

Mandanten-Newsletter Ärzte (III. Quartal 2015)

1. Versorgungsstärkungsgesetz in Kraft getreten

Am 22. Juli wurde im Bundesgesetzblatt das „Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, kurz: GKV-VSG) veröffentlicht und damit in Kraft gesetzt.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) lobte am GKV-VSG die Ausweitung der Weiterbildungsförderung auf den fachärztlichen ambulanten Bereich. Vorgesehen ist diese für maximal 1.000 Stellen. Das von der KBV vorgeschlagene Modell einer Stiftung zur Förderung der ambulanten Weiterbildung von Haus- und Fachärzten sei perspektivisch in das VSG aufgenommen worden, so KBV-Vorstand Regina Feldmann.

Viele weitere Vorgaben im Gesetz sieht der KBV-Vorstand jedoch kritisch, so den Aufkauf von Arztpraxen oder die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung. „Außerdem lehnen wir weiterhin die Terminservicestellen ab, die zu keinerlei Verbesserung der Versorgung führen werden“, stellte der KBV-Vorstandsvorsitzende Andreas Gassen klar. Einen Überblick über die Neuerungen finden Sie [hier](#).

2. Antikorruptionsgesetz

Das Bundeskabinett hat Ende Juli schärfere Regeln gegen Korruption im Gesundheitswesen verabschiedet. So drohen nun Ärzten, Apothekern, Physiotherapeuten oder Pflegekräften nach einem Gesetzentwurf von Justizminister Maas (SPD) bis zu drei Jahre Haft, wenn sie sich bestechen lassen.

Besonders schwere Fällen von Bestechung oder Bestechlichkeit werden sogar mit fünf Jahren Haft geahndet. Korruption im Gesundheitswesen beeinträchtigt den Wettbewerb, verteuert medizinische Leistungen und untergräbt das Vertrauen von Patienten, schreibt das Justizministerium in seinem Entwurf.

Kritik am Kabinettsentwurf gibt es von verschiedenen Seiten: Ärzteverbände, Industrie und Vertreter der Opposition im Bundestag sind die Regelungen des Gesetzes gegen Korruption im Gesundheitswesen nach wie vor nicht konkret genug. So bleibe z.B. der Rechtsbegriff der "heilberuflichen Unabhängigkeit" weit auslegbar. Die Opposition fordert Verschärfungen. Nicht nur Bestechung und Bestechlichkeit, sondern auch Vorteilsnahme und -gewährung sollten eindeutig unter Strafe gestellt werden. Den Wortlaut des Entwurfs finden Sie [hier](#).

Anträge auf Strafverfolgung können übrigens die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Kammern und die Kostenträger stellen. In Fällen besonderen öffentlichen Interesses sollen die Staatsanwaltschaften von sich aus tätig werden.

Der Gesetzgeber hat übrigens auch die berufliche Zusammenarbeit von Ärzten in den Gesetzentwurf aufgenommen. Es wird klar formuliert, welche sozialrechtlich abgesicherten Kooperationsformen erlaubt sind:

- ✓ Vor- und nachstationäre Behandlungen
- ✓ Ambulantes Operieren im Krankenhaus
- ✓ Ambulante spezialfachärztliche Versorgung
- ✓ Sektorenübergreifende Versorgungsformen wie die Integrierte Versorgung

Die Gewährung angemessener Entgelte für die in diesem Rahmen erbrachten heilberuflichen Leistungen und dementsprechend die Verschaffung entsprechender Verdienstmöglichkeiten sind grds. zulässig.

3. KV Berlin gegen Aufkauf von Arztpraxen

Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Berlin hat lt. ihrer Pressemitteilung von Ende Juli ein Zeichen gegen den Aufkauf von Arztpraxen in der Bundeshauptstadt gesetzt. In einer aktuellen Mitteilung an den Zulassungsausschuss für Ärzte und Psychotherapeuten hat sie die Gebiete in Berlin definiert, die wegen einer zu geringen Arztdichte einen besonderen Versorgungsbedarf aufweisen.

Durch das Versorgungsstärkungsgesetz wurden die Regelungen zur Aufkaufpflicht für Vertragsarztpraxen verschärft. Jetzt gilt, dass bei einem Versorgungsgrad von mehr als 140 Prozent die Nachbesetzung einer Praxis abgelehnt werden soll, soweit keine Versagungsgründe vorliegen, die eine Nachbesetzung erforderlich werden lassen. Das Gesetz sieht nur zwei Ausnahmen von dieser Aufkaufpflicht vor: Entweder muss der potenzielle Praxisnachfolger einem bestimmten Personenkreis angehören – das sind etwa angestellte Ärzte oder Praxispartner des Arztes – oder er muss sich bereit erklären, die Praxis in ein Gebiet des Planungsbereiches zu verlegen, in dem nach Mitteilung der KV wegen einer zu geringen Arztdichte ein besonderer Versorgungsbedarf besteht.

Die Neuregelung in § 103 Abs. 3a SGB V gibt den KVen die Möglichkeit, durch Mitteilung an die Zulassungsausschüsse Gebiete zu definieren, die einen besonderen Versorgungsbedarf aufweisen. Will ein Nachfolger hierher verlegen und verpflichtet er sich hierzu, muss nachbesetzt werden. Ohne diese Regelung – also ohne Mitteilung der KV an den Zulassungsausschuss – müsste dann ab einem Versorgungsgrad von 140 % in der Regel aufgekauft werden. Damit können die KVen jetzt steuern, wohin Praxen zur Nachbesetzung verlegt werden sollen. Diese Regelung gab es bislang nicht.

Auch im sehr gut versorgten Planungsbereich Berlin mit 15 Arztgruppen oberhalb der 140 Prozent-Grenze gibt es Bereiche, in denen die Versorgung verbessert werden kann. Die KV Berlin hat deshalb dem Zulassungsausschuss für Ärzte und Psychotherapeuten mitgeteilt, dass sie im einheitlichen Planungsbereich Berlin in allen Verwaltungsbezirken einen erhöhten Versorgungsbedarf sieht, in denen der regionalisierte Versorgungsgrad - wie im „Letter of Intent“ des Gemeinsamen Landesgremiums ausgewiesen - unter dem Versorgungsgrad für Berlin liegt.

Erklärt nun der potenzielle Nachfolger, dass er die Praxis in einen solchen Bereich verlegen wird, muss der Zulassungsausschuss die Praxis nachbesetzen. So können und werden langfristig Praxen aus hochversorgten Bereichen in weniger gut versorgte Bereiche verlegt. Dies ist ein weiterer Hebel zur Verbesserung der Versorgung in Berlin.

4. HzV-Verträge im Aufwind?

Aktuell nehmen lt. einer Mitteilung des Deutschen Hausärzteverbands über 3,7 Millionen Patientinnen und Patienten und mehr als 16.000 Hausärztinnen und Hausärzte an der HzV teil. Die Bundesregierung hat im Rahmen einer parlamentarischen Anfrage den Erfolg der Hausarztzentrierten Versorgung bestätigt. Die Hausarztzentrierte Versorgung ist lt. dem Bundesvorsitzenden des Hausärzteverbandes, Ulrich Weigoldt, eines der größten Erfolgsmodelle im deutschen Gesundheitswesen der vergangenen Jahrzehnte. Sie sorgt für eine strukturierte Behandlung der Patientinnen und Patienten und ist der Innovationsmotor im deutschen Gesundheitswesen.

Bei der HzV fungiert der Hausarzt als Koordinator im Gesundheitswesen. Der Versicherte verpflichtet sich für mindestens ein Jahr freiwillig, zunächst seinen Hausarzt zu konsultieren. Dieser überweist den Patienten bei Bedarf an einen Spezialisten oder ins Krankenhaus. Somit können überflüssige Doppeluntersuchungen und unnötige Krankenhausaufenthalte vermieden werden. Auch das Medikationsmanagement, beispielsweise bei der Verschreibung von Antibiotika, kann durch die verbesserte Koordination individuell abgestimmt und kontrolliert werden.

Kritiker der HzV-Verträge führen u.a. an, dass komplizierte Abrechnung, den organisatorischen Aufwand und die geringe finanzielle Attraktivität dieser Selektivverträge an. Der Bayerische Hausärzteverband ist hier anderer Meinung und begründet dies u.a. im Rahmen der Auflistung der „10 häufigsten HzV-Mythen“.

5. Ärzteatlas 2015

Die AOK kommt in Ihrer jüngsten Erhebung durch das WidO zu dem Ergebnis, dass es in Deutschland genügend Ärzte gibt. Das ist nicht ganz von der Hand zu weisen, denn seit 1990 ist die Zahl der Vertragsärzte von 88.000 auf 143.000 gestiegen. Das bedeutet ein Gesamtversorgungsgrad von 131,6 %. Selbst bei den Hausärzten ergibt sich noch ein Versorgungsgrad von 110 %. Auf Basis der derzeit gültigen Bedarfsplanung liegt demnach

selbst bei dieser Fachgruppe eine rechnerische Überversorgung statt. Nicht nur für Patienten ist das verwirrend, da der Ärztemangel in einigen Regionen deutlich zu spüren ist. Liegt vielleicht nur ein Verteilungsproblem vor? Oder werden Statistiken immer „passend“ gerechnet, je nachdem, wer die Statistik in Auftrag gibt?

Der richtige Impuls kommt hier von der KBV: Die Datenbasis ist falsch! Tatsächlich ist das Zahlenwerk der Bedarfsplanung längst veraltet. Seit der letzten Reform können jedoch KV und Kassen „vor Ort“ individuell den Bedarf festlegen. Dadurch ist es jedoch auch nicht zu signifikanten Veränderungen gekommen. Der Schlüssel liegt v.a. an der Verteilung der Ärzte. Bei den Hausärzten ist dagegen durch die hausarztzentrierte Versorgung (Lotsenfunktion des Hausarztes) ein Zusatzbedarf entstanden.

6. Aktualisierte (Muster-)Berufsordnung

Die Bundesärztekammer hat die aktualisierte (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä) sowie weiterführende Informationen dazu veröffentlicht. Der 118. Deutsche Ärztetag hatte im Mai der Novellierung einzelner Vorschriften der MBO-Ä zugestimmt.

Geändert wurde unter anderem die Regelung zum Einsichtnahmerecht der Patienten in die ärztliche Dokumentation. Bislang waren diejenigen Teile von der Einsichtnahme ausgenommen, die subjektive Eindrücke oder Wahrnehmungen des Arztes enthalten. Nach Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes im Jahr 2013 war eine Anpassung an den Paragraphen 630g des Bürgerlichen Gesetzbuches angezeigt. Darin ist geregelt, dass Patienten auf deren Verlangen unverzüglich Einsicht in die vollständige, sie betreffende Patientenakte zu gewähren ist, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen. Diese Formulierung wurde im Wesentlichen übernommen und um den Bezug auf die erheblichen Rechte der Ärzte ergänzt.

Eine weitere Änderung bezieht sich auf die Zulässigkeit einer Teil-Berufsausübungsgemeinschaft. Ärzte dürfen sich zu Berufsausübungsgemeinschaften, Organisationsgemeinschaften, Kooperationsgemeinschaften und Praxisverbänden zusammenschließen. Eine Teilberufsausübungsgemeinschaft darf jedoch nicht auf Zuweisung von Patienten ausgerichtet sein. Als allgemein unzulässige Umgehung des Zuweisungsverbotes wurde bislang angesehen, wenn sich der Beitrag einzelner Ärzte auf die Erbringung medizinisch-technischer Leistungen beschränkt.

Weitere Inhalte bzw. den aktuellen Stand der Musterberufsordnung finden Sie unter folgendem Link:

<http://www.bundesaerztekammer.de/recht/berufsrecht/muster-berufsordnung-aerzte/muster-berufsordnung/>

7. Vereinfachte Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat sich zusammen mit dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf einen Bürokratieabbau im Bereich der Bescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit (AU) geeinigt.

Das Muster 17, also die Bescheinigung für die Krankengeldzahlung, wird zum 1. Januar 2016 in die klassische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung integriert. Damit gibt es künftig nur noch ein Formular: das Muster 1.

Der bisherige sogenannte „Auszahlungsschein für das Krankengeld“ fällt weg. Dies bringt lt. KBV für Ärzte deutliche Vereinfachungen: Derzeit existiert eine Vielzahl verschiedener kassenindividuell ausgestalteter Auszahlungsscheine. Mit dem neuen Muster 1 wird dieser ‚Wildwuchs‘ beendet.

Die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung besteht künftig aus vier statt drei Blättern. Der Arzt stellt dem Patienten die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung aus und behält einen Durchschlag für seine Dokumentation. Ein Durchschlag ist für die Krankenkasse und einer für den Arbeitgeber bestimmt. Neu ist der Durchschlag für den Patienten.

8. Hygiene-Status in Arztpraxen

Vertragsärzte können mit einem neuen Fragebogen den Hygiene-Status in ihren Praxen überprüfen. In dem Fragebogen sind die zahlreichen Anforderungen zum Thema Hygiene und Medizinprodukte gebündelt. Jede Frage ist mit Erläuterungen und Umsetzungsvorschlägen hinterlegt.

Das Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte der KVen bzw. der KBV hat den Fragebogen entwickelt, um Ärzten einen Überblick über die umfangreichen Rechtsvorschriften zu verschaffen und sie bei der Umsetzung zu unterstützen. Es geht darum, ein Hygienemanagement zu etablieren, das den bestmöglichen Infektionsschutz sowohl für Patienten als auch für das Praxisteam gewährleistet.

Der Fragebogen gliedert sich in vier Themenbereiche: Arbeitsschutz, Hygienemanagement, Umgang mit Medizinprodukten und Aufbereitung von Medizinprodukten. Ist ein Thema aufgrund bestimmter Praxisgegebenheiten nicht relevant, können Teilnehmer des Selbsttests es einfach überspringen. Die Fragen sind mit Erklärungen, Hinweisen sowie konkreten Rechtsgrundlagen, auf denen die einzelnen Anforderungen basieren, hinterlegt. Zu jedem Thema wird zusätzlich auf das entsprechende Kapitel in der Broschüre "Hygiene in der Arztpraxis. Ein Leitfaden" - ebenfalls vom Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte herausgegeben - verwiesen. Dort sind weiterführende Informationen zu finden. Für einen schnellen Test in Sachen Hygiene ist der von der KBV erarbeitete "Mein PraxisCheck Hygiene" geeignet. Jede Praxis ist verpflichtet, einen eigenen Hygieneplan zu erstellen. Der Plan sollte unter anderem Regelungen zur Händehygiene, Haut- und

Schleimhautantiseptik, Flächenreinigung und -desinfektion, zum Umgang mit Medikamenten und zur Aufbereitung von Medizinprodukten enthalten. Die Einhaltung der Hygienevorschriften ist auch Teil des Qualitätsmanagements einer Praxis.

Den Fragebogen finden Sie unter folgendem Link: [http://www.hygiene-medinprodukte.de/fileadmin/user_upload/dokumente/Status quo in der Arztpraxis/Hygiene und MP - Feststellung des Status quo in der Arztpraxis.pdf](http://www.hygiene-medinprodukte.de/fileadmin/user_upload/dokumente/Status_quo_in_der_Arztpraxis/Hygiene_und_MP_-_Feststellung_des_Status_quo_in_der_Arztpraxis.pdf).

Den Hygiene-Leitfaden finden Sie [hier](#).

9. „Überstunden-Uhr“ für Vertragsärzte

Auf das Problem der Überstunden macht die KV Niedersachsen mit ihrer „Überstunden-Uhr“ für Vertragsärzte aufmerksam. In Niedersachsen erreichten die lt. KV-Angaben "unbezahlten Überstunden", im zweiten Quartal 2015 bereits einen Wert von 1,14 Millionen. Im aktuellen Quartal standen Sie schon bei über 700.000. Das Problem gibt es aber auch in anderen Regionen bzw. Bundesländern, nur gibt es dort oft entsprechende Erhebungen bzw. Veröffentlichungen nicht.

10. Sind Diagnostik-Tools im Internet zuverlässig?

Bei Beschwerden jeglicher Art ist heutzutage oft nicht der Arzt der erste Ansprechpartner, sondern das Internet. Zur virtuellen Selbstdiagnose werden dabei zunehmend auch spezialisierte Diagnostikseiten genutzt, in Deutschland z.B. NetDoktor oder Onmeda.

Nun haben Wissenschaftler der Harvard Medical School in Boston versucht herauszufinden, wie zuverlässig solche "Symptom-Checker" die richtige Diagnose erstellen und inwieweit sie den Patienten dann auch korrekt weiterleiten. Dazu haben sie diverse Anbieter aus den USA, Großbritannien, den Niederlanden und Polen getestet, indem je 45 fingierte Fälle den virtuellen "Doktoren" präsentiert wurden. Zur Auswertung gelangten 770 per Internet gestellte Diagnosen und 532 Empfehlungen zum weiteren Vorgehen.

Die Qualität der verschiedenen Internet-Anbieter schwankt nach Angaben der Wissenschaftler erheblich: Während bei DocResponse in durchschnittlich 50 Prozent der Anfragen die richtige Diagnose ganz oben stand, war dies bei der schwächsten Web-Site (MEDoctor) nur in 5 Prozent der Fall. Insgesamt taten sich die Netz-Ärzte bei häufigen Krankheitsbildern leichter; hier lag die Erfolgsrate (richtige Diagnose an erster Stelle) bei 38 Prozent, bei selteneren Erkrankungen dagegen bei 28 Prozent. Angesichts der hohen Rate an Fehldiagnosen scheint eine gewisse Skepsis gegenüber den Portaldiagnosen angezeigt.

11. Medizinische Journale beliebteste Informationsquelle?

Ca. 94 Prozent der niedergelassenen Allgemeinmediziner, Praktiker und Internisten (APIs) bevorzugen bei ihrer fachlichen Informationsbeschaffung die Journale, die sich an ihre Fachgruppe richten. Dies zeigt die aktuelle Reichweitenstudie LA-Med API der

Arbeitsgemeinschaft LA-Med Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen e.V., die alle zwei Jahre durchgeführt wird.

Auf Platz zwei stehen Tagungen und Kongresse (ca. 80 Prozent). Jeweils rund ein Drittel der APIs informiert sich über das Internet, Fachbücher, Kollegen und Pharmareferenten. Die Reichweiten der insgesamt 12 untersuchten Fachwebsites bleiben im Vergleich zum Jahr 2013 weitgehend unverändert (5 Prozent Nutzer pro Woche) und liegen nach wie vor deutlich unter jenen des Printbereichs.

12. Vorratsdatenspeicherung – sind Heilberufe ausreichend geschützt?

Ärzte- und Zahnärzteschaft, Apotheker, Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten haben scharfe Kritik an dem von der Bundesregierung vorgelegten Gesetzentwurf zur Vorratsdatenspeicherung geübt. Die Regelungen stellten keinen ausreichenden Schutz für Berufsheimnisträger dar, warnten Bundesärztekammer, Bundeszahnärztekammer, Bundesapothekerkammer und Bundespsychotherapeutenkammer in einem gemeinsamen Schreiben an die Mitglieder des Gesundheitsausschusses und des Rechtsausschusses des Deutschen Bundestages. Die Organisationen appellierten an die Abgeordneten, dem Gesetz in seiner jetzigen Form nicht zuzustimmen.

Zum Hintergrund: Der Gesetzentwurf sieht vor, Verkehrsdaten für zehn Wochen und Standortdaten für vier Wochen zu speichern. Von der Speicherpflicht ausgenommen werden (nur) Verkehrsdaten von Personen, Behörden und Organisationen in sozialen oder kirchlichen Bereichen, die grundsätzlich anonym bleibenden Anrufern telefonische Beratung in seelischen oder sozialen Notlagen anbieten. In diese Regelungen nicht einbezogen sind Berufsheimnisträger wie Ärzte, Zahnärzte, Apotheker oder Psychologische Psychotherapeuten. Für diese Gruppen soll lediglich ein Verwertungsverbot der Verkehrsdaten durch die Strafverfolgungsbehörden zur Anwendung kommen.

„Alle Patienten benötigen die Möglichkeit, sich jederzeit auch telefonisch, vor allem in Krisensituationen, an den Arzt oder Psychotherapeuten wenden zu können und auf die uneingeschränkte Gewährleistung der absoluten Vertraulichkeit ihrer Gespräche vertrauen zu können. Schon das Gefühl einer Registrierung kann eine unter Umständen überlebensnotwendige Kontaktaufnahme verhindern“, heißt es in dem Schreiben an die Abgeordneten. Wenn die Daten erst einmal erhoben sind, biete die Strafprozessordnung keinen ausreichenden Schutz mehr.

Die Organisationen fordern daher, dass Verkehrsdaten von Berufsheimnisträgern generell nicht von der Vorratsdatenspeicherung erfasst werden.

Die Argumentation der Bundesregierung, eine Ausnahme von der Speicherung sei technisch nicht möglich, lassen die Heilberufe nicht gelten. Denn schon jetzt führt die Bundesnetzagentur datenschutzkonform eine zentrale Liste der geschützten Personen,

Behörden und Organisationen und übermittelt dieses automatisiert an die Telekommunikationsunternehmen. Diese Liste könne erweitert werden, da den Heilberufekammern die Rufnummern der Kammerangehörigen bekannt seien.

13. Praxiskredit: Gebühren für Kreditbearbeitung zulässig?

Einige Banken bzw. Kreditinstitute verlangen für die Bonitätsprüfung und die Bearbeitung des Kreditantrages Bearbeitungsgebühren, die etwa zwischen einem und vier Prozent der Kreditsumme liegen. Dadurch entstehen etliche zusätzliche Kosten, die dem Kunden aufgebürdet werden. Bei einer Kreditsumme von 400.000 Euro und einer Bearbeitungsgebühr von zwei Prozent entspricht dies immerhin einem Betrag von 6.000 Euro. Mit dieser Praxis gingen einige Oberlandesgerichte und auch der Bundesgerichtshof nicht konform und gaben Kunden, die sich gegen die Erhebung von Bankgebühren zur Wehr setzten, Recht. Nach Auffassung der Gerichte liegt der Aufwand für die Bonitätsprüfung ausschließlich im Interesse der Bank und darf nicht auf den Kunden abgewälzt werden. Deshalb haben einige Gerichte die Bearbeitungsgebühren als nicht rechtmäßig erachtet.

Wenn Sie bei Ihrer Bank einen Kredit aufgenommen haben, prüfen Sie anhand der Vertragsunterlagen – am besten mit Hilfe Ihres Steuerberaters bzw. Rechtsanwalts - ob und in welcher Höhe Bearbeitungsgebühren in Rechnung gestellt wurden.

Wurde ein solches Entgelt erhoben, beantragen Sie unter Berufung auf die Rechtsprechung des BGH von Ihrer Bank eine Rückerstattung. Ansprüche auf Erstattung eines vor dem 1. Januar 2012 gezahlten Entgelts sind inzwischen verjährt, es sei denn, es wurden bereits Maßnahmen ergriffen. Ansprüche auf Erstattung von Bearbeitungsentgelten, die 2012 gezahlt wurden, verjähren zum 31. Dezember 2015!

Mit Urteil vom 8. Juli 2015 hat das Landgericht Düsseldorf übrigens auch den sogenannten "Individualbeitrag" der Targobank für unzulässig erklärt (Az.:12-O-341/14, noch nicht rechtskräftig).

14. Umsatzsteuer bei Nutzungsüberlassung?

Der BFH hat sich in seinem Urteil vom 18.03.2015 (Az.: XI-R-15/11) mit der Nutzungsüberlassung von Operationsräumen durch einen an der Operation mitwirkenden Anästhesisten beschäftigen müssen.

Dieser betreibt ein OP-Zentrum und vermietet die Räume incl. Ausstattung entgeltlich an Kollegen. Der Anästhesist könnte zwar gegenüber dem Patienten insgesamt eine einheitliche steuerfreie Heilbehandlung gem. § 4 Nr.14 UStG erbringen, die reine Raumüberlassung ist jedoch von keinem Befreiungstatbestand gedeckt.

Sollten Sie eine Nutzungsüberlassung von Behandlungs- bzw. Operationsräumen planen, empfiehlt es sich vorab die steuerlichen Auswirkungen durch Ihren Berater überprüfen zu lassen.

15. Umsatzsteuer auf Praxismiete?

Wird eine Immobilie an einen Unternehmer vermietet, so kann der Vermieter grundsätzlich zur Umsatzsteuerpflicht „optieren“ und dem Mieter die Umsatzsteuer in Rechnung stellen. Die Option ist aber ausgeschlossen, wenn der mietende Unternehmer – was bei Ärzten meist der Fall ist - nur steuerfreie Umsätze erbringt.

Optiert der Vermieter einer Arztpraxis zur Umsatzsteuer und zahlt der Arzt diese Umsatzsteuer, so kann er diese wieder zurückverlangen, wenn nicht ausnahmsweise besondere Vereinbarungen dazu bestehen

Die per Gesetz umsatzsteuerfreie Nutzung des Mietobjektes durch eine Arztpraxis kann lt. einem BFH-Urteil nicht durch Vereinbarungen im Mietvertrag steuerpflichtig gemacht werden. Damit ist die Umsatzsteueroption im Mietvertrag unwirksam. Folglich besteht grundsätzlich ein Rückzahlungsanspruch der Ärzte wegen der ohne Rechtsgrund gezahlten Umsatzsteuerbeträge.

Nur wenn die ergänzende Vertragsauslegung ergäbe, dass die Parteien bei der Vereinbarung der Miethöhe von einer wirksamen Umsatzsteueroption ausgegangen sind, und für den Fall der Unwirksamkeit der Umsatzsteueroption eine höhere Miete vereinbart hätten, wäre dies zulässig.

Um Rechtsstreitigkeiten zu vermeiden und das Verhältnis zu dem Vermieter nicht mit unnötigen Rechtsstreitigkeiten zu belasten, sollte der Arzt bereits bei der Anbahnung des Mietvertrages auf einer Streichung der Umsatzsteueroptionsklausel im Mietvertrag bestehen. Ggf. – auch zur Überprüfung der Verjährungsfristen - kann Sie hierzu Ihr Rechtsanwalt bzw. Steuerberater näher beraten.