



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich Sicherstellung
Pappelallee 5
14469 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Geschäftsbereich
Qualitätssicherung / Sicherstellung

Antrag auf Gewährung von Zuschüssen im Rahmen der Weiterbildung

entsprechend der Vereinbarung zur Vergabe finanzieller Mittel aus dem Strukturfonds

Antragsteller:

Name, Vorname: _____

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

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Praxisort: _____

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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Frauenheilkunde und Geburtshilfe | <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin |
| <input type="checkbox"/> Haut- und Geschlechtskrankheiten | <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie |
| <input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohrenheilkunde | <input type="checkbox"/> Neurologie |
| <input type="checkbox"/> Urologie | <input type="checkbox"/> Psychiatrie und Psychotherapie |
| <input type="checkbox"/> Innere Medizin und Rheumatologie | <input type="checkbox"/> Allgemein Chirurgie |

IBAN:

Kontoinhaber: _____
(bei Abweichungen zum Antragsteller)

Arzt/Ärztin in Weiterbildung

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort: _____

Ich beantrage die Förderung für die Zeit:

Weiterbildungszeitraum in meiner Praxis: von: _____ bis: _____

Beantragter Förderzeitraum: von: _____ bis: _____

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 Ausführbestimmungen zur Vergabe der finanziellen Mittel aus dem Strukturfonds für die fachärztliche Weiterbildung finden Sie auf unserer Internetseite unter: <https://www.kvbb.de/praxiseinstieg/studium-weiterbildung/aerzte-in-weiterbildung>

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. Ich stimme der Datenspeicherung 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

Anlage 1

Einwilligung Datenerhebung und -verarbeitung – Weiterbilder/ Weiterbilderin

Vorbemerkung

Die Förderung der Weiterbildung wird durch den Strukturfonds der Kassenärztlichen Vereinigungen finanziert. Die Förderung zielt darauf, eine bedarfsgerechte Sicherung vertragsärztlicher Tätigkeit für bestimmte Facharztgruppen zu ermöglichen.

Zur Überprüfung der Wirksamkeit wird das Förderprogramm evaluiert. Zum Zwecke des Abrechnungsnachweises und der Evaluation des Förderprogramms werden personenbezogene Daten nach § 67b SGB X erhoben und verarbeitet.

Für die Datenverarbeitung und -nutzung der personenbezogenen Daten durch die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg ist nach § 67b SGB X Ihre Einwilligung erforderlich, die Sie gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg 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 verarbeitet werden dürfen. Im Rahmen des Mittelnachweises werden folgende Daten von der Kassenärztlichen Vereinigung erhoben:

- 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
- e. Teilnahme an einem Weiterbildungsverbund (j/n)

Diese Daten können bei der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg 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 Brandenburg diese Daten verarbeiten darf.

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg jederzeit widerrufen kann. 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 eingesetzt, sofern diese noch für den Verwendungsnachweis einer Jahresabrechnung benötigt werden.

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.
3. Ich erkläre hiermit, der KV Brandenburg nach Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses bei Frau/Herrn _____ einen Nachweis der an mich weitergeleiteten Förderbeträge zuzusenden.
4. Ich stimme der Datenspeicherung 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

- 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				
Beginn TT.MM.JJ	Ende TT.MM.JJ	Fachgebiet	Weiterbildungsstätte/Praxis	Vollzeit/ Teilzeit h/Woche

Ich habe bereits eine Facharztanerkennung als _____

Meine Facharztprüfung erfolgte am _____

Bei wahrheitswidrigen Angaben erlischt die Förderzusage.

Hiermit 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	Weiterbildungsstätte/Praxis

Voraussichtlicher Termin der Facharztprüfung ist am _____

Ort, Datum

Unterschrift der Ärztin/des
Arztes in Weiterbildung

Anlage 4

Einwilligung Datenerhebung und -verarbeitung – Weiterzubildende

Vorbemerkung

Die Förderung der Weiterbildung wird durch den Strukturfonds der Kassenärztlichen Vereinigungen finanziert. Die Förderung zielt darauf, eine bedarfsgerechte Sicherung vertragsärztlicher Tätigkeit für bestimmte Facharztgruppen zu ermöglichen.

Zur Überprüfung der Wirksamkeit wird das Förderprogramm evaluiert. Zum Zwecke des Abrechnungsnachweises und der Evaluation des Förderprogramms werden personenbezogene Daten nach § 67b SGB X erhoben und verarbeitet.

Für die Datenverarbeitung und -nutzung der personenbezogenen Daten durch die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg ist nach § 67b SGB X Ihre Einwilligung erforderlich, die Sie gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg 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 verarbeitet werden dürfen.

Im Rahmen des Mittelnachweises werden folgende Daten von der Kassenärztlichen Vereinigung erhoben:

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 halbtägige Weiterbildung, Förderbetrag gesamt, Teilnahme an einer Verbundweiterbildung (ja/nein)

Diese Daten können bei der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg 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 der Kassenärztlichen Vereinigungen Brandenburg und der Landesärztekammer zusammengeführt und 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

Ich bin damit einverstanden, dass die KVBB die oben genannten Daten an die Landesärztekammer übermittelt und diese durch die Landesärztekammer für die genannten Zwecke verarbeitet werden. Die Speicherung meiner Daten dauert zehn Jahre nach Erhalt der Facharztanerkennung an. Sofern zehn Jahre nach Förderende keine Facharztanerkennung erworben oder nachgewiesen wurde, werden die Daten gelöscht.

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung gegenüber der KVBB jederzeit widerrufen kann. 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 eingesetzt, sofern diese noch für den Verwendungsnachweis einer Jahresabrechnung benötigt 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 5.400,- 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.