

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
E-Mail: PBV-Weishaeupl@gmx.de

Ausgabe 4/2018

Sommer 2018 - klimatisch und politisch sehr aufgeheizt

Das sog. Sommerloch wird in diesem Jahr bestimmt von äußerst befremdlichen Reaktionen verschiedener Staatschefs, allen voran die von Donald Trump; Handelszölle führen zur Verunsicherung der Märkte weltweit. Daneben sorgen "Verhaltensauffälligkeiten" einzelner Fußballstars und ihre besondere Beziehung zu Despoten für eine Zuspitzung der Begriffe "Integration" und "Rassismus". Im Gesundheitssektor versucht Minister Spahn die Pflege-Struktur der Alterspyramide anzupassen, Ärztesprechstunden auch bezahlen zu lassen wenn sie anfallen (müssen) und auch sonst freiberufliche Elemente auf betriebswirtschaftliche Basis zu stellen. Soweit macht der immer noch junge Minister auch auf uns Privatmediziner bisher einen guten Eindruck und legt ein absolut wünschenswertes Tempo vor!

Für unseren speziellen Alltag steht natürlich die spannende Frage im Vordergrund, wie es mit der neuen GOÄ-Bepreisung weiter geht und ob nicht nur neue technische Leistungen im neuen Katalog aufgenommen werden, sondern auch besondere Therapierichtungen genügend Berücksichtigung finden, so dass weiterhin innerhalb der GOÄ von einem modernen, aufgeschlossenen, v.a. freiberuflichen Gesundheitssystem die Rede sein kann, und dass es nicht etwa nur zu bedrohlichen Restriktionen (Stichwort "Verbot" eines Steigerungsfaktors einzelner Ziffern, oder zumindest abschreckende Restriktionen diesbzgl.)

Innerhalb der Gesamt-Ärztenschaft kooperieren wir als Verband mit großen Verbänden und wir sind da weiterhin in der Vorstandschaft des Hartmannbundes bestens vernetzt, konnten auch auf dem diesjährigen Deutschen Ärztetag Anträge zur Abstimmung einbringen, die wesentliche Punkte der Privatmedizin abbildeten. Lesen Sie zunächst die nochmalige Zusammenfassung der wichtigsten Themen, die fast alle Ärzteverbände betreffen:

Das war der 121. Deutsche Ärztetag

„Reform und Rebellion“: Unter diese Vorzeichen stellte Thüringens Kammerpräsidentin Dr. Ellen Lundershausen den 121. Deutschen Ärztetag in Erfurt. Mut zu neuen Wegen bewiesen die Delegierten etwa bei den Topthemen Weiterbildung, Fernbehandlung und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Die wichtigsten Entschlüsse und Argumente aus Sicht der niedergelassenen Ärzte im Überblick.



GOÄ: Verbände korrigieren Kurs der Bundesärztekammer

Mit insgesamt sieben Änderungsanträgen wurde der Leitantrag zur Novellierung der GOÄ angepasst. Dadurch nahmen die Berufsverbände dem Vorstandsantrag der Bundesärztekammer (BÄK) einige Unschärfen und legten die Grundlage für erfolgreiche Weiterverhandlungen mit PKV und Ministerium. Verhandelt werden soll allerdings nur unter der Prämisse, dass das duale System erhalten bleibt.

Bundesgesundheitsminister Spahn erklärte in seiner Eröffnungsrede, er wolle bei diesem Thema „konstruktiv zusammenarbeiten“ und gemeinsam „um die richtigen Argumente ringen“. Der Minister sicherte der Ärzteschaft zu, sie dürfe und solle ihre Expertise in die Vorschlags-Kommission für das Vergütungssystem einbringen. Diese stellte jedoch klar: „Die Einrichtung dieser Kommission darf nicht dazu führen, dass sich die Inkraftsetzung der verabschiedungsreifen GOÄ weiter verzögert.“ Eine Vereinheitlichung von GOÄ und Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM) lehnten die ärztlichen Delegierten schlicht ab.

Die Allianz deutscher Ärzteverbände (bestehend aus NAV-Virchow-Bund, MEDI Geno, Hartmannbund, GFB, BDI und SpiFa) vertrat erfolgreich die Interessen der niedergelassenen Ärzte durch gemeinsames Auftreten und Koordination mit der Kassenärztlichen Bundevereinigung. Auf Initiative der Allianz sprachen sich die Delegierten dafür aus, die Arbeiten an der GOÄneu als „eigene ärztliche Gebührenordnung“ fortzuführen. Bereits fertiggestellte Teile sollen je nach politischer Lage vorgelegt oder zurückbehalten werden.

Einzelne Delegierte forderten zugleich eine Anhebung der GOÄalt. Dr. Klaus Reinhardt, Vorsitzender der Gebührenordnungskommission der BÄK, warnte vor fehlendem politischen Realitätssinn: „Dann sagt die Politik: Wozu wollt ihr noch die GOÄ neu, ihr habt doch jetzt mehr Geld!“ Zudem kranke die derzeitige GOÄ nicht nur an zu niedrigen Bewertungen, sondern auch daran, dass viele Leistungen moderner Medizin nicht abgebildet würden. Aktuell arbeitet die GOÄ-Kommission an der betriebswirtschaftlichen Kalkulation. Darin gibt es mehrere Stell-schrauben, die den Wert einer Leistung beeinflussen: ärztliche, personelle oder technische Leistung sowie Gemeinkosten. Minimale Änderungen an einer Position könnten sich im Einzelfall zu enormen Kostenzuwachsen oder -reduktionen skalieren, berichtete Reinhardt.

Am Ende sollen zwei Varianten der betriebswirtschaftlichen Kalkulation stehen, eine „interne“ und eine marktorientierte Angebotsvariante. Letztere wird die Kostensteigerung im Vergleich zur GOÄalt auf ein für die Kassen verträgliches Maß mildern. Derzeit habe man einen „Rohentwurf, der weit davon entfernt ist, veröffentlicht zu werden“, so Reinhardt. Er enthalte noch Bewertungsfehler und Implausibilitäten. „Aber wir kommen voran.“

Fernbehandlung: Im Einzelfall auch bei Erstkontakt

Das „Ende des Fernbehandlungsverbots“ dominierte rund um den Ärztetag die deutschen Medien. Dabei existierte ein solches Verbot gar nicht. Die Muster-Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärzte (MBO-Ä) verbietet nur die ausschließliche Fernbehandlung. Unterstützende Fernbehandlung, etwa durch Nachsorge via Video, war und ist erlaubt. Nun entschied der 121. Deutsche Ärztetag die Restriktionen zu mildern und telemedizinische Pa-

tientenversorgung im Einzelfall auch dann zuzulassen, wenn noch kein persönlicher Erstkontakt zwischen Arzt und Patient stattgefunden hat.

Der geänderte § 7 Absatz 4 der MBO-A lautet nun: „Eine ausschließliche Beratung oder Behandlung über Kommunikationsmedien ist im Einzelfall erlaubt, wenn dies ärztlich vertretbar ist und die erforderliche ärztliche Sorgfalt insbesondere durch die Art und Weise der Befunderhebung, Beratung, Behandlung sowie Dokumentation gewahrt wird und die Patientin oder der Patient auch über die Besonderheiten der ausschließlichen Beratung und Behandlung über Kommunikationsmedien aufgeklärt wird.“

In welchen konkreten Situationen der Erstkontakt auch via Telefon, Video oder Internet erfolgen kann, sollen nach Wunsch des Gesundheitsministers nun Vertreter von Ärzteorganisationen sowie Experten aus Pflege und Selbstverwaltung klären. Der NAV-Virchow-Bund begrüßte die Pläne und erklärte: „Fernbehandlung sinnvoll einzusetzen und medizinisch verantwortbar zu gestalten, liegt an uns Ärzten. Wir müssen jetzt schnell klarstellen, was sich technisch umsetzen und in die Versorgungssystematik integrieren lässt“.

Zahlreiche Einschränkungen bleiben jedoch. Telemedizinische Patientenversorgung soll weiterhin in ärztlicher Hand liegen und nur innerhalb der bisherigen Versorgungsstrukturen erfolgen. Einer kommerziellen „Callcenter-Medizin“ und Ärzten, die ausschließlich Fernbehandlung praktizieren, erteilte der Ärztetag eine klare Absage. Telemedizin sei ein ergänzendes Angebot, der persönliche Kontakt zwischen Arzt und Patient bleibe aber der Goldstandard. Krankschreibungen aus der Ferne soll es bei unbekanntem Patienten nicht geben. Ob fernbehandelnde Ärzte bald auch verordnen dürfen, prüft die BÄK - nach langer Debatte wurde diese Frage an den Vorstand überwiesen.

Die Landesärztekammern sind jetzt aufgefordert, ihre Berufsordnungen anzupassen. Baden-Württemberg und Schleswig-Holstein haben es bereits vorgemacht.

Krankenversicherung muss nicht jede Therapie erstatten (AZ.: S 3 KR 604/15)

Wir werden oft mit der Enttäuschung von Mitgliedern konfrontiert, die beklagen, dass die von ihnen für den Patienten gewählte Therapie am Ende von den Kostenträgern nicht erstattet werden. Das betrifft natürlich v. a. „außergewöhnliche“ Therapien oder Vorgehensweisen.

Im hier vorliegenden Fall beim Sozialgericht Detmold handelte es sich allerdings um eine Liposuktion (Fettabsaugung) bei krankhaften Fettverteilungsstörungen, die einige Ärzte sogar empfohlen hatten. Die Kostenträger verwiesen auf physikalische Maßnahmen und auf regelmäßiges Tragen von Kompressionsstrümpfen. Dagegen klagte die Patientin (Arzt und Wirtschaft online, 10.05.2018).

Die Richter verwiesen auf noch nicht ausreichend geprüfte Ergebnisse dieser Vorgehensweise, ... und es handle sich nicht um eine lebensbedrohliche Erkrankung, weshalb die Kasse auf eine allgemein anerkannte Leistung verweisen dürfe.

FAZIT: Es gilt immer den Einzelfall zu prüfen und gut abzuwägen, ob man den Patienten zu einer Klage anregen soll oder besser nicht. Vor allem ist es wichtig, den Patienten rechtzeitig darauf hinzuweisen, dass es Probleme bei der Erstattung geben könnte.

Gute Chancen für eine nachhaltige Forderung der Erstattung bestehen immer bei lebensbedrohlichen Erkrankungen oder wenn es wirklich keine Behandlungsalternativen gibt.

IN DEN LETZTEN MONATEN ERREICHEN UNS WIEDER VERMEHRT NACHFRAGEN, WIE MAN BEI RECHNUNGSKÜRZUNGEN VORGEHEN KANN DIE VOR ALLEM DIE ABRECHNUNG ALTERNATIVER METHODEN, ALSO NICHT-SCHULMEDIZINISCHE VERFAHREN- BETREFFEN. AUCH DER OMBUDSMANN DER PKV, HERR LANFERMANN HAT IM LETZTEN JAHR EINE DEUTLICHE ZUNAHME AN BESCHWERDEN SEITENS DER PATIENTEN REGISTRIEREN MÜSSEN, WEIT ÜBER 20% BETREFFEN DIE SOG. "MEDIZINISCHE NOTWENDIGKEIT EINER BEHANDLUNG".

HIER NUN EINE ZUSAMMENSTELLUNG DER WICHTIGSTEN RECHTSURTEILE ZU DIESEM THEMA. BEI DEN BÖSARTIGEN ERKRANKUNGEN KOMMEN DANN NICH EINIGE URTEILE DAZU, SINNGEMÄSS EINE ERWEITERUNG DER ABRECHNUNGSMÖGLICHKEIT, WENN AUCH NUR EINIGERMASSEN ERFOLG BEI EINER THERAPIE ERWARTET WERDEN KANN...

Aus „der niedergelassene arzt“ 07/2018

GOÄ – Erstattungsablehnung bei „Komplementärmedizin“

Während sie bei Heilpraktikern in der Regel keine Probleme machen, verweigern Versicherungen bei alternativer Medizin häufig die Erstattung mit dem Argument, eine »wissenschaftliche Anerkennung« sei nicht gegeben.

Das kann zu einer Belastung des Arzt-Patientenverhältnisses führen. Nicht nur, wie bei Nichterstattungen ohnehin, sondern darüber hinaus wird noch der Eindruck erweckt, der Arzt habe trotz Aufklärung eventuell doch nicht richtig behandelt.

Versicherungsbedingungen beachten

Zu beachten sind einerseits die Versicherungsbedingungen. Dort: „Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehend'. Andererseits die GOÄ, dort in § 1 Abs. 2: „Vergütungen darf der Arzt nur für Leistungen berechnen, die nach den Regeln der ärztlichen Kunst für eine medizinisch notwendige ärztliche Versorgung erforderlich sind. Leistungen, die über das Maß einer medizinisch notwendigen ärztlichen Versorgung hinausgehen...“ (Verlangensleistung). Somit ist zu klären, ob die Versicherung sich auf eine schulmedizinische Anerkennung berufen darf oder ob sie erstatten muss, was „nach den Regeln der ärztlichen Kunst“ erbracht wurde. Dazu gibt es hilfreiche Urteile, auch vom Bundesgerichtshof (BGH).

Urteile

2003 (AZ IV ZR 278/01) stellte der BGH fest, dass die Notwendigkeit einer Heilbehandlung allein aus medizinischer Sicht zu beurteilen sei. 1996 (AZ IV ZR 133/95), dass von der medizinischen Notwendigkeit im Allgemeinen auszugehen sei, wenn eine Behandlungsmethode angewandt worden ist, die geeignet ist, die Krankheit zu heilen, zu lindern oder ihrer Verschlimmerung entgegenzuwirken.

2006 (AZ IV ZR 131/05): Medizinisch notwendig kann eine Heilbehandlung auch dann sein, wenn ihr Erfolg nicht sicher vorhersehbar ist. Schließlich 2003 (AZ IV ZR 278/01) auch noch, dass „medizinisch notwendige Heilbehandlung“ keine Beschränkung auf die kostengünstigste Behandlung impliziere.

Der BGH 2014 (VI ZR 382/12): „Handlungsanweisungen in Leitlinien dürfen nicht unbesehen mit dem medizinischen Standard gleichgesetzt werden. Dies gilt in besonderem Maße für Leitlinien, die erst nach der zu beurteilenden medizinischen Behandlung veröffentlicht worden sind. Leitlinien ersetzen kein Sachverständigengutachten.“ Schon daraus lässt sich schließen, dass die medizinische Notwendigkeit der Heilbehandlung nicht allein auf „schulmedizinische“ Methoden oder bestimmte »Regeln der ärztlichen Kunst“ begrenzt wäre.

Auf den Punkt brachte es das Landgericht Münster 2008 (15 O 461/07): „Entscheidend muss vielmehr sein, ob aus naturheilkundlicher Sicht die gewählte Behandlungsmethode anerkannt und nach den für die Naturheilkunde geltenden Grundsätzen als medizinisch notwendig anzusehen ist.“

Aus seriöser Literatur begründen

Es muss sich grundsätzlich um Verfahren handeln, die den Nachweis klinischer Wirksamkeit erbringen können. „Außenseitermethoden, die auf spekulativen Denkmodellen beruhen und den wissenschaftlichen Nachweis ihrer

Wirksamkeit nicht erbringen können, sind hiervon abzugrenzen" (OLG Köln 2004, 5 U 211/01). Man muss im Streitfall also die Indikation zu der Behandlung aus seriösen Quellen heraus begründen können. Da die Beweislast gegenüber der Versicherung primär den Patienten trifft, sollte man ihm in solchen Fällen Hilfestellung geben. Dazu reichen eine kurze Anführung der ihn betreffenden Umstände (Diagnosen, ggf. Symptome) und Literaturhinweise, aus welchen die Indikation hervorgeht. Ergänzen kann man das durch zum Beispiel »zur Erstattungspflicht siehe BGH (Aktenzeichen aufzählen). Wenn der Versicherer dann weiter ablehnt, muss er den Beweis für die Anwendung einer ungeeigneten oder übermäßigen Behandlung antreten (BGH 2004, IV ZR 42/03). Meist aber wird schon dann erstattet, wenn die Versicherung sieht, dass der Patient sich »qualifiziert wehrt".

Beihilfe

In den Beihilfeverordnungen jedoch gibt es einen Anhang mit konkret angeführten „nicht erstattungsfähigen" Leistungen. Ist das der Fall, muss der Beihilfeberechtigte das gegen sich gelten lassen.

WICHTIG

Nicht die Versicherung bestimmt die medizinische Indikation. Im Streitfall muss die Indikation zur durchgeführten Behandlung aus seriöser Literatur belegt werden können. Das kann auch solche der sogenannten „Alternativmedizin" sein

Dieser Beitrag gibt Hinweise zur Information und Unterstützung von Patienten. Im konkreten Einzelfall ersetzt er keine Rechtsberatung

Aus „Aktuell Ernährungsmedizin“ 2018, 43

Zur Abrechnung ernährungsmedizinischer Leistungen – Analogziffer 30 GOÄ

Die Abrechnung ernährungsmedizinischer Leistungen erfolgt in der Arztpraxis bekanntlich nicht über den EBM, in dem diese Leistungen gar nicht enthalten sind, sondern über die GOÄ. Diese Gebührenordnung enthält ernährungsmedizinische Leistungen zwar ebenfalls nicht, trotzdem lassen sich viele unserer Tätigkeiten und die unserer Mitarbeiter/-innen damit abbilden. Der BDEM hat für seine Mitglieder schon vor Jahren eine umfassende Liste von abrechenbaren Leistungen per GOÄ erarbeitet, diese kann bei Bedarf von der Geschäftsstelle angefordert werden. Die Abrechnung von delegierten Leistungen an Ernährungsfachkräfte ist in der Regel kein Problem, jedoch machen insbesondere private Krankenversicherer Probleme bei der Abrechnung der Ziffern 30 und 31 als Analogziffer für eine ärztliche Beratung.

Die Analogziffern müssen ordnungsgemäß gekennzeichnet werden. Auch sollten die Patienten vorher darüber aufgeklärt werden, dass die Versicherung möglicherweise nicht erstattet.

Bundesverband Deutscher Ernährungsmediziner e.V.

Geschäftsstelle:

Girardetstr. 8

45131 Essen

Tel.: 0201 / 799 89 311

Fax: 0201 / 726 794 2

GOÄ – Nr. 15 GOÄ honoriert die hausärztliche Koordination

Beim Hausarzt fällt häufig die Leistung nach Nr. 15 GOÄ an, beispielsweise bei Tumorpatienten, Dementen, Schlaganfallpatienten, Patienten mit Paresen, Sprachstörungen und psychischen Erkrankungen.

Nr. 15 GOÄ ist in der Berechenbarkeit nicht auf Hausärzte beschränkt. Die Kurzbezeichnung als „hausärztliche Koordination“ rührt daher, dass sie hausarzttypisch ist und in der amtlichen Begründung zur GOÄ gesagt wurde: „Nr. 15 soll eine adäquate Honorierung der hausärztlichen Koordinierungsfunktionen im Rahmen der ambulanten Behandlung chronisch Kranker sicherstellen...“.

Abrechnungsvoraussetzungen

Um die Ziffer berechnen zu dürfen, müssen selbstverständlich die in ihrer Leistungslegende gestellten Anforderungen erfüllt sein. Nr. 15 GOÄ lautet: „*Einleitung und Koordination flankierender therapeutischer und sozialer Maßnahmen während der kontinuierlichen ambulanten Betreuung eines chronisch Kranken*“.

„Einleitung und Koordination“ beide zu erfüllen, ist zwar selten, aber nicht ausgeschlossen bei einem einzigen Termin möglich. In der Regel erfordert das mehrere, aber nicht zwangsläufig häufige Arzt-Patienten-Kontakte. Meist stellt sich diese Frage aber nicht, denn Nr. 15 GOÄ verlangt auch die „kontinuierliche“ Betreuung eines „chronisch Kranken“. „Kontinuierlich“ fordert, dass sich die Behandlung über einen längeren Zeitraum erstreckt. Wie lange, definiert die GOÄ nicht. Das im GOÄ-Ratgeber im Deutschen Ärzteblatt vom 10.04.2009 angegebene „Kalenderjahr“ hat aber weder in der GOÄ, noch sachlich eine Grundlage. „Einmal im Kalenderjahr“ ist lediglich eine Abrechnungsbestimmung. Wie sollte die Leistung auch anderenfalls berechnet werden, wenn der Patient zum Beispiel verstorben oder weggezogen ist? Hier besteht ein Ermessensspielraum, der zum Beispiel vom Monat des „Behandlungsfalls“ bis zu dem aus EBM-Betreuungspauschalen abgeleiteten Quartal reichen kann.

Weiter verlangt Nr. 15 GOÄ, dass es sich um einen „chronisch Kranken“ handeln muss. Auch das definiert die GOÄ nicht. Hier zählt das medizinische Verständnis von chronischer Erkrankung. Wenn dann das Erfordernis kontinuierlicher Betreuung besteht, ist diese Voraussetzung für Nr. 15 GOÄ erfüllt.

Therapeutische und soziale Maßnahmen

Zu Beachten: Schließlich ist zu beachten, dass Nr. 15 GOÄ die Einleitung und Koordination „therapeutischer und (!) sozialer“ Maßnahmen voraussetzt. Allein therapeutische oder allein soziale Maßnahmen reichen also nicht.

Einleitbare und zu koordinierende therapeutische Maßnahmen sind zum Beispiel

- Ergotherapie,
- Behandlung durch andere Ärzte,
- Krankenhausaufenthalte,
- aber auch schon nur die Überprüfung arztübergreifender Medikation.

Soziale Maßnahmen sind beispielsweise

- Pflege,
- Haushaltshilfe,
- Besuchsdienst,
- andere Sozialeinrichtungen,
- aber auch Hilfe bei Versicherungsangelegenheiten oder sozial wirksamen Angelegenheiten (z. B. Schwerbehindertenausweis),
- psychosozialer Dienst.

Eine Anwesenheit des Patienten bei der Einleitung und Koordination der Maßnahmen ist nicht erforderlich. Auch nicht, dass zu demselben Termin beides (therapeutische und soziale Maßnahmen) betroffen sein müssen.

Zu Beachten: Auf jeden Fall aber setzt Nr. 15 GOÄ eine „Außenwirkung“ der Maßnahmen voraus.

Maßnahmen, die sich nur auf die eigene Praxis beschränken, reichen nicht. Nr. 15 GOÄ darf auch von mehreren Ärzten berechnet werden, wenn diese jeweils den Leistungsinhalt erbringen. So kann, wenn beide sich entsprechend um den Patienten „kümmern“, die Berechenbarkeit sowohl durch den Hausarzt, als auch durch einen Nervenarzt gegeben sein.

Nr. 15 GOÄ ist einmal im Kalenderjahr berechenbar, also zum Beispiel 2016, 2017, 2018. Zu welchem Tag im Kalenderjahr die Berechnung erfolgt, ist unerheblich. Sachlogisch ist aber bei Jahreswechsel ein erneuter Ansatz innerhalb weniger Tage nur selten gegeben.

Wichtig

Auch wenn die Anforderungen der Nr. 15 GOÄ relativ hoch sind, die Leistung wird besonders von Hausärzten häufig erbracht. Für die Berechenbarkeit sind die Leistungsinhalte zu erfüllen

Dabei ist besonders darauf zu achten, dass therapeutische und (!) soziale Maßnahmen eingeleitet und koordiniert werden müssen

Nr. 15 GOÄ kann ggf. auch durch mehrere Ärzte erbracht und berechnet werden

Durch entsprechende Prüfhinweise in der Kartei oder EDV sollte der Ansatz der Nr. 15 GOÄ keinesfalls „vergessen“ werden

Aus „Der Hausarzt“ 12/2018

Anstellung von Ärzten: Wann muss ich Gewerbesteuer zahlen?

Für Hausärzte stellen sich oft rechtliche Fragen. Praxistipps geben Experten des Deutschen Hausärzteverbands im ‚Praktischen Fall‘.

Frage

Hausarzt M. arbeitet bislang in einer Einzelpraxis in einem gesperrten Planungsbereich. Er spielt mit dem Gedanken, seinen Vertragsarztsitz zu teilen und auf der einen Hälfte einen Arzt anzustellen. Doch er hat von einem Kollegen erfahren, dass er hierdurch seinen Status als Freiberufler verliert und daher seinen Praxisgewinn teilweise mit der Gewerbesteuer belegen müsste. Stimmt das und worauf muss M. achten?

Antwort

Grundsätzlich ist ein niedergelassener Arzt Freiberufler und damit auch nicht von der Gewerbesteuer betroffen. Dies kann sich unter Umständen ändern, wenn er in seiner Praxis angestellte Ärzte beschäftigt. Dann verlangt das zuständige Finanzamt nämlich den Nachweis, dass er weiterhin freiberuflich tätig ist. Gelingt ihm dieser Nachweis nicht vollständig, verliert er seinen Status als Freiberufler und der Praxisgewinn ist teilweise oder ganz mit der Gewerbesteuer zu belegen. Doch welche Voraussetzungen müssen vorliegen, damit ein Arzt trotz Beschäftigung eines angestellten Arztes freiberuflich tätig ist?

Nach Paragraph 18 Einkommenssteuergesetz (EStG) ist ein Angehöriger eines freien Berufs grundsätzlich auch freiberuflich tätig, wenn er sich der Mithilfe fachlich vorgebildeter Arbeitskräfte bedient. Dies gilt jedenfalls, wenn er aufgrund seiner eigenen Fachkenntnisse leitend und eigenverantwortlich tätig wird.

Gleiche oder andere Fachrichtung?

Das heißt, auch bei der Unterstützung von angestellten Ärzten ist die unmittelbare, persönliche und individuelle Arbeitsleistung des Praxisinhabers erforderlich. Hierbei kommt es nach der Finanzverwaltung auf die Umstände des Einzelfalls an, wobei man die Praxisstruktur, die Praxisabläufe, die individuelle Arbeitskapazität des Inhabers, das Leistungsspektrum und die Qualifikation des angestellten Arztes berücksichtigt.

Die weitere freiberufliche Tätigkeit bei der Anstellung von Ärzten setzt also grundsätzlich zunächst voraus, dass der Praxisinhaber in ausreichendem Maße über eigene Fachkenntnisse für das gesamte Leistungsspektrum der Praxis verfügt.

Cave: Das bedeutet, dass die Beschäftigung eines angestellten Arztes aus einem anderen Fachgebiet stets zur Gewerblichkeit der Einkünfte führt, da dem Praxisinhaber mangels entsprechender Fachkenntnis die Übernahme der fachlichen Verantwortung und in der Regel auch die Überwachung des angestellten Arztes nicht möglich sind.

Praxischef muss Anlaufstelle bleiben

Wie die Sach- und Rechtslage zu bewerten ist, wenn Praxisinhaber und Angestellter zwar derselben Fachgruppe angehören, allerdings unterschiedliche Schwerpunkte haben, beantworten Finanzverwaltung und Rechtsprechung nicht einheitlich. Daher sollte man im Einzelfall Rücksprache mit der zuständigen Finanzbehörde halten.

Die leitende Tätigkeit des Praxisinhabers erfordert darüber hinaus, dass er die Grundzüge für die Organisation der Praxis und die Durchführung der Tätigkeiten verbindlich festlegt und regelmäßig überwacht. Er muss aufgrund seiner Fachkenntnisse durch regelmäßige und eingehende Kontrollen auf die Behandlung jedes einzelnen Patienten Einfluss nehmen. So muss er an der praktischen Arbeit in ausreichendem Umfang persönlich teilnehmen. Hierin spiegelt sich das Verständnis der Rechtsprechung vom Berufsbild des Arztes wider, das durch den persönlichen, individuellen Dienst am Patienten geprägt ist.

Weiterhin muss er für jede Leistung, die in seiner Praxis erbracht wird, die personale, rechtliche, fachliche und ethische Verantwortung tragen. Der Praxisinhaber muss also Bezugsperson und Anlaufstelle des Patienten bleiben. Im Bewusstsein des Patienten muss eine bestimmte Praxis einem bestimmten Arzt zugeordnet sein.

Cave: Kritisch wird dies, wenn sich der Praxisinhaber ausschließlich auf die Behandlung schwieriger Fälle beschränkt, die "einfachen Fälle" ohne fachliche Überprüfung der Arbeitsergebnisse dem angestellten Arzt überlässt und somit gegenüber dem Patienten nicht mehr in Erscheinung tritt.

Das kann etwa geschehen, wenn die Praxis zu groß wird und sich gewisse Patientengruppen um die angestellten Ärzte herum "verselbstständigen". Hier stellt sich die Frage: Würde bei Fachrichtungen mit hoher Patientenzahl und kurzzeitigen Kontakten zwischen Arzt und Patient nicht der Sinn und Zweck der Möglichkeit der Anstellung von Fachpersonal ausgehebelt, wenn letztlich der Inhaber jeden Patienten selbst untersuchen und den Behandlungsablauf festlegen müsste? Praxen mit hohem Patientenaufkommen sollten sich daher über mögliche gewerbesteuerliche Risiken aufklären lassen.

Keine genaue Grenze für Praxisgröße

Eine genaue Grenze der Gewerblichkeit bezüglich der Größe einer Praxis ist aus steuerlicher Sicht nicht normiert und wird im Einzelfall von Finanzgerichten entschieden. Fraglich ist, ob man die arztrechtlich normierte Grenze mit höchstens drei angestellten Ärzten (Paragraf 14a BMV-Ä) steuerrechtlich übertragen kann. Es kommt hierbei auch auf die Fachrichtung und die Praxis an. Unabhängig vom Umfang der Praxis und der Mitarbeiterzahl muss in jedem Fall der Inhaber den Angestellten im täglichen Arbeitsablauf beaufsichtigen können.

Cave: Arbeitet der Angestellte allein in einer räumlich getrennten Filiale (Zweigpraxis) ohne Aufsicht eines anderen Arztes, kann dieser unter Umständen nicht überwacht werden. Hierdurch kann die gesamte Praxis gewerblich werden.

Auch bei einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft (ÜBAG) liegen nur dann freiberufliche Einkünfte vor, wenn alle Gesellschafter die Kriterien der Freiberuflichkeit erfüllen und ausschließlich freiberufliche Tätigkeiten

ausgeführt werden. Für ÜBAG gelten also die gleichen Grundsätze der Freiberuflichkeit wie bei der Anstellung von Ärzten.

PRAXISTIPP

Bereits vor der Einstellung eines angestellten Arztes sollte geprüft werden, ob die vorhandenen Praxisgegebenheiten es ermöglichen, mit einem angestellten Arzt weiterhin freiberuflich tätig zu sein. Insoweit ist eine anwaltliche und steuerliche Beratung unerlässlich. Insbesondere bei der Gestaltung des Anstellungsvertrags sind die aufgeführten Kriterien besonders zu beachten.

(J. Schütz)

Aus „zifferdrei“ Das Magazin der PVS Ausgabe 12

Abrechnung Der Deutsche Ärztetag hat sich für eine Liberalisierung der Fernbehandlung ausgesprochen. Doch wie rechnet man die eigentlich korrekt ab?

Text: **Peter Gabriel**

Videosprechstunde

Eigentlich ist das nichts Neues, dass Ärzte per Telefon oder Videokonferenz Patienten beraten. Das Berufsrecht sah dazu bisher vor, dass vor oder nach einer solchen Fernbehandlung ein persönlicher Kontakt zwischen Arzt und Patient stattfinden musste, wenn die Leistungen abrechenbar sein sollten.

Diese Einschränkung hat die Landesärztekammer Baden-Württemberg aufgehoben, Schleswig-Holstein ist diesem Beispiel gefolgt. Der Deutsche Ärztetag hat jüngst die berufsrechtlichen Regelungen so geändert, dass Fernbehandlungen bald wesentlich leichter möglich werden. Die übrigen Landesärztekammern müssen allerdings noch entsprechende Änderungen in den jeweiligen Berufsordnungen vornehmen.

In einem Pilotprojekt in Baden-Württemberg können Ärzte Behandlungen von Privatpatienten abwickeln, ohne mit ihnen je in einem Raum gewesen zu sein. Allerdings kann eine solche Behandlung den persönlichen Kontakt nicht komplett ersetzen.

Unabhängig von dem Pilotprojekt in Baden-Württemberg kann eine Videosprechstunde und ihre Abrechnung als Privatleistung erfolgen, so lange die Behandlung des konkreten Patienten nicht aus-



schließlich auf diese Weise geschieht. Die Fernbehandlung ist auch nicht auf bestimmte Indikationen begrenzt.

In diesem Zusammenhang kommen folgende Beratungsziffern insbesondere in Betracht:

- Ziffer 1: Beratung, auch telefonisch
- Ziffer 3: eingehende Beratung
- Ziffer 4: Erhebung Fremdanamnese

Spezielle, auf die Videosprechstunde abgehobene Gebührensätze gibt es in der GOÄ nicht. Es gibt also keine Besonderheit in der Abrechnung, die einen Analogabgriff spezieller Ziffern rechtfertigen würde. Die GOÄ fordert für diese Beratungsziffern keine persönliche gleichzeitige Anwesenheit von Arzt und Patient, vielmehr ist die Beratung per Telefon und Internet durchaus möglich. Das kommt in der Leistungslegende der Ziffer 1 – Beratung, auch telefonisch – bereits zum Ausdruck. Die Unterrichtung der Bezugsperson nach Ziffer 4 kann ebenfalls telefonisch oder per Video stattfinden. Das kann vor allem vor und nach einer Behandlung des Patienten zur erfolgreichen Therapie beitragen.

Als Untersuchungsziffer kommt die symptombezogene Untersuchung nach Gebührenziffer 5 in Betracht, denn eine körperliche Anwesenheit des Patienten ist – je nach Krankheitsfall – nicht unbedingt erforderlich. Wenn es aus medizinischer Sicht vertretbar ist, die Ziele der symptombezogenen Untersuchung auch durch eine Videosprechstunde ohne die persönliche Anwesenheit des Patienten zu erreichen, kann die Ziffer 5 auch abgerechnet werden. Als Beispiel könnte man die Kontrolle einer Bindehautentzündung oder eines Insektenstiches anführen.

Ob auch eine Gruppenberatung im Rahmen der Behandlung chronischer Krankheiten nach Ziffer 20 abrechenbar ist, hängt von den technischen Gegebenheiten ab. Das würde bedingen, dass nicht nur der Arzt simultan zu allen teilnehmenden Patienten einen Videokontakt herstellen kann, sondern dass auch die Teilnehmer untereinander per Video zusammengeschaltet sind.

Die Zuschläge zu den Beratungen und Untersuchungen können, sofern die Voraussetzungen und speziellen Abrechnungsbestimmungen erfüllt sind, ebenfalls abgerechnet werden.

- Zuschlag A: außerhalb der Sprechstunde

- Zuschlag B: in der Zeit zwischen 20 und 22 Uhr oder 6 und 8 Uhr außerhalb der Sprechstunde
- Zuschlag C: in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr
- Zuschlag D: an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen
- Zuschlag K1: Untersuchung nach Ziffer 5 bei Kindern bis zum vollendeten 4. Lebensjahr

Insoweit ist die Abrechnungsfähigkeit der Ziffer 20 sicher nur in Ausnahmefällen bzw. bei sehr spezialisierten Ärzten möglich, die sich auf die oben genannten technischen Gegebenheiten eingerichtet haben.

Sofern der Arzt Leistungen bei GKV-Patienten per Videosprechstunde erbringt, die im EBM nicht ausdrücklich erwähnt sind, also dort als Leistungsinhalt genannt sind, kann er diese als Selbstzahlerleistungen abrechnen, sofern der Patient über die zu erwartenden Kosten und die Pflicht zur Übernahme dieses Selbstbehaltes ausreichend aufgeklärt wurde und dem vorher schriftlich zugestimmt hat. Mustervereinbarungen für Selbstzahlerleistungen können bei der PVS abgerufen werden.

Peter Gabriel

PVS Privatärztliche Verrechnungsstelle Südwest GmbH

C8,9

68159 Mannheim

Aus „zifferdrei“ Das Magazin der PVS Ausgabe 12



SCHÄFERS

Kolumne

Endlich seien die Ärzte aufgewacht. So kommentiert die Süddeutsche Zeitung die Entscheidung des Deutschen Ärztetages, das Fernbehandlungsverbot zu lockern. Die Ärzte hätten die Augen davor verschlossen, dass immer mehr Patienten ihre Beschwerden bei Google eintippten und auch abends Rat suchten, wenn ihr Hausarzt nicht mehr erreichbar sei. Bundesgesundheitsminister Spahn schlug letztlich in dieselbe Kerbe, als er an die Ärzte ap-

pellierte: „Ich möchte am Ende nicht, dass Apple Health dafür sorgt, dass ein Bedürfnis der Patienten beantwortet wird.“

Wir Ärzte sind keine verschlafenen, weltfremden Technikfeinde.

Das kann man so nicht stehen lassen. Wir Ärzte sind keine verschlafenen, weltfremden Technikfeinde. Wir erkennen die Potentiale der Digitalisierung und sehen, dass sich die Erwartungen der Patienten ändern. Wir setzen uns dafür ein, die Möglichkeiten digitaler Lösungen auszuschöpfen, sofern sie helfen, die Qualität der Behandlung zu sichern. Aber wir warnen zu Recht vor der Gefahr, einer telemedizinischen Primärversorgung den Weg zu ebnet und vor kommerziellen Call-Center-Angeboten. Denn wir wissen um die Grenzen der Fernbehandlung. Es fehlt der Gesamteindruck des Patienten, der für eine gute Diagnostik unabdingbar ist. Und die Medizin selbst bleibt eine Erfahrungswissenschaft. Telemedizin ist zunächst erst einmal ein weiterer Kommunikationskanal, dessen Nutzungsmöglichkeiten sich im Laufe der Zeit herauskristalisieren werden. Das Grundproblem aber bleibt. Denn auch die Telemedizin kann aus einer Arztstunde nicht mehrere machen. Prof. Montgomery hat mit Fug und Recht von der Arztstunde als einem knapp gewordenen Gut gesprochen. Und um genau dieses Gut geht es. Um die Arztstunde für eine gute medizinische Versorgung, überall in unserem Land. Nicht um eine Arztstunde für internetgetriebene Serviceansprüche von Patienten.

Aus „*meditaxa*“ 85/Mai 2018

Die EDV des Arztes als Prüfungsschwerpunkt



Durch die Einführung des Datenzugriffs der Finanzverwaltung auf die Buchführungssysteme wurde unter anderem auch der Datenzugriff auf die vorgelagerten Systeme zulässig (§ 147 Abs. 6 AO). Damit hat die Außenprüfung einen zusätzlichen Schwerpunkt erhalten.

Der Beitrag beschreibt das Vorgehen des Prüfers und geht vor allem auf die Kollision mit der Verschwiegenheitspflicht des zu prüfenden Heilberufers ein.

1. Die Vorbereitungen des Prüfers

Der Prüfer wird sich vor Beginn der Außenprüfung über das eingesetzte Abrechnungssystem informieren. Dazu wird häufig mit der Prüfungsanordnung zusammen ein EDV-Fragebogen übersendet, auf dem der Steuerpflichtige bzw. dessen steuerlicher Berater sowohl Angaben zu dem eingesetzten Buchhaltungssystem (oder die Software, mittels derer die Einnahmen-Überschussrechnung erstellt worden ist) als auch zu den vorgelagerten Systemen (etwa dem Abrechnungsprogramm) machen soll.

Zum Teil werden die Programme durch die Softwarehersteller bereits im Internet kurz beschrieben und die wesentlichen Funktionalitäten erklärt. Diese Informationen werden durch die Prüfer der Finanzverwaltung gesammelt und in eine „Hilfedatenbank“ eingestellt. Weitere Handbücher, die z. B. während der Außenprüfung an den Prüfer übergeben werden, finden ebenfalls Eingang in die Datenbank. So kann sich der Prüfer schon vorab mit dem Abrechnungsprogramm vertraut machen und kennt im besten Fall die für ihn interessanten Auswertungsmöglichkeiten.

2. Verprobung der Vollständigkeit

Gestützt auf den § 147 Abs. 6 AO greifen die Prüfer sowohl direkt auf das Abrechnungssystem der Heilberufler (sog. Z1-Zugriff oder ggf. Z2-Zugriff) als auch indirekt per Datenträgerüberlassung (Z3-Zugriff) auf die Abrechnungsdaten zu. Standardmäßig wird dabei ein Rechnungsausgangsbuch aus dem System angefordert, das dann z. B. mittels der Revisionssoftware IDEA durch den Prüfer auf Unregelmäßigkeiten hin überprüft wird. Als mögliche Verprobungen kommen hier sowohl die Vollständigkeit und (fortlaufende) Rechnungsnummerierung als auch die Analyse über einen einfachen Zeitreihenvergleich oder, je nach vorliegenden Daten, über bestimmte Kennziffern infrage.

Beispiel: Datenzugriff

- Prüfer greift z.B. im Rahmen der Praxisbesichtigung direkt auf das Abrechnungssystem zu (Z1- oder Z2-Zugriff).
- Durchsicht der Menüpunkte
- Rechnungsausgangsbuch
- Fortlaufende Rechnungsnummerierung?
- Auflisten von Stornobuchungen
- Briefköpfe (Augenmerk auf unterschiedliche Kontonummern)
- Röntgenkontrollbuch
- Goldbuch
- Leistungsstatistiken
- Terminkalender

Als sehr informativ haben sich in einer Prüfung auch die statistischen Auswertungsmöglichkeiten in den eingesetzten Programmen gezeigt, die ohnehin der Verschwiegenheitspflicht der Ärzte ausreichend Rechnung tragen.

Beispiel: Statistiken aus einem Abrechnungsprogramm

Es können durch den Anwender differenzierte praxisbezogene Statistiken generiert werden – u. a. auch zum Leistungsverhalten zwischen mehreren Ärzten. Im Einzelnen:

- Patientenstatistik zur Ermittlung von Patienten mit nahezu beliebigen Eigenschaften durch Definition eines Regelbaums
- Fallstatistik zur Ermittlung von Abrechnungsfällen mit unterschiedlichsten Ausgabelisten (Patientenliste, Gebührenliste, Zeitstatistik, Überweisungsstatistik, Honorarverteilung, Arztfallverteilung, ...)
- Verordnungsstatistik zur Kontrolle der Verschreibung von Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln (RGV)
- Tagesstatistik zur Kontrolle und Korrektur der Dokumentation in einem beliebigen Zeitraum
- RLV-Honorarstatistik zur Honorarermittlung und Kontrolle der Budgetauslastung
- Laborbudgetstatistik
- Röntgen- und Nuklearbuchstatistik
- Export vieler Statistiken in CSV-Format zur externen Weiterverarbeitung
- Speicherung von einmal erstellten Abfragen als Vorlagen mit individuellen Rechten
- Erstellung von Serienbriefen aus Patientenstatistik

Grundsätzlich gilt die Vorschrift des § 14 UStG auch für die Angehörigen der Gesundheitsberufe. Hier heißt es im § 14 Abs. 4 UStG, dass die Rechnung „eine fortlaufende Nummer mit einer oder mehreren Zahlenreihen, die zur Identifizierung der Rechnung vom Rechnungsaussteller einmalig vergeben wird (Rechnungsnummer)“ haben muss. Das bedeutet nicht, dass eine Nummerierung z. B. von 1 bis 9999 als Rechnungsnummerierung gegeben sein muss. Erstellt aber das Abrechnungsprogramm des Arztes eine solche oder ähnliche Nummerierung, dann

erfüllen die Aufzeichnungen nur dann das Gebot der Vollständigkeit, wenn die Rechnungen bezüglich ihrer Nummerierung keine Lücken (oder nur erklärbare Lücken) aufweisen.

Hinzuschätzung bei Lücken in den Rechnungsnummern

Mit Beschluss des BFH (7.2.17, X B 79/16) wurde u. a. erneut die Rechtmäßigkeit von Hinzuschätzungen wegen fehlender Rechnungsnummern bestätigt. Im entschiedenen Fall waren in den jeweiligen Prüfungsjahren zwischen fünf und zehn Rechnungsnummern nicht in den Aufzeichnungen bei dem Einnahmen-Überschussrechner enthalten. Dazu kam die Feststellung, dass nachweislich drei Bareinnahmen nicht in den Betriebseinnahmen enthalten war. Es kam zu einer Hinzuschätzung in Höhe von 2,5 % der Nettoerlöse; die Hinzuschätzung entsprach in etwa den durchschnittlichen Rechnungsbeträgen pro fehlender Rechnungsnummer. Unter Tz. 14 führt der BFH aus, ob Lücken in der Rechnungsnummernabfolge zur Schätzung verpflichten, hänge von der tatsächlichen Situation und damit vom jeweiligen Einzelfall ab. Die Beweislast bleibe beim Steuerpflichtigen, ob er für die fehlenden Rechnungsnummern einen plausiblen Nachweis führen kann (Stornorechnungen aufheben, „Preisnachlässe“ dokumentieren).

Bei fehlenden Rechnungsnummern wird durch die Heilberufler häufig ins Feld geführt, dass die Rechnungen storniert werden mussten, weil sie einen Fehler beinhalteten oder aber, dass die Patienten mit den abgerechneten Leistungen nicht einverstanden waren und deshalb ein Einzug der Forderung unterblieben ist. Um diese Aussagen bekräftigen zu können, ist es Aufgabe des jeweiligen Heilberuflers, diese Vorgänge zu dokumentieren (etwa bei stornierten Rechnungen wegen eines inhaltlichen Fehlers die Erstrechnung mit der neu erstellten Rechnung zusammen abzulegen) oder bei Erlass einer Rechnung dies ggf. durch den Patienten abzeichnen zu lassen. Bei manchem Abrechnungsprogramm ist es dem Bediener möglich, eine Kontenbereinigung durchzuführen. Hierbei werden nach den Ausführungen im Programm „die Patientenkonten von überflüssigen bzw. erledigten Buchungen befreit“. Konkret kann das für alle Patienten oder nur für ausgewählte Patienten oder Zeiträume erfolgen. Die Löschung der Datensätze erfolgt aus dem Bediener-Menü heraus. Die Löschung bewirkt aber keinesfalls das endgültige Löschen der Daten, denn die gelöschten Buchungen können wieder sichtbar gemacht werden. Diese Funktion dürfte für die Prüfer der Finanzverwaltung bei der Überprüfung der Vollständigkeit der erklärten Betriebseinnahmen in einem ganz besonderen Fokus stehen.

Auf den Betriebsprüfer vorbereitet sein

- Zur Einhaltung der beruflichen Verschwiegenheitspflicht rechtzeitig Vorsorge treffen, dass z. B. ein Rechnungsanspruch in anonymer Form ausgegeben werden kann (siehe AEAO zu § 146 AO Nr. 5 zur Datenorganisation beim Steuerpflichtigen).
 - Dokumentation von gelöschten oder stornierten Rechnungen
 - „Preisnachlässe“ ggf. vom Patienten gegenzeichnen lassen
-

3. Datenzugriff versus Berufsgeheimnis

Über § 102 Abs. 1 Nr. 3c AO hat der Arzt ein Auskunftsverweigerungsrecht über das, was ihm in dieser Eigenschaft anvertraut worden oder bekannt geworden ist. Ergänzt wird diese Vorschrift durch das Vorlageverweigerungsrecht des § 104 Abs. 1 AO. Soweit die Auskunft verweigert werden darf, kann auch die Erstattung eines Gutachtens und die Vorlage von Urkunden oder Wertsachen verweigert werden. Der Verstoß gegen das Berufsgeheimnis ist strafbar nach den §§ 203, 204 StGB und wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe, bei unbefugter Verwertung des fremden Geheimnisses mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder Geldstrafe geahndet. Die Strafverfolgung erfolgt allerdings nur auf Strafantrag (§ 205 StGB).

3.1 Vorlage der Patientenakte

Dieses Auskunftsverweigerungsrecht wird durch den § 102 Abs. 3 AO durchbrochen: Die in Abs. 1 Nr. 3 genannten Personen dürfen die Auskunft nicht verweigern, wenn sie von der Verpflichtung zur Verschwiegenheit entbunden sind. Die Entbindung von der Verpflichtung zur Verschwiegenheit gilt auch für die Hilfspersonen.

HINWEIS

Es ist in der Praxis schon vorgekommen, dass die Patienten die Einverständniserklärung zur Offenbarung per Unterschrifterklärt haben (etwa im Fall einer Prüfung durch die Finanzbehörde oder der Sozialversicherungsträger etc.), die vergleichbar ist mit der Einverständniserklärung, die von Privatpatienten unterschrieben wird, wenn der behandelnde Arzt mit einer privaten Abrechnungsstelle arbeitet.

Die vertraulichen Patientendaten dürfen auch nicht der Finanzbehörde gegenüber offenbart werden mit der Begründung, dass auch die Prüfer der Finanzverwaltung dem Steuergeheimnis nach § 30 AO unterliegen – das eine Berufsgeheimnis wird nicht durch das andere gedeckt! Somit stehen die Mitwirkungspflichten, die den Arzt auch im Rahmen der Außenprüfungen obliegen, im Spannungsverhältnis zu den berufsrechtlichen und strafbewährten Verschwiegenheitspflichten.

Die Weigerung eines Arztes, die Patientenakte vorzulegen, ist zwar legitim. Der BFH (28.10.09, VIII R 78/05) meint hierzu: „Für ein Vorlageverlangen bedeutet dies, dass trotz der dem Grunde nach bestehenden Vorlagepflicht die zur Berufsverschwiegenheit verpflichtete Person der Finanzbehörde grundsätzlich die Einsicht in alle Daten verweigern darf, auf die sich ihr Auskunftsverweigerungsrecht nach § 102 AO erstreckt und die mandantenbezogenen Informationen zurückhalten darf.“

Ist aber dem Finanzamt die Prüfung steuermindernder Tatsachen verwehrt, weil der Berufsgeheimnisträger die Einsicht in seine Unterlagen unter Hinweis auf seine Verschwiegenheitspflicht verweigert, so geht dies zulasten des Berufsträgers (BFH 14.5.02, IX R 31/00, zur Vorlage eines Fahrtenbuchs). Verweigert z. B. ein Arzt jedwede Auskunft über Diagnosen und Behandlungsmethoden, kann nach den Grundsätzen der objektiven Feststellungslast die Umsatzsteuerbefreiung nicht gewährt werden, soweit Anhaltspunkte für steuerpflichtige Leistungen an Patienten gegeben sind (BFH 18.2.08, V B 35/06).

HINWEIS

Grundsätzlich gilt also: Es liegt ausschließlich in der Entscheidungssphäre des Berufsträgers, welches Datenverarbeitungssystem er einsetzt und welche steuerlich relevanten Unterlagen er damit erstellt bzw. darin verarbeitet. Bei der Auswahl des Datenverarbeitungssystems sollte deswegen u. a. die Einhaltung der Verschwiegenheitspflichten z. B. mittels einer Prüferrolle oder eines Anonymisierungsverfahrens beachtet werden.

3.2 Datenorganisation und Verschwiegenheitspflicht

Es ist Aufgabe des zur Verschwiegenheit gegenüber Patienten verpflichteten Steuerpflichtigen, seine Datenverarbeitung so zu organisieren, dass einerseits die öffentlich-rechtlichen Verpflichtungen gegenüber dem FA erfüllt werden können und andererseits die Verschwiegenheitspflichten gegenüber den Patienten gewahrt sind. Fehlt die zur Erfüllung dieser Pflichten erforderliche Trennung der Daten, hindert das die Finanzbehörde nicht, den Zugriff auf die Daten im vorliegenden Bestand zu verlangen (FG Baden-Württemberg 16.11.11, 4 k 4819/08, übernommen in AEAO zu § 146 Tz. 5). Nichts anderes ergibt sich aus dem Schreiben des BMF (14.11.14, IV A 4 – S 0316/13/10003; Grundsätze zur ordnungsmäßigen Führung und Aufbewahrung von Büchern, Aufzeichnungen und Unterlagen in elektronischer Form sowie zum Datenzugriff [GoBD]). Dort heißt es unter Tz. 172: „Enthalten elektronisch gespeicherte Datenbestände z. B. nicht aufzeichnungs- und aufbewahrungspflichtige, personenbezogene oder dem Berufsgeheimnis (§ 102 AO) unterliegende Daten, so obliegt es dem Steuerpflichtigen oder dem von ihm beauftragten Dritten, die Datenbestände so zu organisieren, dass der Prüfer nur auf die aufzeichnungs- und aufbewahrungspflichtigen Daten des Steuerpflichtigen zugreifen kann. Dies kann z. B. durch geeignete Zugriffsbeschränkungen oder „digitales Schwärzen“ der zu schützenden Informationen erfolgen. Für versehentlich überlassene Daten besteht kein Verwertungsverbot.“

3.3 Fertigung von Kontrollmaterial

Für das Fertigen von Kontrollmaterialien nach § 194 Abs. 3 AO gilt: Wird beabsichtigt, in der Außenprüfung eines Berufsheimnisträgers Kontrollmitteilungen zu fertigen, ist der Steuerpflichtige hierüber rechtzeitig vorher zu informieren, um ihm die Möglichkeit eines gerichtlichen Rechtsschutzes zu eröffnen (BFH 8.4.08, VIII R 61/06).

3.4 Mobilitätsverbot von überlassenen Daten?

Im Rahmen einer Außenprüfung kann die Finanzverwaltung die Herausgabe digitalisierter Steuerdaten zur Speicherung und Auswertung auf mobilen Rechnern der Prüfer nur verlangen, wenn Datenzugriff und Auswertung in den Geschäftsräumen des Steuerpflichtigen oder in den Diensträumen der Finanzverwaltung stattfinden. Eine Speicherung von Daten über den tatsächlichen Abschluss der Prüfung hinaus ist durch § 147 Abs. 6 Satz 2 AO nur gedeckt, soweit und solange die Daten noch für Zwecke des Besteuerungsverfahrens (z. B. bis zum Abschluss etwaiger Rechtsbehelfsverfahren) benötigt werden (BFH 14.12.14, VIII R 52/12, PFB Nachricht vom 20.8.15). Gerade der Speicherung der Daten des Steuerpflichtigen über die Beendigung der Außenprüfung hinaus ist der BFH deutlich entgegengetreten und sieht die Grenzen des § 147 Abs. 6 AO überschritten. Um dies auch zu dokumentieren, fordert der BFH, folgenden Satz in der Prüfungsanordnung zu ergänzen: „Die Herausgabe erfolgt nur zur Speicherung und Auswertung auf dem Rechner des Prüfers während der Prüfung in Ihren Geschäftsräumen oder zur Mitnahme durch den Prüfer für die Speicherung und Auswertung der Daten auf einem Rechner in den Diensträumen des Beklagten.“ Die Daten des Steuerpflichtigen sollen also nur in den Geschäftsräumen des Steuerpflichtigen oder an Amtsstelle erhoben und verarbeitet werden. Dies entspricht den in § 200 Abs. 2 AO i. V. mit § 6 BpO vorgesehenen Orten der Außenprüfung. Die Speicherung der Daten darf nur solange erfolgen, als sie für das Besteuerungsverfahren (z. B. bis zum Abschluss des Rechtsbehelfsverfahrens) notwendig ist.

Daten auf Prüfernotebooks

- Im Rahmen einer Außenprüfung kann die Finanzverwaltung die Herausgabe digitalisierter Steuerdaten zur Speicherung und Auswertung auf mobilen Rechnern der Prüfer nur verlangen, wenn Datenzugriff und Auswertung in den Geschäftsräumen des Steuerpflichtigen oder in den Diensträumen der Finanzverwaltung stattfinden (BFH 16.12.14, VIII R 52/12).
- Bisher keine Veröffentlichung des Urteils: BFH 16.12.14, VIII R 52/12.
- Finanzbehörden lesen hieraus vor allem nur die Löschung der Daten nach Beendigung einer Außenprüfung und die Rückgabe der Datenträger
- Prüfernotebooks sind nach derzeitigen Stand der Technik geschützt
- Kein generelles Mobilitätsverbot!

Die Daten dürfen auch an den mobilen Arbeitsplätzen der Prüfer (Telearbeitsplatz) verarbeitet werden, da diese Räume insoweit als Diensträume der Finanzverwaltung angesehen werden. Auch das „Mitnehmen“ der Daten auf den mobilen Rechnern zu anderen Steuerpflichtigen ist zulässig, sofern eine getrennte Bearbeitung der Fälle und entsprechende Zugriffssicherungen auf den Rechnern vorgesehen sind.

3.5 Datenzugriff nur auf steuerlich relevante Daten und erwartbare Daten

Der BFH (24.6.09, VIII R 80/06) hatte anlässlich einer Außenprüfung bei einer Rechtsanwaltssozietät auch entschieden, dass ein digitaler Zugriff auf die Daten auch bei einem Berufsheimnisträger zulässig ist. Allerdings wird in diesem Urteil auch ausgeführt, dass dem Datenzugriffsrecht der Finanzverwaltung nur solche Daten unterliegen, die durch eine Aufzeichnungspflicht begründet werden, denn die Befugnisse aus § 147 Abs. 6 AO stehen der Finanzbehörde nur in Bezug auf Unterlagen zu, die der Steuerpflichtige nach § 147 Abs. 1 AO aufzubewahren hat. Es muss demnach eine gesetzliche Aufzeichnungspflicht vorliegen, die dann auch die Aufbewahrungspflicht zur Folge hat. Werden diese Verpflichtungen durch den Steuerpflichtigen sowohl in Papierform als auch in digita-

ler Form erfüllt, so müssen beide Formen auch für den Prüfer vorgehalten werden.

Aufzeichnungspflichten

- § 140 AO: Wer Aufzeichnungspflichten nach anderen Gesetzen (z. B. HGB) zu erfüllen hat, hat diese auch für die Aufzeichnungspflichten Besteuerung zu erfüllen!
- § 140 AO: transformiert also alle anderen Vorschriften ins Steuerrecht!
- § 145 AO: Geschäftsvorfälle müssen sich in ihrer Entstehung und Abwicklung verfolgen lassen.
- § 146 AO: vollständig, richtig, zeitgerecht und geordnet; Kasseneinnahmen und Kassenausgaben müssen täglich festgehalten werden; Unveränderbarkeit
- § 147 AO: geordnete Aufbewahrung von Unterlagen und Vorlegen von Datenträgern

Die allgemeinen Ordnungsvorschriften in den §§ 145 ff. AO gelten nicht nur für Buchführungs- und Aufzeichnungspflichten nach § 140 AO und nach den §§ 141 ff. AO. Insbesondere § 145 Abs. 2 AO betrifft jegliche zu Besteuerungszwecken gesetzlich geforderten Aufzeichnungen, also auch solche, zu denen der Steuerpflichtige aufgrund anderer Steuergesetze verpflichtet ist, wie z. B. nach § 4 Abs. 3 S. 5, Abs. 7 EStG und nach § 22 UStG. In dem Urteil heißt es weiter: „Der Aufbewahrungspflicht nach § 147 Abs. 1 AO und dem Datenzugriff nach § 147 Abs. 6 AO unterliegen danach – ungeachtet der Aufzählung in § 147 Abs. 1 Nr. 1 bis Nr. 5 AO – grundsätzlich alle Unterlagen und Daten, die zum Verständnis und zur Überprüfung der gesetzlich vorgeschriebenen Aufzeichnungen von Bedeutung sind.“ In dem entschiedenen Fall wurde durch die Finanzverwaltung u. a. die Vorlage von Sachkonten gefordert, die allerdings nicht durch den Steuerpflichtigen vorgelegt wurden, da er keine Bestandskonten als Einnahmen-Überschussrechner zu führen hatte und auch nicht geführt hat.

3.6 Aufzeichnungspflichten bei Einnahmen-Überschussrechnern

Zahlreiche Anforderungen der GoBD gelten auch für Einnahmen-Überschussrechner. So sind auch nicht buchführungspflichtige Steuerpflichtige verpflichtet, ihre Betriebseinnahmen nach § 22 UStG i. V. mit §§ 63 bis 68 UStDV einzeln aufzuzeichnen. Zwar sind umsatzsteuerliche Aufzeichnungen keine Aufzeichnung nach anderen Gesetzen als den Steuergesetzen i. S. des § 140 AO. Die Aufzeichnungspflicht aus einem Steuergesetz wirkt aber, sofern dieses Gesetz keine Beschränkungen auf einen Geltungsbereich enthält, unmittelbar auch für andere Gesetze, also auch für die Einkommensteuer (BFH 2.3.82, VIII R 225/80). Was aufgezeichnet wird, muss auch aufbewahrt werden.

Nicht vorlegt werden muss ein Kassenbuch, da zur Führung eines Kassenbuchs keine Verpflichtung besteht (BFH 16.2.06, X B 57/05). Das FG Hamburg (1.8.16, 2 V 115/16) hat aber entschieden, dass bei bargeldintensiven Bereichen „Aufzeichnungen ähnlich einem Kassenbuch oder einem Kassenbericht zu führen sind“. Unstimmigkeiten zwischen Steuerpflichtigen und Finanzverwaltung scheinen vorprogrammiert.

Kassenführung bei Ärzten

BFH (16.2.06, X B 57/05)

- Grundsätzlich keine gesetzliche Pflicht zur Führung eines Kassenbuchs
- Aufzeichnungen sollen den Besteuerungszweck erfüllen
- Aufbewahrung von Belegen notwendige Voraussetzung für die Überprüfbarkeit der Vollständigkeit und Richtigkeit

ABER

- Aufzeichnungspflicht nach § 22 UStG i. V. mit § 63 – § 68 UStDV
 - Kasseneinnahmen und -ausgaben sind nachvollziehbar aufzuzeichnen.
 - Aufzeichnungen müssen über die bloße Belegsammlung hinausgehen.
-

Weiterhin besteht bezüglich der Einnahmen eine Einzelaufzeichnungspflicht, da die Ausnahmen, die durch höchstrichterliche Rechtsprechung geschaffen wurden, hier nicht greifen. Die Ausnahme wäre in den Fällen gegeben, in denen eine Vielzahl an geringwertigen Waren an eine große Anzahl unbekannter Kunden abgegeben wird – also das Handelsgewerbe betrifft. Gerade bei Ärzten handelt es sich aber um Dienstleister und die Leistungsempfänger sind auch nicht unbekannt.

Welche Aufzeichnungen sind beim Arzt zu führen?

- Gewinnermittlung erfolgt nach § 4 Abs. 3 EStG
- Addition der Einnahmen und der Ausgaben erforderlich mit den dazugehörigen Belegen
- Aufzeichnungen der Entgelte nach § 22 UStG
- Keine Pflicht zur Führung eines Kassenbuchs, aber tägliche Aufzeichnungen der BE und BA
- Einzelaufzeichnungspflicht
- Unterlagen, die digital erstellt wurden, müssen auch digital zur Auswertung vorgelegt werden.
- Aufbewahrungsvorschrift ist akzessorisch zur Aufzeichnungspflicht.
- Freiwillig geführte Unterlagen, die aufbewahrt worden sind, müssen vorgelegt werden.

Quelle: PFB Praxis Freiberufler-Beratung Februar 2018, Seite 43 ff .

Aus „der niedergelassene arzt“ 6/2018

Fragen an die Expertin

Justiziarin Andrea Schannath gibt Antwort

Diebstahl von Rezepten

Frau Dr. U. aus Herne

In meiner Praxis sind Rezepte, die ich sorgfältig aufbewahre, gestohlen worden. Es betrifft auch die im Schrank unter Verschluss gehaltenen BtM-Rezepte. Ich habe keinen Verdacht, wer der Dieb ist. Was muss ich jetzt unternehmen und kann ich selbst Probleme bekommen?"

Frau Schannath:

„Sie sollten zuerst beim zuständigen Polizeiamt Anzeige gegen Unbekannt erstatten. Das sollten Sie auch tun, wenn Ihnen der Arztstempel gestohlen wird. Dann sollten Sie Ihre Haftpflichtversicherung, die Kassenärztliche Vereinigung und die Apotheken in Ihrem Umfeld über den Diebstahl informieren. Hinsichtlich der BtM-Rezepte müssen Sie auch die Bundesopiumstelle in Kenntnis setzen. Diese ist unter dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (Bundesopiumstelle, Kurt-Georg-Kiesinger Allee 3 in 53175 Bonn, Tel.: 0228-99307-4321, Fax: 0228-207-5985 oder E-Mail: btm-rezept@bfarm.de) zu erreichen. Die Meldung sollte schriftlich unter Angabe Ihrer BtM-Nummer und der Rezeptnummern geschehen. Wenn Sie die Rezepte, wie in § 37 Bundesmantelvertrag vorge-schrieben ist, sorgfältig in der Praxis aufbewahrt haben, drohen Ihnen keine Disziplinarmaßnahmen, Schadenser-satzansprüche oder Regresszahlungen.“

Private Versicherungen

Jürgen Herbers

In der sozialmedizinischen Reihe haben wir uns bisher mit der Sozialgesetzgebung beschäftigt. Hier herrschen Gesetze, die durch Richtlinien und Begutachtungsanleitungen konkretisiert und durch Widerspruchs- und Gerichtsverfahren eingefordert werden können. Nun soll es um Regelungen der privaten Versicherungswirtschaft gehen, die zwar auch Gesetzen wie dem Bürgerlichen Gesetzbuch, Versicherungsvertragsgesetz und Versicherungsaufsichtsgesetz unterliegen, aber von Versicherung zu Versicherung und von Tarif zu Tarif erheblich variieren können. Daher kommt es hier ganz wesentlich auf die vertraglichen Bestimmungen, also das „Kleingedruckte“ an. Einige allgemeingültige Prinzipien sollen hier aber dargestellt werden.

Private Krankenversicherung (PKV)

Die Leistungen der PKV sind nicht an das Wirtschaftlichkeitsgebot des SGB V gebunden. Daher werden auch Leistungen bezahlt, die nicht den strengen Regeln der evidenzbasierten Medizin entsprechen. Zunehmend stellen die Privatkassen aber höhere Anforderungen an Diagnostik und Therapie bezüglich wissenschaftlicher Absicherung, insbesondere bei Patienten mit längerfristig hohem Bedarf. Einige Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sind der privaten Krankenversicherung allerdings auch unbekannt, wie z. B.:

- kostenlose Mitversicherung von Familienmitgliedern
- Haushaltshilfen
- Mutter-(Kind-)Kuren
- Lohnersatzleistungen bei Betreuung eines kranken Kindes

Es ist teilweise schwierig, Leistungen bezüglich Psychotherapie und stationärer Rehabilitationsmaßnahmen zu erhalten; auch Hilfsmittel sind teilweise vertraglich eingeschränkt.

Krankentagegeld

Bei Arbeitsunfähigkeit leistet auch die PKV Lohnersatzleistungen, das Krankentagegeld, wenn es vertraglich vereinbart ist. Hier ist bei der Arbeitsunfähigkeit zu unterscheiden zwischen abhängig Beschäftigten (ähnliche Regelungen wie in der GKV) und Selbstständigen. Letztere sind in der Regel nur dann arbeitsunfähig, wenn sie auch nicht leitend oder aufsichtsführend tätig sein können (wobei in der Regel bei bis zu 5 Mitarbeitern davon ausgegangen wird, dass der Selbstständige hier auch mitarbeiten muss, um den Betrieb wirtschaftlich zu führen), diesbezüglich kennt die PKV den Begriff der teilweisen Arbeitsunfähigkeit; in der GKV gilt dagegen die „Alles-oder-nichts-Regel“.

Auf den Anfragen der PKV findet sich regelmäßig die Frage nach Berufsunfähigkeit. Die Musterbedingungen sehen vor, dass mit Ein tritt der Berufsunfähigkeit die Versicherung endet und somit auch die Zahlungen eingestellt werden. Hier darf also das Kreuz nicht leichtfertig gesetzt werden.

Als berufsunfähig im Sinne der Tagegeldversicherung gilt jemand, der nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50% erwerbsunfähig ist. Dieser Begriff deckt sich NICHT mit dem Begriff der Erwerbsunfähigkeit der gesetzlichen Rentenversicherung, sodass es geschehen kann, dass jemand berufsunfähig im Sinne der PKV ist, aber nicht erwerbsunfähig im Sinne der Rentenversicherung; er erhält dann keinerlei Geld, wenn er nicht anderweitig abgesichert ist.

Beispiel: Ein selbstständiger 42-jähriger Stuckateur-Meister im Drei-Mann-Betrieb erleidet einen Bandscheibenvorfall der HWS. Auf Dauer wird er seine Tätigkeit im zuletzt ausgeübten Beruf nicht mehr ausüben können, ist also berufsunfähig im Sinne der Krankentagegeldversicherung. Seine Leistungsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt für leichte körperliche Tätigkeiten ohne Zwangshaltungen beträgt aber mindestens sechs Stunden täglich, er ist also im Sinne der Rentenversicherung nicht erwerbsgemindert (auch nicht teilweise). Er erhält also von heute auf morgen kein Geld mehr- weder von der PKV noch vom RVT.

Private Unfallversicherung (PU)

Bei der PU versichert man sich gegen die Folgen eines Unfalles. Als Hausarzt wird man in der Regel um Angaben gebeten zu Vorerkrankungen, die den Heilungsverlauf der Unfallfolgen beeinträchtigen könnten. Zunächst einmal prüft die Versicherung aber, ob die Gesundheitsschädigung tatsächlich auf dem fraglichen Unfall beruht. Schließlich sollen die Unfallfolgen auch quantitativ eingeordnet werden. Dies geschieht durch Beurteilung anhand der Gliedertaxe, die für den kompletten Verlust oder vollständige Funktionsunfähigkeit z. B. einer Extremität festlegt, in welchem Ausmaß die fiktive Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) besteht. Die Gliedertaxe ist den Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB) zu entnehmen. So zieht der Verlust einer Hand im Handgelenk beispielsweise eine MdE von 55% nach sich. Somit würden 55% der vereinbarten Versicherungssumme ausgezahlt. Ist die Funktionsfähigkeit noch zur Hälfte erhalten, beträgt die MdE die Hälfte von 55%, somit 27,5%. In der Regel wird diese Beurteilung aber den Unfallchirurgen und Orthopäden übertragen.

Haftpflicht-Schäden

Nach Unfällen mit Fremdverschulden, sehr oft Pkw-Unfällen, werden die Patienten nach Erstvorstellung im Krankenhaus oder bei einem Unfallchirurgen von uns Hausärzten weiterbetreut. Hier ist die Erhebung eines genauen Befundes beim Erstkontakt wichtig, da von der eingeschalteten Versicherung oder einem Gericht eine Beurteilung aufgrund exakt erhobener Befunde erwartet wird.

Im Formular, welches meist auszufüllen ist, wird neben Anamnese, Befund und Diagnose auch die Beurteilung der MdE in Prozent erwartet, abgestaffelt für bestimmte Zeiträume. Es handelt sich hier um eine fiktive MdE, die auch z. B. bei Rentnern abgefragt wird.

Ein Anhaltspunkt beim Ausfüllen könnte sein, dass Arbeitsunfähigkeit wohl eine MdE von 100% bedeuten dürfte und dass es unwahrscheinlich ist, dass eine MdE binnen eines Tages von 100 auf 0 sinken wird, also eine gewisse Abstufung bis zur kompletten Ausheilung zu erwarten ist.

In solchen Fällen könnte, entsprechende Befunde vorausgesetzt, z. B. eine MdE von 100% für zwei Wochen, dann nochmals eine über 40% über weitere zwei Wochen und schließlich nach dem letzten Kontakt, an dem noch keine Beschwerdefreiheit bestand, nochmals 20% für die letzten zwei Wochen angenommen werden.

Es handelt sich hierbei um eine gutachterliche Stellungnahme, die nicht wie ein (ausführlicher) Bericht, sondern wie ein Gutachten abzurechnen ist.



Dr. med. Jürgen Herbers

Facharzt für Allgemeinmedizin, Sozialmedizin, Sportmedizin, Ernährungsmedizin (DAEM/DGEM), Naturheilverfahren und Palliativmedizin
74385 Pleidelsheim

Die Umsatzsteuer beim Verkauf des Firmenwagens

Ärzte tragen große Verantwortung und arbeiten viel, da kann man sich als kleine Belohnung ein schönes Auto leisten und es seinem Praxisvermögen zuordnen. Je nach Fallkonstellation ist die Privatnutzung des Firmenwagens und der spätere Verkauf umsatzsteuerbefreit oder umsatzsteuerpflichtig.

Zu der Problematik der Auto-Überlassung bei steuerfreien Umsätzen beim Arzt hat mittlerweile auch die Oberfinanzdirektion (OFD) Niedersachsen mit einer Verfügung vom 02.09.20 15 Stellung bezogen. Im Bereich der Umsatzsteuer stellt sich die Frage, wie genau die Auto-Überlassung zu würdigen ist, wenn der Arzt steuerfreie und vorsteuerschädliche Umsätze zu verzeichnen hat.



Private Autonutzung durch den Arzt

Ausgangsbeispiel ohne steuerpflichtige Umsätze: Ein Arzt führt in seiner Praxis ausschließlich steuerfreie Umsätze nach § 4 Nr.14 Umsatzsteuergesetz (UStG) durch. Er erwirbt ein Auto für seine unternehmerischen Zwecke von einem Auto-Händler mit ausgewiesener Umsatzsteuer und verwendet das Auto auch für private Zwecke. Nach einer gewissen Zeit verkauft der Arzt das Auto aus seinem Betriebsvermögen heraus.

Lösung: Der Arzt hat mangels Umsätzen, die zum Vorsteuerabzug nach § 15 UStG berechtigen, keinen Vorsteuerabzug aus der Anschaffung des Autos. Da der Wagen weder zum vollen noch zum teilweisen Vorsteuerabzug berechtigt hat, ist die private Auto-Nutzung durch den Praxisinhaber umsatzsteuerlich nicht als unentgeltliche Wertabgabe zu erfassen (§ 3 Abs. 9a Nr. 1 UStG). Der spätere Verkauf des Autos ist steuerbefreit nach § 4 Nr.28 UStG.

Abwandlung 1 des Beispiels: Steuerfreie und -pflichtige Umsätze

Der Arzt führt neben den steuerfreien Umsätzen der Praxis noch steuerpflichtige Umsätze in Höhe von 15.000 Euro aus (z.B. IGe-Leistungen, Verkauf von Nahrungsergänzungsmitteln, Vorträge, schriftstellerische Tätigkeiten oder Gutachten).

Lösung: Der Arzt kann für den Teil der steuerpflichtigen Umsätze die sogenannte Kleinunternehmerregelung nach § 19 UStG in Anspruch nehmen. Für die normierte Berechnung der zu berücksichtigenden Umsatzgrenzen sind die steuerfreien Umsätze des § 4 Nr. 14 UStG nicht miteinzubeziehen (§ 19 Abs.3 Satz 1 Nr.1 UStG).

Der vorherige Erwerb des Autos berechtigt auch in diesem Fall nicht zum Vorsteuerabzug durch den Arzt. Die Konsequenz daraus ist, dass die Privatnutzung auch nicht als umsatzsteuerbar zu klassifizieren ist. Der spätere Verkauf des Wagens unterliegt der speziellen Steuerbefreiung des § 4 Nr.28 UStG.

Abwandlung 2: Regelbesteuerung oder steuerpflichtige Umsätze überschreiten Umsatzgrenze

Der Arzt wählt für die steuerpflichtigen Umsätze die Regelbesteuerung (keine Kleinunternehmerregelung) oder die steuerpflichtigen Umsätze überschreiten die Umsatzgrenzen der Kleinunternehmerregelung des § 19 UStG von 17.500 Euro im laufenden und 50.000 Euro im zukünftigen Veranlagungsjahr.

Lösung: Der Arzt ist nun zum teilweisen Vorsteuerabzug berechtigt. Seine Privatnutzung unterliegt folglich der Umsatzsteuer nach § 3 Abs. 9a Nr. 1 UStG. Für die Bemessung der unentgeltlichen Wertabgabe empfiehlt sich steuergünstig die Anwendung der sogenannten Kostenschätzung (BMF-Schreiben vom 27.08.2004 - IV B 7 - 5

7300 - 70/04, 2.3). Der spätere Verkauf des Autos unterliegt in vollem Umfang der Umsatzsteuer, da § 4 Nr.28 UStG in dieser Konstellation nicht mehr anwendbar ist.

Kfz-Überlassung an einen angestellten Arzt

Ausgangsfall: Der Arzt aus dem Ausgangsfall (nur steuerfreie Umsätze) stellt einen Arzt in seiner Einzelpraxis ein, der im Rahmen seines Angestelltenverhältnisses einen Dienstwagen vom Praxisinhaber erhält.

Lösung: Hier liegt aus umsatzsteuerrechtlicher Sicht keine unentgeltliche Wertabgabe vor, es handelt sich vielmehr um einen tauschähnlichen Umsatz (Auto gegen Arbeitsleistung). Diese Überlassung des Autos stellt eine sonstige Leistung dar, die mangels eines Anwendungsbereichs des § 4 Nr.28 UStG steuerpflichtig ist (OFD Niedersachsen vom 02.09.2015).

Zunächst ist für den Arzt die Anwendung der Kleinunternehmerregelung zu überprüfen. Soweit diese nicht anwendbar ist oder aber durch den Arzt darauf verzichtet wird, schuldet der Arzt für die Überlassung an den Arbeitnehmer die entsprechende Umsatzsteuer. In diesem Fall wäre der Arzt auch berechtigt, anteilig den Vorsteuerabzug für das zuvor erworbene Auto vorzunehmen.

Praxishinweis für den Arzt

Die Kfz-Überlassung durch den Praxisinhaber an angestellte Ärzte kann auch im Bereich der steuerbefreiten Umsätze des Arztes zu steuerpflichtigen Umsätzen führen.

Sollte der Arzt für seine Praxis (steuerlich ein Unternehmen) auch Kleinunternehmer nach § 19 UStG sein, so könnten aufgrund von Dienstwagenüberlassungen die Umsatzgrenzen des § 19 Abs. 3 UStG überschritten werden, was dazu führt, dass die nicht steuerbefreiten Umsätze in Gänze umsatzsteuerpflichtig werden.

Bei der Beratung ist hier also höchste Vorsicht geboten. Der Arzt sollte vor der Entscheidung ein neues Auto zu kaufen die Auto-Nutzung mit seinem Steuerberater im Vorfeld erörtern.



Dennis Janz, LL.M., Steuerberater, zertifizierter Berater für Steuerstrafrecht (FernUniversität Hagen) und Fachberater im ambulanten Gesundheitswesen (IHK) ist zukünftiger Partner der Radloff | Ploch & Partner mbB, Im Defdahl 10a, 44141 Dortmund
▶ www.radloff-ploch.de

Aus „*meditaxa*“ 85/Mai 2018

Praxishomepage - alles fehlerfrei?

Mehr als 60 Prozent der Patienten sind über Suchmaschinen im Internet auf der Suche nach einem neuen Hausarzt, so das Ergebnis einer Umfrage des Arztbewertungsportals Jameda. Im Zuge der Digitalisierung überrascht dieses Ergebnis nicht: Wenn „Dr. Google“ bereits zu den Symptomen eines Patienten guten Rat wusste, kann er auch gleich einen guten Arzt empfehlen. Demzufolge ist es auch keine Überraschung, dass immer mehr Ärzte auf die Nutzung der eigenen Praxishomepage setzen. Eine aktuelle Studie der Agentur Reif und Kollegen ergab, dass besonders Homepages von Arztpraxen häufig rechtliche Mängel aufweisen: Bei 400 untersuchten Praxiswebsites wurde mindestens ein kritischer Fehler entdeckt. Die Konsequenz, wenn jemand genauer

hinschaut, beispielsweise ein verärgerter Patient: Ein fehlerhaftes oder sogar fehlendes Impressum kann eine Geldstrafe in Höhe von bis zu 3.300,00 Euro nach sich ziehen. Abmahnungen aufgrund fehlerhafter Platzierung und Lücken innerhalb der Datenschutzerklärung - viele inhaltlich Verantwortliche fassen das Impressum und die Datenschutzerklärung gerne auf einer Seite zusammen. Beide Bereiche sollten allerdings klar voneinander getrennt und gut auffindbar (auf zwei eigenen Seiten der Webpräsenz) sein. Des Weiteren kann es auch zu Zivilklagen wegen unlauteren Wettbewerbs kommen. Einige Ärzte 1 verstießen sogar gegen geltende Gesetze: das Telemediengesetz und das Heilmittelwerbe-gesetz. Auch die Berufsordnung wurde teilweise außer

Acht gelassen. Die am häufigsten vermutete Ursache für solche Fehlerquellen: Webdesigner. Diese kennen in den seltensten Fällen die werberechtlichen Einschränkungen der Ärzte. Eine von 400 Praxis-homepages, die unter die Lupe genommen wurden, konnte eine fehlerfreie Datenschutzbestimmung aufweisen. Bei 30 Prozent fehlte sie gänzlich. Inhaltlich müssen wichtige Richtlinien der Datenschutzerklärung beachtet werden - der Grund für die Erhebung der Daten, Speicherung der Daten und u. a. natürlich, wer für den Datenschutz verantwortlich ist. Letzteres fehlte bei über 70 Prozent der Praxis-websites. Seit 2017 müssen alle Internetauftritte die Zustimmung der Besucher zur Verwendung von Cookies einholen. Dies sollte am besten über ein PopUp-Fenster erfolgen, welches beim Aufrufen der Homepage zuerst erscheint. Die Fehlerquelle „Impressum“ führte den Siegeszug der Umfragewerte an: Bei 90

Prozent aller Auftritte war es gar nicht oder fehlerhaft vorhanden. In den meisten Fällen fehlte die Steuernummer oder die Umsatzsteueridentifikationsnummer, welche bei Behandlungen ohne medizinische Indikation angegeben werden muss, sofern diese angeboten werden - sonst wird abgemahnt. Ein weiterer rechtlicher „Aufhänger“ sind Bildrechte - eine fehlende oder fehlerhafte Angabe der Urheber- und Nutzungsrechte sowie eine fehlerhafte Verwendung aufgrund der „falschen“ Lizenzierung kann schnell teuer werden.

Die voranschreitende Digitalisierung im Gesundheitswesen lässt die sogenannten 24/7-Aushängeschilder im Netz nicht außer Acht. Es ist also ratsam die eigene Praxiswebsite unter die Lupe zu nehmen und regelmäßig auf dem neusten Stand in Sachen Recht und Gerech zu bringen.

meditaxa Redaktion 1 Quelle: Arzt & Wirtschaft 03/18

Buchvorstellung



André Leu

Die Pestizidlüge

Wie die Industrie die Gesundheit unserer Kinder aufs Spiel setzt

240 Seiten,

oekom verlag München, 2018

ISBN-13: 978-3-96238-013-7

Erscheinungstermin: 26.02.2018

20,00 €

Gut zu wissen, dass der Verlag mit diesem Buch auch die neue Agrarministerin Julia Klöckner beliefert hat, denn der Inhalt sollte zum Basiswissen sämtlicher Verantwortlicher gehören. Schonungslos werden die Nachteile von Glyphosat und Co. wissenschaftlich aufbereitet und den Beschwichtigungen der Lobbyisten ("der Einsatz von Pestiziden ist unvermeidbar, wenn wir die ganze Weltbevölkerung ernähren wollen") entgegen getreten.

Er weist detailliert nach, wo die Agrarindustrie Daten schön und Bedenken ignoriert. So orientieren sich erstaunlicherweise Richtwerte, ab wann Pestizide schädlich sind, meist nach einem gesunden Erwachsenen, nicht an Kindern oder bereits gesundheitlich Beeinträchtigten.

Der Autor ist Gründungsmitglied von Regeneration International, einer Organisation zur Förderung von regenerativen Anbaumethoden gegen den Klimawandel und ist ein sehr renommierter Experte zu Fragen um den riskanten Pestizideinsatz. Er weist darauf hin, dass es gar nicht kompliziert ist, solche Gifte weitgehend zu vermeiden. Übrigens wird bei den VDP-Winzern, also bei denen mit den höchstwertigen Weinen, seit vielen Jahren gezeigt wie es ohne geht. Durch deren Weinberge kann man nun auch im Juli/August spazieren, das ist im "konventionellen" Weinbau ohne Vergiftungserscheinungen (durch Pestizide) kaum möglich.

Es lohnt sich, die Details eines echten Experten zu lesen; man ist danach nicht nur verwundert, sondern geradezu empört, dass ein solch leichtfertiger Umgang mit landwirtschaftlichen Giften bei einem hoch entwickelten Staat wie dem unsrigen, überhaupt möglich ist!

Dr. Oehl-Voss, Schriftführer der "Privatärztlichen Praxis"



Intermittierendes Fasten, 5 Tage normal essen - 2 Fastentage - 500 Kcal

Softcover

96 Seiten

ISBN 978-3-7423-0524-4,

9.99€ Riva-Verlag

Inzwischen gibt es eine ganze Reihe von Modifikationen bzgl. Intervallfasten, d.h. über das Weglassen bestimmter Mahlzeiten über einen bestimmten Zeitraum, um v.a. Gewicht zu reduzieren bzw. nicht zuzunehmen. Eine gut anwendbare "Diät" ist das recht praktische Buch "Intermittierendes Fasten - 5 Tage normal essen - 2 Fastentage a 500 kcal" aus dem Riva Verlag.

An den fünf Tagen können Sie essen was Sie wollen, und verlieren trotzdem an Gewicht, wenn Sie an den beiden Fastentagen nur 500 kcal zu sich nehmen. Das Buch liefert dazu 50 bequeme Rezepte mit sehr viel Abwechslung. Das Konzept besteht auf der Grundlage eines japanischen Forschers, der die "Autophagie" entdeckte, eine Art zelluläre Müllabfuhr im Körper, die besonders gut funktioniert, wenn gerade wenig Kalorien zugeführt werden. Die theoretischen Grundlagen sind also etwas anders als bei denen des "Kurzzeitfastens", die die Gewichtsabnahme allein mit dem Ausschalten der Insulinwirkung begründen.

Widersprechen tun sich Gottseidank diese Theorien nicht.



Daniel Roth

Gesund und schlank durch Kurzzeitfasten

174 S.

2. Auflage 2017

ISBN 978-3-7423-0398-1

12,99 € Riva Verlag

Der Autor isst seit fünf Jahren ohne jede Einschränkung was Art und Umfang seiner Speisen angeht. Er fastet täglich 16 Stunden oder zweimal pro Woche 24 Stunden, je nachdem womit man sich wohler fühlt. Es gibt Menschen, die durchaus auf das Frühstück verzichten können, andere denen es leichter fällt, das Abendessen wegzulassen. Einzig und allein ist es wichtig, eine ausreichend lange Zeit am Tag keine Verdauungsarbeit "anzukurbeln".

Die Anleitungen sind sehr lebendig und anschaulich, das Buch bereichert all die Sprechstunden, die wir sonst so mühsam gestalten müssten, mit Erklärungen über Kalorien zählen usw..

Garantiert ohne Jo-Jo-Effekt!

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.

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

Schlusswort

Liebe Mitglieder,

unter der Überschrift "Verliererbonus" beschrieb die FAZ am 22.7.18 wie die beiden "Großparteien" CDU und SPD ihre Verluste bei der letzten Wahl "kompensiert" haben: in dem Maß wie man Stimmen verloren hat, hat man kurzerhand eine drastische Erhöhung der Parteienfinanzierung durchgesetzt. "Die Opposition sprach von einem Gesetz zur Förderung des Parteienverdrusses. Völlig unbeeindruckt von der Kritik, werden nun auch noch die Fraktionskassen mit frischem Geld aufgefüllt und die Mandatsverluste ausgeglichen. Es geht um satte dreißig Prozent." Während dann in der FAZ die Folgerung zu lesen ist "wer seine Niederlage derart dreist belohnt, darf sich nicht wundern, wenn bald die nächste Quittung kommt", müssen unsere Verhandlungsführer bei der GOÄ-Bepreisung unbedingt solch unverschämte Selbstbedienungsmentalitäten anprangern : wir müssen uns anhören, dass eine Gesamtsteigerung der Gebühren leider nicht über 5,8% (nach 30 Jahren Stillstand!) "politisch machbar" ist... Es fehlen einem die Worte!

Die ÄrzteZeitung als Medienpartner unseres Tages der Privatmedizin am 24.11. auf dem Campus in Frankfurt hat (dennoch) die besonderen Chancen der Privatmedizin in ihrer Ausgabe vom 11.7.2018 hervorgehoben. Die Honorarpolitik und die EU-Datenschutzgrundverordnung sind Hauptthemen. Kommen auch Sie in Scharen und sorgen Sie mit dafür, dass es wie zuletzt zu lebhaften Diskussionen kommt und auch interessante Innovationen für viele Privatpraxen durch Sie auf Herz und Nieren überprüft werden. Wir haben wiederum ein sehr interessantes Portfolio zusammengestellt.

