

**Zahnärztekammer Berlin
Stallstraße 1
10585 Berlin**

**Berechtigung zur Weiterbildung/Anerkennung als Weiterbildungsstätte
auf dem Gebiet der **Oralchirurgie**, gem. §§ 5 und 6 des Weiterbildungsgesetzes
sowie §§ 4, 5 und 13 der Weiterbildungsordnung der Zahnärztekammer Berlin
- **Krankenhausabteilungen/andere Einrichtungen** -
Neuantrag**

Name: _____ **Vorname:** _____

Geburtsdatum: _____

**Weiterbildungsstätte/
Abteilung**

Telefon/Telefax: _____

Zu meinem Antrag auf Weiterbildungsberechtigung/Anerkennung meiner Praxis/Abteilung als Weiterbildungsstätte auf dem Gebiet der Oralchirurgie gebe ich folgende Erklärung ab:

1. Die **Aufgaben des Ausbildungsleiters** werde ich persönlich wahrnehmen.

2. Ich erhielt die **Anerkennung**

als Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

am _____ durch _____

als Fachzahnarzt für Oralchirurgie/Oralchirurg

am _____ durch _____.

Bitte beglaubigte Kopie als Anlage I dem Antrag beifügen

3. **Nach der Anerkennung gemäß o. g. Ziffer 2.** war ich an folgenden Kliniken bzw. in folgenden Praxen tätig:

_____ von _____ bis _____

_____ von _____ bis _____

_____ von _____ bis _____

Nachweis(e) bitte als Anlage II dem Antrag beifügen

Seit dem _____ bis heute bin ich in eigener Praxis/Abteilung zu den üblichen Zeiten ununterbrochen und ausschließlich chirurgisch tätig.

Aus folgenden Gründen bin ich nicht während der ganzen Arbeitszeit in der als Weiterbildungsstätte beantragten Abteilung anwesend:

_____ (ggf. bitte streichen)

4. In meiner Praxis/Abteilung sind

_____ voll ausgestattete zahnärztliche Arbeitsplätze in
_____ Behandlungsräumen vorhanden.

Als Angestellte stehen zur Verfügung:

_____ Zahnarthelfer/innen
_____ Sekretär/innen
_____ Auszubildende.

5. Ich bin in der als Weiterbildungsstätte beantragten Praxis/Abteilung mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von _____ Stunden anwesend.

6. Die Zahl der von mir **persönlich durchgeführten operativen Eingriffe** pro Jahr (gem. Anlage OP-Katalog) beträgt:

Ambulant: _____

Stationär: _____.

Anliegende Formblätter bitte als Anlage III und IV dem Antrag beifügen.

7. Die Tätigkeit in einer Hochschuleinrichtung für Oralchirurgie, die eigene oder kooperierende stationäre Bereiche hat oder

- die Tätigkeit in einer Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgischen stationären Hochschuleinrichtung oder
- die Tätigkeit im Auftrag eines Krankenhauses eine stationäre Einrichtung zu betreiben, in welcher die aufgeführten Leistungen des OP-Kataloges regelmäßig erbracht werden wird wie folgt nachgewiesen:

Nachweis bitte als Anlage V dem Antrag beifügen.

8. Bekanntgabe der **Behandlungszahlen**/zahnärztliche chirurgische Eingriffe der letzten 12 Monate vor Antragstellung

In Anlehnung an den HVM der KZV müssen Fachzahnärzte für Oralchirurgie und Fachärzte für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie wenigstens einen 30%igen Anteil chirurgischer Kernleistungen gem. Bema-Nrn.: Ä 161, 36 – 38, 43 – 48 und 51a – 63 aus deren abgerechneter KCH-Punktmenge für den o. g. Antragszeitraum nachweisen.

Einverständniserklärung (Formblatt) zur Einholung der Patientenzahlen bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung/Kassenärztlichen Vereinigung, über die Höhe der abgerechneten Positionen/zahnärztlichen/ärztlichen chirurgischen Kernleistungen in % für den genannten Zeitraum liegt bei:

ja nein

ggf. anliegende Einverständniserklärung(en) als Anlage VI dem Antrag beifügen

Im Falle von Nein:

Bestätigung seitens der Kassenzahnärztlichen Vereinigung/Kassenärztlichen Vereinigung über die Höhe der abgerechneten Positionen/zahnärztlichen/ärztlichen chirurgischen Kernleistungen in % (letzten 12 Monate vor Antragstellung) wird innerhalb 1 Woche nach Antragstellung nachgereicht.

8a. Bei **Niederlassung in einer Berufsausübungsgemeinschaft** (BAG/ÜBAG) nach der Zulassungsverordnung für Zahnärzte der KZV (Zahnärzte-ZV) **oder als Privatpraxis:**

Ergänzend zu Ziffer 6. und 8. des Antrages müssen Antragsteller, die in einer BAG/ Privatpraxis tätig sind, den prozentualen Anteil ihrer oralchirurgischen Tätigkeit zu ihrer gesamten zahnärztlichen Tätigkeit gegenüber der ZÄK Berlin durch Vorlage geeigneter Unterlagen nachweisen. Dies kann z. B. eine entsprechende Auswertung mittels Softwareprogramm sein.

Entsprechende GOZ-Positionen können analog angegeben werden.

9. **Aufstellung** über die Teilnahme an **Fortbildungsveranstaltungen** und **Kongressen** sowie **eigener Veröffentlichungen** und **Vorträge** der letzten drei Jahre wie folgt:

siehe Formblatt – Nachweis/e bitte als Anlage VII beifügen

10. Weiterbildungsstätte

Das Vorhandensein eines voll ausgestatteten eigenen Arbeitsplatzes für den Weiterzubildenden einschl. der erforderlichen Einrichtungen und Hilfsmittel ist gewährleistet:

ja nein

Ausgefülltes Formblatt "Protokoll zur Begehung" bitte als Anlage VIII dem Antrag beifügen.

11. Erklärung des Antragstellers

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Die aktuelle Weiterbildungsordnung der Zahnärztekammer Berlin liegt mir vor. Sie ist mir inhaltlich bekannt und umsetzbar. Zu weitergehenden inhaltlichen Richtlinien und Modalitäten informiere ich mich im Falle jeglicher Veränderungen vorab in der Zahnärztekammer Berlin.

Gem. Abschnitt II Nr. 2.03 des Gebührenverzeichnisses der Zahnärztekammer Berlin vom 10. Dezember 2010 werden bei Erteilung oder Überprüfung der Verlängerung einer Weiterbildungsberechtigung Gebühren in Höhe von € 785,-- fällig.

Der vollständige **Antrag** in **vierfacher Ausfertigung** bei der Zahnärztekammer bis zum Meldeschluss einzureichen.

Ausnahmen: - Einverständniserklärung KZV/KV – Ziffer 8. – in zweifacher Ausfertigung
- Fortbildungsnachweise zu Ziffer 9. – in zweifacher Ausfertigung
- Protokoll zur Praxisbegehung – Ziffer 10. – in einfacher Ausfertigung

Im Falle der Berechtigung zur Weiterbildung gebe ich mein Einverständnis zur kostenfreien Einstellung der Daten auf der Homepage der Zahnärztekammer Berlin. Der Eintrag umfasst meinen Namen, die Anschrift der Weiterbildungsstätte nebst Telefonnummer.

Gelesen und anerkannt:

Ort/Datum

Unterschrift

Praxisstempel/Stempel

Anlagen zum Antrag

- zu Ziffer 2. Anerkennungsurkunde(n)
- zu Ziffer 3. Tätigkeitsnachweis(e)
- zu Ziffer 6. OP-Katalog/Formblätter 2
- zu Ziffer 7. Nachweis zur Anbindung
- zu Ziffer 8. Formblatt Einverständniserklärung/Behandlungszahlen KZV/KV
- zu Ziffer 8a. prozentuale Aufstellung
- zu Ziffer 9. Formblatt Aufstellung über die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen
zzgl. Fotokopien der Nachweise
- zu Ziffer 10. Formblatt Protokoll zur Begehung

Operationskatalog

Anlage zum Antrag auf Weiterbildungsberechtigung/Anerkennung als Weiterbildungsstätte

Zeitraum vom **bis**.....
 (gem. § 13 (1) Ziffer 3 der WBO, die **letzten zwölf Monate vor Antragstellung**)

Name: _____ geb.: _____

Osteotomien (Entfernung von Wurzelresten, Sequestrotomie, Wundrevisionen)

Entfernung oberer und unterer Weisheitszähne _____

Entfernung sonstiger retinierter Zähne
(Eckzähne, Mesiodentes, etc.) _____Wurzelspitzenresektionen im Ober- und
Unterkieferfrontzahnbereich _____Wurzelspitzenresektionen im Ober- und
Unterkieferseitenzahnbereich _____Entfernung gutartiger Tumore einschl. Probeexcisionen (Fibrome, Epuliden, Papillome,
Hämangiome, Lipome, Retentionscysten) _____

Präprothetisch-chirurgische Eingriffe:

Alveolarkammplastik, Abtragung von Tori mandibulares et palatini, Vestibulumplastiken,
Schlotterkammernentfernung, chron.-entzündliche Gewebshyperplasien, Bänderoperationen,
(Lippen- und Wangenbänder, Ankyloglossum) _____

Intraorale Abszeßincisionen _____

Extraorale Abszeßincisionen _____

Cystektomien _____

Cystostomien _____

Plastischer Verschuß von Mund-Antrum-Verbindungen _____

Parodontalchirurgische Eingriffe _____

Kieferbruchschienungen _____

Operative Kieferbruchbehandlung _____

Freilegung von retinierten Zähnen einschl. Anschlingung _____

Reimplantationen _____

Implantationen (Fremdimplantate, transdentale Fixation) _____

Narkose-Assistenz (Intubation) _____

Übriges _____

Antragsteller

.....
Datum, Unterschrift **und** Stempel

Operationskatalog

Anlage zum Antrag auf Weiterbildungsberechtigung/Anerkennung als Weiterbildungsstätte

Berechtigung einer anrechenbaren Weiterbildungszeit von bis zu drei Jahren

Zusätzlich zu den in §13 Abs.1 WBO festgelegten Kriterien für eine zweijährige Berechtigung sind für eine dreijährige Berechtigung einer Praxis/Krankenhausabteilung/ andere Einrichtung folgende Voraussetzungen festgelegt:

1. Der antragstellende Zahnarzt/MKG-Chirurg muss in einer Hochschuleinrichtung für Oralchirurgie tätig sein die eigene oder kooperierende stationäre Bereiche hat oder
2. der antragstellende Zahnarzt/MKG-Chirurg muss in einer Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgischen stationären Hochschuleinrichtung tätig sein oder
3. der antragstellende Zahnarzt/MKG-Chirurg muss selbst oder im Auftrag eines Krankenhauses eine stationäre Einrichtung betreiben, in welcher die nachstehend aufgeführten Leistungen des OP-Kataloges regelmäßig erbracht werden

1. Traumatologie, speziell operative Versorgung von Frakturen im Bereich der Zahn-, Mund- Kieferheilkunde
2. Tumorchirurgie
3. Behandlung von Speicheldrüsenerkrankungen
4. Kieferorthopädische Chirurgie
5. Präimplantologische Transplantationschirurgie.

Hiermit versichere ich, die v. g. Leistungen des OP-Kataloges regelmäßig zu erbringen und somit die Vorgaben für die Anrechnung einer dreijährigen Weiterbildungszeit zu gewährleisten.

Praxisinhaber/-anschrift

.....
.....
.....
.....

.....
Datum, Unterschrift **und** Stempel

**Einverständniserklärung
zur Einholung der Höhe der abgerechneten Positionen/
zahnärztlichen chirurgischen Kernleistungen in %
der letzten 12 Monate vor Antragstellung
bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Berlin**

Hiermit erkläre ich gegenüber der Zahnärztekammer Berlin mein Einverständnis zur Einholung der Höhe der abgerechneten Positionen/zahnärztlichen chirurgischen Kernleistungen in % der letzten 12 Monate bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Berlin.

Praxisinhaber/-anschrift

.....
.....
.....
.....

(Ort, Datum, Unterschrift)

(Praxisstempel)

Berechtigung zur Weiterbildung und ggf. deren Verlängerung /
Anerkennung als Weiterbildungsstätte auf dem Gebiet der Oralchirurgie

Protokoll zur Begehung

am, in der Zeit von bis

1. Antragsteller:

Name:

Adresse:

Tel

E-mail:

web:

2. Räume:

(vorhanden X / nicht vorhanden bitte streichen / Anzahl)

	2017					
Rezeption						
Wartebereich						
Untersuchungsräume/ Behandlungsräume						
Operationsräume						
Behandlungsstühle						
OP-Schleuse						
Sterilisationsraum						
Büro (Arbeitsplätze)						
Röntgenraum						
Entwicklungsraum						
Aufwachraum (Liegeplätze)						
Sozialraum						
Umkleideraum Mitarbeiter						
Mitarbeitertoilette						
Patiententoilette (ggf. behindertengerecht)						
Abstellraum						
Computerarbeitsplätze						

3. Technische Ausstattung:

- EDV - Abrechnungssystem
- Narkosegerät:
- Röntgengeräte:
 - EB
 - OPG/FRS
 - Druckertyp

- Sterilisation:
 - Firma
 - Typ
 - Art
- Laser
- Elektrochirurgische Geräte

4. Mitarbeiter:

	2017					
Zahnärztliche Assistenten						
ZFA						
ZMP						
ZMV						
Mitarbeiter Rezeption						
Auszubildende						
Reinigungspersonal						

5. Fachliteratur:

Aufstellung der in Ihrer Praxis/Abteilung vorhandenen Fachliteratur gem. beiliegender Anlagen (Fachliteratur/Fachzeitschriften) ausgefüllt beifügen

Ich versichere, dass der zukünftige Weiterbildungsassistent uneingeschränkten Zugang zur Fachliteratur hat.

.....

Datum

.....

Unterschrift des Antragstellers

Von der Zahnärztekammer Berlin auszufüllen

Gesamteindruck der Praxis/Abteilung:

Im Rahmen der Begehung werden in Absprache mit dem Antragsteller nachfolgende Kriterien/Auflagen für die Weiterbildungsberechtigung/Anerkennung als Weiterbildungsstätte festgehalten:

Dem Antrag auf Weiterbildungsberechtigung/Anerkennung als Weiterbildungsstätte, für die Anerkennung einer Weiterbildungszeit

von bis zu **zwei** Jahren

von bis zu **drei** Jahren

(§ 13 (3) WBO), sollte entsprechen werden

ja

nein.

Ggf. Begründung:

.....
ZÄ J. von Hoyningen-Huene
Mitglied im Vorstand der Zahnärztekammer Berlin
Zahnärztliche Fort- und Weiterbildung