

ISSN Nummer 1438-7085

Ausgabe 2/2018

Bitte haben Sie dafür Verständnis, dass unsere Verbandsnachrichten nur sehr verkürzt wiedergegeben werden. Insbesondere Tipps zur Abrechnung stellen wir nur unseren Mitgliedern zur Verfügung.



## **Privatärztliche Praxis aktuell**

**Privatärztlicher Bundesverband**

**Geschäftsstelle**

**Dreisamstr. 1 D - 76337 Waldbronn**

Tel.: 07243/715363 Fax.: 07243/65544

**Internet: [www.pbv-aerzte.de](http://www.pbv-aerzte.de)**

**E-Mail: [PBV-Weishaeupl@gmx.de](mailto:PBV-Weishaeupl@gmx.de)**

*Ausgabe 2/2018*

### ***Jens Spahn - was kann die Privatmedizin erwarten***

Der 1980 in der 40.000 Einwohner zählenden Stadt Ahaus im Regierungsbezirk Münster geborene Jens Spahn kommt ähnlich wie Macron in Frankreich oder Kurz in Österreich forsch-dynamisch daher. Er verfolgt seine Ziele entschlossen und mutig, aber dennoch nicht mit dem Dampfhammer. Er hat ein Gespür für Macht. Vorerst muss er in der "zweiten Liga", dem Gesundheitssystem, spielen; aber profilieren kann er sich dabei! Es macht auf jeden Fall diesen Anschein, wenn man ihn in diesen Tagen erlebt. (Seine Äußerungen über Hartz IV kann man sehen wie man will: er hat sich ganz erheblich ins Gespräch gebracht, das ist auf der politischen Bühne ein wichtiger Faktor!).

Schon auf dem CDU-Parteitag 2016, als auf Spahns Betreiben und gegen Merkels Willen ein Beschluss zur Überprüfung der Doppelten Staatsbürgerschaft durchgesetzt wurde, kam sein Machtstreben zum Vorschein, nun ist er nach 16 Jahren im Bundestag quasi als Minister ziemlich im Zentrum der Macht angekommen. An Jens Spahn kann die Parteivorsitzende nicht unbedingt mehr vorbei. "Als konservativ wird er v.a. deshalb bezeichnet, weil er Kritik an der Flüchtlingspolitik der Kanzlerin geübt hat. Vielleicht aber auch nur, weil er Merkel überhaupt kritisiert hat" (Eckard Lohse, FAZ 26.2.2018).

Bereits bei der letzten Grossen Koalition war er gesundheitspolitischer Sprecher der CDU. Schon 2013 setzte er sich klar gegen die Bestrebungen von Karl Lauterbach zur Etablierung einer Bürgerversicherung durch. Und auch jetzt sieht es so aus, dass er einem solchen Drängen nicht nachgeben wird.

Nun sind Gesundheitsminister in Deutschland "per definitionem wandelnde Vermittlungsausschüsse - Durchregieren findet in diesem Politikfeld nicht statt. Doch neu buchstabieren muss Spahn die Gesundheitspolitik nicht" (ÄrzteZeitung 28.2.2018). Eher begleitend moderiert hat bis zuletzt sein Vorgänger Hermann Gröhe die Gescheh-

nisse im Gesundheitsmarkt, er ist bei Ärztinnen und Ärzten dabei durchaus beliebt gewesen. Das etwas andere Naturell seines Nachfolgers wird aber besser geeignet sein, die privatmedizinischen Belange zu schützen, wenn es bei den Forderungen der SPD innerhalb der Koalition zur Sache gehen sollte, denn Spahns Bekenntnisse dazu sind eindeutiger.

In der Sendung "Hart aber fair" am 19.3.2018 hat Spahn bereits gezeigt, wie er sich gegen Bestrebungen einer Einheitsversicherung mit voller Überzeugung zur Wehr zu setzen weiß. Umgeben von einigen BV-Befürwortern (darunter sogar ein Arzt, Mitglied der "Demokratischen Ärzte") konnte der Minister in der Verteidigung unseres dualen Systems am meisten Applaus einheimen. Er bezeichnete es gut untermauert in aller Kürze als eines der besten Systeme der Welt, was nicht heißen würde, man sollte nicht an einigen Stellschrauben drehen. Eine anwesende junge Frau, die mit drei Kindern nach Dresden gezogen war und wochenlang keinen Kinderarzt gefunden hat, gleichwohl aber angemahnt wurde, die Vorsorgeuntersuchungen für die Kinder endlich durchführen zu lassen, waren Beispiel für einen Missstand. Dennoch konnte auch von KV-Vorstand Glaesen überzeugend vermittelt werden, dass es sich um Einzelfälle handelt und dass ein weiterer Ausbau sog. "Terminservicestellen" nicht notwendig seien, und dass es sich schon gar nicht um einen "Auswuchs einer Zweiklassenmedizin" handele.

Fazit war: Versorgungsengpässe in unserem System gibt es kaum! Wie die Versorgung außerhalb der "Speckgürtel" verbessert werden kann, muss gemeinsam mit allen Ärzten angegangen werden. Eine Systemfrage stelle sich überhaupt nicht, es gebe weit dringlichere Bereiche in seinem neuen Tätigkeitsbereich, so Spahn. Allein die Eindämmung der uferlosen Wünsche nach höheren Leistungen der Gesundheits- und Pflegeversicherungen bei vollen Kassen verlangt nach einer starken Hand, die die langfristigen Finanzierungsmöglichkeiten einer alternden Gesellschaft im Auge behält. Auch die vielfach und immer wieder verlangte Aufhebung der Budgetierung (die er in Aussicht stellt!) benötigt großen Fachverstand und Kenntnisse über die Historie derselben, zugleich mit Sinn für das Machbare.

Spahn wird im neuen Ministerium unterstützt von z.T. gestandenen Experten, aber auch von neuen: Lutz Stroppe (CDU), der vor vier Jahren zusammen mit Gröhe kam, bleibt Staatssekretär. Neue parlamentarische Staatssekretärin wird die Sozialpolitikerin und CDU-Vorstandsmitglied Sabine Weiß aus Duisburg sowie der südpfälzische Abgeordnete Thomas Gebhardt, der wohl selbst überrascht war, mit an die Spitze des Gesundheitsministeriums geordert zu werden, da er bisher mit Umwelt- und Klimapolitik zu tun hatte. Die "drohende Vakanz der wichtigen Abteilung 2 'Gesundheitsversorgung, Krankenversicherung' ist vorerst abgewendet. Deren langjähriger Leiter Jürgen Orlowski hat, wie es heißt, seinen Vertrag um ein Jahr verlängert, obwohl er das Ruhestandsalter erreicht hat" (FAZ 14.3.). Man kann davon ausgehen, dass es durch Spahn aber auch noch zu wesentlichen Umstrukturierungen kommen wird, v.a. bzgl. der Themen Digitalisierung und Pflege. (Quelle für die Neubesetzungen im Ministerium FAZ).

Auf jeden Fall ist Streit vorprogrammiert durch die Forderung in den Koalitionsverhandlungen, (bei denen Spahn leider nicht dabei war), eine Kommission solle bis Ende 2019 über ein "modernes Vergütungssystem" beraten, also ob und wie eine Zusammenführung der Vergütungssysteme EBM und GOÄ möglich wäre. Und dieser Punkt wird für Privatärztinnen und -Ärzte der spannendste Teil der Neustrukturierung im Gesundheitsministerium, denn es geht ja um nichts anderes, als um eine Weichenstellung für eine Bürgerversicherung. Wir sind jedoch der festen Überzeugung, dass auch diesmal Karl Lauterbach sich nicht gegen Spahn durchsetzen können. Dieser stellt unser bisheriges System nicht im Geringsten infrage, sondern befürwortet mit seiner Grundhaltung den Wettbewerb. Es käme einem Scheitern gleich, würde er sich in dieser Haltung umstimmen lassen.

Dr. Oehl-Voss

Privatärztlicher Bundesverband

## **Faden- und Fremdkörperentfernungen**

**Bei Fadenentfernungen kann gegebenenfalls nicht nur Nr. 2007 GOÄ berechnet werden. Unter Umständen ist auch Nr. 2009 oder Nr. 2010 GOÄ berechenbar.**

Nr. 2007 GOÄ lautet: Entfernung von Fäden oder Klammern, 40 Punkte. Der Plural darin bezieht sich nur auf „Fäden oder Klammern“ einer Wunde. Müssen Fäden oder Klammern aus mehreren Wunden entfernt werden oder muss aus einer Wunde die Fadenentfernung zweiseitig erfolgen, ist Nr. 2007 GOÄ jeweils berechnungsfähig. Müssen besonders viele Fäden aus einer Wunde entfernt werden, ist dafür kein Mehrfachansatz der Nr. 2007 GOÄ erlaubt. Gegebenenfalls kann man den besonderen Aufwand bei der Bemessung eines höheren Faktors berücksichtigen.

### **Fremdkörperentfernung**

Es kann auch vorkommen, dass die Nr. 2009 GOÄ zum Ansatz kommen kann: „Entfernung eines unter der Haut oder der Schleimhaut gelegenen fühlbaren Fremdkörpers, 100 Punkte“. Grundsätzlich sind zum bestimmungsgemäßen Gebrauch in den Körper eingebrachte Materialien (wie auch Fäden) keine „Fremdkörper“. Aber wenn ein Faden abreißt und der Rest unter Hautniveau oder noch tiefer verschwindet, ist er zum Fremdkörper geworden. Wenn der Fadenrest noch im Hautniveau zu fassen und entfernbar ist, ist das noch keine gegenüber Nr. 2007 GOÄ eigenständig berechenbare Leistung. Nr. 2009 GOÄ verlangt ja, dass der Fremdkörper „unter der Haut oder der Schleimhaut“ liegt. Ist der unter der Haut oder Schleimhaut verschwundene Fadenrest relativ einfach zum Beispiel mit einer Pinzette zu entfernen, trifft dafür Nr. 2009 GOÄ zu. Nr. 2009 GOÄ (ebenso Nr. 2010 GOÄ) ist bei Entfernung mehrerer Fremdkörper entsprechend mehrfach berechenbar. Es besteht auch kein Ausschluss neben Nr. 2007 GOÄ, so dass gegebenenfalls für die »normale“ Entfernung von Fäden aus einer Wunde Nr. 2007 GOÄ berechnet werden kann und daneben Nr. 2009 beziehungsweise Nr. 2010 GOÄ für die Entfernung der Fremdkörper. Nr. 2010 GOÄ lautet „Entfernung eines tiefsitzenden Fremdkörpers auf operativem Wege aus Weichteilen 379 Punkte.“ Der entscheidende Unterschied zu Nr. 2009 GOÄ ist der, dass eine Entfernung „auf operativem Wege“ verlangt ist. Das heißt, für die Entfernung ist eine Haut- oder Schleimhautdurchtrennung durch Schnitt notwendig. Muss die Wunde dann durch einen Faden verschlossen werden, ist dies mit der Nr. 2010 GOÄ abgegolten.

### **Zusätzliche Leistungen**

In den geschilderten Zusammenhängen fällt immer eine Beratung des Patienten und eine Untersuchung an. In der Regel sind das die Nrn. 1 und 5 GOÄ. Dabei ist aber die Bestimmung »1 und/oder 5 nur einmal im Behandlungsfall neben Leistungen der Abschnitte C bis 0“ (neben Leistungen ab der Nr. 200 GOÄ an aufwärts) zu beachten. Meist sind diese Ziffern dadurch schon „verbraucht“. Abraten müssen wir dann von dem verbreiteten „Tipp“, dies durch Ansatz eines höheren Faktors zu anderen Ziffern (wenigstens teilweise) zu kompensieren.

Das ist nicht zulässig, denn aus dem § 5 GOÄ resultiert, dass die mit höherem Faktor berechnete Leistung selbst schwieriger oder zeitaufwendiger gewesen ist (was natürlich nicht ausgeschlossen ist).

Ist im Zusammenhang mit Leistungen der Nrn. 2007, 2009 oder 2100 ein Verband erforderlich, ist dafür die Nr. 200 GOÄ nicht berechenbar. Dies resultiert aus der Bestimmung zu Nr. 200 GOÄ „im Zusammenhang mit operativen Leistungen (auch Fremdkörperentfernung) nicht berechenbar“. Muss jedoch ein Kompressionsverband (am ehesten sinnhaft neben Nr. 2010 GOÄ) angelegt werden, ist dafür Nr. 204 GOÄ berechenbar. Lokalanästhesien sind eigenständig berechenbar. Meist fällt eine Lokalanästhesie nur zu Nr. 2010 an und dann auch nur „klein“, so dass dafür Nr. 490 GOÄ zutrifft.

Nicht übersehen werden sollte, dass Nr. 2010 GOÄ in dem Katalog steht, der dem Abschnitt C Vffl GOÄ (Zuschläge für ambulante Operationen) voransteht. Das heißt, zu Nr. 2010 GOÄ ist der Zuschlag nach Nr. 422 GOÄ berechenbar. Zuschläge für ambulante Anästhesien und Nachbetreuung fallen hier naturgemäß nicht an. Sie würden neben der ambulanten Operation auch eine zuschlagsberechtigte ambulante Anästhesie (eine solche mit mindestens 200 Punkten) voraussetzen.

Sachkosten sind gemäß den Bestimmungen des § 10 GOÄ berechenbar. Das gilt auch für die Sachkosten eines nicht berechenbaren Verbands nach Nr. 200 GOÄ.

#### Wichtig

- Für „normale“ Fadenentfernungen trifft Nr. 2007 GOÄ zu. Für die Entfernung von Fadenresten kann aber gegebenenfalls auch Nr. 2009 oder Nr. 2010 GOÄ zutreffen
- Gegebenenfalls zusätzlich berechenbare Leistungen sind die Nrn. 1, 5, 204, 490 und zu Nr. 2010 auch der Zuschlag nach Nr. 442 GOÄ. Nr. 200 GOÄ ist in diesem Zusammenhang nicht berechenbar
- Muss die Berechnung der Nr. 200 GOÄ entfallen, bleiben die Sachkosten dafür aber trotzdem berechenbar

---

Aus „der niedergelassene arzt“ 3/2018

### **Nr. 1 GOÄ mit höherem Faktor berechnen**

**Angesichts des unveränderten Honorars für die einzelnen Leistungen nehmen mehr Hausärzte ihr Recht wahr, eventuell auch einen höheren Faktor anzusetzen.**

Der Ansatz höherer Faktoren lohnt sich bei häufigen Leistungen und so, dass es seltener zu Einwänden von Kostenträgern kommt. Nr. 1 GOÄ wird von Hausärzten sehr häufig berechnet. Gerade bei Beratungen (gilt grundsätzlich auch für die aufgrund der Abrechnungsbestimmungen seltener berechneten Nr. 3 GOÄ) gibt es häufig Anlass zur Faktorsteigerung.

§5 Abs.2 der GOÄ lässt für die Nr. 1 GOÄ als Höchstsatz den 3,5-fachen Faktor zu. Allerdings muss man dann, wenn man über den 2,3-fachen Faktor hinaus steigert, eine Begründung in der Rechnung angeben. Überlegt man, welche Gründe zu einem höheren Faktor führen können, braucht man einen Maßstab für das, was angemessen mit dem 2,3-fachen Faktor berechnet wird. Das ist in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) im § 5 (übertragbar auf die GOÄ) klar ausgedrückt: „Der 2,3-fache Gebührensatz bildet die nach Schwierigkeit und Zeitaufwand durchschnittliche Leistung ab; ein Überschreiten dieses Gebührensatzes ist nur zulässig, wenn Besonderheiten der in Satz 1 genannten Bemessungskriterien dies rechtfertigen.“ Schlussfolgerung: Überdurchschnittliche Leistungen dürfen mit höherem Faktor bemessen werden, bei einer „unterdurchschnittlichen“ Leistungserbringung muss aber auch ein Faktor unterhalb des 2,3-fachen (oder ggf. 1,8-fachen) angesetzt werden.

#### **Bemessungskriterien**

Auch die GOÄ nennt Bemessungskriterien für den Faktor: Der Faktor ist unter Berücksichtigung von „Schwierigkeit und Zeitaufwand der einzelnen Leistung“ sowie nach „Umständen bei der Ausführung“ zu bestimmen. Dabei spielen die »Umstände bei der Ausführung“ in der Praxis eine geringere Rolle (äußere Umstände wie z.B. eine Notfallbehandlung unter Zeitdruck oder schlechten örtlichen Bedingungen). Daneben gilt zu den Beratungen aber als Kriterium auch die „Schwierigkeit des Krankheitsfalls“. Das stellt nicht nur auf schwere Krankheiten ab, sondern auch auf Erschwernisse im Einzelfall (z.B. atypischer Krankheitsverlauf).

Selbstverständlich wird nur dann gesteigert, wenn die Kriterien für einen höheren Faktor auch tatsächlich vorliegen. Das kann in der Regel nur der Arzt beurteilen. Der erste Schritt ist deshalb der, dass man schon bei der Leistungserbringung darauf aufmerksam wird und dann, wenn sich die Besonderheit nicht schon zum Beispiel aus Diagnoseangaben ergibt, entsprechend zu dokumentieren. Eine gute Dokumentation hilft auch bei Nachfragen oder Widersprüchen.

Der Zeitaufwand ist bei Nr. 1 GOÄ nicht definiert. Aus Bewertungsrelationen ergibt sich, dass noch knapp sechs Minuten als „durchschnittlich“ anzusehen sind Besser ist aber in der Rechnung anzugeben warum es länger gedauert hat. Man sollt dies nicht in Minuten angeben, sondern den dafür gegebenen Grund. Das vollzieht auch der Patient eher nach als eine Minutenzahl

### **Faktor differenzieren**

Aus der Spanne zwischen dem Durchschnitt und dem Höchstwert ergibt sich, dass es auch Leistungsgeschehen geben muss, die zwar überdurchschnittlich waren, aber noch nicht so, dass der 3,5-fache Faktor der richtige ist. Angemessen kann dann zum Beispiel der 3,2-fache Faktor sein. Eine differenzierte Faktorbemessung und eventuell auch die Berechnung einer besonders einfach erfolgten Leistung (z.B. einer Blutabnahme nur mit dem 1,4-fachen Faktor) lässt nicht nur auf vorbildliches Verhalten schließen - es macht Widersprüche gegen den höheren Faktor schwieriger.

**Beispiele:** Zulässige Gründe für die Bemessung der Beratung mit höherem Faktor können sein: (nicht abschließend und inhaltlich auch ineinander übergreifend)

- schwieriger Krankheitsfall bei (... Diagnose)
- ... bei komplexer Mehrfacherkrankung
- ... schwieriger Differentialdiagnostik
- ... atypischer Symptomatik
- Erstberatung bei langer Krankheitsvorgeschichte
- Beratung unter Einbeziehung umfangreicher auswärtiger Befunde
- ausführliche Beratung zu Therapieoptionen
- Beratung bei Therapieumstellung
- Beratung bei schwieriger medikamentöser Einstellung
- Beratung bei Auftreten unerwünschter Arzneimittelwirkung
- Beratung zur Notwendigkeit stationärer Behandlung
- Beratung zur eigenaktiven Mitarbeit.

### **WICHTIG**

- Leistungen auch ggf. mit höherem Faktor zu berechnen ist gutes Recht des Arztes
- Vor allem Schwierigkeit und Zeitaufwand der erbrachten Leistung im Verhältnis zum Durchschnittsfall sind entscheidend
- Der Faktor ist differenziert anzuwenden, nicht nur automatisch 2,3- oder 3,5-fach.
- Eine zusätzliche Dokumentation hilft ggf. bei der Faktorbemessung und bei eventuellen Nachfragen
- Die Beispiele zeigen, dass gerade bei Beratungen häufig ein höherer Faktor möglich ist

## **Bestätigt: Delegation von Speziallaborleistungen ist kein Abrechnungsbetrug**



Eine abrechenbare „eigene“ Speziallaborleistung setzt nach § 4 Abs. 2 S. 1 GOÄ angesichts der unklaren Konturierung des Begriffs der ärztlichen Aufsichtswahrnehmung in der Norm nicht voraus, dass der Arzt während des gesamten vollautomatisierten Analysevorgangs persönlich zugegen ist. Erforderlich ist aber zumindest, dass der anweisende Arzt die notwendige medizinische Validation des Untersuchungsergebnisses persönlich durchführt. Dies hat der 1. Strafsenat des OLG Düsseldorf bestätigt und die sofortige Beschwerde der Staatsanwaltschaft Wuppertal gegen den Beschluss, das Ermittlungsverfahren gegen einen Arzt wegen Betrugs nicht zu eröffnen, zurückgewiesen.

Der angeschuldigte Arzt war bzw. ist Mitglied einer Laborgemeinschaft zur Erbringung von Speziallaborleistungen. Diese sog. „MIII-Leistungen“ rechnete der Arzt gegenüber seinen Patienten nach der GOÄ ab, während die Apparatgemeinschaft ihm – ebenso wie den anderen Mitgesellschaftern – lediglich einen deutlich geringeren Kostenaufwand in Rechnung stellte. Die jeweils abgerechnete Laborleistungserbringung betreffend war der Arzt allerdings nicht bei allen Leistungsschritten im Labor persönlich anwesend. Vielmehr delegierte er regelhaft Laborleistungen an geschulte Fachkräfte und ließ sie von diesen ausführen bzw. er ließ den weitgehend vollautomatisierten Betrieb ablaufen und beschränkte sich auf die dargestellte medizinische Prüfung und Freigabe.

Die Staatsanwaltschaft bewertete die Abrechnung dieser Speziallaborleistungen als Betrug zum Nachteil der Patienten. Sie vertrat die Auffassung, dass der Angeschuldigte die Voraussetzungen für eine Liquidation der MIII-Leistungen als eigene Leistungen i.S.d. § 4 Abs. 2 S. 1 GOÄ nicht erfüllt habe. Die Eröffnung des Hauptverfahrens wurde jedoch aus rechtlichen und tatsächlichen Gründen mangels hinreichenden Tatverdachts abgelehnt.

Die dagegen gerichtete Beschwerde der Staatsanwaltschaft Wuppertal blieb erfolglos. Das OLG Düsseldorf sieht keine Notwendigkeit für eine gesonderte fachliche Qualifikation zur Erbringung der verfahrensgegenständlichen Laborleistungen, sondern hält die ärztliche Approbation per se für eine „fachliche Weisung“ i.S.d. § 4 Abs. 2 GOÄ für zureichend. Zudem hält das OLG die durchgängige Präsenz bzw. Einwirkungsmöglichkeit eines Speziallaborleistung abrechnenden Arztes bei der Durchführung vollautomatisierter Analysevorgänge nicht für erforderlich; es sei ausreichend, wenn zumindest die medizinische Validation durch den abrechnenden Arzt erfolgt. Nur wenn sich die ärztliche „Mitwirkung“ auf den bloßen Bezug bzw. Einkauf einer Leistung unter Nutzung der Strukturen einer Laborgemeinschaft erschöpfe, sei die Abrechenbarkeit von Speziallaborleistungen (auch) strafrechtlich untersagt.

Quelle: OLG Düsseldorf, Beschluss vom 20.01.2017 – III-1 Ws 482/15





## **„Je Sitzung! : Kontroverse Auffassung richtig abrechnen**

Der Begriff der Sitzung ist durchaus abrechnungsrelevant, im EBM und der GOÄ allerdings nicht definiert. Anders als der Terminus „einmal im Behandlungsfall“ profitiert die Bezeichnung „je Sitzung“ nicht über Abrechnungsbegrenzungen. So müssen sich Sozial- und Amtsgerichte wegen kontroverser Auffassungen zur Auslegung von „je Sitzung“ hinsichtlich falscher Abrechnung von Gebührenordnungspositionen (GOP) befassen.

Berechnungsfähige Positionen „je Sitzung“ sind im Rahmen einer Konsultation nur einmal berechnungsfähig, auch wenn mehrere einzelne Leistungsbestandteile einer GOP erbracht werden. Hier sind sich EBM und GOÄ einig: Die Behandlung muss abgeschlossen sein und der Patient die Praxis verlassen haben. Unter Umständen sind auch mehrere Sitzungen an einem Tag möglich, die eine mehrfache Berechnung erlauben. Beispielsweise, wenn derselbe Patient am selben Tag die Praxis wieder aufsucht, weil keine Besserung eingetreten ist oder andere Beschwerden aufgetreten sind. Bei mehrfacher Abrechnung von GOP mit der Einschränkung „je Sitzung“ bei demselben Patienten an demselben Tag ist bei jeder GOP die Uhrzeit der Erbringung mit der Abrechnung - bei Liquidationen nach der GOÄ in der Rechnung - anzugeben. Verlässt der Patient für einen Imbiss, ein Telefonat oder eine Zigarette die Praxis, kann das Wiedererscheinen nicht als neue Sitzung ausgelegt werden. Auch die Unterbrechung einer Sitzung durch den Arzt ohne medizinischen Grund, kann bei Weiterführung nicht als einzelne Sitzung abgerechnet werden. Zum Beispiel bei der Anwendung von Heilmitteln wie Massagen vor und nach einer Pause. Anders sieht es bei Behandlungen aus, bei denen die Durchführung einer Behandlung im Rahmen einer Sitzung nicht vertretbar oder dem Patienten nicht zumutbar ist und vor einer Fortführung dem Patienten eine Zeit der Erholung eingeräumt werden muss (Aknebehandlung, Varizenverödung,...). Die Unterbrechung muss also medizinisch begründet sein, dann ist in dem Fall eine mehrfache Berechnung möglich.

meditaxa Redaktion 1 Quelle: Arzt & Wirtschaft 11/17

---

Aus „der niedergelassene arzt“ 02/2018

## **Justiziarin Andrea Schannath gibt Antwort Ausfallhonorar bei Terminabsage in Bestellpraxis**

Herr D. K. aus Hannover

**„Ich führe eine reine Bestellpraxis und möchte mit meinen Patienten schriftliche Vereinbarungen schließen, dass die Patienten ein Ausfallhonorar zahlen müssen, wenn sie den vereinbarten Termin nicht mindestens 48 Stunden vorher absagen. Ich möchte dies in meine allgemeinen Geschäftsbedingungen aufnehmen, die jedem Patienten vor Abschluss eines Behandlungsvertrages vorgelegt werden. Ist das zulässig?“**

Frau Schannath

*„Das Amtsgericht Bielefeld hat am 10.02.2017 (Az.: 411 C 3/17) entschieden, dass eine vor dem Beginn einer Behandlung unter Verwendung allgemeiner Geschäftsbedingungen getroffene Vereinbarung zwischen Arzt und Patient wirksam ist, dass im Falle einer kurzfristigen Absage, d. h. weniger als 48 Stunden vor dem geplanten Termin, oder eines unentschuldigten Nichterscheinens das Honorar dennoch zu tragen ist. Voraussetzung ist aber, dass die Praxis eine reine Bestellpraxis ist. Als Ausfallhonorar kann der durchschnittliche Gewinn für die Zeit, in denen der Arzt keine anderen Patienten behandeln konnte, in Rechnung gestellt werden.“*

## Vorauszahlung von privaten Krankenversicherungsbeiträgen kann sich rechnen

Beiträge für die Basiskranken- und Pflegeversicherung sind seit 2010 in unbegrenzter Höhe als Vorsorgeaufwendungen steuerlich abziehbar. Wenn dadurch der jährliche Höchstbetrag für übrige Vorsorgeaufwendungen für Selbstständige nicht ausgeschöpft ist, können Ausgaben für weitere Versicherungen geltend gemacht werden. I. d. R. ist der Höchstbetrag jedoch schon allein durch die Krankenversicherungsbeiträge überschritten, mit der Folge, dass andere übrige Vorsorgeaufwendungen faktisch steuerlich nicht berücksichtigt werden. Das Einkommensteuergesetz regelt, dass Beiträge für künftige Jahre im Zahlungsjahr abziehbar sind, soweit sie das 2,5-fache der für das Zahlungsjahr gezahlten Beiträge nicht übersteigen. Werden Krankenversicherungsbeiträge in der erlaubten Höhe vorausbezahlt, kann sich daraus für nicht gesetzlich Versicherte - unter weiteren Voraussetzungen - ein interessanter Steuerspareffekt ergeben. So können im Jahr der Zahlung die kompletten Vorauszahlungen steuerlich geltend gemacht werden. Dafür brauchen im Folgejahr keine Krankenversicherungsbeiträge mehr gezahlt werden und die anderen Vorsorgeaufwendungen, wie z. B. Beiträge zu Kapital-Lebensversicherungen, werden steuerlich wirksam.

### ✓ HINWEIS

Ob sich diese Gestaltung lohnt, muss im Einzelfall geprüft werden, da die Einkünfte der betroffenen Jahre, die Progression oder Verlustverrechnungen berücksichtigt werden müssen. Grundsätzlich sollten ausreichend andere sonstige Vorsorgeaufwendungen wie z. B. Beiträge zu Kapital-Lebensversicherungen, Haftpflicht- und Unfallversicherungen vorhanden sein und die Krankenkasse die Vorauszahlung akzeptieren. Bei Pflichtversicherten in der gesetzlichen Krankenkasse ist dies nicht möglich.

---

Aus „meditaxa“ 81/2017 Mai

## Wegen Scheinselbständigkeit ins Fadenkreuz



**Scheinselbständigkeit galt früher als Problem im Baugewerbe oder in der Gastronomie. Seit einiger Zeit kommt es auch im Gesundheitswesen immer häufiger zu Unklarheiten – Praxisinhabern, die sich nicht absichern, droht die Gefahr, hohe Summen zahlen zu müssen, oder sogar der Verlust ihrer Approbation.**

In der Gesundheitsbranche häufen sich die Fälle von Beschäftigten, die ins Visier der Deutschen Rentenversicherung geraten. Grund dafür sind Unklarheiten mit dem Sozialversicherungsstatus bei Honorarkräften wie z. B. Notärzten im Rettungsdienst. Doch auch selbständige Juniorpartner einer Arztpraxis können von dieser Gefahr betroffen sein, wie ein aktuelles Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg zeigt.

Im Streitfall ging es darum, ob die Juniorpartnerin einer Zahnarztpraxis selbständig oder abhängig beschäftigt und somit sozialversicherungspflichtig war. Das Gericht stellte fest, dass bei der Ärztin eine Scheinselbständigkeit vorlag. Sie trug nicht genügend unternehmerisches Risiko in der Arztpraxis. Am Ende musste der Praxisinhaber 13.000 Euro an Sozialabgaben nachzahlen.

Doch wie kennzeichnet man eine selbständige Tätigkeit? Die eigentliche Tätigkeit und freie Einteilung der Arbeitszeit sowie die ärztliche Tätigkeit als Dienst höherer Art und der große Entscheidungsspielraum sind Kennzeichen einer ärztlichen Tätigkeit, reichen aber als Nachweis einer selbständigen Tätigkeit nicht aus. Vielmehr das unter-



nehmerische Risiko ist ausschlaggebend für die Annahme einer selbständigen Tätigkeit und durch Merkmale wie den Kapitaleinsatz, den unternehmerischen Auftritt nach außen, fehlende Eingliederung in die Arbeitsorganisation des Arbeitgebers, das eigene Unternehmerrisiko und die Anstellung sozialversicherungspflichtiger Beschäftigten, gekennzeichnet. Letzteres stellt das erheblichste Merkmal dar, um den „Freien“ von der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung abzugrenzen. Als Mitgesellschaft er muss der Gesellschaft er auf sämtliche Belange der Gesellschaft Einfluss nehmen können und das unternehmerische Risiko (mit)tragen. Trägt ein Gesellschafter sämtliche Betriebskosten, während ein Mitgesellschaft er nur den fixen Teil seines eigenen Umsatzes erhält, kann dies sofort ein Indiz für eine abhängige Beschäftigung sein.

Sogar einige Berater gehen noch davon aus, die Tätigkeit für mehrere Auftraggeber sei automatisch der Beweis einer selbständigen Tätigkeit. Diese Annahme ist falsch, stattdessen wird die jeweilige Tätigkeit bei jedem einzelnen Auftraggeber überprüft. Die Sozialgerichte bewerten daher die Tätigkeit von Honorärärzten oft als sozialversicherungspflichtige Tätigkeit, bei der die Beschäftigung bei mehreren Auftraggebern oftmals nur eine untergeordnete Rolle spielte. Der sozialversicherungsrechtliche Status wird gesondert geprüft, so dass man sich hierbei auch nicht auf das Ergebnis einer Lohnsteuerprüfung verlassen kann.

Die Einstufung – Arbeitnehmer oder Selbständiger – ist nicht immer einfach. Neben den Scheinselbständigen gibt es auch arbeitnehmerähnliche Selbständige. Letztere kennzeichnen sich dadurch, dass sie selbständig – aber nur für einen Auftraggeber – tätig sind und keinen sozialversicherungspflichtigen Mitarbeiter beschäftigen. So gilt er als arbeitnehmerähnlicher Selbständiger als rentenversicherungspflichtig. Der Arzt muss und kann hier zeitnah (spätestens drei Monate nach Beginn der Beschäftigung) die Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung beantragen. Er ist dann meist bei seiner Versorgungskammer pflichtversichert und somit von der gesetzlichen Rentenversicherung befreit. Ein absoluter Vorteil: Der Befreiungsbescheid stellt zugleich fest, dass der Arzt arbeitnehmerähnlich selbständig tätig ist.

Welche Folgen hat der Tatbestand einer Scheinselbständigkeit für Praxisinhaber? Auf Grundlage einer fiktiven Lohnvereinbarung wird die Deutsche Rentenversicherung die Sozialversicherungsbeiträge mit Arbeitnehmeranteil nachträglich beim Arbeitgeber erheben, wenn eine Scheinselbständigkeit vorliegen sollte. Die Beträge können rückwirkend für einen Zeitraum von bis zu vier Jahren eingefordert werden – bei vorsätzlichem Handeln sogar noch länger. Der Arbeitgeber haftet neben dem Scheinselbständigen auch für die Nachzahlung der Lohnsteuer, rückwirkend für einen Zeitraum von bis zu vier Jahren. Zudem kann der Auftraggeber zur Nachzahlung der in Anspruch genommenen Vorsteuer verpflichtet werden, wenn eine etwaige vom „freien Mitarbeiter“ in Rechnung gestellte Umsatzsteuer in die Umsatzsteuererklärung des Auftraggebers eingeflossen ist.

Der Auftraggeber muss nicht nur mit erheblichen Nachzahlungen rechnen, sondern auch mit strafrechtlichen Konsequenzen: Nach § 266a StGB macht sich strafbar, wer als Arbeitgeber der Einzugsstelle Beiträge des Arbeitnehmers zur Sozialversicherung vorenthält. Je nach Schwere der Tat kann dies Ärzte sogar ihre Approbation kosten. Unwissenheit schützt vor Strafe nicht – nicht rechtskundige Ärzte können sich hier auch nicht auf einen Rechtsirrtum berufen. Nach der Rechtsprechung des BGHs stellt der Irrtum des Arbeitgebers einen sogenannten Subsumptionsirrtum dar, welchen er durch die Einleitung eines Statusfeststellungsverfahrens hätte vermeiden können.

Ein Statusfeststellungsverfahren bietet Praxisinhabern Rechtssicherheit. Vor jeder Beschäftigung freier Mitarbeiter oder Aufnahme von Juniorpartnern in die eigene Praxis sollte ein spezialisierter Rechtsanwalt beratend hinzugezogen werden. Der Antrag eines Statusfeststellungsverfahrens muss spätestens einen Monat nach Beginn der Tätigkeit gestellt werden. Die Zuständigkeit liegt hier bei der Clearingstelle der Deutschen Rentenversicherung.

Quelle: Arzt und Wirtschaft 02/2017; [www.clearingstelle.de](http://www.clearingstelle.de); [www.scheinselbständigkeit.de](http://www.scheinselbständigkeit.de); [www.kbv.de](http://www.kbv.de); Statistisches Bundesamt/medit-axa

## TIPPS FÜR DIE NIEDERLASSUNG (1)

### **Praxisgründung – ein Risiko?**

Jessica Hanneken

Die Frage lässt sich zum Glück leicht beantworten und zwar in einem knappen Satz: Die Selbstständigkeit ist dann kein Risiko, wenn sie gut geplant ist! Erfahren Sie hier, worauf es bei der Planung ankommt, welche Kosten Sie einkalkulieren müssen und wie hoch der Ertrag nach all den anfänglichen Investitionen ist.

Eine gute Vorbereitung ist die halbe Praxisgründung und vieles muss wohlüberlegt sein, bevor man sich als Arzt oder Ärztin eine Existenz aufbaut. Wichtig ist, dass sich jeder Gründer umfassend informiert und die richtigen Experten und Berater mit ins Boot holt. Die ersten Fragen, die man für sich klären sollte, sind: Will ich meinen Beruf ganz allein oder mit anderen ausüben? In welcher Region will ich arbeiten? Mit einem breit gefächerten oder einem spezialisierten Leistungsangebot? Aus all diesen Überlegungen heraus ergibt sich ein erstes Praxis-konzept.

### **Die Einzelpraxis: Übernahme oder Neugründung?**

Die häufigste Form der Existenzgründung bei Ärzten ist die Übernahme einer bereits bestehenden Einzelpraxis. 2016 haben sich 54% der Ärzte, die sich niedergelassen haben, dafür entschieden. Am Beispiel der Hausärzte verlangte diese Entscheidung im Durchschnitt 134.000 Euro an Gesamtinvestitionen. Wobei hier zwischen dem eigentlich durchschnittlichen Übernahmepreis für die Praxis selbst in Höhe von 90.000 Euro und den Investitionen für die Praxismodernisierung und Geräteausstattung von durchschnittlich 4400 Euro unterschieden werden muss. Der Übernahmepreis umfasst den ideellen Wert, der unter anderem vom Patientenstamm, dem Image und der Lage der Praxis abhängt, sowie den materiellen Wert, der sich durch die sich bereits in der Arztpraxis befindenden Einrichtungsgegenstände und medizinischen Geräte ergibt. Hinzu kommen weitere Investitionen - je nach Zustand und Ausstattung der Räume - unterschiedlich hohe Kosten für Modernisierung, Einrichtung oder medizinisch-technische Ausstattung. WICHTIG jedoch: Die Zahlen sind extrem davon abhängig, wo Sie gründen!

### **Vorteile der Praxisübernahme**

Bei Praxisübernahme profitiert der „Neue“ von den alten, gewachsenen Strukturen, der vorhandenen Einrichtung und dem Patientenstamm. Für die Anfangsphase gibt es Erfahrungswerte, und im Vergleich zu einer Neugründung wird das wirtschaftliche Risiko auf ein Minimum reduziert. Der „Übernehmer“ hat zudem die Möglichkeit, einige Investitionen auf später zu verschieben.

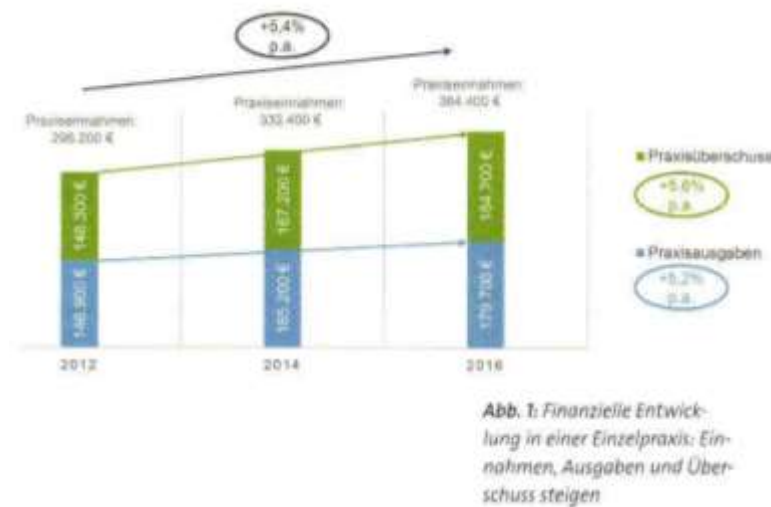
### **Vorteile der Neugründung**

Neu gegründete Praxen bieten dagegen den Vorteil des größeren Gestaltungsspielraums u.a. bei Standort, Ausstattung und Zielgruppe; der Arzt kann sein Praxiskonzept ohne Einschränkungen vonseiten des Vorgängers umsetzen. 2016 waren die Neugründungen von Einzelpraxen im Schnitt mit 104.000 Euro sogar günstiger, doch diese finden nur sporadisch statt und lagen 2016 bei %.

### **Die gemeinsame Niederlassung**

Für diejenigen, die lieber gleich mit einem Kollegen die Praxisgründung angehen wollen, bedeutet diese Entscheidung, sich in eine ärztliche Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) einzukaufen bzw. selber eine zu gründen. In der Regel wählt jeder dritte Arzt eine BAG bei dem Schritt in die Selbstständigkeit.

Im Falle der Hausärzte stellte 2016 die Niederlassung in einer BAG eine beliebte Variante der Existenzgründung dar. Dies kann u.a. auf zweierlei Weise geschehen: Entweder durch den Eintritt durch Kauf von Anteilen eines ausscheidenden BAG-Mitglieds oder durch die Übernahme einer vorhandenen BAG. In beiden Fällen lag das Investitionsvolumen im Schnitt bei 128.000 Euro.



### Bei all den Investitionen - was verdiene ich eigentlich?!

Die Ausübung der Allgemeinmedizin in eigener Praxis lohnt sich nach wie vor! Die Praxiserlöse und auch der Überschuss sind 2016 sowohl in einer allgemeinmedizinischen Einzelpraxis (Abbildung 1) als auch in einer 2er- und 3er-BAG weiter gestiegen. Unsere Auswertungen zeigen, dass zwei Drittel der Praxisinhaber einen Überschuss erzielen, der oberhalb des Bruttogehalts eines Oberarztes liegt. Bereits im ersten vollen Wirtschaftsjahr nach Aufnahme der

Selbstständigkeit werden in allgemeinmedizinischen Einzelpraxen durchschnittliche Einnahmen in Höhe von 334.300 Euro erwirtschaftet. Dies entspricht rund 92% der durchschnittlichen Einnahmen über alle allgemeinmedizinischen Einzelpraxen.

### Die größten Stolpersteine - kritische Fragen zur Praxisgründung

Viele Fragen, die wichtig sind (zu Praxisart, Leistungsspektrum oder Praxislage), sind bereits angesprochen worden. Richtig ist: Wer sich als Ärztin oder Arzt selbstständig machen möchte, hat die Qual der Wahl. Einen Masterplan für die Selbstständigkeit gibt es nicht. Für jede Niederlassungsform gibt es Pro- und Kontra-Argumente, die mit der eigenen Persönlichkeit in Einklang gebracht werden müssen. Zudem hat der ärztliche Nachwuchs einige Vorbehalte gegen die Niederlassung. Zu aufwendig und zu riskant glauben die meisten. Nachfolgend die drei häufigsten Bedenken und wie sie einzuordnen sind:

**1. Vorbehalt:** „Mir ist das finanzielle Risiko zu hoch!“ Ja, die immensen Investitionen wollen gut durchdacht und durchgeführt werden. Doch die Erfahrung zeigt: Hohe Investitionen sind nicht zwingend mit einem hohen Risiko gleichzusetzen. Entscheidend für den langfristigen Erfolg ist vielmehr, ob das Vorhaben wirtschaftlich auf solider Grundlage steht. Gründer sollten ihren Finanzierungsbedarf nicht nur für Investitionen, sondern auch für die Anlaufkosten der Praxisgründung genau kennen. Oder anders ausgedrückt: Je besser ein Projekt vorher durchgerechnet wurde, desto weniger Probleme gibt es nachher. Den besten Beweis hierfür liefern die langjährigen Erfahrungswerte der apoBank, die einen Großteil der Existenzgründer unter den Heilberuflern in Deutschland begleitet: 998 von 1.000 Finanzierungen können problemlos bedient werden. Und trotz vieler Diskussionen über schlechte Honoraraussichten ist die wirtschaftliche Situation der Niedergelassenen insgesamt solide und nicht selten deutlich attraktiver als die der Angestellten. Was uns direkt zum nächsten Vorbehalt führt.

**2. Vorbehalt:** „Wo bleibt bei all der Arbeit meine Freizeit?“ Ja, das Leben besteht nicht nur aus Arbeit. Für viele Menschen spielen Status, Einkommen und Hierarchien eine eher untergeordnete Rolle. Der Job soll sinnvoll sein und Zeit und Raum für Freizeit und Familie lassen. Das Stichwort lautet: „Work-Life-Balance“. Doch sowie sich die Lebensentwürfe in den vergangenen Jahrzehnten geändert haben, haben sich auch die Gründungsmöglichkeiten geändert. Gerade heute kann die Selbstständigkeit so flexibel gestaltet werden wie nie zuvor -ob im Rahmen einer Teilzulassung, eines Jobsharings oder in einer BAG. In erster Linie ist es also eine Frage der Organisation, ob

der Spagat zwischen Beruf und Familie gelingt. Nicht umsonst wird die Gemeinschaftspraxis bei Ärztinnen und Ärzten immer beliebter.

**3. Vorbehalt:** „Ich bin kein Unternehmertyp!“ Ja, ein niedergelassener Arzt muss nicht nur im Sinne des Hippokrates handeln, sondern zudem auch in seinem eigenen Sinne unternehmerisch denken. Ist man selbstständig, muss man sich auch selbstständig um wirtschaftliche Kennzahlen, Abrechnung, Qualitätsmanagement, Praxisorganisation, Personalführung etc. kümmern. Das sind aber Bereiche, in denen man ohnehin auf professionelle Hilfe zurückgreifen sollte. Fehlendes Know-how kann man sich aneignen oder einkaufen. Ob Steuerberater, Gründer-Coach oder persönliche Beratungspartner (von Banken, Verbänden und Organisationen): Wer sich rechtzeitig informiert und fortbildet, spart sich später mögliche Fehlschläge.



**Jessica Hanneken**  
Rechtsanwältin  
Deutsche Apotheker-  
und Ärztebank  
40547 Düsseldorf

## FAZIT

### Analysieren Sie Ihre Grundvoraussetzungen für Ihre Existenzgründung

Stecken Sie betriebswirtschaftliche Rahmenbedingungen ab, überlegen Sie, wie Sie Ihre Praxis führen wollen. Denn je konkreter die Planung, desto reibungsloser die Existenzgründung. Viele Checklisten liefern dafür detaillierte Übersichten zu den wichtigen Punkten, an die Sie denken sollten. Die Aussichten, dass der Schritt in eine eigene Praxis am Ende auch die richtige berufliche Entscheidung sein wird, sind sehr gut: 90% der Ärzte würden sich nach fünf Jahren Selbstständigkeit erneut für die eigene Praxis entscheiden, so die Ergebnisse einer apoBank-Studie. So sollte nicht das finanzielle Risiko im Fokus stehen, sondern vielmehr die eigene Motivation, Patientenversorgung individueller und vielschichtiger gestalten zu können.

*Aus „der niedergelassene arzt“ 01/2018*

## Praxisverkauf – Welche Problemfelder muss ich kennen?

Nachdem in der vorherigen Ausgabe die grundsätzlichen Überlegungen zum Praxisverkauf beschrieben wurden, wollen wir uns jetzt mit speziellen steuerlichen, rechtlichen und kassenrechtlichen Problemfeldern bei der Praxisübergabe beschäftigen.



### Abschreibung des Praxiswerts

Im Interesse des Käufers ist bei der Vertragsgestaltung darauf zu achten, dass nicht nur der Sitz der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) übertragen wird, sondern auch der Patientenstamm in einem einheitlichen Vorgang mit einem einheitlichen Preis.

Wenn nur eine Übertragung des KV-Praxissitzes erfolgt, ist dieser dann nicht abschreibbar. Die Abschreibung stellt für den Käufer aber einen so wichtigen Punkt dar, dass andernfalls eine Kaufpreisreduzierung unumgänglich ist.

Dagegen kann bei einer einheitlichen Übertragung der gesamte immaterielle Praxiswert bei Übernahme einer Einzelpraxis auf drei bis fünf Jahre und beim Einstieg in eine Gemeinschaftspraxis über einen Abschreibungszeitraum von sechs bis zehn Jahren abgeschrieben werden. Der Wert des Vertragsarztsitzes ist dann im Gesamtpreis untrennbar enthalten.'

Neben diesem Grundaspekt gibt es weitere Hürden, die zu beachten sind, damit es nicht zu einer Versagung der Abschreibung durch das Finanzamt kommt.

## Voraussetzungen für den halben Steuersatz

Beim Praxisverkauf wird vom Verkäufer faktisch der immaterielle Praxiswert, den er über viele Jahre aufgebaut hat, versteuert. Dies ergibt sich aus der Berechnung:

	Veräußerungserlös (inkl. immaterieller Praxiswert)
Minus	Buchwert der Praxis
Minus	Veräußerungskosten
	<hr/>
	Veräußerungsgewinn
Minus	Freibetrag (S 18 Abs. 3 i.V.m. S 16 Abs. 4 EStG) <sup>2</sup>
	<hr/>
	<b>zu versteuernder Veräußerungsgewinn</b>

Die zusammengeballte Besteuerung des Veräußerungsgewinns innerhalb eines Veranlagungsjahres führt durch den progressiven Steuertarif zu einer höheren Steuerbelastung.

Um dies zu verhindern, kann jeder Unternehmer einmal im Leben die Steuervergünstigung des so genannten halben Steuersatzes in Anspruch nehmen.<sup>1</sup>

Bei der Berechnung des halben Steuersatzes wird zunächst der reguläre Steuersatz ermittelt und dann wird der Veräußerungserlös mit 56 Prozent<sup>4</sup> dieses Steuersatzes besteuert. Die Mindestbesteuerung beträgt 14 Prozent. Diese Regelung hat für den Verkäufer erhebliche steuerliche Vorteile. Deshalb sollte zwingend darauf geachtet werden, die notwendigen Voraussetzungen für die Nutzung zu erfüllen und durch bewusste Steuerung der Gesamteinkommenssituation des Verkäufers den Steuereffekt zu optimieren.

Die Grundvoraussetzungen sind:

- a) Mindestalter des Verkäufers: 55 Jahre oder dauernde Berufsunfähigkeit
- b) Verkauf in einem einheitlichen Vorgang

„Einheitlicher Vorgang“ bedeutet für einen Praxisverkauf konkret:

Die Aufgabe der Arzttätigkeit im örtlichen Wirkungskreis für eine ausreichende Zeit. Unschädlich sind Nebentätigkeiten wie zum Beispiel Vertretungstätigkeit oder die Mitarbeit als angestellter Arzt in einer Praxis (auch in der gerade verkauften Praxis).

## Möglichkeit der weiteren steuerlichen Optimierung

Deshalb kann es bei einer deutlichen Verringerung der Einkünfte nach Beendigung des Berufslebens sinnvoll sein, den Verkaufszeitpunkt bewusst auf den 01.01. des Folgejahres zu terminieren und nicht zum 31.12. zu verkaufen. Damit gewinnt man nicht nur ein Jahr im Rahmen der tatsächlichen Abrechnung der Steuer, sondern kann auch interessante Steuereffekte erzielen. Genauere Berechnungen auch im Vergleich zur alternativen Steuerbegünstigung nach der so genannten 1/5-Regelung sind immer sinnvoll und können vom Steuerberater vorgenommen werden.

<sup>1</sup> Vgl. BF11 0.08.2011 Az.VIII R 13/08

<sup>2</sup> Bis zu einem Veräußerungsgewinn von Euro 136.000 wird ein Freibetrag von Euro 45.000 gewährt. Darüber hinaus ermäßigt sich der Freibetrag um den Betrag, der über Euro 136.000 hinaus geht (Abschmelzung). Ab einem Veräußerungsgewinn von Euro 181.000 beträgt der Freibetrag damit Euro null.

<sup>3</sup> Vgl. § 34 Abs. 3 EStG; gilt nicht für Veräußerung von GmbH-Anteilen

<sup>4</sup> Der „halbe“ Steuersatz beträgt tatsächlich 56 Prozent. Vgl. § 34 Abs. 3 EStG

## **Häuslicher Behandlungsraum eines Arztes**

Kosten, die eine (Augen-)Ärztin für ein Zimmer im eigenen Haus aufwendet, das sie als Behandlungsraum für Notfälle eingerichtet hat, können steuerlich nicht als Sonderbetriebsausgaben angesetzt werden. Sie unterliegen auch dem Abzugsverbot für ein häusliches Arbeitszimmer. Das hat das Finanzgericht Münster (FG) mit Urteil vom 14.07.2017 entschieden. In einem Fall aus der Praxis richtete eine Augenärztin zur Behandlung von Notfällen im Keller ihres privaten Wohnhauses einen Raum ein. Der Raum ist nur vom Flur des Wohnhauses aus erreichbar. Das war der Grund, warum das FG die Notfallpraxis nicht als betriebsstättenähnlichen Raum eingeordnet hat. Die Einordnung als Praxis, die entsprechende ärztliche Einrichtung unterstellt, kommt nur dann in Betracht, wenn die Räumlichkeiten über einen von den privaten Räumen separaten Eingang verfügen. Muss der Patient aber erst einen privaten Flur durchqueren, fehlt es an der nach außen erkennbaren Widmung der Räumlichkeiten für den Publikumsverkehr und damit an der für die Patienten leichten Zugänglichkeit. Die Räumlichkeiten unterliegen dann unabhängig von ihrer Einrichtung dem Anwendungsbereich des häuslichen Arbeitszimmers. Nachdem die Augenärztin in den Räumlichkeiten der Gemeinschaftspraxis unstreitig Behandlungsräume zur Verfügung standen, konnte sie die Aufwendungen auch nicht begrenzt bis zum Höchstbetrag von 1.250 Euro im Rahmen eines häuslichen Arbeitszimmers ansetzen. Wegen der grundsätzlichen Bedeutung ließ das FG die Revision zum Bundesfinanzhof zu, die dort unter dem Aktenzeichen VIII R 11/17 anhängig ist.

---

Aus „meditaxa“ 84/ Februar 2018

## **Start der ausschließlichen Fernbehandlung**

Die Landesärztekammer Baden-Württemberg hat das erste Modellprojekt zur ausschließlichen Fernbehandlung genehmigt. Das Projekt ist auf zwei Jahre angelegt und wird vom Unternehmen TeleClinic in München sowie von zwei privaten Krankenkassen getragen. Das Projekt musste sich vorher einer sorgfältigen Prüfung unterziehen: Es erfolgt ausschließlich der Einsatz von Ärzten aus Baden-Württemberg, die Einhaltung des Fachärztestandards und der Auflagen zur Dokumentationspflicht. Die Landesärztekammer Baden-Württemberg ist nun Vorreiter auf dem Gebiet der ausschließlichen Fernbehandlung von Privatpatienten. Arzt und Patient begegnen sich bei der Fernbehandlung rein am Telefon, via Handy-App oder im Rahmen einer Videosprechstunde - der Arzt darf eine individuelle Diagnose stellen und die Therapie einleiten. 2016 hatte die Kammer als erste in Deutschland die Berufsordnung geändert. Vor kurzem entschied auch der Bayerische Ärztetag, eine ausschließliche Fernbehandlung unter bestimmten Voraussetzungen zu ermöglichen: Die gründliche Aufklärung von Patienten über Grenzen telemedizinischer Maßnahmen oder die Auswahl der Behandlungssituationen, seien ausschlaggebend für die Genehmigung. Parallel erhielt die Software eVi 'des Ärztenetzes Medizin und Mehr (MuM) durch den TÜV Nord ihre Zertifizierung. Damit ist die Software die erste zertifizierte Videosprechstunden-Lösung in Deutschland. Das System ist zunächst in fünf Regionen mit zertifizierten Ärztenetzen implementiert.

meditaxa Redaktion / Quelle: aerztekammer-bw.de, kbv.de, elvi.de

---



## Wie Sie im Praxis-Einkauf Kosten senken

Ein Bereich für mögliche Kostensenkungen der Praxis ist der Einkauf von Materialien, die im Praxisalltag benötigt werden (Einmalhandschuhe, Papiertücher, Ultraschall-Gel etc.). Hier können Sie ansetzen, um Einsparungen zu erzielen:

- Vergleichen Sie Lieferanten und Preise: Oft haben sich über die Jahre Routinen ergeben, welche Artikel bei welchem Lieferanten bestellt werden. Doch die bequeme Abwicklung kann teuer bezahlt sein. Gerade durch das Internet ist die Preistransparenz deutlich gestiegen, Preisunterschiede von bis zu 30% sind keine Seltenheit. Wo könnten Sie Ihre Materialien günstiger bestellen?
- Verhandeln Sie neue Konditionen: Wollen Sie den „liebgewonnenen“ Lieferanten nicht wechseln, kann ein Gespräch über die Konditionen helfen. Oftmals lassen sich durch fundierte Hinweise auf Konkurrenten und ihre Angebote spürbare Preissenkungen erzielen.
- Nutzen Sie Skonti aus: Ein weiterer Ansatz besteht in der konsequenten Nutzung von Skonti für eine schnelle Zahlung oder - bei in der Nähe angesiedelten Lieferanten - der persönlichen Abholung der Ware, um Transportkosten zu vermeiden.
- Rabatte durch Großbestellungen: Über Sammelbestellungen mehrerer Praxen können Sie Rabatte nutzen. Schon eine Verdoppelung des Einkaufsvolumens schafft garantiert eine völlig neue Verhandlungsposition. Auch als Einzelpraxis können Sie neue Preisspielräume schaffen, wenn Sie seltener, aber dafür mehr bestellen.
- Muss es immer die beste Qualität sein? Sie können Kosten senken, wenn Sie nicht die höchste Qualitätsstufe wählen, sondern eine niedrigere, die aber immer noch Ihre Anforderungen erfüllt. Und müssen es immer Markenprodukte sein? Oder können Sie vielleicht auch No-Name-Hersteller auswählen? Eine Internetrecherche zu Testberichten macht das Ganze transparenter.

Quelle: PKV Informationszentrum GmbH, Praxismanagement & QM aktuell ONLINE

---

Aus „meditaxa“ 81/2017 Mai

## Die Videosprechstunde kommt

KBV und GKV-Spitzenverband haben sich am 21.02.2017 im Bewertungsausschuss auf eine Vergütungsregelung geeinigt und die Einführung der Videosprechstunde in den EBM beschlossen. Damit kann die Videosprechstunde bereits ab April (und somit eher als vorgesehen) als neue telemedizinische Leistung durchgeführt werden.

Bereits im November vorigen Jahres hatte man die technischen Anforderungen für Praxen und Videodienst beschlossen (Anlage 31b zum BMV-Ä). Darüber hinaus steht nun fest, für welche Facharztgruppen (u. a. Hausärzte, Kinder- und Jugendärzte, Hautärzte, Augenärzte, Chirurgen und Orthopäden) und Indikationen/Krankheitsbildern (z. B. visuelle Verlaufskontrolle von Operationswunden, Bewegungseinschränkungen und -störungen des Stütz- und Bewegungsapparates, Kontrolle von Dermatosen einschließlich der diesbezüglichen Beratung) eine Videosprechstunde eingesetzt und vergütet werden kann.

Für Videosprechstunden erhalten Praxen bis zu 800 € jährlich pro Arzt. Ab April gibt es für jede Videosprechstunde einen Technikzuschlag von 4,21 € (GOP 01450, Bewertung: 40 Punkte) für bis zu 50 Videosprechstunden im Quartal. Die Mittel dienen je hälftig der Kostendeckung und der Förderung von Videosprechstunden. Für Fälle, bei denen der Patient in einem Quartal nicht die Praxis aufsucht, wurde eine analoge Regelung zum telefonischen

Arzt-Patienten- Kontakt vereinbart: Ärzte rechnen hier die neue GOP 01439 (88 Punkte, 9,27 €) ab, die ebenfalls zum 01.04.2017 in den EBM aufgenommen wird.

Doch welche Vorteile hat die Videosprechstunde? Gesundheitsexperten führen hier ins Feld, dass sich Ärzte Hausbesuche sparen oder an Versorgungsassistenten delegieren können. Das spart Zeit und der Arzt kann sich um andere Patienten kümmern. Gerade in unterversorgten Regionen können auch Dreier-Video-Gespräche mit Patient, Hausarzt und Facharzt Abläufe effizienter gestalten.

Quelle: [Institut-ba.de/ba/babeschluesse/2017-02-21\\_ba389\\_3.pdf](http://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2017-02-21_ba389_3.pdf)

---

*Aus „Der Allgemeinarzt“ 4/2018*

## **Mehr Anbieter für Videosprechstunde**

Seit Mitte vergangenen Jahres können Ärzte bei bestimmten Indikationen Videosprechstunden zur Verlaufskontrolle anbieten und über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abrechnen. Sie benötigen dafür neben einem Bildschirm mit Kamera, Mikrofon und Lautsprecher sowie einer Internetverbindung einen zertifizierten Videodienstanbieter. Dieser stellt die Verbindung her und sorgt dafür, dass die Übertragung reibungslos und vor allem sicher verläuft. Auf <http://www.kbv.de/html/videosprechstunde.php> listet die KBV alle Anbieter auf, die ihr zertifiziertes Angebot bei der KBV angezeigt haben, sodass sich niedergelassene Ärzte dort informieren können. Zudem bietet die Themenseite einen Überblick über technische und fachliche Anforderungen sowie Information zur Abrechnung und Vergütung von Videosprechstunden. KBV

---

*Aus „Der Allgemeinarzt“ 4/2018*

## **Konkrete Tipps gegen Online-Attacken auf die Praxis**

Die Deutsche Bank empfiehlt Arztpraxen, in puncto Cyber-Angriffe und Schadsoftware gezielt ihre Sicherheitsmaßnahmen zu überprüfen: Um sich zu schützen, sollten Praxisinhaber täglich Praxisdaten sicher und auf verschiedenen Medien verschlüsselt ablegen. Die Speichermedien sollten außerhalb der Praxis gelagert werden. Regelmäßig ist zu prüfen, ob die Speichermedien noch intakt sind und die Datenübertragung funktioniert. Am besten helfen gegen Cyber-Attacken ein ständig aktuell gehaltenes Anti-Viren-Programm, regelmäßige Sicherheitsupdates für die Praxis-EDV und das Betriebssystem, Skepsis bei merkwürdig erscheinenden Vorgängen und sorgfältige Kontrolle von E-Mails, bevor ein Anhang geöffnet wird. Letzteres hatte eine Berliner Neurologin offenbar nicht gemacht-sie öffnete ein angebliches Bewerbungsschreiben vom Arbeitsamt und ebnete damit einer Schadsoftware den Weg in die Praxis-EDV. Drei PCs wurden infiziert und unbrauchbar. Die Erpresser forderten die Zahlung eines Lösegelds, um die PCs wiederherzustellen, die Ärztin entschied sich jedoch für eine Neuanschaffung der Computer. Der Schaden belief sich auf 4.000 Euro. Je nach Schweregrad gibt es jedoch auch Fälle, die einen Schaden von bis zu 80.000 Euro erreichen, wenn z. B. aufgrund von gelöschten Daten die Quartalsabrechnung nicht mehr vorgenommen werden kann.

*Quelle: Deutsche Bank*

## **Neuregelung bei der Abschreibung von geringwertigen Wirtschaftsgütern ab 01.01.2018**

Mit dem Gesetz gegen schädliche Steuerpraktiken im Zusammenhang mit Rechteüberlassungen wurden die Grenzen für selbstständig nutzbare bewegliche Wirtschaftsgüter des Anlagevermögens, deren Anschaffungs- und Herstellungskosten bestimmte Grenzen nicht überschreiten – sog. geringwertige Wirtschaftsgüter (GWG) – angehoben. Danach gilt ab 01.01.2018:

### **Sofortabschreibung**

GWG, deren Anschaffungs- und Herstellungskosten 800 Euro (bis 31.12.2017 = 410 Euro) nicht übersteigen, können im Jahr der Anschaffung oder Herstellung sofort abgeschrieben werden. Wird von dem Recht Gebrauch gemacht, sind GWG, die den Betrag von 250 Euro (bis 31.12.2017 = 150 Euro) übersteigen, in einem laufenden Verzeichnis zu erfassen, es sei denn, diese Angaben sind aus der Buchführung ersichtlich. Entscheidet sich der Unternehmer für die Sofortabschreibung der GWG unter 800 Euro, gelten für Wirtschaftsgüter über 800 Euro die allgemeinen Abschreibungsregelungen.

### **Computerprogramme**

Die in den Einkommensteuer-Richtlinien genannte Grenze für die Behandlung von Computerprogrammen wie Trivialprogramme in Höhe von 410 Euro war an die Grenze für die Bewertungsfreiheit geringwertiger Wirtschaftsgüter angelehnt. Im Rahmen der nächsten Überarbeitung der Einkommensteuer-Richtlinien ist auch hier eine Anhebung auf 800 Euro vorgesehen.

### **Sammelposten**

Nach wie vor besteht die Möglichkeit, GWG über 250 Euro (bis 31.12.2017 = 150 Euro) und unter 1.000 Euro in einen jahresbezogenen Sammelposten einzustellen und über 5 Jahre abzuschreiben. Sie brauchen dann nicht in ein laufendes Verzeichnis aufgenommen werden. Auch Wirtschaftsgüter unter 250 Euro (bis 31.12.2017 unter 150 Euro) können in den Sammelposten aufgenommen werden und müssen nicht zwingend im Jahr der Anschaffung voll abgeschrieben werden.

### **HINWEIS**

Es gilt zu beachten, dass das Wahlrecht für die Sofortabschreibung oder den Sammelposten für alle in einem Wirtschaftsjahr angeschafften Wirtschaftsgüter nur einheitlich ausgeübt werden kann.

In Hinblick auf diese Neuregelungen lohnt sich – aus steuerlicher Sicht und wenn wirtschaftlich sinnvoll – ggf. die Beschaffung derartiger Wirtschaftsgüter in das Jahr 2018 zu verlagern, um damit die besseren Abschreibungsbedingungen zu nutzen.

## **Freiberufler: Verlagerung von Einnahmen und Ausgaben zum Kalenderjahresende**

Freiberufler ermitteln ihren Gewinn in der Regel anhand einer Einnahme-Überschussrechnung. Hier gilt das Zufluss- und Abflussprinzip.

Freiberufler, die im Jahr 2017 einen vergleichsweise hohen Gewinn erwirtschaftet haben, sollten ausstehende Rechnungen noch dieses Jahr begleichen. Zahlungseingänge können ins Jahr 2018 verlagert werden, indem die Rechnung erst im nächsten Jahr gestellt wird.

Wird für das Jahr 2017 eher mit einem Verlust oder einem geringeren Überschuss gerechnet? Dann sollten ausstehende Rechnungen, soweit überhaupt möglich, erst im Jahr 2018 bezahlt werden. Rechnungen für bereits er-

brachte Leistungen sollten dagegen möglichst rasch geschrieben bzw. angemahnt werden. Sofern sich für das Jahr 2017 Verluste abzeichnen oder noch Verlustvorträge aus Vorjahren vorhanden sind, sollten Sie in Erwägung ziehen, geplante Veräußerungen oder Entnahmen, z. B. durch Überführung von Wirtschaftsgütern aus dem gewillkürten Betriebsvermögen ins Privatvermögen, umzusetzen. Die dabei aufgedeckten stillen Reserven können mit den Verlusten verrechnet werden, sodass diese unterm Strich nicht zu einer Steuerbelastung führen. Trotz der möglichen Einkünfteverlagerung zum Jahreswechsel muss eine Ausnahmeregel für regelmäßig wiederkehrende Leistungen beachtet werden. Dazu gehören v. a. Mieten, Leasingraten oder die Umsatzsteuer-Vorauszahlung. Solche Einnahmen oder Ausgaben müssen dem Jahr ihrer wirtschaftlichen Zugehörigkeit zugerechnet werden, wenn sie binnen zehn Tagen vor oder nach dem Ende des Kalenderjahres geleistet werden. Soll bspw. bei einer guten Ertragslage die Büromiete für den Monat Januar 2018 ins Jahr 2017 vorgezogen werden, muss sie bereits vor dem 21. Dezember 2017 bezahlt werden, damit sie wegen der 10-Tage-Regelung nicht doch zu den Betriebsausgaben des Jahres 2018 gehört. Wurde eine Einzugsermächtigung erteilt, gilt der Aufwand schon am Fälligkeitstag als abgeflossen, auch wenn die eigentliche Belastung auf dem Bankkonto erst später erfolgt.

#### HINWEIS

Da besonders Freiberufler-GbRs häufig die Gewinngrenze von 100.000 für die Inanspruchnahme von Investitionsabzugsbeträgen bzw. Sonderabschreibungen übersteigen, sollte bei größerem Investitionsbedarf der Wechsel zur Bilanzierung geprüft werden, wenn die Betriebsvermögensgrenze im Übrigen eingehalten werden kann. Dies muss jedoch sorgfältig abgewogen werden, denn es können anderweitige Vorteile der Einnahmeüberschussrechnung verloren gehen und ein Übergangsgewinn zu ermitteln sein.

---

**Für einen reibungslosen Ablauf benötigen wir immer Ihre aktuellen Daten. Bitte teilen Sie uns *Adress- oder Kontoänderungen* umgehend mit.**

**Herzlichen Dank**

---

### **Die Arztsuche des Privatärztlichen Bundesverband e.V.**

**Hier finden Patienten in Ihrer Nähe den für sie passenden Privatarzt.**

**Als Mitglied im pbv ist der Eintrag für Sie kostenfrei. Senden Sie uns einfach eine Nachricht per E-Mail an [mail@pbv-aerzte.de](mailto:mail@pbv-aerzte.de).**

**Die möglichen Fachrichtungen und Zusatzbezeichnung finden Sie unter <http://www.arztsuche-privataerzte.de>.**

---

### **Schlusswort**

*Liebe Mitglieder,*

*Auf unseren beiden Veranstaltungen im Jahr 2018 (Fortbildung am 21.4.18. und Tag der Privatmedizin am 24.11.18) gibt es reichlich Gesprächsstoff über die Zukunft der Privatmedizin. Es läuft darauf hinaus, dass unsere Gebührenordnung auf dem Deutschen Ärztetag im Mai in Erfurt weiter vorangetrieben wird. Trotzdem werden wir beobachten müssen, welche Arbeit die neu implementierte "Kommission" (zur Prüfung einer möglichen einheitlichen Gebührenordnung) leisten wird. Nicht nur der PKV-Vorstand, sondern auch renommierte Gesundheitsökonominnen wie Prof. Wasem, weisen darauf hin, dass aus dem Koalitionsvertrag nicht zwingend abzuleiten ist, dass EBM*

*und GOÄ zusammengefügt werden müssen. Eher werden tatsächlich beide Systeme getrennt reformiert. Unter der Oberaufsicht von Jens Spahn sind wir da absolut zuversichtlich, dass nichts anderes dabei herkommen wird. Nach ewig langen Koalitionsverhandlungen sind sämtliche Gespenster verscheucht, auch wenn es immer wieder aus dem "Lauterbach-Wald" herausschallen wird: Der Beginn der Bürgerversicherung ist eingeläutet. Selbst wenn es so wäre, müsste man jahrelang nicht nur deutsches Verfassungsrecht prüfen, sondern auch die EU hätte ein Wörtchen mitzureden bei der sich daraus ergebenden Szenerie der Zusatzversicherungen, bei denen es dann darum ginge, "darf ein schneller Arzttermin extra vergütet werden?" (Professor Wasem, Ärztezeitung Nr.29-51D)*

*Kommen Sie, um mit uns die Zukunft zu gestalten, auch um unsere auf dem Ärztetag vertretenen Vorstandsmitglieder mit Ihren Ideen zu unterstützen.*

*Dr. med. Heinz Oehl-Voss  
Schriftführer PÄP*