

## **Mandanten - Newsletter Ärzte - I. Quartal 2011**

### [Honorar- und berufsrechtliche Themen Ärzte/Zahnärzte](#)

#### **1. Änderungen bei den Zuschlagsregelungen zum RLV für Gemeinschaftspraxen**

Mit Wirkung zum 1. Juli 2011 wurden folgende Neuregelungen zur Berechnung des praxisbezogenen Regelleistungsvolumens beschlossen:

Bei fach- und schwerpunktübergreifenden Berufsausübungsgesellschaften (BAG), medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten, in denen mehrere Ärzte unterschiedlicher Arztgruppen tätig sind, wird das RLV um einen prozentualen Anpassungsfaktor erhöht. Bei nicht standortübergreifenden fach- und schwerpunktgleichen BAG und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppen bleibt die derzeitige 10 Prozentregelung erhalten.

Der Anpassungsfaktor ist abhängig vom Kooperationsgrad der BAG bzw. des MVZs. Der Kooperationsgrad lässt sich nach einer Formel des Bewertungsausschusses berechnen. Abhängig vom Kooperationsgrad wird der entsprechende Anpassungsfaktor hinzugerechnet, die Anpassungsfaktoren sind von 0-40% in Fünferschritten gestaffelt.

Der neu eingeführte "Kooperationsgrad" einer BAG entspricht im Wesentlichen dem Anteil der gemeinsam behandelten Fälle an der gesamten Behandlungsfallzahl. Zur Ermittlung des Kooperationsgrades in Prozent hat der Bewertungsausschuss folgende Formel festgelegt: Kooperationsgrad =  $(\text{RLV-relevante Arztfallzahl der Arztpraxis im Vorjahresquartal} / \text{Zahl der Behandlungsfälle im Vorjahresquartal} - 1) \times 100$ .

#### Beispiel:

In einer fachübergreifenden BAG sind drei Ärzte tätig. Jeder Arzt behandelt 1.200 Patienten. Die Ärzte behandeln 700 Patienten gemeinsam.  
Somit ist die Summe der Arztfallzahlen  $(3 \times 1.200 + 3 \times 700) = 5.700$   
Die Anzahl der Behandlungsfälle ist:  $3 \times 1.200 + 700 = 4.300$   
Kooperationsgrad =  $[(5.700/4.300) - 1] \times 100 = 32,56 \%$

Weitere Infos: [www.stb-welper.de](http://www.stb-welper.de)

Die BAG erhält daher ab 1.7. einen Zuschlag von 30% zum RLV. Dieser Anpassungsfaktor ist abhängig vom Kooperationsgrad. Für den errechneten Kooperationsgrad von 32,56% ergibt sich gemäß der Staffelung ein Anpassungsfaktor von 30%.

Nach der bisherigen Regelung würde sich für den Fall, dass die in der Praxis tätigen Ärzte je einer anderen Arztgruppe angehören, insgesamt ein Zuschlag von 15 % (3x5 %) ergeben.

## **2. Baden-Württemberg will ärztliche Versorgung auf dem Land fördern**

Für niedergelassene Ärzte auf dem Land wird es immer schwieriger einen Nachfolger für die eigene Praxis zu finden. Aus diesem Grund stellte die Gesundheitsministerin Baden-Württembergs Monika Stolz und Rudolf Köberle, Minister für den ländlichen Raum, kürzlich einen 10-Punkte-Aktionsplan für Ländärzte in Baden-Württemberg vor. Der Aktionsplan beinhaltet unterschiedliche Maßnahmen: es sollen beispielsweise neue Organisationsformen ärztlicher Tätigkeit entwickelt werden, gezielte Nachwuchsförderung in der Humanmedizin wird angestrebt, die Bedarfsplanung vertragsärztlicher Leistungserbringung soll reformiert werden u.v.m. Für diese Maßnahmen stellt das Land sieben Millionen Euro zur Verfügung. Mit dem Geld sollen beispielsweise die Medizinstudenten unterstützt werden, die ihr praktisches Jahr in einer niedergelassenen Allgemeinarztpraxis absolvieren. Die entsprechende Arztpraxis erhält ebenfalls einen finanziellen Beitrag.

## **3. Zweigpraxen von Ärzten**

Das Bundessozialgericht hat im Februar 2011 in vier Verfahren Grundsätze zur Anwendung der Regelung über ärztliche und zahnärztliche Zweigpraxen in § 24 Abs 3 Ärzte- bzw. Zahnärzte-Zulassungsverordnung entwickelt (Az.: B 6 KA 7/10 R).

Zweigpraxen sind zulässig, wenn dadurch die Versorgung der Versicherten an anderen Orten verbessert wird und die Versorgungslage der Versicherten am Vertragsarztsitz nicht beeinträchtigt wird. Zweigpraxen müssen durch die jeweilige KV des Landes genehmigt werden. Die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit ist auf höchstens zwei Standorte neben dem Hauptsitz beschränkt.

Beeinträchtigt wird die Versorgung der Patienten am Vertragsarztsitz dann, wenn die Zweigpraxis zu weit vom Hauptsitz der Praxis entfernt ist. Im konkreten Fall, betrieb ein Kinderarzt eine über 120 km vom Hauptsitz entfernte Zweigpraxis, die Versorgung der Kinder am Vertragsarztsitz war somit beeinträchtigt.

Diese Beschränkung gilt für MVZs nicht, diese können auch mehr als zwei Zweigpraxen führen. Dabei darf aber jeder in einem Medizinischen Versorgungszentrum tätige Arzt nur an höchstens drei Standorten des Medizinischen Versorgungszentrums tätig sein.

## **4. Austausch des eingegliederten Zahnersatzes gilt als Anerkennung eines vertragszahnärztlichen Pflichtenverstoßes**

Ein Vertragszahnarzt kann nicht geltend machen, dass keine schuldhafte Verletzung vertragszahnärztlicher Pflichten vorliegt, *nachdem* er einen eingegliederten Zahnersatz wieder entfernt und eine Neuanfertigung eingesetzt hat.

Die Entfernung des Zahnersatzes bedeutet insoweit das Anerkenntnis der Verpflichtung zum Schadensersatz durch Neuanfertigung des Zahnersatzes. Ist die Neuanfertigung unbrauchbar, so ist der Patient zum Behandlungsabbruch berechtigt. Ein weiteres Nachbesserungsrecht steht dem Zahnarzt nicht zu. Einem Schadensersatzanspruch steht nicht entgegen, wenn im Verfahren vor dem Obergutachter eine Terminmitteilung an den Zahnarzt versäumt wurde und damit ein Verfahrensverstoß vorliegt, wenn die

Weitere Infos: [www.stb-welper.de](http://www.stb-welper.de)

Fehlerhaftigkeit der Behandlung auch unabhängig von den Feststellungen des Gutachters durch eigene Anschauung der Kammer anhand eines Röntgenbefunds nachvollzogen werden kann. Sozialgericht Marburg , S-12-KA-318/10, Urteil vom 19.01.2011.

## **5. Trend zu BAGs**

Immer mehr Ärzte praktizieren im Rahmen von Gemeinschaftspraxen. Ende 2009 waren knapp 50.000 Ärzte in Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) tätig – 2003 waren es noch 38.500 Ärzte. Der jährliche Zuwachs ist nicht unbedingt spektakulär, aber ein über die Jahre anhaltender Trend, der auch dem Streben nach Synergieeffekten bzw. Kosteneinsparungen und Abrechnungsvorteilen Rechnung trägt.

Zur „Trennungsquote“ liegen bisher keine offiziellen Zahlen vor, sie dürfte aber durchaus eine relevante Größe haben. Vor Gründung bzw. Beteiligung an einer BAG sollte daher nicht nur eine Finanzplanung erstellt werden, sondern auch persönliche Befindlichkeiten und Erwartungshaltungen erörtert und im Hinblick auf „Kompatibilität“ überprüft werden. Ihr Steuerberater kann hierbei eine moderierende Rolle übernehmen.

## **6. Bessere Vergütung von Haus- und Heimbisuchen**

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat sich jüngst mit den Krankenkassen auf Maßnahmen geeinigt, die sowohl Patienten als auch Haus- und Fachärzten zugute kommen sollen.

Besuche von Ärzten in Alten- und Pflegeheimen sowie Hausbesuche werden ab dem 1.4.2011 deutlich besser vergütet. Zudem werden Haus- und Heimbisuche aus den Regelleistungsvolumen heraus genommen und zum vollen Preis der Euro-Gebührenordnung honoriert.

Bereits abgeschlossene regionale Vereinbarungen zur Förderung von Heimbisuchen bleiben von der neuen Regelung unberührt. Zwei Regelungen sind in diesem Zusammenhang wichtig:

Zum einen wird die Bewertung der EBM-Nrn. 01410 und 01413 angehoben. Die Bewertung der EBM-Nr. 01410 steigt von derzeit 440 Punkten (15,42 Euro) auf 600 Punkte (21,03 Euro), die Bewertung der EBM-Nr. 01413 von 215 Punkten (7,54 Euro) auf 300 Punkte (10,51 Euro)

Darüber hinaus werden Haus- und Heimbisuche nach den Nrn. 01410, 01413 und 01415 (= dringenden Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen u. ä.) künftig als sogenannter Vorwegabzug außerhalb von RLV und QZV vergütet.

## **7. „Rollout“ der neuen Kartenterminals bis September**

Lt. Pressemitteilung der KBV von Ende Februar 2011 soll ab Oktober 2011 die Ausgabe der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) durch die Krankenkassen beginnen.

Zuvor müssen die niedergelassenen Ärzte und Zahnärzte ihre Praxen mit neuen Kartenterminals ausstatten. Zusätzlich müssen die Praxisverwaltungssysteme für das Einlesen der eGK bis Oktober 2011 aktualisiert sein. Einzelpraxen können bis zu 850 Euro für Kartenterminals erhalten. Der GKV-Spitzenverband, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) haben in einer Vereinbarung den Zeitrahmen, die Refinanzierung der Kartenterminals und die Ausgabe der eGK geregelt. Laut der Vereinbarung sollen die Kassen die Pauschalen für die Kartenterminals im zweiten und dritten Quartal dieses Jahres erstatten.

Weitere Infos: [www.stb-welper.de](http://www.stb-welper.de)

„Mit der Vereinbarung ist die Grundlage für die Ausgabe der neuen Karten geschaffen – nun sind Ärzte, Zahnärzte und Industrie am Zuge, die Praxen rechtzeitig mit den Lesegeräten auszustatten“, so Dr. Doris Pfeiffer, Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes.

„Die Ausstattung der **Zahnarztpraxen** beginnt im April. Die vereinbarten Pauschalen gibt es für Geräte, die bis 30. September bestellt sind. Sie decken die entstehenden Kosten“, sagte Dr. Günther E. Buchholz, stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der KZBV.

GKV-Spitzenverband, KZBV und KBV hatten beschlossen, dass für stationäre Lesegeräte 355 Euro, für die Installation 215 Euro und für mobile Lesegeräte 280 Euro bereitstehen. Die Preise orientieren sich dabei an der aktuellen Marktlage. Da es mittlerweile mehr Anbieter entsprechender Geräte gibt, sind die Preise insgesamt gesunken. Die notwendigen Informationen zur Refinanzierung und Ausstattung erhalten die Ärzte und Zahnärzte von ihren Kassenärztlichen Vereinigungen beziehungsweise Kassenzahnärztlichen Vereinigungen.

Die Kassen geben die eGK ab dem Ende des dritten Quartals aus. Sie gilt dann neben den bisherigen Krankenversicherungskarten als Versicherungsnachweis. Erst ab 2013 werden die Kassen ausschließlich die eGK ausgeben – vorausgesetzt, dass Ärzte und Zahnärzte zuvor ausreichend mit Kartenterminals ausgestattet sind. Darüber wollen die Vertragspartner nach Abschluss des Basis-Rollouts entscheiden.

## **8. AOK Bayern will Hausarztverträge nach neuem Recht**

Die AOK Bayern hat der Forderung des dortigen Hausärzteverbandes eine Absage erteilt, die im Dezember 2010 von der Kasse gekündigten Hausarztverbände nach den gleichen Konditionen fortzuführen.

Die AOK geht davon aus, dass ein neuer Hausarztvertrag auf der Basis neuen Rechts geschlossen werden muss.

Dass die Kündigung des bayerischen Hausarztvertrags durch die AOK wohl rechtens war, geht aus einer kürzlichen Entscheidung des bayerischen Landessozialgerichts hervor. Darin heißt es, der Bayerische Hausärzteverband habe keinen Anspruch auf die Fortführung des Vertrages. Dessen außerordentliche Kündigung durch die AOK im Dezember sei wirksam. Eine Fortführung des Vertrags bis zu dessen regulärem Ende sei "aufgrund des gravierenden vertragswidrigen Verhaltens" des Hausärzteverbandes nicht zumutbar gewesen. Unter anderem bewertete das Gericht die Vorbereitung des Systemausstiegs durch die Hausärzte als Ankündigung eines Vertragsbruches sowie als Verletzung einer Loyalitätsklausel im Hausarztvertrag.

Der Kasse zufolge liegt übrigens das Regelhonorar bayerischer Hausärzte ohne Hausarztvertrag mit einem durchschnittlichen Fallwert von mehr als 60 Euro im Quartal fast ein Drittel über dem Bundesdurchschnitt, der mit rund 45 Euro anzusetzen sei.

## **9. Neunzehn neue Hausarztsitze in der Hauptstadt**

Für Berlin hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen jüngst 19 Hausarztsitze und vier Arztsitze für Anästhesisten zur Neubesetzung ausgeschrieben.

Tatsächlich gibt es in der Hauptstadt nach der noch gültigen Bedarfsplanung derzeit weniger Hausärzte und Anästhesisten als bei 100-prozentigem Versorgungsgrad möglich wären. Die Kassen betonen jedoch, dass von Unterversorgung in Berlin keine Rede sein könne. Gleichzeitig weisen sie darauf hin, dass die Arztpraxen sehr ungleichmäßig in der Stadt verteilt sind. So gibt es im Bezirk Charlottenburg-Wilmersdorf nach Angaben des

Weitere Infos: [www.stb-welper.de](http://www.stb-welper.de)

Ersatzkassenverbands Berlin/Brandenburg 75 Hausärzte mehr als zur 100-prozentigen Versorgung nötig wären. In Lichtenberg-Hohenschönhausen dagegen sind 33 Hausärzte weniger tätig als die Bedarfsplanungs-Messzahl vorsieht.

Der Landesausschuss hat deshalb nach Kassenangaben auch beschlossen, dass bei der Auswahl der Bewerber auf die ausgeschriebenen Arztsitze neben den üblichen Anforderungen auch der geplante Praxisstandort eine Rolle spielen soll.

### **10. Kieferorthopäde: Honorarregress bei Weiterbehandlung**

Ist im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung auf Röntgenaufnahmen eine beginnende Wurzelresorption an mehreren Zähnen zu erkennen und besteht bei unveränderter Fortsetzung der Behandlung die Gefahr, dass die Resorption zunimmt und/oder auch andere Zähne gefährdet werden, so ist die Behandlung abubrechen. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Behandlung bereits seit fünf Jahren keinerlei Fortschritte gemacht hat. So das Sozialgericht Marburg im Urteil v. 19.1.2011 (Az: S-12-KA-262/10). Liegt in der pflichtwidrigen Weiterbehandlung damit ein Behandlungsfehler vor, so kann einen Honorarregress als Schadensersatz festgesetzt werden.

### **11. Kündigungsgrund für Hausarztvertrag durch Krankenkasse**

Lt. Beschluss des Sozialgerichts München vom 19.1.2011 stellt die Aufforderung zum kollektiven Systemausstieg durch den Ärzteverband einen wichtigen Grund zur Kündigung des Hausarztvertrags durch die Krankenkasse dar.

Ein kollektiver Zulassungsverzicht im Rahmen eines abgestimmten Verhaltens und damit auch die Aufforderung eines Hausärzteverbands zum kollektiven Ausstieg der teilnehmenden Ärzte berechtigt eine Krankenkasse zur außerordentlichen Kündigung des Vertrages zur hausarztzentrierten Versorgung. Ein solcher Aufruf zur Durchsetzung eigener Vertragsforderungen stellt eine schwerwiegende Vertragsverletzung dar, was auch im Rahmen des einstweiligen Rechtsschutzes festgestellt werden kann (Az.: S-39-KA-1248/10 ER).

### **12. Medizinisches Versorgungszentrum darf vorläufig weiterarbeiten**

Das Landessozialgericht Baden-Württemberg hat mit seiner Entscheidung vom 11. Januar 2011 im Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes einem in Tettngang ansässigen Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) vorläufig die Weiterarbeit gestattet und damit die vorangegangene Entscheidung des Sozialgerichts Freiburg bestätigt. Eine Niederlage erlitt hingegen der Berufungsausschuss der Ärzte, der dem MVZ die Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung mit sofortiger Wirkung entzogen hatte. Hintergrund waren Vorwürfe gegenüber dem MVZ, es habe nicht nur über seinen Sitz, sondern auch über den Umfang der erbrachten ärztlichen Leistungen getäuscht.

Zur Begründung hat das Landessozialgericht ausgeführt, dass das Grundrecht auf Berufsfreiheit auch der Trägerin des MVZ zustehe. Ob deren Geschäftsführer oder einzelne Ärzte im Zulassungsverfahren unzutreffende Angaben gemacht hätten, müsse den Ermittlungen im Hauptsacheverfahren überlassen bleiben. Az: L-5-KA-3990/10-Er-B, Pressemitteilung vom 11.1.2011.

### **13. Dauerthema „Amtliche Kodierrichtlinien“**

In seinem Schreiben an die Vorstände der Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder vom 10.2.2011 bittet der Vorstandsvorsitzende der KBV, Andreas Köhler, darum, trotz "immer noch bestehenden Schwächen der Ambulanten Kodierrichtlinien die genannten

Argumente sorgfältig zu prüfen und in der weiteren Diskussion über das Für und Wider der AKR-Einführung zu berücksichtigen."

Die Einführung der AKR ist gesetzlich vorgeschrieben (§ 295 Absatz 3 SGB V), aber noch nicht umgesetzt. Allerdings ist der bürokratische Aufwand, der mit der Einführung zusammenhängt noch nicht abgeschlossen, weshalb auf der Vertreterversammlung der KBV Ende 2010 über eine Aussetzung der AKR abgestimmt wurde. Ein Aussetzen der Kodierrichtlinien wurde aber mehrheitlich abgelehnt.

Lt. KBV ist die beschlossene Überarbeitung der AKR größtenteils abgeschlossen. Die neue Version für 2011 enthalte Korrekturen von Ausführungen, welche in der Testphase der AKR in Bayern zu Missverständnissen führten. Der Anforderungskatalog für die Praxis-EDV-Unternehmen sei ebenfalls noch einmal überarbeitet worden. Das Zentralinstitut der KBV ist aktuell damit beschäftigt, eine Lösung für die Besonderheiten der hausärztliche Versorgung zu erarbeiten. Dabei wird ein Katalog mit den für die hausärztliche Versorgung relevanten Schlüsselnummern erstellt. Die am AKR-Praxistest teilnehmenden Ärzte sollen dann die neue Lösung erhalten und einem Praxistest unterziehen.

#### **14. Online-Terminvergabe – Chancen und Risiken**

Mittlerweile verfügen viele niedergelassene Ärzte über eine eigene Internetpräsenz für die Praxis. In der heutigen Zeit stellt dies eine wichtige und dabei grds. relativ kostengünstige Marketingmaßnahme für die Praxis dar. Wenn es aber um die Chancen der Nutzung einer Online-Terminvergabe für Patienten geht, sind Ärzte lt. einer Umfrage der Stiftung Gesundheit trotzdem noch zurückhaltend.

Vieles spricht dafür, den Arzttermin bequem online über die Praxis-Homepage zu vereinbaren. Dies würde die Anrufe in der Praxis verringern und das Praxisteam entlasten. Gleichzeitig bedeutet es einen besseren Service für den Patienten, da er so etwa nicht minutenlang in einer Warteschleife am Telefon verbringen muss.

Von ca. 460 befragten niedergelassenen Ärzten bieten bisher nur 14 Prozent der niedergelassenen Ärzte ihren Patienten die Online-Terminvergabe bereits an, obwohl mehr als drei Viertel der Ärzte die Möglichkeit, Termine online im Internet zu vergeben, kennen.

Rund 56 Prozent der befragten niedergelassenen Ärzte, Zahnärzte und psychologischen Psychotherapeuten sehen in der Online-Terminvergabe einen Service für ihre Patienten. Etwa ein Viertel kann sich durchaus vorstellen, dass das Praxispersonal dadurch entlastet wird und 22 Prozent sind sogar der Meinung, dass diese Art der Terminvereinbarung die Zukunft sein wird.

Dennoch wartet über die Hälfte der befragten Ärzte erst einmal ab und bietet eben noch keine Online-Terminvergabe. Gründe für die abwartende Haltung sind unter anderem, dass etwa ein Drittel der Meinung ist, dass Termine, die online vereinbart wurden, mit konventionell ausgemachten Terminen kollidieren könnten oder sogar Termine doppelt vergeben werden könnten.

Risiken: Unsicherheit besteht auch beim Thema Datenschutz (27 Prozent). Und etwa 30 Prozent der Ärzte sehen bislang keinen optimalen Kosten-Nutzen-Aufwand, dafür aber einen hohen technischen Aufwand (17 Prozent).

## **15. Altersbezogene Staffelung der Urlaubstage diskriminierend?**

Das Landesarbeitsgericht Düsseldorf urteilte kürzlich, dass die nach Lebensalter gestaffelten Urlaubsansprüche im Manteltarifvertrag Einzelhandel Nordrhein-Westfalen gegen das Verbot der Altersdiskriminierung verstoßen.

Das Gericht hat wie bereits die Vorinstanz festgestellt, dass die Klägerin durch die Regelung wegen ihres Alters diskriminiert wird. Die nach dem Alter unterscheidende Regelung sei gemäß § 10 des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes nicht gerechtfertigt. Es fehlt an einem legitimen Ziel für diese Ungleichbehandlung, das im Tarifvertrag oder in dessen Kontext Anklang gefunden hat. Dies gilt insbesondere für das von der Arbeitgeberseite vorgebrachte Argument, mit der Regelung solle die Vereinbarkeit von Familie und Beruf gefördert werden.

Das Landesarbeitsgericht hat festgestellt, dass die Klägerin, der nach der tariflichen Regelung nur 34 Urlaubstage zuständen, wegen des Verstoßes gegen das Verbot der Altersdiskriminierung 36 Urlaubstage pro Jahr beanspruchen kann. Diese Angleichung nach oben entgegen der bestehenden tariflichen Regelung folgt aus dem Grundsatz der effektiven und wirksamen Durchsetzung von EU-Rechtsvorgaben.

Ob daraus nun generell abzuleiten ist, dass sämtliche Urlaubsstaffelungsregelungen in anderen Tarifverträgen unzulässig sind, ist fraglich. Es ist eher davon auszugehen, dass Regelungen, die mit steigendem Alter linear mehr Urlaubstage zubilligen, auch künftig zulässig sind, soweit sie sich z.B. durch Gesundheitsschutz oder erhöhtes Erholungsbedürfnis begründen lassen (Az: 8 Sa 1274-10 v. 18.1., Revision ist zugelassen).

## **16. Effizienzsteigerung in der Zahnarztpraxis**

Eine Möglichkeit, Effizienz bzw. Produktivität in der Praxis zu steigern, liegt im Bereich des zahnärztlichen Arbeitsmittelpunkts, der „Behandlungseinheit“.

Ein Ersatz älterer Dental-Einheiten durch neue Behandlungseinheiten kann einerseits nach rein technischen (z.B. zunehmende Reparaturanfälligkeit) oder auch steuerlichen (Ablauf der i.d.R. 10 jährigen AfA-Nutzungsdauer) Gesichtspunkten erfolgen.

Kriterium sollte aber auch sein, ob mit einer neuen Investition als Nutzen verschiedene Arbeitserleichterungen für den behandelnden Zahnarzt verbunden sind, die mit der neuen Behandlungseinheit zum Beispiel hinsichtlich Ergonomie, Workflow oder Multifunktionsfähigkeit einhergehen. Immerhin arbeitet ein Zahnarzt im Jahr lt. KZBV Jahreshandbuch durchschnittlich 1.474 Stunden am Behandlungsstuhl, also ca. 6 Std. pro Arbeitstag.

Diese können zu einer Beschleunigung der Arbeitsabläufe und damit zu einer Erhöhung der Kapazitäten des Zahnarztes führen. Zu prüfen ist auch, ob sich bei neuerer Technik Rüstzeiten verkürzen lassen (durch geringeren Aufwand für Hygiene, Wartung, Vorbereitung der Behandlung) und damit ebenfalls Freiräume geschaffen werden für zusätzliche Behandlungen in gleicher Zeit.

Demgegenüber stehen die Kosten der Anschaffung einer Einheit. Hier ist die Berechnung sinnvoll, um wie viel Euro eine neue Behandlungseinheit die Kosten pro Behandlungsstunde einer Praxis verändert. Bei der Kostenkalkulation bzw. Investitionsplanung – auch bei der Frage Kauf, Miete oder Leasing – kann Sie Ihr Steuerberater unterstützen.

## **17. Vertragsärzte verstärkt „Burn-out“ gefährdet**

Eine aktuelle Studie der Brendan-Schmittmann-Stiftung des NAV-Virchow-Bundes über „die vertragsärztliche Tätigkeit im Lichte des Burn-out-Syndroms“ mit ca. 650 Befragten hat ergeben, dass fünf bis zehn Prozent der niedergelassenen Ärzte unter dem Vollbild eines Burn-out-Syndroms leiden, 80 Prozent der Vertragsärzteschaft weist Teilaspekte des Erschöpfungssyndroms auf.

Mehr als 50 Prozent der Ärzte fühlen sich am Ende eines Arbeitstages „völlig erledigt“, haben Schlafdefizite und essen nicht regelmäßig und ohne Eile. Etwa drei Viertel der Vertragsärzte sagten, dass unter der Überbeanspruchung in der Praxis ihr Privatleben leide. Lediglich 15 bis 25 Prozent haben zur Wahrnehmung ihrer persönlichen Interessen genügend Zeit. Nur 12 bis 18 Prozent der befragten Ärzte sind nicht bzw. kaum gefährdet durch einen Burn-out. Interessant auch, dass mehr als die Hälfte der Befragten angab, zu wenig Zeit für die Patienten zu haben, und sich von den Problemen und schwierigen Lebenssituationen der Patienten belastet zu fühlen.

### [Steuerliche Themen](#)

## **18 . Arztpraxis und Arbeitszimmer in einem Einfamilienhaus**

Befindet sich in einem Einfamilienhaus die Arztpraxis und zusätzlich in den Wohnräumen noch ein Arbeitszimmer, so handelt es sich um ein häusliches Arbeitszimmer, wenn der Raum seiner Lage, Funktion und Ausstattung nach in die häusliche Sphäre des Steuerpflichtigen eingebunden ist und vorwiegend der Erledigung gedanklicher, schriftlicher oder verwaltungstechnischer Arbeiten dient.

## **19. Ärztliche Notfallpraxis**

Eine ärztliche Notfallpraxis ist allerdings kein häusliches Arbeitszimmer i.S.d. § 4 Abs. 5 Nr. 6b EStG, selbst wenn sie mit Wohnräumen des Arztes räumlich verbunden ist (BFH Urteil vom 5.12.2002, IV R 7/01, BStBl II 2003, 463). Für die Qualifizierung eines Raumes als häusliches Arbeitszimmer ist wohl die Frage zu stellen: ist der Raum zu einer »Schreibtisch Tätigkeit« bestimmt, oder dient er anderen beruflichen Aktivitäten wie etwa handwerklicher Arbeit oder medizinischer Behandlung. Liegt danach kein häusliches Arbeitszimmer vor und werden die Räumlichkeiten so gut wie ausschließlich beruflich genutzt, sind die durch die betriebliche Nutzung veranlassten Aufwendungen unbeschränkt als Betriebsausgaben abzugsfähig.

## **20. Ärzte als Gutachter**

Der qualitative Schwerpunkt der Tätigkeit einer Ärztin, die Gutachten über die Einstufung der Pflegebedürftigkeit erstellt und dazu ihre Patienten ausschließlich außerhalb des häuslichen Arbeitszimmers untersucht und dort vor Ort auch alle erforderlichen Befunde erhebt, liegt nicht im häuslichen Arbeitszimmer (BFH Urteil vom 23.1.2003, IV R 71/00, BStBl II 2004, 43).

## **21. Künstliche Befruchtung als „Heilbehandlung“ beim Patienten steuerlich absetzbar**

Der Bundesfinanzhof (BFH) hat mit Urteil vom 16. Dezember 2010 (Az: VI R 43/10) unter Änderung seiner bisherigen Rechtsprechung entschieden, dass Aufwendungen eines Ehepaares für eine heterologe künstliche Befruchtung als außergewöhnliche Belastungen nach § 33 Abs. 1 des Einkommensteuergesetzes abgezogen werden können.

Im Streitfall war der Ehemann wegen einer inoperablen, organisch bedingten Sterilität zeugungsunfähig, so dass sich die Eheleute entschlossen hatten, ihren Kinderwunsch durch eine künstliche Befruchtung mit Samen eines anonymen Spenders zu verwirklichen (heterologe künstliche Befruchtung). In ihrer Einkommensteuererklärung machten die Eheleute die Kosten dieser Behandlung von rund 21.000 € als außergewöhnliche Belastung im Sinne des § 33 Abs. 1 EStG geltend, zu denen insbesondere Kosten einer Heilbehandlung gehören. Das Finanzamt ließ die Aufwendungen unter Hinweis auf die bisherige Rechtsprechung des BFH nicht zum Abzug zu, weil eine heterologe Befruchtung keine Heilbehandlung sei.

Der BFH hat nun entschieden, an der bisherigen Rechtsprechung zum Abzug von Aufwendungen für eine heterologe künstliche Befruchtung nicht mehr festzuhalten. Die künstliche Befruchtung der (gesunden) Ehefrau mit Fremdsamen bezwecke zwar nicht die Beseitigung der Unfruchtbarkeit des Ehemannes. Sie ziele aber - wie auch eine homologe künstliche Befruchtung wegen der Sterilität des Mannes - auf die Beseitigung der Kinderlosigkeit eines Paares. Dieser komme zwar nicht selbst Krankheitswert zu. Sie sei aber vorliegend unmittelbare Folge der Erkrankung des Klägers. Damit werde auch bei einer heterologen künstlichen Befruchtung die durch Krankheit behinderte Körperfunktion beim Kläger durch eine medizinische Maßnahme ersetzt. Diese sei entgegen der bisherigen Auffassung als Heilbehandlung anzusehen, so dass die Kosten hierfür als außergewöhnliche Belastung berücksichtigt werden könnten.

## **22. Eigene Krankheitskosten als Betriebsausgabe**

Künftig können Sie als selbständiger Arzt die Kosten für eine eigene Krankheit bzw. Heilbehandlung als Betriebsausgabe steuerlich geltend machen – wenn die Krankheit durch Ihre berufliche, also ärztliche Tätigkeit verursacht wurde. Nicht notwendig ist dabei, ob es sich um eine Einstufung als „Berufskrankheit“ nach SGB handelt. Das Urteil des Finanzgerichts Sachsen (Az: 5 K 435/06) ist zwar nicht bundesweit „rechtsverbindlich“, dürfte aber zumindest Signalwirkung haben. Die bisher schon mögliche Form der Berücksichtigung von Versicherungen nicht erstatteter Heilbehandlungskosten als sog. Außergewöhnliche Belastungen hat den Nachteil, dass die zu berücksichtigende „Zumutbare Eigenbelastung“ oft höher als die Aufwendungen liegt. Zu Detailfragen hierzu kann Sie Ihr Steuerberater informieren.

## **23. Geschenkte Rente vom Patienten keine Betriebseinnahme**

Das Finanzgericht Rheinland-Pfalz (Az: 6 K 2713/07 v. 10. 2. 2011) hatte zu beurteilen, ob die Zuwendung einer Leibrentenversicherung als betriebliche Einnahme zu erfassen ist. Im zugrunde liegenden Fall hatte ein Arzt von einem seiner Patienten, zu dem auch eine lange freundschaftliche Beziehung bestanden habe, eine Lebensversicherung i.H.v. damals 200.000 DM geschenkt bekommen, die nun in Form einer lebenslangen Rente an den Arzt ausbezahlt wird. Das Finanzamt war der Ansicht, dass die Rente nicht (nur) mit dem Ertragsanteil wie bei einem „normalen Rentner“ zu versteuern sei, sondern als Betriebseinnahme zu berücksichtigen sei. Dagegen klagte der Arzt erfolgreich.

Lt. Urteilsbegründung ergeben sich keine Anhaltspunkte dafür, dass die Rente als Vergütung für in der Vergangenheit geleistete Dienste des Klägers anzusehen sei. Auch die konkret gewählte Form der Zuwendung in Form einer Leibrentenversicherung mit zusätzlicher Hinterbliebenenversicherung spreche für eine private Veranlassung.

Weitere Infos: [www.stb-welper.de](http://www.stb-welper.de)

## **24. Viele Praxen faxen – Vorteile bei elektronischem Belegaustausch**

Die Voraussetzung für eine Liquiditätssteuerung der Arztpraxis und einer zeitnahen betriebswirtschaftlichen Beratung durch den Steuerberater ist die unterjährige laufende Bereitstellung von Belegen bzw. Abrechnungs- und Buchhaltungsunterlagen in digitalisierter Form bzw. per Fax für die Steuerkanzlei. Damit hat ihr Berater die Möglichkeit, Ihnen z.B. im Rahmen quartalsweiser Jour fixe...

- Soll/Ist-Vergleich des betriebswirtschaftlichen Gewinns
- Soll/Ist-Vergleich des steuerlichen Gewinns
- Korrektur der aktuellen Strategie
- Betriebswirtschaftliche Planungsrechnung auf Basis des aktuellen RLV-Bescheids

...vorzustellen und aus Abweichungen bzw. Praxiszielen Maßnahmen mit Ihnen zu beraten.

Mittels DATEV Unternehmen online können Sie optimal und flexibel mit Ihrem Steuerberater zusammenarbeiten: Zum Beispiel scannen Sie Ihre Rechnungen und legen sie in Unternehmen online ab. Oder Sie erfassen Kassenbelege vor. Ihr Berater greift auf diese Daten und Belege elektronisch zu und erstellt die Finanzbuchführung. Die Auswertungen für die Bereiche Finanzbuchführung, offene Posten, Kostenrechnung und Lohn kann Ihnen Ihr steuerlicher Berater anschließend zur Verfügung stellen. Sie verfügen somit immer über aktuelle Ergebnisse für die Steuerung Ihres Unternehmens. Fragen Sie Ihren Steuerberater zu den Einsatzmöglichkeiten der o.g. Lösungen und zu Gestaltungsmöglichkeiten der Zusammenarbeit im Buchhaltungsbereich.