GESUNDHEIT & STEUERN

Steuern, Recht und Wirtschaft für Heilberufe

3. QUARTAL 2017



Sehr geehrte Mandantinnen und Mandanten,

Betriebsausgaben für Fahrten zwischen der Wohnung und der Betriebsstätte sind ein Dauerthema für Betriebsprüfungen und Finanzgerichte. Das hat auch eine Berufsausübungsgemeinschaft, die gleichzeitig belegärztlich tätig ist, erfahren müssen.

Die neuen Regelungen im Zusammenhang mit dem Pflegestärkungsgesetz beschäftigen Ärzte, Patienten und deren pflegende Angehörige mit vielen Fragen. Anworten kann das neue Pflegeportal des Bundesgesundheitsministeriums geben.

Mit freundlichen Grüßen

HSP STEUER®

HSP MED®

HSP STEUER Ziegenhagen Kietzer Berlik PartGmbB Steuerberatungsgesellschaft
Schloss Diedersdorf
15306 Vierlinden OT Diedersdorf

Telefon + 49(0)3346-8555-0
Telefax + 49(0)3346-8555-55
E-Mail: schloss-diedersdorf@hsp-steuer.de
Website: www.hsp-steuer.de/ostbrandenburg

Dipl.-Kfm. Elmar Ziegenhagen ist auch Fachberater für den Heilberufebereich (IFU/ISM gGmbH) und Fachberater Gesundheitswesen (IBG/HS Bremerhaven)
M.Sc. Matthias Berlik ist auch Fachberater Gesundheitswesen (IBG/HS Bremerhaven)

STEUERN UND RECHT

Betriebsausgaben für Fahrten zwischen Wohnung und Betriebsstätte

Der Bundesfinanzhof (BFH) hatte in seinem Urteil vom 17. Januar 2017 (VIII R 33/14) über die Fahrtkostenpauschale eines Arztes im Rahmen seiner Tätigkeiten als Belegarzt und in seiner Praxis zu entscheiden.

Der Arzt ist Gesellschafter einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG). Neben seiner Tätigkeit in der Praxis arbeitet er als Belegarzt in einer Klinik. Die BAG ist auf dem Gelände der Klinik untergebracht. Die einfache Straßenentfernung zwischen seiner Wohnung und Arbeitsstätte beträgt 56 km. Der Arzt führte ein Fahrtenbuch und machte sämtliche Fahrzeugkosten inklusive AfA als Sonderbetriebsausgaben geltend. Das Finanzamt berücksichtigte sowohl die Fahrten Wohnung-Praxis als auch die Fahrten Wohnung-Klinik lediglich in Höhe der Entfernungspauschale. Der Arzt ist der Meinung, der Ansatz der Entfernungspauschale sei nur für die Fahrten Wohnung-Praxis als regelmäßige Arbeitsstätte gerechtfertigt. Die Fahrten zur Klinik seien in tatsächlicher Höhe unbeschränkt als Sonderbetriebsausgaben abzuziehen. Die so begründete Klage hatte vor dem BFH keinen Erfolg.

Das Gericht begründete, dass es sich um Fahrten zu einer regelmäßgen Betriebstätte handele. Der Arzt und seine Kollegen übten ihre freiberufliche ärztliche Tätigkeit sowohl in ihren Praxisräumen als auch in den unmittelbar angrenzenden Klinikräumen aus. Dabei erbrachten sie ihre ärztlichen Leistungen in der Praxis und der Klinik auf Basis der gesellschaftsvertraglichen Vereinbarungen, die die BAG mit dem Klinikum vertraglich geschlossen hat. Der Kläger nutzte dafür nicht nur Geräte der bestehenden Apparategemeinschaft, sondern auch Räumlichkeiten und Einrichtungen der BAG und der in unmittelbarer Nähe gelegenen Räume und Einrichtungen des Klinikums.

Der BFH hat daher eine einheitliche Betriebsstätte angenommen und den Abzug der streitigen Fahrtaufwendungen als Sonderbetriebsausgaben im Rahmen der Ermittlung der abzugsfähigen Aufwendungen nach der

Fahrtenbuchmethode auf die Entfernungspauschale für Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsstätte begrenzt.

Quelle: BFH-Urteil vom 17. Januar 2017 (VIII R 33/14)

Medizinisch indizierte Leistungen einer Schönheitsklinik

Wenn eine Privatklinik überwiegend nicht medizinisch indizierte Schönheitsoperationen ausführt, sind diese nur dann steuerfrei, wenn die Schönheitsklinik mit einer nach § 108 SGB V zugelassenen Einrichtung vergleichbar ist (FG Düsseldorf, 17. Februar 2017, 1 K 1994/13 U, Rev. zugelassen).

Sachverhalt:
Die Klägerin, eine Ärztin für Chirurgie, betrieb in den Streitjahren 2009 und 2010 eine Fachklinik für plastische und kosmetische Chirurgie. Die in der Klinik – ambulant und stationär – durchgeführten ärztlichen Leistungen, die sowohl medizinisch indizierte Heilbehandlungen als auch Schönheitsoperationen ohne medizinische Indikation umfassten, wurden in den Streitjahren überwiegend durch die Klägerin ausgeführt.

Gegenüber den behandelten Patienten wurden sämtliche in der Klinik durchgeführten ärztlichen Leistungen seit 2007 von der Klägerin in Rechnung gestellt. Im Rahmen einer Betriebsprüfung vertrat der Prüfer die Auffassung, die von der Klägerin ausgeführten Umsätze seien in vollem Umfang steuerpflichtig. Seit 2009 unterliege ein privates Krankenhaus nur dann der Steuerbefreiung nach § 4 Nr. 14 Buchst. b Satz 2 Doppelbuchst. aa UStG, wenn es nach § 108 SGB V zugelassen sei; eine derartige Zulassung liege jedoch nicht vor.

Urteilsbegründung:
Das Finanzgericht Düsseldorf befand, dass eine Privatklinik, die überwiegend Operationen ausführt, die nicht Heilbehandlungszwecken, sondern bloßen kosmetischen Zwecken dienen, mit in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft stehenden Krankenhäusern nicht vergleichbar sei. Zudem rechnete die Klägerin auch die nach ihrem Vorbringen steuerfreien Heilbehandlungen – zumindest ganz überwiegend – nicht nach den Regelungen der Gebührenordnung für Ärzte, sondern nach Pauschalhonoraren und ohne nähere Spezifizierung der erbrachten Leistungen ab. Insofern muss davon ausgegangen werden, dass nicht nur keine Kostenübernahme oder Kostenerstattung nach § 13 SGB V durch gesetzliche Krankenkassen erfolgte, sondern die Rechnungen der Klägerin auch bei privaten Krankenkassen und gegebenenfalls Beihilfestellen nicht erstattungsfähig waren.

Bei dieser Sachlage hat die Klägerin ihre Leistungen nicht unter in sozialer Hinsicht vergleichbaren Bedingungen wie in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft stehende Krankenhäuser erbracht. Mithin seien die Umsätze umsatzsteuerpflichtig.

Quelle: Urteil FG Düsseldorf, 17. Februar 2017, 1 K 1994/13 U

Keine Gewerbesteuerbefreiung ambulanter Dialysezentren



Nach § 3 Nr. 20 des Gewerbesteuergesetzes können Krankenhäuser, Einrichtungen zur vorübergehenden Aufnahme pflegebedürftiger Personen, Einrichtungen zur ambulanten Pflege kranker und pflegebedürftiger Personen sowie Einrichtungen zur ambulanten oder stationären Rehabilitation von der Gewerbesteuer befreit sein. Der Bundesfinanzhof (BFH) hat mit Urteil vom 25. Januar 2017 (I R 74/14) entschieden, dass ambulante Dialysezentren von der Steuerbefreiung nicht erfasst sind.

Im Streitfall betrieb die Klägerin, eine GmbH, zwei Dialysezentren, in denen Krankenfachkräfte und -pfleger die Patienten während der ambulant vorgenommenen Dialyse betreuten. Damit war allerdings der nach sozialrechtlichen Vorgaben geprägte Begriff „Krankenhaus“ (der die Möglichkeit der Vollversorgung der Patienten erfordert) nicht erfüllt. Für eine Gleichstellung mit einem krankenhäuslichen Dialysezentrum fehlt die Rechtsgrundlage: Die gesetzgeberische Einengung der Steuerbefreiung auf Krankenhäuser, nicht aber sämtlicher Einrichtungen, deren Leistungen über die Sozialversicherungsträger abgerechnet werden können, ist nach Auffassung des BFH aufgrund der Bedeutung der Vollversorgung und deren besonderer Kostenstruktur nicht zu beanstanden.

Die Dialysezentren konnten auch nicht als Einrichtungen zur vorübergehenden Aufnahme pflegebedürftiger Personen angesehen werden. Denn ein dafür erforderlicher auf die Unterstützung bei gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen der Personen gerichteter Zweck lag nicht bereits darin, den Patienten während des Aufenthalts Hilfestellung in dem für die Inanspruchnahme der nichtpflegerischen Leistung (der Dialyse) erforderlichen Maß zu geben. Die Einrichtungen der Klägerin dienten auch nicht zur ambulanten Pflege kranker und pflegebedürftiger Personen; denn damit sind nur Pflegedienste gemeint, die Pflegebedürftige in ihrer Wohnung pflegen und hauswirtschaftlich versorgen.

Offen lassen konnte der BFH hingegen die Frage, ob ambulante Dialysezentren als Einrichtungen zur ambulanten oder stationären Rehabilitation anzusehen sind. Dieser Befreiungstatbestand war für den Streitfall zeitlich noch nicht anwendbar.

Quelle: PM BFH

HONORAR UND UMSATZ

Variable Prämien im Rahmen einer integrierten Versorgung sind umsatzsteuerfrei

Mit Urteil vom 6. April 2017 (5 K 3168/14 U) hat der 5. Senat des Finanzgerichts Münster entschieden, dass variable Prämien, die die Krankenkasse an Ärzte im Rahmen der „integrierten Versorgung" i. S. v. § 140c SGB V a. F. zahlt, nicht der Umsatzsteuer unterliegen.

Die Klägerin ist eine Gemeinschaftspraxis für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie. Sie nimmt an einer sogenannten integrierten Versorgung teil, bei der mehrere Krankenhäuser und Arztpraxen fachübergreifend ein Netz zur verbesserten Versorgung der Versicherten einer bestimmten gesetzlichen Krankenkasse bilden. Den Versicherten stand es frei, an dem Versorgungsnetz teilzunehmen.
Die Krankenkasse zahlte der Klägerin neben der Vergütung für die ärztlichen Leistungen auch eine variable Vergütung. Diese entsteht, wenn durch das Versorgungsnetz bei dem teilnehmenden Versicherten Einsparungen im Vergleich zu einem Versicherten außerhalb des Netzes (z. B. durch Vermeidung von Krankenhausaufenthalten oder Verschreibung von Generika) nachgewiesen werden.

Das Finanzamt unterwarf die von der Klägerin in den Jahren 2010 bis 2012 bezogenen Prämien der Umsatzsteuer, weil sie kein Entgelt für eine konkrete ärztliche Leistung, sondern vielmehr für die Kosteneinsparungen darstellten.

Der Senat gab der Klage statt. Die Klägerin habe die variablen Prämien als Gegenleistung für eine Heilbehandlung bezogen. Das bei gesetzlich Krankenversicherten bestehende Leistungsverhältnis zwischen dem Arzt und der Krankenkasse, die gesetzlich verpflichtet sei, die ärztliche Versorgung sicherzustellen, werde durch die integrierte Versorgung nicht berührt. Diese stelle lediglich eine andere Ausgestaltung der gesetzlichen Regelversorgung dar. Auch im Rahmen der integrierten Versorgung habe die Klägerin umsatzsteuerfreie ärztliche Heilbehandlungen erbracht, da weiterhin therapeutische Ziele im Vordergrund gestanden hätten.

Dass die Vergütung in besonderer Weise ausgestaltet war, ändere hieran nichts. Zwar solle durch die Prämien ein kostensparendes Verhalten des Arztes vergütet werden. Hierdurch sollten neben dem Effekt der Kostenersparnis aber insbesondere auch optimierte Therapieerfolge eintreten. Dieses Ergebnis entspreche auch dem Sinn und Zweck der Befreiungsvorschrift des § 4 Nr. 14 UStG, das Gesund- heitssystem nicht mit Umsatzsteuer zu belasten, denn die integrierte Versorgung verfolge denselben Zweck.

Der Senat hat die Revision zum Bundesfinanzhof zugelassen. Die Entscheidung betreffe zwar die Regelungen zur integrierten Versorgung nach §§ 140a SGB V a. F., diese Regelungen bestünden aber in der neuen Fassung ohne wesentliche inhaltliche Änderung als „besondere Versorgung“ fort.

Quelle: FG Münster, Mitteilung vom 17. Juli 2017 zum Urteil 5 K 3168/14 vom 06. April 2017

Ambulante Palliativmedizin wird ausgebaut - Neue Leistungen im EBM

Die ambulante Palliativversorgung durch Haus- und Fachärzte wird ausgebaut. Dazu werden zum 1. Oktober mehrere neue Leistungen in den einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen. Darauf haben sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und Krankenkassen im Bewertungsausschuss geeinigt. Damit können Patienten noch in diesem Jahr im Rahmen der besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung behandelt werden.

Ärzte benötigen Abrechnungsgenehmigung
Der Beschluss des Bewertungsausschusses sieht acht neue Gebührenordnungspositionen (GOP) vor, die ab Oktober im neuen Abschnitt 37.3 aufgeführt sind. Ärzte benötigen für die Berechnung bestimmter Leistungen, zum Beispiel der Koordinationspauschale, eine Genehmigung ihrer Kassenärztlichen Vereinigung (KV).
Die Anforderungen sind in der Anlage 30 zum Bundesmantelvertrag geregelt.

Neue GOP für Ersterhebung und Koordination
Zu den neuen Leistungen gehört die palliativmedizinische Ersterhebung, bei der der Arzt anhand eines Assessments den individuellen palliativen Bedarf des Patienten ermittelt, zum Beispiel für eine Schmerztherapie. Die Leistung wird mit 41,28 EUR (GOP 37300: 392 Punkte) vergütet und kann einmal im Krankheitsfall abgerechnet werden. Für die Koordination der palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung erhalten die teilnehmenden Haus- und Fachärzte einen Zuschlag zur Versicherten- beziehungsweise Grundpauschale von 28,96 EUR (GOP 37302: 275 Punkte). Hierbei geht es vor allem um die Zusammenarbeit mit Palliativdiensten, SAPV-Teams und Hospizen.

150 EUR für Rufbereitschaft
Die KBV konnte ferner durchsetzen, dass die Ärzte für die telefonische Erreichbarkeit und Besuchsbereitschaft außerhalb der Sprechstundenzeiten eine einmalige Vergütung von 150 EUR erhalten. Die Zeiten, zu denen der Arzt erreichbar ist, stimmt er mit den Patienten, den Angehörigen oder den Pflegekräften ab. Die Abrechnung erfolgt über die GOP 37317 (1.425 Punkte). Längere Telefonate mit dem Pflegepersonal, dem ärztlichen Bereitschaftsdienst oder den Angehörigen außerhalb der Sprechstundenzeiten werden ebenfalls vergütet (GOP 37318: 213 Punkte / 22,43 EUR).

Zuschlag zu Hausbesuchen
Erfolgt die palliativmedizinische Betreuung des Patienten zu Hause, im Pflegeheim oder im Hospiz können Ärzte

Zuschläge zu den Hausbesuchen von jeweils 13,05 EUR (124 Punkte) berechnen. Die Vergütung (GOP 37305) erfolgt als Zuschlag zum Besuch (GOP 01410) oder Mitbesuch (GOP 01413) und ist je vollendete 15 Minuten berechnungsfähig. Der Zuschlag kann bis zu sechsmal am Behandlungstag, also für Besuche von bis zu 1,5 Stunden berechnet werden.

Im Falle von dringenden Besuchen (GOP 01411, 01412 und 014110) ist zukünftig der neue Zuschlag (GOP 37306: 124 Punkte/13,05 EUR) je Besuch ansetzbar. Die Zuschläge zu den Besuchen sowie Fallkonferenzen (GOP 37320, 64 Punkte / 6,74 EUR) können alle an der Versorgung von Palliativpatienten beteiligten Ärzte abrechnen. Eine Genehmigung der KV ist dafür nicht erforderlich.

Pauschale für Konsiliarärzte
Ein weiterer Bestandteil des neuen EBM-Abschnitts 37.3 ist eine Pauschale für die konsiliarische Erörterung komplexer Fragestellungen. Konsiliarisch tätige Ärzte mit der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin können diese GOP abrechnen (GOP 37314: 106 Punkte / 11,16 EUR), wenn sie von einem palliativmedizinisch betreuenden Haus- oder Facharzt wegen einer speziellen Fragestellung zu Rate gezogen werden, aber nicht den Patienten visitieren.



Extrabudgetäre Vergütung
Die GOP des Abschnitts 37.3 werden extrabudgetär zu festen Preisen vergütet; zunächst für zwei Jahre. Darüber hinaus empfiehlt der Bewertungsausschuss den Vertragspartnern auf Landesebene, ab Oktober auch die palliativmedizinischen Leistungen in den haus- und kinderärztlichen EBM-Kapiteln (Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5) für zwei Jahre extrabudgetär zu honorieren.

Quelle: PM KBV

GESUNDHEITSPOLITIK UND RECHT

Online-Ratgeber zur Pflege

Welche Leistungen gibt es für die ambulante Pflege? Wer sichert die Qualität in Pflegeheimen? Was sind Senioren-Wohngemeinschaften? Und wie werden pflegende Angehörige entlastet? Antworten bietet aktuell ein neuer Online-Pflegeratgeber.

Durch den Pflegeleistungs-Helfer können sich Ärzte, Pflegebedürftige und ihre Angehörigen ab sofort darüber informieren, in welchen Pflegegrad sie eingestuft werden und auf welche Leistungen sie Anspruch haben.

Hier geht es zum Ratgeber: https://goo.gl/3oTV3t (Google-Shortlink)

PRAXISFÜHRUNG

Mindestlöhne in der Pflege steigen

Beim Mindestlohn in der Pflegebranche kommt viel in Bewegung. Der Pflegemindestlohn steigt ab November auf 10,20 EUR pro Stunde im Westen und auf 9,50 EUR im Osten. Ab Januar 2018 wird er nochmals erhöht. Von diesem Mindestlohn, der über dem gesetzlichen Mindestlohn liegt, profitieren vor allem Pflegehilfskräfte.

In den kommenden Jahren wird der Pflege-Mindestlohn weiter steigen, das sieht die Dritte Verordnung über zwingende Arbeitsbedingungen für die Pflegebranche vor. Die Verordnung, und damit der Mindestlohn, gilt bundesweit – auch für nicht tarifgebundene Arbeitgeber und Arbeitnehmer in der Pflegebranche, ambulant wie stationär, nicht jedoch in Privathaushalten. Dort gilt der gesetzliche Mindestlohn von 8,84 EUR pro Stunde. Die Fragen und Antworten können Sie ab sofort auf www.bmas.de nachlesen.

Quelle: Bundesregierung online

FINANZEN

Broschüre zu Einlagensicherung und Anlegerentschädigung (BaFin)

Die Schieflage einer Bank oder eines Versicherers scheint heute auch in Deutschland durchaus denkbar. Da macht es Sinn, sich über den Modus der Abwicklung und das eigene Vermögen zu informieren. Die BaFin hat eine neue Broschüre veröffentlicht. Darin beschreibt sie die Sicherungssysteme unserer Banken und Versicherer und wie und welche Gelder oder Verträge gesichert werden. Beschrieben wird auch, wann und in welcher Höhe Sie im Fall einer Abwicklung am Verlust einer Bank beteiligt würden und in welchem Umfang Sie als Privatkunde dann geschützt sind.

Die Broschüre kann auf der Homepage der BaFin heruntergeladen werden.

Quelle: http://goo.gl/EvhCb4 (Google-Shortlink)

WICHTIGER HINWEIS

Gesetze und Rechtsprechung ändern sich fortlaufend. Nutzen Sie deshalb unsere Briefe zur Information. Bitte denken Sie aber daran, dass Sie vor Ihren Entscheidungen grundsätzlich unsere Beratung in Anspruch nehmen, weil wir sonst keine Verantwortung übernehmen können.