



VESTING & PARTNER
Partnerschaftsgesellschaft

Partner der



Januar 2016

Verteilung von Praxis-Mehrgewinn nach einer Betriebsprüfung

Höhere Gewinne verursachen in einer Gemeinschaftspraxis nicht immer nur Freude. Das gilt vor allem dann, wenn nach einer Betriebsprüfung das Finanzamt wegen eines festgestellten Mehrgewinns die Hand aufhört: Müssen dann alle Ärzte als Gesellschafter die Steuerlast tragen – auch wenn der Mehrgewinn nur von einem Kollegen „verschuldet“ wurde? Das Finanzgericht Baden-Württemberg hat jetzt entschieden, dass Mehrgewinne nach einer Betriebsprüfung grundsätzlich allen Gesellschaftern zugerechnet werden, und zwar nach dem zwischen den Ärzten vereinbarten Gewinnverteilungsschlüssel. Ausnahmen sind allerdings möglich, wenn die Mehrgewinne nur einem Gesellschafter zu Gute gekommen sind, so die Richter oder wenn die Kollegen nicht in der Lage sind, Erstattungsansprüche gegen den Gesellschafter durchzusetzen, weil dieser etwa insolvent ist. Rückwirkende Gewinnverteilungsabreden sind auf jeden Fall unwirksam.

Eintritt in Gemeinschaftspraxis: Zinsen für Zweidarlehen sind voll abzugsfähig

Darlehenszinsen, die ein Arzt für den Kauf eines Gemeinschaftspraxis-Anteils zahlt, sind nach einem Urteil des Finanzgerichts Düsseldorf in voller Höhe als Betriebsausgaben abziehbar. Das gilt auch dann, wenn der Doktor einen zweiten Kredit aufnimmt, um das Hauptdarlehen überhaupt bedienen zu können. Zinsen, die für einen Kredit anfallen, mit dem die Zinsen des Investitionsdarlehens bezahlt werden, stünden in einem engen Finanzierungszusammenhang mit einem Wirtschaftsgut des Anlagevermögens und unterfielen damit nicht der Abzugsbeschränkung für Schuldzinsen. Nur eine derartige Auslegung entspreche dem Willen des Gesetzgebers, betriebliche Investi-

tionen in das Anlagevermögen durch die Begrenzung des Schuldzinsenabzugs nicht erschweren zu wollen, argumentierten die Richter. Die Revision wurde zugelassen.

Meldung ans Krebsregister: Honorar nicht von Umsatzsteuer befreit

Vergütungen, die Ärzte für Meldungen an ein Krebsregister erhalten, sind nicht umsatzsteuerfrei. Der Bundesfinanzhof bestätigte ein entsprechendes Urteil des Finanzgerichts Berlin-Brandenburg. Tumormeldungen hätten keinen therapeutischen Zweck, auch wenn die Datenbank des Krebsregisters der Verbesserung der medizinischen Betreuung der Patienten diene. Ärzte, Zahnärzte und Krankenhäuser erhalten zum Beispiel 18 Euro, wenn sie Diagnosen an klinische Krebsregister melden. Für die Übermittlung von Daten zum weiteren Krankheitsverlauf werden acht Euro vergütet, für Meldungen über eine Krebstherapie gibt es fünf Euro, Ergebnisse von Pathologieuntersuchungen werden mit vier Euro honoriert.

Für Zweigpraxis-Genehmigung spielt Bedarfsplanung keine Rolle

Für die Genehmigung einer Zweigpraxis kommt es nicht darauf an, ob diese unter Bedarfsplanungsgesichtspunkten die Patientenversorgung verbessert oder sich wirtschaftlich überhaupt trägt. Ausreichend ist nach einer Entscheidung des Bundessozialgerichts, dass sich das Leistungsangebot am Ort der Zweigpraxis zum Vorteil der Versicherten erweitert. Das Gericht hob damit eine Entscheidung des Zulassungsausschuss der KV Nordrhein auf, der einem Nuklearmediziner den Betrieb einer MRT-Zweigpraxis nicht erlauben wollte. Die KV begründete dies damit, dass es sich aufgrund der relativ geringen Zahl von Versicherten in dem 7000-Einwohner-Ort nur um eine minimale Verbesserung handeln würde. Dies sei für eine Versorgungsverbesserung insgesamt nicht ausreichend, eine Genehmigung der Zweigpraxis daher nicht möglich. Nein, sagte das BSG: eine Erweiterung des Leistungsangebots in qualitativer oder quantitativer Hinsicht reicht aus.

Dialyseermächtigung ist in Ausnahmefällen anfechtbar

Ermächtigungen von Krankenhausärzten können von ambulant tätigen Vertragsärzten oder Medizinischen Versorgungszentren angefochten werden, wenn bei ihrer Erteilung Bedarfsgründe eine Rolle spielen. So hat das Bundessozialgericht in einem Fall entschieden, in dem ein Chefarzt einer neph-

rologischen Schwerpunktabteilung eine (auch) umfassende Dialyseermächtigung nach § 11 Absatz 3 Anlage 9.1 Bundesmantelvertrag erhalten hatte. Zwar, so die Richter, sehe dieser Paragraf keine Bedarfsprüfung vor bei der Ermächtigung, eine Drittanfechtung sei somit eigentlich nicht möglich. Es liege aber eine Besonderheit vor, da der Chefarzt nicht nur zur Mitbehandlung ermächtigt worden war, sondern für 30 Patienten pro Quartal einen vollen Versorgungsauftrag inklusive Dialyseleistungen bekommen hatte und in der Begründung des Bescheids auch Versorgungsbedarfsgründe angeführt worden waren. Ausnahmsweise sei daher ein benachbartes MVZ zur Anfechtung der Ermächtigung berechtigt.

Neues I: Richtlinien zum Entlassmanagement und Qualitätsmanagement

Neue Regeln zum Krankenhaus-Entlassmanagement hat der Gemeinsame Bundesausschuss kurz vor Jahresende erlassen. Künftig dürfen Kliniken ihren Entlasspatienten in eingeschränktem Umfang Arznei-, Heil- und Hilfsmittel verordnen. So ist vorgesehen, dass Patienten die vom Krankenhaus ausgestellten Arzneirezepte binnen drei Tagen einlösen müssen. Bei Heilmittelverordnungen ist die Behandlung innerhalb von sieben Tagen zu beginnen. Zudem ist vorgeschrieben, dass das Krankenhaus den weiterbehandelnden Vertragsarzt rechtzeitig über die medikamentöse Therapie zum Zeitpunkt der Entlassung sowie über die verordneten Arzneimittel informieren muss.

Außerdem hat der GBA eine sektorübergreifende Qualitätsmanagement-Richtlinie auf den Weg gebracht, die die jeweiligen Vorgaben für den ärztlichen, zahnärztlichen und stationären Bereich ergänzen und vor allem ablösen soll. Vorgesehen sind vor allem Änderungen bei der Darlegung und Erhebung des Umsetzungsstandes, die aber erst noch vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen erarbeitet werden müssen.

Neues II: Terminservicestellen, Pflegestärkungsgesetz und Co.

2016 bringt im gesundheitspolitischen Bereich zahlreiche Änderungen mit sich: Unter anderem sind ab 23. Januar alle KVen verpflichtet, Terminservicestellen einzurichten. Können Patienten nicht innerhalb von vier Wochen an eine Praxis vermittelt werden, dürfen sie in die Krankenhausambulanz. Zudem tritt das Krankenhausstrukturgesetz in Kraft, das Qualitätszu- und -abschläge für Krankenhäuser sowie die Einrichtung eines Strukturfonds vorsieht und zudem die Einstellung von Pflegepersonal ermöglichen soll. In Kraft tritt außerdem das Pflegestärkungsgesetz, das ein neues Begutachtungsverfahren und fünf neue Pflegegrade auf den Weg bringen soll. Ab 2016 stehen aufgrund des Präventionsgesetzes jährlich auch mindestens 490 Millionen Euro für die Gesundheitsförderung zur Verfügung. Durch das kürzlich in Kraft getretene Hospiz- und Palliativgesetz gehört die Palliativversorgung künftig zur Regelversor-

gung in der GKV; sie wird ausgebaut und besser vergütet. Durch das E-Health-Gesetz müssen Ärzte ab Oktober Patienten bei mindestens drei verordneten Arzneimitteln einen Medikationsplan ausstellen.

Neues III: Höhere Beitragsbemessungsgrenzen relevant auch für Versorgungswerke

Wegen der gestiegenen Löhne und Gehälter steigen 2016 auch die Beitragsbemessungsgrenzen für die Kranken- und Rentenversicherung. Die neue monatliche Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Rentenversicherung (West) steigt von 6.050 Euro (2015) auf 6.200 Euro pro Monat. Die Beitragsbemessungsgrenze (Ost) klettert von 5.200 Euro (2015) auf 5.400 Euro pro Monat. Diese Anhebung hat auch Auswirkungen auf die Beiträge zu den Versorgungswerken, da diese an die Bemessungsgrenzen anknüpfen. Sie werden also analog steigen.

Neues IV: Kindergeld, Überweisungen und KfW-Förderung

Wer Kindergeld erhalten möchte, muss im Laufe des Jahres der Familienkasse seine Steuer-Identifikationsnummer und die Steuer-ID-Nummer des Kindes angeben. In der EU gelten seit 9. Dezember 2015 zudem neue Gebührenobergrenzen für Kartenzahlungen: Die Grenze beträgt 0,2 Prozent des Zahlungsbetrags bei sogenannten Debit-Karten wie etwa die EC-Karte und höchstens 0,3 Prozent bei Kreditkarten. Bei Überweisungen müssen ab Februar auch Privatleute die IBAN-Nummern und BIC-Ziffern angeben. Heizungsanlagen, die älter als 15 Jahre sind, müssen ab diesem Jahr ein „Energie-label“ tragen: Es informiert über den individuellen Effizienzstatus des Heizkessels und wird vom Heizungsinstallateur, Schornsteinfeger und bestimmten Energieberatern ausgestellt. Die KfW-Förderbank erweitert außerdem ihr Programm „Energieeffizient Sanieren“ um Kombinationslösungen: Wer eine Heizung austauschen oder eine Lüftungsanlage einbauen möchte, kann einen Investitionszuschuss von 15 % der förderfähigen Kosten bzw. zinsverbilligte Kredite und Tilgungszuschüsse in Höhe von 12,5 % erhalten.

Weitere Beiträge zu interessanten steuerlichen und rechtlichen Themen für Heilberufler finden Sie im Internet unter

www.vesting-stb.de



VESTING & PARTNER
Partnerschaftsgesellschaft

Partner der

metax[®]

Januar 2016

Verteilung von Praxis-Mehrgewinn nach einer Betriebsprüfung

Höhere Gewinne verursachen in einer Gemeinschaftspraxis nicht immer nur Freude. Das gilt vor allem dann, wenn nach einer Betriebsprüfung das Finanzamt wegen eines festgestellten Mehrgewinns die Hand aufhält: Müssen dann alle Ärzte als Gesellschafter die Steuerlast tragen – auch wenn der Mehrgewinn nur von einem Kollegen „verschuldet“ wurde? Das Finanzgericht Baden-Württemberg hat jetzt entschieden, dass Mehrgewinne nach einer Betriebsprüfung grundsätzlich allen Gesellschaftern zugerechnet werden, und zwar nach dem zwischen den Ärzten vereinbarten Gewinnverteilungsschlüssel. Ausnahmen sind allerdings möglich, wenn die Mehrgewinne nur einem Gesellschafter zu Gute gekommen sind, so die Richter oder wenn die Kollegen nicht in der Lage sind, Erstattungsansprüche gegen den Gesellschafter durchzusetzen, weil dieser etwa insolvent ist. Rückwirkende Gewinnverteilungsabreden sind auf jeden Fall unwirksam.

Eintritt in Gemeinschaftspraxis: Zinsen für Zweitdarlehen sind voll abzugsfähig

Darlehenszinsen, die ein Arzt für den Kauf eines Gemeinschaftspraxis-Anteils zahlt, sind nach einem Urteil des Finanzgerichts Düsseldorf in voller Höhe als Betriebsausgaben abziehbar. Das gilt auch dann, wenn der Doktor einen zweiten Kredit aufnimmt, um das Hauptdarlehen überhaupt bedienen zu können. Zinsen, die für einen Kredit anfallen, mit dem die Zinsen des Investitionsdarlehens bezahlt werden, stünden in einem engen Finanzierungszusammenhang mit einem Wirtschaftsgut des Anlagevermögens und unterfielen damit nicht der Abzugsbeschränkung

für Schuldzinsen. Nur eine derartige Auslegung entspreche dem Willen des Gesetzgebers, betriebliche Investitionen in das Anlagevermögen durch die Begrenzung des Schuldzinsenabzugs nicht erschweren zu wollen, argumentierten die Richter. Die Revision wurde zugelassen.

Meldung ans Krebsregister: Honorar nicht von Umsatzsteuer befreit

Vergütungen, die Ärzte für Meldungen an ein Krebsregister erhalten, sind nicht umsatzsteuerfrei. Der Bundesfinanzhof bestätigte ein entsprechendes Urteil des Finanzgerichts Berlin-Brandenburg. Tumormeldungen hätten keinen therapeutischen Zweck, auch wenn die Datenbank des Krebsregisters der Verbesserung der medizinischen Betreuung der Patienten diene. Ärzte, Zahnärzte und Krankenhäuser erhalten zum Beispiel 18 Euro, wenn sie Diagnosen an klinische Krebsregister melden. Für die Übermittlung von Daten zum weiteren Krankheitsverlauf werden acht Euro vergütet, für Meldungen über eine Krebstherapie gibt es fünf Euro, Ergebnisse von Pathologieuntersuchungen werden mit vier Euro honoriert.

Für Zweigpraxis-Genehmigung spielt Bedarfsplanung keine Rolle

Für die Genehmigung einer Zweigpraxis kommt es nicht darauf an, ob diese unter Bedarfsplanungsgesichtspunkten die Patientenversorgung verbessert oder sich wirtschaftlich überhaupt trägt. Ausreichend ist nach einer Entscheidung des Bundessozialgerichts, dass sich das Leistungsangebot am Ort der Zweigpraxis zum Vorteil der Versicherten erweitert. Das Gericht hob damit eine Entscheidung des Zulassungsausschuss der KV Nordrhein auf, der einem Nuklearmediziner den Betrieb einer MRT-Zweigpraxis nicht erlauben wollte. Die KV begründete dies damit, dass es sich aufgrund der relativ geringen Zahl von Versicherten in dem 7000-Einwohner-Ort nur um eine minimale Verbesserung handeln würde. Dies sei für eine Versorgungsverbesserung insgesamt nicht ausreichend, eine Genehmigung der Zweigpraxis daher nicht möglich. Nein, sagte das BSG: eine Erweiterung des Leistungsangebots in qualitativer oder quantitativer Hinsicht reicht aus.

Dialyseermächtigung ist in Ausnahmefällen anfechtbar

Ermächtigungen von Krankenhausärzten können von ambulant tätigen Vertragsärzten oder

Medizinischen Versorgungszentren angefochten werden, wenn bei ihrer Erteilung Bedarfsgründe eine Rolle spielen. So hat das Bundessozialgericht in einem Fall entschieden, in dem ein Chefarzt einer nephrologischen Schwerpunktabteilung eine (auch) umfassende Dialyseermächtigung nach § 11 Absatz 3 Anlage 9.1 Bundesmantelvertrag erhalten hatte. Zwar, so die Richter, sehe dieser Paragraph keine Bedarfsprüfung vor bei der Ermächtigung, eine Drittanfechtung sei somit eigentlich nicht möglich. Es liege aber eine Besonderheit vor, da der Chefarzt nicht nur zur Mitbehandlung ermächtigt worden war, sondern für 30 Patienten pro Quartal einen vollen Versorgungsauftrag inklusive Dialyseleistungen bekommen hatte und in der Begründung des Bescheids auch Versorgungsbedarfsgründe angeführt worden waren. Ausnahmsweise sei daher ein benachbartes MVZ zur Anfechtung der Ermächtigung berechtigt.

Neues I: Richtlinien zum Entlassmanagement und Qualitätsmanagement

Neue Regeln zum Krankenhaus-Entlassmanagement hat der Gemeinsame Bundesausschuss kurz vor Jahresende erlassen. Künftig dürfen Kliniken ihren Entlasspatienten in eingeschränktem Umfang Arznei-, Heil- und Hilfsmittel verordnen. So ist vorgesehen, dass Patienten die vom Krankenhaus ausgestellten Arzneirezepte binnen drei Tagen einlösen müssen. Bei Heilmittelverordnungen ist die Behandlung innerhalb von sieben Tagen zu beginnen. Zudem ist vorgeschrieben, dass das Krankenhaus den weiterbehandelnden Vertragsarzt rechtzeitig über die medikamentöse Therapie zum Zeitpunkt der Entlassung sowie über die verordneten Arzneimittel informieren muss.

Außerdem hat der GBA eine sektorübergreifende Qualitätsmanagement-Richtlinie auf den Weg gebracht, die die jeweiligen Vorgaben für den ärztlichen, zahnärztlichen und stationären Bereich ergänzen und vor allem ablösen soll. Vorgesehen sind vor allem Änderungen bei der Darlegung und Erhebung des Umsetzungsstandes, die aber erst noch vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen erarbeitet werden müssen.

Neues II: Terminservicestellen, Pflegestärkungsgesetz und Co.

2016 bringt im gesundheitspolitischen Bereich zahlreiche Änderungen mit sich: Unter anderem sind ab 23. Januar alle KVen verpflichtet, Terminservicestellen einzurichten. Können Patienten nicht innerhalb von vier Wochen an eine Praxis vermittelt werden, dürfen sie in die Krankenhausambulanz. Zudem tritt das Krankenhausstrukturgesetz in Kraft, das Qualitätszu- und -abschlüsse für Krankenhäuser sowie die Einrichtung eines Strukturfonds vorsieht und zudem die Einstellung von Pflegepersonal ermöglichen soll. In Kraft tritt außerdem das Pflegestärkungsgesetz, das ein neues Begutachtungsverfahren und fünf neue Pflegegrade auf den Weg bringen soll. Ab 2016 stehen

aufgrund des Präventionsgesetzes jährlich auch mindestens 490 Millionen Euro für die Gesundheitsförderung zur Verfügung. Durch das kürzlich in Kraft getretene Hospiz- und Palliativgesetz gehört die Palliativversorgung künftig zur Regelversorgung in der GKV; sie wird ausgebaut und besser vergütet. Durch das E-Health-Gesetz müssen Ärzte ab Oktober Patienten bei mindestens drei verordneten Arzneimitteln einen Medikationsplan ausstellen.

Neues III: Höhere Beitragsbemessungsgrenzen relevant auch für Versorgungswerke

Wegen der gestiegenen Löhne und Gehälter steigen 2016 auch die Beitragsbemessungsgrenzen für die Kranken- und Rentenversicherung. Die neue monatliche Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Rentenversicherung (West) steigt von 6.050 Euro (2015) auf 6.200 Euro pro Monat. Die Beitragsbemessungsgrenze (Ost) klettert von 5.200 Euro (2015) auf 5.400 Euro pro Monat. Diese Anhebung hat auch Auswirkungen auf die Beiträge zu den Versorgungswerken, da diese an die Bemessungsgrenzen anknüpfen. Sie werden also analog steigen.

Neues IV: Kindergeld, Überweisungen und KfW-Förderung

Wer Kindergeld erhalten möchte, muss im Laufe des Jahres der Familienkasse seine Steuer-Identifikationsnummer und die Steuer-ID-Nummer des Kindes angeben. In der EU gelten seit 9. Dezember 2015 zudem neue Gebührenobergrenzen für Kartenzahlungen: Die Grenze beträgt 0,2 Prozent des Zahlungsbetrags bei sogenannten Debit-Karten wie etwa die EC-Karte und höchstens 0,3 Prozent bei Kreditkarten. Bei Überweisungen müssen ab Februar auch Privatleute die IBAN-Nummern und BIC-Ziffern angeben. Heizungsanlagen, die älter als 15 Jahre sind, müssen ab diesem Jahr ein „EnergieLabel“ tragen: Es informiert über den individuellen Effizienzstatus des Heizkessels und wird vom Heizungsinstallateur, Schornsteinfeger und bestimmten Energieberatern ausgestellt. Die KfW-Förderbank erweitert außerdem ihr Programm „Energieeffizient Sanieren“ um Kombinationslösungen: Wer eine Heizung austauschen oder eine Lüftungsanlage einbauen möchte, kann einen Investitionszuschuss von 15 % der förderfähigen Kosten bzw. zinsverbilligte Kredite und Tilgungszuschüsse in Höhe von 12,5 % erhalten.

Weitere Beiträge zu interessanten steuerlichen und rechtlichen Themen für Heilberufler finden Sie im Internet unter

www.vesting-stb.de