

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

**Absender/Stempel**

Team Sicherstellungsverfahren | Telefon 0711 7875 3700 | Fax 0711 7875 4839 00

# 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 per Post ODER über [weiterbildung@kvbawue.de](mailto:weiterbildung@kvbawue.de) ein und sehen Sie bitte von doppelten Übermittlungen ab. Diese können zu Verzögerungen bei der Bearbeitung führen.

## Checkliste

**Diesem Antrag sind folgende Unterlagen zwingend beizufügen:**

- Approbationsurkunde/Berufserlaubnis nach § 10 Bundesärzteordnung/Facharztanerkennung (falls vorhanden) des Arztes in Weiterbildung (in Kopie)
- Weiterbildungsbefugnis (in Kopie)
- Antrag auf Förderung Arzt in Weiterbildung unter Weiterbildungsförderung | KVBW ([www.kvbawue.de/pdf4763](http://www.kvbawue.de/pdf4763)), falls Ihre Fachgruppe zu den förderfähigen Fachgruppen zählt



## 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 notwendigen 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