

Praxisstempel mit ABE-Nummer

Tel.: 089 72401-555

**Antrag** (Bitte im Original einsenden)

**auf Genehmigung / Verlängerung der Genehmigung zur Beschäftigung eines**

- Vorbereitungsassistenten** nach § 32 Abs. 2 Satz 1 i. V. mit § 3 Abs. 3 ZÄ-ZV  
 (nur mit deutscher Approbation möglich)
- Weiterbildungsassistenten** für das Gebiet „**Kieferorthopädie / Zahnärztliche Chirurgie**“  
 (gilt im Sinne der Assistenten-Richtlinien der KZVB als Vorbereitungsassistent; siehe Folgeseite)
- Entlastungsassistenten**  
 (Begründung erforderlich, vgl. § 32 Abs. 2 Satz 2, 4 ZÄ-ZV i. V. m. Ziffer 4.1 ff. der Assistentenrichtlinien der KZVB)

Die Assistententätigkeit ist vorgesehen / soll fortgesetzt werden als

- Ganztagsbeschäftigung**  
 (mehr als 30 Stunden/Woche)
- Halbtagsbeschäftigung**  
 (mehr als 15 Stunden/Woche)

ab \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 (Datum Beschäftigungsbeginn) (Datum Beschäftigungsende)

**Hinweis:** Ein Beschäftigungsende ist anzugeben, da nur zeitlich befristete Genehmigungen möglich sind, § 32 Abs. 2 Satz 3 ZÄ-ZV.

**Angaben zur Person des Assistenten**

Bei erstmaliger Beantragung sowie bei Änderungen der Angaben zur Person Nachweise in Urschrift oder amtlich beglaubigter Kopie (nicht älter als sechs Monate) erforderlich!

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_ **Titel:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_ **Geburtsort:** \_\_\_\_\_

**Telefon / Fax:** \_\_\_\_\_ **Mobil:** \_\_\_\_\_ **E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Straße / Nr.:** \_\_\_\_\_ **PLZ / Ort:** \_\_\_\_\_

**Staatsangehörigkeit:** \_\_\_\_\_

**Aufenthaltstitel bei Nicht-EU-Zahnärzten; ggf. auch Zusatzblatt oder Fiktionsbescheinigung**  
 (Nachweise als Kopien erforderlich bei der Beantragung)

**Gültigkeit:** \_\_\_\_\_ **Arbeitserlaubnis:** \_\_\_\_\_

Zahnmedizinisches Studium	Humanmedizinisches Studium
_____	_____
Datum, Universität des Staatsexamens	Datum, Ort der Approbation
_____	_____
Datum, Ort der Approbation	Datum; Ort der Promotion
_____	
Datum, Ort der Promotion	

Nur auszufüllen bei (zahn)medizinischem **Studium im Ausland:**

Land: \_\_\_\_\_ Universität: \_\_\_\_\_

Examensdatum: \_\_\_\_\_

Ggf. (§ 3 Abs. 4 ZÄ-ZV): Gleichwertigkeitsprüfung abgelegt am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

### Bisherige zahnärztliche Tätigkeiten des Assistenten

(auch Tätigkeiten in anderen KZV-Bereichen; ggf. auf gesondertem Blatt ergänzen)

von (Datum)	bis (Datum)	Umfang voll / halb		bei: Name Praxis / Name Ausbilder (ggf.)	KZV- Bereich	als (VA / WA / EA / AZ / NZ)*
		v	h			
				/		
				/		
				/		
				/		
				/		

\* (VA = Vorbereitungsassistent, WA = Weiterbildungsassistent, EA = Entlastungsassistent, AZ = Angestellter Zahnarzt, NZ = Niedergelassener Zahnarzt)

### Beschäftigung weiterer Assistenten durch den Antragsteller

a.: Name u. Vorname des Assistenten, b.: Art der Assistententätigkeit (VA / WA / EA), c.: Name u. Vorname des Ausbilders

1. a. \_\_\_\_\_ b. \_\_\_\_\_ c. \_\_\_\_\_
2. a. \_\_\_\_\_ b. \_\_\_\_\_ c. \_\_\_\_\_
3. a. \_\_\_\_\_ b. \_\_\_\_\_ c. \_\_\_\_\_
4. a. \_\_\_\_\_ b. \_\_\_\_\_ c. \_\_\_\_\_
5. a. \_\_\_\_\_ b. \_\_\_\_\_ c. \_\_\_\_\_

### Ausbilder, dem der Assistent zugeordnet wird

(Auszufüllen nur bei Vorbereitungs-/Weiterbildungsassistenten; Genehmigung endet mit Ausscheiden des Ausbilders; Reduktion der Tätigkeit des Ausbilders verpflichtet zur Erklärung über Reduktion des Beschäftigungsumfangs des Assistenten)

\_\_\_\_\_  
Titel, Name, Vorname des Ausbilders

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift des Ausbilders**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, **Unterschrift des Antragstellers**  
(Vertragszahnarzt / Handlungsbevollmächtigter im MVZ)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum **Unterschrift des Assistenten**

\_\_\_\_\_  
Name bitte deutlich in Druckbuchstaben wiederholen

\_\_\_\_\_  
Name bitte deutlich in Druckbuchstaben wiederholen

**Anlage** – Genehmigung / Verlängerung zur Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten

Name, Vorname des Assistenten: \_\_\_\_\_

Von der Bayerischen Landeszahnärztekammer (BLZK) – **nicht vom Vertragszahnarzt** – auszufüllen bei Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten für die Gebiete „Kieferorthopädie“ oder „Zahnärztliche Chirurgie“.

Die geforderten Voraussetzungen gemäß der Weiterbildungsordnung der BLZK werden von der Weiterbildungsstätte

- bis auf Weiteres erfüllt.
- zwar erfüllt, bei der BLZK ist jedoch ein Prüfungsverfahren wegen der weiteren Anerkennung als Weiterbildungsstätte anhängig.
- erfüllt bis zum \_\_\_\_\_
- nicht erfüllt.

Die geforderten Voraussetzungen gemäß der Weiterbildungsordnung der BLZK werden vom beantragten Weiterbildungsassistenten

- erfüllt.                       nicht erfüllt.

Die BLZK stimmt dem Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung

- uneingeschränkt zu.       bis zum \_\_\_\_\_ zu.       nicht zu.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift BLZK

# Merkblatt zum Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung von Vorbereitungsassistenten, Weiterbildungsassistenten\* und Entlastungsassistenten

- I. Jede Beschäftigung eines Assistenten bedarf zwingend der **vorherigen Genehmigung** durch die zuständige KZVB-Bezirksstelle. Leistungen, die von nicht genehmigten Assistenten erbracht werden, sind nicht zu vergüten. **Dennoch abgerechnete Leistungen werden vollumfänglich regressiert!** Nicht genehmigte Assistententätigkeiten werden bei Antrag auf Eintragung in das Zahnarztregister bzw. Zulassung nicht angerechnet. **Eine rückwirkende Genehmigung ist ausgeschlossen.**
- II. Berechtigt zur Beschäftigung von Assistenten sind **Vertragszahnärzte** sowie **medizinische Versorgungszentren (MVZ)**. Ist der Antragsteller Mitglied einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), wird die Genehmigung nicht dieser, sondern dem Antragsteller persönlich erteilt. Der Anspruch bemisst sich nach der Zahl der vom Antragsteller zu erfüllenden **Versorgungsaufträge**. Pro Versorgungsauftrag ist die Beschäftigung eines Vorbereitungsassistenten zulässig. Die Genehmigung erfolgt stets personenbezogen für einen vom **Antragsteller** zu benennenden **Ausbilder**. Ein Ausbilder kann nur einen ganztags oder zwei halbtags tätige Assistenten ausbilden. Reduziert sich der Beschäftigungsumfang des Ausbilders, hat sich der Antragsteller gegenüber der Bezirksstelle zur **Beendigung/Reduktion der Assistentenbeschäftigung** zu erklären. Tut er dies nicht innerhalb von zwei Wochen nachdem die Reduktion der Beschäftigung des Ausbilders bestandskräftig geworden ist, wird die Bezirksstelle die Anpassung nach pflichtgemäßem Ermessen vornehmen. Diese kann hierbei insbesondere die zuletzt erteilte Assistentengenehmigung widerrufen.
- III. Der Antrag ist **vollständig auszufüllen** und auf dem Postweg **im Original mit vollständigen Anlagen** an die zuständige Bezirksstelle zu senden. Besteht bei Ablauf einer erteilten Genehmigung die Absicht zur Weiterbeschäftigung, ist rechtzeitig vor Fristablauf ein **Antrag auf Verlängerung** (selbes Antragsformular) zu stellen. Der Antrag muss mit dem ABE-Stempel des Antragstellers versehen, datiert und unterschrieben sein.
- Folgende Nachweise sind dem Antrag im **Original** oder in **amtlich beglaubigter Kopie** beizufügen:
- Approbationsurkunde
  - ggf. Promotionsurkunde
  - ggf. Heiratsurkunde (bei Namensänderung)
  - ggf. Dienstzeitbestätigung von der Bundeswehr bzw. Universitätsklinik
- Achtung: Kopien dürfen nicht älter als sechs Monate sein.**
- Bitte machen Sie **genaue Angaben** zur Person des Assistenten. Die Angabe bisheriger zahnärztlicher Tätigkeiten des Assistenten ist **unerlässlich**. Sofern der Assistent bereits im Bereich der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns registriert ist, sind die Nachweise – vorbehaltlich ergänzender Unterlagen – nicht erforderlich
- IV. Die Beschäftigung von Assistenten kann **ganztätig** (mehr als 30 Stunden/Woche) oder **halbtätig** (mehr als 15 Stunden/Woche) erfolgen. Bei lediglich halbtägiger Beschäftigung von Vorbereitungsassistenten verlängert sich die nach § 3 Abs. 2 lit. b ZÄ-ZV abzuleistende Vorbereitungsassistentenzeit von zwei auf vier Jahre. Auf die **Assistentenrichtlinien der KZVB** wird hingewiesen. Die Nichtbeachtung der Regelungen für die Beschäftigung von Assistenten kann disziplinarische Maßnahmen nach sich ziehen.
- V. Bitte beachten Sie, dass bei zeitgleicher Beschäftigung mehrerer Assistenten/angestellter Zahnärzte die Gefahr einer **Gewerbsteuerpflicht** droht (vgl. Urteil des BFH vom 16.07.2014, Az. VIII R 41/12). Werden angestellte Zahnärzte/Assistenten beschäftigt ist sicherzustellen, dass die selbständigen Zahnärzte auf die Tätigkeit der angestellten Zahnärzte dergestalt Einfluss nehmen können, dass die Leistung den „Stempel der Persönlichkeit“ des Steuerpflichtigen trägt. Vor dem Hintergrund der Gefahr der Gewerbsteuerpflicht wird die steuerrechtliche Überprüfung der Praxiskonstellation im eigenen Interesse des Antragstellers angeregt.

\*) Gelten als Vorbereitungsassistenten im Sinne der Assistenten-Richtlinien der KZVB