

 KV SAARLAND KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG	Antrag für die Genehmigung zur Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung und Gewährung der finanziellen Förderung der Weiterbildung	Versorgung
		Stand 01.01.2023
		QM-Nr. II.08.3.8
		Seite 1 von 8

Kassenärztliche Vereinigung Saarland
 Nachwuchsförderung
 Europaallee 7-9
 66111 Saarbrücken
Fax: 0681/ 99 837 530
Email: nachwuchs@kvsaarland.de

Wichtige Hinweise:

Eine Entscheidung über Ihren Antrag ist nur möglich, wenn die Antragsunterlagen **vollständig** und rechtzeitig (mindestens sechs bis vier Wochen) vor Beginn der Tätigkeit des Arztes in Weiterbildung vorliegen.

Die Genehmigung kann grundsätzlich nur für den Zeitraum erteilt werden, den einerseits der Arzt in Weiterbildung zur Erreichung des Weiterbildungszieles benötigt und andererseits auch von der Weiterbildungsbefugnis des Vertragsarztes abgedeckt ist.

Wir bitten Sie dafür Sorge zu tragen, dass Entscheidungen einer möglichen nachträglichen Anerkennung von bereits erfolgten Weiterbildungszeiten im In- und Ausland durch die Ärztekammer des Saarlandes zeitnah an die KV Saarland weitergeleitet werden müssen.

Mit dem Ende des Genehmigungszeitraumes endet die Weiterbildungszeit des Arztes in Weiterbildung in Ihrer Praxis. Möchte Ihr Arzt in Weiterbildung in Ihrer Praxis vertragsärztlich tätig werden, besteht die Möglichkeit ihn als „Sicherstellungsassistent“ in Ihrer Praxis zu genehmigen.

Bitte beachten Sie, dass Sie den Antrag vor Beginn der Tätigkeit als Sicherstellungsassistent stellen müssen. Wenden Sie sich hierzu an: nachwuchs@kvsaarland.de.

Wir weisen darauf hin, dass Assistenten nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nur beschäftigt werden dürfen, wenn die entsprechende Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde. Leistungen, die durch nicht genehmigte Assistenten erbracht werden, sind nicht vergütungsfähig und stellen einen Verstoß gegen die vertragsärztlichen Pflichten dar.

Die Fördersumme ist von voller Höhe an den Arzt in Weiterbildung weiterzuleiten. Bitte beachten Sie, dass Sie am Ende der Weiterbildungszeit –unaufgefordert– die monatlichen Gehaltsnachweise der KV Saarland zusenden.

Der vorliegende Antrag wird für die finanzielle Förderung in der

allgemeinmedizinischen Weiterbildung oder

fachärztlichen Weiterbildung

gestellt.

Dem Antrag sind folgende Unterlagen als Kopie hinzuzufügen:

- Approbationsurkunde des Arztes in Weiterbildung (AiW)
- Weiterbildungsbefugnis der Ärztekammer des Saarlandes
- Eine Bestätigung der Ärztekammer des Saarlandes über eine ggf. vorliegende Teilzeitbeschäftigung des Weiterbildungsassistenten

Antragsteller¹:

Titel, Vorname, Nachname

oder Bezeichnung des MVZ

BSNR (Betriebsstättennummer):

Praxissitz: Straße, Hausnummer

PLZ, Ort:

Arzt, dem der Arzt in Weiterbildung (AiW) zugeordnet wird:

- dem Antragsteller persönlich oder
- folgenden beim Antragsteller tätigen Arzt

LANR des Arztes, dem der AiW

zugeordnet wird:

Titel, Name, Vorname:

Weiterbildungsassistent:

Titel, Vorname, Nachname

männlich weiblich divers

des Arztes Weiterbildung:

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort:

Geburtsdatum:

Ggf. bestehende Facharztbezeichnung:

Mobiltelefon:

E-Mail:

Beschäftigungszeitraum (Beginn ist zum 1.

oder 15. eines Monats möglich) vom:

bis:

Tätigkeitsumfang:

- Vollzeit
- Teilzeit 75 %
- Teilzeit 50 %

Beantragt wird eine finanzielle Förderung in der Weiterbildung zum

Facharzt für:

¹Antragsteller ist der Praxisinhaber; im Falle der gemeinsamen Antragstellung (Berufsausübungsgemeinschaft) nutzen Sie bitte Anlage 1. Antragsteller für Medizinische Versorgungszentren ist der MVZ-Vertretungsberechtigte.

Die Weiterbildung wird in einer ja nein
Verbundweiterbildung absolviert²

Bitte beachten Sie, dass eine finanzielle Förderung der Weiterbildung nur für den Erwerb der Facharztbezeichnung bewilligt werden kann.

Ich (Antragsteller) habe die Hinweise auf Seite 1 gelesen und verpflichte mich zur ordnungsgemäßen Weiterbildung gem. den Regelungen der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer des Saarlandes und erkenne die Förderungsmodalitäten des Statutes der KV Saarland ausdrücklich an.

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt /
MVZ-Vertretungsberechtigter

Stempel Antragssteller

² Verbundweiterbildung= Gemeinsame Weiterbildung eines AiW mit festen Rotationsplan für den AiW. Für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an nachwuchs@kvsaarland.de

Vom Weiterbildungsassistent auszufüllende vollständige Aufstellung über die bisherigen und geplanten bzw. vereinbarten Weiterbildungsabschnitte (inkl. Elternzeit, oder Mutterschutzurlaub) alternativ können Sie auch gerne den Lebenslauf einreichen:

Name des Weiterbildungsassistenten _____

Beginn und Ende der Tätigkeit	Wochen- stunden	Weiterbildungsstätte	Weiterbilder	Fachrichtung

Auf Anforderung der KV Saarland ist eine Bestätigung der zuständigen Ärztekammer vorzulegen, aus welcher ersichtlich ist, welche Weiterbildungszeiten im geförder-ten Fachgebiet vom Arzt in Weiterbildung noch abzuleisten sind.

Einwilligung Datenerhebung und -verarbeitung –
Arzt in Weiterbildung

Ich habe die Hinweise bezüglich des Datenschutzes unter www.kvsaarland.de/weiterbildung-datenschutz gelesen und bin damit einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift
Arzt/Ärztin in Weiterbildung

Erklärung des Arztes in Weiterbildung:

- Ich werde die geförderten Weiterbildungsabschnitte als Teil der anrechnungsfähigen Weiterbildungsabschnitte in der Allgemeinmedizin oder in einem Fach der fachärztlichen Versorgung nutzen.
- Ich werde bei Antragstellung eine Weiterbildungsplanung über meine absolvierten und zukünftigen Weiterbildungsabschnitte vorlegen. Soweit bei der Beantragung der Förderung noch nicht die gesamte Planung der Weiterbildung abgeschlossen ist, ist eine Erklärung über das Vorliegen der Zusagen für die Beschäftigung für das nächste Weiterbildungsjahr spätestens drei Monate vor Abschluss des zuletzt absolvierten Weiterbildungsabschnittes vorzulegen.
- Ich erkläre meine Absicht nach der Beendigung der Weiterbildungszeit im vertragsärztlichen Bereich in der geförderten Facharztgruppe tätig zu werden.
- Ich werde die vorgeschriebene Weiterbildungszeit zum oben genannten Facharzt absolvieren und an der entsprechenden Facharztprüfung teilzunehmen.

Die Förderungsmodalitäten der KV Saarland (Statut) erkenne ich ausdrücklich an.

Ort, Datum

Unterschrift
Arzt/Ärztin in Weiterbildung

Einwilligung Datenerhebung und -verarbeitung
– **Weiterbilder/Weiterbilderin**

Ich habe die Hinweise bezüglich des Datenschutzes unter www.kvsaarland.de/weiterbildung-datenschutz gelesen und bin damit einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt/Vertragsärztin

Sofern der/die obige Unterzeichner/in nicht auch gleichzeitig der / die Weiterbilder/in ist, wird zusätzlich die Einwilligung des/der weiterbildenden Arztes/Ärztin der Praxis / BAG / MVZ erforderlich:

Ich willige in die oben beschriebene Datenverarbeitung ein:

Ort, Datum

Unterschrift Weiterbilder/Weiterbilderin

Erklärung des Antragstellers/ Weiterbildenden Arztes:

- Ich werde die geforderte Mindestvergütung an den Arzt in Weiterbildung auszahlen. Tritt der Arzt in Weiterbildung die Stelle nicht an oder beendet er seine Weiterbildung vorzeitig, so teile ich dies unverzüglich und in schriftlicher Form der KV Saarland mit.
- Ich werde dem AiW ausreichend Zeit widmen und Gelegenheit geben, die erforderlichen Kenntnisse zu erwerben.
- Mir ist bekannt, dass ich den AiW nicht als Praxisvertreter einsetzen darf.
- Ich versichere, dass ich neben der Fördersumme der KV Saarland keine weiteren Ausgleichzahlungen in Anspruch nehme (bspw. Krankenausfallgeld). Längere Abwesenheiten, die nicht durch die Ärztekammer Saarland anerkannt werden, sind nicht Bestandteil der Weiterbildung und können nicht durch die KV Saarland finanziell gefördert werden.

Darüber hinaus ist mir bekannt, dass die KV Saarland gezahlte Förderung zurückfordern kann, wenn:

...die Angaben des Antrages und die Angaben dieser Erklärung nichtzutreffend sind.

...die Weiterbildung nicht oder nicht vereinbarungsgemäß stattfindet bzw. stattgefunden hat.

Die Förderungsmodalitäten der KV Saarland (Statut) erkenne ich ausdrücklich an.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/
Weiterbilder/ Weiterbilderin

Anlage 1

Im Falle der gemeinsamen Antragstellung:

Antragsteller:

Titel, Vorname, Nachname:

LANR:

Unterschrift:

Antragsteller:

Titel, Vorname, Nachname:

LANR:

Unterschrift:

Antragsteller:

Titel, Vorname, Nachname:

LANR:

Unterschrift:

Antragsteller:

Titel, Vorname, Nachname:

LANR:

Unterschrift:

Anlage 2

(Bitte an die/den Weiterzubildende/n zum Ausfüllen weitergeben)

Freiwilliges Abonnement des KVS Alumni-Mailverteilers und des Newsletters „Befündchen“:

- Ja, ich möchte das Befündchen abonnieren (Sie werden per Mail über das Erscheinen unseres Newsletters für Weiterbildungsassistent:innen und alle interessierten Nachwuchsärzt:innen informiert).
- Ja, ich möchte **in den KVS Alumni-Mailverteiler aufgenommen werden** (Sie erhalten per Mail Informationen zu Fördermöglichkeiten und Entwicklungen, Angeboten der KVS und beruflichen Möglichkeiten).

Das Abonnement ist jederzeit kündbar, indem Sie uns formlos per Mail (nachwuchs@kvsaarland.de) oder telefonisch (0681/998370) Bescheid geben.

Die KV Saarland freut sich immer über **Ihre Erfahrungsberichte aus der Praxis**, gerne auch mit Foto/Video. Wenn Sie sich vorstellen können, Ihre Erfahrungen mit uns zu teilen und uns ein kurzes Interview (evtl. mit Foto/Video) zu geben, würden wir uns mit Ihnen in Verbindung setzen. Für die Veröffentlichung Ihres Erfahrungsberichts/Ihres Fotos oder Videos werden wir Sie separat um Ihr Einverständnis bitten.

- Ja, die Öffentlichkeitsarbeit der KV Saarland **darf mich** während meiner Weiterbildungszeit unter der von mir angegebenen Rufnummer/ E-Mail-Adresse **kontaktieren**.

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe und Ihr Engagement! ☺

Bei Einverständnis/
Abo-Wunsch/Ihrer
Bereitschaft zum Er-
fahrungsbericht bitte
einwilligen



Einwilligung Datenverarbeitung:

Ich bin einverstanden, dass die hier von mir angegebene E-Mailadresse/Telefonnummer (personenbezogene Daten) an die KV Saarland übermittelt und von ihr gespeichert wird, sodass die KV Saarland mir E-Mails zu den oben von mir angekreuzten Themen senden/mich kontaktieren kann. Eine Weitergabe der von Ihnen in diesem Formular angegebenen Daten an Dritte erfolgt nicht.

Diese Einwilligung können Sie jederzeit durch Abmeldung vom Abonnement/Rückzug Ihrer Bereitschaft per Mail (formlos an nachwuchs@kvsaarland.de) oder telefonisch (0681/998370) widerrufen. Ihre Daten werden dann gelöscht. Nähere Hinweise entnehmen Sie bitte unserer Datenschutzerklärung unter www.kvsaarland.de/datenschutz.

Ort, Datum

Unterschrift **Arzt/Ärztin in Weiterbildung**