband  
(Spitzenverband Bund der Krankenkassen), K.d.ö.R., Berlin

Einvernehmen erklärt

---

PKV-Verband, Köln

Benehmen erklärt

---

Bundesärztekammer, Berlin