Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Sicherstellung
Elsenheimerstr. 39
80687 München

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

Antrag auf Förderung der Bereichsweiterbildung zur Erlangung der Zusatzbezeichnung Klinische Neuropsychologie

in Praxen niedergelassener Vertragspsychotherapeuten gemäß der Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zur Förderung der Bereichsweiterbildung zur Erlangung der Zusatzbezeichnung Klinische Neuropsychologie für Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gemäß Teil 3 Abschnitt B I. der Sicherstellungsrichtlinie-Strukturfonds

1. Allgemeine Angaben

Antragsteller (Weiterbildender Vertragspsychotherapeut; 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 Vertragspsychotherapeut

☐ 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: _____ Datum

2. Beantragung

Beantragt wird die Förderung Bereichsweiterbildung zur Erlangung der Zusatzbezeichnung Klinische Neuropsychologie gemäß der Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zur Förderung der Bereichsweiterbildung zur Erlangung der Zusatzbezeichnung Klinische Neuropsychologie für Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gemäß Teil 3 Abschnitt B I. der Sicherstellungsrichtlinie-Strukturfonds

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

Beantragter Förderzeitraum:

Von _____ Bis _____

Die Weiterbildung erfolgt durch

☐ dem Antragsteller persönlich und/*oder*

☐ dem folgenden beim Antragsteller tätigen Weiterbilder:

LANR: I__I__I__I__I__I__I__I__I__I Titel _____

Name _____, Vorname _____

Geburtsdatum _____ Facharztbezeichnung _____

☐ Angestellter Weiterbilder bei o. g. Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft

☐ Angestellter Weiterbilder im o. g. MVZ

☐ Vertragspsychotherapeut im o. g. MVZ

☐	**Zeugnisse**	Sämtliche Zeugnisse über psychotherapeutische Tätigkeiten des Weiterbildungsassistenten ab Erteilung der Approbation als Psychologsicher Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut Den **Zeugnissen muss unbedingt zu entnehmen sein**, ob die Beschäftigung Vollzeit oder Teilzeit erfolgte.

Genehmigung zur Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten (Assistentengenehmigung)
Bitte beachten Sie, dass die o.g. Genehmigung im Vorfeld zum Förderantrag zu beantragen ist (sofern noch nicht erfolgt), da diese eine Grundvoraussetzung für die Förderung darstellt.

☐ Genehmigung liegt bereits vor

☐ Genehmigung wurde beantragt

Ich (Antragsteller und ggf. der beim Antragsteller tätige weiterbildende Psychotherapeut) 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-Vertretungsberechtigter / MVZ-Vertretungsberechtigter

Bei Antragstellung für einen beim Antragsteller tätigen Weiterbilder zusätzlich:

Ort, Datum

Unterschrift beim Antragsteller tätiger Weiterbilder

Stempel Antragsteller

Checkliste	**Sind dem Antrag beigefügt**
1) Ausgefülltes Formblatt: Aufstellung der bisherigen psychotherapeutischen Tätigkeiten in chronologischer Reihenfolge (Seite 4)	☐
2) Ausgefüllte Anlagen A & B	☐

Name Weiterbildungsassistent: …….....

Beantragt wird eine Förderung für den aktuellen / geplanten Weiterbildungsabschnitt zur Erlangung der Zusatzbezeichnung Klinische Neuropsychologie

Tätigkeitsumfang: ☐ Vollzeit ☐ Teilzeit, Tätigkeitumfang der vollen Arbeitszeit in % _____ (z. B. 50 %)

Bisherige Tätigkeiten des Weiterbildungsassistenten:

Nr.	von	bis	Tätigkeitsanschrift	Name des Arbeitgebers/ Weiterbilders	Art der Tätigkeit	Tätigkeitsumfang der Arbeitszeit in %
1						
2						
3						
4						
5						

Füllt die KVB aus:

Die Förderung wird bewilligt für den Zeitraum:		Prüfung durch:	
von	**bis**	**Name**	**Unterschrift**

Förderantrag – 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 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 mit zu unterzeichnen. Der Förderbescheid wird dem MVZ erteilt.

1. Rechtsanspruch

Ein Rechtsanspruch auf Gewährung der Förderung besteht nicht. Eine Förderung kann nur erfolgen, sofern die Voraussetzungen der Förderung vollständig erfüllt werden und soweit das Kontingent von fünf förderungsfähigen Stellen noch nicht aufgebraucht ist.
Können wegen der Begrenztheit der förderungsfähigen Stellen nicht alle Anträge positiv verbeschieden werden, entscheidet die KVB über Ihren Antrag auf Gewährung der Förderung nach pflichtgemäßem Ermessen im Rahmen festgelegter Kriterien. Insoweit besteht ein Anspruch auf ermessensfehlerfreie Auswahlentscheidung.

2. Dauer der Förderung

Die Förderdauer des Weiterbildungsverhältnisses im Rahmen der Beschäftigung beträgt maximal 24 Monate in Vollzeit. Die maximale Förderdauer richtet sich nach den Vorgaben der jeweils aktuellen Fassung der Weiterbildungsordnung für die Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten sowie für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Bayerns für die Bereichsweiterbildung Klinische Neuropsychologie.

3. Verlängerung der Förderung

Eine Verlängerung der Förderung ist grundsätzlich nicht möglich. Ausnahme stellt eine Unterbrechung der Weiterbildung aufgrund von Beschäftigungsverbot durch Schwangerschaft, Mutterschutz, Elternzeit, oder schwerer Krankheit dar. Die Unterbrechung darf nicht mehr als sechs Monate betragen (dies gilt jedoch zuzüglich der Zeit des gesetzlichen Mutterschutzes sowie des Beschäftigungsverbotes). Bei Wiederaufnahme nach Ablauf der maximalen Aussetzungsfrist kann keine Förderung mehr gewährt werden.

4. Teilzeitbeschäftigungen

Teilzeitbeschäftigungen sind förderfähig.

5. Finanzieller Förderumfang

Der Förderbetrag beträgt für eine Vollzeitstelle monatlich 2.900,00 €. Für Teilzeitbeschäftigungen wird der Förderbetrag entsprechend des Umfangs der Tätigkeit anteilig bemessen. Der Förderbetrag ist ein Zuschuss zum Brutto-Gehalt des Psychotherapeuten 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.

Die Bewilligung der Förderung kann widerrufen werden, wenn die Voraussetzungen der Zuwendung von Fördermitteln nicht oder nicht mehr vorliegen. Zu viel bzw. zu Unrecht gezahlte Fördermittel sind zurückzuzahlen.

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

KVB
Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

Anlage A

Erklärung des Antragstellers nach Teil 2 Abschnitt B & C der Sicherstellungsrichtlinie-Strukturfonds in Verbindung mit den Ziffern 3.5 und 4.7 der Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zur Förderung der Bereichsweiterbildung zur Erlangung der Zusatzbezeichnung Klinische Neuropsychologie für Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gemäß Teil 3 Abschnitt B I. der Sicherstellungsrichtlinie-Strukturfonds, in Kraft getreten am 05.07.2025.

Antragsteller:

Titel _____, Name _____, Vorname _____

☐ **Hiermit erkläre ich, nachfolgend genannte Anforderungen zu erfüllen:**

- 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
- Mir ist bekannt, dass sich privat krankenversicherte Psychotherapeuten in Weiterbildung von der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht befreien lassen können. In diesem Fall erhält der Psychotherapeut 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 der geförderten Weiterbildungszeit sende ich der KVB einen **Nachweis über** die an den Weiterbildungsassistenten **weitergegebenen Förderbeträge**, ggf. mittels Bescheinigung des Steuerberaters, zu.
- Sollte ich den Weiterbildungsassistenten nicht im Rahmen der Bereichsweiterbildung Klinische Neuropsychologie beschäftigen, **zahle ich** die bewilligten und an mich bereits ausgezahlten **Förderbeträge an die KVB zurück**.
- Ich **erstatte** der KVB die erhaltenen Förderbeträge in voller Höhe **bei missbräuchlicher Verwendung**, insbesondere wenn
  - die Fördersumme nicht in voller Höhe an den Weiterbildungsassistenten ausgezahlt wird;
  - die Weiterbildung nicht im Einklang mit der Weiterbildungsordnung und nicht vereinbarungsgemäß erfolgt.
- Das vorzeitige Ausscheiden des Weiterbildungsassistenten aus dem Beschäftigungsverhältnis sowie Änderung von anderen, für die Gewährung der Fördermittel wesentlichen Umstände, werde ich **der KVB unverzüglich mitteilen**.

_____ _____

Ort, Datum

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

Stempel Antragsteller

KVB
Kassenärztliche
Vereinigung
Bayerns

Anlage B

Erklärung des Assistenten

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 2.900 € (Vollzeit) bzw. anteilig entsprechend des Umfanges der Teilzeittätigkeit als Zuschuss zum monatlichen Bruttoarbeitslohn in voller Höhe als Anteil der Vergütung an mich weitergibt.
- 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 Bereichsweiterbildung Klinische Neuropsychologie zu **absolvieren** und an der entsprechenden **Prüfung** teilzunehmen.
- Ich verpflichte mich, die in der Praxis des Antragstellers ableistbare Weiterbildungszeit als Teil dieser Bereichsweiterbildung zu nutzen.
- Ich beabsichtige nach Beendigung meiner Weiterbildungszeit im vertragsärztlichen Bereich tätig zu sein.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift Assistent