

Antrag auf Genehmigung zur Anstellung einer Zahnärztin/eines Zahnarztes

1. Antragsteller/-in

(von/vom Vertragszahnärztin/Vertragszahnarzt auszufüllen)

Abrechnungsnummer:

Name/Vorname/Titel der/des
Vertragszahnärztin/-zahnarztes:

oder Leiter/-in des MVZ:

Praxisanschrift:

Telefon:

E-Mail:

2. Ich beantrage die Genehmigung zur Anstellung von:

(Name/Vorname/Titel)

als **ZA** **OCH*** **MKG*** **KFO***

* entsprechende Urkunden über die Gebietsbezeichnungen sind beizufügen (Originale oder beglaubigte Kopien)

ganztags (mehr als 30 Std. pro Woche)

halbtags (mind. 10 Std. pro Woche)

weniger als halbtags mit Std. pro Woche

Beginn der Tätigkeit:

Hinweis: Pflichtfortbildung nach § 95d SGB V: Die Vertragszahnärztin/der Vertragszahnarzt/das MVZ ist nachweis verpflichtet für die Fortbildung ihres/seines angestellten Zahnarztes (s. Seite 7 und 8)

3. Antragsgebühr

Die Antragsgebühr in Höhe von 120,00 EUR für den Antrag auf Zulassung gem. § 46 Abs. 1c Z-ZV habe ich am auf das Konto der Postbank Frankfurt am Main, IBAN: DE79 5001 0060 0184 3036 09, BIC: PBNKDEFF, überwiesen. Bitte Verwendungszweck angeben: „Genehmigung eines angestellten Zahnarztes“.

Hinweis: Nach rechtskräftiger Anstellungsgenehmigung ist gem. § 46 Abs. 2c Z-ZV eine Gebühr von 400,00 EUR fällig (siehe Gebührenübersicht Seite 5).

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben:

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift (Arbeitgeber/-in)/Praxisstempel

4. Angaben der angestellten Zahnärztin/des angestellten Zahnarztes (vom ihr/ihm auszufüllen)

Name/Vorname/Titel:
Geburtsdatum:
Wohnanschrift:
Telefon:
E-Mail:
Staatsangehörigkeit:
Geburtsort/Geburtsland:

5. Lückenlose Aufstellung der seit der Eintragung in das Zahnarztregister ausgeübten zahnärztlichen Tätigkeiten: (entfällt, wenn Sie schon vertragszahnärztlich tätig waren)

in unselbstständiger Anstellung als Assistent/-in, angest. Zahnärztin/Zahnarzt oder Vertreter/-in	bei Zahnärztin/Zahnarzt/ Zahnklinik/Bundeswehr
von	bis
.....
.....
.....
.....
.....

6. Diesem Antrag liegen folgende Unterlagen der/des angest. Zahnärztin/Zahnarztes bei:

- Auszug aus dem Zahnarztregister nach § 18 Abs.1 Z-ZV
oder
- Antrag auf Eintragung in das Zahnarztregister
- lückenloser unterschriebener Lebenslauf nach § 18 Abs. 2 Z-ZV
- Bescheinigungen der KZVen, in deren Bereich Sie bisher vertragszahnärztlich tätig waren, aus denen sich der Ort und die Dauer der bisherigen Niederlassung und der Grund einer etwaigen Beendigung ergeben nach § 18 Abs. 2 Z-ZV
- Belegnachweis zur Beantragung eines behördlichen Führungszeugnisses nach § 30 Abs. 5 BZRG (darf zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht älter als drei Monate sein)
Hierzu ist ein Beantragungsformular (siehe Seite 9) beigelegt
oder
- behödl. Führungszeugnis nach § 30 Abs. 5 BZRG im Original (darf nicht älter als drei Monate sein)
- Die Berechtigung (Urkunde, Anerkennung) zum Führen einer bestimmten Gebietsbezeichnung
- Bei vorheriger Tätigkeit in einem anderen KZV-Bereich eine Bestätigung der KZV über den letzten nachgewiesenen fünfjährigen Fortbildungszyklus nach § 95d SGB V
- SEPA-Lastschriftmandat für Mitgliedschaft in der KZV Hessen (siehe Seite 4), erforderlich ab einer Wochenstundenzahl von 10 Std.

7. Erklärung zu derzeitigen Dienst- oder Beschäftigungsverhältnissen nach § 18 Abs. 2 Z-ZV

Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis als

bei

Zugelassene Vertragszahnärztin/
zugelassener Vertragszahnarzt/Verzicht
(Abmeldung der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers)

Die angegebene Tätigkeit wird beendet zum:

Die angegebene Tätigkeit wird im Anteil von Wochenstunden weitergeführt.

Ohne Dienst-/Beschäftigungsverhältnis

Vorbereitungsassistent/-in

8. Erklärung über Drogen- oder Alkoholabhängigkeit nach § 18 Abs. 2 Z-ZV

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich weder drogen- noch alkoholabhängig bin und auch nicht innerhalb der letzten fünf Jahre gewesen bin, dass ich mich in den letzten fünf Jahren keiner Entziehungskur unterziehen musste und dass gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung meines zahnärztlichen Berufes nicht entgegenstehen.

9. Nach erfolgter Genehmigung wird eine weitere Gebühr von 400,00 EUR fällig.

(Siehe Seite 6)

10. Ich bin über meine Pflicht zur fachlichen Fortbildung nach § 95d SGB V informiert.

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben:

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift (Arbeitnehmer/-in)

Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Lyoner Str. 21, 60528 Frankfurt

Gläubiger-Identifikationsnummer DE69ZZZ00000309612

Mandatsreferenz **WIRD SEPARAT MITGETEILT**

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Hessen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name/Vorname (Kontoinhaber/-in):

PLZ/Ort:

Straße/Hausnummer:

Kreditinstitut (Name):

BIC:

IBAN: DE__|____|____|____|____|__

.....
Datum/Ort/Unterschrift

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Mitgliedsbeiträge von:

.....
Name bitte in Druckbuchstaben

Informationsblatt

Antragstellende Zahnärztin / Antragstellender Zahnarzt
(Arbeitgeber/-in / Praxis)

Um einen reibungslosen Ablauf und die entsprechend von Ihnen gewünschte Bearbeitung Ihrer Anträge zu ermöglichen, bitten wir Sie, Folgendes zu beachten:

- ✓ Die Antragsunterlagen müssen 4 Wochen vor dem gewünschten Verhandlungstermin **vollständig** bei der KZV Hessen eingereicht werden. Bei **nicht vollständigen** Unterlagen **kann eine Verhandlung** am Sitzungstermin **nicht garantiert werden**.
- ✓ Die Anlagen zu den Unterlagen sind im Original oder in **beglaubigter** Kopie beizufügen.
- ✓ **Gebührenpflichtige Anträge werden erst nach Entrichten der zu zahlenden Gebühr bearbeitet und verhandelt.** Fügen Sie dem Antrag zu Ihrer Sicherheit bitte eine Kopie des Zahlungsbeleges bei.

Gebühren

Antrag auf Genehmigung einer angestellten Zahnärztin/
eines angestellten Zahnarztes (§ 46 Abs. 1c Z-ZV)

120,00 EUR
(fällig bei Antragstellung)

Nach erfolgter Genehmigung der Anstellung einer Zahnärztin/
eines Zahnarztes (§ 46 Abs. 2c Z-ZV)

400,00 EUR

**Bankverbindung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Hessen:
Postbank Frankfurt am Main
IBAN: DE79 5001 0060 0184 3036 09
BIC: PBNKDEFF**

Informationsblatt

Angestellte Zahnärztin / Angestellter Zahnarzt
(Arbeitnehmer/-in)

Um einen reibungslosen Ablauf und die entsprechend von Ihnen gewünschte Bearbeitung Ihrer Anträge zu ermöglichen, bitten wir Sie, Folgendes zu beachten:

- ✓ Die Antragsunterlagen müssen 4 Wochen vor dem gewünschten Verhandlungstermin **vollständig** bei der KZV Hessen eingereicht werden. Bei **nicht vollständig** Unterlagen **kann eine Verhandlung** am Sitzungstermin **nicht garantiert werden**.
- ✓ Die Anlagen zu den Unterlagen sind im Original oder in **beglaubigter** Kopie beizufügen.
- ✓ **Gebührenpflichtige Anträge werden erst nach Entrichten der zu zahlenden Gebühr bearbeitet und verhandelt**. Fügen Sie dem Antrag zu Ihrer Sicherheit bitte eine Kopie des Zahlungsbeleges bei.

Gebühren

Antrag auf Eintragung in das Zahnarztregister (§ 46 Abs.1a Z-ZV) **100,00 EUR**
(**fällig bei Antragstellung durch angestellte/n Zahnärztin/Zahnarzt**)

Eintragung nach erfolgter Genehmigung der/des angestellten Zahnärztin/Zahnarztes in das Angestelltenregister (§ 46 Abs. 2d Z-ZV) **400,00 EUR**
(**zahlbar in einem Betrag nach erteilter Genehmigung**)

Hinweis:

Nach erfolgter Genehmigung der/des angestellten Zahnärztin/Zahnarztes durch den Zulassungsausschuss fällt ein monatlicher Beitrag für die Mitgliedschaft in der KZV Hessen an (ab einer Wochenstundenzahl von 10 Std.) **65,00 EUR**

**Bankverbindung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Hessen:
Postbank Frankfurt am Main
IBAN: DE79 5001 0060 0184 3036 09
BIC: PBNKDEFF**

Merkblatt

über die Auswirkungen der Pflichtfortbildung für den Vertragszahnarzt bei Beschäftigung von angestellten Zahnärzten

Bei der Beschäftigung einer angestellten Zahnärztin/eines angestellten Zahnarztes ist, bezogen auf die Pflichtfortbildung, auf die Einhaltung der Bestimmung des § 95d SGB V zu achten (**siehe dazu die folgende Seite 8**).

Danach gilt die für Vertragszahnärzte vorgesehene Fortbildungs- und Nachweispflicht in gleicher Weise auch für deren angestellte Zahnärzte. Die Verpflichtung zur Erbringung des Nachweises trifft dabei nicht die angestellte Zahnärztin oder den angestellten Zahnarzt, sondern **die Vertragszahnärztin bzw. den Vertragszahnarzt** selbst, als Arbeitgeber/-in. Bei Nichterbringung des Fortbildungsnachweises drohen Vertragszahnärzten die gesetzlich vorgesehenen Sanktionen. Etwaige Honorarkürzungen betreffen dabei die gesamte Abrechnung. Dies bedeutet, dass die Vertragszahnärztin bzw. der Vertragszahnarzt als Arbeitgeber/-in Vorsorge für diesen Fall zu treffen hat.

Im eigenen Interesse sollten Vertragszahnärzte den Fortbildungspunktstand ihrer Angestellten bezogen auf den jeweiligen individuellen Fünfjahreszeitraum im Auge behalten. Dringend zu empfehlen ist, sich vor dem Arbeitsvertragsabschluss den erreichten Punktstand nachweisen zu lassen. Das gilt insbesondere für die Begründung von Anstellungsverhältnissen kurz vor Ablauf des Fünfjahreszeitraums.

Im Übrigen sollte die im SGB V normierte Fortbildungspflicht der/des Angestellten im Anstellungsvertrag hinreichend arbeitsvertraglich abgesichert werden.

Auszüge aus § 95d SGB V:

- (1) *“Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, sich in dem Umfang fachlich fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Fortentwicklung der zu seiner Berufsausübung in der vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist. Die Fortbildungsinhalte müssen dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse auf dem Gebiet der Medizin, Zahnmedizin oder Psychotherapie entsprechen. Sie müssen frei von wirtschaftlichen Interessen sein.*
- (2) *Der Nachweis über die Fortbildung kann durch Fortbildungszertifikate der Kammern der Ärzte, der Zahnärzte sowie der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erbracht werden. Andere Fortbildungszertifikate müssen den Kriterien entsprechen, die die jeweilige Arbeitsgemeinschaft der Kammern dieser Berufe auf Bundesebene aufgestellt hat. In Ausnahmefällen kann die Übereinstimmung der Fortbildung mit den Anforderungen nach Absatz 1 Satz 2 und 3 auch durch sonstige Nachweise erbracht werden; die Einzelheiten werden von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen nach Absatz 6 Satz 2 geregelt.*
- (3) *Ein Vertragsarzt hat alle fünf Jahre gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung den Nachweis zu erbringen, dass er in dem zurückliegenden Fünfjahreszeitraum seiner Fortbildungspflicht nach Absatz 1 nachgekommen ist; für die Zeit des Ruhens der Zulassung ist die Frist unterbrochen. Endet die bisherige Zulassung infolge Wegzugs des Vertragsarztes aus dem Bezirk seines Vertragsarztsitzes, läuft die bisherige Frist weiter. Vertragsärzte, die am 30. Juni 2004 bereits zugelassen sind, haben den Nachweis nach Satz 1 erstmals bis zum 30. Juni 2009 zu erbringen. Erbringt ein Vertragsarzt den Fortbildungsnachweis nicht oder nicht vollständig, ist die Kassenärztliche Vereinigung verpflichtet, das an ihn zu zahlende Honorar aus der Vergütung vertragsärztlicher Tätigkeit für die ersten vier Quartale, die auf den Fünfjahreszeitraum folgen, um 10 v.H. zu kürzen, ab dem darauf folgenden Quartal um 25 v.H. Ein Vertragsarzt kann die für den Fünfjahreszeitraum festgelegte Fortbildung binnen zwei Jahren ganz oder teilweise nachholen; die nachgeholte Fortbildung wird auf den folgenden Fünfjahreszeitraum nicht angerechnet. Die Honorarkürzung endet nach Ablauf des Quartals, in dem der vollständige Fortbildungsnachweis erbracht wird. Erbringt ein Vertragsarzt den Fortbildungsnachweis nicht spätestens zwei Jahre nach Ablauf des Fünfjahreszeitraums, soll die Kassenärztliche Vereinigung unverzüglich gegenüber dem Zulassungsausschuss einen Antrag auf Entziehung der Zulassung stellen. Wird die Zulassungsentziehung abgelehnt, endet die Honorarkürzung nach Ablauf des Quartals, in dem der Vertragsarzt den vollständigen Fortbildungsnachweis des folgenden Fünfjahreszeitraums erbringt.*
- (5) *Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend für angestellte Ärzte eines medizinischen Versorgungszentrums eines Vertragsarztes oder einer Einrichtung nach § 105 Absatz 1 Satz 2, Absatz 5 oder § 119b. Den Fortbildungsnachweis nach Absatz 3 für die von ihm angestellten Ärzte führt das medizinische Versorgungszentrum oder der Vertragsarzt; für die in einer Einrichtung nach § 105 Absatz 5 oder nach § 119b angestellten Ärzte wird der Fortbildungsnachweis nach Abs. 3 von der Einrichtung geführt. Übt ein angestellter Arzt die Beschäftigung länger als drei Monate nicht aus, hat die Kassenärztliche Vereinigung auf Antrag den Fünfjahreszeitraum um die Fehlzeiten zu verlängern. Absatz 3 Satz 2 bis 5 und 7 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass das Honorar des medizinischen Versorgungszentrums des Vertragsarztes oder der Einrichtung nach § 105 Absatz 1 Satz 2, Absatz 5 oder § 119b gekürzt wird. Die Honorarkürzung endet auch dann, wenn der Kassenärztlichen Vereinigung die Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses nachgewiesen wird, nach Ablauf des Quartals, in dem das Beschäftigungsverhältnis endet. Besteht das Beschäftigungsverhältnis fort und wird nicht spätestens zwei Jahre nach Ablauf des Fünfjahreszeitraums für einen angestellten Arzt der Fortbildungsnachweis gemäß Satz 2 erbracht, soll die Kassenärztliche Vereinigung unverzüglich gegenüber dem Zulassungsausschuss einen Antrag auf Widerruf der Genehmigung der Anstellung stellen.”*

**Beantragung eines Führungszeugnisses der Belegart O
zur Vorlage bei einer Behörde**

Daten des Antragstellers:

Anrede: Frau Herr Titel:

Vorname: Name:

Straße, Nr.: PLZ, Ort:

Ich beantrage ein Führungszeugnis zur Vorlage beim Zulassungsausschuss für Zahnärzte, da

- ein Zulassungsantrag gestellt
oder
 für mich die Genehmigung als angestellte Zahnärztin/angestellter Zahnarzt
beantragt wurde.

Vor diesem Hintergrund bitte ich um Zusendung an nachfolgende Anschrift:

**KZV Hessen
Zulassungsausschuss für Zahnärzte
Frau Dego
Lyoner Str. 21
60528 Frankfurt am Main**

Ort, Datum

Unterschrift