Reset

Ärztekammer Nordrhein

Antrag für Präsenz-Fortbildung Kat. A, B, C, G, H
Antrag

Anerkennungsstelle Stand: Januar 2026

Alle Antragsunterlagen mit Unterschrift und Stempel per E-Mail-Anhang an: anerkennung@aekno.de
(Bitte elektronisch ausfüllen!)
Die vollständigen Unterlagen sind mindestens 4 Wochen vor der Veranstaltung einzureichen.

Anerkennung der Fortbildung nach § 5 Abs. 4 Rettungsgesetz NRW erwünscht ☐ **Ja** ☐ **Nein**

Titel:

Datum: von **bis** **Zeit:** **bis**

PLZ: **Ort:** **Straße, Nr.:**

Sonstige Angaben zum Veranstaltungsort:

Referierende: 1. 2.
3. 4.
5. 6.

Fachgebiete: 1. 2. 3.
Bitte ordnen Sie das Thema einem Hauptgebiet und bis zu zwei Nebengebieten zu.

Anzahl Tage: **Fortbildungseinheiten insgesamt:** à 45 Minuten

Teilnahmegebühr: **Euro** **Erwartete Teilnehmerzahl:**

Wissenschaftliche Leitung:

☐ **m** ☐ **w** ☐ **d** **Name:** **Vorname:** **Titel:**

Berufliche Anschrift:

PLZ: **Ort:** **Straße, Nr.:**

Tel.: **Fax:** **E-Mail:**

Anbieterin/Anbieter: **- wie wissenschaftliche Leitung:** ☐ **Ja** ☐ **Nein**

Institution: **Kontaktperson:**

PLZ: **Ort:** **Straße, Nr.:**

Tel.: **Fax:** **E-Mail:**

Ggf. Organisatorin/Organisator (Kongressfirma o. Ä.): **Bitte Erklärung auf der letzter Seite beachten!**

Institution: **Kontaktperson:**

PLZ: **Ort:** **Straße, Nr.:**

Tel.: **Fax:** **E-Mail:**

Veranstaltung wird gesponsert von:

Sponsoring erfolgt in Form von:

Sponsoring erfolgt in Höhe von: **Euro** **Anteil an Gesamtkosten:** **%**

Liegt bereits die Anerkennung/Ablehnung einer anderen Ärztekammer vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein**

Wenn **ja**, bei welcher:

☐ Ich habe die Informationen zum **Datenschutz** unter www.aekno.de/fortbildung/anbieter zur Kenntnis genommen. Hiermit
☐ bestätige ich, dass meine Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Gebühren

Gebühren für die Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen werden entsprechend Gebührenordnung der Ärztekammer Nordrhein in der jeweils gültigen Fassung erhoben.

Datum, Unterschrift und Stempel der Anbieterin/des Anbieters

Verantwortlichkeit der wissenschaftlichen Kursleitung

Die Anerkennung einer Fortbildungsmaßnahme setzt voraus, dass die Fortbildungsinhalte den Zielen der Fortbildungsordnung für die nordrheinischen Ärztinnen und Ärzte in der jeweils gültigen Fassung entsprechen, die Vorgaben der Berufsordnung für die nordrheinischen Ärztinnen und Ärzte eingehalten werden, die Inhalte frei von wirtschaftlichen Interessen sind und Interessenkonflikte der Anbieterin/des Anbieters und der Referierenden offengelegt werden. Diese Regelungen und die "Empfehlungen zur ärztlichen Fortbildung" der Bundesärztekammer sind bei Planung und Durchführung zu beachten und werden von mir eingehalten; entsprechende Erklärungen der Anbieterin/des Anbieters und der wissenschaftlichen Leitung sind diesem Antrag angefügt.

Ich verantworte den Inhalt der Fortbildungsmaßnahme und stelle sicher, dass das der Ärztekammer Nordrhein vorgelegte Programm eingehalten wird. Die Referierenden, die Fortbildungsinhalte und der Gestaltungsrahmen werden so ausgewählt, dass sie dem Zweck qualitativ hochwertiger, interessenunabhängiger neutraler ärztlicher Fortbildung dienen. Ich stelle insbesondere sicher, dass von Seiten etwaiger Sponsorinnen/Sponsoren kein produkt- bzw. firmenbezogener Einfluss auf die Lehrinhalte genommen wird.

Bei Physischen und Virtuellen Präsenzveranstaltungen bin ich während der gesamten Fortbildungsmaßnahme persönlich anwesend. Eine Verhinderung zeige ich der Ärztekammer Nordrhein unverzüglich an und teile mit, wer die wissenschaftliche Leitung stellvertretend übernimmt.

Am Ende der vollständig absolvierten Fortbildungsmaßnahme erhalten die Teilnehmenden von mir eine unterzeichnete Teilnahmebescheinigung gemäß Mustervorlage der Ärztekammer Nordrhein.

Hiermit bestätige ich als für den wissenschaftlichen Inhalt verantwortliche wissenschaftliche Leitung, bei erkennbaren Verstößen gegen die genannten Normen tätig zu werden (z. B. durch korrigierenden Hinweis an den Verursacher, Referierende, der Anbieterin/des Anbieters; ggf. Information an die zuständige Ärztekammer oder auch - im Vorfeld - Rücknahme des Antrags).

Interessenkonflikte werde ich gegenüber den Teilnehmenden offenlegen. Angaben zu potentiellen Interessenkonflikten sind diesem Antrag angefügt.

Datum, Unterschrift und Stempel der wissenschaftlichen Leitung

Ggf. Organisatorin/Organisator (Kongressfirma o. Ä.)

Erklärung Organisatorin/Organisator

Die Organisatorin/der Organisator beantragt die Fortbildungsmaßnahme für die Anbieterin/den Anbieter. Hiermit wird bestätigt, dass die Organisatorin/der Organisator in Vollmacht für die Anbieterin/den Anbieter handelt und seine Angaben wahrheitsgemäß und richtig sind. Anerkennungs- und Gebührenbescheid werden an die Organisatorin/den Organisator gesandt.

Datum, Unterschrift und Stempel der Anbieterin/des Anbieters

Datum, Unterschrift und Stempel der Organisatorin/des Organisators

Bitte stufen Sie Ihre Fortbildung in eine der folgenden Kategorien ein

☐ **Kategorie A - Vortragsveranstaltung, auch Virtuelle Präsenz mit Diskussion**
hierzu gehören auch Fortbildungsmaßnahmen in Kliniken und interdisziplinäre Kolloquien:
1 Punkt pro 45-minütiger Fortbildungseinheit

☐ **1 Zusatzpunkt bei dokumentierter Lernerfolgskontrolle pro Fortbildungsmaßnahme***

☐ **Kategorie B - Mehrtägige Kongresse**
welche nicht von anderen Kategorien erfasst werden mit zeitlich parallelen Einzelveranstaltungen
3 Punkte pro ½ Tag (mind. 4 Stunden Anwesenheit) bzw. 6 Punkte pro Tag (mind. 8 Stunden Anwesenheit)

☐ **Kategorie C - Fortbildung in Kleingruppen (max. 25 Personen)**
mit konzeptionell vorgesehener Beteiligung der einzelnen Teilnehmenden
(z. B. praktische Übung, Workshop, Qualitätszirkel, Fallkonferenz, Balintgruppe, Supervision, Literaturkonferenz, Peer Review)
Bitte Art und Umfang der konzeptionell vorgesehenen Beteiligung darlegen und im Programm kennzeichnen
1 Punkt pro 45-minütiger Fortbildungseinheit
1 Zusatzpunkt pro Maßnahme für bis zu 5 Fortbildungseinheiten/höchstens 2 Zusatzpunkte pro Tag

☐ **1 weiterer Zusatzpunkt bei dokumentierter Lernerfolgskontrolle pro Fortbildungsmaßnahme***

* Zur Beantragung des Zusatzpunktes bei Lernerfolgskontrolle senden Sie uns bitte den Nachweis zu.
Es sollten mindestens 10 Fragen nach dem Multiple-Choice-Verfahren gestellt werden.
Pro Frage sollten 5 Antwortmöglichkeiten vorgegeben sein, von denen nur eine richtig ist.

☐ **Kategorie G - Hospitationen (Gruppenhospitationen im Rahmen einer Fortbildung)**
1 Punkt pro Stunde, höchstens 8 Punkte pro Tag

☐ **Kategorie H - Curricular vermittelte Inhalte**
z. B. Curricula der Bundesärztekammer (BÄK-Curricula), Weiterbildungskurse gem. (Muster-)Kursbüchern der Bundesärztekammer, Inhalte von Weiterbildungskursen, die nach der Weiterbildungsordnung für eine Weiterbildungsbezeichnung vorgeschrieben sind
1 Punkt pro 45-minütiger Fortbildungseinheit

Diese Unterlagen werden dem Antrag beigefügt:

☐ Antrag vollständig ausgefüllt (Bitte Unterschriften und Stempel nicht vergessen.)

☐ Erklärung zu finanzieller und nicht-finanzieller Interessen der wissenschaftlichen Leitung (angefügt)
(Diese Erklärung für Referierende/Autoren/Herausgebende etc. finden Sie auf der Homepage unter Einzeldateien)

☐ Konformitätserklärung der Anbieterin/des Anbieters (angefügt)

☐ Einladung, Flyer oder sonstigen Ankündigungsmaterialien, einschl. Anmeldung, Veranstaltungs-Links

☐ Programm (Zeitablauf, Themen, Referierende, Moderierende, Benennung der wissenschaftlichen Leitung

Erklärung zu finanziellen und nicht-finanziellen Interessen

für wissenschaftliche Leitung (Bei Antragstellung vorlegen)

und Referierende/Vorsitzende/Moderierende/Herausgebende/Autoren (Bitte Seite 2 beachten)

Titel der Fortbildung:

Datum / Ort der Fortbildung:

Name / Vorname:

Nach der Fortbildungsordnung der nordrheinischen Ärztinnen und Ärzte sowie den Grundsätzen der Neutralität, Transparenz und Unabhängigkeit nach den Empfehlungen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Fortbildung sind Interessenkonflikte offenzulegen.
Folgende Pflichtangaben werde ich zu Beginn meines Vortrages als Folie einfügen:
Bitte machen Sie Angaben zu insgesamt den letzten 5 Jahren und den nächsten 12 Monaten.

A. Erklärung zu finanziellen Interessen

I. Ich habe Forschungsförderung erhalten (persönlich oder zu meiner persönlichen Verfügung) unmittelbar finanziell oder in Form geldwerter Leistungen (Personal, Geräte usw.)

☐ **Nein**

☐ **Ja** von einer Sponsorin/Sponsor dieser Fortbildung ☐ von einer anderen Institution (Pharma- oder Medizintechnikfirma usw.)

II. Ich bin Referierender der o.g. Veranstaltung und habe als solcher in den letzten 5 Jahren ein Honorar oder geldwerte Vorteile, zum Beispiel eine Kostenerstattung (Reise- und / oder Übernachtungskosten) oder die Übernahme von Teilnehmergebühren als passiver Teilnehmer einer Veranstaltung erhalten oder werde dies in den kommenden 12 Monaten erhalten (hierzu zählt auch die Teilnahme an nicht für das Fortbildungszertifikat anerkannten Fortbildungen)

☐ **Nein**

☐ **Ja** von einer Sponsorin/Sponsor dieser Fortbildung ☐ von einer anderen Institution (Pharma- oder Medizintechnikfirma usw.)

III. Ich bin bezahlte(r) Beraterin / Berater / interner Schulungsreferierender / Gehaltsempfängerin / Gehaltsempfänger o. ä. gewesen.

☐ **Nein**

☐ **Ja** von einer Sponsorin/Sponsor dieser Fortbildung ☐ von einer anderen Institution (Pharma- oder Medizintechnikfirma usw.)

IV. Ich bzw. mein(e) Ehepartner(-in) / Partner(-in) / Kind(er) hält / halten ein Patent / Geschäftsanteile / Aktien o.ä.
(hierzu zählt auch, wenn ein(e) Ehepartner(-in) / Partner(-in) / Kind(er) / Mitarbeitende einer solchen Firma ist, ausgenommen sind fondgebundene Beteiligungen

1. an einer im Bereich der Medizin aktiven Firma, die aber nicht zu der Sponsorin / dem Sponsor dieser Fortbildung gehört bzw. deren Geschäftsinteressen nicht vom Thema dieser Fortbildung berührt werden.

☐ **Nein** ☐ **Ja**

2. an einer Firma, die zu den Sponsoren dieser Fortbildung gehört bzw. deren Geschäftsinteressen vom Thema dieser Fortbildung berührt wird

☐ **Nein** ☐ **Ja**

©ÄkNo

B. Weitere Erklärungen zu nicht-finanziellen Interessen

Name / Vorname:

Bitte machen Sie Angaben zu insgesamt den letzten 5 Jahren und den nächsten 12 Monaten:

- Organisation, für die Sie tätig sind
- Position in dieser Organisation
- Mitgliedschaft und Position in wissenschaftlichen Gesellschaften/Berufsverbänden und ggf. anderen, für diese Fortbildungsmaßnahme relevanten Vereinigungen

(ggf. Fortsetzung auf einem weiteren Blatt)

Ich werde die Erklärung zu nicht-finanziellen Interessen auf einer zusätzlichen Folie in meiner Präsentation darstellen (Pflicht)

Die Erklärungen zu finanziellen und nicht-finanziellen Interessen aller Beteiligten (Referierende/ Vorsitzende/Kursleitung/Moderierende/Herausgebende/Autoren) müssen der Anbieterin/dem Anbieter vollständig ausgefüllt zum Zeitpunkt der Antragstellung auf Anerkennung einer Fortbildungsmaßnahme für das Fortbildungszertifikat vorliegen und der Ärztekammer auf Verlangen vorgelegt werden.
Bei Antragstellung ist die Erklärung der wissenschaftlichen Leitung vorzulegen.

☐ Ich habe die Informationen zum Datenschutz unter https://www.aekno.de/fortbildung/anbieter zur Kenntnis genommen.

☐ Hiermit bestätige ich, dass meine Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Ort	*Datum*	*Unterschrift / Stempel*

©ÄkNo

Konformitätserklärung der Anbieterin, des Anbieters

Titel der Fortbildung:

Datum / Ort der Fortbildung:

Anbieterin / Anbieter:

I. Ich erkläre nach der Fortbildungsordnung der Ärztekammer Nordrhein, dass

- die Vorgaben der Berufsordnung und der Fortbildungsordnung der Ärztekammer Nordrhein einschließlich der Empfehlungen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Fortbildung bei der Fortbildungsmaßnahme beachtet werden,
- für die Fortbildungsmaßnahme i.S.v. § 5 Abs. 1.6., der Fortbildungsordnung eine Ärztin oder ein Arzt als wissenschaftliche Leitung eingesetzt wird, der oder die über die für die Fortbildungsmaßnahme notwendige fachliche und didaktische Qualifikation verfügt,
- die Wissenschaftliche Leitung das Programm der Fortbildungsmaßnahme inhaltlich und didaktisch gestaltet und die weiteren Mitwirkenden so auswählt, dass der Zweck neutraler, interessensunabhängiger ärztlicher Fortbildung erfüllt wird,
- die Fortbildungsmaßnahme i.S.v. § 5 Abs. 2 der Fortbildungsordnung arztöffentlich ist und zu diesem Zweck rechtzeitig öffentlich angekündigt wird,
- die Fortbildungsmaßnahme i.S.v. § 6.1. der Fortbildungsordnung voraussetzt, dass der Inhalt der Fortbildungsmaßnahme insgesamt oder einzelner Teile, durch die Sponsorin oder den Sponsor weder vorgegeben noch beeinflusst wird.

II. Ich erkläre zum Sponsoring von Fortbildungsmaßnahmen, dass

- die Offenlegung des Sponsorings gegenüber den Teilnehmenden erfolgt, getrennt von Inhalten der fachlichen Fortbildung:
  - bei Präsenzfortbildungen am Ende bzw. auf den letzten Seiten des Veranstaltungsprogramms
  - bei Fortbildungen in Printmedien am Ende des Beitrags
  - bei digitalen Fortbildungen erkennbar an geeigneter Stelle außerhalb des Lernprozesses
- die Offenlegung der Art und die finanzielle Höhe des Sponsorings nicht durch die Nennung von Sponsoringpaketen (z.B. Kategorisierung von Sponsoring) ersetzt oder verschleiert wird. Die Offenlegung darf nicht als Marketingmittel eingesetzt werden z.B. durch das besondere Anpreisen und Hervorheben eines Sponsors.
- Fortbildungsinhalte und Marketingaktivitäten voneinander getrennt sein müssen und es dürfen keine Vorteile versprochen oder gewährt werden, bei denen nach Art und Umfang der Anschein erweckt wird, dass sie die Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen beeinflussen.
- Thema, Gestaltung oder Inhalt der Fortbildung sowie die Ankündigung und Durchführung der Fortbildungsmaßnahme insgesamt oder einzelne Teile dürfen durch die Sponsorin oder den Sponsor weder vorgegeben noch beeinflusst werden. Eine Beeinflussung ist insbesondere gegeben, wenn durch die Art der Darstellung der Inhalte, ihrer Gewichtung oder Schwerpunktsetzung, Präparate, Wirkstoffe bzw. Wirkstoffgruppen, Medizinprodukte oder Produktgruppen, die von wirtschaftlichem Interesse für die Sponsorin oder den Sponsor sind, im Rahmen der Fortbildungsmaßnahme hervorgehoben werden.

©ÄkNo

- Art, Umfang und Verwendungszweck des Sponsorings, die Gesamtkosten der Fortbildungsmaßnahme und die Honorare für die Mitwirkenden unter Angabe der kalkulierten Teilnehmendenzahl gegenüber der Ärztekammer offengelegt und Verträge mit der Sponsorin oder dem Sponsor der Ärztekammer auf Verlangen vorgelegt werden,
- die Höhe des Sponsorings gegenüber den Teilnehmenden der Fortbildungsmaßnahme offengelegt werden. Die Offenlegung muss für die Teilnehmenden leicht zugänglich sein und so rechtzeitig erfolgen, dass sie inhaltlich vollständig erfasst werden kann.
- Sponsoringleistungen ausschließlich für die Durchführung des wissenschaftlichen Programms verwendet werden dürfen, die dafür notwendigen Kosten nicht überscheiten und ihr Umfang muss angemessen sein,
- die Gegenleistung für das Sponsoring ausschließlich in der Nennung als Sponsorin oder Sponsor besteht, der Möglichkeit zur Einrichtung eines Informationsstandes oder der Verteilung von Informations- und Werbematerial jeweils getrennt von der fachlichen Fortbildung.

III. Ich erkläre zudem Folgendes, dass

- die Anbieterin oder der Anbieter, die Wissenschaftliche Leitung und die weiteren Mitwirkenden ihre Interessenskonflikte gegenüber der Ärztekammer und gegenüber den Teilnehmenden in geeigneter und nachvollziehbarer Weise offenlegen. Die Teilnehmenden müssen die Interessenskonflikte vor Beginn der Fortbildungsmaßnahme verständlich offenlegen.
- die Fortbildungsmaßnahme durch die Teilnehmenden hinsichtlich gemäß der Fortbildungsordnung definierten Anforderungen in geeigneter Weise evaluiert wird (und die Mitwirkenden über das Ergebnis der Evaluation zu informieren).
- den Teilnehmenden nach Beendigung der Fortbildungsmaßnahme eine Teilnahmebescheinigung mit folgenden Angaben: Anbieterin bzw. Anbieter, Name und Vorname des Teilnehmenden, Geburtsdatum, Thema, Veranstaltungsnummer (VNR) und Datum der Fortbildungsmaßnahme, physischer bzw. virtueller Ort der Fortbildungsmaßnahme, Wissenschaftlicher Leiter, anerkennende Ärztekammer, Anzahl der Fortbildungspunkte und Kategorie übermittelt wird, sowie
- innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der Fortbildungsmaßnahme die zur Dokumentation der Teilnahme erforderlichen Daten der Ärztinnen und Ärzte mittels des von der Bundesärztekammer bereitgestellten elektronischen Verfahrens (EIV) an die Ärztekammer zu übermittelt wird.

IV. Ich versichere, bei der Ankündigung und Durchführung, der Fortbildungsmaßnahme für alle Beteiligten klar als Verantwortliche oder als Verantwortlicher erkennbar zu sein; dies gilt auch, wenn die Anbieterin oder der Anbieter eine Organisation oder einen Organisator mit der Durchführung der Fortbildungsmaßnahme beauftragt wird.

Zudem versichere ich, dass auf Verlangen der Ärztekammer eine oder mehrere von ihr benannten Personen, die unentgeltliche Teilnahme an der Fortbildungsmaßnahme zu ermöglichen.

☐ Ich habe die Informationen zum **Datenschutz** unter www.aekno.de/fortbildung/anbieter zur Kenntnis genommen.

☐ Hiermit bestätige ich, dass meine Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Ort	*Datum*	*Unterschrift / Stempel Anbieterin/Anbieter/Organisatorin/Organisator*

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass die oben gemachten Angaben zutreffend sind.

Ort	*Datum*	*Unterschrift / Stempel wissenschaftliche Leitung*

©ÄkNo

Drucken