

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Sicherstellung  
Elsenheimerstr. 39  
80687 München

## Antrag

auf **Genehmigung zur Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten** nach § 32 Abs. 2 Ärzte-ZV

### 1. Allgemeine Angaben

**Antragsteller** (bei angestelltem Weiterbilder ist dies der Arbeitgeber, bei einem im MVZ tätigen Weiterbilder der MVZ-Vertretungsberechtigte, bei einem bei einer BAG tätigen Weiterbilder der BAG-Vertretungsberechtigte)

**LANR:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**BSNR:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**Titel** \_\_\_\_\_

**Vorname** \_\_\_\_\_, **Name** \_\_\_\_\_

**Facharztbezeichnung** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der **Hauptbetriebsstätte**

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Vertragsarzt

Ist beabsichtigt, dass mehrere Partner der Berufsausübungsgemeinschaft gemeinsam die Assistenz beantragen?

ja - Falls ja, bitte die weiteren Partner in die beigefügte Anlage B eintragen

nein

Ich bin Vertretungsberechtigter der BAG \_\_\_\_\_  
(Name der BAG)

Ich bin Vertretungsberechtigter des MVZ \_\_\_\_\_  
(Name des MVZ)

## 2. Beantragung

Beantragt wird die Genehmigung zur Beschäftigung des folgenden Assistenten:

**Assistent**

ggf. LANR: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Titel \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_, Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer, PLZ, **Wohnort**

\_\_\_\_\_

E-Mail-AdresseTelefonnummer

**Zeitraum der Beschäftigung:** vom |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| bis |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Datum Datum

Vollzeit  Teilzeit \_\_\_\_\_ Std./Woche

**Weiterbildungsassistent im Gebiet/ Bereich**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Approbation oder
- Erlaubnis des Assistenten nach § 10 BÄO **und**
- Bescheid der Bayerischen Landesärztekammer über die Weiterbildungsbefugnis des Weiterbilders

**Assistent zur Ableistung des Anpassungsjahres zur Erlangung der deutschen Approbation**

- Erlaubnis des Assistenten nach § 10 BÄO

**Assistent zur Überbrückung bis zur Facharztprüfung**

- Approbation oder
- Erlaubnis des Assistenten nach § 10 BÄO

**Assistent zur Überbrückung bis zur Aufnahme einer eigenen vertragsärztlichen Tätigkeit des Assistenten**

- Approbation,
- Facharztanerkennung des Assistenten **und**
- Kopie der Eingangsbestätigung zum gestellten ZA-Antrag des Assistenten

**Der beantragte Assistent soll folgendem Weiterbilder zugeordnet werden:**

dem Antragsteller persönlich *oder*

dem folgenden beim Antragsteller tätigen Arzt:

LANR: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Titel \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_, Name \_\_\_\_\_

Angestellter Arzt bei o. g. Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft

Vertragsarzt im o. g. MVZ

Angestellter Arzt im o. g. MVZ

### 3. Wichtiger Hinweis im Bereich der allgemeinmedizinischen oder fachärztlichen Weiterbildung nach § 75a SGB V

Neben dem vorliegenden Antrag auf Genehmigung eines Weiterbildungsassistenten möchte ich einen Antrag auf Förderung der

allgemeinmedizinischen

Weiterbildung in Praxen niedergelassener Vertragsärzte stellen.

Für die Prüfung über die tatsächliche Möglichkeit der Förderung ist **ein gesondertes Antragsformular** auszufüllen. Die Anträge für eine allgemeinmedizinische oder fachärztliche Weiterbildungsförderung finden Sie unter:

[www.kvb.de/service/formulare-und-antraege/formulare-mit-f/](http://www.kvb.de/service/formulare-und-antraege/formulare-mit-f/)


**Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller tätige Arzt) bestätige, dass ich den Inhalt des Antrags sowie des beigefügten Anhangs mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an. Die im Anhang aufgeführten Erläuterungen sind Bestandteil dieses Antrags.**

**Bitte beachten Sie, dass der Assistent erst dann vertragsärztlich tätig werden darf, wenn Ihnen als Antragsteller der Genehmigungsbescheid zugegangen ist.**

Bitte denken Sie daran, alle mit  gekennzeichneten Nachweise in Kopie dem Antrag beizulegen.


**Bitte beachten Sie, dass wir Ihnen diese Genehmigung in der Regel binnen eines Monats nach Antragsingang erteilen können, wenn uns die erforderlichen Nachweise vollständig vorliegen.**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vertragsarzt / -psychotherapeut / BAG-  
Vertretungsberechtigter / MVZ-Vertretungsberechtigter 

**Bei Antragstellung für einen beim Antragsteller tätigen Arzt zusätzlich:**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift beim Antragsteller tätiger Arzt 

Stempel Antragsteller

<b>Checkliste</b>	<b>Liegt der KVB bereits vor</b>	<b>Sind dem Antrag beigelegt</b>
Bescheinigungen/Nachweise je nach Grund der Antragstellung, siehe unter Punkt 2. Beantragung:		
1) Approbation des Assistenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Erlaubnis des Assistenten nach § 10 BÄO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Bescheid der Bayerischen Landesärztekammer über die Weiterbildungsbefugnis des Weiterbilders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Facharztanerkennung des Assistenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Eingangsbestätigung zum gestellten ZA-Antrag des Assistenten (in Kopie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Erklärung Assistent (Anlage A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Übersicht weitere Antragsteller (Anlage B; nur relevant bei gemeinschaftlicher Beantragung des Assistenten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Genehmigungsantrag – Anhang –



### Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die KVB erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung Ihres Antrags führen können.

Die Beschäftigung von Assistenten bedarf der **vorherigen Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung. Rückwirkende Genehmigungen** können aus rechtlichen Gründen **nicht** erteilt werden.

Leistungen, die von nicht genehmigten Assistenten erbracht werden, können von der KVB nicht anerkannt werden. Sie werden daher von dem jeweiligen Vertragsarzt zurückgefordert.

Der Einsatz von nicht genehmigten Assistenten kann nach Prüfung und Bewertung des Einzelfalls zur Einleitung eines Disziplinarverfahrens führen.

Sofern der Weiterbildungs- bzw. Überbrückungsassistent **in einem MVZ** beschäftigt werden soll, ist **Antragsteller stets der MVZ-Vertretungsberechtigte**. Dies gilt unabhängig davon, ob der Assistent einem zugelassenen Vertragsarzt im MVZ oder einem angestellten Arzt im MVZ zugeordnet wird. Der Arzt, dem der Assistent im MVZ zugeordnet wird, hat den Antrag mit zu unterzeichnen. Der Genehmigungsbescheid wird dem MVZ erteilt.

Die **Genehmigung zur Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten** kann grundsätzlich **nur für den Zeitraum** erteilt werden, **den der Assistent zur Weiterbildung in einem Gebiet, Teilgebiet oder Bereich bzw. für eine Fachkunde oder eine fakultative Weiterbildung benötigt und der auch von der Weiterbildungsbefugnis des Vertragsarztes abgedeckt** ist.

**Je Vertragsarzt** können **regelmäßig nur ein Vollzeit-Assistent oder zwei Assistenten in Teilzeit** beschäftigt werden. Eine zeitgleiche Beschäftigung mehrerer Weiterbildungsassistenten durch einen Weiterbilder ist insofern nicht zulässig.

Der Antrag zur Beschäftigung des Assistenten sollte **mindestens einen Monat vor der geplanten Anstellung** des Assistenten bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, Sicherstellung, 80684 München gestellt werden.

Sofern Sie einen bereits genehmigten tätigen Assistenten über den bislang genehmigten Zeitraum hinaus beschäftigen möchten, ist hierfür eine **Verlängerung der Genehmigung** erforderlich. Bitte beantragen Sie auch diese spätestens **einen Monat vor Ablauf der ursprünglichen Genehmigung**, damit geprüft werden kann, ob eine Verlängerung möglich ist.

Eine **Verlängerung der Genehmigung** zur Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten kann im Ausnahmefall auch nach der Beendigung der vorgesehenen Weiterbildungszeit (Ableistung sämtlicher von der Weiterbildungsbefugnis abgedeckter, anrechnungsfähiger Weiterbildungszeiten) erteilt werden, wenn

- die Weiterbildung im Rahmen der Teilzeitbeschäftigung abgeleistet wird und sich dadurch der Weiterbildungszeitraum (Artikel 30 Abs. 5 Heilberufe-Kammergesetzes i. V. m. § 4 Abs. 5 der Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns) verlängert  
**oder**
- Inhalte der nach der Weiterbildungsordnung erforderlichen Weiterbildung (noch) nicht erfüllt sind (Nachweis in Form einer Bescheinigung der Bayerischen Ärztekammer – BLÄK – erforderlich)  
**oder**
- die Weiterbildungszeit durch Beschluss des Prüfungsausschusses gemäß § 15 Abs. 4 der Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns verlängert wird (Nachweis in Form einer Bescheinigung der BLÄK erforderlich)  
**oder**

- die Weiterbildungszeit mit dem letzten anrechnungsfähigen Weiterbildungsabschnitt zusammenfällt, d. h. dass die Weiterbildung nach diesem Abschnitt beendet ist und die Facharztprüfung in absehbarer Zeit stattfinden soll (Verlängerung der Weiterbildungs-genehmigung bis zum Termin der Facharztprüfung des Weiterbildungskandidaten); die Genehmigung kann in diesem Fall um max. 6 Monate verlängert werden; handelt es sich um eine Erstgenehmigung, kann diese bereits um max. 3 Monate länger ausgestellt werden, als sich aus der anrechnungsfähigen Weiterbildungszeit und der Weiterbildungsbefugnis des weiterbildenden Arztes ergeben würde (in beiden Fällen ist ein Nachweis in Form einer Bescheinigung der BLÄK erforderlich)  
**oder**
- die Weiterbildungszeit in einem Weiterbildungsabschnitt bereits beendet ist, der darauf-folgende Weiterbildungsabschnitt aber aus nachvollziehbaren Gründen noch nicht begonnen werden kann (Überbrückung der Zeit zwischen den einzelnen Weiterbildungsabschnitten für max. 3 Monate; ein Nachweis in Form einer entsprechenden Bescheinigung der BLÄK ist hier nicht erforderlich; stattdessen ist dem Verlängerungsantrag eine entsprechende Erklärung des Assistenten beizufügen.)  
**oder**
- der Weiterzubildende seine erworbenen Kenntnisse noch vertiefen möchte (ein Nachweis in Form einer entsprechenden Bescheinigung der BLÄK ist hier in der Regel nicht erforderlich; stattdessen ist dem Verlängerungsantrag eine entsprechende Erklärung des Assistenten beizufügen.)  
**oder**
- der Weiterbildungsassistent nach bestandener Facharztprüfung beim zuständigen Zulassungsausschuss bereits einen eigenen Antrag auf Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung (Zulassung/ Anstellung/ Ermächtigung) gestellt hat und die Zeit bis zur Entscheidung des Zulassungsausschusses über seinen Antrag überbrückt werden soll (in diesem Fall ist als Nachweis eine Kopie der Eingangsbestätigung zum gestellten ZA-Antrag des Assistenten erforderlich).

Die **Genehmigung zur Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten bzw. Assistenten zur Überbrückung bis zur Facharztprüfung endet**, ohne dass es eines Widerrufs bedarf, wenn der Assistent bereits vor dem Ablauf der Befristung der Genehmigung die Facharztanerkennung erwirbt. Der Vertragsarzt hat dies der KVB mitzuteilen.

Im Übrigen endet die Genehmigung, wenn die Weiterbildungsbefugnis des Vertragsarztes endet (Ausnahme: Bei Verlängerung der Genehmigung zur Überbrückung der Zeit bis zur Facharztprüfung des Assistenten, s. o.).

Die Genehmigung zur **Beschäftigung eines Assistenten zur Überbrückung bis zur Aufnahme einer eigenen vertragsärztlichen Tätigkeit endet**, ohne dass es eines Widerrufs bedarf, wenn der Assistent bereits vor dem Ablauf der Befristung der Genehmigung die **vertragsärztlichen Tätigkeit aufnimmt**.

Die komplette Darstellung des SGB V, der Bundesmantelverträge und der Ärzte – ZV können Sie bei Bedarf unter <http://www.kvb.de/praxis/rechtsquellen/rechtsquellen-bund/grundlagen/> abrufen.

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter [www.kvb.de/datenschutz](http://www.kvb.de/datenschutz). Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

## Anlage A

zum Antrag auf **Genehmigung zur Beschäftigung eines Assistenten** nach § 32 Abs. 2 Ärzte-ZV

### Assistent


Titel \_\_\_\_\_, Vorname \_\_\_\_\_, Name \_\_\_\_\_

### Erklärung

**Ich erkläre hiermit**, dass ich nicht drogen- oder alkoholabhängig bin oder innerhalb der letzten fünf Jahre gewesen bin. Weiterhin erkläre ich, dass ich mich innerhalb der letzten fünf Jahre nicht einer Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen habe und dass gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufs nicht entgegenstehen.

Entsprechend § 67a Abs. 3 SGB X weisen wir darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die KVB erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung Ihres Antrags führen können.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Assistent 

Stempel Antragsteller

## Anlage B


zum Antrag auf **Genehmigung zur Beschäftigung eines Assistenten** nach § 32 Abs. 2 Ärzte-ZV  
(Nur auszufüllen, falls mehrere Partner einer Berufsausübungsgemeinschaft eine **gemeinschaftliche  
Beantragung/Anstellung des Assistenten** beabsichtigen)

Nachfolgend aufgeführte Partner der Berufsausübungsgemeinschaft sind weitere Antragsteller:

<b>1. weiterer Antragsteller</b>	
LANR:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Vorname _____, Name _____	
<b>2. weiterer Antragsteller</b>	
LANR:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Vorname _____, Name _____	
<b>3. weiterer Antragsteller</b>	
LANR:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Vorname _____, Name _____	
<b>4. weiterer Antragsteller</b>	
LANR:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Vorname _____, Name _____	
<b>5. weiterer Antragsteller</b>	
LANR:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Vorname _____, Name _____	


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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift 1. weiterer Antragsteller




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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift 2. weiterer Antragsteller




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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift 3. weiterer Antragsteller



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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift 4. weiterer Antragsteller



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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift 5. weiterer Antragsteller

