

Information/Hinweise zum Antrag auf Förderung einer fachlichen Weiterbildung in Praxen niedergelassener Vertragsärzte („KVB-eigene“ Förderung nach § 105 Abs. 1 SGB V

Achtung: Wichtige Hinweise zum Ausfüllen des Antrags!

- Bei diesem Antrag handelt es sich um die „KVB-eigene“ Förderung nach § 105 Abs. 1 SGB V auf Basis einer Richtlinie der KVB.
- Diesen Antrag bitte nicht für die gesetzliche Förderung der fachärztlichen Weiterbildung nach § 75a SGB V stellen.
- Den Antrag zur Förderung nach § 75 a SGB V finden Sie unter folgendem Link:
<https://www.kvb.de/nachwuchs/weiterbildung/foerderung-fachaerztliche-weiterbildung/gesetzliche-foerderung-nach-75a/>
- Bitte beachten Sie, dass Sie den Antrag zur gesetzlichen Förderung der fachärztlichen Weiterbildung nach § 75 a SGB V nur in den jeweiligen Ausschreibungszeiträumen stellen können. Die aktuellen Ausschreibungszeiträume können Sie ebenfalls unter dem o. g. Link in Erfahrung bringen.

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Sicherstellung
Elsenheimerstr. 39
80687 München

Eintragungsnummer

KVB:

BzSt:

Antrag

auf **Förderung der fachärztlichen Weiterbildung nach § 105 Abs. 1 SGB V** in Praxen
niedergelassener Vertragsärzte KVB-eigene Förderung im Rahmen der KVB-Richtlinie

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** _____

ggf. Facharztbezeichnung _____

BSNR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

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

im Falle der Weiterbildung in der genehmigten Filiale: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der **Filiale (Nebenbetriebsstätte)**

Planungsbereich der Hauptbetriebsstätte (im Falle der Weiterbildung in der genehmigten Filiale zusätzlich der Planungsbereich der Filiale (Nebenbetriebsstätte))

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)

Füllt die KVB aus	Assistentengenehmigung vom _____ für die Zeit vom _____ bis _____ liegt vor. Prüfung durch die KVB am: _____ Handzeichen der/des Prüfenden: _____ <div style="text-align: center; margin-left: 100px;">Datum</div>
--------------------------	---

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 in Kopie dem Antrag beizulegen.

Die KVB behält sich vor, weitere Unterlagen anzufordern, soweit dies erforderlich ist, um die Fördervoraussetzungen zu klären.

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt / BAG-Vertretungs-
berechtigter / MVZ-Vertretungsberechtigter 

Bei Antragstellung für einen beim Antragsteller tätigen Weiterbilder zusätzlich:

Ort, Datum

Unterschrift beim Antragsteller tätiger Weiterbilder 

Stempel Antragsteller

Checkliste	Liegt der KVB vor	Antrag beigefügt
1) Ausgefüllte Anlagen A und B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Weiterbildungsabschnitten unter 6 Monaten:		
2) Nachweis der Bayerischen Landesärztekammer hinsichtlich der voraussichtlichen Anrechnungsfähigkeit des Weiterbildungsabschnitts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anlage A

Erklärung des Antragstellers nach Ziffer 5.6 der „Richtlinien des Vorstands der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) zur Förderung der fachärztlichen Weiterbildung und der psychotherapeutischen Ausbildung in Praxen niedergelassener Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten“, in der Fassung des Beschlusses des Vorstands vom 16.01.2023

Antragsteller

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

Hiermit erkläre ich:

- Der zur Förderung beantragte Weiterbildungsabschnitt und die in diesem Abschnitt zu vermittelnden Inhalte werden vom Arzt in Weiterbildung für seine Facharztweiterbildung benötigt. Ich habe mich davon überzeugt, dass dieser Abschnitt nach den Vorgaben der jeweils anzuwendenden Weiterbildungsordnung auf die jeweilige Weiterbildung anrechnungsfähig ist und noch nicht erbracht wurde.
- Für den Fall der Förderung der Weiterbildung in der genehmigten Filiale verpflichte ich mich, die Weiterbildung im Rahmen eines voll- oder teilzeitigen Beschäftigungsverhältnisses regelmäßig entsprechend meiner Präsenzzeiten, insbesondere die wöchentlichen Sprechstundenzeiten, in der Filiale durchzuführen.
- Die bewilligten und an mich bereits ausgezahlten Förderbeträge zahle ich an die KVB zurück, wenn ich den Weiterbildungsassistenten nicht im Rahmen der Facharztweiterbildung, für die dieser Antrag gestellt wird, beschäftige.
- Bei einem vorzeitigen Ausscheiden des Weiterbildungsassistenten aus dem Beschäftigungsverhältnis sowie bei Änderung von anderen, für die Gewährung der Fördermittel wesentlichen Umständen, informiere ich unverzüglich die KVB.
- Mir ist bekannt, dass ein Weiterbildungsabschnitt mit weniger als 6 Monaten Dauer nicht förderungsfähig ist, soweit kein Nachweis der Anrechnungsfähigkeit durch die Bayerische Landesärztekammer vorliegt - sollte der Weiterbildungsabschnitt weniger als 6 Monate betragen und der entsprechende Nachweis zur Anrechnungsfähigkeit nicht vorliegen, zahle ich die bewilligten und an mich bereits ausgezahlten Förderbeträge an die KVB zurück.
- Mir ist bekannt, dass eine Mehrfachförderung (Ziffer 7.3 der Richtlinien des Vorstands der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB)) ausgeschlossen ist.

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt / BAG-Vertretungsberechtigter /
MVZ-Vertretungsberechtigter

Stempel Antragsteller

Anlage B

Erklärung des Assistenten nach Ziffer 5.7 der "Richtlinien des Vorstands der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) zur Förderung der fachärztlichen Weiterbildung und der psychotherapeutischen Ausbildung in Praxen niedergelassener Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten", in der Fassung des Beschlusses des Vorstands vom 16.01.2023

Assistent	
Titel _____	Name _____, Vorname _____
<input type="checkbox"/> Hiermit erkläre ich: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Falle der Förderung nach Ziffer 4.1 oder Ziffer 4.6 der „Richtlinien des Vorstands der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) zur Förderung der fachärztlichen Weiterbildung und der psychotherapeutischen Ausbildung in Praxen niedergelassener Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten“ beabsichtige ich, , nach bestandener Facharztprüfung in dem Planungsbereich, in dem ich den geförderten Weiterbildungsabschnitt absolviert habe, oder in einem anderen förderfähigen Planungsbereich i.S.d. Ziffer 4.1 der Förderrichtlinien an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen. ▪ Im Falle der Förderung nach Ziffer 4.5 der Förderrichtlinien beabsichtige ich, nach bestandener Facharztprüfung als Vertragsarzt oder als angestellter Arzt im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung im angrenzenden förderfähigen Planungsbereich i.S.d. Ziffer 4.1 der Förderrichtlinien tätig zu werden. ▪ Ich beabsichtige, die im Zuge der Bewilligung dieses Förderantrags vorgeschriebene Weiterbildung nach den „Richtlinien des Vorstands der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) zur Förderung der fachärztlichen Weiterbildung und der psychotherapeutischen Ausbildung in Praxen niedergelassener Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten“ zu absolvieren und an der entsprechenden Facharztprüfung teilzunehmen. ▪ Ich verpflichte mich, den in der Praxis des Antragstellers abzuleistenden Weiterbildungsabschnitt als Teil meiner Weiterbildung zu nutzen. ▪ Der zu fördernde Aus- bzw. Weiterbildungsabschnitt und die in diesem zu vermittelnden Inhalte werden für meine Weiterbildung benötigt. Dieser Abschnitt ist nach den Vorgaben der Weiterbildungsordnung auf die jeweilige Aus- bzw. Weiterbildung anrechnungsfähig. Sofern ich die Anrechnungsfähigkeit nicht selbst beurteilen kann, habe ich diese im Vorfeld durch die Bayerische Landesärztekammer prüfen lassen. ▪ Ich beabsichtige, die Weiterbildung planmäßig und zügig durchzuführen, insbesondere den Weiterbildungsabschnitt innerhalb der dafür lt. maßgeblicher Weiterbildungsordnung (WBO) vorgesehenen Zeit abzuleisten. ▪ Ich sende der KVB auf Anforderung eine schriftliche Mitteilung über die Inhalte der Weiterbildungsabschnitte zu. ▪ Ich werde die KVB über den Abschluss der Prüfung zum Facharzt unverzüglich informieren. 	

Ort, Datum

Unterschrift Assistent



Stempel Antragsteller

Genehmigungsantrag – Anhang –



Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen

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

Sofern die Weiterbildung in einem MVZ absolviert werden soll, ist der Antragsteller stets der MVZ-Vertretungsberechtigte. Dies trifft sowohl bei zugelassenen Weiterbildern im MVZ als auch bei angestellten Weiterbildern im MVZ zu. Der Arzt, der als Weiterbilder im MVZ tätig wird und für den die fachlichen Nachweise vorzulegen sind, hat den Antrag mit zu unterzeichnen. Der Genehmigungsbescheid wird dem MVZ erteilt.

Die Fördergrundlagen sind unter den nachfolgenden Links abrufbar:

Richtlinien des Vorstands der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) zur Förderung der fachärztlichen Weiterbildung und der psychotherapeutischen Ausbildung in Praxen niedergelassener Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten in der Fassung des Beschlusses des Vorstands vom 16.01.2023

<https://www.kvb.de/nachwuchs/weiterbildung/foerderung-fachaerztliche-weiterbildung/kvb-foerderung/>

Sicherstellungsrichtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

<https://www.kvb.de/service/rechtsquellen/s/>

Bundesärzteordnung:

http://www.gesetze-im-internet.de/b_o/BJNR018570961.html

Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV)

http://www.gesetze-im-internet.de/zo_rzte/BJNR005720957.html

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter www.kvb.de/datenschutz.

Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.