Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Sicherstellung
Elsenheimerstr. 39
80687 München

Bitte den Antrag **nur einmal** einreichen
E-Mail: al-foerderung@kvb.de
Fax: 089 57093 554947

Eintragungsnummer

KVB: .....

BzSt: .....

Antrag

auf **Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung** in Praxen niedergelassener Vertragsärzte (nach § 75a SGB V i. V. m. der „Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V“)

1. Allgemeine Angaben

Antragsteller (Weiterbildender Vertragsarzt; bei angestelltem Weiterbilder ist dies der Arbeitgeber, bei einem im MVZ tätigen Weiterbilder der MVZ-Vertretungsberechtigte, bei einem bei einer BAG angestellten Weiterbilder der BAG-Vertretungsberechtigte)

LANR: |__|__|__|__|__|__|__|__|__| **Titel** _____

Name _____ **Vorname** _____

Facharztbezeichnung _____

_____
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der **Hauptbetriebsstätte**

_____
E-Mail-Adresse Telefonnummer

☐ Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Vertragsarzt

☐ Ich bin Vertretungsberechtigter der BAG _____
(Name der BAG)

☐ Ich bin Vertretungsberechtigter des MVZ _____
(Name des MVZ)

Die Weiterbildung erfolgt im

☐ hausärztlichen Bereich ☐ fachärztlichen Bereich ☐ Rahmen eines Weiterbildungsverbundes bzw. ähnlichen Modells.

Name des Verbundes (bitte Kopie des Kooperationsvertrags beilegen):

_____

Füllt die KVB aus	Assistentengenehmigung(en) für die Zeit vom/ bis mit xx Wochenstunden und in %:	
	Von BLÄK zurückerhalten am:	Sachbearbeiter:

2. Beantragung

Beantragt wird die Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung für Assistenten gemäß § 75a SGB V und §§ 2, 5 der „Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V“ i. V. m. § 3 Abs. 1, 2, 5 und § 4 Abs. 1 der Anlage I zu dieser Vereinbarung, in Kraft getreten am 01.07.2016, in der Fassung vom 23.09.2024.

Weiterbildungsassistent:

ggf. LANR: I__I__I__I__I__I__I__I__I__I Titel _____

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Telefonnr. _____

Wohnort _____
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

_____
E-Mail-Adresse (Bitte ausfüllen, da die Daten für Evaluationszwecke bei der BLÄK benötigt werden)

Die Weiterbildung erfolgt bei folgendem Weiterbilder in der Praxis:

☐ dem Antragsteller persönlich *und/oder*

☐ Herrn/ Frau LANR: I__I__I__I__I__I__I__I__I__I Titel _____

Name _____ Vorname _____

☐ Ich bzw. der Weiterbilder verfüge/ verfügt über eine Weiterbildungsbefugnis nach der Weiterbildungsordnung vom 24.04.2004 (**WBO 2004**) und/ oder der **Weiterbildungsordnung vom 16.10.2021 (WBO 2021)**. Ein entsprechender Nachweis ist dem Antrag beigefügt.

3. Fachliche Voraussetzungen des Weiterbildungsassistenten

☐	**Approbation**	Datum: I__I__I__I__I__I__I Ausstellende Behörde: _____ _____
☐	**Promotion**	Datum: I__I__I__I__I__I__I Ausstellende Behörde: _____ _____
☐	**ggf. bereits vorhandene Facharztanerkennung** (bei Quereinstieg erforderlich)	Besitz der Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung _____ _____ Datum: I__I__I__I__I__I__I Ausstellende Behörde: _____ _____

☐	**Zeugnisse**	Sämtliche Zeugnisse über ärztliche Tätigkeiten ab Erlaubnis zur Ausübung des ärztlichen Berufes Den **Zeugnissen muss unbedingt zu entnehmen sein**, ob die Beschäftigung Vollzeit oder Teilzeit erfolgte.

Ich (Antragsteller und ggf. der beim Antragsteller tätige weiterbildende Arzt) bestätige, dass ich den Inhalt des Antrags sowie des beigefügten Anhangs mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an. Die im Anhang aufgeführten Erläuterungen sind Bestandteil dieses Antrags.

Bitte denken Sie daran, alle mit gekennzeichneten Nachweise dem Antrag beizulegen.

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt / BAG-Vertretungsberechtigter / MVZ-Vertretungsberechtigter

Bei Antragstellung für einen beim Antragsteller tätigen Weiterbilder zusätzlich:

Ort, Datum

Unterschrift beim Antragsteller tätiger Weiterbilder

Stempel Antragsteller

Checkliste	**Liegt der KVB bereits vor**	**Sind dem Antrag beigefügt**
1) Gültige Weiterbildungsbefugnis, die mit der jeweiligen Weiterbildungsordnung, nach der Ihr Assistent seine Weiterbildung absolviert, übereinstimmen muss.	☐	☐
2) Approbationsurkunde	☐	☐
3) Promotionsurkunde	☐	☐
4) Bei Quereinstieg: ggf. bereits vorhandene Facharztanerkennung	☐	☐
5) Ausgefüllte Anlagen A - E	☐	☐
6) Ausgefülltes Formblatt: Aufstellung der ärztlichen Tätigkeiten in chronologischer Reihenfolge (Seiten 4 und 5)	☐	☐

Diese Seite ist vom Weiterbildungsassistenten auszufüllen:
Bitte achten Sie auf eine sorgfältige und korrekte Darstellung, da Ihre Angaben als Grundlage zur Überprüfung der bisherigen Weiterbildungszeiten dienen.

Der zur Förderung beantragte Weiterbildungsabschnitt zum FA für Allgemeinmedizin erfolgt gemäß:

☐ WBO v. 24.04.2004, in der Fassung der Beschlüsse v. 17.10.2010 (und nachfolgende Fassungen)
☐ WBO v. 24.04.2004, in der Fassung der Beschlüsse v. 28.10.2018, gültig ab 01.05.2019 (und nachfolgende Fassungen)
☐ WBO v. 16.10.2021 (Neufassung), in Kraft getreten am 01.08.2022
☐ Quereinstieg gemäß WBO v. 24.04.2004 in der Fassung der Beschlüsse v. 14.10.2012 (und nachfolgende Fassungen)
☐ Quereinstieg gemäß WBO v. 24.04.2004 in der Fassung der Beschlüsse v. 28.10.2018, gültig ab 01.05.2019 (und nachfolgende Fassungen)
☐ Quereinstieg gemäß WBO 2021 v. 16.10.2021, in Kraft getreten am 01.08.2022

Bitte tragen Sie hier **alle bisherigen ärztlichen Tätigkeiten** in chronologischer Reihenfolge ein:

Nr.	von (tt.MM.jjjj)	bis (tt.MM.jjjj)	Tätigkeitsanschrift	Name des Weiterbilders	Art der Tätigkeit (z. B. AiP, Assistenzarzt)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
8					

Dieser Teil wird durch die Bayerische Landesärztekammer (BLÄK) ausgefüllt:

Weiterbildungs-befugnis	Zeit in Monaten	Zeugnis Nr.	hiervon anrechnungsfähig als Vollzeit-WB* im Gebiet:		
			WB-Abschnitte im Gebiet:	Anerkannt werden in Monaten	Sa:
			Allgemein-medizin		
			Innere Medizin		
			Chirurgie		
			Kinderheil-kunde		
			Sonstige		

Summe:

Dieser Teil des Formblattes ist vom Antragsteller auszufüllen:

Der Weiterbildungsabschnitt erfolgt in: ☐ Vollzeit

☐ Teilzeit (bitte Beschäftigungsumfang angeben):

_____ Wochenstunden, dies entspricht _____ Prozent einer Vollzeittätigkeit.

Es handelt sich um einen ☐ neuen Weiterbildungsabschnitt

☐ Verlängerungszeitraum (Verlängerung einer bereits bewilligten Förderung)

Auszufüllen von BLÄK

von (tt.MM.jjjj)	bis (tt.MM.jjjj)	Tätigkeitsanschrift	Name des Weiterbilders	Art der Tätigkeit (z. B. AiP, Assistenzarzt)	Weiterbildungsbefugnis	Zeit in Monaten

Stellungnahme der BLÄK:

Die Weiterbildung wird als Vollzeitweiterbildung anerkannt:

☐ ja ☐ nein, nur Anerkennung einer Teilzeitweiterbildung mit _____ Wochenstunden.

Genehmigung zur Teilzeitweiterbildung

☐ liegt vor seit: _____

☐ liegt nicht vor

Geprüft durch:

_____

am: _____

Weiterleitung an KVB - Si

am: _____

Anzahl der Monate, mit denen die beantragte Tätigkeit auf der Grundlage der vorliegenden Unterlagen auf die Mindestweiterbildungszeit im Gebiet Allgemeinmedizin anrechnungsfähig wäre, sofern sie nach Ableistung gemäß den Bestimmungen der WBO belegt wird:	

ggf. Bemerkung der BLÄK:

Förderantrag – Anhang –

Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen

1. Erforderliche Angaben
Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung Ihres Antrags führen können.

2. Richtiger Antragsteller
Sofern die Weiterbildung in einem MVZ absolviert wird, ist der Antragsteller der MVZ-Vertretungsberechtigte. Dies trifft sowohl bei zugelassenen als auch bei angestellten Weiterbildern im MVZ zu. Der weiterbildende Arzt, für den die fachlichen Nachweise vorzulegen sind, hat den Antrag mitzuunterzeichnen. Den Förderbescheid erteilen wir dem MVZ.

3. Gültige Weiterbildungsbefugnis
Bitte beachten Sie, dass Ihre Weiterbildungsbefugnis **mit der jeweiligen Weiterbildungsordnung (WBO)**, nach der Ihr Assistent seine Weiterbildung absolviert, **übereinstimmen muss**. Ohne gültige Befugnis kann es sein, dass die bei Ihnen abgeleisteten Weiterbildungszeiten seitens der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK) nicht anerkannt werden. Hinsichtlich Ihres Antrages auf Förderung der Weiterbildung kann dies dazu führen, dass Sie keine Förderung erhalten bzw. diese zurückzahlen müssen, da diese wiederum zwingend an die Anrechenbarkeit der Weiterbildungszeiten gebunden ist.

4. Weiterbildung in Teilzeit/ Dauer der Förderung
Teilzeitbeschäftigungen mit mindestens der Hälfte der regelmäßigen Arbeitszeit sind förderfähig. Ebenso Teilzeitbeschäftigungen mit einem Beschäftigungsumfang von **mindestens zwölf** Wochenstunden, sofern die jeweils geltende Weiterbildungsordnung dies anerkennt.

Die Förderdauer des Weiterbildungsverhältnisses muss **mindestens drei zusammenhängende Monate bei einer Vollzeitbeschäftigung (= 100 %)** des Arztes in Weiterbildung betragen. Bei Teilzeittätigkeit erfolgt eine entsprechende Umrechnung auf den jeweiligen Tätigkeitsumfang.
Bsp.: Weiterbildung in der Praxis mit 20 Wochenstunden (= 50 %) => das Weiterbildungsverhältnis muss mindestens 6 zusammenhängende Monate bestehen
Weiterbildung in Teilzeit mit 12 Wochenstunden (30 %) => das Weiterbildungsverhältnis muss mindestens 10 zusammenhängende Monate bestehen

Kürzere Abschnitte im Rahmen von geplanten und dokumentierten Rotationen in Weiterbildungsverbünden sind förderfähig, sofern die jeweils geltende Weiterbildungsordnung dies vorsieht.

Wird die Förderung für einen **kürzeren Zeitraum als drei Monate** beantragt, muss dies vom Antragsteller entsprechend begründet werden. Über die Anerkennung der Gründe wird jeweils im Einzelfall entschieden. Eine kürzere Förderdauer kann beispielsweise in folgenden Einzelfällen als zulässig erachtet werden:

- Die mindestens dreimonatige Förderdauer wird nicht erreicht, obwohl das Weiterbildungsverhältnis in der Praxis mindestens 3 Monate beträgt, da die Förderung erst zu einem späteren Zeitpunkt innerhalb des Weiterbildungsabschnitts beantragt bzw. genehmigt wird. Hier ist es ausreichend, wenn das **Weiterbildungsverhältnis** insgesamt mindestens 3 zusammenhängende Monate besteht.
- Die mindestens dreimonatige Förderdauer wird nicht erreicht, weil der Arzt in Weiterbildung **in absehbarer Zeit bereits die Facharztprüfung absolviert oder bereits zu dieser zugelassen wurde**.
- Es handelt sich um einen **kürzeren Abschnitt im Rahmen einer geplanten und dokumentierten Rotation in einem Weiterbildungsverbund**; solche Abschnitte sind förderfähig, sofern die jeweils geltende Weiterbildungsordnung dies ermöglicht.

Die Förderdauer der Weiterbildung darf die **maximal mögliche ambulante Weiterbildungszeit** (gemäß der jeweils geltenden Weiterbildungsordnung) **nicht überschreiten**. Sofern keine maximalen ambulanten Weiterbildungszeiten vorgesehen sind, darf die in der jeweils geltenden Weiterbildungsordnung vorgesehene Mindestweiterbildungszeit nicht überschritten werden.

5. Verlängerung/ Unterbrechung der Förderung
Fehlzeiten und Unterbrechungen der Weiterbildung – insbesondere wegen Krankheit, Schwangerschaft, Elternzeit, Betreuungszeit und Wehr-, Zivil- und Katastrophendienst, Freiwilligem Sozialen Jahr, die pro

Kalenderjahr insgesamt sechs Wochen nicht überschreiten, können auf die Weiterbildung angerechnet werden (siehe § 4 Abs. 3 Sätze 3 und 4 der WBO v. 16.10.2021) und sind somit förderfähig.

6. Finanzieller Förderumfang

Die Förderung für die Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten in Vollzeit im ambulanten Bereich beträgt monatlich 5.800 €. Für Teilzeitbeschäftigungen wird der Förderbetrag entsprechend des Umfangs der Tätigkeit anteilig bemessen. In Gebieten mit drohender Unterversorgung erhöht sich der Förderbetrag zusätzlich um 250 €, in unterversorgten Gebieten um 500 € je besetzter Stelle.
Der Förderbetrag ist ein Zuschuss zum Brutto-Gehalt des Arztes in Weiterbildung und muss als Anteil der Vergütung in voller Höhe an diesen weitergegeben werden - **unbeschadet der Pflicht zu Einbehalt und Abführung der hierauf entfallenden Lohnsteuer sowie des hierauf entfallenden Arbeitnehmeranteils am Gesamtsozialversicherungsbeitrag.**

Soweit der von uns gezahlte Förderbetrag in Höhe von 5.800 € im konkreten Fall die im Krankenhaus übliche Vergütung unterschreitet, ist der an den Weiterbildungsassistenten weiterzuleitende Förderbetrag **von der anstellenden Praxis bzw. vom anstellenden MVZ auf das Niveau der im Krankenhaus üblichen Vergütung anzuheben und in dieser Höhe vollständig an den Weiterbildungsassistenten auszuzahlen**. Die anstellende Praxis/ das anstellende MVZ muss in diesem Fall den zur Anhebung auf dieses Vergütungsniveau erforderlichen Differenzbetrag **aus eigenen Mitteln** aufstocken.
Dadurch wird dem im Rahmen eines geförderten Weiterbildungsverhältnisses in der ambulanten Versorgung beschäftigten Weiterbildungsassistenten vom Gesetzgeber ein gesetzlicher Anspruch gegen die anstellende Praxis bzw. das anstellende MVZ auf Zahlung einer Vergütung eingeräumt, die ihrer Höhe nach zumindest der im Krankenhaus üblichen Vergütung entspricht.

Zur Bestimmung „der im Krankenhaus üblichen Vergütung“ **orientiert** sich die Fördervereinbarung am **Tarifvertrag Ärzte der Vereinigung kommunaler Arbeitgeberverbände (TV-Ärzte/VKA) in seiner jeweils geltenden Fassung**. **Die im Krankenhaus übliche Vergütung im Sinne der förderrechtlichen Vorschriften entspricht danach den in der Tabelle gemäß der Anlage zu § 18 TV-Ärzte/VKA ausgewiesenen Tarifentgelten der Entwicklungsstufen 1 - 6 innerhalb der Entgeltgruppe I**. Die dort genannten Entgelte für einen in Vollzeit beschäftigten Arzt entsprechen der zu zahlenden Vergütung bei Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung mit einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 40 Stunden.

Bereits bisher nachgewiesene Zeiten ärztlicher Tätigkeit sind als Vorbeschäftigung anzurechnen; eine Tätigkeit als Arzt im Praktikum gilt als ärztliche Tätigkeit und damit als anrechenbare Vorbeschäftigung.
Das für die Vergütung des Arztes in Weiterbildung jeweils anzusetzende Tabellenentgelt der **Entgeltgruppe I** richtet sich nach den Stufenlaufzeiten i.S.d. § 19 Abs. 1 Buchst. a) TV-Ärzte/VKA. Danach ist gestaffelt nach den Jahren der ärztlichen Tätigkeit (ggf. unter Berücksichtigung der Zeiten anrechenbarer Vorbeschäftigungen) aktuell jeweils ein Bruttoentgelt in folgender Höhe anzusetzen:

Bruttoentgelt in Höhe des Tabellenentgelts i.S.d. Anlage zu § 18 TV-Ärzte/VKA der **Stufe 1 während des ersten Jahres der ärztlichen Tätigkeit** (Stand 04/2024: 5.288,32 €)

Bruttoentgelt in Höhe des Tabellenentgelts i.S.d. Anlage zu § 18 TV-Ärzte/VKA der **Stufe 2 nach einjähriger ärztlicher Tätigkeit** (Stand 04/2024: 5.588,11 €)

Bruttoentgelt in Höhe des Tabellenentgelts i.S.d. Anlage zu § 18 TV-Ärzte/VKA der **Stufe 3 nach zweijähriger ärztlicher Tätigkeit** (Stand 04/2024: 5.802,19 €)

Bruttoentgelt in Höhe des Tabellenentgelts i.S.d. Anlage zu § 18 TV-Ärzte/VKA der **Stufe 4 nach dreijähriger ärztlicher Tätigkeit** (Stand 04/2024: 6.173,28 €)

Bruttoentgelt in Höhe des Tabellenentgelts i.S.d. Anlage zu § 18 TV-Ärzte/VKA der **Stufe 5 nach vierjähriger ärztlicher Tätigkeit** (Stand 04/2024: 6.615,77 €)
Bruttoentgelt in Höhe des Tabellenentgelts i.S.d. Anlage zu § 18 TV-Ärzte/VKA der **Stufe 6 nach fünfjähriger ärztlicher Tätigkeit** (Stand 04/2024: 6.797,77 €)

Sollten Sie zu dem Ergebnis gelangen, dass Ihr Weiterbildungsassistent erst über eine für die Allgemeinmedizin relevante Berufserfahrung verfügt, die mit der Stufe 1 vergleichbar ist, müssen Sie an den Weiterbildungsassistenten mindestens den von uns gewährten Förderbetrag in

Höhe von 5.800 € vollständig weitergeben. Der Förderbetrag von 5.800 € unterschreitet die im Krankenhaus übliche Vergütung ab der Entwicklungsstufe 3, d. h. nach zweijähriger ärztlicher Tätigkeit des Weiterbildungsassistenten. In diesem Fall ergeben sich bei Vollzeitbeschäftigungen dann folgende Aufstockungsbeträge:

Tabellenentgelt lt. Stufe 3 (Stand 04/2024) der Entgeltgruppe I i.S.d. Anlage zu § 18 TV-Ärzte/VKA	5.802,19 €
abzügl. Förderbetrag	5.800,00 €
= Aufstockungsbetrag i.H.v.	**2,19 €**
Tabellenentgelt lt. Stufe 5 (Stand 04/2024 der Entgeltgruppe I i.S.d. Anlage zu § 18 TV-Ärzte/VKA	6.615,77 €
abzügl. Förderbetrag	5.800,00 €
= Aufstockungsbetrag i.H.v.	**815,77 €**

Bitte bedenken Sie, dass die Tarifentgelte der Tabelle der Anlage zu § 18 TV-Ärzte/VKA einer Dynamisierung entsprechend den Tariferhöhungen des TV-Ärzte/VKA unterliegen. Den aktuellen Tarifvertrag Ärzte des Verbandes Kommunaler Arbeitgeber (TV-Ärzte/VKA) in seiner jeweils geltenden Fassung finden Sie unter: *www.vka.de* in den Rubriken „*Tarifverträge & Richtlinien/ Tarifverträge*“.

Die Aufstockung des Förderbetrages betrifft ausschließlich das zwischen Ihnen und Ihrem Weiterbildungsassistenten bestehende Rechtsverhältnis und muss uns gegenüber nicht nachgewiesen werden!

7. Rückzahlung

Der Förderbescheid kann aufgehoben und die gewährte Förderung vom Antragsteller zurückgefordert werden, wenn die Fördersumme nicht in voller Höhe an den Arzt in Weiterbildung gemäß § 5 Abs. 7 der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung als Anteil der Vergütung ausgezahlt wird, die Anforderungen der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung und insbesondere von § 3 Absätze 1 und 2 der „Anlage I zur Vereinbarung der Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V“ nicht erfüllt werden und/oder die Weiterbildung nicht im Einklang mit der Weiterbildungsordnung steht. Die gesetzlichen Regelungen über die Rücknahme, die Aufhebung und den Widerruf von Verwaltungsakten bleiben hiervon unberührt. Im Wiederholungsfalle kann der Praxisinhaber/die Praxisinhaberin von der Förderung ausgeschlossen werden.

8. Weiterführende Informationen und Rechtsgrundlagen

www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/foerderungen/weiterbildungsfoerderung

Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V:
www.kbv.de in der Rubrik „Service/ Rechtsquellen/ Weitere Rechtsquellen/ zur Praxisführung/ Weiterbildung“

SGB V:
www.gesetze-im-internet.de/sgb_5

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter
www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/pflichten/datenschutz-in-der-praxis
Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

KVB
Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

Anlage A

Erklärung des Antragstellers nach §§ 3, 4 Abs. 1 Anlage I zur Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V, in Kraft getreten am 01.07.2016, in der Fassung vom 23.09.2024

Antragsteller

Titel _____ **Name** _____ **Vorname** _____

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, nachfolgend genannte Anforderungen zu erfüllen bzw. zur Kenntnis genommen zu haben:

- Die von der KVB erhaltene **Förderung** zahle ich unverzüglich **in voller Höhe als Zuschuss zum Bruttogehalt** an meinen Weiterbildungsassistenten aus. Hiervon sind aufgrund gesetzlicher Verpflichtung die Lohnsteuer sowie der Arbeitnehmeranteil am Gesamtsozialversicherungsbeitrag einzubehalten. Mir ist bekannt, dass der Arbeitgeberanteil am Gesamtsozialversicherungsbeitrag von mir als Arbeitgeber aufzubringen ist.

- Der Förderbetrag ist durch die anstellende Praxis/ das anstellende MVZ aus eigenen Mitteln auf das Niveau der im Krankenhaus üblichen Vergütung anzuheben, sofern diese 5.800,00 € übersteigt und in dieser Höhe vollumfänglich an den Weiterbildungsassistenten auszuzahlen. Die „im Krankenhaus übliche Vergütung“ orientiert sich gemäß § 5 Abs. 4 Satz 2 der Fördervereinbarung am Tarifvertrag Ärzte der Vereinigung Kommunaler Arbeitgeberverbände (VKA) in seiner jeweils geltenden Fassung, Entgeltgruppe I Mittelwert der Stufen 1 bis 6 (siehe auch Seiten 7 und 8 dieses Antrages).

- Mir ist bekannt, dass sich privat krankenversicherte Ärzte in Weiterbildung von der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht befreien lassen können. In diesem Fall erhält der Arzt/die Ärztin in Weiterbildung von mir als Arbeitgeber den gesetzlich vorgesehenen Beitragszuschuss zur privaten Krankenversicherung. Die in dem von der KVB erstellten Merkblatt „Allgemeine Informationen zum Thema Weiterbildungsassistent“ enthaltenen Informationen zur Möglichkeit der Befreiung von der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht habe ich zur Kenntnis genommen.

- Nach Beendigung des geförderten Weiterbildungsabschnittes sende ich der KVB einen **Nachweis über** die an den Weiterbildungsassistenten **weitergegebenen Förderbeträge**, ggf. mittels Bescheinigung des Steuerberaters, zu.

- Die Mindestdauer des zu fördernden Weiterbildungsabschnittes bei ganztägiger Beschäftigung beträgt drei Monate. Kürzere Abschnitte im Rahmen von geplanten und dokumentierten Rotationen (z. B. in Weiterbildungsverbünden) sind förderfähig, sofern die jeweils geltende Weiterbildungsordnung dies ermöglicht. Eine Teilzeitstelle ist ebenfalls förderfähig, der Umfang der förderfähigen Teilzeit richtet sich nach den Regelungen der jeweils geltenden Weiterbildungsordnung.

- Das **vorzeitige Ausscheiden des Weiterbildungsassistenten** aus dem Beschäftigungsverhältnis **sowie Änderungen** von anderen, für die Gewährung der Fördermittel wesentlichen Umstände, **werde ich der KVB unverzüglich mitteilen**.

Fortsetzung siehe nächste Seite

- **Rückzahlung:**

  Sofern ich den Weiterbildungsassistenten nicht im Rahmen einer allgemeinmedizinischen Weiterbildung nach § 2 der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V beschäftige, zahle ich die bewilligten und an mich bereits ausgezahlten Förderbeträge an die KVB zurück.

  Im Übrigen kann der Förderbescheid aufgehoben und die gewährte Förderung von mir zurück-gefordert werden, wenn

  - die Fördersumme nicht in voller Höhe an den Weiterbildungsassistenten als Anteil der Vergütung ausgezahlt wird (gemäß § 5 Abs. 7 der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V) und/ oder
  - die Anforderungen der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V und insbesondere gemäß § 3 Absätze 1 und 2 der Anlage I zur Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V nicht erfüllt werden und/oder
  - die Weiterbildung nicht im Einklang mit der Weiterbildungsordnung steht.

  Die gesetzlichen Regelungen über den Widerruf von Verwaltungsakten bleiben hiervon unberührt. **Im Wiederholungsfalle kann ich von der Förderung ausgeschlossen werden.**

Ort, Datum

Unterschrift **Antragsteller** (Vertragsarzt/ BAG-Vertretungsberechtigter / MVZ-Vertretungsberechtigter)

Stempel Antragsteller

Anlage B

Einwilligung in die Datenverarbeitung und -nutzung gemäß Anlage III zur Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V

Erklärung des Antragstellers und Weiterbilders

Antragsteller

Titel _____ **Name** _____ **Vorname** _____

Weiterbilder (falls nicht identisch mit Antragsteller)

Titel _____ **Name** _____ **Vorname** _____

Die Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V wird paritätisch durch die Kassenärztlichen Vereinigungen einerseits und die gesetzlichen Krankenkassen und den Privaten Krankenversicherungen andererseits finanziert. Die Förderung zielt darauf, insbesondere den Anteil der Allgemeinmediziner und Allgemeinmedizinerinnen in der vertragsärztlichen Versorgung zu erhöhen sowie eine bedarfsgerechte Sicherung vertragsärztlicher Tätigkeit für weitere Facharztgruppen zu ermöglichen.
Zur Überprüfung der Wirksamkeit wird das Förderprogramm regelhaft evaluiert. Zum Zwecke des Abrechnungsnachweises und der Evaluation des Förderprogramms werden personenbezogene Daten nach § 67b SGB X erhoben und verarbeitet sowie zwischen den unten genannten beteiligten Institutionen ausgetauscht.
Für die Datenverarbeitung und –nutzung der personenbezogenen Daten durch die beteiligten Institutionen ist nach § 67b SGB X Ihre Einwilligung erforderlich, die Sie gegenüber der KVB widerrufen können.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die zum Zwecke des Finanzierungsnachweises und der Evaluation der Fördermaßnahmen personenbezogenen Daten erhoben und unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen nach § 67b SGB X zwischen den genannten beteiligten Institutionen ausgetauscht und verarbeitet werden dürfen. Im Rahmen des Mittelnachweises werden folgende Daten von der KVB erhoben und an die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) übermittelt, die diese Daten zusammenführt und dem GKV-Spitzenverband sowie dem PKV-Verband im Rahmen der Jahresabrechnung als Verwendungsnachweis weiterleitet:

> Familienname, Vorname, Titel, Facharztbezeichnung des Weiterbilders/ der Weiterbilderin, Praxisort, PLZ des Praxisorts, Name des Planungsbereichs der Bedarfsplanung, Förderungsbeginn und -ende, Förderungsdauer in Monaten sowie Angabe jahresübergreifender Förderung (ja/ nein), vollzeitige oder teilzeitige Weiterbildung, Förderungsart (Unterversorgung/ drohende Unterversorgung); Förderbetrag gesamt und Förderbetrag KV-Anteil, Teilnahme an einem Weiterbildungsverbund (ja/nein)

Diese Daten können bei den genannten Institutionen über die Dauer der Weiterbildungsförderung hinaus gespeichert werden, bis alle Verwendungsnachweise seitens der weiterbildenden Praxis erbracht sind.

Ich bin damit einverstanden, dass die KVB diese Daten an die KBV übermittelt und diese nach § 67b SGB X durch die beteiligten Institutionen verarbeitet werden dürfen.

_____ _____

Ort, Datum

Unterschrift **Antragsteller** (Vertragsarzt/ BAG-Vertretungsberechtigter / MVZ-Vertretungsberechtigter)

Falls Antragsteller nicht identisch mit Weiterbilder:

Als Weiterbilder erkläre ich mich damit einverstanden, dass die KVB die zum Zwecke des Finanzierungsnachweises und der Evaluation der Fördermaßnahmen personenbezogenen Daten erhoben und unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen nach § 67b SGB X zwischen den genannten beteiligten Institutionen ausgetauscht und verarbeitet werden dürfen. Im Rahmen des Mittelnachweises werden folgende Daten von der KVB 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:

> Famililenname, Vorname, Titel, Facharztbezeichnung des Weiterbilders/ der Weiterbilderin, Praxisort, PLZ des Praxisorts, Name des Planungsbereichs der Bedarfsplanung, Förderungsbeginn und -ende, Förderungsdauer in Monaten sowie Angabe jahresübergreifender Förderung (ja/ nein), vollzeitige oder teilzeitige Weiterbildung, Förderungsart (Unterversorgung/ drohende Unterversorgung); Förderbetrag gesamt und Förderbetrag KV-Anteil, Teilnahme an einem Weiterbildungsverbund (ja/nein)

Diese Daten können bei den genannten Institutionen über die Dauer der Weiterbildungsförderung hinaus gespeichert werden, bis alle Verwendungsnachweise seitens der weiterbildenden Praxis erbracht sind.

Ich bin damit einverstanden, dass die KVB diese Daten an die KBV übermittelt und diese nach § 67b SGB X durch die beteiligten Institutionen verarbeitet werden dürfen.

Ort, Datum	Unterschrift beim Antragsteller tätiger **Weiterbilder**

Stempel Antragsteller

KVB
Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

Anlage C

Erklärung des Assistenten nach § 3 Abs. 2 Nr. 2, 3, 5e und 6 sowie Abs. 5 Nr. 2 der Anlage I zur Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V, in Kraft getreten am 01.07.2016, in der Fassung vom 23.09.2024

Assistent

Titel _____ **Name** _____ **Vorname** _____

☐ **Hiermit erkläre ich, nachfolgend genannte Anforderungen zu erfüllen bzw. zur Kenntnis genommen zu haben:**

- Der Antragsteller und ich haben vereinbart, dass er im Falle der Bewilligung dieses Antrages für den Zeitraum der Weiterbildung den Förderbetrag von 5.800 € (Vollzeit) bzw. anteilig entsprechend des Umfanges der Teilzeittätigkeit als Zuschuss zum monatlichen Bruttoarbeitslohn in voller Höhe als Anteil der Vergütung an mich weitergibt.
  Soweit der Förderbetrag in Höhe von 5.800 € im konkreten Fall die im Krankenhaus übliche Vergütung unterschreitet, ist der an mich weiterzuleitende Förderbetrag vom Antragsteller aus eigenen Mitteln auf das Niveau der im Krankenhaus üblichen Vergütung aufzustocken und in dieser Höhe vollständig an mich auszuzahlen. Die „im Krankenhaus übliche Vergütung“ orientiert sich gemäß § 5 Abs. 4 Satz 2 der Fördervereinbarung am Tarifvertrag Ärzte der Vereinigung Kommunaler Arbeitgeberverbände (VKA) in seiner jeweils geltenden Fassung, Entgeltgruppe I Mittelwert der Stufen 1 bis 6 (siehe auch Seiten 7 und 8 dieses Antrages).
- Mir ist bekannt, dass ich mich - sofern ich privat krankenversichert bin - von der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht befreien lassen kann und ich in diesem Fall vom Antragsteller den gesetzlich vorgesehenen Beitragszuschuss zur privaten Krankenversicherung erhalte. Die in dem von der KVB erstellten Merkblatt „Allgemeine Informationen zum Thema Weiterbildungsassistent“ enthaltenen Informationen zur Möglichkeit der Befreiung von der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht habe ich zur Kenntnis genommen.
- Ich beabsichtige, die vorgeschriebene **Weiterbildung** zum Facharzt für Allgemeinmedizin zu **absolvieren** und an der entsprechenden **Facharztprüfung** teilzunehmen.
- Ich verpflichte mich, den in der Praxis des Antragstellers ableistbaren Weiterbildungsabschnitt als Teil meiner Weiterbildung in der Allgemeinmedizin zu nutzen.
- Ich beabsichtige nach Beendigung meiner Weiterbildungszeit als Hausarzt im vertragsärztlichen Bereich tätig zu sein.

☐ Die Weiterbildung in vorstehend genannter Praxis absolviere ich im Rahmen einer sogenannten **Verbundweiterbildung**. Soweit bei der Beantragung der Förderung noch nicht die gesamte Planung der Weiterbildung abgeschlossen ist (siehe Anlage E), ist eine Erklärung über das Vorliegen der Zusagen für die Beschäftigung als Weiterbildunsassistent für das nächste Weiterbildungsjahr jeweils spätestens drei Monate vor Abschluss des zuletzt absolvierten Weiterbildungsabschnittes vorzulegen.

☐ Ich bin damit einverstanden, dass die KVB diesen Antrag zusammen mit der Aufstellung meiner bisherigen ärztlichen Tätigkeiten und den von mir eingereichten Zeugnissen, zur Prüfung der Anrechnungsfähigkeit des zu fördernden Weiterbildungsabschnittes auf die von mir absolvierte Weiterbildung, an die Bayerische Landesärztekammer weiterleitet.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift Assistent

Anlage D

Einwilligung in die Datenerhebung und –verarbeitung gemäß Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V

Erklärung des Assistenten

Assistent

Titel _____ **Name** _____ **Vorname** _____

Die Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V wird paritätisch durch die Kassenärztlichen Vereinigungen einerseits und die gesetzlichen Krankenkassen und Privaten Krankenversicherungen andererseits finanziert. Die Förderung zielt darauf, insbesondere den Anteil der Allgemeinmediziner und Allgemeinmedizinerinnen in der vertragsärztlichen Versorgung zu erhöhen sowie eine bedarfsgerechte Sicherung vertragsärztlicher Tätigkeit für weitere Facharztgruppen zu ermöglichen.
Zur Überprüfung der Wirksamkeit wird das Förderprogramm regelhaft evaluiert. Im Rahmen dieser Evaluation wird eine einheitliche Nummer (AiW-Nr.)* an jede/n Förderprogramm-Teilnehmer/in vergeben, um standardisierte Auswertungen durchführen zu können. Zu diesem Zweck werden personenbezogene Daten erhoben, die durch die unten genannten beteiligten Institutionen nach § 67b SGB X ausgetauscht und verarbeitet werden.
Die personenbezogenen Daten werden bei der KBV gespeichert und im Turnus von 3, 5 und 10 Jahren mit dem Bundesarztregister abgeglichen, um den Anteil derjenigen ehemals geförderten Ärzte und Ärztinnen zu ermitteln, die im vertragsärztlichen Bereich tätig geworden sind (§ 1 Abs. 3 Nr. 7 der Anlage III der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V). Es werden ausschließlich auf KV-Bezirksebene aggregierte Auswertungen erstellt. Die jeweiligen Daten werden nach Abschluss der Kohortenevaluation gemäß § 1 der Anlage III zur Vereinbarung 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 widerrufen können.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass zum Zwecke des Finanzierungsnachweises und der Evaluation der Fördermaßnahmen personenbezogene Daten erhoben und unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen nach § 67b SGB X zwischen den beteiligten Institutionen ausgetauscht und verarbeitet werden dürfen.
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 können bei den genannten Institutionen für die Dauer der Weiterbildung, im Falle von Teilzeit-Weiterbildung bis zu 10 Jahre, gespeichert werden.

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 von der KBV oder einer, von den Vereinbarungspartnern beauftragten Stelle verarbeitet:

Familienname, Vorname, Geburtsdatum und Geburtsname, Arztnummer (AiW-Nr.)*, Angaben zum Verlauf der Weiterbildung (KV-Bereich, Förderzeitraum, Fachgebiete, Weiterbildungsziel, Tätigkeitsumfang, ausgezahlte Fördergelder, bestehende Facharztanerkennungen), Erwerb der Facharztanerkennung, spätere Berufstätigkeit im vertragsärztlichen Bereich

Die Auswertungen werden von der Lenkungsgruppe gemäß § 10 der Vereinbarung analysiert. Ihr gehören an: die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft sowie der GKV-Spitzenverband. Des Weiteren sind der PKV-Verband sowie die Bundesärztekammer an der Lenkungsgruppe beteiligt.

Ich bin damit einverstanden, dass die KVB diese Daten an die KBV übermittelt und diese nach § 67b SGB X durch die genannten Institutionen verarbeitet werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift Assistent

☐ Ich willige ein, dass mich die KVB bezüglich weiterer Informationen zur KVB-Nachwuchsförderung per E-Mail kontaktieren und hierfür meine E-Mail-Adresse für die Dauer von bis zu 12 Jahren verarbeiten darf. Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

* Die AiW-Nr. wird von der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung vergeben. Sie hat innerhalb der Förderung der Weiterbildung eine administrative Bedeutung und wird im Rahmen des Nachweisverfahrens und der Evaluation genutzt. Sie kann von den Ärzten und Ärztinnen in Weiterbildung bei der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erfragt werden.

KVB
Kassenärztliche
Vereinigung
Bayerns

Anlage E

Nachweis des Assistenten über die Weiterbildungsplanung

Assistent

Titel _____ **Name** _____ **Vorname** _____

Dem Antrag ist ein Nachweis über eine Weiterbildungsplanung bzw. der Nachweis über eine sogenannte Verbundweiterbildung (z. B. Rotationsplan) beizulegen. Soweit zum Zeitpunkt der Antragstellung noch nicht die gesamte Planung der Weiterbildung abgeschlossen war, ist eine Erklärung über das Vorliegen der Zusagen für die Beschäftigung als Arzt in Weiterbildung für das nächste Weiterbildungsjahr jeweils spätestens drei Monate vor Abschluss des zuletzt absolvierten Weiterbildungsabschnittes vorzulegen (siehe § 3 Abs. 2 Nr. 3 Anlage I zur Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V).

Beginn	Ende	Fachgebiet	Weiterbildungsstätte	Ort

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift Assistent