

Antrag der Genehmigung zur Beschäftigung einer Ärztin/eines Arztes in Weiterbildung und der finanziellen Förderung fachärztlicher Weiterbildung bei festgestellter Unterversorgung oder festgestellter drohender Unterversorgung gemäß Sicherstellungsrichtlinie Kapitel 3.6

Die Beschäftigung und finanzielle Förderung einer Ärztin/eines Arztes in Weiterbildung setzt die Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen voraus. Bitte lassen Sie uns hierfür das vollständig ausgefüllte Antragsformular mit den erforderlichen Nachweisen zukommen.

Bitte beachten Sie, dass alle Felder verpflichtend auszufüllen sind!

1. Antragsteller

Medizinisches Versorgungszentrum Berufsausübungsgemeinschaft Einzelpraxis

Name, Vorname _____

Betriebsstättennummer (BSNR) _____

Geschäftsführer/ Kaufmännische Leitung (BAG/MVZ) _____

PLZ/ Ort _____

Straße _____

Telefon _____ Fax _____

E-Mail _____

2. Ärztin/Arzt in Weiterbildung

Geschlecht: männlich weiblich divers

Nachname _____

Vorname _____

LANR (falls bereits vorhanden) _____

PLZ/ Ort _____

Straße _____

Telefon _____ Geburtsdatum _____

E-Mail _____

3. Nachweise

Für die Beschäftigung einer Ärztin/eines Arztes in Weiterbildung sind die nachfolgend aufgeführten Unterlagen bzw. Nachweise vollständig einzureichen:

Weiterbildung im Fachgebiet (lt. Weiterbildungsbefugnis): _____

Facharztprüfung geplant im Fachgebiet: _____

Facharztprüfung geplant nach der Weiterbildungsordnung: 2005 2020

Mitteilung über die Dauer:

vom: _____ bis: _____ (TT.MM.JJJJ)

Beschäftigungsumfang: _____ (genaue Stundenzahl)

In der Praxis oder im MVZ ist die weiterbildungsbefugte Ärztin/der weiterbildungsbefugte Arzt zu benennen, dem die Verantwortung für die Ärztin/den Arzt in Weiterbildung obliegt

Weiterbildungsbefugnis der weiterbildenden Ärztin/des weiterbildenden Arztes

*Die Weiterbildungsbefugnis wird bei der Landesärztekammer Hessen beantragt:
Landesärztekammer Hessen
Hanauer Landstr. 152
60314 Frankfurt am Main
Tel: 069 97672-0*

Kopie der Approbationsurkunde der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung

Arbeitsvertrag/Anstellungsvertrag (TV-Ärzte/VKA)

4. Finanzielle Förderung

Hiermit beantrage ich die finanzielle Förderung fachärztlicher Weiterbildung bei festgestellter Unterversorgung oder festgestellter drohender Unterversorgung gemäß Sicherstellungsrichtlinie Kap. 3.6 in einem förderfähigen Weiterbildungsgebietes gemäß Anlage I der Richtlinie zur Förderung weiterer fachärztlicher Weiterbildungen in ihrer jeweils aktuellen Version.

Bitte reichen Sie zusätzlich zu den unter Punkt 3 aufgeführten Unterlagen folgende Nachweise ein:

Weiterbildungsplan der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung

(Für die Antragsstellung muss ausschließlich der Weiterbildungsplan aus unserem Downloadbereich verwendet werden. Der Weiterbildungsplan muss vollständig und lückenlos ausgefüllt sowie von der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung und der weiterbildenden Ärztin/des weiterbildenden Arztes gemäß der Weiterbildungsbefugnis unterschrieben werden.)

Kopie des Personalausweises oder Aufenthaltstitels der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung

(Benötigt werden Name, Geburtsdatum, Adresse und Gültigkeitsdatum. Die übrigen Informationen dürfen geschwärzt werden)

Unterschiedene Erklärungen/Datenschutzerklärungen (S.4-7)

Bitte senden Sie Ihren Antrag nebst Unterlagen an:

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Abteilung Qualitätsförderung
Team Förderung Weiterbildung
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt am Main
Tel: 069 24741-7007
Fax: 069 24741-68844
E-Mail: genehmigung.weiterbildung@kvhessen.de

Für Rückfragen zur **finanziellen Förderung** stehen wir Ihnen unter folgenden Kontaktdaten gerne zur Verfügung.

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Abteilung Qualitätsförderung
Team Förderung Weiterbildung
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt am Main
Tel: 069 24741-6695
Fax: 069 24741-68843
E-Mail: sirili@kvhessen.de

Alle Details zu den Regelungen finden Sie in der Sicherstellungsrichtlinie Kap. 3.6.

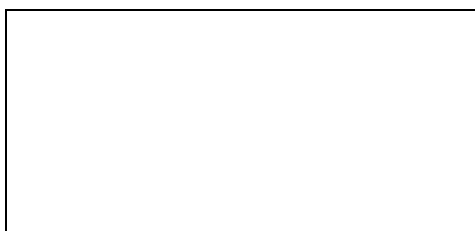
Bitte beachten Sie, dass...

- ...erst mit Eingang der vollständigen Unterlagen und Prüfung des Antrages eine Genehmigung erfolgen kann. Eine rückwirkende Genehmigung ist nicht möglich.**
- ...der Antrag möglichst vier Wochen vor Beginn der beabsichtigten Beschäftigung der Ärztin in Weiterbildung/des Arztes in Weiterbildung gestellt werden sollte, damit eine rechtzeitige Bearbeitung sichergestellt werden kann.**
- ...die Leistungen, die die Ärztin/der Arzt in Weiterbildung in Ihrer Praxis erbringt, mit der lebenslangen Arztnummer (LANR) des weiterbildenden Arztes gekennzeichnet werden.**
- ...die Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung nach § 32 Abs. 3 und 4 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) nicht zur Vergrößerung der Vertragsarztpraxis oder der Aufrechterhaltung eines übergroßen Praxisumfanges dienen darf und der Arzt in Weiterbildung zur Erfüllung der vertragsärztlichen Pflichten anzuhalten ist.**

Wir versichern, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind.

Ort, Datum

Unterschrift von mindestens einem
Bevollmächtigten der Praxis/ des MVZ



Vertragsarztstempel

Erklärung der für die Vertragsarztpraxis/das MVZ/die BAG Bevollmächtigten

- Wir erklären, dass wir die von der KVH erhaltene Förderung unverzüglich in voller Höhe als Bruttoarbeitslohn oder als dessen Bestandteil an die Ärztin/den Arzt in Weiterbildung auszahlen.
- Wir erklären, dass wir das Bruttogehalt der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung auf die im Krankenhaus übliche Vergütung gemäß dem aktuell gültigen TV-Ärzte/VKA anheben.
- Sofern wir die geförderte Ärztin/den geförderten Arzt in Weiterbildung nicht im Rahmen einer Weiterbildung im Weiterbildungsgebiet in zulässiger Weise beschäftigen, erklären wir hiermit, dass ich die Förderbeträge an die KVH zurückzahlen.
- Wir verpflichten uns, Unterbrechungen der Weiterbildung, insbesondere aus Gründen des Mutterschutzes, der Elternzeit, Betreuungszeit oder der Krankheit der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung als auch Unterbrechungen der Weiterbildung unsererseits an die KVH unverzüglich zu melden.
- Wir verpflichten uns, im Falle von Krankheitszeiten des Arztes in Weiterbildung von insgesamt jährlich nicht mehr als sechs Wochen, keine Leistungen nach dem AAG (Aufwendungsausgleichsgesetz) zu beantragen, da in diesem Fall die Förderung aufrechterhalten wird.
- Wir verpflichten uns am Ende des jeweiligen Weiterbildungsabschnittes sowie jährlich im Februar und nach Abschluss der Förderung, der KVH einen Nachweis über die an die Ärztin/den Arzt in Weiterbildung weitergegebenen Förderbeträge ggf. mittels Bescheinigung des Steuerberaters zuzusenden.
- Uns ist bekannt, dass wir ein vorzeitiges Ausscheiden der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung unverzüglich der KVH mitzuteilen habe.
- Wir verpflichten uns, der KVH unverzüglich eine Mitteilung zukommen zu lassen, falls das Arbeitsverhältnis mit dem für die Weiterbildung der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung zuständigen bei der Vertragsarztpraxis/dem MVZ/der BAG angestellten Arzt nicht mehr besteht, oder die Weiterbildungsbefugnis des für die Weiterbildung der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung zuständigen bei der Vertragsarztpraxis/dem MVZ/der BAG angestellten Arztes ungültig wird.
- Wir versichern, dass der für die Weiterbildung der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung zuständige bei der Vertragsarztpraxis/dem MVZ/der BAG angestellte Arzt in allen Belangen der Weiterbildung weisungsunabhängig ist.
- Wir verpflichten uns, bei Abbruch der Förderung vor Ablauf eines anererkennungsfähigen Weiterbildungsabschnittes der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung, die Zuschüsse an die KVH zurückzuzahlen
- Wir haben den geforderten Weiterbildungsplan für die finanzielle Förderung fachärztlicher Weiterbildungen der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung zur Kenntnis genommen.
- Wir haben zur Kenntnis genommen, dass sich die KVH das Recht vorbehält, die gezahlten Fördergelder zurückzufordern, sollte die Ärztin/der Arzt in Weiterbildung die Förderbedingungen gemäß Sicherstellungsrichtlinie Kap. 3.6 nicht erfüllen.

Ort, Datum

Unterschrift von mindestens einem
Bevollmächtigten der Praxis/ des MVZ

Einwilligung in die Datenerhebung und -verarbeitung (Ärztin/Arzt in Weiterbildung) durch die KV Hessen sowie Einwilligung in die Datenübermittlung an die Landesärztekammer Hessen bei Erforderlichkeit

Information zur Einwilligung in die Datenverarbeitung

Die Beurteilung der Förderfähigkeit und insbesondere der förderfähigen, ambulanten Weiterbildungszeiten basiert auf dem eingereichten Weiterbildungsplan. Bei Unklarheiten im Zusammenhang mit der Beurteilung und Festlegung der noch förderfähigen Weiterbildungszeiten kann der Weiterbildungsplan zur weiteren Prüfung an die Landesärztekammer Hessen weitergeleitet werden.

Ich willige gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Hessen, Europa-Allee 90, 60486 Frankfurt am Main ein, dass zum Zwecke der Prüfung des Weiterbildungsplans und der Festlegung der förderfähigen Weiterbildungszeiten meine personenbezogenen Daten erhoben und unter Beachtung der jeweils geltenden datenschutzrechtlichen Regelungen an die Landesärztekammer Hessen weitergeleitet und dort verarbeitet werden dürfen.

Des Weiteren willige ich ein, dass die Gehaltsnachweise zum Zweck der Dokumentation und Information hinsichtlich der Weiterleitung der Fördergelder gespeichert und verarbeitet werden. Eine Weiterleitung an dritte Stellen erfolgt nicht.

Die „Information zur Einwilligung in die Datenverarbeitung“ habe ich zur Kenntnis genommen.

Ich bin damit einverstanden, dass die KV die oben genannten Daten an die genannte Institution übermittelt und diese unter Beachtung der geltenden Datenschutzbestimmungen durch die genannte Institution für die genannten Zwecke verarbeitet werden.

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung gegenüber der KV jederzeit widerrufen kann. Der Widerruf erfolgt gegenüber der KV Hessen, Europa-Allee 90, 60486 Frankfurt am Main. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Ort, Datum

Unterschrift Arzt in Weiterbildung (AiW)