

## Antrag auf Genehmigung zur Anstellung einer Zahnärztin/eines Zahnarztes

### 1. Antragsteller/-in

(von der/dem Vertragszahnärztin/Vertragszahnarzt auszufüllen)

Abrechnungsnummer: .....

Name/Vorname/Titel der/des  
Vertragszahnärztin/-zahnarztes  
**oder** des MVZ: .....

ggf. zahnärztl. Leitung des MVZ: .....

Praxisanschrift: .....

### 2. Ich beantrage die Genehmigung zur Anstellung von:

.....  
(Name/Vorname/Titel der/des angestellten Zahnärztin/Zahnarztes):

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 nachweisverpflichtet für die Fortbildung ihres angestellten Zahnarztes/ ihrer angestellten Zahnärztin (s. Seite 6 und 7)

### 3. Gebühren

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die Antragsgebühr gem. § 46 Abs. 1c Zahnärzte-ZV in Höhe von 120,00 € sowie die Verwaltungsgebühren gem. § 46 Abs. 2c und 2d Zahnärzte-ZV in Höhe von jeweils 400,00 € vom Honorarkonto der Praxis abgebucht werden.

### 4. Berufshaftpflichtversicherungsschutz nach § 95e SGB V

- Der erforderliche Nachweis einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung ist beigefügt.

**Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben:**

.....  
Ort/Datum

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

**5. Angaben der angestellten Zahnärztin/des angestellten Zahnarztes (von ihr/ihm auszufüllen)**

Name/Vorname/Titel:	.....
Geburtsdatum:	.....
Wohnanschrift:	.....
Telefon:	.....
E-Mail:	.....
Staatsangehörigkeit:	.....
Geburtsort/Geburtsland:	.....
Zahnarztnummer:	<p>ZANR:    -- -- -- -- -- -- -- --</p> <p>Vergabe durch die KZV</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Die entsprechende Bescheinigung ist beigelegt. (nicht notwendig, wenn die Zahnarztnummer durch die KZV Hessen vergeben wurde)</p>

**6. Dem Antrag liegen folgende Unterlagen der/des angestellten Zahnärztin/Zahnarztes bei:**

- Auszug aus dem Zahnarztregister nach § 18 Abs.1 Z-ZV (nicht notwendig, wenn Sie bereits im Zahnarztregister in Hessen eingetragen wurden)
- oder**
- Antrag auf Eintragung in das Zahnarztregister
- lückenloser unterschriebener Lebenslauf nach § 18 Abs. 2 Z-ZV
- Belegnachweis der Beantragung eines behördlichen Führungszeugnisses nach § 30 Abs. 5 BZRG bei einer Meldebehörde (Das Führungszeugnis darf zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht älter als drei Monate sein) Hierzu ist ein Musterformular (siehe Seite 8) beigelegt
- SEPA-Lastschriftmandat für Mitgliedschaft in der KZV Hessen (siehe Seite 4) (erforderlich ab einer Wochenstundenzahl von 10 Std.)
- ggf. die Berechtigung (Urkunde, Anerkennung) zum Führen einer bestimmten Gebietsbezeichnung als KFO\*  OCH\*  MKG\*   
\* entsprechende Urkunden über die Gebietsbezeichnungen sind beizufügen (Originale oder beglaubigte Kopien)
- ggf. bei vorheriger Tätigkeit in einem anderen KZV-Bereich eine Bestätigung der KZV über den letzten nachgewiesenen fünfjährigen Fortbildungszyklus nach § 95d SGB V
- ggf. Bescheinigungen der KZVen, in deren Bereich Sie bisher vertragszahnärztlich niedergelassen tätig waren, aus denen sich der Ort und die Dauer der bisherigen Niederlassung als Vertragszahnarzt/-zahnärztin und der Grund einer etwaigen Beendigung ergeben nach § 18 Abs. 2 Z-ZV

**7. 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.

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

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

Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis als

Angestellte/r Zahnärztin/Zahnarzt

Vorbereitungs- /Assistent/-in

in der Praxis

.....

Zugelassene Vertragszahnärztin/  
zugelassener Vertragszahnarzt

Praxisanschrift

.....

Die angegebene Tätigkeit wird beendet zum:

..... / ..... / .....

Abmeldung der Arbeitgeberin/  
des Arbeitgebers ist beigefügt

Verzicht ist beigefügt

Die angegebene Tätigkeit wird im Anteil von ..... Wochenstunden weitergeführt.

Ohne Dienst-/Beschäftigungsverhältnis

**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

# Informationen

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

**Anträge mit allen antragsbegleitenden Unterlagen** (§ 18 Z-ZV) sind wegen der notwendigen Bearbeitungszeiten **spätestens 4 Wochen, bei Medizinischen Versorgungszentren spätestens 6 Wochen** vor dem Sitzungstermin bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses (Lyoner Str. 21, 60528 Frankfurt) einzureichen.

An Stelle von Urschriften können amtlich **beglaubigte Abschriften** beigelegt werden.

Vertragszahnärzte, Ermächtigte Zahnärzte und Medizinische Versorgungszentren, die eine Zulassung oder die Genehmigung eines angestellten Zahnarztes beantragen, **müssen bei Antragstellung einen Nachweis über das Bestehen einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung vorlegen.** Die erforderliche Versicherungsbescheinigung nach § 113 Abs. 2 VVG über das Bestehen einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung nach § 95e SGB V können Sie bei Ihrem Versicherer anfordern.

Nach Fristablauf eingegangene Anträge werden generell in die Tagesordnung der darauffolgenden Sitzung aufgenommen.

## Gebührenübersicht

**Antrag auf Genehmigung einer angestellten Zahnärztin/  
eines angestellten Zahnarztes (§ 46 Abs. 1c Z-ZV)** 120,00 €

**Nach erfolgter Genehmigung der Anstellung einer Zahnärztin/  
eines Zahnarztes (§ 46 Abs. 2c Z-ZV)** 400,00 €

**Eintragung nach erfolgter Genehmigung der Anstellung einer Zahnärztin/  
eines Zahnarztes in das Angestelltenregister (§ 46 Abs. 2d Z-ZV)** 400,00 €

**Nach der Genehmigung durch den Zulassungsausschuss werden die Antragsgebühr  
gem. § 46 Abs. 1c Zahnärzte-ZV sowie die Verwaltungsgebühren gem. § 46 Abs. 2c und  
2d Zahnärzte-ZV vom Honorarkonto der Praxis abgebucht.**

**Der monatliche Beitrag für die Mitgliedschaft in der KZV Hessen wird nach erfolgter  
Genehmigung einer Zahnärztin/ eines Zahnarztes durch den Zulassungsausschuss  
monatlich (ab einer Wochenstundenzahl von 10 Std.) vom mitgeteilten Konto der  
angestellten Zahnärztin/ des angestellten Zahnarztes abgebucht (SEPA-Lastschrift-  
mandat).**

65,00 €

**Ausschließlich die Gebühr für die Eintragung in das Zahnarztregister überweisen an:**

**Postbank Frankfurt am Main,  
IBAN: DE79 5001 0060 0184 3036 09,  
BIC: PBNKDEFF**

100,00 €

# Merkblatt über die

## Auswirkungen der Pflichtfortbildung für den Vertragszahnarzt bei Beschäftigung von angestellten Zahnärzten \*

Bei der Beschäftigung eines angestellten Zahnarztes ist, bezogen auf die Pflichtfortbildung, auf die Einhaltung der Bestimmungen des § 95d SGB V zu achten (siehe dazu die folgende Seite 7).

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 den angestellten Zahnarzt selbst, sondern den Vertragszahnarzt als Arbeitgeber.

Bei Nichterbringung des Fortbildungsnachweises drohen Vertragszahnärzten die gesetzlich vorgesehenen Sanktionen. Etwaige Honorarkürzungen betreffen dabei die Praxisabrechnung.

Dies bedeutet, dass der Vertragszahnarzt als Arbeitgeber Vorsorge für diesen Fall zu treffen hat. Im eigenen Interesse sollten Vertragszahnärzte den Fortbildungspunktestand ihrer Angestellten bezogen auf den jeweiligen individuellen Fünfjahreszeitraum im Auge behalten.

Dringend zu empfehlen ist, sich vor dem Abschluss des Arbeitsvertrages, den erreichten Punktestand 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 des Angestellten im Anstellungsvertrag hinreichend arbeitsvertraglich abgesichert werden.

**\*Zur besseren Lesbarkeit von Personenbezeichnungen und personenbezogenen Wörtern wird die männliche Form genutzt. Diese Begriffe gelten für alle Geschlechter.**

## 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 darauffolgenden 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 nach § 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.”*

**Muster**  
zur Beantragung eines Führungszeugnisses der Belegart O

**Das Führungszeugnis  
ist von Ihnen  
bei Ihrer Meldbehörde  
zu beantragen**

**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 wurde

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  
Lyoner Str. 21  
60528 Frankfurt am Main**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift