



Kassenärztliche Vereinigung
Westfalen-Lippe
KoStA 1.03
Robert-Schimrigk-Str. 4-6
44141 Dortmund



Mail: kosta@kvwl.de
Faxnummer: 0231 9432 80402

Antrag - Qualifizierungsjahr (Qualifizierungspraxis)¹

Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines Arztes im Qualifizierungsjahr in einer Hausarztpraxis mit finanzieller Förderung gemäß dem Konsenspapier zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung

Bitte beachten Sie, dass

- die Beschäftigung und finanzielle Förderung eines Arztes in Weiterbildung 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.
- der Antrag **spätestens acht Wochen vor Beginn** der beabsichtigten Beschäftigung des Arztes in Weiterbildung gestellt werden sollte, damit eine rechtzeitige Bearbeitung sichergestellt werden kann.
- **alle Felder verpflichtend auszufüllen sind!**

1.0 Daten der Qualifizierungspraxis

<input type="checkbox"/>	Die Praxis liegt in einer Gemeinde mit einer Einwohnerzahl bis zu 40.000²
	Die gültigen Einwohnerzahlen sind hier einzusehen: https://www.kvwl.de/arzt/sicherstellung/nachwuchs/index.htm
(Titel) Name, Vorname des weiterbildungsbefugten Arztes	
Praxis/BSNR	
Straße/Nr.:	
PLZ/Ort:	

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

² Es gilt die zum Zeitpunkt der Entscheidung über den Antrag die zuletzt durch das IT NRW veröffentlichte amtliche Einwohnerzahl.



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

2.0 Arzt im Qualifizierungsjahr	
(Titel) Name, Vorname d. Arztes im Quereinstieg:	
Straße/Nr.:	
PLZ/Ort:	
<input type="checkbox"/>	Der Arzt im Qualifizierungsjahr hat das 60. Lebensjahr <u>noch nicht</u> vollendet.
<input type="checkbox"/>	Der Arzt im Qualifizierungsjahr ist im <u>Arztregister</u> 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).	

3.0 Verpflichtungen der Qualifizierungspraxis
1. Ich bin mit den Voraussetzungen des Konsenspapieres zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung und den Ausführungsbestimmungen 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 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 über mich für seine 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 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 Arzt im Qualifizierungsjahr 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

6.0 Hinweise

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

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

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



<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
Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin
Rufnummer: 0231 9432 9400
Faxnummer: 0231 9432 80402
Mail: kosta@kvwl.de
Robert-Schimrigk-Str. 4-6
44141 Dortmund

