



Antrag der Genehmigung zur Beschäftigung einer Ärztin/eines Arztes in Weiterbildung und der finanziellen Förderung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (Allgemeinmedizin)

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.

1. Antragsteller

Medizinisches Versorgungszentrum Berufsausübungsgemeinschaft

Praxisinhaber/ Einzelpraxis

Name, Vorname _____

Betriebsstättennummer (BSNR) _____

Geschäftsführer/ Kaufmännische Leitung (BAG/MVZ) _____

PLZ/ Ort _____

Straße _____

Telefon _____ Fax _____

E-Mail _____

2. Ärztin/Arzt in Weiterbildung

Name, Vorname _____

PLZ/ Ort _____

Straße _____

Telefon _____ Fax _____

E-Mail _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Ich absolviere meine Weiterbildung innerhalb eines Weiterbildungsverbundes: ja nein

Wir bitten die o.g. Felder vollständig auszufüllen, da nur so eine abschließende Antragsbearbeitung möglich ist.



3. Nachweise

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

○ Weiterbildung im Fachgebiet: _____

○ Mitteilung über die Dauer:

vom: _____ bis: _____ (bitte nur volle Monate angeben)

Hinweis: Eine finanzielle Förderung ist immer nur zum 1. eines Monats möglich

○ Art der Beschäftigung _____ (halbtags/dreiviertel/ganztags)

○ In der BAG 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

Im Vogelsgesang 3

60488 Frankfurt am Main

Tel: 069 97672-0

○ Kopie der Approbationsurkunde der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung

○ Arbeitsvertrag/Anstellungsvertrag (TV-Ärzte)

4. Finanzielle Förderung

Hiermit beantrage ich die finanzielle Förderung für die Weiterbildung Allgemeinmedizin

Bitte reichen Sie zusätzlich zu dem unter Punkt 3 aufgeführten Unterlagen folgende Nachweise ein.

- Vorwegentscheid: Bestätigung der Landesärztekammer Hessen, aus der ersichtlich ist, welche Weiterbildungszeiten die Ärztin/der Arzt in Weiterbildung noch abzuleisten hat
(Bitte beachten Sie, dass der Vorwegentscheid zu Beginn der Förderung nicht älter als 3 Monate sein darf)

Vorwegentscheid beantragt 

- Kopie des Personalausweises der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung
- Weiterbildungsplan der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung
(Ein Musterbeispiel finden Sie im Downloadbereich der Homepage)
- Unterschiedene Erklärungen/Datenschutzerklärungen (Seite 4-10)

Bitte senden Sie Ihren Antrag nebst Unterlagen an:

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Qualitätsförderung
Förderung Weiterbildung
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt am Main
Tel: 069 24741-6683
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
Förderung Weiterbildung
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt am Main
Tel: 069 24741-6682 und -6691
Fax: 069 24741-68843
E-Mail: foerderung-allgemeinmedizin@kvhessen.de



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

Alle Details zu den Regelungen finden Sie in der Richtlinie zur Förderung der Weiterbildung Allgemeinmedizin der Kassennärztlichen Vereinigung Hessen auf Grundlage der „Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V“ mit Wirkung zum 1. Juli 2016.

Bitte beachten Sie, dass...

- ...erst mit Eingang der vollständigen Unterlagen und Prüfung des Antrages eine Genehmigung erfolgen kann. Eine rückwirkende Genehmigung ist nicht möglich.
- ...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 aller Vertragsärzte



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 in der Allgemeinmedizin 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 oder der Krankheit sowohl der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung als auch unsererseits an die KVH unverzüglich zu melden.
- Wir verpflichten uns am Ende des Weiterbildungsabschnittes, der KVH einen Nachweis über die an die Ärztin/den Arzt in Weiterbildung weitergegebenen Förderbeträge ggf. mittels Bescheinigung des Steuerberaters zuzusenden (jährlich).
- Uns ist bekannt, dass wir ein vorzeitiges Ausscheiden der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung unverzüglich der KVH mitzuteilen haben.
- Wir verpflichten uns, der KVH unverzüglich mitzuteilen, 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 (bei ganztägiger Beschäftigung 3 Monate), die Zuschüsse an die KVH zurückzuzahlen.
- Wir haben den geforderten Weiterbildungsplan für die finanzielle Förderung Allgemeinmedizin der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift aller Vertragsärzte



Erklärung des bei dem Vertragsarzt/bei dem MVZ/bei der BAG angestellten Arztes

- Ich verpflichte mich, der KVH unverzüglich mitzuteilen, falls mein Arbeitsverhältnis mit der Vertragsarztpraxis nicht mehr besteht oder meine Weiterbildungsbefugnis ungültig wird.

Ort, Datum

Unterschrift



Erklärungen der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung

- Ich verpflichte mich, diesen Weiterbildungsabschnitt in der Praxis/dem MVZ/der BAG als Teil meiner Weiterbildung Allgemeinmedizin zu nutzen.
- Ich verpflichte mich, vor Beginn der Förderung Weiterbildung Allgemeinmedizin der KVH alle Weiterbildungszeiten mitzuteilen (Weiterbildungsplan).
- Ich erkläre, dass ich der KVH, am Ende eines jeweiligen Weiterbildungsabschnittes sowie jährlich im Februar des auf die Förderung folgenden Jahres und nach Abschluss der Förderung rückwirkend, einen Nachweis der monatlichen Gehaltsnachweise zusenden werde.
- Ich verpflichte mich hiermit, die vorgeschriebene Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin oder zum Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt) zu absolvieren und an der entsprechenden Facharztprüfung teilzunehmen.
- Ich verpflichte mich hiermit, bei Aufnahme einer Vertragsarztstätigkeit, die KVH unverzüglich zu informieren.
- Hiermit erkläre ich meine Absicht, nach der Beendigung meiner Weiterbildungszeit als Hausarzt in Hessen tätig zu sein.

Ort, Datum

Unterschrift Arzt in Weiterbildung (AiW)



Einwilligung Datenerhebung und –verarbeitung (Ärztin/Arzt in Weiterbildung)

Vorbemerkung

Die Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V wird paritätisch durch die Kassennärztlichen 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 Kassennärztlichen 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 Kassennärztlichen 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 Kassennärztlichen Vereinigungen, den Landesärztekammern sowie von der Zentralen Registrierstelle bei der Deutschen Krankenhausgesellschaft zusammengeführt und von der Kassennärztlichen 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 Kassennärztliche 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 Kassennärztliche Vereinigung diese Daten an die Kassennärztliche Bundesvereinigung übermittelt und diese nach § 67b SGB X durch die genannten Institutionen verarbeitet werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift (Ärztin/Arzt in Weiterbildung)



Einwilligung Datenerhebung und –verarbeitung (Weiterbilderin/ Weiterbilder)

Vorbemerkung

Die Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V wird paritätisch durch die Kassennärztlichen 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 Kassennärztlichen 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 Kassennärztlichen Vereinigung erhoben und an die Kassennärztliche 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.

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

Ort, Datum

KV Hessen

Unterschrift (Weiterbilderin/Weiterbilder)