

Abrechnungen in der Arztpraxis

GKV, PKV, Selbstzahler und IGeL-Leistungen



Mandanten-Informationen

Abrechnungen in der Arztpraxis

Inhalt

Vorwort 1

1	Überblick über das Kassensystem in Deutschland	2
2	Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) und extrabudgetäre Vergütung (EGV)	3
2.1	Besonderheiten der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)	3
2.2	Die extrabudgetären Leistungen (EGV)	5
2.3	Häufig unbeachtet gelassene Honorarquellen	6
3	Privatrechnungen	8
3.1	Gebührenordnungen für Ärzte	8
3.2	Grundlegendes zu Rechnungen an privat Versicherte, IGeL-Bezieher und andere Selbstzahler	13
4	Arztrechnungen mit Umsatzsteuer	15
4.1	Umsatzsteuerpflichtige Leistungen	15
4.2	Inhalte von Arztrechnungen mit umsatzsteuerpflichtigen Leistungen	16
4.3	Kleinbetragsrechnungen	16
4.4	Kleinunternehmerregelung	17
4.5	Option zur Umsatzsteuer	18
5	E-Rechnungen	18
6	Echtes und unechtes Factoring für Ärzte	21

Vorwort

Es besteht kein Zweifel daran, dass (Zahn-)Arztpraxen auch Unternehmen sind. Allerdings sind nicht alle Ärzte¹ Unternehmer. Dies nicht nur, weil sie es nicht während des Studiums gelernt haben, sondern weil ihr unternehmerisches Handeln Zwängen unterliegt, die sie nur bis zu einem gewissen, in der Regel sehr geringen Maß beeinflussen können. Die Rede ist vom Umsatz der Arztpraxis. Vertragsärzte, also solche, die von den Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) bezahlt werden, rechnen die erbrachten Leistungen häufig quartalsweise ab, obwohl sie es auch in kürzeren Abständen dürften. Für die meisten ist aber der Aufwand, zeitnah abzurechnen, schlicht und einfach zu hoch. Das wiederum heißt, dass diese Ärzte zunächst einmal „auf ihr Geld warten müssen“. Nichts Besonderes könnte man meinen, denn auch andere Unternehmer müssen nach der Rechnungsstellung häufig auf ihr Geld warten. Das Besondere bei sogenannten Vertragsärzten aber ist, dass sie nicht genau wissen (können), wie viel Geld sie tatsächlich erhalten werden. Abrechnungsgrundlage für GKV-Leistungen ist der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM). Ein Großteil der Leistungen, die der Arzt im Rahmen der GKV erbringt, werden aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) bezahlt. Rechnet er in einem Quartal mehr Leistungen als im Vorjahresquartal ab, stellen die Krankenkassen nicht mehr Geld zur Verfügung. Des Weiteren wird jedem Vertragsarzt in jedem Quartal ein Honorarvolumen zugeteilt, das die Leistungsmenge steuern soll. Einige Leistungen, die über die Mengengrenze hinausgehen, werden nicht zu 100 Prozent, sondern nur quotiert vergütet.

Die IGeL, also die individuellen Gesundheitsleistungen, werden vom Arzt in aller Regel privat abgerechnet, denn sie werden nicht von den Kassen übernommen, sondern müssen vom Patienten selbst bezahlt werden. Ist der Patient zusatzversichert, kann es sein, dass diese Versicherung bestimmte Leistungen übernimmt.

Neben den Vertragsärzten gibt es auch Ärzte mit Privatpraxen. Hier gibt es die Möglichkeit, dass der Patient alles selbst bezahlt oder der Arzt dem Patienten eine Rechnung stellt, die dieser über seine Privatversicherung abrechnet und dann, wenn er das Geld von der Versicherung erhalten hat, die Arztrechnung bezahlt. Was die Versicherung nicht abdeckt, muss der Patient aus der „eigenen Tasche“ bezahlen.

Beamte haben zwei Abrechnungsstellen, nämlich einmal die private Krankenversicherung und dann die Beihilfe. Am Grundsatz, dass der Arzt dem Patienten eine Rechnung stellt, die dieser zu bezahlen

¹ In dieser Publikation wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit in der Regel das generische Maskulinum verwendet. Die verwendete Sprachform bezieht sich auf alle Menschen, hat ausschließlich redaktionelle Gründe und ist wertneutral.

hat, ändert sich aber nichts. Der Patient nimmt für die Finanzierung seiner Rechnungen „nur“ zwei Stellen in Anspruch, denen er jeweils die Rechnung einreichen muss.

Auch die Ärzte in Privatpraxen dürfen keine selbst kalkulierten Honorare für ihre medizinische Leistungen fordern. Ärzte sind sowohl für IGeL-Behandlungen als auch für Leistungen an Privatpatienten berufsrechtlich an die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ oder GOZ) gebunden. Für diese Rechnungen gelten besondere Vorschriften, so müssen beispielsweise die enthaltenen Leistungsbestandteile aufgeschlüsselt werden und es darf nur nach dort vorgesehenen Gebührensätze abgerechnet werden.

Für Sie als (Zahn-)Arzt bedeutet dies, dass Sie die Hilfe Ihres Steuerberaters nicht nur steuerlichen, sondern auch betriebswirtschaftlichen Dingen in Anspruch nehmen sollten.

1 Überblick über das Kassensystem in Deutschland

Das deutsche Gesundheitssystem ist dual aufgebaut. Einerseits gibt es die Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV), andererseits die Privaten Krankenversicherungen (PKV).

Wichtige Unterschiede zwischen GKV und PKV:

	GKV	PKV
Organisation	öffentlich-rechtlich	privatwirtschaftlich
Finanzierung	über Beiträge der Versicherten und Steuern	über Kapitaldeckung
Beitragsbemessung	Löhne und Gehälter	Äquivalenzprinzip
Leistungskatalog	rahmenrechtlich festgelegt im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V), nachträgliche Einschränkungen sind möglich	vertraglich vereinbart, deshalb Leistungssicherheit
Honorierung der Ärzte	Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) – mit Budgets	Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ), keine Budgetierung
Abrechnung	Sachleistungsprinzip	Kostenerstattung

Im Jahr 2023 waren rund 74,3 Millionen Menschen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert. Das entspricht rund 90 % der Bevölkerung.

2 Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) und extrabudgetäre Vergütung (EGV)

Für die gesamte vertragsärztliche Versorgung zahlt jede Krankenkasse eine Gesamtvergütung an die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Mit dieser Gesamtvergütung sind alle vertragsärztlichen Leistungen und damit verbundene Kosten abgedeckt.

Diese Gesamtvergütung setzt sich aus zwei Bereichen zusammen, nämlich

- der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) und
- der extrabudgetären Vergütung (EGV).

2.1 Besonderheiten der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)

Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) verteilt das MGV-Honorar nach einem bestimmten Schlüssel an die Ärzte ihres Bereichs.

Hinweis

Morbidität ist ein Indikator für die Häufigkeit von Erkrankungen bestimmter Bevölkerungsgruppen in bestimmten Zeiträumen. Da es für die MGV an aussagekräftigen Indikatoren für eine Morbiditätsstruktur fehlt, dient die Altersstruktur als Anhaltspunkt.

Die Höhe der MGV wird quartalsweise zwischen den Krankenkassen und die KVen verhandelt. Dabei ist der vereinbarte Behandlungsbedarf für die Leistungen der MGV – ausgedrückt in Punktzahlen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) – für alle Versicherten aller Krankenkassen mit Wohnort im Bereich der jeweiligen KV die Grundlage für die Berechnung der MGV.

Hinweis

Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) ist die vereinbarte Abrechnungsgrundlage für Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, also die GKV-Gebührenordnung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und den Spitzenverbänden der Krankenkassen. Im EBM ist jeder Leistung eine Gebührenordnungsposition (GOP) und eine Punktzahl zugeordnet. Das Honorar der einzelnen ärztlichen Leistungen ergibt sich, wenn man diese Punktzahl mit dem Punktwert multipliziert. Der bundeseinheitliche Punktwert für das Jahr 2024 beträgt 11,9339 Cent.

Versicherte haben nur auf die Leistungen Anspruch, die im EBM verzeichnet sind. Dort nicht verzeichnete Leistungen dürfen Ärzte nicht gegenüber der KV abrechnen.

Beispiel: Der vereinbarte Behandlungsbedarf für eine KV beträgt 150 Millionen Punkte. Multipliziert mit dem Orientierungswert von 11,9339 Euro-Cent ergibt dies eine von den Krankenkassen an die KV zu zahlende MGV von rund 17,9 Millionen Euro.

Die Landesverbände der Krankenkassen und die KVen Vereinigungen vereinbaren die Höhe der Gesamtvergütung in einem Kollektivvertrag. Der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) regelt dann die Verteilung an die Vertragsärzte einer KV.

Um die Menge an (möglichen) Behandlungen zu begrenzen, gibt es ein arztgruppenspezifisches Regelleistungsvolumen (RLV). Überschreiten Ärzte die Grenzen, die durch das RLV vorgegeben sind, wird der Punktwert abgesenkt werden.

Arbeitet ein Arzt nicht „wirtschaftlich“ im Sinne des Fünften Sozialgesetzbuchs (SGB V), hat er die „zu viel“ bezahlten Honorare zurückzuerstatten.

Auch müssen Ärzte bislang bei „unwirtschaftlichen“ Verschreibungen persönlich haften. Für Budgetüberschreitungen müssen alle(!) Vertragsärzte geradestehen – unabhängig vom individuellen Ordnungsverhalten. Diese Kollektivhaftung trifft also jeden Arzt, egal, ob er wirtschaftlich verordnet oder nicht. Beispielsweise hat die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) Leistungen, die im vierten Quartal 2023 erbracht worden sind, nur zu 17 % des eigentlich vorgesehenen Honorars bezahlt, im ersten Quartal 2024 zahlte sie Leistungen, die über dem Honorarbudget lagen, nur zu 16,73 %.

Dieser Regress soll nach den aktuellen Plänen des Bundesgesundheitsministers durch die Einführung von Bagatellgrenzen auf 20 % beschränkt werden.

Hinweis

Bereits jetzt gibt es die Hausarztzentrierte Versorgung (HZV). Dazu muss der Arzt mit seinen Patienten einen Vertrag schließen. HZV-Patienten werden anders abgerechnet als GKV-Patienten. Abgerechnet wird quartalsweise. Laut eigenen Angaben zahlte die HZV schneller als andere Dienstleister im Gesundheitswesen.²

2.2 Die extrabudgetären Leistungen (EGV)

Die Leistungen der EGV werden von den Krankenkassen grundsätzlich in voller Höhe vergütet und von der KV ungekürzt an den Arzt ausgezahlt.

Der – sehr umfangreiche – Katalog der EGV ist im Wesentlichen bundesweit gültig, dazu gehören auch Vorsorgeuntersuchungen.

Hinweis

Nicht nur medizinisch, sondern vor allem auch betriebswirtschaftlich gesehen liegen die Vorsorgeleistungen, die von Hausärzten gegen Honorar durchgeführt werden dürfen, an der Spitze. Allerdings „ziehen“ die Patienten nur bedingt „mit“. Im Jahr 2023 haben lediglich knapp 34 Millionen Bundesbürger angegeben, regelmäßig zu Vorsorgeuntersuchungen zu gehen, fast 26 Millionen gehen gelegentlich und ganze 11 Millionen nie zur Vorsorge in eine Praxis.³ So besteht gerade im Bereich der Vorsorgeuntersuchungen für Hausärzte eine gute Gelegenheit, Honorare zu generieren.

² <https://hzv.de/hzv-in-der-praxis/> (Stand: 03.07.2024)

³ Quelle: Statista, <https://t1p.de/wdx69> (Stand:03.07.2024).

2.3 Häufig unbeachtet gelassene Honorarquellen

Andere Anwendungen und (Behandlungs-)Methoden, die finanziell durchaus lukrativ sind und vom EBM (auch) Hausärzten zugewiesen sind, sind beispielsweise die präoperative Diagnostik und – nachdem der Arzt, der operiert hat, den Patienten wieder an die Hausarztpraxis zurück überweist – auch die postoperative Behandlung. Die Abrechnung dieser Leistungen als Fall ist neben den sonstigen kurativen Behandlungsanlässen möglich.

Die EBM-Leistungen, die digital angewendet werden (DiGA – Digitale Gesundheitsanwendungen), fristen aktuell (noch?) eine Art „Schattendasein“.

Hinweis

DiGA sind digitale Medizinprodukte niedriger Risikoklassen. DiGA sind CE gekennzeichnet, heißt also, dass das Produkt vom Hersteller geprüft wurde und alle Anforderungen an Sicherheit, Gesundheit- und Umweltschutz erfüllen. Die CE-Kennzeichnung ist Pflicht für alle Produkte, die – gleichgültig, wo sie hergestellt – in der Europäischen Union (EU) vermarktet werden.

Die GKVn übernehmen dann die Kosten für DiGA, wenn diese zuvor vom Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) geprüft und in das „Verzeichnis erstattungsfähiger digitaler Gesundheitsanwendungen“ (DiGA-Verzeichnis) aufgenommen worden sind. Bei den PKVn kommt es auf deren Versicherungsbedingungen an, welche DiGA sie in welchem Umfang finanzieren.

Auch Videosprechstunden oder Telekonsil, also die Beratungen zwischen Ärzten unterschiedlicher oder gleicher Fachrichtung über audiovisuelle Kommunikationswege, oder Telemonitoring, also die Fernuntersuchung, -diagnose und -überwachung des Patienten von seinem behandelnden Arzt, etwa bei Herzinsuffizienz oder Bluthochdruck, werden eher zögerlich angeboten.

Seit dem 01.01.2024 sind Praxen verpflichtet, Telematikinfrastruktur(TI)-Elemente in das Praxisverwaltungssystem (PVS) aufzunehmen.

Ein weiteres „Schattendasein“ unter den EGV fristen die ärztlichen Leistungen, die mit dem Ausfüllen von Formularen oder der Ausstellung von Attesten oder Gutachten, kurz: mit Bürokratie, verbunden sind. Nach einem aktuellen Beschluss des Bewertungsausschusses (BA) kann eine solche

Bescheinigung nach der Gebührenordnungsposition (GOP) 01615 (30 Punkte/aktuell 3,45 Euro) ab dem 01.07.2023 einmal im Krankheitsfall (= 4 Quartale) in Rechnung gestellt werden.

Hinweis

Da es sich bei der GOP 01615 um eine neue Leistung im EBM handelt, wird sie für die nächsten zwei Jahre (also bis 31.06.2025) außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen (MGV) und damit ohne Mengenbegrenzung zum festen Preis vergütet.

Hausbesuche sind – aus finanzieller Sicht gesehen – für die weitaus meisten, um nicht zu sagen für alle Ärzte ein „Zuschussgeschäft“. Gebührentechnisch interessant dagegen sind Einzel- oder Mitbesuche, also das Vor-Ort-Betreuen von mehreren Patienten, die in einer sozialen Gemeinschaft, einer Wohngemeinschaft oder einem Pflegeheim, leben.

Praxistipp

Häufig fällt die Unterscheidung zwischen Einzel- und Mitbesuch schwer. Hier gilt als grobe Faustregel: Hat die besuchte Institution nur eine Hausnummer, ist sie eine soziale Gemeinschaft. Das Aufsuchen von weiteren Patienten gilt als Mitbesuch. Wohnen die Patienten dagegen zwar in einem Heim, haben aber ihre eigenen Wohnungen mit eigenem Eingang, mit einer eigenen Klingel und einem Briefkasten, handelt es sich nicht um eine soziale Gemeinschaft. Alle Besuche dürfen als Einzelbesuche abgerechnet werden. Auch das Wegegeld darf in voller Höhe angesetzt werden, gleichgültig, wie weit die eine Wohnungstür von der anderen entfernt ist.

Hinweis

Mit einem Kooperationsvertrag für Heimbesuche können Ärzte ihre Arbeit wirtschaftlicher gestalten. Ein solcher Kooperationsvertrag zwischen der Pflegeeinrichtung und dem Vertragsarzt ist notwendig, bevor die Heimversorgung beginnen darf. Der Vertrag muss die Anforderungen der Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag (BMV) erfüllen. Das unterzeichnete Dokument muss anschließend von der KV genehmigt werden (vgl. § 82 SGB V).

3 Privatrechnungen

3.1 Gebührenordnungen für Ärzte

Wer als Arzt in Deutschland zugelassen (approbiert) ist, darf dann, wenn er Privatpatienten oder Selbstzahler behandelt oder IGeL erbringt, seine Honorarhöhe nicht selbst bestimmen. Nach Berufsrecht ist er an die „Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)“ gebunden.

Die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bestimmt die Vergütung der zahnärztlichen Leistungen für Privatversicherte und regelt die Abrechnungshöhe für den Anteil von Behandlungen, die von den Patienten, die bei einer GKV versichert sind, selbst zu bezahlen sind.

Die Privatärzte und die Vertragsärzte, die IGeL erbringen, sind bei der Rechnungserteilung (Privatliquidation) an die GOÄ gebunden. Zahnärzte sind an die GOZ gebunden.

Die Einhaltung der Gebührenordnungen wird überwacht. Patienten können die gestellten Rechnungen auf Plausibilität überprüfen.

Hinweis

In der Rechnung nach GOÄ müssen alle (!) erbrachten ärztlichen Leistungen dokumentiert werden. Nur das, was dokumentiert ist, darf abgerechnet werden.

In einer solchen Privatrechnung müssen die einzelnen Leistungsbestandteile, die nach der GOÄ abrechenbar sind, aufgeschlüsselt werden. Sie dürfen nur mit den dort vorgesehenen Sätzen abgerechnet werden.

§ 3 GOÄ regelt eindeutig, dass lediglich Gebühren, Entschädigungen sowie der Ersatz von Auslagen Gegenstand einer GOÄ-Rechnung sein dürfen. Alle anderen „Umschreibungen“ von Leistungen, wie etwa „Pauschale“, „Bereitstellungsgebühr“ oder „Kostenersatz“ sind grundsätzlich anfechtbar.

Bereits abgerechnete Leistungen dürfen nicht Bestandteil einer anderen Leistung sein. Mehrere Eingriffe in unmittelbarer Abfolge, die eigenständige Leistungen sind, dürfen aber abgerechnet werden.

Die Honorarhöhe ergibt sich aus dem Gebührenverzeichnis, einem Anhang der GOÄ oder der GOZ. Dabei werden verschiedene Steigerungsfaktoren (Steigerungssätze, Abrechnungsfaktoren) genannt.

Begriff	Bedeutung
Regelhöchstsatz	Steigerungsfaktor, bis zu dem keine schriftliche Begründung vom Arzt notwendig ist.
Höchstsatz	Steigerungsfaktor, der auch mit Begründung nicht überschritten werden darf
Überschrittener Höchstsatz (Schwellenwert)	zulässig nur bei gesonderter Honorarvereinbarung oder besonderer medizinischer Begründung
Punktzahl	Bewertete Leistung aus der Gebührenordnung (GOÄ, GOZ)
Punktwert	In der Gebührenordnung individuell festgelegter Gebührensatz
Gebührensatz (Einfachsatz, Mindestsatz)	Euro-Betrag, der sich aus der Multiplikation zwischen der Punktzahl der einzelnen Leistung des Leistungskatalogs und dem Punktwert (GOÄ: 5,82873 Euro-Cent; GOZ: 5,62421 Euro-Cent) ergibt.

Der Steigerungsfaktor ist ein Multiplikator für die in der jeweiligen Gebührenordnung, also der GOÄ oder der GOZ, genannten Einfachsätze (das 1,0-Fache). Es ist ausschließlich die Sache des Arztes, welchen Steigerungsfaktor er anwendet.

Nach § 5 Abs. 2 Satz 1 GOÄ können Ärzte die Gebührenhöhe nach „billigem Ermessen“ unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwands der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung selbst bestimmen. Sollen Leistungen mit dem 2,3-fachen Satz (Regelhöchstsatz, auch Regelsatz oder Mittelwert genannt) abgerechnet werden, kann dies nur dann erfolgen, wenn dieser Satz durch Schwierigkeiten, Zeitaufwand oder Umstände bei der Ausführung (siehe § 5 Abs. 2 Satz 1 GOÄ) gerechtfertigt ist. Dasselbe gilt für technische Leistungen über dem 1,8-fachen Satz. Der Regelhöchstsatz ist der höchste Steigerungssatz, bis zu dem der Arzt keine schriftliche Begründung abgeben muss.

Eine Liquidation über dem Regelhöchstsatz muss schriftlich begründet werden. Der GOÄ-Steigerungsfaktor darf gemäß § 2 GOÄ aber auch über dem Höchstsatz liegen, sofern der Patient vor Beginn der ärztlichen Leistung sein Einverständnis über eine Honorarvereinbarung schriftlich bestätigt hat.

Übersicht Steigerungsfaktoren nach der GOÄ

Eigenschaft	Persönlich ärztliche Leistungen	Medizinisch-Technische Leistungen	Laborleistungen
Höchstsatz	3,5	2,5	1,3
Regelhöchstsatz	2,3	1,8	1,15
Gebührenrahmen	1,0 – 3,5	1,0 – 2,5	1,0 – 1,3
Gültigkeit	Alle anderen Abschnitte (großer Gebührenrahmen)	GOÄ Abschnitte A, E und O (kleiner Gebührenrahmen)	GOÄ Abschnitt M und Nummer 437

Die GOZ sieht ähnliche Regelungen vor.

Es gibt in der Praxis unterschiedliche Gründe, weshalb Ärzte, vor allem aber auch Patienten selbst, Abweichendes vereinbaren. Eine Vereinbarung zwischen Arzt und Patient, anstelle der Vergütung nach der GOÄ eine Pauschale anzusetzen, ist gleichgültig, aus welchen Gründen sie erfolgt ist, gemäß § 125 BGB nichtig.

Hinweis

Dass Pauschalvereinbarungen keinerlei Rechtsgrundlage haben, gilt nicht nur für medizinisch notwendige Behandlungen oder solchen, die zur Gesunderhaltung notwendig sind, sondern beispielsweise auch für „Schönheitsoperationen“, also medizinisch nicht zwangsläufig notwendigen kosmetischen Operationen (BGH vom 23.03.2006 – III ZR 223/05).

Es muss auch dann nach der GOÄ abgerechnet werden, wenn nicht der Arzt selbst der Vertragspartner des Patienten ist, sondern dieser eine juristische Person, z. B. ein Krankenhaus in der Rechtsform einer Aktiengesellschaft oder ein MVZ-Träger etwa in der Rechtsform einer GmbH, ist (BGH vom 04.04.2024 – III ZR 38/23).

Praxistipp

Der Ausweg aus diesem Dilemma ist eine individuelle Vergütungsvereinbarung. Die Obergrenze ist dabei nicht fest definiert. Es muss sich also kein Arzt mit „nur“ dem 2,3-Fachen oder 3,5-Fachen zufrieden geben. Bis zum Steigerungsfaktor 6,0 dürfte der Arzt auf der sicheren Seite sein. Es gilt die „Wuchergrenze“ (§ 138 Abs. 2 BGB), die die Kostenträger gerne – und oft zu Unrecht – ins Feld führen, wenn beispielsweise der 3,5-fache Steigerungssatz verdoppelt wird. Dabei ergibt sich weder aus der GOÄ noch aus der GOZ eine Grenze. Ärzte und Zahnärzte haben einen durchaus weiten Gestaltungsspielraum (BVerfG vom 25.10.2004 – 1 BvR 1437/02). In der Rechtsprechung sind Sätze von 7- bis 8-fach mehrfach nicht beanstandet worden (AG Karlsruhe vom 04.09.2015 – 6 C 1670/15: 27,5171-fach (!); AG Düsseldorf vom 21.01.2016 – 27 C 11833/14: 3,6 bis 8,2-fach; LG Mannheim vom 30.01.2009 – 1 S 141/05: 8,2-fach; LG Duisburg vom 14.02.2017 – 1 O 86/16: 8,2-fach).

Für eine solche abweichende Vereinbarung nach § 2 GOÄ oder § 2 GOZ ist, nachdem sich Arzt und Patient persönlich abgesprochen haben, eine schriftliche Vereinbarung notwendig, bevor(!) die Behandlung beginnt.

Der (Zahn-)Arzt muss im Vertragsentwurf für die abweichende Vereinbarung die jeweiligen Ziffern der GOÄ respektive der GOZ penibel genau auflisten, muss die Leistung beschreiben und er muss den Steigerungssatz sowie die sich daraus ergebende Gebührensumme nennen. Das heißt, dass jede Behandlung und jede GOÄ- oder GOZ-Ziffer, bei der der (Zahn-)Arzt höher abrechnen will, auch explizit in der Vereinbarung erfasst werden muss.

Der Patient ist darauf hinzuweisen, dass eine Erstattung seiner Vergütung durch die Krankenkasse möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Für den Patienten bedeutet dies, dass er – sofern er den Vertrag ohne weitere Änderungen unterschreibt – den überschießenden Betrag, der

Wichtig

Sind für den Arzt Erstattungsprobleme absehbar, muss er den Patienten ausdrücklich darüber aufklären (§ 630c BGB; wirtschaftliche Aufklärung).

nicht von seiner Versicherung übernommen wird, selbst bezahlen muss. Für den Arzt bedeutet dies, dass er ein gewisses Ausfallrisiko trägt.

3.2 Grundlegendes zu Rechnungen an privat Versicherte, IGeL-Bezieher und andere Selbstzahler

Diejenigen, die bei einer gesetzlichen Krankenkasse (GKV) versichert sind, müssen die Leistungen, die von der GKV vergütet werden, nicht bezahlen. Der Arzt rechnet direkt mit der Krankenkasse ab. Alle anderen Leistungen, wie beispielsweise die IGeL, müssen vom Patienten selbst bezahlt werden, sofern er keine (private) Zusatzversicherung abgeschlossen hat.

Der Patient, der bei einer privaten Krankenversicherung (PKV) versichert ist, erhält von seinem behandelnden Arzt eine Rechnung, die er zu bezahlen hat. Er muss also in Vorleistung treten – zumindest theoretisch. Die meisten Privatversicherten aber reichen, noch bevor sie die Arztrechnung bezahlen, diese bereits bei ihrer Krankenkasse ein. Er bekommt dann, je nach vertraglicher Vereinbarung, die ganzen oder zumindest einen Teil der Behandlungskosten von der PKV erstattet. Oft erfolgt die Erstattung der zu übernehmenden Kosten durch die Versicherung so schnell, dass der Patient gar nicht erst in Vorleistung gehen muss. Lediglich den überschießenden Rest, der also nicht von der Krankenkasse übernommen wird, muss der Patient selbst bezahlen.

§ 12 Abs. 2 GOÄ nennt die Pflichtangaben der Arztrechnung. Leistungen, die auf Verlangen des Patienten hin erbracht wurden, muss der Arzt kennzeichnen. Bei außergewöhnlich hohen Gebührensätzen ist der Arzt verpflichtet, eine schriftliche, nachvollziehbare und sich jeweils auf die konkrete Einzelleistung beziehende Begründung vorzulegen.

Hinweis

Auch der gesetzlich versicherte Patient, der IGeL in Anspruch genommen haben, kann eine Rechnung nach GOÄ verlangen. Auch diese Rechnung muss die Mindestangaben nach § 12 GOÄ enthalten. Auch bei privat liquidierte IGeL müssen Steigerungen der Gebührensätze schriftlich begründet werden. Des Weiteren muss die Rechnung die medizinische Diagnose enthalten. Enthält sie sich nicht, muss Umsatzsteuer in Rechnung gestellt werden.

Für Zahnarzt-Rechnungen ergeben sich aus den Formvorgaben aus § 10 Abs. 2 – 4 GOZ und der Anlage 2 GOZ ähnliche Anforderungen.

Wichtig

(Zahn-)Arztrechnungen dürfen nur gegenüber volljährigen und geschäftsfähigen Adressaten ausgestellt werden. Das heißt, dass Rechnungen bei minderjährigen oder nicht geschäftsfähigen Patienten an dessen gesetzlichen Vertreter respektive den amtlichen Betreuer zu richten sind.

Für den Patienten ist die Rechnung ab Zugang fällig. Er kommt in Verzug, wenn er sie nicht innerhalb einer Frist von 30 Tagen (§ 286 Abs. 3 BGB) oder nicht innerhalb der Frist, die der Arzt in der Rechnung gesetzt hat, bezahlt.

Hinweis

Mahnungen, Beitreibungsmaßnahmen oder Zahlungsausfälle richten sich also nicht gegen die PKV, bei der der Patient versichert ist, sondern gegen den Patienten selbst. Damit trägt der Arzt bei bestimmten Patienten ein unter Umständen recht hohes Ausfallrisiko.

Die Ausfallgefahren sind bei den Personen, die nicht krankenversichert oder nur mit dem Basistarif in der PKV versichert sind, besonders virulent.

Hinweis

Der Basistarif der PKV zwingt Ärzte dazu, Leistungen anzubieten, die der GKV vergleichbar sind. In manchen Fällen jedoch zu schlechteren Konditionen. Deshalb müssen diejenigen, die mit dem Basistarif bei einer PKV versichert sind, den behandelnden Arzt vor Beginn der Behandlung auf diese Tatsache hinweisen. Da sich der Leistungsumfang im PKV-Basistarif am SGB V orientiert, muss ein Vertragsarzt behandeln und die Rechnung stellen. Wer aber als Vertragsarzt das Risiko des ganzen oder teilweisen Ausfalls der Rechnung nicht tragen will (oder kann), darf die Behandlung von Privatpatienten mit PKV-Basistarif ablehnen.

4 Arztrechnungen mit Umsatzsteuer

4.1 Umsatzsteuerpflichtige Leistungen

Auch alle selbstständig tätigen Ärzte, Zahnärzte und andere Heilberufler sind Unternehmer im Sinne des § 2 UStG. Der Umsatzsteuer unterliegen sie allerdings nur mit den Tätigkeiten, die nicht der medizinischen Betreuung von Personen durch das Diagnostizieren und Behandeln von Krankheiten und anderen Gesundheitsstörungen dienen, z. B. umsatzsteuerpflichtige IGeL, Vortrags- und Lehrtätigkeiten, Leistungen im Wellness-Bereich.

Die Befreiung von der Umsatzsteuer ist also nicht berufs-, sondern lediglich tätigkeitsbezogen (EuGH vom 14.09.2000 – C-384/98). Deshalb ist jede ärztliche Leistung im Hinblick auf die medizinische Zielsetzung einzeln zu betrachten.

Umsatzsteuerfrei sind alle IGeL, die zweifelsfrei einem medizinisch-therapeutischen Ziel dienen. Das können beispielsweise prophylaktische Leistungen der Krebsfrüherkennung sein.

IGeL, die ohne Krankheitsbezug erbracht werden, sind umsatzsteuerpflichtig. Solche IGeL dienen hauptsächlich der Verbesserung des körperlichen Wohlbefindens. Beispiele dafür sind kosmetische Leistungen, Vitaminkuren, Anti-Aging-Behandlungen.

Praxistipp

Eine umsatzsteuerliche „Grauzone“ sind die IGeL, deren medizinische Indikation nicht eindeutig zu beantworten ist, insbesondere bei neuen Therapie- und Behandlungsmethoden oder sogenannten alternativen respektive komplementärmedizinischen Heilmethoden. Hier kommt es häufig auf die rechtliche Einschätzung des örtlichen Finanzamts an. Sprechen Sie hier mit Ihrem Steuerberater, wie Sie Ihre Rechnungen gestalten sollten. Denn Sie tragen die Beweislast für die tatsächlichen Voraussetzungen der Umsatzsteuerfreiheit Ihrer Leistungen.

4.2 Inhalte von Arztrechnungen mit umsatzsteuerpflichtigen Leistungen

Erbringt ein Arzt (auch) umsatzsteuerpflichtige Leistungen (§ 4 Nr. 14 Buchstabe a UStG), muss er eine Rechnung stellen, die den umsatzsteuerlichen Grundsätzen entspricht.

Praxistipp

Welche Angaben eine „richtige“ Rechnung haben muss, steht in § 14 Abs. 4 UStG. Am besten ist, Sie besprechen mit Ihrem Steuerberater die Gestaltung Ihrer Rechnungen, um hier keine formalen Fehler zu machen, die Sie Zeit und Geld kosten. Denn (auch nur formal) „unrichtige“ Rechnungen müssen so lange nicht bezahlt werden, bis sie von Ihnen fehlerfrei korrigiert wurden.

4.3 Kleinbetragsrechnungen

Jeder Unternehmer kann (und darf) Kleinbetragsrechnungen ausstellen. Er muss also kein Kleinunternehmer sein. Eine Kleinbetragsrechnung ist eigentlich eine „ganz normale“ Rechnung, nur eben über einen „kleinen“ Betrag, nämlich höchstens 250 Euro (§ 33 UStDV). Bei einer einheitlichen Leistung dürfen nicht mehrere Kleinbetragsrechnungen ausgestellt werden.

Hinweis

Welchen Formalien eine Kleinbetragsrechnung genügen muss, bestimmt § 33 UStDV. Besprechen Sie deren Gestaltung mit Ihrem Steuerberater.

Stellt der Arzt eine Rechnung aus, in der er den falschen Umsatzsteuersatz nennt, also statt 7 % 19 % angibt, schuldet er auch die 19 % Umsatzsteuer (§ 14c Abs. 1 UStG).

4.4 Kleinunternehmerregelung

Kleinunternehmer (im umsatzsteuerlichen Sinn) müssen ihren Kunden keine Umsatzsteuer in Rechnung stellen. Die Kehrseite der Medaille ist, dass sie auch nicht berechtigt sind, aus ihren Investitionen und Erwerben Vorsteuer zu ziehen. Auch (Zahn-)Ärzte können mit ihren umsatzsteuerlichen Pflichten unter die Kleinunternehmerregelung fallen.

Um als Kleinunternehmer zu gelten, müssen zwei Umsatzschwellen in Folge beachtet werden. Ein „umsatzsteuerlicher Kleinunternehmer“ ist, wer

- im vorangegangenen Kalenderjahr einen (Gesamt-) Umsatz zuzüglich Umsatzsteuer von nicht über 22.000 Euro hatte
und(!)
- im laufenden Kalenderjahr einen voraussichtlichen(!) (Gesamt-)Umsatz zuzüglich Umsatzsteuer von nicht über 50.000 Euro hat.

Werden die Grenzen überschritten, dann unterliegt der bisherige Kleinunternehmer im Folgejahr automatisch der Regelbesteuerung.

Wichtig

Lassen Sie sich über die Chancen und Risiken des Kleinunternehmertums unbedingt von Ihrem Steuerberater aufklären. Dies gilt vor allem auch mit Blick auf die – wahrscheinlich – kommenden Änderungen durch das Jahressteuergesetz (JStG) 2024 mit Wirkung zum 01.01.2025.

Die Rechnung eines Kleinunternehmers unterscheidet sich nicht von den üblichen Anforderungen des § 14 UStG. In der Praxis empfiehlt sich ein Rechnungszusatz etwa mit dem Wortlaut „Kein Ausweis

Hinweis

Weist aber der „eigentliche“ Kleinunternehmer auf seinen Rechnungen Umsatzsteuer aus, obwohl er davon befreit ist, dann schuldet er auch die Umsatzsteuer (§ 14c UStG). Dies bedeutet, dass er die fälschlicherweise ausgewiesene Umsatzsteuer ans Finanzamt abführen muss. Dennoch aber wird ihm in der Folge das Recht auf Vorsteuerabzug nicht eingeräumt werden.

der Umsatzsteuer aufgrund der Anwendung des § 19 UStG“ oder „Nach § 19 UStG wird keine Umsatzsteuer berechnet.“

4.5 Option zur Umsatzsteuer

Auf die Kleinunternehmerregelung kann verzichtet werden. Die Leistungen des Unternehmers unterliegen dann der Regelbesteuerung. In den Rechnungen wird Umsatzsteuer ausgewiesen und diese an das Finanzamt abgeführt. Im Gegenzug darf die von anderen Unternehmern in Rechnung gestellte Umsatzsteuer als Vorsteuer geltend gemacht werden. Bei umfangreichen Anschaffungen kann diese „Finanzierungshilfe“ sehr hilfreich sein.

Wichtig

Der Verzicht auf die Kleinunternehmerregelung, also die Option zur Regelbesteuerung, muss gegenüber dem Finanzamt erklärt werden. Ansonsten ist er nicht wirksam. Sprechen Sie hier unbedingt mit Ihrem Steuerberater, bevor Sie den Verzicht erklären.

5 E-Rechnungen

Ab dem 01.01.2025 wird zwischen elektronischen Rechnungen (E-Rechnungen) und sonstigen Rechnungen unterschieden werden (§ 14 Abs. 1 UStG in der Fassung des Wachstumschancengesetzes).

§ 14 Abs. 1 UStG

(1) Rechnung ist jedes Dokument, mit dem über eine Lieferung oder sonstige Leistung abgerechnet wird, gleichgültig, wie dieses Dokument im Geschäftsverkehr bezeichnet wird. Die Echtheit der Herkunft der Rechnung, die Unversehrtheit ihres Inhalts und ihre Lesbarkeit müssen gewährleistet werden. Echtheit der Herkunft bedeutet die Sicherheit der Identität des Rechnungsausstellers. Unversehrtheit des Inhalts bedeutet, dass die nach diesem Gesetz erforderlichen Angaben nicht geändert wurden. Jeder Unternehmer legt fest, in welcher Weise die Echtheit der Herkunft, die Unversehrtheit des Inhalts und die Lesbarkeit der Rechnung gewährleistet werden. Dies kann durch jegliche innerbetriebliche

Kontrollverfahren erreicht werden, die einen verlässlichen Prüfpfad zwischen Rechnung und Leistung schaffen können. Rechnungen sind auf Papier oder vorbehaltlich der Zustimmung des Empfängers elektronisch zu übermitteln. Eine elektronische Rechnung ist eine Rechnung, die in einem elektronischen Format ausgestellt und empfangen wird.

Eine E-Rechnung ist eine Urkunde, die in einem strukturierten elektronischen Format ausgestellt, übermittelt und empfangen wird. Darüber hinaus muss sie eine elektronische Verarbeitung ermöglichen.

Das strukturierte elektronische Format der E-Rechnung kann zwischen Rechnungsaussteller und -empfänger vereinbart werden.

Unter „sonstigen Rechnungen“ werden Papierrechnungen, aber auch Rechnungen, die in einem anderen elektronischen Format übermittelt werden, subsummiert. Damit gilt ab 2025 auch eine per E-Mail versandte PDF-Rechnung nicht mehr als elektronische, sondern als sonstige Rechnung.

Wichtig

Erst ab 2028 sollen alle Unternehmen verpflichtet sein, im geschäftlichen Bereich E-Rechnungen zu versenden.

Ärzte müssen die Rechnungen, die sie von Lieferanten empfangen, elektronisch verarbeiten können. Im „Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz – DigiG, BGBl I 2024, Nr. 101) wurde auch die Einführung von E-Rechnungen für Selbstzahler und Privatversicherung festgelegt (§ 334 SGB V, § 359a SGB V).

Praxistipp

Sprechen Sie bei Ihrem Steuerberater schon jetzt die Problematik „E-Rechnungen“ an. Sie sollten bei der Investition in eine entsprechende Software im eigenen Interesse darauf achten, dass diese über die entsprechenden Schnittstellen mit den Systemen in der Kanzlei Ihres Steuerbersaters kompatibel ist.

6 Echtes und unechtes Factoring für Ärzte

Factoring ist im Grund genommen ein ganz einfacher Verkauf von Forderungen. Der Arzt, der entweder kein geschultes Personal oder auch „keine Lust auf Papierkram“ hat, kann ein Abrechnungsunternehmen beauftragen, für ihn die Rechnungen zu stellen und sie – falls sie nicht pünktlich oder nicht in voller Höhe bezahlt werden – einzutreiben.

Hinweis

Wie jede, kostet auch diese Dienstleistung. Es ist also die Frage, wie viel es Ihnen wert ist, möglichst wenig mit der Abrechnung zu tun zu haben. Im Internet gibt es Portale, die die jeweiligen Dienstleistungen und Preise des Factors oder der Abrechnungsstelle vergleichen.

Beim echten Factoring übernimmt der Factor das Ausfallrisiko, sofern die Bonitätsprüfung seitens des Factors positiv ist. Beim unechten Factoring ist der Ablauf praktisch identisch, nur wird hier seitens des Factors in aller Regel keine Bonitätsprüfung des Patienten durchgeführt und folglich auch kein Ausfallrisiko übernommen. Das verbleibt bei der Praxis.

Impressum

DATEV eG, 90329 Nürnberg (Verlag)

© 2024 Alle Rechte, insbesondere das Verlagsrecht, allein beim Herausgeber.

Die Inhalte wurden mit größter Sorgfalt erstellt, erheben keinen Anspruch auf eine vollständige Darstellung und ersetzen nicht die Prüfung und Beratung im Einzelfall.

Diese Broschüre und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung der DATEV eG unzulässig.

Eine Weitergabe an Dritte ist nicht erlaubt.

Aus urheberrechtlichen Gründen ist eine Veröffentlichung z. B. in sozialen Netzwerken oder auf Internet-Homepages nicht gestattet.

Eine Nutzung für Zwecke des Text- und Datamining (§ 44b UrhG) sowie für Zwecke der Entwicklung, des Trainings und der Anwendung (ggf. generativer) Künstlicher Intelligenz, wie auch die Zusammenfassung und Bearbeitung des Werkes durch Künstliche Intelligenz, ist nicht gestattet.

Im Übrigen gelten die Geschäftsbedingungen der DATEV eG.

Angaben ohne Gewähr

Titelbild: © Brian Jackson/www.stock.adobe.com

Stand: Juli 2024

DATEV-Artikelnummer: 12689

E-Mail: literatur@service.datev.de

Belbook, Satzweiss.com GmbH, 66121 Saarbrücken (E-Book-Konvertierung)

BENKE Steuerberatungsgesellschaft mbH & Co. KG, Neue Marktstraße 6, 14929 Treuenbrietzen,
Telefon: 033748/750-0, Telefax: 033748/750-19
E-Mail: info@benke.de, Internet: www.benke.de