

## Hinweis zum folgenden Nachweis der persönlichen Praxisführung

gem. § 9 Abs. 3 Satz 6 bzw. 8 Bundesmantelvertrag-Zahnärzte (BMV-Z):

### Der vorgenannte Nachweis ist nur auszufüllen, wenn beabsichtigt ist

1. **bei Vollzulassung einen vierten Zahnarzt in Vollzeit** zu beschäftigen bzw. bei einer Anzahl von teilzeitbeschäftigten Zahnärzten, welche im zeitlichen Umfang höchstens der Arbeitszeit von 4 Vollzeitbeschäftigten entspricht.
2. **bei Teilzulassung einen zweiten Zahnarzt in Vollzeit** anzustellen bzw. bei einer Anzahl von teilzeitbeschäftigten Zahnärzten, welche im zeitlichen Umfang höchstens der Arbeitszeit von 2 Vollzeitbeschäftigten entspricht.

### Hintergrund des Nachweises gem. § 9 Abs. 3 Satz 6 bzw. 8 BMV-Z

1. Nachdem der Vertragszahnarzt auch bei der Anstellung von vier vollzeitbeschäftigten Zahnärzten bzw. bei einer Anzahl von teilzeitbeschäftigten Zahnärzten, welche im zeitlichen Umfang höchstens der Arbeitszeit von 4 Vollzeitbeschäftigten entspricht, zur persönlichen Praxisführung verpflichtet ist, hat er gegenüber **dem Zulassungsausschuss nachzuweisen, durch welche Vorkehrungen die persönliche Praxisführung auch hier gewährleistet ist.**
2. Die Nachweispflicht gilt bei Teilzulassung und Anstellung eines zweiten vollzeitbeschäftigten Zahnarztes bzw. bei einer Anzahl von teilzeitbeschäftigten Zahnärzten, welche im zeitlichen Umfang höchstens der Arbeitszeit von 2 Vollzeitbeschäftigten entspricht, gleichermaßen.
3. Der Nachweis gilt gegenüber dem Zulassungsausschuss als erbracht, wenn das nachfolgende Formular unterzeichnet mit den sonstigen Antragsunterlagen beim Zulassungsausschuss für Zahnärzte eingeht.
4. **Bitte beachten Sie, dass durch den Nachweis gegenüber dem Zulassungsausschuss nur geklärt ist, dass der Vertragszahnarzt seiner Verpflichtung zur persönlichen Praxisführung aus zulassungsrechtlicher Sicht nachkommt. Der Zulassungsausschuss prüft nicht, ob die getroffenen vertraglichen Regelungen auch nach anderen gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere dem Steuerrecht vollständig, wirksam und günstig sind.**
5. Bei der Beschäftigung einer Vielzahl von angestellten Zahnärzten, besteht die Gefahr der Gewerbesteuerpflicht. In diesem Zusammenhang wird insbesondere auf das Urteil des BFH vom 16.07.2014, Az. VIII R 41/12 verwiesen.
6. Nach der vorgenannten BFH Rechtsprechung ist der zahnärztliche Beruf zwar generell nicht gewerbesteuerpflichtig. Werden angestellte Zahnärzte beschäftigt, ist sicherzustellen, dass der selbstständigen Zahnärzte auf die Tätigkeit der bei ihnen angestellten Zahnärzten patientenbezogen Einfluss nehmen können, so dass die Leistung den Stempel der Persönlichkeit des Steuerpflichtigen trägt. Ist dies nicht gewährleistet besteht die Gefahr der Gewerbesteuerpflicht. Eine zusätzliche steuerrechtliche Überprüfung wird daher in Ihrem eigenen Interesse angeregt.
7. Bitte beachten Sie ferner, dass die Gefahr der Gewerbesteuerpflicht für die zusätzliche Anstellung von Vorbereitungsassistenten anstelle/ neben angestellten Zahnärzten gleichermaßen gilt.

# Nachweis der persönlichen Praxisführung

gem. § 9 Abs. 3 Satz 6 bzw. 8  
Bundesmantelvertrag-Zahnärzte (BMV-Z)

**bei Vollzulassung:**

Die persönliche Praxisführung ist auch bei Anstellung von vier vollzeitbeschäftigten Zahnärzten bzw. bei einer Anzahl von teilzeitbeschäftigten Zahnärzten, welche im zeitlichen Umfang höchstens der Arbeitszeit von 4 Vollzeitbeschäftigten entspricht durch entsprechende organisatorische Vorkehrungen sowie die eigenverantwortliche, patientenbezogene Kontrolle und Einwirkung im Einzelfall gewährleistet.

**bei Teilzulassung:**

Die persönliche Praxisführung ist auch bei Anstellung von zwei vollzeitbeschäftigten Zahnärzten bzw. bei einer Anzahl von teilzeitbeschäftigten Zahnärzten, welche im zeitlichen Umfang höchstens der Arbeitszeit von 2 Vollzeitbeschäftigten entspricht durch entsprechende organisatorische Vorkehrungen sowie die eigenverantwortliche, patientenbezogene Kontrolle und Einwirkung im Einzelfall gewährleistet.

1. \_\_\_\_\_  
Name Antragsteller
2. \_\_\_\_\_  
Name Praxispartner
3. \_\_\_\_\_  
Name Praxispartner
4. \_\_\_\_\_  
Name Praxispartner

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

Unterschriften:

1. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

ABE-Praxisstempel:

2. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_