

☎ 0211 / 59 70 – 8493
☎ 0211 / 59 70 – 8021

✉ Antraege.Weiterbildungsassistenten@kvno.de

🖨 0211 / 59 70 – 33224

**Persönliche Erklärung des zur Weiterbildung befugten Antragstellers*
zum Antrag auf Förderung der Weiterbildung
- Grundversorgende Fachärzte -
gemäß § 75a SGB V**

Hiermit erkläre ich,

_____ Anrede, Titel, Vor-, Nachname des Antragstellers gemäß Ziff. 1 des Antrags

zum Antrag auf Gewährung einer Förderung der Beschäftigung des Arztes in Weiterbildung

_____ Anrede, Titel, Vor-, Nachname des Arztes in Weiterbildung gemäß Ziff. 2 des Antrags

Förderzeitraum gemäß Ziff. 4 des Antrags vom _____ bis _____

in Vollzeit

in Teilzeit: _____ %

Folgendes:

- Mir ist bekannt, dass die Förderung nur erfolgen kann, wenn meine Praxis überwiegend konservativ und nicht spezialisiert tätig ist.
- Ich habe mich davon überzeugt, dass der Arzt in Weiterbildung den Weiterbildungsabschnitt für die Weiterbildung zur Erlangung der oben angegebenen Facharztkompetenz nach Maßgabe der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Nordrhein benötigt.
- Ich werde die genehmigten Fördermittel in voller Höhe an den Arzt in Weiterbildung weitergeben.

(Anm.: Eine Einbehaltung der im Rahmen des Anstellungsverhältnisses zu leistenden Arbeitgeberanteile zur Sozialversicherung von den Fördermitteln ist nicht zulässig.)

- Ich werde die Förderbeträge an die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein zurückzahlen, sofern der Arzt in Weiterbildung nicht im Rahmen einer Weiterbildung zur Erlangung der oben angegebenen Facharztkompetenz beschäftigt wird.

(Anm.: Förderungsfähig sind nur Weiterbildungsabschnitte, die für die Weiterbildung zur Erlangung der betreffenden Facharztkompetenz nach Maßgabe der Weiterbildungsordnung benötigt und durch die Ärztekammer Nordrhein angerechnet werden.)

- Binnen drei Monaten nach Beendigung des genehmigten Förderzeitraums werde ich der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein in geeigneter Form (z. B. durch Vorlage von Gehaltsabrechnungen oder unter Verwendung des hierfür unter <https://arzt-sein-in-nordrhein.de/foerderung> durch den Arzt in Weiterbildung auszufüllenden verfügbaren Formulars) eine Auflistung der an den Arzt in Weiterbildung im Förderzeitraum gezahlten Bruttolöhne zusenden.

- Die Informationen über die Verarbeitung der personenbezogenen Daten bei der KV Nordrhein gemäß Art. 13 und 14 DSGVO habe ich zur Kenntnis genommen.
- Mir ist bekannt,
 - dass die Fördergelder an die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein zurückzuzahlen sind, wenn die in dieser Erklärung gemachten Angaben nicht zutreffend sind,
 - dass gemäß § 3 Abs. 5 der Anlage I zur Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V die Fördervoraussetzungen bei missbräuchlicher Verwendung entfallen, insbesondere wenn
 1. die Fördersumme nicht in voller Höhe an den Arzt in Weiterbildung gemäß § 5 Abs. 7 der Vereinbarung als Anteil der Vergütung ausgezahlt wird,
 2. die Weiterbildung nicht im Einklang mit der Weiterbildungsordnung und/oder nicht vereinbarungsgemäß erfolgt,
 - dass in Missbrauchsfällen die erhaltene Förderung in voller Höhe vom Antragsteller an die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein zu erstatten ist und dass im Wiederholungsfalle der Antragsteller von der Förderung ausgeschlossen werden kann,
 - dass kürzere Weiterbildungsabschnitte als diejenigen, die im Rahmen der Weiterbildung von der Ärztekammer Nordrhein angerechnet werden, nicht gefördert werden können. Für den Fall, dass die Beschäftigung des Arztes in Weiterbildung einen kürzeren Zeitraum andauert, werde ich die Förderbeträge insgesamt zurückzahlen.

(Anm.: Empfehlenswert erscheint eine zivilrechtliche Vereinbarung mit dem Arzt in Weiterbildung, welche für den Fall, dass der Grund für die vorzeitige Beendigung der Tätigkeit von dem Arzt in Weiterbildung zu vertreten ist, die Rückzahlungsverpflichtung des Arztes in Weiterbildung vorsieht.)
 - dass ich erforderlichenfalls gemäß § 5 Abs. 9 der Vereinbarung den Förderbetrag auf die im Krankenhaus übliche Vergütung anzuheben habe.

(Anm.: Siehe TV-Ärzte/VKA §§ 18 und 19 sowie die Anlage zu § 18.)

Ort, Datum

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Antragstellers
(Vertragsarzt bzw. BAG-/MVZ-Vertretungsberechtigter gemäß Ziff. 1 des Antrags)