

3

Jahrgang 2018

WEG | WEISER

Weg frei für die Videosprechstunde?

In Zusammenarbeit mit  **REBMANN
RESEARCH**



Wirtz, Walter, Schmitz GmbH

**Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
Steuerberatungsgesellschaft**

Wirtz, Walter, Schmitz & Partner mbB

**Rechtsanwälte · Steuerberater
Wirtschaftsprüfer**

Inhalt

Barometer :: Seite 4 – 6

- Weg frei für Videosprechstunde?
- Finanzreserven der Kassen steigen auf rund 21 Mrd. €
- Bürokratische Belastung in den Praxen nimmt weiter zu

Talk :: Seite 6 – 7

- Studie: Digitalisierung bietet enormes Einsparpotenzial
- Frist zur Anbindung an die Telematikinfrastruktur wird erneut verlängert

Fachrichtung :: Seite 7 – 9

Hausärzte

- Preise für Einzelpraxen ziehen an

Unfallchirurgen

- Honorare aus Unfallversicherung steigen

Urologen/Gynäkologen

- Kassen übernehmen Kosten für Beckenbodenkurs-App

Psychotherapeuten

- Weg frei für die systemische Therapie sowie zusätzliche Therapiezeit für Menschen mit mentalem Handicap

Zahnärzte

- Einzelpraxen weiterhin hoch im Kurs

Regional :: Seite 9 – 11

- Baden-Württemberg: Vorreiter bei der Telemedizin
- Nordrhein: Vertrag über neurologisches Experten-Telekonsil

International :: Seite 11

- EU-Kommission attestiert dem deutschen Gesundheitssystem Effizienzpotenziale

Trend :: Seite 11 – 12

- Ärztemonitor zeigt hohe Gewaltbereitschaft gegenüber Ärzten auf
- Verkauf von HIV-Selbsttests angelaufen

Steuern, Recht & Betriebswirtschaft :: Seite 12 – 17

- Kontenabrufverfahren: (Finanz-)Behörden können Bankdaten abrufen :: 12
- Keine Grunderwerbsteuer für Einbauküche und Markisen :: 13
- Ordnungsgemäße Buchführung: EC-Karten-Umsätze in der Kasse bleiben ein formeller Mangel :: 13
- Pflegekosten: Welche Steuerentlastung der Fiskus gewährt :: 14
- Delegation von Routineuntersuchungen: (Labor-)Arzt ist gewerblich tätig :: 14
- Stundenzettel: Ehegattenarbeitsverhältnis muss ausreichend belegt werden :: 15
- Widerruf der Approbation als Zahnarzt wegen Steuerhinterziehung :: 15

Impressum

WEGWEISER ist eine Co-Produktion von WWS und der REBMANN RESEARCH GMBH & CO KG. Ziel der quartalsweise erscheinenden Publikation ist es, die niedergelassenen Heilberufler über relevante ökonomische, rechtliche und steuerliche Entwicklungen in komprimierter Form zu informieren und damit eine zusätzliche Hilfestellung für das Praxismanagement zu geben. WWS ist dabei für die steuerlichen, rechtlichen und insbesondere medizinrechtlichen Hinweise verantwortlich, während REBMANN RESEARCH auf ökonomische Marktanalysen im Bereich der Heilberufe spezialisiert ist (siehe hierzu auch www.rebmann-research.de). Die Angaben in diesem WEGWEISER erfolgen nach sorgfältiger Prüfung und nach bestmöglichem Wissen. Die Herausgeber haften nicht für deren Richtigkeit und für Schäden nur dann, wenn diese auf Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zurückzuführen sind.

Wenden Sie sich bei Rückfragen bitte an:

WWS Wirtz, Walter, Schmitz GmbH

Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
Steuerberatungsgesellschaft
Wilhelm-Strauß-Straße 45-47
41236 Mönchengladbach
Telefon: 02166 971-0
Telefax: 02166 971-200
E-Mail: info@wws-mg.de

Liebe Leserinnen und Leser unseres Wegweisers,

ein aufregendes Jahr 2018 neigt sich dem Ende zu.

*Sei es der Brexit, das Weiße Haus mit seinen
Personalkapriolen, die Affäre Maassen oder auch
das inzwischen sprichwörtliche „WM-Debakel“ ...
– ganz schön aufregend war's.*

*Zum Jahresende sollten wir innehalten, etwas Ruhe
tanken und hoffen, dass auch die heißblütigen
„großen“ Akteure einen kühlen Kopf bewahren.*

*Wir alle wünschen Ihnen einige besinnliche Tage und
einen optimistischen Blick in das Jahr 2019.*

Ihre WWS



Dr. Axel Knoth
Wirtschaftsprüfer,
Steuerberater



Josef Heithausen
Steuerberater



Richard Neuen
Steuerberater



Detlef Krapohl
Steuerberater



Christof Büchler
Steuerberater



Torsten Lambertz
Wirtschaftsprüfer,
Steuerberater



Dr. Stephanie Thomas
Rechtsanwältin, Steuerberaterin,
Fachanwältin für Steuerrecht



Rolf Milla
Rechtsanwalt



Oliver Weger
Rechtsanwalt,
Fachanwalt für Medizinrecht



Rebekka De Conno
Rechtsanwältin,
Fachanwältin für Arbeitsrecht



Jil-Stella Peters
Steuerberaterin

Barometer

Das Barometer zeigt wichtige Daten, die im letzten Quartal im Zusammenhang mit Haus-, Fachärzten, Zahnärzten sowie Apothekern und im stationären Bereich veröffentlicht wurden. Sie fundieren die Beratung und erlauben eine bessere Einschätzung der aktuellen ökonomischen Entwicklung in dieser Branche.

Weg frei für Videosprechstunde?

Bereits seit April 2017 haben die deutschen Praxen die Möglichkeit, Videosprechstunden durchzuführen. Trotzdem haben die Ärzte hiervon bislang so gut wie keinen Gebrauch gemacht. Die Gründe hierfür sind vielfältig. Mit der Aufhebung des Verbots der ausschließlichen Fernbehandlung im Mai 2018 durch den 121. Ärztetag in Erfurt wurde eine der größten Hürden für die Online-Sprechstunde aus dem Weg geräumt. Mittlerweile haben fast alle Landesärztekammern eine entsprechende Änderung ihrer Weiterbildungsordnung umgesetzt und damit für Rechtssicherheit gesorgt. Doch, obwohl die berufsrechtlichen Voraussetzungen nun in den meisten Ländern (in Kürze) mit dem Inkrafttreten der jeweiligen Landesweiterbildungsordnungen gegeben sind, ist die Behandlung im Rahmen des persönlichen Arzt-Patienten-Kontakts weiterhin der Regelfall. Ferner setzen die im Einheitlichen Bewertungsmaßstab fixierten Reglementierungen dem digitalen Angebot bislang viel zu enge Grenzen – u. a. hinsichtlich der erlaubten Indikationen.

Die gegenwärtige Vergütung der Videosprechstunde unterteilt sich in eine Technik- und Förderpauschale zur Abdeckung der Aufwendungen für den Videodienst und in die Abrechnung der tatsächlichen Arzt-Patienten-Kontakte. Der Technik- und Förderzuschlag liegt aktuell bei 4,26 € (GOP 01450, Bewertung 40 Punkte) pro Quartal für maximal 50 Videosprechstunden. Das heißt monatlich hat der Arzt maximal 71 € für die Bezahlung des Videodiensteanbieters zur Verfügung. Je nach Softwareanbieter und Zahl der erbrachten Online-Sprechstunden kann dies zu Kostenunterdeckungen führen. Es gilt also, die Preise, Angebote und Laufzeiten vorab genau zu vergleichen (vgl. Infobox).

Technische Ausstattung für die Videosprechstunde

Zur Grundausrüstung der Videosprechstunde gehören für die Praxen wie auch für die Patienten Bildschirm, Kamera, Mikrofon, Lautsprecher sowie ein Internetzugang. Patienten haben meistens zusätzlich die Möglichkeit, über die entsprechende Anbieter-App zu kommunizieren. Die virtuellen Konsultationen dürfen nur über einen zertifizierten Anbieter erfolgen, der für die gesamte Übertragung eine Ende-zu-Ende-Verschlüsselung garantieren kann.

Eine aktuelle Liste über die zertifizierten Videosprechstundenanbieter einschließlich der Produktpreise finden Sie unter: www.atlas-medicus.de/videosprechstunde

Hinzu kommt, dass auch die Vergütung der Videosprechstunde im Einheitlichen Bewertungsmaßstab angesichts des organisatorischen Mehraufwands bislang kaum kostendeckend sein dürfte. Die Erstattungen für die Online-Konsultationen sind Inhalt der Versicherten- bzw. Grundpauschale und folglich nicht gesondert berechnungsfähig. Für Versicherte, die in einem Quartal die Praxis nicht besucht haben, kann der Mediziner analog dem telefonischen Arzt-Patienten-Kontakt nach GOP 01439 (Bewertung 88 Punkte) abrechnen. Sie ist einmal im Behandlungsfall geltend zu machen, sofern in den beiden vorangegangenen Quartalen mindestens ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt in der Praxis stattfand und in Letzterer auch die Erstbegutachtung erfolgte.

Es ist offensichtlich, dass sich die gegebenen Rahmenbedingungen eher kontraproduktiv auf das Videosprechstundenangebot auswirken. Um mehr Ärzte für den neuen Service begeistern zu können, wird die Politik die Anreize erhöhen müssen. Bessere Vergütungen des telemedizinischen Angebots sind hierbei ebenso von Nöten wie die Möglichkeit der Erstellung von elektronischen Rezepten sowie Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und die abschließende Klärung rechtlicher Fragen (z. B. bezüglich der Haftung).

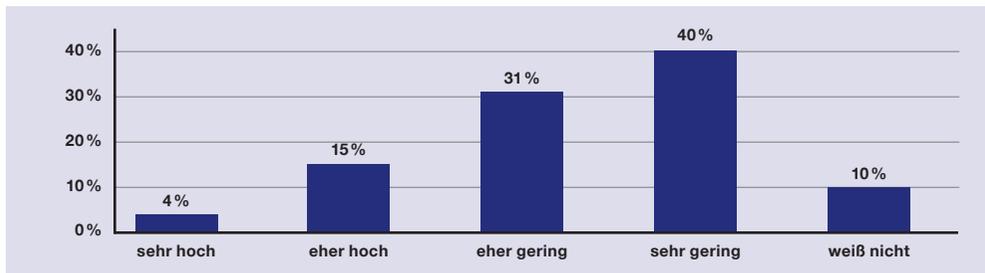
Mit dem vor Kurzem verabschiedeten Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG), das Anfang 2019 in Kraft tritt, ergibt sich nun die Chance, zumindest einige Hindernisse aus dem Weg zu räumen. Die Beschränkung der Online-Sprechstunde auf die bisher eng begrenzte Zahl an Indikationen soll entfallen. Künftig liegt es somit allein im Ermessen des behandelnden Arztes, in welchen Fällen er (in Absprache mit dem Patienten) eine Videosprechstunde für sachgerecht und medizinisch vertretbar hält. Eine entsprechende Anpassung hat durch den Bewertungsausschuss mit Wirkung zum 1.4.2019 zu erfolgen. Dabei sind die Besonderheiten bei der Versorgung von Pflegebedürftigen in Heimen oder der häuslichen Umgebung (durch entsprechende Zuschläge zur Videosprechstunde für Fallkonferenzen mit der Pflegekraft) sowie jene bei der psychotherapeutischen Versorgung zu berücksichtigen. Die bereits im einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) enthaltenen Fallkonferenzen (z. B. bei der Palliativversorgung oder beim Mammografie-Screening) dürfen künftig ebenfalls digital erbracht und entsprechend abgerechnet werden.

Und nicht zuletzt werden Videosprechstunden und Online-Fallkonferenzen für Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen bei Kooperationen nach § 119b SGB V auch auf den zahnärztlichen Bereich ausgeweitet. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband haben eine Vereinbarung zu den technischen Vorgaben und zur sicheren Durchführung der digitalen Leistungen zu treffen. Der Bewertungsausschuss Zahnärzte hat dann den Auftrag, die neuen Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen abzubilden.

Nun bleibt zu hoffen, dass der Bewertungsausschuss endlich eine geeignete finanzielle Grundlage für die Durchführung der Videosprechstunden schafft. Doch selbst dann ist fraglich, ob mehr

Ärzte von der neuen digitalen Möglichkeit Gebrauch machen werden. Wie das vor Kurzem veröffentlichte Praxisbarometer Digitalisierung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung belegt, sind nur rund 19% der Ärzte vom Nutzen der Videosprechstunde für die Patienten überzeugt (vgl. Abb. 1).

Abb. 1 – Einschätzung des Nutzens von Online-Sprechstunden durch die Ärzte



Quelle: KBV, Praxisbarometer Digitalisierung 2018 Grafik: REBMANN RESEARCH

Mit der Einführung des E-Rezepts, das Bundesgesundheitsminister Jens Spahn nun voranbringen möchte, wird sich der Nutzen für die Patienten mit Sicherheit erhöhen, da ihnen dadurch in einigen Fällen tatsächlich der Weg in die Praxis erspart bleiben kann. Als sicher gilt jedoch, dass die virtuelle Sprechstunde die Untersuchung und Behandlung bzw. die menschliche Interaktion in der Arztpraxis niemals vollständig ersetzen kann, sondern im besten Falle nur eine sinnvolle Ergänzung dazu bietet.

Finanzreserven der Kassen steigen auf rund 21 Mrd. €

Einer aktuellen Pressemitteilung des Bundesgesundheitsministeriums zufolge haben die gesetzlichen Krankenkassen im 1. bis 3. Quartal des Jahres 2018 ein weiteres Plus in Höhe von rund 720 Mio. € erzielt. Die Finanzreserven der Kassen erreichten demzufolge ein neues Rekordhoch von mehr als 21 Mrd. €. Im Durchschnitt lag die Finanzreserve pro Kasse bei etwa 1,1 Monatsausgaben – und damit bei mehr als dem Vierfachen der gesetzlich vorgesehenen Mindestreserve (25% einer durchschnittlichen Monatsausgabe).

- Die Einnahmen stiegen in diesem Zeitraum um 3,4% auf rund 180,6 Mrd. €. Die Leistungsausgaben inkl. Verwaltungskosten wuchsen mit ca. 3,8% wie im ersten Halbjahr. Die Zahl der Versicherten erhöhte sich um knapp 0,8%.
- Die Ausgaben in ausgewählten Leistungsbereichen entwickelten sich wie folgt (zum Teil sind Schätzwerte enthalten):
 - Arzneimittelausgaben 3,5%
 - vertragsärztliche Behandlung 2,7%

- zahnärztliche Behandlung 2,5%
- Zahnersatz 1,1%
- Krankenhausbehandlung 2,9%
- Heilmittel 10,0%
- Hilfsmittel 4,9%
- Hochschulambulanzen 20%
- Nettoverwaltungskosten der Krankenkassen 5,2%

- Die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) schnitten mit einem Überschuss von rund 920 Mio. € am besten ab, gefolgt von den Ersatzkassen mit 534 Mio. €, den Betriebskrankenkassen (BKK) mit 190 Mio. €, den Innungskrankenkassen (IKK) mit 122 Mio. € und der Knappschaft-Bahn-See (101 Mio. €). Die Landwirtschaftliche Krankenversicherung schloss in den ersten drei Quartalen 2018 mit einem Defizit von 2 Mio. € ab.
- Der Gesundheitsfonds schloss Ende des 3. Quartals 2018 mit einem saisonüblichen Ausgabenüberhang von rund 3,26 Mrd. € ab. Bis zum Ende des 2. Halbjahres ist hier ein Ausgleich durch die Einnahmen aus der Verbeitragung von Sonderzahlungen wie Weihnachts- und Urlaubsgeldzahlungen sowie aus den Rentenanpassungen zur Jahresmitte zu erwarten.

Im Vergleich zum Vorjahr (4,3%) stiegen die Ausgaben für ärztliche Behandlung nur moderat. Dieser Effekt lässt sich jedoch dadurch erklären, dass im Jahr 2017 die Honorarabschlüsse bei einigen Kassenärztlichen Vereinigungen besonders hoch waren. Grund war die sog. „Konvergenzregelung“, die mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz eingeführt wurde. Ihr zufolge war im Jahr 2017 eine einmalige Angleichung der vertragsärztlichen Honorare (in Form einer basiswirksamen Anhebung) in all jenen KVen vorzunehmen, deren Werte bei der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV) je Versicherten bislang unter dem Bundesdurchschnitt gelegen hatten.

Bürokratische Belastung in den Praxen nimmt weiter zu

Der bürokratische Aufwand für niedergelassene Ärzte, Psychotherapeuten und ihre Angestellten hat sich im Vergleich zum Vorjahr trotz des großen Engagements bei der Selbstverwaltung leicht um 0,6% erhöht. Dies geht aus dem aktuellen Bürokratieindex (BIX) 2018 der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) hervor. Der dieses Jahr zum dritten Mal erhobene BIX erfasst die Belastung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten durch Verwaltungsaufgaben bedingt durch Vorgaben der gemeinsamen Selbstverwaltung.

- Eine Negativentwicklung gibt es laut BIX durch 16 im Jahr 2018 neu hinzugekommene Informationspflichten, während lediglich drei Vorgaben entfielen. Somit müssen die Niedergelassenen im aktuellen Jahr insgesamt 395 Informationspflichten nachkommen.
- Im Vergleich zum Vorjahr liegt der zusätzliche bürokratische Aufwand für die Niedergelassenen bei fast 323.000 Stunden. Insgesamt summiert sich die bürokratische Belastung

durch Vorgaben der Selbstverwaltung auf Bundesebene im Jahr 2018 auf 54,49 Mio. Nettoarbeitsstunden bzw. auf Nettokosten in Höhe von 2,47 Mio. €. Im Durchschnitt liegt der bürokratische Aufwand für jede Praxis im laufenden Jahr bei rund 60 Arbeitstagen.

- Spitzenreiter beim bürokratischen Aufwand sind nach wie vor die Überweisungen mit 200,6 Mio. Fällen und rund 6 Mio. Stunden. Auf Platz 2 liegen die Auskünfte an Krankenkassen und Medizinischen Dienst auf vereinbarten Vordrucken (26,6 Mio. Fälle; 5,7 Mio. Stunden) gefolgt von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen auf Muster 1 und die Prüfung der genauen Umstände und Ausnahmetatbestände (80,2 Mio. Fälle; 4,9 Mio. Stunden). Eine starke Entlastung ergab sich bei der Informationspflicht „Erhebung von Daten im Ersatzverfahren“ bei Patienten, die ohne elektronische Gesundheitskarte in die Praxis kommen, sowie durch den Entfall der „Überweisung zum Durchgangsarzt“ und des „Behandlungsausweises“ für Opiatabhängige.

Hauptursache für die steigende bürokratische Belastung ist laut KBV die Zunahme der jährlichen Fallzahlen, die wiederum der demografischen Entwicklung geschuldet ist. Ferner weist die KBV darauf hin, dass zu den im BIX erfassten Pflichten weitere gesetzliche Bundesvorgaben hinzukommen. Da nur rund 25 % der bürokratischen Aufgaben an Medizinische Fachangestellte übertragen werden können, gehen die zunehmenden Verwaltungsaufgaben direkt zulasten der Zeitressourcen, die Ärzte für ihre Patienten zur Verfügung haben. In der Vergangenheit wurde immer wieder kritisiert, dass insbesondere das Gespräch mit den Patienten hierunter leidet. Die KBV fordert deshalb von den Krankenkassen ein verbindliches Abbauziel für Bürokratie von 25 % nach dem Vorbild der Bundesregierung beim Bürokratiekostenindex der Wirtschaft.

Talk

Talk kommentiert gesundheitspolitische Entscheidungen und Diskussionen, die für alle Fachrichtungen relevant sind. Das Wissen um diese aktuellen Rahmenbedingungen ist oft ein zentraler Erfolgsfaktor für alle managementrelevanten Entscheidungen.

Studie: Digitalisierung bietet enormes Einsparpotenzial

Durch den Einsatz digitaler Instrumente hätten im deutschen Gesundheitswesen allein in diesem Jahr bis zu 34 Mrd. € – und damit rund 12 % des geschätzten Gesamtaufwands für 2018 (rund 290 Mrd. €) – eingespart werden können. Zu diesem Ergebnis kommt eine aktuelle Studie des Beratungsunternehmens McKinsey in Zusammenarbeit mit dem Bundesverband Managed Care (BMC e.V.). Zu diesem Zweck untersuchten die Autoren den kostensenkenden Effekt von insgesamt 26 Gesundheitstechnologien innerhalb von sechs Kategorien (vgl. Abb. 2). Bei der Studie zeigte sich,

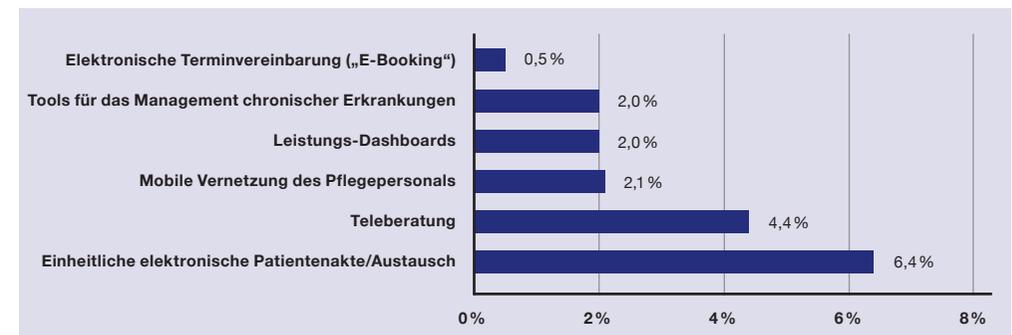
dass sich über die Hälfte des Einsparpotenzials (51 %) allein auf 6 der insgesamt 26 untersuchten Technologien zurückführen lässt (vgl. Abb. 3).

Abb. 2 – Kostensenkungspotenzial 2018 nach Kategorie (in Mrd. €)



Quelle: McKinsey 2018 Grafik: REBMANN RESEARCH

Abb. 3 – Einsparpotenzial digitaler Instrumente (je Top 1 der Kategorie aus Abb. 3, in Mrd. €)



Quelle: McKinsey 2018 Grafik: REBMANN RESEARCH

Insgesamt zeigte sich, dass die Einsparpotenziale sowohl auf eine Verbesserung der Effizienz als auch auf eine sinkende Leistungsnachfrage (u. a. durch den Entfall von Doppeluntersuchungen und die Verbesserung der Behandlungsqualität/weniger Folgeschäden) zurückzuführen sind. Bei der Betrachtung der verschiedenen Leistungserbringer ergaben sich für den stationären Sektor Einsparmöglichkeiten in Höhe von 15,8 Mrd. € und 15,1 Mrd. € für den niedergelassenen Bereich. Hiervon entfielen 6,2 Mrd. € auf die hausärztliche und 8,9 Mrd. € auf die fachärztliche Versorgung.

Obwohl die Leistungserbringer laut Studie mit rund 70 % des erreichbaren Nutzens die größten Profiteure der Digitalisierung sind, bestehen hier gegenüber den neuen Technologien oft noch

beträchtliche Vorbehalte. Dies ist durchaus verständlich, da weder Politik noch Selbstverwaltung bislang eine befriedigende Digitalisierungsstrategie erarbeitet haben. Die Verzögerungen der Bereitstellung der Telematikinfrastruktur-Komponenten durch die Industrie, die Unsicherheiten bezüglich der Schnittstellen mit den Praxisverwaltungssystemen, die teilweise fehlende Rechtssicherheit sowie Sorgen bezüglich der Sicherheit der Patientendaten und eine unzureichende Honorierung legen die Vermutung nahe, dass die Digitalisierung für die Arztpraxen bislang nicht nur aus finanzieller Sicht ein „Draufzahlgeschäft“ darstellt, sondern auch – statt der erhofften zeitlichen Einsparungen – mit einem administrativen Mehraufwand einhergeht.

Frist zur Anbindung an die Telematikinfrastruktur wird erneut verlängert

Mit dem 2016 in Kraft getretenen E-Health-Gesetz wurde die flächendeckende Anbindung an die Telematikinfrastruktur (TI) aller Arzt- und Psychotherapiepraxen sowie Krankenhäuser durch den Gesetzgeber beschlossen. Für Ärzte und Psychotherapeuten galt bisher eine verbindliche Anschlussfrist zum 31.12.2018. Jetzt wurde die Frist durch den Gesundheitsminister Jens Spahn um ein halbes Jahr nach hinten verschoben – neue Deadline ist der 30.6.2019.

Mit der Verlängerung der Frist reagierte der Gesundheitsminister auf den in letzter Zeit immer stärker gewordenen Druck der Ärzteschaft bzw. der Kassenärztlichen Vereinigungen. Diese hatten wiederholt auf die bestehenden Lieferengpässe der Industrie hingewiesen, die dazu führten, dass von den ungefähr 150.000 Arzt- und Psychotherapiepraxen nicht einmal die Hälfte an die TI angebunden sind. Die verbindliche Bestellfrist für die TI-Komponenten wurde ebenfalls um drei Monate auf Ende März 2019 verlängert.

Eine aktuelle Übersicht über die verfügbaren TI-Komponenten und Preise finden Sie unter www.atlas-medicus.de/ti-komponenten.

Für den Start des Versichertenstammdatenmanagements (VSDM) gilt der 1.7.2019. Das VSDM soll künftig beim Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) in der Praxis automatisch prüfen, ob der Versicherte noch bei der angegebenen Krankenkasse versichert ist. Ferner werden Änderungen der Versichertendaten (wie z. B. Adresse, Name) automatisch auf dem Chip der Karte vorgenommen. Die Praxen müssen also spätestens Ende Juni 2019 alle erforderlichen Installationen vorgenommen haben und über eine funktionierende TI verfügen. Der Antrag zur Fristverlängerung wurde mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) am 9.11.2018 vom Bundestag verabschiedet.

Fachrichtung

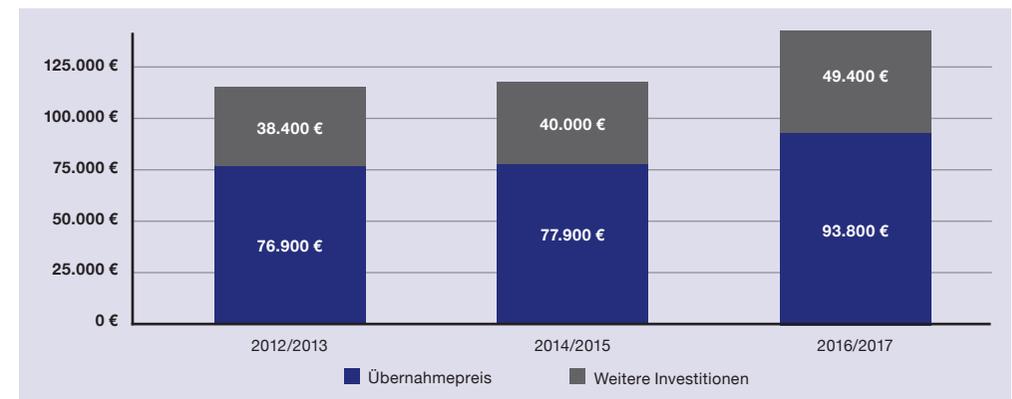
Fachrichtung geht ins Detail und zeigt Veränderungen auf, die eine ganz spezielle Fachrichtung oder die Meinung der oft starken Fachrichtungslobby betreffen. Dadurch wird die Gesamtbranche weiter segmentiert und somit auf spezielle Chancen sowie Risiken innerhalb einzelner Marktsegmente hingewiesen.

HAUSÄRZTE

Preise für Einzelpraxen ziehen an

Hausärzte erzielen beim Verkauf ihrer Einzelpraxis höhere Werte als noch vor zwei Jahren. Dies geht aus der aktuellen Existenzgründungsanalyse der Deutschen Apotheker- und Ärztebank (apoBank) sowie des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung (Zi) hervor, die auf rund 800 Stichproben basiert. Lag der durchschnittliche Kaufpreis für die Übernahme einer hausärztlichen Einzelpraxis im Jahr 2012/2013 noch bei 76.900 €, so stieg er 2016/2017 um rund 22 % auf 94.000 €.

Abb. 3 – Entwicklung der Investitionsvolumina bei Einzelpraxisübernahme!



Quelle: apoBank/Zi 2018 Grafik: REBMANN RESEARCH

Allerdings zeigte sich ein deutliches West-Ost-Preisgefälle. Abgeber einer Hausarztpraxis erzielten in Westdeutschland durchschnittlich rund 105.000 € und damit wesentlich höhere Abgabepreise als ihre ostdeutschen Kollegen, denen der Praxisverkauf nur knapp 81.000 € einbrachte. Darüber hinaus zeigte sich ein starker Zusammenhang zwischen der Einwohnerdichte des Praxisstandorts und dem Kaufpreis. Für Praxen auf dem Land lag der durchschnittliche Verkaufspreis bei nur 73.700 €. Jene in Kleinstädten und Mittelstädten erzielten durchschnittliche Preise

von 78.100 € bzw. 88.600 €, während die Verkaufspreise in der Großstadt bei 108.100 € lagen. Zusätzlich zum Kaufpreis investierten die Existenzgründer anlässlich der Einzelpraxisübernahme durchschnittlich 49.400 € in medizinisch-technische Geräte, die Praxiseinrichtung, die EDV und/oder Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen, was bundesweit zu einer durchschnittlichen Gesamtinvestition in Höhe von 143.000 € führte. Damit war die Übernahme einer Einzelpraxis die teuerste Alternative unter den verschiedenen Existenzgründungsformen, gefolgt vom Beitritt in eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) mit einer durchschnittlichen Gesamtinvestition in Höhe von 130.700 € und der Einzelpraxisneugründung mit 127.000 €.

Wie die Analyse weiter belegt, war die Übernahme einer Einzelpraxis – trotz des damit verbundenen hohen Investitionsbedarfs – mit 52 % die bei den Hausärzten beliebteste Form der Existenzgründung. Ein Anteil von 36 % der hausärztlichen Existenzgründer entschieden sich für eine Berufsausübungsgemeinschaft (Neugründung, Übernahme oder Überführung, Eintritt und Beitritt in eine BAG) und jeweils 6 % für die Neugründung einer Einzelpraxis oder eine sonstige Existenzgründungsform (wie z.B. ein MVZ oder eine Praxisgemeinschaft). Wie sich auch aus den Praxispreisen ableiten lässt, lagen die Großstädte hinsichtlich der Beliebtheit bei der Niederlassung mit 38 % vorn, gefolgt von den Mittelstädten (26 %) und den Kleinstädten (25 %). Das Schlusslicht mit nur 11 % bildeten die Niederlassungen auf dem Land. Entgegen der allgemeinen Erwartungen zeigte die Analyse jedoch, dass sich gerade die Hausärzte der jüngsten Altersgruppe (bis 35 Jahre) häufiger auf dem Land niederlassen (16 %) als ihre älteren Kollegen (rund 10 %).

Aus der Analyse lassen sich mit Blick auf den hausärztlichen Nachwuchs positive Schlüsse ziehen. Erstens entscheiden sich deutlich mehr junge Hausärzte als gedacht für eine Niederlassung auf dem Land. Zweitens stehen die tendenziell steigenden Übernahmepreise für eine Erhöhung der Nachfrage und sorgen gleichzeitig für positive Signale beim ärztlichen Nachwuchs. Es besteht jedoch kein Anlass zur Entwarnung. So zeigt sich, dass die Präferenzen der niederlassungswilligen Hausärzte nach wie vor eindeutig in Gebieten mit hoher Bevölkerungsdichte liegen. Zweitens gibt es im hausärztlichen Bereich ein grundlegendes Nachwuchsproblem. Viele Hausärzte haben deshalb unverändert große Probleme bei der Nachfolgersuche.

UNFALLCHIRURGEN

Honorare aus Unfallversicherung steigen

Seit dem 1. Oktober sind die ärztlichen Honorare in der gesetzlichen Unfallversicherung (UV-GOÄ) gestiegen. Nachdem 2017 bereits eine Anhebung der Honorare um 8 % erfolgte, wird nun mit der Erhöhung um weitere 3 % die zweite Stufe der 2017 beschlossenen linearen Gebührenerhöhung von insgesamt 18 % umgesetzt. Jeweils zum 1.10.2019 bzw. 2020 sind weitere Steigerungen von jeweils 3 % vorgesehen. Dabei erfolgen die Erhöhungen basiswirksam, sodass die Steigerung insgesamt 18 % beträgt.

Vor allem jene Leistungen, die bereits in den vorausgegangenen Jahren spürbar erhöht wurden, fallen nicht unter die Erhöhung (z.B. Gutachtergebühren, Schreibgebühren, Gebühren für die Hautkrebsbehandlung, Zuschläge für das ambulante Operieren und für ambulante OP-Leistungen). Die neue Gebührenordnung ist unter http://www.kbv.de/media/sp/UV_GOAE.pdf abrufbar.

UROLOGEN/GYNÄKOLOGEN

Kassen übernehmen Kosten für Beckenbodenkurs-App

Das Start-up-Unternehmen Temedica aus München hat eine App zum Beckenbodentraining bei Blasenschwäche entwickelt, deren Kosten als Präventionsleistung von vielen gesetzlichen Krankenkassen ganz oder teilweise erstattet werden. Auskunft über den Erstattungsumfang der jeweiligen Kasse gibt die Website www.pelvina.de. Die App mit dem Namen pelvina, die gemeinsam mit Ärzten und Physiotherapeuten entwickelt wurde, ist im Apple App Store, im Google Play Store sowie in jeder deutschen Apotheke verfügbar. Der zugrunde liegende zertifizierte Präventionskurs umfasst 16 Module mit über 100 Erklärvideos und PDF-Dokumenten. Die App basiert auf den drei Bausteinen Wissen, Wahrnehmung und Kräftigung. Gesundheits-Apps zählen zu den Wachstumssegmenten in der Start-up-Welt. Der Markt ist dabei sehr unübersichtlich. Insgesamt soll es bereits mehr als 100.000 Apps im Bereich Gesundheit und Medizin geben, von denen viele einen eher zweifelhaften Nutzen haben und/oder datenschutzrechtliche Probleme aufwerfen. Zertifizierte und nach dem Medizinproduktegesetz zugelassene medizinische Apps und mobile Online-Programme, die Unterstützung bei der Therapie oder Diagnostik leisten, sind noch relativ selten.

PSYCHOTHERAPIE

Weg frei für die systemische Therapie sowie zusätzliche Therapiezeit für Menschen mit mentalem Handicap

Nachdem sich der wissenschaftliche Beirat Psychotherapie bereits vor zehn Jahren für die Anerkennung der systemischen Therapie eingesetzt hat, ist nun endlich der Weg frei für eine vierte Richtlinienbehandlung für gesetzlich Krankenversicherte. Nach jahrelangen Beratungen hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) den Nutzen und die medizinische Notwendigkeit der systemischen Therapie im Psychotherapieverfahren bei Erwachsenen anerkannt. Damit ist die Voraussetzung für die Aufnahme des Therapieverfahrens in die Psychotherapie-Richtlinie geschaffen. Bevor die neue Leistung den gesetzlich Krankenversicherten jedoch tatsächlich angeboten werden kann, sind noch Details, u.a. bezüglich des Behandlungsumfangs, festzulegen. Der unabhängige G-BA-Vorsitzende Josef Hecken möchte nach den jahrelangen Verzögerungen nun „Tempo machen“ und dafür sorgen, dass das weitere Verfahren in rund neun Monaten abgeschlossen ist. Der Antrag auf Methodenbewertung lag bereits seit Februar 2013 vor; somit hat der G-BA die gesetzlich vorgeschriebene Frist für die Bearbeitung deutlich überschritten.

Eine weitere aktuelle Änderung gibt es bei der Psychotherapie von Patienten mit mentalem Handicap. Dank einer Ergänzung der entsprechenden Richtlinie durch den G-BA vom 18.10.2018 haben diese Patienten künftig das Recht auf zusätzliche Therapiezeiten zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung. Im Einzelnen ergeben sich für Patienten mit einer Diagnose entsprechend des Abschnitts „Intelligenzstörung“ (F70-F79) nach der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) folgende zusätzliche Ansprüche:

- Anspruch auf bis zu zehn psychotherapeutische Sprechstundeneinheiten je Krankheitsfall; bislang waren bei Erwachsenen maximal sechs Sprechstunden je Krankheitsfall als Einzelbehandlung (mindestens 25 Minuten; insgesamt bis zu 150 Minuten) erlaubt sowie bei Kindern und Jugendlichen maximal 10 Sprechstundeneinheiten (insgesamt bis zu 250 Minuten)
- Erweiterte Möglichkeiten, Bezugspersonen in die ambulante Therapie miteinzubeziehen im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde, der Probatorik und der Rezidivprophylaxe

Die geänderte Richtlinie berücksichtigt die besonderen Belange und Bedürfnisse von Menschen mit einer geistigen Behinderung. So bestehen laut G-BA bei dieser Patientengruppe häufig „spezifische Bedingungen bei der Wahrnehmung, der Problemerkennung, der Problemlösung und -umsetzung sowie der Beziehungsgestaltung und ggf. notwendigen Unterstützung im Alltag.“ Dies kann auch für erwachsene Patienten die Einbeziehung wichtiger Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld erfordern. Die Richtlinie trägt dem hiermit verbundenen erhöhten Zeitbedarf bei der Diagnostik und Therapie Rechnung.

ZAHNÄRZTE

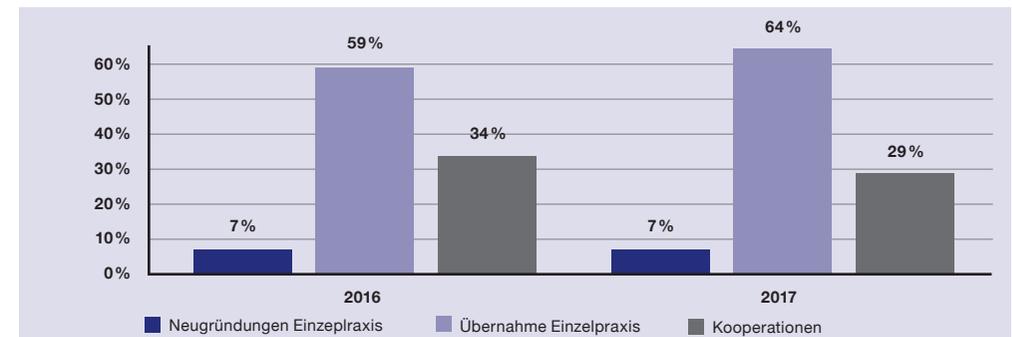
Einzelpraxen weiterhin hoch im Kurs

Nach Angaben der aktuellen „Existenzgründungsanalyse Zahnärzte 2017“ der Deutschen Apotheker- und Ärztebank (apoBank), bleibt die Einzelpraxis unverändert der beliebteste Weg in die Selbstständigkeit. Demzufolge war die Übernahme einer Einzelpraxis 2017 mit einem Anteil von 64 % die häufigste Form der zahnärztlichen Niederlassung. Am seltensten entschieden sich die Zahnärzte für die Neugründung einer Einzelpraxis. Dieser Anteil lag wie bereits 2016 bei 7 %. Die Übernahme einer Einzelpraxis ist (auf Kosten der Übernahme als Berufsausübungsgemeinschaft) im Vergleich zu 2016 um immerhin 5 % gestiegen.

Zu beobachten ist, dass die Existenzgründer häufiger zu größeren Praxisstrukturen tendieren, um in der Zukunft die Möglichkeit zu haben, weitere Kollegen anzustellen. Im Jahr 2017 gab es bereits 11.028 angestellte Zahnärzte. Das entspricht 17,8 % der zahnärztlich tätigen Zahnärzte insgesamt. Die Analyse zeigt außerdem, dass die Neugründung einer Einzelpraxis die teuerste Art der zahnärztlichen Existenzgründung ist. Im Jahr 2017 investierten Zahnärzte hierbei durchschnittlich 441.000 €. Die Übernahme einer Einzelpraxis ist im Vergleich deutlich günstiger. Im Durchschnitt

lagen die Kosten bei der Übernahme bei 309.000 € (184.000 € Übernahmepreis, 125.000 € zusätzliche Investitionen). Am günstigsten ist erwartungsgemäß die Praxis auf dem Land. Dagegen ist die Mittelstadt der teuerste Ort der Wahl. Darüber hinaus fallen die Kosten in den östlichen Bundesländern deutlich geringer aus als im Süden und Westen.

Abb. 4 – Anteil der Einzelpraxen bei der zahnärztlichen Existenzgründung



Quelle: apoBank Existenzgründungsanalyse 2017 Grafik: REBMANN RESEARCH

Regional

Neben fachrichtungsspezifischen Kenntnissen sollten auch regionale Besonderheiten zur Kenntnis genommen werden, bevor es zu einschneidenden ökonomischen Entscheidungen kommt. Regional stellt den Fokus auf die einzelnen KV-/KZV-Bezirke ein und zeigt die Veränderungen auf.

Baden-Württemberg: Vorreiter bei der Telemedizin

Baden-Württemberg schreitet bei der Umsetzung der Videosprechstunde weiter voran. Seit dem 17. Oktober beschränkt sich die Online-Sprechstunde nicht mehr auf die beiden Modellregionen (Landkreis Tuttlingen und Stadt Stuttgart), sondern steht landesweit allen Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung offen. Damit nimmt das Bundesland eine Vorreiterrolle ein. Ziel ist die Verbesserung der Versorgung insbesondere in ländlichen Gebieten bei gleichzeitiger Entlastung der Krankenhausnotaufnahmen. Das Projekt ist Bestandteil der Digitalisierungsstrategie des Bundeslandes, die auch andere Branchen umfasst. Nach Abschluss ist eine Evaluation geplant, die unter anderem zu konkreten Handlungsempfehlungen für die Umsetzung der Online-Sprechstunde in die Regelversorgung münden soll.

Projektbeschreibung:

- Zugang für die Patienten: per Anruf im Callcenter unter 0711/965897 (wochentags zwischen 9 und 19 Uhr); per App (im Google Play Store und Apple App Store verfügbar) oder über die Homepage www.docdirekt.de; die Leistung ist für alle GKV-Versicherten kostenfrei
- Teleärzte: erfahrene niedergelassene Haus- sowie Kinder- und Jugendärzte
- Ablauf: speziell geschulte medizinische Fachangestellte (MFA) nehmen eine Ersteinschätzung vor. Bei Notfällen erfolgt eine direkte Weiterleitung an die Rettungsleitstelle, andere Patienten erhalten binnen 30 Minuten einen Rückruf eines Telearztes. Ist keine abschließende Klärung möglich, erhält der Patient noch am selben Tag einen Termin in einer sogenannten patientennah erreichbaren Portalpraxis (PEP-Praxis), die über eine webbasierte telemedizinische Plattform mit dem Callcenter verbunden ist
- Honorar: extrabudgetäre Pauschale von 25 € je Anruf für die Teleärzte; extrabudgetärer Fallwertschlag von 20 € pro vermittelten Patienten für die PEP-Praxis; Abrechnung der Fälle über eine Pseudo-Gebührenordnungsposition (Pseudo-GOP)
- Voraussetzung für teilnehmende Ärzte: Berufshaftpflichtversicherung mit einer Deckungssumme von mindestens 3 Mio. € zur Abdeckung der spezifischen Risiken der telemedizinischen Beratung

Darüber hinaus haben die Modellinitiatoren beschlossen, das Projekt ab dem kommenden Frühjahr um das E-Rezept zu erweitern.

Neu ist auch seit Kurzem die Möglichkeit der Ferndiagnose inkl. Beratung bei Hautproblemen via Smartphone-App. Die App wurde von Ärzten und Wissenschaftlern des Deutschen Krebsforschungszentrums, des Nationalen Centrums für Tumorerkrankungen (NCT) sowie der Universitäts-Hautklinik Heidelberg entwickelt. Patienten machen mit dem Smartphone drei Fotos ihrer betreffenden Hautstelle, die dann per „AppDoc“ (erhältlich im Apple App Store bzw. Google Play Store) automatisch an einen Teledermatologen weitergeleitet wird. Alternativ ist eine Weiterleitung des Bildes per Onlineformular auf der Website www.online-hautarzt.net möglich. Zudem muss der Nutzer einige Fragen zu möglichen Symptomen beantworten. Der Patient erhält dann innerhalb von 48 Stunden eine qualifizierte ärztliche Erstmeinung sowie eine Handlungsempfehlung. Die dermatologische Diagnose per App ist vorerst nur als Selbstzahlerleistung verfügbar. Teilnehmende Hautärzte können die Leistung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abrechnen. Die Kosten für den Patienten liegen bei 35 €. Das Projekt ist zunächst auf eine Dauer von zwei Jahren begrenzt und wird wissenschaftlich unter anderem hinsichtlich der Versorgungsqualität evaluiert.

Nordrhein: Vertrag über neurologisches Experten-Telekonsil

Seit dem 1. November steht Hausärzten in Nordrhein mit dem „ZNS-Konsil“ ein unkomplizierter Zugang zur fachlichen Expertise bei Fragen zu Krankheiten im Bereich der Neurologie bzw. des

zentralen Nervensystems (ZNS) zur Verfügung. Grundlage ist ein Vertrag zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (KVNO) in Kooperation mit dem Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN), den Berufsverbänden der Neurologen (BDN) und der Psychiater (BVDP) mit der Barmer Ersatzkasse.

Beschreibung des ZNS-Konsils:

- Teilnahmeberechtigte Patienten: Der Vertrag richtet sich ausschließlich an Barmer-Versicherte, die an einer neurologischen oder psychiatrischen Krankheit leiden, bzw. bei denen ein entsprechender Verdacht besteht. Voraussetzung ist eine schriftliche Teilnahmeerklärung
- Konsiliarärzte: Teilnahmeberechtigt sind Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Fachärzte für Neurologie. Voraussetzungen sind eine bei der KV zu beantragende Teilnahmeerklärung und die Teilnahme (mindestens einmal pro Jahr) an einem speziellen Qualitätszirkel
- Nachfragende Ärzte: Der Vertrag richtet sich insbesondere an Hausärzte
- Indikationen: Demenz, Psychosen, Parkinson, Multiple Sklerose, Kopfschmerz
- Technische Umsetzung: Die teilnehmenden Ärzte wählen einen von ihrem Berufsverband benannten Kommunikationsdienstleister und erhalten Login-Daten, die sie zur Installation des ZNS-Konsils auf ihrem Computer berechtigen. Voraussetzung ist ein Computer mit Betriebssystem Windows 7 bzw. Mac OS 10.12 oder höher und eine funktionierende Internetverbindung. Alle Fragen- und Antwort-Module des Online-Konsils sind standardisiert und wurden von einem Expertenteam nach fachlichen Leitlinien erstellt
- Datenschutz: Die Datenübertragung erfolgt vollständig verschlüsselt und wird dabei auf drei verschiedene Server aufgeteilt. Hierdurch werden personenbezogene und medizinische Daten (z. B. Laborergebnisse, MRT-Aufnahmen etc.) stets getrennt übertragen und aufbewahrt
- Funktionsweise: Die teilnehmenden Hausärzte übernehmen die Information, Beratung und Aufklärung des Versicherten sowie die Einschreibung in den Vertrag. Mithilfe eines standardisierten Fragebogens führen sie die Anamnese und Untersuchung ihres Patienten durch. Der anfragende Arzt wählt einen Experten aus, dem auch die abrechnungsrelevanten Versichertendaten übermittelt werden. Die ZNS-Experten beurteilen die digital übermittelten Befunddaten, fordern gegebenenfalls weitere Informationen und Unterlagen beim Hausarzt an und geben dann innerhalb von drei Tagen Empfehlungen zur weiteren Diagnostik und Therapie oder raten zur Vorstellung des Patienten beim Facharzt
- Vergütung: Die telekonsiliarischen Leistungen dürfen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und zusätzlich zum Regelleistungsvolumen nach folgenden Symbolnummern (SNR) über die KVNO abgerechnet werden:
 - SNR 95300 Telemedizinisches Expertenkonsil – Behandlungspauschale für den nachfragenden Arzt, maximal zweimal je Indikation im Krankheitsfall: 35 €
 - SNR 95301 Telemedizinisches Expertenkonsil – Behandlungspauschale für den Experten, maximal zweimal je Indikation im Krankheitsfall: 35 €

Die KV setzt die Technikpauschalen (SNR 95302 und 95303) automatisch dazu und überweist diese direkt an den betreffenden Kommunikationsdienstleister.

Die Vertragspartner erwarten sich vom ZNS-Konsil Vorteile für alle Beteiligten: Patienten haben (auch in ländlichen Gebieten oder bei eingeschränkter Mobilität) Zugang zu medizinischer Fachexpertise bei reduzierten Wege- und Wartezeiten. Die Qualität der Behandlung nimmt infolge der schnelleren Diagnosestellung zu. Die Krankenkasse profitiert von einer geringeren Zahl an Facharztüberweisungen und Transportkosten sowie von vermiedenen Doppeluntersuchungen. Hausärzte können ihren Patienten schnell und unkompliziert weiterhelfen und die häufig überfüllten Facharztpraxen werden entlastet. Nicht zuletzt erhalten die teilnehmenden Ärzte ein extrabudgetäres Honorar. Bei Erfolg des Modells plant die KVNO eine Ausweitung des Modells auf andere Indikationen und Krankenkassen.

Weitere Einzelheiten zum Vertrag und zur Abrechnung sowie Einschreibeformulare etc. sind der Website der KVNO zu entnehmen <https://bit.ly/2zKesoE>

International

Modelle, die sich im Ausland bewährt haben oder besonders forsche marktwirtschaftliche Gesundheitskonzepte anderer Länder, beeinflussen die Zukunft unseres eigenen Systems. Das Wissen über derartige Entwicklungen kann auch in hiesigen Praxen richtungsweisende Veränderungsprozesse initiieren.

EU-Kommission attestiert dem deutschen Gesundheitssystem Effizienzpotenziale

Eine Analyse der EU-Kommission basierend auf einem Vergleich der Gesundheitssysteme der Mitgliedsstaaten stellt Deutschland ein „durchwachsendes“ Zeugnis aus. Zwar ist der Zugang der Bevölkerung zu medizinischen Leistungen hervorragend und die Versorgungsqualität liegt ebenfalls deutlich über dem Durchschnitt der europäischen Union (EU). Dennoch deckt der Bericht auch zahlreiche Schwachstellen auf. Die hohe Zahl der Krankenhausbetten spricht für einen zu starken Fokus auf der stationären Leistungserbringung. Deutschland gibt mit 11,2% des Bruttoinlandsproduktes mehr Geld für die Gesundheitsversorgung aus als jedes andere Land in der EU. Mit Pro-Kopf-Ausgaben in Höhe von jährlich 3.996 € liegt Deutschland um 43% über dem EU-Durchschnitt; trotzdem belegt es hinsichtlich der Lebenserwartung lediglich den 18. Platz.

Allgemein kritisiert der Bericht, dass die Ressourcen im deutschen Gesundheitssystem nicht effizient genug eingesetzt würden. Beispielsweise liegen die Ausgaben für MRT-Aufnahmen um 70%

über dem EU-Durchschnitt. Des Weiteren ist Deutschland Spitzenreiter, was die Hüftimplantationen sowie die Ausgaben für nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel betrifft. Weitere Kritik gilt einem Problem, das auch die anderen EU-Staaten betrifft: Die Bürger verlassen sich zu sehr auf Therapiemöglichkeiten anstatt mehr Wert auf Prävention zu legen.

Das Wissenschaftliche Institut der PKV (WIP) relativiert die Kritik der EU-Kommission bezüglich der Effizienzpotenziale. Gemäß dem WIP müssten die unterschiedlichen Altersstrukturen der jeweiligen Gesellschaft bei einem Vergleich der Gesundheitsausgaben Berücksichtigung finden. Gesundheitsausgaben sind altersabhängig, weshalb Deutschland zur Versorgung der vergleichsweise alten Bevölkerung mehr Ressourcen aufwenden müsse als Länder mit einem geringeren Altersdurchschnitt. Ein Grund für das schlechte Abschneiden Deutschlands im EU-Vergleich könnte also sein, dass auf eine Bereinigung der Ausgaben um Altersstruktureffekte verzichtet wurde.

Zur Information

Ein Viertel des Arztbedarfs in Großbritannien wird aktuell durch Ärzte aus dem Ausland gedeckt. Laut Bundesärztekammer stammen insgesamt rund 2.000 der in Großbritannien beschäftigten Ärzte aus Deutschland. Im Jahr 2017 wanderten dorthin 44 deutsche Ärzte aus, was über drei Viertel der insgesamt 54 immigrierten Ärzte entsprach. Von den Plänen der britischen Politik, nach der Brexit-Entscheidung möglichst keine Ärzte aus dem Ausland mehr zu rekrutieren, werden daher gegebenenfalls auch viele deutsche auswanderungswillige Ärzte betroffen sein. Zumal mit Inkrafttreten der Brexit-Bestimmungen und dem damit verbundenen Entfallen der EU-Freizügigkeit auch aus der EU kommende Ärzte unter die jährliche Immigrationsobergrenze fallen könnten.

Trend

Auch Trend soll helfen, kreative Beratungsinhalte zu generieren. Visionäre Ideen aus der Welt der Heilberufler, ein besonders effizienter Einsatz der Technik oder sinnvolle Rationalisierungskonzepte werden vorgestellt.

Ärztemonitor zeigt hohe Gewaltbereitschaft gegenüber Ärzten auf

Offenbar nimmt die Gewalt in deutschen Arztpraxen zu. Einen Beleg dafür liefert der Ärztemonitor – eine von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) durchgeführte deutschlandweite Befragung von ambulant tätigen Ärzten und Psychotherapeuten. Eines der tragischsten Ereignisse der jüngsten Zeit ist der tödliche Messerangriff im August auf einen Mediziner im badischen Offenburg. Ein Blick auf die Ergebnisse des Ärztemonitors 2018 zeigt, dass es täglich zu minde-

stens 288 Fällen von körperlicher Gewalt gegen niedergelassene Ärzte und ihre Praxismitarbeiter kommt. Persönlich angegriffen oder physisch bedroht wurden 26 % der Ärzte, 4 % davon in den letzten 12 Monaten. Psychotherapeuten berichten seltener von tätlicher Gewalt, hier sind es insgesamt 18 % Betroffene und davon 2 % in den letzten 12 Monaten. Weitaus verbreiteter als körperliche Gewalt sind verbale Attacken. Laut Studie waren 39 % der Ärzte und 21 % der Psychotherapeuten in den vergangenen 12 Monaten Beschimpfungen, Beleidigungen oder verbalen Bedrohungen ausgesetzt. Der Ärztemonitor zeigt außerdem, dass größere Praxen eher von verbaler Gewalt und kleinere Praxen eher von körperlicher Gewalt betroffen sind.

Auch Rettungsdienste, Polizei, Schulen und Behörden berichten über eine steigende Gewaltbereitschaft in der deutschen Gesellschaft. Im medizinischen Bereich liegt der Anlass für Eskalationen oft in Stresssituationen - ausgelöst durch Verletzungen oder Erkrankungen und der damit verbundenen Angst und/oder Schmerzen. Auch Alkohol- und Drogenkonsum sowie psychische Krankheiten können aggressives Verhalten begünstigen. Neben direkten Angriffen in der Praxis kommt es immer häufiger zu Diffamierungen von Ärzten im Internet. Diese sind deshalb problematisch, weil sie sich rasend schnell verbreiten und im Internet unwiderruflich verfügbar sind. Angesichts der Entwicklung gewalttätiger Übergriffe in Arztpraxen häufen sich die Forderungen nach härteren Strafen für die Aggressoren.

Ärzte und ihr Praxispersonal fallen nicht unter das im Mai 2017 geänderte Gesetz, das den Schutz von Vollstreckungsbeamten und Rettungskräften stärkt und tätliche Angriffe unter ein höheres Strafmaß stellt. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Bundesärztekammer fordern deshalb einen besseren Schutz für alle Ärzte und Angehörigen von Gesundheitsberufen.

Verkauf von HIV-Selbsttests angelaufen

Nachdem der Bundesrat grünes Licht für den freien Verkauf von HIV-Selbsttests gegeben hat, ist die geänderte Medizinprodukte-Abgabeverordnung mit der Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt am 28.9.2018 in Kraft getreten. Damit ist der Weg frei für den Verkauf der Tests in Apotheken, Drogerien und im Online-Handel – ohne ärztliche Verordnung. Um die Akzeptanz des niedrigschwelligen Angebots zu verbessern, hat das Bundesgesundheitsministerium in Zusammenarbeit mit dem Paul-Ehrlich-Institut eine gemeinsame Online-Plattform (www.pei.de/hiv-selbsttests) geschaffen, die eine Fülle von Informationen, u. a. zur Auswahl geeigneter Produkte sowie zu Beratungsangeboten und dem Umgang mit einem positiven Testergebnis, bietet. Hilfestellung und Informationen gibt es auch bei der Deutschen AIDS-Hilfe unter www.aidshilfe.de/hiv-selbsttest oder in Form einer anonymen Beratung per Telefon, Mail oder Chat.

Die freiverkäuflichen Tests sind Teil der Strategie des Bundesgesundheitsministeriums gegen die weitere Ausbreitung von HIV/Aids. Schätzungen des Robert Koch-Instituts zufolge waren in

Deutschland im Jahr 2016 insgesamt 88.400 Menschen von HIV/Aids betroffen. Hauptinfektionsquelle ist nach wie vor Sex unter Männern (56.100 Betroffene). Jährlich gibt es in Deutschland rund 3.100 HIV-Neuinfektionen. Laut Deutscher AIDS-Hilfe leben hierzulande rund 13.000 Menschen, die mit dem Virus infiziert sind, aber aufgrund der langen symptomfreien Phase nichts von der Infektion wissen. Die Diagnose erfolgt bei rund einem Drittel aller Infizierten erst nachdem es bereits zum Ausbruch von Aids oder schweren Immundefekten gekommen ist. Bei rechtzeitiger Behandlung können die mit Aids verbundenen schweren Gesundheitsschäden verhindert werden. Dank wirksamer Medikamente haben die Infizierten eine nahezu normale Lebenserwartung.

Erfahrungen aus dem Ausland zeigen, dass das Selbsttestverfahren sehr gut angenommen wird. So liegt die Hemmschwelle beim Selbsttest deutlich niedriger. Ferner haben auch Personen in strukturschwachen Gegenden einen niedrigschwelligen Zugang.

Steuern, Recht & Betriebswirtschaft

Hier finden Sie aktuelle steuerliche und rechtliche Gestaltungshinweise für die heilberuflichen Disziplinen sowie betriebswirtschaftliche Analysen etwa zu Fragen der Finanzierung, Geldanlage und Altersvorsorge.

Kontenabrufverfahren: (Finanz-)Behörden können Bankdaten abrufen

Finanzbehörden und bestimmte andere Behörden können die Kontostammdaten von Bürgern über ein gesetzlich vorgesehenes Kontoabrufverfahren einsehen. Erfasst werden alle inländischen Konten und Wertpapierdepots. Zu den einsehbaren Daten gehören die Kontonummer, das Eröffnungs- und Auflösungsdatum des Kontos sowie Vor- und Nachname, Adresse und Geburtsdatum des Kontoinhabers, der Verfügungsberechtigten oder der wirtschaftlich Berechtigten.

Hinweis: Kontobewegungen oder Kontostände können hingegen nicht direkt abgerufen werden. Die Kontoabfrage gibt also nur Auskunft darüber, bei welchen Kreditinstituten jemand Konten oder Depots unterhält.

Die Kontostammdaten dürfen von den Behörden zu unterschiedlichen Zwecken eingesehen werden, zum Beispiel zur Gewährung von Sozialhilfe, Wohngeld und BAföG und zur Überprüfung der Angaben in der Steuererklärung.

Hinweis: Die Kreditinstitute erhalten von den Abrufen keine Kenntnis. So soll sichergestellt werden, dass sie keinen Anlass für eigene Ermittlungen erhalten und beispielsweise die Kreditwürdigkeit ihres Kunden aufgrund häufiger Behördenabfragen auf den Prüfstand stellen.

Führt das Finanzamt einen Kontenabruf durch, informiert es den Steuerbürger darüber im Voraus, sofern dies für die Ermittlungen nicht nachteilig ist. Wurde das Amt fündig und stellt der Bürger seine Kontoinformationen daraufhin nicht zur Verfügung, darf das Finanzamt bei der Bank sogar die Kontoauszüge mit den Kontoständen und Kontobewegungen anfordern.

Hinweis: Das Bundesverfassungsgericht hat die Rechtmäßigkeit des anlassbezogenen Kontenabrufverfahrens in der Vergangenheit bereits mehrfach bestätigt. Im Jahr 2016 wurden insgesamt 245.535 Abfragen von den Behörden durchgeführt, im Jahr 2017 stieg die Zahl auf 520.662.

Keine Grunderwerbsteuer für Einbauküche und Markisen

§§ 8, 9 GrEStG | Finanzgericht Köln 8.11.17, 5 K 2938/16, rechtskräftig

Die Grunderwerbsteuer ist zu einem echten Kostenfaktor geworden. Je nach Bundesland werden bis zu 6,5% fällig. Anlass genug, nach Vermeidungsstrategien Ausschau zu halten. Die gibt es: Werden mit der Immobilie gebrauchte bewegliche Gegenstände verkauft, wird dafür nämlich keine Grunderwerbsteuer fällig, wenn die Gegenstände werthaltig sind und der anteilige Kaufpreis realistisch ist. Das hat das FG Köln für Einbauküchen und Markisen bestätigt.

Sachverhalt

Im konkreten Fall hatte ein Ehepaar ein Einfamilienhaus für 392.500 € erworben und im notariellen Kaufvertrag vereinbart, dass vom Kaufpreis 9.500 € auf Einbauküche und Markisen entfielen. Diese Gegenstände nahm das Ehepaar von der Bemessungsgrundlage für die Grunderwerbsteuer heraus, weil neben Grundstück und Gebäude lediglich das untrennbar mit dem Haus verbundene Inventar besteuert werden darf. Einbauten wie Einbauküche oder Markisen sind von der Grunderwerbsteuer dagegen nicht betroffen. Das Finanzamt erhob auch auf diesen Teilbetrag Grunderwerbsteuer, weil es den für die gebrauchten Gegenstände vereinbarten Preis für zu hoch hielt. Dem Ehepaar sei es nur darum gegangen, Grunderwerbsteuer zu sparen.

Entscheidung

Das Ehepaar klagte dagegen und gewann. Nach Auffassung des FG Köln sind die im Kaufvertrag gesondert vereinbarten Kaufpreise dann der Besteuerung zugrunde zu legen, wenn kein Zweifel besteht, dass diese angemessen sind. Das Finanzamt muss nachweisen, dass für die beweg-

lichen Gegenstände keine realistischen Verkaufswerte angesetzt worden seien. Das gelang ihm nicht. Im Übrigen stellt das FG klar, dass auch abgeschriebene Gegenstände noch einen Marktwert haben können und die auf Verkaufsplattformen für solche Gegenstände geforderten Preise nicht repräsentativ sind.

PRAXISTIPP

Käufer können die Bemessungsgrundlage der Grunderwerbsteuer mindern, wenn sie neben Einbauküchen und Markisen noch andere Positionen aus dem Kaufpreis herausnehmen und im notariellen Kaufvertrag gesondert auflisten lassen. Das geht u. a. bei:

- Einbauschränken und Kaminöfen (aber nicht Kachelöfen),
- dem Gartenpavillon,
- Gardinen und Teppichen (wenn sie nicht mit dem Boden verklebt sind),
- der Sauna,
- der Instandhaltungsrücklage,
- Öl im Heizöltank und
- nachträglich installierten Innenrollos.

Ordnungsgemäße Buchführung: EC-Karten-Umsätze in der Kasse bleiben ein formeller Mangel

Der Deutsche Steuerberaterverband e. V. (DStV) führte in den letzten Monaten viele Gespräche mit dem Bundesfinanzministerium (BMF) zur Buchung von EC-Karten-Umsätzen in der Kassenführung. Er übte dabei nachdrücklich Kritik an der praxisfernen Rechtsauffassung des BMF. Das BMF reagierte auf die Kritik des DStV mit einem Schreiben, dessen Kernaussage lautet: „Die (zumindest zeitweise) Erfassung von EC-Karten-Umsätzen im Kassenbuch ist ein formeller Mangel, der bei der Gewichtung weiterer formeller Mängel im Hinblick auf eine eventuelle Verwerfung der Buchführung nach § 158 AO regelmäßig außer Betracht bleibt. Voraussetzung ist, dass der Zahlungsweg ausreichend dokumentiert wird und die Nachprüfbarkeit des tatsächlichen Kassenbestands jederzeit besteht.“

Die Auffassung der Finanzverwaltung, wonach EC-Karten-Umsätze nichts in der Kasse zu suchen haben, ist als nicht praktikabel kritisiert worden. Das BMF hält jedoch an dieser Auffassung fest: „Die Erfassung von EC-Karten-Umsätzen im Kassenbuch stellt, (...) sowohl in der Vergangenheit als auch in der Zukunft einen formellen Mangel dar, da im Kassenbuch lediglich Barbewegungen zu erfassen sind. (...) Das Kassenbuch soll einen Überblick über den Bargeldbestand des Steuerpflichtigen ermöglichen. Hierfür soll es so beschaffen sein, dass der Sollbestand jederzeit mit dem Istbestand verglichen werden kann.“

PRAXISTIPP

Das aktuelle Schreiben weist jedoch auch einen Lösungsweg: „Werden die ursprünglich im Kassenbuch erfassten EC-Karten-Umsätze z. B. in einem weiteren Schritt gesondert kenntlich gemacht oder sogar wieder aus dem Kassenbuch auf ein gesondertes Konto aus- bzw. umgetragen, so ist – obwohl die zunächst fälschlich in das Kassenbuch aufgenommenen EC-Karten-Umsätze weiterhin einen formellen Mangel darstellen – weiterhin die Kassensturzfähigkeit der Kasse gegeben.“

Pflegekosten: Welche Steuerentlastung der Fiskus gewährt

Die Pflege von Angehörigen kostet oftmals viel Geld, so dass die Frage nach der Absetzbarkeit der Aufwendungen in den Fokus rückt. Sowohl die pflegebedürftigen als auch die pflegenden Personen können steuerlich entlastet werden. Die pflegebedürftige Person kann ihre selbstgetragenen Pflegekosten grundsätzlich als allgemeine außergewöhnliche Belastungen abziehen, weil die Kosten zwangsläufig entstehen und von anderen, vergleichbaren Steuerpflichtigen nicht zu tragen sind. Von den absetzbaren Kosten zieht das Finanzamt allerdings eine zumutbare Belastung (Eigenanteil) ab.

Voraussetzung für den steuermindernden Ansatz von Pflegekosten ist in der Regel, dass mindestens ein Schweregrad der Pflegebedürftigkeit besteht oder eine erhebliche Einschränkung in der Alltagskompetenz. Auch die Kosten für eine Heimunterbringung lassen sich steuerlich geltend machen. Im Fall eines krankheitsbedingten Heimaufenthalts sind die Ausgaben für Versorgung und Unterkunft abziehbar, empfangene Leistungen (z. B. aus der Pflegeversicherung) müssen aber gegengerechnet werden.

Anstelle des Abzugs der tatsächlich angefallenen Kosten als außergewöhnliche Belastungen kann die pflegebedürftige Person den Behinderten-Pauschbetrag geltend machen. Dieser ist abhängig vom Grad der Behinderung und beträgt zwischen 310 € und 3.700 € pro Jahr. Voraussetzung für den Ansatz der Pauschale ist, dass Kosten für die Hilfe bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Tätigkeiten des täglichen Lebens, für die Pflege sowie für einen erhöhten Wäschebedarf entstanden sind. Wird die pflegebedürftige Person in ihrem eigenen Haushalt betreut oder gepflegt (der auch in einem Heim liegen kann), darf sie anstelle des Abzugs der außergewöhnlichen Belastungen auch eine Steuerermäßigung für haushaltsnahe Dienstleistungen geltend machen. In diesem Fall lassen sich 20% der Lohnkosten, höchstens aber 4.000 € pro Jahr, von der eigenen tariflichen Einkommensteuer abziehen.

Auch Personen, die Pflegekosten für nahe Angehörige tragen, können diesen (einzeln nachgewiesenen) Aufwand als außergewöhnliche Belastung abziehen. Sofern sie die Pflege unentgeltlich

leisten und keine Einnahmen aus der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung hierfür fließen, können sie alternativ den Pflege-Pauschbetrag von 924 € pro Jahr in ihrer Einkommensteuererklärung geltend machen.

Hinweis: Wird der Pflege-Pauschbetrag beansprucht, kann die pflegende Person keine weiteren außergewöhnlichen Belastungen mehr steuermindernd abrechnen, die ihr durch die Pflege entstehen. Es muss also abgewogen werden, ob der Ansatz des Pflege-Pauschbetrags oder der Ansatz der tatsächlichen außergewöhnlichen Belastungen (mit Einzelnachweis der Kosten) steuerlich günstiger ist.

Delegation von Routineuntersuchungen: (Labor-)Arzt ist gewerblich tätig

Wer steuerlich als Freiberufler eingestuft wird, hat gegenüber Gewerbetreibenden den zentralen Vorteil, dass er keine Gewerbesteuer zahlen muss. Selbst wenn er fachlich vorgebildete Arbeitskräfte beschäftigt, kann er seinen Freiberuflerstatus wahren, sofern er aufgrund eigener Fachkenntnisse weiterhin leitend und eigenverantwortlich tätig bleibt. Dass eine freiberuflerliche Tätigkeit durch eine zu weit gehende Delegation von Arbeiten an die Mitarbeiter zu einer gewerblichen Tätigkeit werden kann, veranschaulicht folgender Fall: Vorliegend hatte ein Laborarzt (Zytologe) im gynäkologischen Bereich nur diejenigen Untersuchungsaufträge selbst begutachtet, bei denen seine Mitarbeiter nach dem Vorscreening von einem Krebsverdacht ausgingen. Bei der Mehrheit der Untersuchungsaufträge (80 bis 90 %) war dies nicht der Fall, sodass sie ohne Begutachtung durch den Arzt bearbeitet wurden.

Das zuständige Finanzamt stufte die Tätigkeit des Arztes deswegen nicht mehr als eigenverantwortlich ein und ging von gewerblichen Einkünften aus. Die Nichtzulassungsbeschwerde des Arztes gegen das klageabweisende Urteil des Finanzgerichts Niedersachsen wurde vom Bundesfinanzhof nun als unbegründet zurückgewiesen. Die Bundesrichter erklärten, dass eine eigenverantwortliche Tätigkeit nicht gegeben sein kann, wenn der Laborarzt nach Ausgestaltung der betrieblichen Abläufe bestimmte Standarduntersuchungen mit unauffälligem Befund vollständig auf sein fachlich vorgebildetes Personal delegiert und sich nur noch mit Zweifelsfällen befasst.

Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung ist eine patientenbezogene Mitarbeit des Betriebsinhabers bei allen Patienten erforderlich – sei es durch eigene Behandlung oder in „Routinefällen“ mittels der Durchführung von Voruntersuchungen und der Festlegung der Behandlungsmethoden im Vorfeld der ärztlichen Leistungserbringung. Eine „Volldellegation“ der Behandlung einzelner Patienten an angestellte Ärzte gilt hingegen nicht als eigenverantwortlich.

Stundenzettel: Ehegattenarbeitsverhältnis muss ausreichend belegt werden

Wer einen nahen Angehörigen in seinem Unternehmen anstellt, sollte stets den Nachweis erbringen können, dass damit alles seine Ordnung hat. Denn das Finanzamt legt in diesen Fällen immer ein besonderes Augenmerk auf die Ausgestaltung des Arbeitsverhältnisses. Inwiefern ist das Arbeitsverhältnis fremdüblich und inwiefern wird es überhaupt durchgeführt? Ein Urteil des Finanzgerichts Rheinland-Pfalz zeigt, worauf zu achten ist.

Unternehmer und Arbeitgeber haben es manchmal nicht leicht bei der Personalsuche: Die Qualifikation, die Gehaltsvorstellungen und die weichen Faktoren wie Zuverlässigkeit, Loyalität, Zielstrebigkeit und Leistungsfähigkeit sind zu berücksichtigen bei der Entscheidung, mit wem ein Arbeitsverhältnis eingegangen wird. Dass bei diesen Überlegungen gelegentlich auch der Ehegatte in Betracht gezogen wird, liegt gar nicht so fern. Denn es gibt kein Verbot, seine Ehefrau oder seinen Ehemann einzustellen.

Allerdings legt das Finanzamt in diesen Fällen immer ein besonderes Augenmerk auf die Ausgestaltung des Arbeitsverhältnisses. Inwiefern ist das Arbeitsverhältnis fremdüblich und inwiefern wird es überhaupt durchgeführt? Denn dem Finanzamt ist durchaus bekannt, dass solche Arbeitsverhältnisse mitunter fingiert werden, um steuerliche oder sozialversicherungsrechtliche Vorteile zu erlangen. Unternehmer, die ihre Ehepartner einstellen, sollten sich dieses Problems bewusst sein. Denn der Nachweis, dass alles seine Ordnung hat, obliegt dem Arbeitgeber.

Das musste auch ein Obergerichtsvollzieher aus Rheinland-Pfalz erfahren, der für seinen Geschäftsbetrieb unter anderem seine Ehefrau beschäftigte. Zunächst war er vor dem Finanzgericht Rheinland-Pfalz (FG) mit dem Abzug der Lohnkosten als Werbungskosten (üblicherweise handelt es sich hierbei um Betriebsausgaben, bei einem Obergerichtsvollzieher ausnahmsweise um Werbungskosten) gescheitert, da keine Stundennachweise der Ehefrau vorlagen. Im Folgejahr 2014 scheiterte er mit der Klage, weil die mittlerweile angefertigten Stundenzettel nicht aussagekräftig genug waren.

Denn das Arbeitsverhältnis war ohne feste Arbeitszeiten vereinbart worden. Die Ehefrau konnte quasi kommen wann sie wollte. Lediglich Stundenzettel, auf denen aber nicht dokumentiert war, was für Arbeiten sie erledigt hatte, sollten der Nachweis für die erbrachte Arbeitszeit sein. Das allerdings, so das FG, ist nicht genug und eignet sich daher nicht als Nachweis. Ein außenstehender Dritter konnte nicht erkennen, ob die Ehefrau tatsächlich gearbeitet hat. Daher erkannte das FG das Arbeitsverhältnis als Ganzes nicht an. Die Lohnaufwendungen wurden gestrichen und der Obergerichtsvollzieher musste erheblich mehr Einkünfte versteuern.

Hinweis: Der Obergerichtsvollzieher wollte sich nicht geschlagen geben und hat gegen das Urteil Revision eingelegt. Der Fall wird daher noch einmal vom Bundesfinanzhof bewertet werden. Wir werden Sie dann über den Ausgang des Verfahrens informieren.

Widerruf der Approbation als Zahnarzt wegen Steuerhinterziehung

VGH Bayern, Beschluss vom 28.11.2016

Bei der Entscheidung über den Approbationswiderruf können die Feststellungen eines zuvor ergangenen Strafurteils berücksichtigt werden, sofern keine gewichtigen Anhaltspunkte gegen ihre Richtigkeit sprechen. Steuerhinterziehung kann die Berufsunwürdigkeit begründen.

Der klagende Zahnarzt wendet sich gegen den Widerruf seiner Approbation als Zahnarzt. Im Jahr 2012 wurde er nach einer Verständigung (§ 257c StPO) wegen Steuerhinterziehung in fünf Fällen zu einer Freiheitsstrafe von zehn Monaten auf Bewährung verurteilt. Das Strafgericht hatte festgestellt, dass der Zahnarzt seiner Pflicht zur Abgabe vollständiger und wahrheitsgemäßer Einkommensteuererklärungen in mehreren Jahren nicht nachgekommen war. Dadurch ergab sich eine Einkommensteuerverkürzung von mehr als 60.000 €. Mit Bescheid vom 25.9.2013 wurde die Approbation widerrufen.

Das Verwaltungsgericht befand, dass es sich bei der von dem Zahnarzt begangenen Steuerhinterziehung um ein schwerwiegendes Fehlverhalten im Sinne der Rechtsprechung handelt, die eine Berufsunwürdigkeit begründet.

Der Zahnarzt hat über einen langen Zeitraum Einnahmen aus seiner Tätigkeit als Zahnarzt nicht vollständig erklärt und Ausgaben in großem Umfang zu Unrecht als Betriebsausgaben erklärt sowie die Erklärung von Kapitaleinkünften unterlassen. Auch erfolgte dies dauerhaft in dem genannten Zeitraum. Eine solche Steuerhinterziehung ist eine schwere Straftat, die jedenfalls unmittelbar in Zusammenhang mit dem Beruf des Klägers steht. Insbesondere die Beharrlichkeit des Fehlverhaltens und das Ausmaß des Schadens offenbaren, dass der Kläger um des eigenen Vorteils willen bereit war, sich über die Interessen der Allgemeinheit hinwegzusetzen und dieser einen erheblichen Nachteil zuzufügen. Ein Zahnarzt, der auf diese Weise straffällig wird, verliert bei objektiver Würdigung das notwendige Vertrauen in seine Berufsausübung. Das rechtfertigt auch unter Berücksichtigung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit die Annahme der Unwürdigkeit zur Berufsausübung. Ein Gewinnstreben um jeden Preis steht in einem unauflösbaren Widerspruch zu dem in der Öffentlichkeit vorhandenen Bild des helfenden Zahnarztes, der seinen Beruf gewissenhaft und nach den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit ausübt.



Wirtz, Walter, Schmitz GmbH
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
Steuerberatungsgesellschaft

WEG | WEISER

WWS Wirtz, Walter, Schmitz GmbH

Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
Steuerberatungsgesellschaft
Wilhelm-Strauß-Straße 45-47
41236 Mönchengladbach
Telefon: 02166 971-0
Telefax: 02166 971-200
info@wws-mg.de
www.wws-mg.de