

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg  
Bezirksdirektion Freiburg  
Geschäftsbereich Zulassung/Sicherstellung  
Team Sicherstellungsverfahren  
Sundgaullee 27  
79114 Freiburg

**Absender/Stempel**

Team Sicherstellungsverfahren | [weiterbildung@kvbawue.de](mailto:weiterbildung@kvbawue.de)

# Antrag auf Förderung der Weiterbildung

in der ambulanten Versorgung

## !!Hinweise zur Bearbeitung!!

Bitte speichern Sie sich diesen Antrag auf Ihrem Computer ab und füllen ihn anschließend am Computer aus.

Um eine Bearbeitung seitens der KVBW gewährleisten zu können und diese nicht zu verzögern, bitten wir Sie darum, den Antrag **vollständig auszufüllen** und **alle erforderlichen Unterlagen** dem Antrag beizulegen.

Bitte reichen Sie den **unterschiedenen** und **eingescannten** Antrag **per E-Mail** an [weiterbildung@kvbawue.de](mailto:weiterbildung@kvbawue.de) ODER **per Post** ein. Sehen Sie bitte von doppelten Übermittlungen ab. Diese können zu Verzögerungen bei der Bearbeitung führen.

Bitte beachten Sie auch, dass eine rückwirkende Genehmigungserteilung nicht möglich ist.

## Checkliste – ERSTANTRAG zur Förderung der Weiterbildung

Diesem Antrag sind folgende Unterlagen zwingend beizufügen:

- Antrag auf Förderung
- Erklärung des Arztes in Weiterbildung (Anlage 1)
- Datenschutzerklärung des Arztes in Weiterbildung (Anlage 2)
- Erklärung des weiterbildenden Vertragsarztes (Anlage 3)

- Datenschutzerklärung des weiterbildenden Vertragsarztes (Anlage 4)
- Antrag auf Genehmigung (Anlage 5)
- eine Kopie des Personalausweises (Vorder- und Rückseite) oder eines anderen amtlichen Identitätsnachweises des Arztes in Weiterbildung,
- auf Anforderung der KVBW, eine Bescheinigung der zuständigen Bezirksärztekammer über die bereits abgeleisteten Weiterbildungszeiten
- bei Quereinsteigern, eine Bescheinigung der zuständigen Bezirksärztekammer über den Quereinstieg
- Weiterbildungsbefugnis (falls neu erteilt)

### Checkliste – FOLGEANTRAG zur Förderung der Weiterbildung

- Antrag auf Förderung
- Erklärung des Arztes in Weiterbildung (Anlage 1)
- Datenschutzerklärung des Arztes in Weiterbildung (Anlage 2)
- Erklärung des weiterbildenden Vertragsarztes (Anlage 3)
- Datenschutzerklärung des weiterbildenden Vertragsarztes (Anlage 4)
- Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung

**WICHTIG!** Bitte beachten Sie, dass Ihr Antrag erst ab dem Zeitpunkt abschließend bearbeitet werden kann, an dem die Unterlagen der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg **VOLLSTÄNDIG** vorliegen.

# Antrag auf Förderung der Weiterbildung

## in der ambulanten Versorgung

Hiermit beantragen wir gemäß der Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg zur Förderung der Weiterbildung

## in der Vertragsarztpraxis/im MVZ

Titel	Name	Vorname										
PLZ	Ort											
Straße	Nr.											
bei dem weiterbildenden Vertragsarzt	Facharztbezeichnung											
<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> LANR											E-Mail-Adresse	

## eine Förderung für die Beschäftigung von Herrn/Frau

Titel	Name	Vorname										
Geburtsdatum	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> TTMMJJJJ											Geburtsort
PLZ	Ort											
Straße	Nr.											
Telefonnummer	E-Mail-Adresse											

**als Arzt in Weiterbildung für die Zeit**

vom 

TTMMJJJJ																			

bis 

TTMMJJJJ																			

Eine rückwirkende Förderung ist ausgeschlossen.

Vollzeit (ab 38,5 Stunden/Woche)

Teilzeit \_\_\_\_\_ Stunden (mind. 12 Stunden/Woche)

**in dem Fachgebiet**

**für den Weiterbildungsabschnitt**

\_\_\_\_\_  
Fachgebiet (Weiterbildungsziel)

\_\_\_\_\_  
Weiterbildungsabschnitt

Die Auszahlung des Förderbetrags erfolgt auf das bei der KV Baden-Württemberg hinterlegte Honorarkonto.

Im Fall der Erschöpfung der bereitgestellten Fördergelder bin ich auch mit einer teilweisen Bewilligung, insbesondere einem späteren Beginn, der beantragten Förderung einverstanden

ja

nein

Im Fall der Erschöpfung der bereitgestellten Fördergelder bitte ich darum, meinen Antrag in die Rankingliste aufzunehmen.

ja

nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift des Vertragsarztes/ärztl. Leiters des MVZ/Geschäftsführer

## Anlage 1

# Erklärung des Arztes in Weiterbildung

## für die Förderung der Weiterbildung

Befinden Sie sich in einer Verbundweiterbildung? ja  nein

Wenn ja, in welchem Verbund?

\_\_\_\_\_ Verbund

Nach welcher Weiterbildungsordnung absolvieren Sie die Weiterbildung? WBO 2006  WBO 2020

Ich habe bereits Weiterbildungszeiten für die beantragte Weiterbildung absolviert:  ja  nein

Wenn Sie mit ja geantwortet haben, wie viele Monate (berechnet auf Vollzeit) haben Sie bereits absolviert?

ambulant:

\_\_\_\_\_ in Monaten

stationär:

\_\_\_\_\_ in Monaten

Voraussichtliches Ende der Weiterbildungszeit:

█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
T	T	M	M	J	J	J	J	J	J

Wurden die ambulanten Weiterbildungszeiten gefördert?  ja  nein

### Hiermit verpflichte ich mich, vorzulegen:

- eine Kopie des Personalausweises (Vorder- und Rückseite) oder eines anderen Identitätsnachweises des Arztes in Weiterbildung,
- auf Anforderung der KVBW, eine Bescheinigung der zuständigen Bezirksärztekammer über die bereits abgeleiteten Weiterbildungszeiten
- bei Quereinsteigern, eine Bescheinigung der zuständigen Bezirksärztekammer über den Quereinstieg sowie eine Kopie der bereits erworbenen Facharzturkunde.

### Hiermit erkläre ich,

- dass ich im Besitz einer auf mich ausgestellten Approbationsurkunde bin und mir diese weder entzogen noch zum Ruhen gebracht wurde,
- dass ich den beim Weiterbildenden abgeleiteten Weiterbildungsabschnitt als Teil meiner Weiterbildung oder im Rahmen einer Weiterbildung gem. § 3 der Förderrichtlinie (Förderung weiterer fachärztl. Weiterbildungen) nutze,
- dass ich beabsichtige, die vorgeschriebene Weiterbildungszeit in dem geförderten Fachgebiet zu absolvieren, an der entsprechenden Facharztprüfung teilzunehmen und im Anschluss im vertragsärztlichen Bereich in der geförderten Facharztweiterbildung tätig zu werden,
- dass alle gemachten Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes in Weiterbildung

## Anlage 2

# Einwilligung Datenspeicherung, -verarbeitung und -übermittlung – Arzt in Weiterbildung

## Information zur Einwilligung in die Datenspeicherung, -verarbeitung und -übermittlung

Die Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V wird durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) einerseits und die Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) sowie privaten Krankenversicherungsunternehmen (PKV) andererseits finanziert. Die Förderung zielt darauf ab, insbesondere den Anteil der Allgemeinmediziner in der vertragsärztlichen Versorgung zu erhöhen und die bedarfsgerechte Sicherung vertragsärztliche Tätigkeit weiterer Facharztgruppen zu stärken.

Die sozialgesetzliche Regelung in § 75a SGB V bestimmt, dass folgende Partner weitere Regelungen treffen sollen: Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Diese haben einvernehmlich mit dem PKV-Verband sowie unter Beteiligung der Bundesärztekammer (BÄK) die Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V (Fördervereinbarung) mit weiteren Anlagen geschlossen. Die Fördervereinbarung selbst beschreibt die Grundsätze der gesamten Weiterbildungsförderung. Ihre Anlagen I und II beschreiben die Verfahrenswege/operative Ausführungsbestimmungen im ambulanten und im stationären Bereich. Die Anlage III der Fördervereinbarung beschreibt das Monitoring und die Evaluation/Datenschutzbestimmungen der Weiterbildungsförderung. Die Anlage IV beschreibt die Förderung der Qualität und Effizienz der Weiterbildung.

Die Mittelverwendung ist den Kostenträgern, den gesetzlichen Krankenkassen und privaten Krankenversicherungsunternehmen, bzw. ihren Vertretern, dem GKV-SV und dem PKV-Verband einerseits sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen andererseits nachzuweisen. Der Datenumfang dieses Nachweises (gemäß Einwilligungserklärung) ist der KV von den Vertragspartnern der Fördervereinbarung vorgegeben und leitet sich aus der Fördervereinbarung ab.

Um die Wirksamkeit der Förderung zu bewerten, werden Förderdaten analysiert. Wirksamkeit im Sinne der Förderziele bilden sich aus Sicht der Vertragspartner durch steigende Zahlen bei den Facharztanerkennungen und den Tätigkeitsaufnahmen in der ambulanten Versorgung sowie stringenterer Weiterbildungsverläufe ab. Diese Wirkungen zeichnen sich erst mittel- bis langfristig ab und werden über Verbleibanalysen im Anschluss an die Facharztanerkennung nach drei, fünf und zehn Jahren durch einen Datenabgleich mit dem Bundesarztregister ausgewertet. Im Rahmen dieser Evaluation wird eine einheitliche Nummer (AiW-Nr.<sup>1</sup>) an jeden Förderprogramm-Teilnehmer vergeben, um standardisierte Auswertungen durchführen zu können.

Die erhobenen personenbezogenen Daten (gemäß Einwilligungserklärung) fließen in diese Gesamtevaluation der Förderung ein. Es werden ausschließlich auf KV-Bezirksebene aggregierte Auswertungen ohne Personenbezug erstellt. Die zugrundeliegenden personenbezogenen Daten werden nach Abschluss der Verbleibanalysen,

<sup>1</sup> Die AiW-Nr. wird von der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung vergeben. Sie hat innerhalb der Förderung der Weiterbildung eine administrative Bedeutung und wird im Rahmen des Nachweisverfahrens und der Evaluation genutzt. Sie kann von den Ärzten in Weiterbildung bei der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erfragt werden.

d. h., zehn Jahre nach Erlangung der Facharztanerkennung, gelöscht. Sofern zehn Jahre nach Förderende keine Facharztanerkennung erworben oder dem Gesamtevaluator bekannt gemacht wird, werden die Daten gelöscht.

Für die Datenverarbeitung und -nutzung der personenbezogenen Daten durch die beteiligten Institutionen ist nach § 67b SGB X Ihre Einwilligung erforderlich, die Sie gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung jederzeit widerrufen können.

## **Einwilligung in Datenspeicherung, -verarbeitung und -übermittlung**

Ich willige gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, Albstadtweg 11 in 70567 Stuttgart ein, dass zum Zwecke des Mittelverwendungsnachweises und der Evaluation der Förderung meine nachfolgend aufgelisteten personenbezogenen Daten erhoben und unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen nach § 67b SGB X zwischen den im Folgenden genannten Institutionen und in der im Folgenden beschriebenen Weise ausgetauscht und verarbeitet werden.

Im Rahmen des Mittelnachweises werden folgende Daten von der Kassenärztlichen Vereinigung erhoben und an die KBV übermittelt, die diese Daten zusammenführt und dem GKV-Spitzenverband sowie dem PKV-Verband im Rahmen der Jahresabrechnung als Verwendungsnachweis weiterleitet:

- Vorname, Name, Titel, Geschlecht, Geburtsdatum, Facharztbezeichnung des Weiterbilders, Praxisort, PLZ des Praxisorts, Name des Planungsbereichs der Bedarfsplanung, Förderungsbeginn und -ende, Förderungsart (Förderung bei Unterversorgung oder drohender Unterversorgung), Förderungsdauer in Monaten, jahresübergreifende Förderung ja/nein, vollzeitige oder teilzeitige Weiterbildung, Förderbetrag gesamt und Förderbetrag KV-Anteil, Teilnahme an einer Verbundweiterbildung (ja/nein)

Diese Daten werden von den genannten Institutionen für die Dauer der Weiterbildung, in Falle von Teilzeit, für maximal zehn Jahre gespeichert.

Für die Evaluationsmaßnahmen der Vereinbarung und ihrer Anlagen werden nachfolgende Daten von den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Landesärztekammern sowie von der Zentralen Registrierstelle bei der Deutschen Krankenhausgesellschaft zusammengeführt und beim Gesamtevaluator, gegenwärtig die KBV, verarbeitet:

- a. Familienname, Vorname
- b. Geburtsdatum und Geburtsname
- c. Arztnummer (AiW-Nr.)<sup>2</sup>
- d. Angaben zum Verlauf der Weiterbildung: KV-Bereich, Förderzeitraum, Fachgebiete, Weiterbildungsziel, Tätigkeitsumfang und -art, ausgezahlte Fördergelder, bestehende Facharztanerkennungen
- e. Erwerb der Facharztanerkennung,
- f. Spätere Berufstätigkeit im vertragsärztlichen Bereich
- g. E-Mailadresse des Arztes in Weiterbildung

<sup>2</sup> s. o.

Es werden ausschließlich auf KV-Bezirksebene aggregierte Auswertungen ohne Personenbezug erstellt.

Die Lenkungsgruppe gemäß § 10 der Fördervereinbarung erhält und analysiert diese zusammengefassten Auswertungen der personenbezogenen Daten. Ihr gehören an: die KBV, die Deutsche Krankenhausgesellschaft sowie der GKV-Spitzenverband. Des Weiteren sind der PKV-Verband und die Bundesärztekammer (BÄK) an der Lenkungsgruppe beteiligt. Die „Information zur Einwilligung in die Datenverarbeitung“ habe ich zur Kenntnis genommen.

**Ich bin damit einverstanden, dass die KV die oben genannten Daten an die genannten Institutionen übermittelt und diese durch die genannten Institutionen für die genannten Zwecke verarbeitet werden. Die Speicherung meiner Daten bei dem Gesamtevaluator der Weiterbildungsförderung (gegenwärtig die KBV) dauert zehn Jahre nach Erhalt der Facharztanerkennung an. Sofern zehn Jahre nach Förderende keine Facharztanerkennung erworben oder nachgewiesen wurde, werden die Daten gelöscht.**

**Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung gegenüber der KV jederzeit widerrufen kann. Der Widerruf erfolgt gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, Albstadtweg 11 in 70567 Stuttgart (Kontakt per Mail: [weiterbildung@kvbawue.de](mailto:weiterbildung@kvbawue.de)). Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Die bis zum Widerruf erhobenen Daten werden für den Mittelverwendungsnachweis gegenüber den oben genannten Institutionen eingesetzt, sofern diese noch für den Verwendungsnachweis einer Jahresabrechnung benötigt werden. Die bis zum Widerruf erhobenen Daten stehen für die beschriebene, turnusmäßige Gesamtevaluation der Weiterbildungsförderung weiterhin zur Verfügung.**

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Arztes in Weiterbildung



## Anlage 3

# Erklärung des weiterbildenden Vertragsarztes

## für die Förderung der Weiterbildung

### Hiermit verpflichte ich mich, vorzulegen:

- aktuell gültige Weiterbildungsbefugnis der zuständigen Ärztekammer, sofern diese nicht auf der Homepage der Landesärztekammer veröffentlicht wurde,
- sofern es die KVBW anfordert, eine mir von der Ärztin/dem Arzt in Weiterbildung vorgelegte Bestätigung der zuständigen Ärztekammer, aus der ersichtlich wird, welche Weiterbildungszeiten im geförderten Fachgebiet von der Ärztin/von dem Arzt in Weiterbildung noch abzuleisten sind,

### Hiermit erkläre ich,

- dass ich mich davon überzeugt habe, dass der Arzt in Weiterbildung eine deutsche Approbation besitzt,
- dass ich die von der KVBW genehmigten und gewährten Fördermittel in voller Höhe an den Arzt in Weiterbildung abführen werde,
- dass ich am Ende des jeweiligen Förderzeitraums der KVBW einen Nachweis über die an den Arzt in Weiterbildung weitergegebenen Förderbeträge, ggf. mittels Bescheinigung des Steuerberaters, zusende,
- dass ich die gewährten Förderbeträge an die KVBW zurückzahle, sofern ich den Arzt in Weiterbildung nicht im Rahmen der geförderten Weiterbildung oder im Rahmen einer Weiterbildung gem. § 3 der Förderrichtlinie (Förderung weiterer fachärztl. Weiterbildungen) beschäftige,
- dass die Weiterbildung im Einklang der Weiterbildungsordnung und vereinbarungsgemäß erfolgt,
- dass ich eine vorzeitige Unterbrechung oder Beendigung der Weiterbildung im Sinne des § 8 Abs. 3 der Förderrichtlinie der KVBW unverzüglich anzeigen werden,

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Vertragsarztes/ ärztl. Leiters des MVZ/  
Geschäftsführers

## Anlage 4

# Einwilligung Datenspeicherung, -verarbeitung und -übermittlung – weiterbildender Vertragsarzt

## Information zur Einwilligung in die Datenspeicherung, -verarbeitung und -übermittlung

Die Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V wird durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) einerseits und die Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) sowie privaten Krankenversicherungsunternehmen (PKV) andererseits finanziert. Die Förderung zielt darauf ab, insbesondere den Anteil der Allgemeinmediziner in der vertragsärztlichen Versorgung zu erhöhen und die vertragsärztliche Tätigkeit weiterer geförderter Facharztgruppen zu erhöhen.

Die sozialgesetzliche Regelung in § 75a SGB V bestimmt, dass folgende Partner weitere Regelungen treffen sollen: Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Diese haben einvernehmlich mit dem PKV-Verband sowie unter Beteiligung der Bundesärztekammer (BÄK) die Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V (Fördervereinbarung) mit weiteren Anlagen geschlossen. Die Fördervereinbarung selbst beschreibt die Grundsätze der gesamten Weiterbildungsförderung. Ihre Anlagen I und II beschreiben die Verfahrenswege/operative Ausführungsbestimmungen im ambulanten und im stationären Bereich. Die Anlage III der Fördervereinbarung beschreibt das Monitoring und die Evaluation/Datenschutzbestimmungen der Weiterbildungsförderung. Die Anlage IV beschreibt die Förderung der Qualität und Effizienz der Weiterbildung.

Die Mittelverwendung ist den Kostenträgern, den gesetzlichen Krankenkassen und privaten Krankenversicherungsunternehmen, bzw. ihren Vertretern, dem GKV-SV und dem PKV-Verband einerseits sowie der Kassenärztlichen Vereinigungen andererseits nachzuweisen. Der Datenumfang dieses Nachweises (gemäß Einwilligungserklärung) ist der KV von den Vertragspartnern der Fördervereinbarung vorgegeben und leitet sich aus der Fördervereinbarung ab.

Für die Datenverarbeitung und -nutzung der personenbezogenen Daten durch die beteiligten Institutionen ist nach § 67b SGB X Ihre Einwilligung erforderlich, die Sie gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung widerrufen können.

## Einwilligung in Datenspeicherung, -verarbeitung und -übermittlung

Ich willige gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, Albstadtweg 11 in 70567 Stuttgart ein, dass zum Zwecke des Mittelverwendungsnachweises meine personenbezogenen Daten erhoben und unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen insbesondere nach § 67b SGB X zwischen den im Folgenden genannten Institutionen ausgetauscht und verarbeitet werden: die KBV führt die Daten zusammen und übermittelt diese im Rahmen der Jahresendabrechnung an den GKV-Spitzenverband und den PKV-Verband.

Nachfolgende Daten werden übermittelt:

- a. Familienname, Vorname, Titel, Facharztbezeichnung des Weiterbilders
- b. Praxisort, PLZ des Praxisorts, Name des Planungsbereichs
- c. Förderungsbeginn und -ende, Förderungsdauer in Monaten sowie Angabe jahresübergreifende Förderung (ja/nein), vollzeitige oder teilzeitige Weiterbildung
- d. Förderungsart (Unterversorgung/drohende Unterversorgung); Förderbetrag gesamt und Förderbetrag KV-Anteil
- e. Teilnahme an einem Weiterbildungsverbund (ja/nein)

Diese Daten können bei den genannten Institutionen über die Dauer der Weiterbildungsförderung hinaus gespeichert werden, bis alle Verwendungsnachweise seitens der weiterbildenden Praxis erbracht sind und das Förderverfahren beendet ist. Im Rahmen der Evaluation der Weiterbildung werden die Daten gemäß a) und b) von der KV an die jeweilige Landesärztekammer (LÄK) übermittelt: Die LÄK benötigt die Daten zur Durchführung der Weiterbildungsbefragung gemäß § 7 Abs. 2, 5. Unterpunkt der Fördervereinbarung.

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung gegenüber der KV jederzeit widerrufen kann. Der Widerruf erfolgt gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, Albstadtweg 11 in 70567 Stuttgart (Kontakt per Mail: [weiterbildung@kvbawue.de](mailto:weiterbildung@kvbawue.de)). Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Die bis zum Widerruf erhobenen Daten werden für den Mittelverwendungsnachweis gegenüber den oben genannten Institutionen eingesetzt, sofern diese noch für den Verwendungsnachweis einer Jahresabrechnung benötigt werden. Die bis zum Widerruf erhobenen Daten stehen für die beschriebene, turnusmäßige Gesamtevaluation der Weiterbildungsförderung weiterhin zur Verfügung.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Vertragsarztes/ärztlichen Leiters des MVZ/  
Geschäftsführers

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

Ich willige in die oben beschriebene Datenverarbeitung ein:

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Weiterbilder

## Anlage 5

# Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung

## Hinweise zur Bearbeitung

Bitte speichern Sie sich diesen Antrag auf Ihrem Computer ab und füllen ihn anschließend am Computer aus. Das dient nicht nur der besseren Lesbarkeit, sondern Sie erhalten zudem weitere Ausfüllhinweise.

Um eine Bearbeitung seitens der KVBW gewährleisten zu können und diese nicht zu verzögern, bitten wir Sie darum, den Antrag vollständig auszufüllen und alle erforderlichen Unterlagen dem Antrag beizulegen. Bitte reichen Sie den Antrag über [weiterbildung@kvbawue.de](mailto:weiterbildung@kvbawue.de) ODER per Post ein und sehen Sie bitte von doppelten Übermittlungen ab. Diese können zu Verzögerungen bei der Bearbeitung führen.

## Checkliste

Bitte fügen Sie diesem Antrag folgende Unterlagen zwingend bei:

- Approbationsurkunde/Berufserlaubnis nach § 10 Bundesärzteordnung/Facharztanerkennung (falls vorhanden) des Arztes in Weiterbildung (in Kopie)
- Weiterbildungsbefugnis (in Kopie)



## Arzt in Weiterbildung:

_____	_____	_____
Titel	Name	Vorname
_____	_____	_____
Straße, Nr.	PLZ	Ort
Geburtsdatum	_____	Geburtsort
	TTMMJJJJ	_____

## Beschäftigungszeitraum – bitte beide Daten einfügen!

für die Zeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
TTMMJJJJ TTMMJJJJ

Beachten Sie: Das Startdatum darf nicht in der Vergangenheit liegen.

## Beschäftigungsumfang:

ganztags (ab 38,5 Std.)       \_\_\_\_\_ Stunden/Woche (mind. 12 Stunden/ Woche)

\_\_\_\_\_ für den Weiterbildungsabschnitt  
Auf dem Fachgebiet/Schwerpunktbezeichnung/Zusatzbezeichnung

Weiterbildungsordnung, nach der die Weiterbildung absolviert wird       WBO 2006       WBO 2020

Eine Weiterbildungsbefugnis wurde von der zuständigen Bezirksärztekammer für \_\_\_\_\_ erteilt.  
Monate

**Bitte fügen Sie die Weiterbildungsbefugnis in Kopie dem Antrag bei.**

(soweit erforderlich)

**In der Facharztweiterbildung zum ärztlichen Psychotherapeuten für die nach der jeweils geltenden Weiterbildungsordnung erforderlichen Langzeittherapien und die dazu notwendige Stundenkontingente sind erbracht.**

Der Weiterbildende hat sich vor Beginn des Beschäftigungsverhältnisses davon zu überzeugen, dass der Arzt in Weiterbildung über eine Approbation oder eine Erlaubnis zur Ausübung des ärztlichen Berufs nach § 10 Bundesärzteordnung – bezogen auf die Tätigkeit in dieser Weiterbildungsstätte – verfügt.

Nach § 19 Absatz 1 Satz 3 Berufsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg müssen Ärzte die Beschäftigung von ärztlichen Mitarbeitern der zuständigen Bezirksärztekammer anzeigen. Der ärztliche Mitarbeiter muss sich selbst bei der zuständigen Bezirksärztekammer anmelden.

Mir ist bekannt, dass die Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung nur während anrechnungsfähiger Weiterbildungsabschnitte zulässig ist. Die Tätigkeit soll dem Zweck der Weiterbildung und nicht zu meiner persönlichen Entlastung oder Praxisvergrößerung dienen. Ein vorzeitiges Ausscheiden des Arztes in Weiterbildung ist der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg unverzüglich mitzuteilen. Darüber hinaus übernehme ich die im Rahmen des Weiterbildungsverhältnisses einschlägigen Verpflichtungen als Arbeitgeber.

Dies schließt auch die Zahlung eines regelmäßigen Arbeitsentgelts unter Berücksichtigung der von der Landesärztekammer beschlossenen Grundsätze zur „angemessenen Vergütung“ ein. Der Vertragsarzt hat in allen Fällen der Beschäftigung von Ärzten in Weiterbildung eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung zu gewährleisten.

---

Ort, Datum

---

Stempel/Unterschrift des Praxisinhabers/Ärztlichen Leiters

**Datenschutzhinweis für den Arzt in Weiterbildung:**

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg nach § 285 Abs. 1 SGB V die vorstehenden Daten zu meiner Person erhebt, speichert und entsprechend ihrem gesetzlichen Auftrag verarbeitet.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Arztes in Weiterbildung