



Editorial

Der Gesundheitsbereich steht, wie fast alle anderen Bereiche, zum Jahreswechsel „unter Dampf“. Die Einführung der Digitalisierung, die Ungewissheit über die neue politische Führung im Land und in Europa, die Finanzierung der gesetzlichen Krankenkassen und die Existenz der Privatversicherer – alles ist auf dem Prüfstand.

Auch die Justiz bringt mit ihren Entscheidungen Unsicherheit in die Planung, wie das Urteil des freiberuflichen Anästhesisten in unserem Leitartikel zeigt.

Der Mindestlohn wurde zum Jahresstart 2018 noch einmal angehoben. Eine genaue Übersicht finden Sie in der Tabelle auf Seite 4. Bei dieser Gelegenheit erklären wir auch den Unterschied zwischen den Begriffen Mindestlohn in der Pflege und Pflege Mindestlohn.

Bis Ende des Jahres muss die Telematikstruktur als "Datenautobahn für das Gesundheitswesen" in den Arztpraxen geschaffen sein, sonst gibt es Abzüge beim Honorar. Lesen Sie mehr dazu im Finanz-Artikel auf Seite 4.

Mit freundlichen Grüßen

STEUERN UND RECHT

Anästhesist in Klinik: sozialversicherungspflichtig und abhängig beschäftigt

Das Landessozialgericht (LSG) in Darmstadt hat entschieden, dass bei einem im OP-Bereich einer Klinik tätigen Facharzt für Anästhesiologie regelmäßig von einer abhängigen und damit sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung auszugehen ist.

Hintergrund:

Ein Facharzt für Anästhesiologie aus dem Landkreis Offenbach war für verschiedene Kliniken in deren Anästhesieabteilung tätig. Die Vergütung erfolgte auf Stundenbasis. Auf den Statusfeststellungsantrag einer Klinik stellte die Deutsche Rentenversicherung fest, dass der Anästhesist eine abhängige Beschäftigung ausübe und daher Versicherungspflicht in der Rentenversicherung sowie nach dem Recht der Arbeitsförderung bestehe. Hiergegen klagte der Anästhesist. Er sei nicht abhängig

beschäftigt, da er nicht an Besprechungen des Operationsteams habe teilnehmen müssen und sich den Operationssaal frei habe auswählen können. Eine honorarärztliche Tätigkeit sei gesetzlich vorgesehen. Die Ablehnung einer selbstständigen Tätigkeit würde eine massive Beschränkung der freien Berufsausübung der Ärzte bedeuten. Das LSG Darmstadt hat der Rentenversicherung Recht gegeben.

Nach Auffassung des LSG ist der Facharzt für Anästhesiologie für die Klinik als abhängig Beschäftigter tätig gewesen. Er sei in deren Arbeitsorganisation eingegliedert gewesen. So habe er die Arbeitsgeräte der Klinik genutzt, ohne die er seine Tätigkeit nicht hätte ausüben können. Er habe mit der Klinik abgesprochen, auf welchen Stationen und in welchen Schichten er im Rahmen des im Krankenhaus organisierten Ablaufs tätig sein soll und sei Teil eines Teams aus Pflegekräften und Ärzten gewesen. Zudem habe der Anästhesist einen festen Stundenlohn erhalten und kein Unternehmerrisiko getragen. Auch könne er sich nicht auf die Ausnahmeregelung für Notärzte im Rettungsdienst, deren Einnahmen nicht beitragspflichtig seien, berufen.

Das LSG Darmstadt hat bereits zuvor entschieden, dass eine OP-Krankenschwester (AZ. L 8 KR 84/13) wie auch eine Pflegefachkraft in einem Pflegeheim (AZ. L 1 KR 551/16) regelmäßig abhängig beschäftigt sind.

Die Revision wurde nicht zugelassen.

Quelle: PM LSG Darmstadt, Az.: L 1 KR 394/15

Alten- und Pflegeheimunterbringung von Ehegatten: Kürzung um Haushaltsersparnis für beide Ehegatten

Steuerpflichtige können Aufwendungen für die krankheitsbedingte Unterbringung in einem Alten- und Pflegeheim nach Kürzung um eine Haushaltsersparnis als außergewöhnliche Belastung geltend machen. Sind beide Ehegatten krankheitsbedingt in einem Alten- und Pflegeheim untergebracht, ist für jeden der Ehegatten eine Haushaltsersparnis anzusetzen, wie der Bundesfinanzhof (BFH) mit Urteil vom 4. Oktober 2017 (Az. VI R 22/16) entschieden hat.

Im Streitfall waren die verheirateten Kläger seit Mai 2013 krankheitsbedingt in einem Alten- und Pflegeheim untergebracht. Sie bewohnten ein Doppelzimmer (Wohnschlafraum mit einem Vorraum, Einbauschränk, Dusche und WC). Einen weiteren Haushalt unterhielten sie seither nicht mehr. Für die Unterbringung in dem Heim, Verpflegung und Pflegeleistungen entstanden den Eheleuten nach Abzug von Erstattungsleistungen anderer Stellen Kosten in Höhe von ca. 27.500 EUR. Diese minderten sie monatsanteilig um eine Haushaltsersparnis für eine Person und machten den Restbetrag in ihrer Einkommensteuererklärung als außergewöhnliche Belastung nach § 33 des Einkommensteuergesetzes (EStG) geltend. Die Berechnung der ersparten Verpflegungs- und Unterbringungskosten erfolgte auf der Grundlage des in § 33a EStG geregelten Unterhaltshöchstbetrags, der sich im Streitjahr 2013 auf 8.130 EUR belief.

Das Finanzamt setzte hingegen eine Haushaltsersparnis für beide Eheleute an und kürzte die geltend gemachten Aufwendungen entsprechend. Die hiergegen erhobene Klage wies das Finanzgericht zurück.

Der BFH bestätigte die Vorinstanz weitgehend. Sind beide Ehegatten krankheitsbedingt in einem Alten- und Pflegeheim untergebracht, ist für jeden der Ehegatten eine Haushaltsersparnis anzusetzen, wenn daneben kein weiterer Haushalt geführt werde. Denn die Eheleute seien beide durch die Aufgabe des gemeinsamen Haushalts um dessen Fixkosten wie Miete oder Zinsaufwendungen, Grundgebühr für Strom, Wasser etc. sowie Reinigungsaufwand und Verpflegungskosten entlastet.

Zudem sei der Ansatz einer Haushaltsersparnis in Höhe der ersparten Verpflegungs- und Unterbringungskosten für jeden Ehegatten zur Vermeidung einer Doppelbegünstigung geboten. In den personenbezogenen Alten- und Pflegeheimkosten enthaltenen Aufwendungen für Nahrung, Getränke, übliche Unterkunft und Ähnliches

handele es sich um typische Kosten der Lebensführung eines jeden Steuerpflichtigen, die bereits durch den in § 32a EStG geregelten Grundfreibetrag steuerfrei gestellt seien.

Quelle: PM BFH

Aufwendungen für heterologe künstliche Befruchtung in gleichgeschlechtlicher Partnerschaft als außergewöhnliche Belastung

Aufwendungen einer empfangnisunfähigen Frau für eine heterologe künstliche Befruchtung führen nach dem Urteil des Bundesfinanzhofs (BFH) vom 5. Oktober 2017 (Az. VI R 47/15) auch dann zu einer außergewöhnlichen Belastung, wenn die Frau in einer gleichgeschlechtlichen Partnerschaft lebt.

Die Klägerin, die im Streitjahr (2011) in einer gleichgeschlechtlichen Partnerschaft lebte, entschloss sich aufgrund ihrer Unfruchtbarkeit, ihren Kinderwunsch durch eine künstliche Befruchtung mit Samen eines anonymen Sponsors zu verwirklichen (heterologe künstliche Befruchtung). Die Behandlung ließ sie in einer dänischen Klinik durchführen. In ihrer Einkommensteuererklärung machte die Klägerin die Kosten dieser Behandlung von rund 8.500 EUR als außergewöhnliche Belastung i. S. d. § 33 Abs. 1 des Einkommensteuergesetzes geltend. Das Finanzamt ließ die Aufwendungen unter Hinweis auf die Richtlinien der ärztlichen Berufsordnungen nicht zum Abzug zu. So sah es im Ergebnis auch das Finanzgericht (FG).

Demgegenüber hob der BFH das Urteil des FG auf und gab der Klage in vollem Umfang statt. Aufwendungen einer empfangnisunfähigen (unfruchtbaren) Frau für eine heterologe künstliche Befruchtung durch In-vitro-Fertilisation führen als Krankheitskosten zu einer außergewöhnlichen Belastung. Dem steht nach dem Urteil des BFH nicht entgegen, dass die Frau in einer gleichgeschlechtlichen Partnerschaft lebt. Der BFH begründet seine Entscheidung damit, dass die den Aufwendungen zugrunde liegende Behandlung mit der innerstaatlichen Rechtsordnung im Einklang stehen muss. Maßnahmen zur Sterilitätsbehandlung führen daher nur zu einer außergewöhnlichen Belastung, wenn sie in Übereinstimmung mit den Richtlinien der ärztlichen Berufsordnungen vorgenommen werden. Dies bejaht der BFH für den Streitfall, da die Richtlinien der ärztlichen Berufsordnungen mehrerer Bundesländer der bei der Klägerin vorgenommenen Kinderwunschbehandlung nicht entgegenstanden. Der BFH geht zudem von einer Zwangslage zur Umgehung einer vorhandenen Sterilität aus. Diese könne auch bei gleichgeschlechtlichen Paaren nicht verneint werden. Der BFH sieht die Kosten dabei in vollem Umfang als abziehbar an. Eine Aufteilung komme nicht in Betracht, da die Aufwendungen insgesamt dazu dienten, die Fertilitätsstörung der Klägerin auszugleichen.

Quelle: PM BFH

GESUNDHEITSPOLITIK UND RECHT

Neuregelungen im Jahr 2018 im Bereich Gesundheit



Zum 1. Januar 2018 treten im Bereich des Bundesgesundheitsministeriums einige Änderungen in Kraft. Hier geben wir Ihnen dazu einen Überblick:

Neues Beitragsbemessungsverfahren für freiwillig

Versicherte

Ein neues Beitragsbemessungsverfahren für freiwillig Versicherte soll seit dem 1. Januar 2018 dafür sorgen, dass sich die Krankenkassenbeiträge Selbstständiger stärker an den tatsächlich erzielten Einnahmen orientieren. Die Beitragsbemessung erfolgt in Bezug auf das Arbeitseinkommen und gegebenenfalls anderer starken Schwankungen unterworfenen beitragspflichtigen Einnahmen zunächst vorläufig aufgrund des zuletzt erlassenen Einkommensteuerbescheids. Nach Vorlage des Einkommensteuerbescheids für das Kalenderjahr, für das die Beiträge zu zahlen sind, erfolgt die endgültige Beitragsfestsetzung für dieses Kalenderjahr rückwirkend entsprechend der tatsächlich erzielten beitragspflichtigen Einnahmen im Rahmen der bestehenden Mindestbemessungsgrundlagen und der Beitragsbemessungsgrenze. Die erneute vorläufige Festsetzung der Beiträge für die Zukunft erfolgt aufgrund des nunmehr vorliegenden, zuletzt erlassenen Einkommensteuerbescheids (ebenfalls im Rahmen der bestehenden Mindestbemessungsgrundlagen und Beitragsbemessungsgrenze). Das neue Verfahren zur Beitragsbemessung wurde mit dem Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) beschlossen.

Saisonarbeiter-Regelung

Für Personen wie Saisonarbeiter, die typischerweise nach dem Ende ihrer versicherungspflichtigen Beschäftigung in ihr Heimatland zurückkehren und dann nicht mehr dem deutschen Sozialrecht unterliegen, kann seit dem 1. Januar 2018 ohne ihr Zutun eine freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht mehr begründet werden. Für Saisonarbeitnehmer dürfen die Krankenkassen künftig eine obligatorische Anschlussversicherung erst dann durchführen, wenn das Mitglied innerhalb von drei Monaten nach dem Ende seiner Beschäftigung seinen ausdrücklichen Beitritt zur gesetzlichen Krankenversicherung erklärt und seinen Wohnsitz

innerhalb Deutschlands nachweist. Gleichzeitig wird eine gesonderte Kennzeichnung „Saisonarbeitnehmer“ eingeführt, die von den Arbeitgebern an die Krankenkassen gemeldet wird, damit die betroffenen Mitglieder ohne größeren Verwaltungsaufwand identifiziert werden können. Die Regelungen wurden mit dem Gesetz zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zur Änderung anderer Vorschriften beschlossen.

Früherkennung von Bauchaortenaneurysmen

Gesetzlich versicherte Männer im Alter ab 65 Jahren können künftig einmal im Leben eine Ultraschall-Untersuchung zur Früherkennung eines Aneurysmas der Bauchaorta (Ausbuchtung der Bauchschiessader) in Anspruch nehmen. Die Vergütungsregelung hat der Bewertungsausschuss nun beschlossen. Die neue Screening-Leistung kann ab 1. Januar 2018 u. a. von Hausärzten abgerechnet werden, sofern sie über eine Genehmigung ihrer Kassenärztlichen Vereinigung verfügen. Die neue Untersuchung wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss eingeführt. Sie wird nur Männern angeboten, weil diese wesentlich häufiger von einem Bauchaortenaneurysma betroffen sind als Frauen. Zudem haben Männer im Unterschied zu Frauen nachweislich einen Nutzen von der Ultraschall-Früherkennungsuntersuchung (Weitere Informationen: Richtlinie Ultraschall-screening – G-BA; Vergütung für Screening – KBV; Gesundheitsinformation.de).

Weiterentwicklung der Krankenhausstatistik

Die amtliche Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes ist eine wesentliche Grundlage für gesundheitspolitische Planungen und Entscheidungen im Zusammenhang mit den von den Krankenhäusern erbrachten Leistungen. Durch die Krankenhausstatistik-Änderungsverordnung wird diese Datenbasis ab 2018 weiterentwickelt. Während auf manche Erhebungen verzichtet wird, entsteht durch die Erfassung anderer Merkmale, wie zum Beispiel der Erfassung ambulanter Leistungen, ein zusätzlicher Informationsgewinn. Zum Ende des Jahres 2019 werden erste Ergebnisse der amtlichen Krankenhausstatistik auf Grundlage der neuen Erhebungen vorliegen.

HONORAR

Durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung wird gesenkt

Der vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) festgesetzte durchschnittliche Zusatzbeitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für das Jahr 2018 wird auf 1,0 % (2017: 1,1 %) abgesenkt.

Seine Höhe wird jährlich aus der Differenz der vom Schätzerkreis prognostizierten Einnahmen und Ausgaben der GKV im kommenden Jahr errechnet. Wie hoch der individuelle Zusatzbeitragssatz einer Krankenkasse für ihre Mitglieder tatsächlich ausfällt, legt die jeweilige Kranken-

kasse selbst fest. Er richtet sich unter anderem danach, wie wirtschaftlich eine Krankenkasse arbeitet, über welche Finanzreserven sie verfügt und welche weiteren Leistungen sie anbietet. Erhöht eine Krankenkasse ihren kassenindividuellen Zusatzbeitrag, haben die Mitglieder ein Sonderkündigungsrecht und können in eine andere Krankenkasse wechseln.

Eine Übersicht über die jeweils aktuelle Höhe der kassenindividuellen Zusatzbeiträge ist auf der Seite des GKV-Spitzenverbandes abrufbar.

Quelle: PM BMG

PRAXISFÜHRUNG

Mindestlohn in der Pflege ist nicht gleich Pflegemindestlohn

Seit dem 1. Januar 2015 erhalten Pflegekräfte in den alten Bundesländern 9,40 EUR als Pflegemindestlohn und in den neuen Bundesländern 8,65 EUR. Bis 2020 steigt der Pflegemindestlohn, der nicht dem Mindestlohn in der Pflege entspricht, auf 11,35 EUR für die Bundesländer West bzw. auf 10,85 EUR für die Bundesländer Ost.

Pflege-Mindestlohn vs. Mindestlohn Pflege

In privaten Haushalten gilt der Pflegemindestlohn nicht, hier beträgt der allgemeine Mindestlohn 8,84 EUR. Dieser gilt z. B. auch für Reinigungs- und Küchenhilfen. Der Pflegemindestlohn gilt für Pflegebetriebe (ambulante wie stationäre).

Der Pflegemindestlohn gilt für Betreuer von dementen Menschen, Alltagsbegleiter und Assistenzkräfte.

Seit 1. Januar 2017 gilt in den alten Bundesländern ein Pflegemindestlohn von 10,20 EUR und in den neuen Bundesländern von 9,50 EUR.

2018 steigt dieser auf 10,55 EUR (Pflegemindestlohn-West) bzw. 10,05 EUR (Pflegemindestlohn-Ost) an.

Der Pflegemindestlohn schließt auch Wegzeiten zwischen Patientenbesuchen und von / zur Pflegeeinrichtung ein.

Lohnart	Jahr	Alte Bundesländer und Berlin	Neue Bundesländer
Pflege-mindestlohn	1.1.2020 - 30.04.2020	11,35	10,85
Pflege-mindestlohn	1.1.2019	11,05	10,55
Pflege-mindestlohn	1.1.2018	10,55	10,05
Allgemeiner Mindestlohn	2019	Wird noch bekannt gegeben.	Wird noch bekannt gegeben.
Allgemeiner Mindestlohn	2018	8,84	8,84

Quelle: DMRZ

FINANZEN

Telematikinfrastruktur: Datenautobahn für das Gesundheitswesen

Die Telematikinfrastruktur (TI) soll alle Beteiligten im Gesundheitswesen – wie Ärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser, Apotheken und Krankenkassen – miteinander vernetzen. Die Online-Kommunikation der einzelnen Akteure – wie elektronische Arztbriefe oder Telekonsile – soll nur noch über die TI laufen.

Ein wesentliches Ziel ist es, dass medizinische Informationen, die für die Behandlung der Patienten benötigt werden, schneller und einfacher verfügbar sind. Oberste Priorität hat dabei die Datensicherheit.

Frist für den Anschluss: 31. Dezember 2018

Das E-Health-Gesetz ist ganz konkret: Bis zum 31. Dezember 2018 sollen alle Praxen an die TI angeschlossen sein und als erste Anwendung das Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) durchführen können. Können sie das nicht, wird Vertragsärzten das Honorar um 1 % gekürzt (siehe § 291 Abs. 2b S. 14 SGB V). Der Gesetzgeber hat die Frist kürzlich um ein halbes Jahr auf den genannten Zeitraum verschoben, weil es immer wieder zu Verzögerungen bei der Bereitstellung der notwendigen Technik gekommen war.

Das Speichern der Notfalldaten auf der eGK, die elektronische Patientenakte und ein elektronisches Patientenfach werden als weitere Anwendungen folgen.

Finanzierung

Ärzte und Psychotherapeuten müssen nicht selbst für die Anbindung ihrer Praxen an die TI aufkommen. Nach den gesetzlichen Vorgaben sind die Krankenkassen verpflichtet, die Kosten für die Erstaussstattung der Praxen und den laufenden Betrieb in voller Höhe zu übernehmen. Mehr dazu: goo.gl/wpzGui

Technische Ausstattung

Um die Telematikinfrastruktur nutzen zu können, benötigen Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten verschiedene Komponenten und Dienste. Alle müssen von der gematik (Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH) für den Einsatz in der TI zugelassen sein. Mehr dazu: goo.gl/6y7hx6

Quelle: PM KBV

WICHTIGER HINWEIS

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