

BDNC-Newsletter Quartal 2/17

Allgemeine Versorgungsstruktur

Antikorruptionsgesetz sorgt für große Verunsicherung bei Medizinern

Beim Hauptstadtkongress in Berlin 06/17 wurde intensiv über das seit einem Jahr geltende Antikorruptionsgesetz diskutiert. Bisher sind in der Sache bundesweit lediglich 12 Verfahren anhängig, - was aber nichts über eine nach wie vor befürchtete Ermittlungswelle aussage. Es herrscht bei Medizinern und Kliniken weiter große Verunsicherung. Grund: Vielerorts weiß man gar nicht mehr, was noch erlaubt ist, und was das Gesetz verbietet, viele Staatsanwälte müssten sich erst noch mit dem Gesetz vertraut machen. Laut RA Rainer Hess, ehemaliger Unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses und lange Hauptgeschäftsführer der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), besteht zur Zeit eine „Überreaktion bei den Kündigungen von Kooperationsverträgen“; er plädierte für eine selbstbewusste Haltung der Ärzteschaft. „Vielleicht gehört das Prozessrisiko jetzt einfach dazu“ - was aber nicht hieße, dass das Verurteilungsrisiko genauso hoch sei. Frei nach dem Motto: Wer nichts zu verbergen hat, hat auch nichts zu befürchten.

Gesundheitspolitiker sehen Stärkung des fachärztlichen Grundversorgerstatus kritisch

Ein Positionspapier des SpiFa zum verstärkten fachärztlichen Einstieg in die Grundversorgung verbindet dies mit der Forderung, die Budgetierung abzuschaffen, um Verteilungskonflikte mit der Hausärzteschaft zu vermeiden, und macht sich dafür stark, Patienten mit nur einer Krankheit direkt zum Facharzt zu schicken ohne einen vorherigen Besuch beim Hausarzt: „Der informierte, unimorbide Patient sollte ohne Umwege über Lotsen und Gatekeeper direkt den Facharzt aufsuchen – alles andere stellt eine Ressourcenverschwendung dar. Hingegen benötigen multimorbide und multimedikamentös eingestellte Patienten den koordinierenden Hausarzt.“ Von Seiten der Hausärzte hagelte es für diesen Vorstoß drastische Kritik. So bezeichnete Hausärzteschafts-Chef Ulrich Weigelt solche Vorstöße des SpiFa als „falsch und gefährlich.“ Auch von Gesundheitspolitikern fast aller Parteien im Bundestag wurde das Positionspapier anlässlich einer Podiumsdiskussion beim Hauptstadtkongress 2017 mit wenig Gegenliebe betrachtet, einzig die FDP begrüßte diesen Vorstoß. „Ob der Ansatz des Spitzenverbandes der Fachärzte richtig ist, erscheint mir fraglich“, sagte beispielsweise der CDU-Bundestagsabgeordnete Dietrich Monstad; die hohe fachärztliche Qualifikation werde für die zweite Versorgungsebene benötigt. Der SPD-Politiker und MdB Edgar Franke, Vorsitzender des Gesundheitsausschusses, warnte davor, Haus- und Fachärzte gegeneinander auszuspielen. Er plädierte dafür, die längerfristige Wirkung der im Versorgungsstärkungsgesetz geschaffenen Instrumente abzuwarten und setzt auf ein gemeinsames Konzept von Haus- und Fachärzten.

http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/article/938481/fachaerzte-grundversorgung-spiFa-plan-kaum-chancen.html?cm_mmc=Newsletter-_-Newsletter-C-_-20170623-_-Berufspolitik

ZI-Studie: Großteil der Rückenschmerz-Krankenhausfälle könnte auch ambulant behandelt werden

81% aller durch Rückenschmerz verursachten Krankenhausfälle könnte auch ambulant behandelt werden, so das Ergebnis einer vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) geförderten Studie, die dafür

Daten aus dem Jahr 2012 ausgewertet hat. Auffallend in der Studie war, dass in Regionen mit einem verhältnismäßig hohen Anteil an niedergelassenen neuroorthopädischen Fachärzten die Anzahl der stationär behandelten Fälle und Patienten geringer ist. Außerdem sinken die Operationszahlen in Regionen, in denen eine größere derartige Facharztdichte vorherrscht. Dort wird vermehrt konservativ behandelt.

Transparenzkodex: Weniger Ärzte machen Zuwendungen öffentlich

Ende 06/17 wurden erneut Zahlen zur Zusammenarbeit von Pharmaindustrie, Ärzten, medizinischen Fachgesellschaften und Universitäten veröffentlicht - wobei tendenziell deutlich weniger Ärzte mit ihrem Namen dazu stehen. Waren für 2015 noch rund 71.000 Ärzte (29 Prozent) bereit, sich auf den Webseiten der sponsernden Unternehmen nennen zu lassen, sind es für 2016 nur rund 60.000. Die zum Teil polemische Kritik an Ärzten, die Zuwendungen der Pharmaindustrie öffentlich gemacht haben, hat offensichtlich Wirkung gezeigt. Für 2016 zeichnen sich folgende Werte ab:

» 365 Millionen Euro zahlten die Unternehmen für klinische Studien und Anwendungsbeobachtungen. Zehn Millionen Euro weniger als im Vorjahr.

» Vortragshonorare und von der Industrie mitfinanzierte wissenschaftliche Fortbildungen schlugen mit rund 105 Millionen Euro zu Buche, 14 Millionen Euro weniger als im Vorjahr.

» Für Sponsoring von Veranstaltungen, für Spenden und Stiftungen an medizinische Organisationen und Einrichtungen beliefen sich die Leistungen der pharmazeutischen Unternehmen auf rund 101 Millionen Euro. Das sind elf Millionen Euro mehr als im Vorjahr.

http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/anzneimittelpolitik/article/938398/transparenzkodex-weniger-aerzte-veroeffentlichen-zuwendungen.html?cm_mmc=Newsletter-_-Newsletter-C-_-20170622-_-Arzneimittelpolitik

Kein zusätzliches Honorar für Präventionsempfehlungen

Ab Juli 2017 können niedergelassene Ärzte ihren Patienten Präventionsempfehlungen erteilen. Das Muster 36, die sogenannte Präventionsempfehlung, soll ab dem 01.07.17 in den Praxisverwaltungssystemen hinterlegt sein. Mit der sogenannten Präventionsempfehlung ihres Arztes können die Patienten dann auf ihre Krankenkasse zugehen, um entsprechende Angebote wahrzunehmen. Ziel ist es, verhaltensbezogene Risikofaktoren für bestimmte Erkrankungen zu senken. Ihr Kreuzchen zur Empfehlung können Mediziner in den Bereichen Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum setzen.

Angesprochen und dadurch motiviert werden sollen vor allem Menschen in beruflich und familiär belastenden Lebenssituationen und Menschen mit sprachlich, sozial oder kulturell bedingten Barrieren. "Bewegung auf Rezept" vom Arzt setzt die Kassen mehr unter Zugzwang, entsprechende Sportkurse oder eine Ernährungsberatung und andere Maßnahmen bereit zu halten oder gegebenenfalls finanziell zu fördern. Dafür müssen die Angebote bestimmte Qualitätsvorgaben (nach Paragraf 20 SGB V) erfüllen. Patienten können allerdings auch ohne eine ärztliche Präventionsempfehlung entsprechende Leistungen oder Zuschüsse bei ihrer Krankenkasse beantragen. Und eine zusätzliche Honorierung des Aufwands für die Erstellung des Formulars ist laut KBV nicht vorgesehen.

http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/rezepte/article/938255/praeventionsempfehlung-lichtschatten-aerzte.html?ticket=ST-32016-nrcWH7PnV0gx7fvggltf-fpp6suvak3l

Ökonomisierung der Medizin: Internisten setzen auf Eid des Hippokrates 2.0

Beim Internistenkongress 04/17 in Mannheim wurde ein neuer Klinik-Codex vorgestellt – als ein Zeichen an politische Entscheider und mehr noch. Der Codex soll als Aufruf, ja als Mahnung an die gesamte Ärzteschaft verstanden werden.

Vor zwei Jahren startete die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) bei ihrer Jahrestagung die Initiative „Klug entscheiden“ und beeinflusste damit die innerärztliche Diskussion über einen rationalen Einsatz von Ressourcen in der Medizin nachhaltig. Auch 2017 schlagen die Internisten wieder Pflöcke in den Boden und ziehen eine Grenze, die signalisiert: Bis hierhin und nicht weiter! „Medizin vor Ökonomie!“, lautet dabei die Kernforderung der DGIM. Bewußt wird auf Hippokrates Bezug genommen: wenn es um eine "werteorientierte, individualisierte und fürsorgliche Medizin" geht, also um eine Medizin, die sich auf traditionelle ethische Werte beruft, die aber sicher nicht ökonomische Notwendigkeiten ausblenden will. Genau hier setzt auch die "Klug entscheiden"-Kampagne der Internisten an: Seit zwei Jahren geben die Schwerpunktgesellschaften Positiv- und Negativempfehlungen ab, um Tendenzen der Über- und Unterversorgung entgegenzuwirken. Dies war zu keinem Zeitpunkt als Instrument der Priorisierung gemeint, im Sinne von "Qualität muss nicht teuer sein" aber schon.

Mit 25.000 Mitgliedern ist die DGIM eine der größten medizinischen Fachgesellschaften Europas. Aus dem Vorstand wird signalisiert, dass man weitere Meinungsbildner von Fachgesellschaften außerhalb der Inneren Medizin mit ins Boot holen möchte. Ärztliche Ethik soll gegen die Protagonisten eines Gesundheitssystems in Position gebracht werden, in dem es inzwischen hauptsächlich darum zu gehen scheint, Erlöse zu erwirtschaften. Hört man sich auf anderen Fachkongressen um, wird klar, dass die Chancen für dieses Anliegen der Internisten gut stehen.

http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/medizinethik/article/934240/klinik-codex-internisten-setzen-eid-des-hippokrates-20.html?cm_mmc=Newsletter-Telegramm-C-20170424-Medizinethik

(Neue) Versorgungsformen

KV Sachsen-Anhalt und KV Schleswig-Holstein kontern mit einem Maßnahmenbündel die Bedrohung von Freiberuflichkeit durch Ärztemangel und durch den Trend zum Praxisverkauf an klinikeigene MVZ

KV-SA-Vorstand Dr. Burkhard John wird ab dem zweiten Halbjahr 2017 in allen Kreisstellen Veranstaltungen anbieten, bei denen Experten gezielt über die Praxisabgabe und -übernahme informieren, gleichzeitig die Vorteile der Freiberuflichkeit in den Vordergrund stellen. Die Praxisbörse, bei der sich abgebende und niederlassungswillige Ärzte finden können, soll außerdem professionalisiert und zu einer Kooperationsbörse ausgebaut werden. „Ab Ende des Jahres wollen wir interessierten Ärzten darüber hinaus Patenschaften anbieten“, so Burkhard John. Vorgesehen ist, dass KV-Mitarbeiter oder engagierte Ärzte Nachbesetzungsverfahren individuell unterstützen und begleiten. Im Bedarfsfall kann die Hilfe auch auf Verwandte und Erben ausgedehnt werden. "Gut angenommen wird bereits unsere Niederlassungsfahrschule, die hilft, Ängste vor dem Ungewissen abzubauen."

Auch die KVSH stellte am 27.06.17 ein Maßnahmenbündel gegen den Ärztemangel mit neuen entlastenden ambulanten Versorgungsstrukturen vor. Dazu gehören laut Vorstand Dr. Monika Schliffke Hausarztzentren mit Versorgungsverantwortung in ländlichen Regionen, Erhöhung der Zahl von bisher 270 Zweigpraxen, Delegation u.a. von Routine-Hausbesuchen auch im fachärztlichen Bereich an qualifiziertes Praxispersonal sowie stark ausgebauter Einsatz von Telemedizin. Laut Schliffke „könnte der Gesundheitszustand chronisch kranker Patienten digital kontrolliert werden, ohne dass diese den weiten Weg zur nächsten Arztpraxis antreten müssen.“ Zudem unterstützt die KVSH kommunale Lösungen wie das Ärztezentrum in Trägerschaft durch die Gemeinde Büsum oder das gemeindeeigene Medizinische Versorgungszentrum auf Pellworm. (Quelle: Presseinformation KVSH vom 27.06.17)

Das Ziel heißt überall: Ärzte entlasten, ob bei der Anstellung von Weiterbildungsassistenten, bei der Vermittlung von Ärzten für Vertretungen oder auch bei Praxisabgaben, -übernahmen, -beteiligungen oder bei Anstellungen.

http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/article/938314/kv-sachsen-anhalt-freiberuflichkeit-muss-erhalten-bleiben.html?cm_mmc=Newsletter-_-Newsletter-C_-20170621-_-Berufspolitik

Schmerzmedizin: Zehn-Punkte-Plan für eine bessere Versorgung

Der Facharzt für Schmerzmedizin wird in absehbarer Zeit nicht kommen, davon geht die Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin (DGS) inzwischen offiziell aus und hat zur Verbesserung der Versorgung 05/17 ein neues Konzept entwickelt, einen sogenannten Zehn-Punkte-Plan analog zur Palliativmedizin und dementsprechend als Spezialisierte Ambulante Schmerzmedizinische Versorgung SASV bezeichnet; ein solches Netzwerk stelle einen echten Paradigmenwechsel in ambulanter Versorgung dar und hätte laut DGS „nur dann eine Perspektive, wenn es auch von Politikern und anderen Entscheidungsträgern im Gesundheitswesen unterstützt wird“:

- Das Versorgungsnetz muss flächendeckend, wohnortnah und ambulant zur Verfügung stehen
- Ein Kernziel ist die Frühintervention und Prävention der Schmerzchronifizierung
- Ein zeitnahe Therapiebeginn und ein effektives Übergabemanagement für Patienten muss sichergestellt werden
- Ein „Pain Care Team“ soll den spezialisierten Einzelkämpfer ersetzen. Die Teammitglieder müssen über schmerzmedizinische Kernkompetenzen verfügen. Hausärzte, Schmerzmediziner, Psychologen, Physiotherapeuten und algesiologische Fachassistenten sollten mit im Boot sitzen
- Erforderlich ist ein Netzmanagement, das Versorgung koordiniert. Erste Anlaufstelle könnte eine algesiologische Fachassistenz mit erweiterter Qualifikation sein
- Über verbindliche Kooperationen sind Vertreter weitere Fachgebiete in das Netz einzubeziehen: zum Beispiel Neurologen, Orthopäden, Chirurgen, Zahnmediziner oder Sozialarbeiter
- Für alle im Netz Beteiligten muss eine schmerzmedizinische Basisqualifikation sichergestellt werden
- Eine verbindliche gemeinsame Dokumentationsplattform soll Transparenz sicherstellen und die Versorgung effizienter machen
- Eine adäquate, pauschalierte Vergütung soll Fehlanreize vermeiden. Die Einzelleistungsvergütung hat in diesem Konzept keinen Platz

- Für einzelne Patientengruppen müssen Therapieoptionen und Therapieziele definiert werden, um mit Blick auf die notwendigen Ressourcen Honoraranteile der Beteiligten zu berechnen

http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/article/935879/schmerzmedizin-dieser-zehn-punkte-plan-soll-versorgung-verbessern.html?cm_mmc=Newsletter-_-Newsletter-C-_-20170517-_-Berufspolitik

Versorgungsalltag: Zweitmeinung alles andere als Erfolgsgeschichte

Vor zwei Jahren sorgte das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz mit Inkrafttreten dafür, dass gesetzlich krankenversicherte Patienten vor geplanten Eingriffen ab sofort Anspruch auf eine fachmännische Zweitmeinung haben. Tatsächlich ist aber bis heute die Zweitmeinung noch immer eine große Baustelle, darauf wiesen Experten des Arbeitskreis "Ärzte und Juristen" der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) 05/17 in Würzburg hin.

Zwar sprechen sich inzwischen 90 Prozent der Patienten für eine Zweitmeinung aus. In der Realität ist aber immer noch nicht klar, für welche Eingriffe Kassenpatienten die Option der Zweitmeinung ziehen können. Darüber wird der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) wahrscheinlich erst in der zweiten Jahreshälfte entscheiden.

Aus juristischer Sicht ist die Zweitmeinung, eine Art „Diagnosevertrag“. Ziel sei dabei, eine „standardgemäß korrekte Diagnose“ abzugeben, was keineswegs mit der „richtigen“ Diagnose gleichzusetzen ist. Der zuerst diagnostizierende Arzt hat heute die Pflicht, auf die Möglichkeit einer zweiten Meinung hinzuweisen. Das gilt insbesondere, wenn es sich um einen objektiv zweifelhaften Befund handelt.

Für den Juristen Professor Andreas Spickhoff vom Lehrstuhl für Bürgerliches Recht und Medizinrecht an der Ludwig-Maximilians-Universität München bedeutet das die „Pflicht zur therapeutischen Sicherheitsaufklärung“. Beispiel: Entdeckt der Arzt eine Hautveränderung, hinter der er ein Melanom vermutet, müsste er das dem Patienten mitteilen. Besonders relevant ist das Thema Zweitmeinung in der Orthopädie, da hier geplante Eingriffe dominieren - Paradebeispiel künstlicher Gelenkersatz. Dem Gesetzgeber ging es bei dem Rechtsanspruch auf eine Zweitmeinung indessen weit weniger um den Patienten, „sondern vorrangig darum, die nicht medizinisch begründete Indikationsausweitung zu begrenzen“, betonte Dr. Johannes Flechtenmacher, Präsident des Berufsverbands für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU), in Würzburg.

[http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/qualitaetsmanagement/article/935381/zweitmeinung-ungewisse-aussichten.html?cm_mmc=Newsletter-_-Newsletter-C-_-20170510-_-Qualit%
c3%a4tsmanagement](http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/qualitaetsmanagement/article/935381/zweitmeinung-ungewisse-aussichten.html?cm_mmc=Newsletter-_-Newsletter-C-_-20170510-_-Qualit%c3%a4tsmanagement)

Erfolgsgeschichte Telekonsil: Angebot soll auf weitere Facharztgruppen ausgeweitet werden

Als „schwer beeindruckend“ und „großartig“ bezeichneten Neurologen und Psychiater das Konzept eines Telekonsils, das auf dem Neurologen- und Psychiatertag 2017 in Köln vorgestellt wurde. Bisher ist das System nur für Pädiater und Gynäkologen verfügbar, doch das soll nicht so bleiben.

Mithilfe des Telekonsils können niedergelassene Hausärzte neuromedizinische Spezialisten konsultieren, ohne dass der Patient selbst beim Facharzt vorstellig werden muss. Dabei ermöglicht das System beiden Ärzten, auf dieselben Dokumente zuzugreifen, etwa auf Patienteninformationen und Testergebnisse. Ein besonders Merkmal des Telekonsils ist die hohe Sicherheit. Die Patientendaten werden über drei verschiedene Server geleitet. Auf dem ersten Server ist nur der Name gespeichert, mit einer Verschlüsselung auf dem Niveau des US-Geheimdienstes NSA. Der zweite Server enthält die medizinischen Daten. Über den dritten Server werden

alle Testergebnisse wie Blutbilder und Röntgenaufnahmen geleitet. Trotz all dieser Sicherheitsmaßnahmen ist das System noch nicht zertifiziert. Die EU-Datenschutzgrundverordnung tritt erst im Mai 2018 in Kraft.

http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/e-health/article/935161/telekonsil-direkte-draht-neurologen.html?cm_mmc=Newsletter-_-Newsletter-C-_-20170508-_-E-Health

Honorar

Bewertungsausschuß: ab 01.07.17 können auch Fachärzte Hausbesuche delegieren und abrechnen.

Fachärzte können ab Juli den Einsatz einer qualifizierten nicht-ärztlichen Praxistassistentin auf Hausbesuch abrechnen. Bisher wurde ihnen der NÄPA-Einsatz nur bei Visiten in Pflegeheimen vergütet. Der jüngste Beschluss des Bewertungsausschusses ergänzt das seit einem Jahr geltende EBM-Delegationskapitel 38 um zwei neue Zuschläge, die ausschließlich von einigen Fachärzten abgerechnet werden dürfen: **Die GOP 38202** als Zuschlag zur fachgruppenübergreifenden Delegationsziffer 38100 ("Aufsuchen eines Patienten durch einen nichtärztlichen Mitarbeiter"). Die 38202 ist ausdrücklich als Zuschlag für den NÄPA-Besuch in der "Häuslichkeit" definiert und wird mit 90 Punkten je Sitzung bewertet. **Die GOP 38207** (83 Punkte) ist ebenfalls Fachärzten vorbehalten und als Zuschlag zur Mitbesuchsziffer 38105 ("Aufsuchen eines weiteren Patienten durch einen nichtärztlichen Mitarbeiter") gefasst. Auch hier wird ausdrücklich auf den NÄPA-Einsatz in der "Häuslichkeit" abgestellt. Der Hausbesuch eines nichtärztlichen Praxisassistenten wird mit insgesamt 166 Punkten (17,48 Euro) bewertet, der Mitbesuch mit 22 Punkten (12,85 Euro).

Die beiden vor einem Jahr eingeführten Zuschläge 38200 und 38205 für den NÄPA-Besuch, beziehungsweise den Mitbesuch in Pflegeheimen und anderen beschützenden Einrichtungen, gelten unverändert weiter. Die Vergütung der neuen Zuschläge soll extrabudgetär erfolgen. Für die erforderliche KV-Genehmigung zur NÄPA-Abrechnung müssen die Assistentinnen wenigstens 20 Stunden pro Woche beschäftigt sein. Ein Fallzahl-Limit müssen Fachärzte nicht erfüllen.

„Der Ausbau der Kooperation mit nichtärztlichen Gesundheitsberufen ist ein wichtiges Anliegen der KBV“, sagt Vorstandschef Dr. Andreas Gassen. So lasse sich die wachsende Zahl ambulanter Behandlungen auch künftig in hoher Qualität bewältigen. Wichtig sei, dass der Arzt die Behandlung koordiniere, damit es keine Schnittstellenprobleme gebe.

http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/aerztliche_verguetung/article/938978/neu-ebm-naepa-hausbesuch-jetzt-fachaerzte.html?cm_mmc=Newsletter-_-Telegramm-C-_-20170630-_-Abrechnung+%2f+%c3%84rztliche+Verg%c3%bctung

(höchstrichterliche) Gerichtsentscheidungen

Ärzte-Vergütung: Bundessozialgericht stärkt Regionalisierung

In der Gesamtvergütung verhandeln Kassen und KVen unter anderem auch über den sogenannten Punktwert. Für Ärzte bringt das nicht nur Vorteile mit sich. Die 2013 eingeführten Zu- und Abschläge zum Punktwert ermöglichen eine deutliche Regionalisierung der Arzt-Honorare. Laut Gesetz sollen die Zu- und Abschläge bewirken, dass insbesondere regionale Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur berücksichtigt werden. Dabei sei der Gesetzgeber davon ausgegangen, dass sich Zu- und Abschläge bundesweit grob die Waage halten, betont 05/17 das Bundessozialgericht (BSG) in Kassel in einer Entscheidung und stärkt damit die Regionalisierung. Ausgangspunkt sei stets der Orientierungswert als normative Vorgabe des erweiterten Bewertungsausschusses. *Bundessozialgericht: Az.: B 6 KA 5/16 R (Hamburg), Az.: B 6 KA 14/16 R (Bayern).*

http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/recht/article/935506/punktwert-bundessozialgericht-staerkt-regionalisierung.html?cm_mmc=Newsletter-_-Newsletter-C-_-20170511-_-Recht

Entscheidung des Bundesfinanzhofs: Auch Selbstständige dürfen Arbeitszimmer steuerlich absetzen

Auch Selbstständige dürfen häusliche Arbeitszimmer steuermindernd geltend machen, wenn in ihren Praxen geeignete Büroräume nicht eingerichtet werden können. Dabei ist nicht jeder Schreibtischarbeitsplatz automatisch zumutbar, urteilte kürzlich der Bundesfinanzhof (BFH).

Üblicherweise können Arbeitnehmer ein häusliches Arbeitszimmer steuermindernd geltend machen, wenn in ihrem Betrieb für bestimmte Tätigkeiten kein Raum zur Verfügung steht – so etwa Lehrer für Unterrichtsvorbereitung oder Korrekturen. Die abzugsfähigen Ausgaben sind auf 1250 Euro jährlich begrenzt. Der Bundesfinanzhof betonte nun, dass dies entsprechend auch für Selbstständige gelten kann. Ob ein häusliches Arbeitszimmer notwendig ist, sei jeweils im Einzelfall zu prüfen. *Urteil des Bundesfinanzhofes, Az.: III R 9/16.*

http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/finanzen_steuern/article/934353/bundesfinanzhof-selbststaendige-duerfen-arbeitszimmer-steuerlich-absetzen.html?cm_mmc=Newsletter-_-Newsletter-C-_-20170425-_-Finanzen%2fSteuern

Urteil des Oberverwaltungsgericht: Richter sprechen sich für niedrigen Grenzwert bei Cannabiskonsum am Steuer aus

Das Oberverwaltungsgericht (OVG) Nordrhein-Westfalen in Münster will neuere Expertenempfehlungen für einen höheren Cannabis-Grenzwert im Straßenverkehr nicht umsetzen. Mit drei Urteilen folgte es einer Entscheidung des OVG Berlin. Damit können Cannabis-Konsumenten kaum noch hoffen, dass die Gerichte Empfehlungen der „Grenzwertkommission“ für eine Erhöhung des Grenzwerts umsetzen.

Bislang gehen Gerichte und Behörden in Deutschland von einem Grenzwert von 1,0 Nanogramm Tetrahydrocannabinol (THC) je Milliliter Blutserum aus. Bei einer höheren Konzentration des Cannabis-Wirkstoffs wird angenommen, dass der Betroffene Droge und Autofahrten nicht ausreichend „trennen“ kann und sich fahruntauglich ans Steuer setzt. Fahruntauglichkeit drohe schon bei 1,0 Nanogramm THC je Milliliter Blutserum. Dass Cannabis-Konsumenten sich möglicherweise nicht darüber bewusst sind, dass dieser Grenzwert je nach Veranlagung und Konsumverhalten auch noch nach mehrtägiger Cannabis-Abstinenz erreicht werden kann, stehe der Beibehaltung des niedrigeren Grenzwerts nicht entgegen.

OVG Nordrhein-Westfalen; Az.: 16 A 432/16, 16 A 550/16 und 16 A 551/16

http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/arzneimittelpolitik/article/933938/cannabis-urteil-ovg-neue-grenzwerte.html?cm_mmc=Newsletter-_-Newsletter-C-_-20170420-_-Arzneimittelpolitik

Bahn frei für die Ärzte-GmbH in Rheinland-Pfalz

Bei der Versorgung von Privatpatienten widerspricht der Koblenzer Verfassungsgerichtshof seiner Vorinstanz – und macht den Weg in Rheinland-Pfalz frei für die „Ärzte-GmbH“. Ärzte in Rheinland-Pfalz dürfen sich zu einer „Ärzte GmbH“ zusammenschließen, um die Behandlung von Privatpatienten anzubieten, so der Koblenzer Verfassungsgerichtshof. Dies könnte weitreichende Folgen haben.

Die ärztliche Berufsordnung in Rheinland-Pfalz lasse eine freiberufliche ärztliche Tätigkeit in der Rechtsform einer GmbH unter bestimmten Voraussetzungen zu. Dazu gehört, dass die "Ärztegesellschaft" von einem Arzt oder einer Ärztin geleitet wird und dass Ärztinnen und Ärzte insgesamt die Mehrheit der Geschäftsanteile und Stimmrechte haben, zudem auch eine ausreichende Haftpflichtversicherung. Wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind, spricht daher nach Überzeugung des Verfassungsgerichtshofs alles dafür, dass "berufsrechtliche Belange nicht beeinträchtigt sind" und somit eine GmbH-Genehmigung durch die Ärztekammer möglich ist.

Betroffen von dem Koblenzer Urteil ist zunächst nur die Versorgung von Privatpatienten. Dagegen können Vertragsärzte laut den bestehenden Zulassungsregeln bundesweit weder eine Einzelpraxis noch eine Berufsausübungsgemeinschaft als GmbH anmelden; lediglich Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sind in der Rechtsform einer GmbH möglich.

Da es sich hierbei um Bundesrecht handelt, hat die Entscheidung eines Landesverfassungsgerichts darauf keinen unmittelbaren Einfluss. Durch die Existenz privatärztlicher GmbHs erhöht sich allerdings der Druck, früher oder später auch Vertragsärzten diese Rechtsform zu erlauben.

Verfassungsgerichtshof Rheinland-Pfalz Az.: VGH N 4/16 und VGH N 5/16

http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/recht/article/933584/rheinland-pfalz-privatpraxen-duerfen-aerzte-gmbh-firmieren.html?cm_mmc=Newsletter_-_Newsletter-C_-_20170413_-_Recht