



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich Sicherstellung
Pappelallee 5
14469 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Geschäftsbereich
Qualitätssicherung / Sicherstellung

E-Mail: arzt-werden@kvbb.de

Antrag auf Gewährung von Zuschüssen im Rahmen der Weiterbildung

entsprechend der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gem. § 75a SGB V

Antragsteller:

Name, Vorname: _____

Weiterbilder: _____
(bei Abweichungen zum Antragsteller z.B. MVZ)

Praxisanschrift
Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Praxisort: _____

Hiermit beantrage ich die Gewährung eines Zuschusses im Rahmen der Weiterbildung zur
Fachärztin/zum Facharzt für:

Allgemeinmedizin

Kinder- und Jugendmedizin

Allgemeinchirurgie

Kinder- und Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie

Augenheilkunde

Neurologie

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Psychiatrie und Psychotherapie

Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Urologie

Haut- und Geschlechtskrankheiten

Achtung! Ab dem 01.01.2027 erfolgt die Auszahlung der Zuschüsse automatisch auf das Honorarkonto!

IBAN: _____

Kontoinhaber: _____
(bei Abweichungen zum Antragsteller)

Arzt/Ärztin in Weiterbildung

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort: _____

Weiterbildungszeitraum in meiner Praxis: von: _____ bis: _____

Ich beantrage die Förderung für die Zeit: von: _____ bis: _____

Tätigkeitsumfang: ☐ ganztägig ☐ 20h/Woche ☐ 30h/Woche ☐ ___ h/Woche

Achtung! Förderung nur mit deutscher Approbation möglich!

monatl. Entgelt lt. beiliegender Kopie des Arbeitsvertrages: _____ €

(Zur Abführung der Lohnsteuer und der Beiträge zur Sozialversicherung bitten wir, das beigefügte Merkblatt mit Allgemeinen Hinweisen zu beachten)

Die Richtlinie der KV Brandenburg zur Förderung der Weiterbildung sowie die Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung zwischen der KBV und den Verbänden der Krankenkassen finden Sie auf unserer Internetseite unter <https://www.kvbb.de/praxiseinstieg/studium-weiterbildung/downloads>.

Erklärung des Antragstellers

1. Die Genehmigung zur Anstellung von Herrn/Frau _____ als Ärztin/Arzt in Weiterbildung im Fachgebiet _____ gem. § 32 Abs. 2 Ärzte-ZV wurde von mir am _____ bei der KV Brandenburg beantragt.
2. Die finanzielle Förderung wird in voller Höhe an die Ärztin/den Arzt in Weiterbildung weitergeleitet.
Die dafür fällige Lohnsteuer und die Beiträge zur Sozialversicherung werden über meine Praxis abgeführt, wobei ich als Arbeitgeber meinen Anteil selbst zu tragen habe.
3. Ich bestätige, dass die Weiterbildung zum Facharzt/zur Fachärztin für _____ von Frau/Herrn _____ unter meiner Aufsicht ununterbrochen entsprechend der Weiterbildungsordnung durchgeführt wird.
4. Den vorzeitigen Abbruch bzw. eine Unterbrechung der Weiterbildungsmaßnahme innerhalb des geförderten Zeitraumes werde ich unverzüglich der KV Brandenburg mitteilen.
5. Ich erkläre, dass ich die Förderbeiträge an die KV Brandenburg zurückzahlen werde, sollte die geförderte Ärztin/der geförderte Arzt in Weiterbildung nicht im Rahmen einer Weiterbildung im Fachgebiet _____ beschäftigt sein.
6. Ich erkläre hiermit, der KV Brandenburg nach Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses von Frau/Herrn _____ einen Nachweis über die an die Ärztin/den Arzt in Weiterbildung weitergegebenen Förderbeträge zuzusenden (ggf. mittels Bescheinigung des Steuerberaters).
7. Nur bei Weiterbildung zur Fachärztin/zum Facharzt für Allgemeinmedizin: Ich erkläre hiermit, die Ärztin/den Arzt in Weiterbildung dahingehend zu unterstützen, die Angebote des Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin Brandenburg bestmöglich zu nutzen.
8. Ich stimme der Datenspeicherung und der Übermittlung der in der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in der ambulanten und stationären Versorgung zwischen der KBV, der DKG und dem GKV-Spitzenverband genannten Zwecke, insbesondere der gemäß § 9 o.g. Vereinbarung benötigten Daten zu. Datenschutzrechtliche Vorgaben bleiben im Übrigen unberührt.

Gleichzeitig bestätige ich mit der Einwilligungserklärung, dass ich die Möglichkeit der Einsichtnahme in o.g. Vereinbarung und deren Anlagen zur Kenntnis genommen habe.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Antragstellers

Einwilligung Datenerhebung und -verarbeitung – Weiterbilder/ Weiterbilderin

Vorbemerkung

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 Kassenärztlichen Vereinigung widerrufen können.

Einwilligung in Datenerhebung und -verarbeitung

Der/die Unterzeichner/in erklärt sich einverstanden, dass die 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 genannten beteiligten Institutionen ausgetauscht und verarbeitet werden dürfen. Im Rahmen des Mittelnachweises werden folgende Daten von der Kassenärztlichen Vereinigung erhoben und an die Kassenärztliche Bundesvereinigung übermittelt, die diese Daten zusammenführt und dem GKV-Spitzenverband sowie dem PKV-Verband im Rahmen der Jahresabrechnung als Verwendungsnachweis weiterleitet:

Erhoben und übermittelt werden insbesondere folgende Daten:

- a. Familienname, Vorname, Titel, Facharztbezeichnung des Weiterbilders/der Weiterbilderin
- b. Praxisort, PLZ des Praxisorts, Name des Planungsbereichs
- c. Förderungsbeginn und –ende, Förderungsdauer in Monaten sowie Angabe jahresübergreifende Förderung (j/n), vollzeitige oder teilzeitige Weiterbildung
- d. Förderungsart (Unterversorgung/drohende Unterversorgung); Förderbetrag gesamt und Förderbetrag KV-Anteil
- e. Teilnahme an einem Weiterbildungsverbund (j/n)

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

Im Rahmen der Evaluation der Weiterbildung werden die Daten gemäß a) und b) von der Kassenärztlichen Vereinigung an die Landesärztekammer Brandenburg übermittelt: Die Landesärztekammer Brandenburg benötigt die Daten zur Durchführung der Weiterbildungsbefragung gemäß der Förderrichtlinie § 7 Abs. 2, Pkt. 5.

Ich bin damit einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung diese Daten an die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Landesärztekammer Brandenburg übermittelt und diese nach § 67b SGB X durch die beteiligten Institutionen verarbeitet werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung gegenüber der KV jederzeit widerrufen kann. Der Widerruf erfolgt gegenüber der KV Brandenburg. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Die bis zum Widerruf erhobenen Daten werden für den Mittelverwendungsnachweis gegenüber den oben genannten Institutionen eingesetzt, sofern diese noch für den Verwendungsnachweis einer Jahresabrechnung benötigt werden. Die bis zum Widerruf erhobenen Daten stehen für Anhang 1 zur Anlage III zur Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75 a SGB V Stand: 12. Dez. 2017 Seite 11 von 11 die beschriebene, turnusmäßige Gesamtevaluation der Weiterbildungsförderung weiterhin zur Verfügung.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/ Antragstellerin

Bei Antragstellung für einen beim Antragssteller tätigen Weiterbilder/Weiterbilderin zusätzlich

Ort, Datum

Unterschrift Weiterbilder/ Weiterbilderin

Anlage 2

Erklärung der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung gemäß Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Straße, Nr.: _____
PLZ: _____
Wohnort: _____
E-Mail: _____
Tel.-Nr.: _____

1. Ich erkläre hiermit, dass der in der Praxis von Frau / Herrn _____ abgeleistete Weiterbildungsabschnitt als Teil meiner Weiterbildung dient und ich die Absicht erkläre, nach Beendigung meiner Weiterbildungszeit als Vertragsarzt im Land Brandenburg tätig zu sein.

Für den Fall eines durch mich (schuldhaft) verursachten bzw. veranlassten vorzeitigen Beendens der Weiterbildung verpflichte ich mich, den Teil der öffentlichen Fördermittel unverzüglich an die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg zurückzuzahlen.

2. Ich erkläre hiermit, die vorgeschriebene Weiterbildung zum Facharzt/zur Fachärztin für _____ zu absolvieren und an der entsprechenden Facharztprüfung teilzunehmen. Die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg ist über den Erhalt des Facharztabschlusses zu informieren (Zusendung einer Kopie der Facharzturkunde).
3. Ich erkläre hiermit, der KV Brandenburg nach Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses bei Frau/Herrn _____ einen Nachweis der an mich weitergeleiteten Förderbeträge zuzusenden.
4. Nur bei Weiterbildung zur Fachärztin/zum Facharzt für Allgemeinmedizin: Ich nehme zur Kenntnis, dass die Einschreibung beim Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin Brandenburg (www.kw-brandenburg.de) sowie die Teilnahme an deren Angeboten ausdrücklich empfohlen wird.
5. Ich stimme der Datenspeicherung und der Übermittlung der in der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in der ambulanten und stationären Versorgung zwischen der KBV, der DKG und dem GKV-Spitzenverband genannten Zwecke, insbesondere der gemäß § 9 o.g. Vereinbarung benötigten Daten zu. Datenschutzrechtliche Vorgaben bleiben im Übrigen unberührt.

Ort, Datum

Unterschrift der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung

Anlage 3

Erklärung der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung gemäß Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung

Als Grundlage für die Berechnung der Förderfähigkeit dienen ausschließlich die Brandenburger Weiterbildungsordnungen (WBO). Bei Beginn der Weiterbildung vor dem 20.07.2020 haben Sie die Möglichkeit, die Facharztprüfung auch nach der WBO von 2005 abzulegen. Bitte geben Sie an, nach welcher WBO Sie geprüft werden. Sollten Sie die Facharztprüfung nach der WBO eines anderen Bundesland ablegen, dient die WBO vom 20.07.2020 des Landes Brandenburg als Berechnungsgrundlage.

- ☐ die Weiterbildung wird nach der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Brandenburg **gültig seit dem 26.10.2005** durchgeführt
- ☐ die Weiterbildung wird nach der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Brandenburg **gültig seit dem 20.07.2020** durchgeführt
- ☐ die Weiterbildung wird nach der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer _____ durchgeführt

Angaben zum bisherigen Weiterbildungsverlauf (Bitte auch Unterbrechungen wie Mutterschutz u. Elternzeit angeben)				
Beginn TT.MM.JJ	Ende TT.MM.JJ	Fachgebiet (FG des Weiterbilders)	Weiterbildungsstätte/Praxis	Beschäfti- gungsumfang h/Woche

Ich habe bereits eine Facharztanerkennung als _____

Meine Facharztprüfung erfolgte am _____

**Bitte beachten Sie, dass bei wahrheitswidrigen Angaben die Förderzusage erlischt!
In diesen Fällen können bewilligte Fördergelder vollständig oder teilweise zurückgefordert werden!**

Im Zusammenhang mit der Umsetzung der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der ambulanten und stationären Versorgung zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung und im Benehmen mit der Bundesärztekammer (BÄK) erkläre ich, folgende(n) Weiterbildungsabschnitt(e) zum Zwecke meiner Weiterbildung zu nutzen:

Angaben zum geplanten Weiterbildungsverlauf (12 Monate sind verpflichtend anzugeben)			
Beginn TT.MM.JJ	Ende TT.MM.JJ	Fachgebiet (FG des Weiterbilders)	Weiterbildungsstätte/Praxis

Das voraussichtliche Ende meiner Facharztweiterbildung plane ich zum: _____

Ort, Datum

Unterschrift der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung

Einwilligung Datenerhebung und -verarbeitung – Weiterzubildende

Vorbemerkung

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.

Einwilligung in Datenerhebung und -verarbeitung

Der/die Unterzeichner/in erklärt sich 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 Kassenärztlichen Bundesvereinigung oder einer, von den Vereinbarungspartnern beauftragten Stelle verarbeitet:

- a. Familienname, Vorname
- b. Geburtsdatum und Geburtsname
- c. Arztnummer (AiW-Nr.)
- d. Angaben zum Verlauf der Weiterbildung: KV-Bereich, Förderzeitraum, Fachgebiete, Weiterbildungsziel, Tätigkeitsumfang, ausgezahlte Fördergelder, bestehende Facharztanerkennungen
- e. Erwerb der Facharztanerkennung,
- f. 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 KV die oben genannten Daten an die genannten Institutionen übermittelt und diese durch die genannten Institutionen für die genannten Zwecke verarbeitet werden. Die Speicherung meiner Daten bei dem Gesamtevaluator der Weiterbildungsförderung (gegenwärtig die KBV) dauert zehn Jahre nach Erhalt der Facharztanerkennung an. Sofern zehn Jahre nach Förderende keine Facharztanerkennung erworben oder nachgewiesen wurde, werden die Daten gelöscht. Zudem bin ich damit einverstanden, dass die KV und die Koordinierungsstelle Weiterbildung Allgemeinmedizin Brandenburg (KoWAB) meine Kontaktdaten zwecks Kontaktaufnahme und Beratung verwenden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung gegenüber der KV jederzeit widerrufen kann. Der Widerruf erfolgt gegenüber der KV Brandenburg. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Die bis zum Widerruf erhobenen Daten werden für den Mittelverwendungsnachweis gegenüber den oben genannten Institutionen eingesetzt, sofern diese noch für den Verwendungsnachweis einer Jahresabrechnung benötigt werden. Die bis zum Widerruf erhobenen Daten stehen für die beschriebene, turnusmäßige Gesamtevaluation der Weiterbildungsförderung weiterhin zur Verfügung.

Abfrage zur weiteren Datennutzung - bitte ankreuzen (nur bei Weiterbildung zur Fachärztin/ zum Facharzt für Allgemeinmedizin)

Ich bin damit einverstanden, dass meine Kontaktdaten für den Zweck der Kontaktaufnahme und Beratung auch an das Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin Brandenburg weitergeleitet werden.

Ort, Datum

Unterschrift der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung

Allgemeine Hinweise

Nach Antrag des Vertragsarztes, der eine Stelle zur Weiterbildung vorhält, wird die KV Brandenburg bei Vorliegen aller Voraussetzungen jeweils **zu Beginn des Folgemonats einen Zuschuss von 5.800,- Euro an den Praxisinhaber** überweisen. Dabei hat der Praxisinhaber arbeitsvertraglich eine Bruttovergütung mindestens in Höhe der Förderung zu vereinbaren.

Da der Zuschuss **nicht steuerbefreit** ist, unterliegt er beim Praxisinhaber der üblichen steuerlichen Behandlung. Demzufolge wird der **Zuschuss** einerseits beim Praxisinhaber als **Betriebseinnahme** vereinnahmt. Wegen der übernommenen Verpflichtung zur Weitergabe an den Assistenten ist **ein Betrag gleicher Höhe** andererseits auch **Betriebsausgabe**, so dass der Zuschuss für den Praxisinhaber wirtschaftlich einen durchlaufenden Posten darstellt.

Wegen der von der arbeitsrechtlichen, sozialversicherungsrechtlichen und steuerlichen Rechtsprechung für nicht-selbständige Tätigkeit entwickelten Merkmale, wie

- organisatorische Eingliederung in die Praxis
- feste Bezüge
- kein Unternehmerrisiko u.a.

wird ein/e Ärztin/Arzt in Weiterbildung auch dann als Angestellter anzusehen sein, wenn Lohnfortzahlung, Urlaubsanspruch u.a. nicht ausdrücklich vereinbart sind. Für die Dauer der Weiterbildungszeit sollte unbedingt ein schriftlicher Arbeitsvertrag abgeschlossen werden, der in aller Regel befristet ist.

Klarstellend sei erwähnt, dass die tatsächlich vorliegenden Verhältnisse einer Arbeitnehmereigenschaft nicht vertraglich ausgeschlossen werden können. Um eine mögliche Haftung für die Lohnsteuer und insbesondere für die Beiträge zur Sozialversicherung (Arbeitsgeber- und Arbeitnehmeranteil) zu vermeiden, ist dem Praxisinhaber daher zu raten, einen/eine Arzt/Ärztin in Weiterbildung arbeitsrechtlich, sozialversicherungsrechtlich und lohnsteuerlich so zu behandeln wie andere Angestellte seiner Praxis. Daher erstellt der Praxisinhaber die Gehaltsabrechnung des/der Arzt/Ärztin in Weiterbildung unter Einbehalt und Abführung der gesetzlichen Abzüge.