Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Sicherstellung
Elsenheimerstr. 39
80687 München

Bitte **online** einreichen unter:
fa-foerderung@kvb.de

Antrag auf Förderung fachärztliche Weiterbildung nach § 75a SGB V

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

Bitte beachten Sie, dass im Vorfeld zum Förderantrag die **Genehmigung zur Beschäftigung des Assistenten zu beantragen** ist (siehe Anlage), da diese eine Grundvoraussetzung für die Förderung darstellt.

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 I__I__I__I__I__I__I__I__I__I **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 Rahmen von geplanten und dokumentierten Rotationen (z.B. im Verbund)**

Name des Verbundes/der Rotationspartner (Bitte Anlage E mit einreichen)

_____

Füllt die KVB aus	Assistentengenehmigung(en) für die Zeit vom/ bis mit xx Wochenstunden und in %: _____ Approbation vom: _____ Promotion ☐ Ausstellende Behörde: _____ _____

2. Beantragung

Beantragt wird die Förderung einer fachärztlichen Weiterbildung für Assistenten gemäß § 75a SGB V und §§ 3, 5 der „*Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V*“ i. V. m. § 3 Abs. 1 bis 5 und § 4 Abs. 1 der Anlage I zu dieser Vereinbarung, in Kraft getreten am 01.07.2016, in der Fassung vom 29.11.2022, geändert am 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 nachfolgenden Weiterbildern in der Praxis:

☐ dem Antragsteller persönlich

☐ Herrn/ Frau **LANR** I__I__I__I__I__I__I__I__I__I Titel_____

Name _____ Vorname _____

Der Assistent absolviert die Weiterbildung im Gebiet:

☐ Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
☐ Augenheilkunde
☐ Haut- und Geschlechtskrankheiten
☐ Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
☐ Allgemeinchirurgie
☐ Kinderchirurgie
☐ Psychiatrie (Abschnitt)
☐ Phoniatrie und Pädaudiologie
☐ Kinder- und Jugendmedizin
☐ Frauenheilkunde und Geburtshilfe
☐ Psychosomatik
☐ Neurologie (Abschnitt)
☐ Urologie

Ich (Antragsteller und ggf. der beim Antragsteller tätige Weiterbilder) 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.

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

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. Zeugnisse können ggf. angefordert werden.

Name Weiterbildungsassistent: ……..

geplanter Beschäftigungsumfang: ☐ Vollzeit-Weiterbildung

☐ Teilzeit-Weiterbildung mit Tätigkeitsumfang in % (z. B. 50 %): .....

Die Weiterbildung erfolgt nach der Weiterbildungsordnung der Bayerischen Landesärztekammer (WBO)

☐ vom 24.04.2004 (WBO 2004) **ODER** ☐ vom 16.10.2021 (WBO 2021), in Kraft getreten zum 01.08.2022

Vollständige Auflistung aller bisherigen ärztlichen Tätigkeiten des Assistenten in chronologischer Reihenfolge (**ambulant = a, stationär = s, pro Zeile ist nur eine Angabe möglich**)						**Wird von BLÄK ausgefüllt:**	
von (tt.mm.jjjj)	**bis (tt.mm.jjjj)**	**Arbeits-zeit in %**	**a oder s**	**Name des Weiterbilders**	**Anschrift der Weiterbildungsstätte**	**Zeit in Monaten**	**hiervon absolviert als Voll-zeitäquivalent**
							Befugnis anerkannt

Unterbrechungszeiten (z. B. Beschäftigungsverbot wegen Schwangerschaft, Mutterschutz, Elternzeit, Pflege naher Angehöriger oder schwere Krankheit)			**ggf. Bemerkung der BLÄK**
von (tt.mm.jjjj)	**bis (tt.mm.jjjj)**	**Grund**	

Dieser Teil ist vom Antragsteller auszufüllen:
Bitte achten Sie auf eine sorgfältige und korrekte Darstellung, da Ihre Angaben als Grundlage zur Überprüfung der bisherigen Weiterbildungszeiten dienen. **Für eine etwaige Förderung muss der hiermit beantragte Beschäftigungsumfang mit den Wochenstunden der bereits erteilten Genehmigung zur Beschäftigung des Assistenten übereinstimmen.**

Die Förderung wird beantragt für den Zeitraum:			**Wird von BLÄK ausgefüllt:**	
von (tt.mm.jjjj)	**bis (tt.mm.jjjj)**	**Bitte (x), falls es sich um einen Verlängerungs-antrag handelt**	**Weiterbildungs-befugnis**	**Zeit in Monaten**

Die Weiterbildung erfolgt an der angegebenen Stelle:

Straße, PLZ, Ort	**BSNR des Weiterbildungs-Standorts**

Wird von BLÄK ausgefüllt:				
Weiterbildung gemäß WBO 2004		**Weiterbildung gemäß WBO 2021**		**Bemerkung der BLÄK**
Maximal mögliche ambulante WB-Zeit im Fachgebiet	**Monate:** _____	**Mindest-WB-Zeit** im Fachgebiet	**Monate:** _____	☐ **verpflichtender WB-Abschnitt** ☐ **fakultativer WB-Abschnitt**
bisher im ambulanten Bereich absolvierte Monate (siehe Seite 4)	**Monate:** _____	**bisher absolvierte WB-Zeiten** (siehe Seite 4)	**Monate ambulant:** _____ **Monate stationär:** _____	
Anzahl der Monate (VZ oder TZ), mit denen die beantragte Tätigkeit auf Grundlage der vorliegenden Unterlagen **die max. mögliche ambulante WB-Zeit** im beantragten Fachgebiet **nicht überschreitet** und **der beantragte WB-Abschnitt der jeweils geltenden WBO genügt**:	**Monate:** _____	**Anzahl der Monate** (VZ oder TZ), mit denen die beantragte Tätigkeit auf Grundlage der vorliegenden Unterlagen **die Mindest-WB-Zeit** im beantragten Fachgebiet **nicht überschreitet** und **der beantragte WB-Abschnitt der jeweils geltenden WBO genügt:**	**Monate:** _____	
Geprüft durch:		*Weiterleitung an KVB – Si am:*		
am:				

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. Fördervereinbarung und -zweck
Die Förderung basiert auf der „Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V“ i. V. m. der Anlage I zu dieser Vereinbarung, in Kraft getreten am 01.07.2016, in der Fassung vom 29.11.2022, geändert am 23.09.2024.
Zweck dieser Vereinbarung ist u. a. die Deckung des spezifischen Bedarfes der patientennahen ambulanten fachärztlichen Versorgung. Aus diesem Grund wird die ambulante Weiterbildung **ausgewählter Facharztgruppen** gefördert. Auf **Bayern** entfallen im Jahr 2025 **317,35 Stellen** und im Jahr 2026 **317,04 Stellen** (Vollzeitäquivalente), die jeweils mit 5.800,00 € **monatlich** gefördert werden.
Die Feststellung der Förderfähigkeit von Facharztgruppen erfolgt auf regionaler Ebene gemeinsam und einheitlich durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen (§ 3 Abs. 8 der Fördervereinbarung). Die verfügbaren Stellen sind für alle grundsätzlich förderfähigen Fachgruppen geöffnet. Speziell für die Fachgruppe der Kinderärzte ist eine gesetzliche Mindestquote von 12,5% der insgesamt verfügbaren Stellen vorgesehen. Siehe dazu die jeweils aktuellen Regelungen auf unserer Homepage unter:
https://www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/foerderungen/weiterbildungsfoerderung

4. Kein Rechtsanspruch auf Förderung
Ein Rechtsanspruch auf Gewährung der Förderung besteht nicht. Eine Förderung kann nur erfolgen, sofern die Voraussetzungen der Förderung vollständig erfüllt werden und das für Bayern vorgesehene Kontingent an förderungsfähigen Stellen noch nicht aufgebraucht ist. Wenn wir mehr förderfähige Anträge als freie Stellen in einem Ausschreibungszeitraum erhalten, führen wir ein Auswahlverfahren durch.

5. Keine Mehrfachförderung
Pro Ausschreibungsverfahren können max. ein Antrag für ein vollzeitiges Beschäftigungsverhältnis oder für zwei Teilzeitbeschäftigungsverhältnisse gestellt werden. Darüber hinaus gehende Anträge werden unmittelbar abgelehnt. Bereits bestehende Förderverhältnisse werden dabei nicht betrachtet.

Eine Förderung desselben Weiterbildungsabschnitts parallel zur Weiterbildungsförderung auf Grundlage der „Richtlinien des Vorstands der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) zur Förderung der fachärztlichen Weiterbildung und der psychotherapeutischen Ausbildung in Praxen niedergelassener Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten“ ist ausgeschlossen.

6. Weiterbildung in Teilzeit/ Dauer der Förderung
Teilzeitbeschäftigungen sind förderfähig. Der Umfang der förderfähigen Teilzeit richtet sich nach den Regelungen der jeweils geltenden Weiterbildungsordnung.

Die Mindestdauer der zu fördernden Weiterbildungsabschnitte bei **ganztägiger Beschäftigung (= 100 %)** beträgt drei Monate. 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 (z. B. in Verbünden) sind förderfähig, sofern die jeweils geltende Weiterbildungsordnung dies ermöglicht. Ein entsprechender Antrag muss vom Antragsteller 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 drei 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 drei 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 eine **geplante und dokumentierte Rotation im Rahmen einer Verbundweiterbildung**.

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.

7. Verlängerung/ Unterbrechung der Förderung

Soll ein bereits gefördertes Weiterbildungsverhältnis verlängert werden, muss im Ausschreibungszeitraum ein Neuantrag gestellt werden.
Aufgrund eines Beschäftigungsverbots wegen Schwangerschaft, wegen Mutterschutz, Elternzeit, Pflege naher Angehöriger oder schwerer Krankheit kann die Weiterbildung vorübergehend unterbrochen werden. Die **Unterbrechung** darf jedoch **nicht mehr als sechs Monate** betragen (zuzüglich der Zeit des gesetzlichen Mutterschutzes sowie der Dauer des Beschäftigungsverbotes). Während dieser Unterbrechung wird die bewilligte Förderung „reserviert“. Wird die Weiterbildung länger unterbrochen, kann eine erneute Förderung nur über einen Neuantrag innerhalb eines neuen Ausschreibungszeitraumes erfolgen.

8. Höhe der Förderung/ Aufstockung aus eigenen Mitteln

Der Förderbetrag beträgt für eine Vollzeitstelle monatlich 5.800,00 €. Für Teilzeitbeschäftigungen wird der Förderbetrag entsprechend des Umfangs der Tätigkeit anteilig bemessen. Der Förderbetrag ist ein Zuschuss zum Bruttogehalt 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 Gesamtsozialversicherungs-beitrag**.

Soweit der von uns gezahlte Förderbetrag in Höhe von 5.800,00 € im konkreten Fall die im Krankenhaus übliche Vergütung unterschreitet, ist der an den Weiterbildungsassistenten weiterzuleitende Förderbetrag **von der anstellenden Praxis/ dem anstellenden MVZ auf das Niveau der im Krankenhaus üblichen Vergütung anzuheben und in dieser Höhe vollständig an den Weiterbildungsassistenten auszuzahlen**. Die Praxis muss in diesem Fall den zur Anhebung auf dieses Vergütungsniveau erforderlichen Differenzbetrag **aus eigenen Mitteln aufstocken**. Die Anhebung des Förderbetrages **betrifft ausschließlich das zwischen Ihnen und Ihrem Weiterbildungsassistenten bestehende Arbeitsverhältnis** und muss uns gegenüber nicht nachgewiesen werden!

Zur Bestimmung „der im Krankenhaus üblichen Vergütung“ **orientiert sich die neue Vereinbarung am Tarifvertrag Ärzte des Verbandes Kommunaler Arbeitgeber (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 anzusetzen.

Sollten Sie zu dem Ergebnis gelangen, dass Ihr Weiterbildungsassistent **erst über eine für die jeweilige Fachrichtung der Weiterbildung relevante Berufserfahrung verfügt, die mit der Stufe 1 vergleichbar ist**, müssen Sie an den Weiterbildungsassistenten mindestens den von uns gewährten Förderbetrag in Höhe von 5.800,00 € vollständig weitergeben. Der Förderbetrag von 5.800,00 € unterschreitet die im Krankenhaus übliche Vergütung ab der Entwicklungsstufe 2, d.h. ab vorhandener einjähriger ärztlicher Berufserfahrung des Weiterbildungsassistenten.

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 & Texte/ TV-Ärzte*“. Bei rückwirkenden Tariferhöhungen hat der Weiterbildungsassistent demnach i.d.R. auch Anspruch auf eine rückwirkende Anpassung des Anhebungsbetrags.

9. 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.

10. Mitwirkungspflicht des Antragstellers

Sollte die Bayerische Landesärztekammer bei Prüfung der Anrechnungsfähigkeit des Weiterbildungsabschnitts feststellen, dass ergänzende Unterlagen seitens des Antragstellers zur Prüfung notwendig sind, die nicht Bestandteil eines vollständigen Antrags i.S.v. Ziffer 6.1 Satz 4 der Richtlinie der KVB zur Förderung der fachärztlichen Weiterbildung nach § 75a SGB V sind, ist der Antragsteller verpflichtet, diese innerhalb der von der KVB zur Nachreichung gesetzten Frist vorzulegen. Bitte beachten Sie, dass nach Ablauf dieser Frist die fehlende Aufklärbarkeit der Anrechnungsfähigkeit zu Lasten des Antragstellers geht und die Fördervoraussetzung der Anrechnungsfähigkeit des Weiterbildungsabschnitts als nicht gegeben anzusehen ist.

11. Weiterführende Informationen und Rechtsgrundlagen

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

Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V:
https://www.kbv.de/documents/infothek/rechtsquellen/weitere-vertraege/praxen/weiterbildung/Foerderung_Allgemeinmedizin.pdf in der Rubrik „Service / Rechtsquellen / Weitere Rechtsquellen / zur Praxisführung / Weiterbildung“

Richtlinie der KVB zur Förderung der fachärztlichen Weiterbildung nach § 75a SGB V:
www.kvb.de in der Rubrik „für unsere Mitglieder / Praxisführung / Förderungen / Weiterbildungsförderung“

SGB V und Bundesärzteverordnung:
www.gesetze-im-internet.de

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter www.kvb.de/ueber-uns/erhebung-personenbezogener-daten.

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 29.11.2022, geändert am 23.09.2024

Antragsteller:

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

☐ **Hiermit 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).
- Privat krankenversicherte Ärzte in Weiterbildung können sich von der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht befreien lassen. In diesem Fall erhält der Arzt 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 im Rahmen der Beschäftigung beträgt drei zusammenhängende Monate. Sofern die Dauer des zu fördernden Weiterbildungsabschnittes unter drei Monaten liegt, habe ich dies im Antrag begründet.
- 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**.
- **Rückzahlung:**
  Sofern ich den Weiterbildungsassistenten nicht im Rahmen einer fachärztlichen Weiterbildung nach § 3 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 zurückgefordert 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/ 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** _____

ggf. 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 Fachärztinnen und Fachärzte 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 im Rahmen von geplanten und dokumentierten Rotationen (z.B. im Verbund) (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/ 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:

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 beim Antragsteller tätiger **Weiterbilder**

Stempel Antragsteller

Weitere Hinweise zur Datenverarbeitung, zu Ansprechpartnern und Datenschutzbeauftragten der KBV finden Sie hier: https://www.kbv.de/html/datenschutz.php

Anlage C

Erklärung des Assistenten nach § 3 Abs. 2 Nr. 2, 3, 5e und 6, Abs. 3 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 29.11.2022, geändert am 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 5.800,00 € (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 5.800,00 € 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 **Weiterbildung** zum _____
  Facharztbezeichnung
  zu **absolvieren** und bis in ☐ 6 Monaten, ☐ 12 Monaten oder ☐ später an der entsprechenden **Facharztprüfung** teilzunehmen.
- Ich verpflichte mich, den in der Praxis des Antragstellers ableistbaren Weiterbildungsabschnitt als Teil dieser Weiterbildung zu nutzen.
- Ich beabsichtige nach Beendigung meiner Weiterbildungszeit im vertragsärztlichen Bereich in der geförderten Facharztweiterbildung tätig zu sein.

Dem Antrag ist ein Nachweis über eine Weiterbildungsplanung bzw. der Nachweis (z.B. Rotationsplan) über eine Weiterbildung im Rahmen von geplanten und dokumentierten Rotationen (z.B. im Verbund) beizulegen (siehe Anlage E). 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).

☐ Ich bin damit einverstanden, dass die KVB diesen Antrag zusammen mit der Aufstellung meiner bisherigen ärztlichen Tätigkeiten 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 Fachärztinnen und Fachärzte 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. 8 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.

Weitere Hinweise zur Datenverarbeitung, zu Ansprechpartnern und Datenschutzbeauftragten der KBV finden Sie hier: https://www.kbv.de/html/datenschutz.php

* 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 KVB erfragt werden.

Anlage E

Nachweis des Assistenten über die Weiterbildungsplanung
(Bitte nur ausfüllen, falls Weiterbildung im Rahmen von geplanten und dokumentierten Rotationen (z.B. im Verbund) ***erfolgt!)***

Assistent

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

Beginn (tt.mm.jjjj)	Ende (tt.mm.jjjj)	Fachgebiet	Weiterbildungsstätte	Ort

☐ **Die gesamte Planung der Verbundweiterbildung ist noch nicht abgeschlossen.** Aus diesem Grund werde ich spätestens drei Monate vor Abschluss meines zuletzt absolvierten Weiterbildungsabschnittes diese Erklärung für meine Weiterbeschäftigung als Arzt/Ärztin in Weiterbildung ergänzen und nachreichen.

Ort, Datum

Unterschrift Assistent