

## Übermittlung von Daten über ein erteiltes Fortbildungszertifikat durch die Ärztekammer Berlin an die Kassenärztliche Vereinigung Berlin

### Möglichkeit zum Widerspruch

Folgende Ärztinnen und Ärzte haben gemäß § 95d Sozialgesetzbuch Fünf (SGB V) die Pflicht, sich beruflich fortzubilden und die Durchführung der Fortbildung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) nachzuweisen:

- Vertragsärztinnen und Vertragsärzte,
- ermächtigte Ärztinnen und Ärzte,
- angestellte Ärztinnen und Ärzte eines medizinischen Versorgungszentrums,
- angestellte Ärztinnen und Ärzte einer Vertragsärztin oder eines Vertragsarztes,
- angestellte Ärztinnen und Ärzte einer Einrichtung nach § 105 Absatz 5 oder nach § 119b SGB V.

Die Nachweisführung der Fortbildungsverpflichtung erfolgt i.d.R. persönlich gegenüber der KV durch die Vorlage eines Fortbildungszertifikates der Ärztekammer.

Die Ärztekammer Berlin wird diese Nachweisführung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin ab dem 1. Januar 2022 für Sie als Kammermitglied übernehmen. Im Zuge dessen bestätigen wir der KV Berlin, dass Sie Anspruch auf ein Fortbildungszertifikat haben. Dabei übermitteln wir auf gesichertem elektronischem Wege ausschließlich die folgenden Daten an die KV Berlin: Vorgangsbezogene Referenznummer, Vorname, Rufname, Name, Geburtsdatum, bestehende Mitgliedschaft bei der Ärztekammer Berlin, Zertifikatsdaten, z. B. Erstellungsdatum, Fortbildungszeitraum.

Rechtsgrundlage dafür ist Artikel 6 Absatz 1 Unterabsatz 1 Buchstabe c und e Datenschutzgrundverordnung i. V. m. § 5 Absatz 7 Berliner Heilberufekammergesetz und § 95d SGB V.

Sofern Sie mit dem Vorgehen nicht einverstanden sind und die Nachweisführung gegenüber der KV Berlin wie bisher persönlich vornehmen möchten, können Sie der Datenübermittlung jederzeit widersprechen. Für Ihren Widerspruch verwenden Sie bitte dieses Formular. Bitte füllen Sie es in Druckbuchstaben aus, unterschreiben Sie es und senden es an die angegebene Kontaktadresse.

Widerspruch bitte an: Ärztekammer Berlin  
Abteilung Fortbildung / Qualitätssicherung  
Friedrichstraße 16  
10969 Berlin  
Telefax: +49 30 408 06 - 55 12 99

Hiermit widerspreche ich,

---

Vorname, Nachname

Geburtsdatum, Geburtsort

der Übermittlung meiner Daten aus meinem Fortbildungszertifikat durch die Ärztekammer Berlin an die Kassenärztliche Vereinigung Berlin zum Zweck des Nachweises meiner gesetzlichen Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V.

Mir ist bewusst, dass ich den Nachweis meiner Fortbildungsverpflichtung persönlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin erbringen muss.

---

Ort, Datum

Unterschrift