

**Antrag  
auf Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis  
zum  
Facharzt für Allgemeinmedizin  
Abschnitt der ambulanten hausärztlichen Versorgung**

**A. Umfang der Befugnis**

Beantragt wird die Befugnis zur Weiterbildung im zeitlichen Umfang  
von \_\_\_\_\_ Monaten.

**Hinweis:** Wenn Sie eine 24-monatige Weiterbildungsbefugnis beantragen, müssen grundsätzlich alle Weiterbildungsinhalte (Module) im ambulanten Bereich erfüllt sein. Fehlende Inhalte der Module Kinder- und Jugendmedizin und Chirurgie können Sie aber auch durch das Ermöglichen einer 4-wöchigen Hospitation in entsprechend zur Weiterbildung befugten Praxen für Kinder- und Jugendmedizin und Chirurgie oder durch Kursweiterbildung und ein jeweils 20-stündiges Praktikum in einer kinder- u. jugendmedizinischen resp. chirurgischen Praxis ersetzen.

**B. Angaben des Antragstellers**

1. Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

2. Anschrift der / des

a)  Praxis  MVZ

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

niedergelassen als

Fachärztin/ Facharzt für Allgemeinmedizin seit: \_\_\_\_\_  
Hausärztliche(r) Internistin/Internist seit: \_\_\_\_\_

in

Vollzeit

Teilzeit mit \_\_\_\_\_ Stunden

KVH-Betriebsstättennummer: \_\_\_\_\_  
 ausschließliche Privatpraxis

**Anschrift des /der**

b)  Krankenhauses                       Institutes                       sonstigen Einrichtung

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

selbständige Abteilung                       ja /  nein

in

Vollzeit

Teilzeit mit \_\_\_\_\_ Stunden

Weisungsbefugt gegenüber Weiterbildungsassistenten                       ja /  nein

**C. Angaben zur Qualifikation**

**1. Facharzt / -ärztin für**

Allgemeinmedizin seit \_\_\_\_\_

Innere Medizin seit \_\_\_\_\_

**2. Weitere Weiterbildungsbezeichnungen**

\_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

**3. Zusatzqualifikationen**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**4. Waren Sie bereits zu einem früheren Zeitpunkt für die beantragte Qualifikation zur Weiterbildung befugt?**                       Ja /  Nein

Falls ja, bitte angeben:

Weiterbildungsstätte von \_\_\_\_\_

Zeitraum                      von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

zeitlicher Umfang                      \_\_\_\_\_ Monate

## 5. Fortbildung

Fügen Sie diesem Antrag bitte Ihr Fortbildungszertifikat oder einen Auszug aus Ihrem Fortbildungspunktekonto (der letzten 2 Jahre) bei.

### D. Ausstattung der Weiterbildungsstätte

#### 1. Praxisform (bitte ankreuzen)

Einzelpraxis

Berufsausübungsgemeinschaft mit  
(bitte Namen angeben)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Praxisgemeinschaft mit  
(bitte Namen angeben)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)<sup>1</sup>  
Anzahl der Ärztinnen und Ärzte

\_\_\_\_\_

Namen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Namen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### 2. Räumliche Ausstattung

Praxisgröße in m<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

Für die Weiterbildung genutzte Räume \_\_\_\_\_ (Anzahl)

Arbeits-/Untersuchungszimmer für WB-Assistenten  Ja /  Nein

<sup>1</sup> Bei einer Tätigkeit in einem Medizinischen Versorgungszentrum muss sichergestellt werden, dass der / die zur Weiterbildung befugte Arzt/Ärztin in jedem Fall unmittelbar seine / ihre Weisungsbefugnis gegenüber den Weiterbildungsassistenten ausübt. Bitte fügen Sie diesem Antrag eine entsprechende Bestätigung als gesonderte **ANLAGE** bei.

### 3. Sonstige Ausstattung

Bibliothek:

Steht eine den medizinischen Erfordernissen entsprechende Bibliothek vor Ort zur Verfügung?

Ja     Nein

Wird dem Weiterzubildenden ein Zugang zum Internet, inkl. Zugriff auf Literaturdatenbanken ermöglicht?

Ja     Nein

Nutzen Sie ein Praxisverwaltungs-System / wird eine elektronische Patientenkarte geführt?

Ja     Nein

Besteht ein kontinuierlich gepflegtes Qualitätsmanagementsystem?

Ja     Nein

Welche Fachzeitschriften (Periodika) stehen zur Verfügung?

---



---



---



---

### 4. Personelle Ausstattung    (Bitte Anzahl angeben)

Ärztinnen / Ärzte \_\_\_\_\_ davon \_\_\_\_\_Vollzeit \_\_\_\_Teilzeit

davon Fachärzte \_\_\_\_\_ davon \_\_\_\_\_Vollzeit \_\_\_\_Teilzeit

Mitarbeiter (bitte Anzahl angeben)

	Medizinische Fachangestellte	MTA / MTRA	Krankenschwestern	Azubis	Sonstige Mitarbeiter (bitte nennen)
Vollzeit:					
Teilzeit:					

## 5. Apparative Ausstattung:

- EKG / Baujahr \_\_\_\_\_
- Belastungs-EKG / Baujahr \_\_\_\_\_
- Langzeit-EKG / Baujahr \_\_\_\_\_
- Lungenfunktionsgerät / Baujahr \_\_\_\_\_
- Langzeit-Blutdruckmessgerät / Baujahr \_\_\_\_\_
- Sonographie / Baujahr \_\_\_\_\_  
(Organe: Abdomen, Schilddrüse)
- Gefäßdopplergerät (unidirektional) / Baujahr \_\_\_\_\_
- Sonstige Geräte \_\_\_\_\_
- Notfallausrüstung

## E. Patientenzahlen und Leistungsspektrum der Weiterbildungsstätte

### 1. Patientenzahlen:

#### Anzahl der Patienten pro Quartal:

Kassenpatienten \_\_\_\_\_  
Privatpatienten \_\_\_\_\_

#### davon entfallen auf den Antragsteller

Kassenpatienten \_\_\_\_\_  
HzV Patienten \_\_\_\_\_  
Privatpatienten \_\_\_\_\_

Kinder (bis 18 J.) \_\_\_\_\_ ( 75 pro Quartal EBM 03001, 03002)  
Patienten (über 65 J.) \_\_\_\_\_ (100 pro Quartal EBM 03004)

### 2. Leistungsspektrum

Bitte legen Sie zum Nachweis Ihres Leistungs- / Behandlungsspektrums eine Gebührennummernstatistik (LAN) der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg über ein Quartal vor (ggf. HzV-Ziffernkranz, GOÄ-Abrechnungsziffern)

Bitte kennzeichnen Sie in der Gebührennummernstatistik die EBM Ziffern zu den Modulen 1, 2, 3, 4, 6, 10 und geben in der Anlage 1 Ihre Leistungszahlen pro Jahr an (ggf. HzV-Ziffernkranz, GOÄ-Abrechnungsziffern)

- Ich bin damit einverstanden, dass ergänzende Auskünfte – falls für diesen Antrag erforderlich – bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg eingeholt werden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers

## F. Weiterbildungsplan und Dokumentation der Weiterbildung

### 1. Weiterbildungsplan

Dem Antrag auf Erteilung der Weiterbildungsbefugnis ist gemäß § 5 Abs. 5 Weiterbildungsordnung der Hamburger Ärzte und Ärztinnen vom 21.02.2005 i.d.F. vom 05.10.2015 ein **gegliedertes Programm (sog. Weiterbildungsplan)** für die Weiterbildung beizufügen. **Dieser Weiterbildungsplan ist dem / den unter Ihrer Verantwortung stehenden Weiterbildungsassistenten auszuhändigen.** Es soll klar ersichtlich sein, wie Sie die Weiterbildung organisatorisch und strukturell gestalten, so dass der Weiterbildungsassistent die gemäß Weiterbildungsordnung geforderten Inhalte erlernen kann.

**Bitte fügen Sie diesem Antrag einen auf Ihre Praxis zugeschnittenen Weiterbildungsplan bei.**

### 2. Dokumentation der Weiterbildung (Logbuch)

Die erforderlichen Weiterbildungsinhalte und die Richtzahlen werden dem Weiterbildungsassistenten im **Logbuch** bescheinigt.

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers

#### Anlagen:

- Gebührennummernstatistik (LAN) ggf. HzV-Ziffernkranz, GOÄ-Abrechnungsziffern)
- Übersicht Leistungsspektrum – Anlage 1 –
- Selbstauskünfte zu den Modulen 5, 7, 8, 9,
- Fortbildungsnachweis
- Weiterbildungsplan
- ggf. Kooperationsvertrag mit Partnerpraxis (Kinder- und Jugendmedizin / Chirurgie)
- ggf. Nachweis der eigenen Weisungsbefugnis gegenüber Assistenten

# ANLAGE 1

Mindestanforderungen / Module „Stichwort“	Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	NACHWEIS	Richtzahlen nach WBB-Kriterien pro Quartal	Leistungszahlen pro Jahr
1 „Psych.“	Integration medizinischer, psychischer und sozialer Belange im Krankheitsfall einschl. Erkennung von psychogenen Symptomen, somatopsychischen Reaktionen, psychosozialen Zusammenhängen unter Berücksichtigung der Krisenintervention sowie der Beratung und Führung Suchtkranker	Nachweis Psychosomatische Grundversorgung (PSGV) bzw. der KV- Abrechnungsgenehmigung PSGV EBM 35100, 35110 (HZV 35100, 35110, GOÄ 801, 804 806)	70	
2 „Kinder- und Jugendmedizin“	Erkennung und koordinierte Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter	Behandlung von Kindern EBM 03001 (bis 4 J.) Behandlung von Kindern EBM 03002 (5-18 J.)  Durchführung von J1 und / oder U4-9, EBM (HZV) 01714 – 01720  oder Berechtigungsschein der Behörde über Jugendarbeitsschutzuntersuchungen  <b>Hinweis:</b> Wenn Sie keine oder nur wenige Kinder und Jugendliche in der Praxis behandeln, können Sie alternativ <ul style="list-style-type: none"> <li>• einen schriftlichen Kooperationsvertrag über eine 4-wöchige Hospitation in einer kinder- und jugendmedizinischen Praxis vorlegen. Eine Weiterbildungsbefugnis muss vorliegen. Der Assistent ist für diesen Zeitraum freizustellen.</li> </ul> <b>oder</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• eine verbindliche Zusage darüber abgeben, dass Sie den Assistenten auf Ihre Kosten an einem 12-stündigen Kurs „Kinder- und Jugendmedizin“ teilnehmen lassen und für die Absolvierung eines 20-stündigen Praktikums in einer kinder- und jugendmedizinischen Praxis freistellen</li> </ul>	75  3	
3 „Betreuung“	Interdisziplinäre Koordination einschließlich der Einbeziehung weiterer ärztlicher, pflegerischer und sozialer Hilfen in Behandlungs- und Betreuungskonzepte, insbesondere bei multimorbiden Patienten	EBM 03220 / 03221 (HZV 0003, GOÄ 15, 4)  zusätzlich: EBM 03360 (Geriatrisches Basisassessment), (HZV 03240) EBM 03362 (Geriatrische Betreuung)	70	
4 „Hausbesuche“	Behandlung von Patienten in ihrem familiären Umfeld und häuslichen Milieu, in Pflegeeinrichtungen sowie in ihrem weiteren sozialen Umfeld einschließlich der Hausbesuchstätigkeit und Einschätzung der Pflegebedürftigkeit	EBM 01410, 01411, 01412, 01413, 01414, 01415 (HZV 01410, GOÄ 50, 51)	40	

<p><b>5</b> <b>„Gesundh.-Förderung“</b></p>	<p>Dokumentation von gesundheitsfördernden Maßnahmen, z. B. im Rahmen gemeindenaher Projekte wie Seniorensport, Koronar-Sportgruppen, Raucherentwöhnungsgruppe, Rückengruppe einschl. Gesundheitsberatung u. a. diätetischer Beratung und Schulung</p>	<p>Verbindliche Selbstauskunft mit Darstellung eigener oder vermittelter Projekte (z.B. Herzsportgruppe, Raucherentwöhnung, DMP-Schulungen, EBM-Risikostratifizierung mittels Beratungstools, Ernährungsberatung, Diabetikerschulungen),</p>		
<p><b>6</b> <b>„Vorsorge“</b></p>	<p>Maßnahmen der Vorsorge- und Früherkennung, davon Impfwesen und Impfberatung,  Prävention von Gesundheitsstörungen, Einleitung und Durchführung rehabilitativer Maßnahmen</p>	<p>Impfungen EBM 89100 – 89600 (GOÄ 375-378)  Gesundheitscheck EBM 01732 (HZV 01732, GOÄ 29)  Hautkrebsscreening EBM 01745, 01746 (HZV 01745)  Sonstige, z.B. Sporttauglichkeitsuntersuchungen Verkehrsmedizinische Begutachtung Verordnung von Funktionstraining/ Rehasport Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen</p>	<p>30  30  10</p>	
<p><b>7</b> <b>„Sucht“</b></p>	<p>Erkennung von Suchtkrankheiten und Einleitung von spezifischen Maßnahmen einschl. Gewalt- und Suchtprävention</p>	<p>Verbindliche Selbstauskunft zur Anzahl der Suchterkrankungen, z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Essstörungen</li> <li>• Alkoholabhängigkeit</li> <li>• Tabakabhängigkeit</li> </ul>		
<p><b>8</b> <b>„Orthopädie“</b></p>	<p>Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates unter besonderer Berücksichtigung funktioneller Störungen einschl. Indikationsstellung und Überwachung physikalischer Therapiemaßnahmen</p>	<p>Verbindliche Selbstauskunft</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Welche orthopädischen Krankheitsbilder behandeln Sie? z. B. HWS- BWS- LWS-Syndrom</li> </ul>		
<p><b>9</b> <b>„Notfallmedizin“</b></p>	<p>Medizinische Notfallsituationen sowie Erkennung und Behandlung akuter Notfälle wie Synkopen, paroxysmale Tachykardien, akute Dyspnoen, einschließlich der Behandlungsfälle im Rahmen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes, davon  - lebensrettende Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen und Wiederbelebung</p>	<p>Verbindliche Selbstauskunft</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jährliche Notfallschulungen des Teams</li> <li>• Notfallplan,</li> <li>• Teilnahme am Bereitschaftsdienst der KV,</li> <li>• 2-tägiger Einsatz des WB-Assistenten auf dem NEF</li> </ul>		



<p><b>10</b> <b>„Chirurgie“</b></p>	<p>Für die hausärztliche Versorgung erforderliche Techniken der Wundversorgung und der Wundbehandlung, der Inzision, Exzision, Exstirpation und Probeexzision auch unter Anwendung der Lokal- und peripheren Leitungsanästhesie</p>	<p>EBM 02300-02302 (HZV 02300-02302, GOÄ 2000-2005)</p> <p>zusätzlich: Behandlung chronischer und sek. verheilender Wunden EBM 02310 (GOÄ 2006)</p> <p><b>Hinweis:</b> Wenn Sie keine oder nur sehr wenig Wundversorgung in der Praxis durchführen, können Sie alternativ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• einen schriftlichen Kooperationsvertrag über eine 4-wöchige Hospitation in einer chirurgischen Praxis vorlegen. Eine Weiterbildungsbefugnis muss vorliegen. Der Assistent ist für diesen Zeitraum freizustellen.</li> </ul> <p><b>oder</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• eine verbindliche Zusage darüber abgeben, dass Sie den Assistenten auf Ihre Kosten an einem 12-stündigen Kurs „Chirurgie“ teilnehmen lassen und für die Absolvierung eines 20-stündigen Praktikums in einer chirurgischen Praxis freistellen</li> </ul>	<p>20</p>	
---	---	--	-----------	--

Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers \_\_\_\_\_ Stempel

## Verbindliche Selbstauskünfte

### Selbstauskunft Modul 5 „Gesundh.-Förderung“

Verbindliche Selbstauskunft mit Darstellung eigener oder vermittelter Projekte (z.B. Herzsportgruppe, Raucherentwöhnung, DMP-Schulungen, EBM-Risikostratifizierung mittels Beratungstools, Ernährungsberatung, Diabetikerschulungen)

---

---

---

---

---

### Selbstauskunft Modul 7 „Sucht“

Selbstauskunft zur Anzahl der Suchterkrankungen (z.B. Essstörungen, Alkoholabhängigkeit, Tabakabhängigkeit)

---

---

---

---

---

### Selbstauskunft Modul 8 „Orthopädie“

Welche orthopädischen Krankheitsbilder behandeln Sie? (z.B. HWS- BWS- LWS- Syndrom)

---

---

---

---

---

**Selbstauskunft Modul 9 „Notfallmedizin“**

Jährliche Notfallschulung des Teams, Notfallplan, 2-tägiger Einsatz des WB-Assistenten auf dem NEF, Teilnahme am Bereitschaftsdienst der KV,

---

---

---

---

---

---

---

**Modul 2**

ja, ich versichere, dass die Assistentin /der Assistent auf meine Kosten an einem 12-stündigen Kurs „Kinder- und Jugendmedizin“ teilnimmt und für ein 20-stündiges Praktikum in einer kinder- und jugendmedizinischen Praxis freigestellt wird.

**Modul 10**

ja, ich versichere, dass die Assistentin /der Assistent auf meine Kosten an einem 12-stündigen Kurs „Chirurgie“ teilnimmt und für ein 20-stündiges Praktikum in einer chirurgischen Praxis freigestellt wird.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers

\_\_\_\_\_  
Stempel

**Kriterien  
für die Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis  
für den „Facharzt für Allgemeinmedizin“  
- bezogen auf die ambulante hausärztliche Versorgung -**

---

Der Vorstand der Ärztekammer Hamburg hat die nachstehenden Kriterien für die Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis für den o.g. Facharzt beschlossen:

Die WBO sieht für den „Facharzt für Allgemeinmedizin“ (Abschnitt B, Nr. 1) eine 3-jährige Weiterbildung in der stationären Basisweiterbildung sowie eine 2-jährige Weiterbildung in der ambulanten hausärztlichen Versorgung vor.

Gemäß WBO ist die Voraussetzung für die Zulassung zur Facharztprüfung der Nachweis der Mindestanforderungen nach Richtzahlen für die einzelnen Module, die auch im Logbuch „Allgemeinmedizin“ zu dokumentieren sind. Dieses Logbuch ist seit 2007 verpflichtend.

Bezogen auf die Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis in der ambulanten hausärztlichen Versorgung wurden die nachstehenden Befugnis-kriterien erarbeitet. Grundlage sind die in der WBO genannten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Richtzahlen / Richtzahl-Komplexen (im Folgenden kurz: Module 1-10 genannt). Der Umfang der zu erteilenden Befugnis richtet sich nach der Anzahl der nachgewiesenen Module:

WBB-Umfang	Anzahl der insgesamt nachzuweisenden Module	Anzahl der Module, die minimal durch den Antragsteller nachzuweisen sind
<b>24 Monate</b>	<b>10</b>	<b>8</b>
<b>18 Monate</b>	<b>9</b>	<b>7</b>
<b>12 Monate</b>	<b>7</b>	<b>5</b>

Die Module Kinder- und Jugendmedizin und Chirurgie können durch eine 4-wöchige Hospitation bei einem zur Weiterbildung befugten Kooperationspartner nachgewiesen werden oder durch die verbindliche Zusage, dass die Inhalte durch Kursweiterbildung und ein jeweils 20-stündiges Praktikum in einer kinder- und jugendmedizinischen resp. chirurgischen Praxis vermittelt werden.

Als Nachweis des Leistungs- /Behandlungsspektrums ist dem Antrag eine Gebührennummernstatistik (LAN) der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg über ein Quartal beizulegen. In der Gebührennummernstatistik sind die EBM Ziffern zu den Modulen 1, 2, 3, 4, 6, 10 zu kennzeichnen (ggf. HzV-Ziffernkranz, GOÄ-Abrechnungsziffern).

Für die Erteilung einer 24-monatigen Weiterbildungsbefugnis ist darüber hinaus das Vorhandensein der nachstehenden Geräte erforderlich.

**EKG** und **Spirometrie** sowie zusätzlich eines der folgenden Geräte:

- **Langzeit-RR**
- **Doppler Extremitätenarterien (unidirektional-, „Taschendoppler“)**
- **Sonographie**
- **Ergometrie**
- **Langzeit-EKG**

Darüber hinaus gelten für die Beurteilung eines Antrags auf Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis die nachstehenden allgemeinen Befugnis-kriterien.

- Gemäß § 5 – Befugnis – Abs. 2 WBO muss die/der Antragsteller(in) eine mehrjährige Tätigkeit nach Abschluss der entsprechenden Weiterbildung nachweisen.
- Die Praxis muss ausreichende räumliche Voraussetzungen für die Tätigkeit einer/eines Assistentin/-ten bieten. Die Praxis sollte eine Größe von **65 m<sup>2</sup>** nicht unterschreiten.
- Die apparative und personelle Ausstattung der Praxis muss geeignete Voraussetzungen für die Weiterbildung einer/eines Assistentin/-ten bieten. Hierfür erscheint es notwendig, dass **pro Quartal eine Anzahl von mindestens 600 (GKV und PKV) Patienten** behandelt wird.

\*\*\*

#### **Grundsätze zum Beantragungsverfahren:**

Anträge auf Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis sind an die Ärztekammer Hamburg zu richten. Der Antragsprüfung liegt das entsprechende Antragsformular nebst Anlagen zugrunde.

Der Weiterbildungsausschuss befasst sich mit Anträgen auf Erteilung einer Befugnis und erarbeitet eine Beschlussempfehlung für den Vorstand der Ärztekammer Hamburg. (Im Falle einer positiven Empfehlung des Weiterbildungsausschusses, beschließt der Vorstand über die Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis). Dieses Verfahren nimmt erfahrungsgemäß eine Zeit von 8 - 10 Wochen in Anspruch. Die Befugnis wird jedoch grundsätzlich rückwirkend mit dem Datum der Antragstellung erteilt.

Weiterbildungsbefugnisse werden gemäß § 5 Abs. 2 WBO grundsätzlich zeitlich befristet erteilt. Sie können jederzeit von der Ärztekammer überprüft werden. Entsprechend einem Grundsatzbeschluss des Vorstandes der Ärztekammer erfolgt eine Überprüfung nach einem resp. fünf und zehn Jahren.

Ändern sich in den Fällen des § 5 Abs. 4 WBO die für die Erteilung der Weiterbildungsbefugnis maßgebend gewesenen Voraussetzungen, so ist der zeitliche Umfang der Weiterbildungsbefugnis den geänderten Verhältnissen anzupassen. **Der befugte Arzt ist verpflichtet, der Ärztekammer Änderungen in der Struktur und Größe der Weiterbildungsstätte unverzüglich mitzuteilen.**

#### **HINWEIS:**

Gemäß der Gebührenordnung der Ärztekammer Hamburg vom 23.09.1991 i.d.F. der Änderungssatzung vom 31.08.2015 gilt entsprechend Ziffer 2.8 der Anlage zu § 1 - Gebührenverzeichnis -, dass für die Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis die nachstehenden Gebühren zu entrichten sind:

Antrag auf Weiterbildungsbefugnis	Gebühr
je Arzt und Antrag / Anhebungsantrag	100,00 Euro
Begehung zusätzlich	100,00 Euro
Neuerteilung bei Wechsel der Weiterbildungsstätte je Antrag	35,00 Euro

WB-Abteilung, Beschluss vom 24.04.2017