

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
Team Nachwuchsförderung
Robert-Schimrigk-Str. 4 – 6
44141 Dortmund
E-Mail: praxisstart@kvwl.de

Antrag – Qualifizierungsmaßnahme (Qualifizierungspraxis)

Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines Arztes/einer Ärztin für eine Qualifizierungsmaßnahme in einer Hausarztpraxis mit finanzieller Förderung¹ gemäß dem Konsenspapier zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung



Bitte beachten Sie, dass:

- die Beschäftigung und finanzielle Förderung eines Arztes/einer Ärztin für eine Qualifizierungsmaßnahme die Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe **voraussetzt.**
- erst mit Eingang der **vollständigen Unterlagen** und Prüfung des Antrages eine Genehmigung erfolgen kann. Bitte lassen Sie uns hierfür das vollständig ausgefüllte Antragsformular mit allen erforderlichen Nachweisen zukommen.
- Die Antragsstellung kann frühestens 12 Monate, spätestens acht Wochen vor Tätigkeitsaufnahme erfolgen.
- **alle Felder verpflichtend auszufüllen sind!**

1.0 Daten der Qualifizierungspraxis

(Titel) Name, Vorname Weiterbildungler/in	
Praxis/BSNR	
Straße/Nr.:	
PLZ/Ort:	

1.1 Der Praxisstandort ist zum Zeitpunkt der Antragsstellung ein hausärztliches Fördergebiet.

<input type="checkbox"/>	Praxisstandort ist auf dem Förderverzeichnis der KVWL gelistet
<input type="checkbox"/>	Praxisstandort ist auf dem Förderverzeichnis des Hausarztaktionsprogramms des Landes NRW gelistet.

1.2 Weiterbildungsbefugnis

<input type="checkbox"/>	Liegt vor bei mehreren Antragstellern/Antragstellerinnen benötigt jeder eine gültige Weiterbildungsbefugnis oder eine gemeinsame Weiterbildungsbefugnis
<input type="checkbox"/>	Liegt nicht vor dem Antrag ist ein Bestätigungsschreiben über die Beantragung der Weiterbildungsbefugnis durch die Ärztekammer Westfalen-Lippe (ÄKWL) beizufügen

¹ Gefördert werden Ärzte/Ärztinnen in Weiterbildung, die bereits eine Facharztanerkennung besitzen.

² Es gelten zum Zeitpunkt der Antragsstellung die jeweils aktuellen Förderlisten der KVWL sowie des MAGS zu finden unter: <https://www.kvwl.de/mitglieder/niederlassung/foerderung/foerderverzeichnis> und <https://www.mags.nrw/hausarztaktionsprogramm>

2.0 Qualifizierungsassistent/in	
(Titel) Name, Vorname Qualifizierungsassistent/in	
Straße/Nr.:	
PLZ/Ort:	
<input type="checkbox"/>	Der/die Qualifizierungsassistent/in hat das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet
<input type="checkbox"/>	Der/die Qualifizierungsassistent/in ist im Arztregister der KVWL eingetragen.

3.0 Antragsbegehren	
3.1 Zeitraum der Genehmigung	
Die Genehmigung wird für die Zeit vom	bis beantragt.
3.2 Tätigkeitsumfang	
<input type="checkbox"/>	ganztags Std. pro Woche Wöchentlicher Beschäftigungsumfang > 38,5 Std.
<input type="checkbox"/>	halbtags: (eine schriftliche Erklärung ist beizufügen) Nur aus Gründen der Erziehung von Kindern ist eine Teilzeittätigkeit im Umfang von mindestens 20 Wochenstunden möglich
<input type="checkbox"/>	Dem Antrag ist der Anstellungsvertrag beizufügen. Aus dem Vertrag müssen die Dauer der Qualifizierungsmaßnahme, die wöchentliche Arbeitszeit und das vereinbarte Entgelt ersichtlich sein.
3.3 Vergütung	
Das monatliche Bruttogehalt beträgt	€ (einschließlich des Zuschusses)
Findet die Weiterbildung in einem hausärztlichen Fördergebiet des Förderverzeichnisses der KVWL und/oder des Hausarztaktionsprogramm des Landes NRW statt, kann die Förderung der Qualifizierungsmaßnahme auf 7.500 EUR pro Monat erhöht werden. Befindet sich die Praxis in keinem Fördergebiet, liegt der Förderbetrag bei monatlich 5.400,00 EUR .	

4.0 Verpflichtungen der Qualifizierungspraxis
<ol style="list-style-type: none"> 1. Ich bin mit den Voraussetzungen des Konsenspapiers zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung und der ab dem 01.01.2024 gültigen Förderrichtlinien zur Förderung der Qualifizierungsmaßnahme in der hausärztlichen Versorgung der KVWL für die Zuschussgewährung einverstanden. Das Merkblatt „steuerliche Hinweise“ habe ich hinsichtlich der Abführung der Lohnsteuer und der Beiträge zur Sozialversicherung zur Kenntnis genommen. 2. Ich bestätige, dass die Fördermittel in voller Höhe an den Qualifizierungsassistenten bzw. die Qualifizierungsassistentin abgeführt werden. Meine Praxis ist gemäß den Bestimmungen der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Westfalen Lippe als Weiterbildungsstätte anerkannt. Hiermit bestätige ich, dass das beantragte Qualifizierungsjahr unter meiner Aufsicht ununterbrochen durchgeführt wird. 3. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass der Qualifizierungsassistent bzw. die Qualifizierungsassistentin über mich für seine/ihre Tätigkeit für den o. g. Zeitraum einen Zuschuss aus dem Strukturfonds der KVWL gemäß § 105 SGB V Abs.1 erhält. Zur Abführung der Lohnsteuer und der Beiträge zur Sozialversicherung habe ich das Merkblatt über die steuerlichen Hinweise zur Kenntnis genommen. Ich bitte um Überweisung des Zuschusses auf mein Honorarkonto bei der KVWL. 4. Bei vorzeitigem Abbruch der Qualifizierungsmaßnahme (z. B. Kündigung, Schwangerschaft) innerhalb des geförderten Zeitraumes, verpflichte ich mich, unverzüglich die KVWL zu informieren, damit weitere Zahlungen vermieden werden. Zuviel gezahlte Zuschüsse werden von mir an die KVWL zurückgezahlt. 5. Mir ist bekannt, dass bei missbräuchlicher Verwendung die Fördervoraussetzungen entfallen, insbesondere wenn die Fördersumme nicht in voller Höhe an den Qualifizierungsassistenten bzw. die Qualifizierungsassistentin als Anteil an der Vergütung ausgezahlt wird. Die erhaltene Förderung ist dann in voller Höhe von mir zu erstatten. 6. Ich bestätige der KVWL nach Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses in Form eines Erklärungsschreibens, dass die Förderbeträge in voller Höhe (Bruttobeträge) an den Qualifizierungsassistent/die Qualifizierungsassistentin in der Qualifizierungsmaßnahme weitergegeben wurden.

5.0 Erklärung zur Datenerhebung

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe nach § 285 Abs. 1 SGB V die vorstehenden Daten zu meiner Person zur Durchführung des beantragten Verwaltungsverfahrens erhebt. Änderungen bzgl. der erhobenen Daten werde ich der KVWL mitteilen.

Ort, Datum

Unterschrift der Praxisinhaber/innen

6.0 Hinweise

Zusätzliche Fördermittel durch das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS)

Zusätzliche Fördermittel durch das
Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS)

Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen



Bitte informieren Sie sich frühzeitig, ob eine zusätzliche Förderung zur Beschäftigung eines Qualifizierungsassistenten/einer Qualifizierungsassistentin durch das MAGS möglich ist.

<https://www.mags.nrw/foerderung-der-niederlassung>

Ist eine zusätzliche Förderung möglich, nehmen Sie vorab mit der jeweiligen Bezirksregierung zwecks Beantragung eines vorzeitigen Maßnahmenbeginns Kontakt auf.

Kontaktdaten:

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
Team Nachwuchsförderung
Robert-Schimrigk-Str. 4 – 6
44141 Dortmund
E-Mail: praxisstart@kvwl.de

