



Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung einer Ärztin/eines Arztes in Weiterbildung zum Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung

Die Beschäftigung einer Ärztin/eines Arztes in Weiterbildung setzt die Genehmigung der Kassennärztlichen Vereinigung Hessen (KVH) 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) _____

Anschrift _____

Telefon _____ Fax _____

E-Mail _____

2. Ärztin/Arzt in Weiterbildung

Name, Vorname _____

Anschrift _____

Telefon _____ Fax _____

E-Mail _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

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)

und Art der Beschäftigung

_____ (halbtags/dreiviertel/ganztags)

➤ In der BAG oder im MVZ ist der/die weiterbildungsermächtigte Arzt/Ärztin zu benennen, dem die Verantwortung für den Arzt/Ärztin in Weiterbildung obliegt.

➤ Weiterbildungsermächtigung des beschäftigenden Arztes

Die Weiterbildungsermächtigung 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

Bei Nicht-EU-Bürgern:

➤ Kopie der Erlaubnis nach §10 der Bundesärzteordnung der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung

➤ Kopie des Aufenthaltstitels der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung

➤ Kopie des Zusatzblattes zum Aufenthaltstitel der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung



4. Finanzielle Förderung

Des Weiteren beantrage ich die finanzielle Förderung des im Punkt 2 genannten Fachgebiets

Bitte reichen Sie zusätzlich zu dem unter Punkt 2 aufgeführten Unterlagen folgende Nachweise ein.

- Bestätigung der Landesärztekammer Hessen, aus der ersichtlich ist, welche Weiterbildungszeiten die Ärztin/der Arzt in Weiterbildung noch abzuleisten hat (Vorwegentscheidung)
Hinweis: Vorwegentscheidung darf nicht älter als 3 Monate sein
- Vorwegentscheidung beantragt
- Kopie des Personalausweises der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung
- Arbeitsvertrag / Anstellungsvertrag
- Erklärungen (Seite 5-7)

Bitte senden Sie Ihren Antrag nebst Unterlagen an:

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Abteilung 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 24741-6506

Fax: 069 24741-68843

E-Mail: foerderung.therapeuten@kvhessen.de



Alle Details zu den Regelungen der finanziellen Förderung finden Sie in der Sicherstellungsrichtlinie der KVH, Kap. 6.5.2 „Förderung der ambulanten Fort- und Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie und ärztliche Psychotherapeuten mit dem Ziel der Sicherstellung der psychotherapeutischen Versorgung“.

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.**

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift



Vertragsarztstempel



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

- Ich verpflichte mich, den Arzt in Weiterbildung nicht zu einer Vergrößerung der Vertragsarztpraxis bzw. zur Aufrechterhaltung eines übergroßen Praxisumfanges heranzuziehen.
- Ich verpflichte mich, Unterbrechungen der Weiterbildung, insbesondere aus Gründen der Schwangerschaft, Elternzeit oder Krankheit sowohl des Arztes in Weiterbildung als auch meinerseits an die KVH unverzüglich zu melden.
- Mir ist bekannt, dass ich ein vorzeitiges Ausscheiden des Arztes in Weiterbildung unverzüglich der KVH mitzuteilen habe.
- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die für die Evaluierung benötigten Daten übermittelt werden dürfen. Im Übrigen bleiben die datenschutzrechtlichen Vorgaben unberührt.
- Ich verpflichte mich, der KVH unverzüglich mitzuteilen, falls das Arbeitsverhältnis mit dem für die Weiterbildung des Arztes in Weiterbildung zuständigen bei der Vertragsarztpraxis/dem MVZ/der BAG angestellten Arzt nicht mehr besteht, oder die Weiterbildungsermächtigung des für die Weiterbildung des Arztes in Weiterbildung zuständigen bei der Vertragsarztpraxis/dem MVZ/der BAG angestellten Arztes ungültig wird.
- Ich versichere, dass der für die Weiterbildung des Arztes in Weiterbildung zuständige bei der Vertragsarztpraxis/dem MVZ/der BAG angestellte Arzt in allen Belangen der Weiterbildung weisungsunabhängig ist.

Ort, Datum

Stempel

Unterschrift



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

- Ich verpflichte mich der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Hessen (KVH) unverzüglich mitzuteilen, falls mein Arbeitsverhältnis mit der Vertragsarztpraxis/dem MVZ/der BAG nicht mehr besteht oder meine Weiterbildungsermächtigung ungültig wird.
- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die für die Evaluierung benötigten Daten übermittelt werden dürfen. Im Übrigen bleiben die datenschutzrechtlichen Vorgaben unberührt.

Ort, Datum

Stempel

Unterschrift



Erklärung des Arztes in Weiterbildung

- Ich verpflichte mich, diesen Weiterbildungsabschnitt in der Praxis/dem MVZ/der BAG als Teil meiner Weiterbildung zum Erwerb der Facharztkompetenz Psychosomatische Medizin und Psychotherapie zu nutzen, diese abzuschließen, an der entsprechenden Prüfung teilzunehmen und den Abschluss gegenüber der Kassennärztlichen Vereinigung Hessen (KVH) nachzuweisen.
- Ich verpflichte mich, dass ich zum Zeitpunkt des Beginns der Förderung der Weiterbildung der KVH alle weiterbildungsrelevanten Zeiten mitteile und eine Bestätigung der Ärztekammer einreiche, aus welcher ersichtlich ist, welche Weiterbildungszeiten in der Facharztkompetenz noch abzuleisten sind und, dass der noch abzuleistende Weiterbildungsabschnitt in der Weiterbildungspraxis anerkannt werden kann.
- Ich verpflichte mich, die empfangenen Fördergelder in voller Höhe zurückzuzahlen, wenn ich die Weiterbildung zum Facharzt nicht abschließe.
- Ich verpflichte mich hiermit, bei Abschluss der Prüfung zum Facharzt, der KVH innerhalb von 3 Monaten die Facharzturkunde zukommen zu lassen.
- Ich verpflichte mich hiermit, bei Aufnahme einer Vertragsarztstätigkeit, die KVH unverzüglich zu informieren.
- Hiermit erkläre ich meine Absicht, nach der Beendigung meiner Weiterbildungszeit als Vertragsarzt in Hessen tätig zu sein.
- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die für die Evaluierung benötigten Daten übermittelt werden dürfen. Im Übrigen bleiben die datenschutzrechtlichen Vorgaben unberührt.
- Ich bestätige hiermit, dass ich mich im zweiten Weiterbildungsabschnitt befinde bzw. ich den niedergelassenen Bereich als letzten Abschnitt vor meiner Prüfung anstrebe.

Ort, Datum

Unterschrift