



1. Angaben zur Person

Adressdaten

Titel / Name: _____
Geburtsdatum/-ort: _____

Dienststelle (WB-Stätte): _____
Straße / Ort: _____
Telefon / E-Mail: _____

Privatanschrift: _____
Telefon / E-Mail: _____

2. Antragsstellung (kommissarische Leitungsnachfolge)

Antragsdaten

Befugnisbeantragung:

- Gem. § 5 Abs. 5 WO beantrage ich die Übernahme folgender Befugnisse meines/r Vorgängers/in:

(Bitte Angabe der genauen Bezeichnung)

für einen maximal _____ - monatigen Zeitraum.

Anfallende Verwaltungs-
gebühr je beantragte
Bezeichnung: € 250,00
(s. Hinweise)

komm. Leitungsübernahme:

- Name des/der bisherigen Weiterbildungsbefugten:

Titel, Vorname, Name

- Übernahme der komm. Leitungsfunktion ab

Gewährleistung ganztägiger Weiterbildung:

- Hiermit versichere ich, dass eine **ganztägige Weiterbildung unter meiner persönlichen Anleitung** sichergestellt wird.
 Die Vertretung erfolgt durch folgende/n qualifizierte/n Facharzt/ärztin:

FA-Kompetenz: _____
Titel, Vorname, Name

SP-Kompetenz: _____
Titel, Vorname, Name

Zusatz-WB: _____
Titel, Vorname, Name

Weiterbildungsprogramm/e gem. § 5 Abs. 5 WO:

- Weiterbildungsprogramm/e des/r Vorgängers/in werden
zwischenzeitlich übernommen
 Aktualisierte/s Weiterbildungsprogramm/e liegen anbei.

Änderungen WB-Gegebenheiten gem. § 5 Abs. 4 WO:

- Nein, es haben sich keine wesentlichen Änderungen
durch die kommissarische Übernahme der Leitungsfunktion ergeben.
 Ja, s. Erläuterungen im beigefügten Schreiben.

Bestätigung durch Dienstherrn:

- Hiermit wird die kommissarische Leitungsfunktion des/der
Antragstellers/in, dessen/deren Weisungsrecht gegenüber
den nachgeordneten ärztlichen Mitarbeitern/innen und das
Zeugniserteilungsrecht für den in diesem Formular ange-
gebenen Zeitraum bestätigt:

rechtsverbindliche Unterschrift des Trägers / Stempel

3. Bestätigung der Antragsstellung

Unterschrift

Ich bestätige durch meine Unterschrift die Richtigkeit aller der in diesem Antrag und den beigefügten Unterlagen enthaltenen Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift



4. Antrag auf Zulassung als Weiterbildungsstätte

Adressdaten des Trägers / Rechnungsempfänger

<input type="text"/>	Telefon: <input type="text"/>
<input type="text"/>	Telefax: <input type="text"/>
<input type="text"/>	E-Mail: <input type="text"/>
<input type="text"/>	Homepage: <input type="text"/>

Anschrift Träger der Weiterbildungsstätte

Angaben bei abweichendem Rechnungsempfänger:

<input type="text"/>	Name des Rechnungsempfängers: <input type="text"/>
----------------------	--

Anschrift Rechnungsempfänger

Hinweise

- Eine Beantragung ist **nur erforderlich, sofern aktuell keine gültige Zulassung** in der/n beantragten Bezeichnung/en vorliegt.
- Für die Bearbeitung des Antrages auf Erteilung einer Weiterbildungsstättenzulassung fällt entsprechend unserer Verwaltungsgebührenordnung vom 26.11.2022 in der am 19.06.2024 in Kraft getretenen Fassung **je beantragter Bezeichnung** eine Gebühr in der Höhe von **EUR 250,00** an. Der jeweilige Betrag wird mit Eingang Ihres Antrages fällig und ist Voraussetzung für die Antragsbearbeitung. Bitte überweisen Sie Verwaltungsgebühren erst nach Erhalt der mit entsprechenden Zahlungsinformationen versehenen Eingangsbestätigung.

Bestätigung der Antragsangaben / Antrag auf Zulassung als Weiterbildungsstätte

Hiermit bestätigen wir die von dem/der Weiterbildungsleiter/in im Rahmen dieses/er Antrages/Anträge auf Weiterbildungsbefugnis gemachten Angaben und beantragen unsererseits die Zulassung/en als Weiterbildungsstätte gemäß § 37 ff. Heilberufsgesetz NRW (HeilBerG) und § 6 ff. Weiterbildungsordnung für die Basis-Weiterbildung, Facharztkompetenz, Schwerpunktkompetenz und/oder Zusatz-Weiterbildung/en.

Ort, Datum

Rechtsverbindliche Unterschrift des Trägers / Stempel



Hinweise / Informationen

Bei kommissarischen Weiterbildungsbefugnissen handelt es sich nicht um regulär erteilte Befugnisse. Sie dienen in erster Linie dem **Bestandsschutz** der bereits in Weiterbildung befindlichen Assistenzärzte/innen, um somit die **Kontinuität der Weiterbildung** zunächst sicherzustellen, bis ein/e Nachfolgerin endgültig bestellt ist, der/die dann eine eigene Weiterbildungsbefugnis beantragen kann.

Der Klinikträger ist dazu angehalten, die Wiederbesetzung einer vakanten Leitungsposition schnellstmöglich vorzunehmen und den **Interimszeitraum so kurz wie möglich** zu halten. Aus diesem Grund ist die Gültigkeit kommissarischer Befugnisse in der Regel auf einen **maximalen Zeitraum von 6 Monaten** beschränkt (Befristung gem. § 5 Abs. 2 S. 2 WO).

Hilfestellung:

Das vorliegende Formular richtet sich ausschließlich an **stationäre** Antragsteller/innen und soll diesen die Beantragung kommissarischer Weiterbildungsbefugnisse erleichtern. Vorgegeben sind die im Folgenden näher erläuterten Abfragefelder:

• **Adressdaten**

Bitte geben Sie hier die Adressdaten Ihrer Dienststelle an, an der Sie die Weiterbildung kommissarisch vermitteln wollen. Gemäß § 5 Abs. 3 WO ist die Weiterbildung grundsätzlich an nur einer Weiterbildungsstätte zu vermitteln. Falls Sie die kommissarische Leitung mehrerer Standorte übernommen und Ihre ärztliche Tätigkeit auf diese aufgeteilt haben sollten, bitten wir Sie dies schriftlich in einem gesonderten Schreiben näher zu erläutern. In einem solchen Fall müssen Sie sich für einen Weiterbildungsstandort entscheiden und die Befugnis an diesem Standort gemeinsam mit einem/r leitenden Oberarzt/ärztin beantragen.

Zum Abgleich mit unseren Meldedaten bitten wir Sie ferner um Angabe Ihrer privaten Adressdaten.

Dieses Formular ersetzt nicht den für An-, Änderungs-, und Abmeldungen vorgesehenen Meldebogen der Ärztekammer (§ 2 Heilberufsgesetz NW).

• **Befugnisbeantragung**

Bitte geben Sie hier unter Angabe der genauen Bezeichnung an, welche Weiterbildungsbefugnisse Ihres/r Vorgängers/Vorgängerin Sie kommissarisch übernehmen wollen. Beachten Sie bitte, dass kommissarische Befugnisse nur in der bisher erteilten Befugnishöhe beantragt werden können. Erhöhungsanträge sind im Rahmen dieser Regelung nicht möglich.

Beantragen Sie gemeinsame Weiterbildungsbefugnisse (z. B. in der Basis-Weiterbildung) mit bereits befugten Kollegen, benötigen wir zusätzlich eine einfache (formlose) Bestätigung durch die Befugnispartner.

• **Leitungsübernahme**

Bitte geben Sie hier zunächst den Namen Ihres/r Vorgängers/in an, von dem/r Sie die Befugnisse kommissarisch übernehmen wollen.

Das Datum der kommissarischen Leitungsfunktion stellt zugleich das Datum der Übernahme der Befugnis/se dar. Die kommissarische/n Befugnis/se wird/werden von diesem Ausgangsdatum für maximal 6 Monate erteilt.

• **Gewährleistung ganztägiger Weiterbildung**

Bitte beachten Sie, dass Sie gem. WO eine ganztägige Weiterbildung unter persönlicher Anleitung sicherstellen müssen. Falls dies nicht an einem Standort möglich sein sollte, bitten wir dies schriftlich in einem gesonderten Schreiben näher zu erläutern.

Gem. Beschluss des Vorstandes der Ärztekammer Westfalen-Lippe müssen Sie zudem am gleichen Standort eine/n Stellvertreter/in mit der gleichen Weiterbildungsqualifikation benennen können, der/die Sie im Falle Ihrer Abwesenheit vertritt. Das Hinzuziehen eines/r Vertreters/in von extern reicht nicht aus.

Bitte geben Sie hierzu im freien Formularfeld an, welche/r Facharzt/ärztin Sie bzgl. welcher Weiterbildungsbefugnis vertreten soll.

• **Weiterbildungsprogramm/e**

Wir bitten Sie an dieser Stelle anzugeben, ob Sie das/die bisherigen Weiterbildungsprogramm/e Ihres/r Vorgängers/in zunächst übernehmen wollen.

Alternativ können Sie bereits aktualisierte oder vollständig überarbeitete Weiterbildungsprogramme einreichen. Falls Sie eine Hilfestellung zur Erstellung von Weiterbildungsprogrammen benötigen, finden Sie diese auf unserer Internetseite unter:

[ÄKWL > Arzt > Weiterbildung > Antragsformulare und Merkblätter > Weiterbildungsbefugnisse](#)

• **Änderungen Weiterbildungsgegebenheiten**

Hier können Sie wesentliche, die Weiterbildungsstruktur betreffende Veränderungen z. B. bzgl. der Patientenstruktur-/versorgung und der räumlichen und apparativen Ausstattung der Weiterbildungsstätte melden, die sich im Zuge der kommissarischen Leitungsübernahme ergeben haben. Unter Umständen hat dies gem. § 5 Abs. 4 S. 4 WO eine Anpassung des Umfangs der Weiterbildungsbefugnisse zur Folge.

• **Bestätigung durch Dienstherrn**

Wir bitten Sie, die kommissarische Leitungsfunktion, das Weisungsrecht gegenüber den nachgeordneten ärztlichen Mitarbeitern und das Zeugniserteilungsrecht unbedingt durch Ihren Dienstherrn bestätigen zu lassen. Einer Vorlage des Dienstvertrages bedarf es zur Beantragung kommissarischer Befugnisse hingegen nicht.

• **Gebühr**

Für die Bearbeitung fällt entsprechend unserer Verwaltungsgebührenordnung vom 26.11.2022 in der am 19.06.2024 in Kraft getretenen Fassung **je beantragter Bezeichnung** eine Gebühr in der Höhe von **EUR 250,00** an. Der jeweilige Betrag wird mit Eingang Ihres Antrages fällig und ist Voraussetzung für die Antragsbearbeitung. Bitte überweisen Sie Verwaltungsgebühren erst nach Erhalt der mit entsprechenden Zahlungsinformationen versehenen Eingangsbestätigung.