

Mandanten - Newsletter Ärzte - IV. Quartal 2013

1. Koalitionsvertrag – wichtige Änderungen im ambulanten Bereich

- ❖ **Wartezeiten auf einen Arzttermin** reduziert werden. Bei Überweisung an einen Facharzt sollen sich Patienten künftig an eine zentrale Terminservicestelle bei den Kassenärztlichen Vereinigungen wenden können. Diese soll innerhalb einer Woche einen Termin vermitteln. Wenn es nicht gelingt, einen Termin innerhalb von 4 Wochen anzubieten, soll die Terminservicestelle einen Termin zur ambulanten Behandlung in einem Krankenhaus anbieten. Die Behandlung erfolgt zu Lasten der KV-Budgets. Die Terminservicestellen können in Kooperation mit Krankenkassen betrieben werden.
- ❖ Die **Rolle des Hausarztes** soll gestärkt werden. Von Fachärzten erbrachte hausärztliche Leistungen sollen künftig nicht den hausärztlichen Teil der Gesamtvergütung mindern. Dies gilt auch umgekehrt.
- ❖ Die **Vertreterversammlungen** sollen sich zu gleichen Teilen aus Haus- und Fachärzten zusammensetzen. Jede Gruppe soll über die eigenen Belange entscheiden können. Für angestellte Ärzte in der ambulanten Versorgung soll verpflichtend ein beratender Fachausschuss gebildet werden. Die Koalitionspartner wollen künftig „prüfen“, ob sich die Unterschiede in der ärztlichen Vergütung durch Besonderheiten in der Versorgungs- und Kostenstruktur begründen lassen und wie unbegründete Unterschiede aufgehoben werden können.
- ❖ Die gesetzlichen Vorgaben zum Abbau von Überversorgung durch den **Aufkauf von Arztsitzen** werden von einer "kann" in eine "Soll"-Reglung überführt.
- ❖ Die künftige Regierung will die jeweiligen Besonderheiten berücksichtigen, die sich aus der **Frauen- und Männergesundheitsforschung** insbesondere für die gesundheitliche Versorgung und Erarbeitung von medizinischen Behandlungsleitlinien ergeben.
- ❖ Der **Straftatbestand der Bestechlichkeit** und Bestechung im Gesundheitswesen soll im Strafgesetzbuch verankert werden.
- ❖ Zur Erprobung neuer Formen **der Substitution ärztlicher Leistungen** sollen Modellvorhaben aufgelegt und evaluiert werden. Bei guten Ergebnissen sollen sie in die Regelversorgung überführt werden. Der Einsatz von qualifizierten nichtärztlichen Gesundheitsberufen, die delegierte ärztliche Leistungen erbringen, soll flächendeckend ermöglicht und leistungsgerecht vergütet werden.
- ❖ Die **Förderung der Weiterbildung** in der Allgemeinmedizin wird um 50 Prozent angehoben und, wenn nötig, länderübergreifend abgestimmt. Die Weiterbildung aller Fachrichtungen im ambulanten Sektor soll gefördert werden.

Einige der ursprünglich geplanten Vereinbarungen wie die Einrichtung eines Investitionsfonds zur Umwandlung von Krankenhäusern in lokale Versorgungseinrichtungen (Altenheime, MVZ u.ä.) und höhere Anforderung an Sprachkenntnisse ausländischer Ärzte wurden gestrichen.

2. Hausarzt-EBM – welche Nachbesserungen sind aktuell geplant?

Der neue Hausarzt-EBM bleibt grundsätzlich bestehen, dennoch soll es weitere Anpassungen geben. Dafür haben sich die Delegierten der KBV-VV vom 6.12. ausgesprochen. Zuvor hat Regina Feldmann vom KV-Vorstand von ersten Verhandlungsergebnissen berichtet: So soll die Versichertenpauschale im Vertretungsfall erhöht werden, und zwar um die hälftige versorgungsbereichsspezifische Grundpauschale, also 7 Euro mehr. Die neue Gesprächspauschale (03230) bei Nebeneinanderberechnung der Versichertenpauschale 03000 sei nicht mehr an die Voraussetzung einer Dauer von 20 Minuten gebunden. Die Schlechterstellung zur Abrechnung der versorgungsspezifischen Grundpauschale in versorgungsbereichsübergreifenden Gemeinschaftspraxen ist bereits im Bewertungsausschuss im September aufgehoben worden.

Keine Regelung wurde bei der Abstufungsregelung gefunden. Die Weiterentwicklung ist weiterhin vorgesehen. Eine Veränderung der Abrechnungsvoraussetzungen für die Chronikerziffer 03221 sowie der Budgetregelung zum hausärztlichen Gespräch lehnt der GKV-Spitzenverband nach Angaben von Regina Feldmann ab.

3. Statistik – wie entwickelten sich Einnahmen und Reinerträge?

Das Statistische Bundesamt (Destatis) veröffentlichte jüngst, dass die Kassenpraxen in Deutschland im Jahr 2011 Einnahmen von durchschnittlich 486.000 € erzielten.

Der durchschnittliche Reinertrag lag über alle Kassenpraxen hinweg bei 235.000 € je Praxis. Die Einnahmesituation der einzelnen Kassenpraxis sei dabei stark von dem Anteil der Einnahmen abhängig, der mit der Behandlung von Privatpatienten und den Einnahmen aus Individuellen Gesundheitsleistungen für Kassenpatienten erzielt wird.

Während Kassenpraxen ohne jegliche privatärztliche Tätigkeit im Durchschnitt Einnahmen von 323.000 € erwirtschafteten, waren die Einnahmen der Kassenpraxen mit zusätzlich privatärztlicher Tätigkeit weitaus höher: Kassenpraxen, die bis zu 25 % ihrer Einnahmen aus privatärztlicher Tätigkeit generierten, erzielten Gesamteinnahmen von durchschnittlich 398.000 €.

Durchschnittliche Einnahmen, Aufwendungen und Reinerträge je Kassenpraxis ¹ in Deutschland 2011 nach Anteil der Privateinnahmen ² in 1 000 Euro

Gegenstand der Nachweisung	Kassenpraxen insgesamt ³	Kassenpraxen ohne Privateinnahmen	Davon:			
			Kassenpraxen mit Privateinnahmen in Höhe von ... bis unter ... %			
			0,1-25	25-50	50-75	75-100
Einnahmen je Praxis	486	323	398	573	781	710
Aufwendungen je Praxis	251	160	198	293	459	405
Reinertrag je Praxis	235	163	200	280	321	305

¹ Ohne Medizinische Versorgungszentren (MVZ).

² Privateinnahmen sind alle privatärztlichen Einnahmen, die mit der Behandlung von Privatpatienten und den Einnahmen aus Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) für Kassenpatienten erzielt werden.

³ Als Kassenpraxen gelten alle Praxen mit von der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) finanzierten Einnahmen aus ambulanter und stationärer Tätigkeit von mindestens 1 Euro (ohne MVZ).

Kritik an der Kostenstrukturanalyse übt die KBV. Es bestehe unter anderem keine korrekte Differenzierung zwischen hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung. Eine verlässliche Fachgruppenzuordnung, eine Differenzierung nach der Anzahl der Praxisinhaber sowie eine Berücksichtigung von Praxen ohne sozialversicherungspflichtige Angestellte sind nicht gegeben. Die KBV bezweifelt daher erheblich, ob der Bericht des Statistischen Bundesamtes als Datenbasis zur wirtschaftlichen Situation von niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten geeignet ist.

4. Delegation – was besagt die neue Richtlinie?

Mit dem 2012 in Kraft getretenen Versorgungsstrukturgesetz hat der Gesetzgeber die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Krankenkassen beauftragt, eine Vereinbarung zur Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal zu schließen.

Entsprechend haben KBV und Spitzenverbände der Krankenkassen in Abstimmung mit der Bundesärztekammer (BÄK) die „Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung“ geschlossen. Diese ist am 1.10.2013 in Kraft getreten. Dort werden im allgemeinen Teil die bereits bestehenden Rechtsgrundsätze für die Delegation von Leistungen zusammengefasst. Danach dürfen Leistungen wie Indikationsstellung, Untersuchung und Beratung sowie invasive Maßnahmen nicht delegiert werden. Sollen andere Leistungen delegiert werden, so sind dazu geeignete Mitarbeiter auszuwählen, anzuleiten und zu überwachen.

In der Anlage zur Delegationsrichtlinie (http://www.kbv.de/media/sp/24_Delegation.pdf) werden einzelne Beispiele aus verschiedenen Fachgebieten beschrieben: Diese Fälle zeigen zum Teil eine erweiterte Kompetenz zur Delegation von einfachen, auch ärztlichen Untersuchungs- und Behandlungsleistungen, die nach bisheriger Auffassung dem Arzt vorbehalten waren.

5. Abwahlenträge – bleiben Köhler und Feldmann Vorstände?

Am 13.12.2013 behandelte die 60 Delegierte umfassende Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) Abwahlenträge gegen die Vorstände, Dr. Andreas Köhler und Dipl.-Med. Regina Feldmann.

Diese fanden keine Mehrheiten. Damit bilden Andreas Köhler und Regina Feldmann weiterhin den Vorstand der KBV.

6. Telemedizin – virtuelle Visite im Pflegeheim?

Das Beispiel einer Berliner Internistin zur telemedizinischen Heimversorgung könnte Schule machen: Am PC kann sie sehen, wenn ihr medizinisches Know-how im Heim gebraucht wird. Wenn sich am Gesundheitszustand eines Patienten etwas ändert, tragen die dortigen Pflegekräfte das in der virtuellen Patientenakte unter "Mitteilungen an den Hausarzt" ein.

Dann leuchtet in der Praxis der Internistin ein grüner Reiter im System auf, und die Ärztin kann schnell auf die Veränderungen reagieren.

Eine Mitteilungsfunktion stellt sicher, dass die Hausärztin alle Informationen des Pflegepersonals über die Patienten erhält und umgekehrt den Pflegekräften keine Nachricht der Ärztin entgeht. Das ist für beide Seiten eine große Entlastung und Zeitersparnis, und nicht zuletzt eine qualitative Verbesserung der ärztlichen Versorgung im Pflegeheim. Ihr Projekt hat die Hausärztin inzwischen auf verschiedenen Kongressen vorgestellt und dafür auch den Preis „Die innovative Arztpraxis 2011“ gewonnen.

7. Dürfen Praxen sofort geschlossen werden?

Zulassungsausschüsse dürfen eine Praxis „sofort“ schließen, so entschied das Bundessozialgericht kürzlich (Az: B-6-KA-4/13-B). Betroffene Ärzte können nicht verlangen, dass zunächst die Entscheidung des Berufungsausschusses abgewartet wird.

Anlass für die Entscheidung war das Verlangen eines Allgemeinarztes nach Honorierung von Leistungen, die er in der Zeit nach der Anordnung der sofortigen Vollziehung der Zulassungsentziehung durch den Zulassungsausschuss (ZA) am 15.5.2007 bis zur Aufhebung dieser Vollziehungsanordnung durch das Sozialgericht am 9.7.2007 erbracht hatte.

Der Kläger führte Heroin-Substitutionsbehandlungen durch. Gegründet auf den Vorwurf jahrelanger sexueller Übergriffe gegen teils minderjährige Patientinnen entzog der ZA dem Kläger die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung; die vom Kläger dagegen eingelegten Rechtsbehelfe hatten keinen Erfolg. Der Zulassungsausschuss ordnete zugleich mit der Zulassungsentziehung auch deren sofortige Vollziehung an.

8. Wirtschaftlichkeitsprüfung - Beratung vor Regress?

Das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen hat mit Urteil vom 20.11.13 (Az: L-11-KA-49/13) den Anwendungsbereich des neuen Grundsatzes „Beratung vor Regress“ - § 106 Abs. 5e SGB V - sehr restriktiv ausgelegt. Kurz darauf hat das Sozialgericht Stuttgart ein gegenteiliges Urteil gefällt. Das Landessozialgericht NRW hat die Revision, das Sozialgericht Stuttgart die Sprungrevision zugelassen, wonach sich nun wohl das Bundessozialgericht mit dem Verfahren befassen wird.

9. Genehmigung als Diabetologische Schwerpunktpraxis

In einem Verfahren des LSG Nordrhein-Westfalen im Oktober 2013 ging es um die Regelungen über die Anerkennung als Diabetologische Schwerpunktpraxis (DSP). Streitig war die Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung eines Widerspruchs gegen die erteilte Genehmigung als DSP.

Das Gericht stellte fest, dass der „DMP-V“ (Behandlungsprogramm n. § 137f SGB V) und insbesondere die Regelungen über die DSP-Anerkennung keinen defensiven

Konkurrentenschutz vermitteln, da lediglich ein weiterer Leistungsbereich eröffnet wird. Daher auch keine Anfechtungsberechtigung. Dem Teilnehmer wird, anders als nach § 6 Anlage 9 BMV-Ä, keine wirtschaftliche Versorgungsstruktur gewährleistet; ihm wird auch kein Auslastungsgrad sowie eine um seinen Niederlassungsort reichende Versorgungsregion eingeräumt.

10. Kapitaleistungen aus berufsständischen Versorgungswerken

Der BFH hat jüngst entschieden, dass auch Kapitaleistungen aus berufsständischen Versorgungswerken von der nachgelagerten Besteuerung betroffen sind.

Für die Besteuerung ist es nicht Voraussetzung, dass wiederkehrende Bezüge vorliegen. Die Möglichkeit der ermäßigten Besteuerung nach § 34 EStG für Kapitaleistungen aus der Basisversorgung berufsständischer Versorgungseinrichtungen ist gegeben. Bei Fragen zur Besteuerung Ihrer (künftigen) Versorgungwerk-Leistungen kann Sie Ihr Steuerberater beraten.

11. Abtretung einer ärztlichen Forderung bei unwirksamer Klausel wirksam?

Eine Abtretung von privatärztlichen Forderungen an eine gewerbliche Abrechnungsstelle ist selbst dann wirksam, wenn die Einwilligungserklärung des Patienten gleichzeitig eine möglicherweise unwirksame Klausel zur Weiterabtretung der Forderung an Dritte (Factoring) enthält. Dies hat der BGH mit Urteil vom 10.10.2013 entschieden.

12. Heilpraktiker ohne Niederlassung vergütungsberechtigt?

Für die Ausübung der Heilkunde ist eine Niederlassung erforderlich. Die gelegentliche Nutzung des Behandlungsraumes eines Dritten nach Absprache genügt dafür nicht. Fehlt es an einer Niederlassung, führt dies lt. einer Entscheidung vom Amtsgericht München dazu, dass der Heilpraktiker keinen Anspruch auf Vergütung hat.

Der Heilpraktikerin sei lediglich nach vorheriger Vereinbarung ein Behandlungsraum zur Verfügung gestellt worden, der auch von Dritten genutzt wurde. Es sei kein Praxisschild angebracht gewesen. Aus diesem Grund habe sie auch bei den Abrechnungen ihre Privatanschrift angegeben. Da sie ihre Tätigkeit nicht ordnungsgemäß ausgeübt habe, habe sie keinen Anspruch auf Vergütung und die Versicherung müsse keine Kostenerstattung leisten.

13. Logopädie – Verordnung

Logopäden sind auf Verordnungen der Ärzte angewiesen, damit der GKV-Patient diese Sachleistung von den Kassen erhält. Darüber hinaus ist auch eine Verordnung notwendig, damit eine steuerfreie Heilbehandlung nach § 4 Nr.14 UStG vorliegt. Therapien zur Behandlung von Sprachentwicklungsstörungen erfüllen diese Voraussetzungen. Eine reine

Sprachförderung ist keine medizinische Leistung, obwohl sie gerade von Eltern oft nachgefragt wird.

Während Kinderärzte und Neurologen regelmäßig logopädische Therapien verschreiben, besteht gerade bei Hausärzten eine hohe Unsicherheit, wie diese Leistungen Heilmittel Richtlinien konform verschrieben werden. Die AOK bietet jetzt Praxisteams ein Online-Lernprogramm (<http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/arztundpraxis/elearning/index.html>) an. Darin werden die wichtigsten Regeln vermittelt und eine Anleitung zur strukturierten Vorgehensweise vorgegeben.

14. Praxiseinnahmen stark abhängig von Privatpatienten

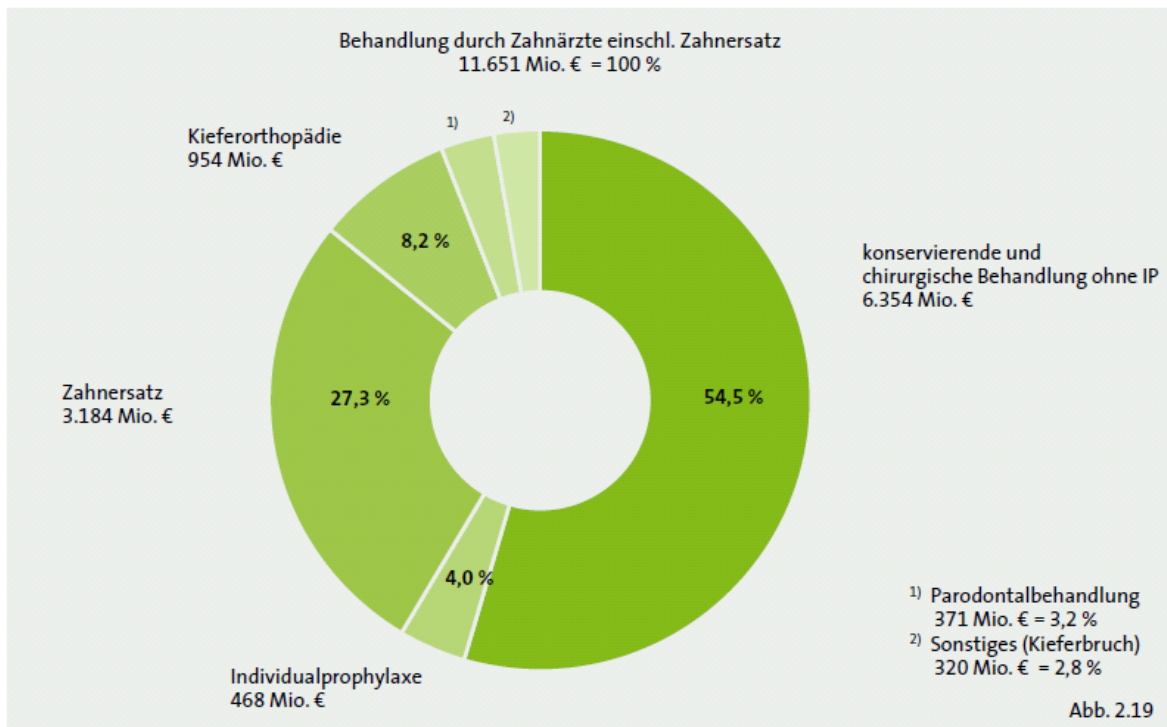
Die wirtschaftliche Lage der Arztpraxen in Deutschland hängt stark davon ab, ob und in welchem Maße auch Privatpatienten behandelt oder Leistungen privat abgerechnet werden. Lt. Mitteilung des Statistischen Bundesamts in Wiesbaden erzielten Kassenpraxen ohne jede privatärztliche Tätigkeit 2011 im Schnitt Einnahmen von 323.000 Euro.

Die Einnahmen der Praxen, die auch Privatpatienten behandelten und Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) abrechneten, waren deutlich höher. Kassenpraxen, die bis zu 25% ihrer Einnahmen aus privatärztlicher Tätigkeit erzielten, erwirtschafteten rund 398.000 Euro.

Auch der Reinertrag - nach Abzug der Praxiskosten, aber vor Steuern und persönlichen Versicherungen - fällt entsprechend unterschiedlich aus. Ohne Privatanteil lag er 2011 im Schnitt bei 163.000 Euro, mit 25 bis 50 Prozent Privateinnahmen bei 280.000 Euro. Und auch die Fachrichtung spielt eine Rolle: Eine auf Chirurgie spezialisierte Praxis kam durchschnittlich auf einen Reinertrag von 334.000 Euro, Kassenpraxen der Allgemeinmedizin nur auf 181.000 Euro.

15. Ausgabenanteil für zahnärztliche Behandlungen

Lt. KZVB-Jahrbuch 2012 stellt sich die Aufteilung der Ausgaben der GKV für das aktuellste Erhebungsjahr 2011 für Deutschland folgendermaßen dar:



Die Anzahl der Beschäftigten (Angestellte) ist im Durchschnitt pro Praxis zwischen 1996 und 2011 in den alten Bundesländern von 5,29 auf 5,88 und in den neuen Bundesländern von 3,78 auf 3,94 gestiegen. Weitere statistische Informationen zum zahnärztlichen Bereich finden Sie unter <http://www.kzvb.de/statistische-basisdaten.768.de.html>.

16. GOÄ-Novelle

Lt. einer Pressemitteilung der Bundesärztekammer (BÄK) vom 13. November unterzeichneten der PKV-Verband und die BÄK nun immerhin eine Rahmenvereinbarung zu einer baldigen und umfassenden Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte. So soll bis Ende 2014 eine gremienreife Entwurfsfassung der neuen GOÄ vorliegen.

Zudem sieht das Papier Festlegungen für die Gründung einer gemeinsamen Kommission zur Novellierung, Weiterentwicklung und Pflege der GOÄ mit Datenstelle vor. Die Vereinbarungspartner sind sich darüber hinaus einig, dass die Bewertung der ärztlichen Leistungen unter Heranziehung von Kostendaten und unter Berücksichtigung der medizinischen Leistungserbringung nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen neu vorzunehmen ist.

Ziel sei es, so Frank Ulrich Montgomery, Präsident der BÄK, eine moderne Gebührenordnung zu schaffen, in der Unschärfen der bisherigen Fassung beseitigt und damit die ärztliche Abrechnung vereinfacht und entbürokratisiert wird. Mit der neuen GOÄ werde mehr Transparenz für Ärzte, Versicherte und Kostenträger geschaffen.

17. Rezeptsammelstelle in Arztpraxis zulässig?

Nach einem Urteil des Oberlandesgerichts Saarbrücken ist es einem Arzt nicht erlaubt, auf Wunsch von Patienten Rezepte direkt an Apotheken zu übermitteln. Speziell wenn Rezepte per Fax an eine Apotheke gesendet werden und die Medikamente dann an die Patienten per Boten geliefert würden, der danach die Originalrezepte in der Praxis abholte. Bei diesem Verfahren würde die Praxis als nicht genehmigte Rezeptsammelstelle fungieren. Die gesetzliche Grundlage enthält § 24 Abs. 2 ApBetrO, wo die Einrichtung einer Rezeptsammelstelle bei einem Arzt untersagt wird. Ausnahmen für das Bereithalten von Rezepten in der Arztpraxis bestehen bei medizinischen Notfällen.

18. Werbung mit Festpreisen zulässig?

Nein, zahnärztliche Leistungen dürfen nicht zum Festpreis beworben werden, so das Landgericht Berlin in erster Instanz.

Gegenstand des Verfahrens waren Werbungen der Groupon GmbH für eine Zahnreinigung, Bleaching-Leistung, kieferorthopädische Zahnkorrektur, Implantat-versorgung, prothetische Versorgung und Zahnfüllung. Die Groupon GmbH hatte diese zahnärztlichen Leistungen über ihr Internetportal mit Rabatten von bis zu 90 % und zu Festpreisen beworben und ihren Kunden entsprechende Gutscheine im Rahmen von sogenannten „Deals“ für eine begrenzte Laufzeit zum Kauf angeboten.

Die zahnärztlichen Leistungen wurden sodann auf der Grundlage von eigenständigen Kooperationsverträgen durch Zahnärzte erbracht, die wiederum 50 % des rabattierten Preises als Erfolgsprämie im Falle der Behandlung des Patienten an die Groupon GmbH leisteten.

Auf die Berufung der Groupon GmbH und Anschlussberufung der Zahnärztekammer Nordrhein hat das Kammergericht Berlin im August 2013 nunmehr in zweiter Instanz nicht nur die Entscheidung des LG Berlin hinsichtlich der wettbewerbswidrigen Werbung und Haftung der Groupon GmbH bestätigt, sondern darüber hinaus in der Zahlung der Erfolgsprämie auf der Grundlage des Kooperationsvertrages und der verwendeten Allgemeinen Geschäftsbedingungen auch eine unzulässige Zuweisung von Patienten gegen Entgelt gesehen.

19. Steuerbefreiung von Schönheitsoperationen

Ästhetische Operationen und ästhetische Behandlungen sind nur steuerfrei, wenn sie dazu dienen, Personen zu behandeln oder zu heilen, bei denen aufgrund einer Krankheit, Verletzung oder eines angeborenen körperlichen Mangels ein Eingriff ästhetischer Natur „erforderlich“ ist, während Eingriffe zu rein kosmetischen Zwecken steuerpflichtig sind. Dies wurde jüngst vom BFH bestätigt.

Gesundheitliche Probleme „psychologischer Art“ begründen nur dann die Steuerfreiheit ästhetischer Operationen und ästhetischer Behandlungen, wenn hierzu medizinische

Feststellungen vorliegen, die von dem „entsprechenden Fachpersonal“ zu treffen sind. Für die Feststellung der Steuerfreiheit in diesem Bereich bedarf es einer Einzelfallbeurteilung bzw. Fachbegutachtung, für die der Steuerpflichtige „im Hinblick auf seine Beweisnähe im gesteigerten Maß darlegungspflichtig ist“, so der BFH (Az: V-S-20/13).

20. Einkaufsfahrt = Betriebsausgabe?

Autofahrten zum Discounter oder Baumarkt sind nur in Einzelfällen betrieblich absetzbar. Wenn bei solchen Fahrten der betriebliche Zweck nicht klar ersichtlich sei, könne auch das ganze Fahrtenbuch hinfällig werden.

Geklagt hatte ein Zahnarzt, der einen 5er BMW (Betriebsvermögen) nach eigenen Angaben ausschließlich zu betrieblichen Zwecken nutzte. Privat standen ihm zudem ein 3er BMW, ein Fiat 500 und ein Motorroller zur Verfügung. Auf seine Frau war ein Peugeot 307, auf den volljährigen Sohn ein VW Kombi zugelassen.

In seinem Fahrtenbuch für den 5er BMW waren als "Zweck der Fahrt" häufig Geschäfte wie Lidl, Aldi oder Obi eingetragen. Auch beim Zweck "Fortbildung" fehlten genauere Angaben. Bei einer Betriebsprüfung hatten die Prüfer deshalb Zweifel, ob es sich hierbei tatsächlich um betriebliche Fahrten handelte.

Lt. Finanzgericht musste das Finanzamt die Fahrtenbücher insgesamt nicht anerkennen. Stattdessen durfte es den privaten Nutzungsanteil nach der für die Steuerpflichtigen meist ungünstigen sogenannten Ein-Prozent-Regelung berechnen. Bei dem Zahnarzt erhöhte sich dadurch das zu versteuernde Einkommen um 7776 Euro pro Jahr.

Die Fahrtenbücher seien nicht ordnungsgemäß, so die Richter. Bei Lidl, Aldi, Obi und Co fehlten schon Angaben zur jeweils konkreten Filiale. Vor allem aber sei nicht klar, für welchen betrieblichen Bedarf eingekauft worden sei.

Der allgemeine Hinweis des Zahnarztes, er habe Getränke und Gebäck für nachmittägliche Kaffeepausen sowie Material für kleinere Renovierungsarbeiten in der Praxis besorgt, könne angesichts der Häufigkeit der Einträge "allenfalls von untergeordneter Bedeutung" gewesen sein.

Auch der Hinweis auf den weiteren privaten Fuhrpark des Zahnarztes ließ das FG nicht gelten. Nach der Rechtsprechung des Bundesfinanzhofs sei ein ordnungsgemäßes Fahrtenbuch nur dann entbehrlich, wenn privat ein Auto verfügbar sei, das nach Größe und Prestige dem betrieblichen Wagen vergleichbar ist.