

Lässt sich eine Kassenzulassung abnutzen?

Bundesfinanzhof erlaubt Abschreibung des Kaufpreises eines „Chancenpakets“

Medical-Tribune-Bericht

OSNABRÜCK – Ärzte, die eine Vertragsarztpraxis kaufen, möchten natürlich die Kosten steuerlich geltend machen. Die „Absetzungen für Abnutzung“ (AfA) können aber nur unter bestimmten Voraussetzungen geltend gemacht werden, wie der Bundesfinanzhof gerade in zwei Fällen entschieden hat.

In einem Fall erwarb eine fachärztliche Gemeinschaftspraxis die Einzelpraxis eines Kollegen. Der Kaufpreis orientierte sich an den durchschnittlichen Praxiseinnahmen aus den Behandlungen der gesetzlich und privat versicherten Patienten plus eines Zuschlags. Ein wertbildender Faktor war, dass die Einzelpraxis von vielen Patienten per Überweisung aufgesucht wurde.

Der Inhaber der Einzelpraxis verpflichtete sich im Kaufvertrag, beim Nachbesetzungsverfahren mitzuwirken, dass die Zulassung an eine Gesellschafterin der Gemeinschaftspraxis erteilt wird. Die Gemeinschaftspraxis übernahm einige Mitarbeiter der Einzelpraxis und das Patientenarchiv. Die künftige Tätig-

keit sollte allerdings nicht in den bisherigen Räumen ausgeübt werden.

Das Finanzamt verneinte die steuerliche Abschreibung des Kaufpreises mit der Begründung, dass dieser ausschließlich für den Erwerb der Vertragsarztzulassung aufgewendet worden sei, sodass er voll auf ein nicht abnutz- und somit nicht abschreibbares Wirtschaftsgut entfalle.

Kein weiterer Praxisbetrieb in den alten Räumen

Der Bundesfinanzhof (BFH) widersprach: Wenn eine Vertragsarztpraxis samt der zugehörigen materiellen und immateriellen Wirtschaftsgüter, insbesondere des Praxiswerts, als „Chancenpaket“ erworben wird, ist der Vorteil aus der vertragsärztlichen Zulassung untrennbar im Praxiswert als abschreibbares immaterielles Wirtschaftsgut enthalten. Für den Erwerb der Praxis als Chancenpaket sprach, dass Verkäufer und Erwerber einen Preis in Höhe des Verkehrswertes vereinbart hatten. Keine Rolle spielte, dass die Tätigkeit nicht in den Räumen der Einzelpraxis fortgesetzt wurde (Urteil vom 21.2.2017, Az.: VII R 7/14).



In einem anderen Fall (Az.: VII R 56/14) schloss der Inhaber einer Einzelpraxis mit dem Neugesellschafter einer Gemeinschaftspraxis einen Praxisübernahmevertrag. Bedingung war die erfolgreiche Überleitung der Vertragsarztzulassung auf den Erwerber, an der der Verkäufer im Nachbesetzungsverfahren mitzu-

wirken hatte. Außerdem verlegte der Verkäufer seine Einzelpraxis für eine kurze Zeit an den Ort der Gemeinschaftspraxis, ohne für diese dort tätig zu werden.

In diesem Fall verneinte der BFH die Abschreibung beim Erwerber in vollem Umfang. Begründung: Der Erwerber habe nur den wirtschaftli-

chen Vorteil aus der Kassenzulassung gekauft. Er habe weder Interesse am Patientenstamm noch an anderen wertbildenden Faktoren gehabt. Allein die Zulassung ist als Wirtschaftsgut aber nicht abschreibbar, da sie keinem Wertverzehr unterliegt. Der Inhaber einer vertragsärztlichen Zulassung kann diese unbefristet gleichbleibend in Anspruch nehmen, ihr Wert erschöpft sich nicht.

Indiz für AfA: Praxispreis in Höhe des Verkehrswertes

Fazit: Bei Praxisübernahmeverträgen, die oft eine Überleitung der Vertragsarztzulassung vorsehen, ist eine steuerliche Abschreibung nur dann gewährleistet, wenn neben der Zulassung weitere Vermögensgegenstände übertragen werden. Die Vertragsarztpraxis muss, wie es der BFH formuliert, als Chancenpaket veräußert werden. Wichtiges Indiz hierfür ist, dass die Vertragsparteien einen Kaufpreis in Höhe des Verkehrswertes der Praxis oder sogar noch darüber liegend vereinbaren.

RA Dr. Hansjörg Haack
Fachanwalt für Medizin- und Steuerrecht

Gluten-/Weizensensitivität

WISSENSFORUM PRAXIS.

Glutensensitivität: mehr Sicherheit in Diagnostik und Therapie

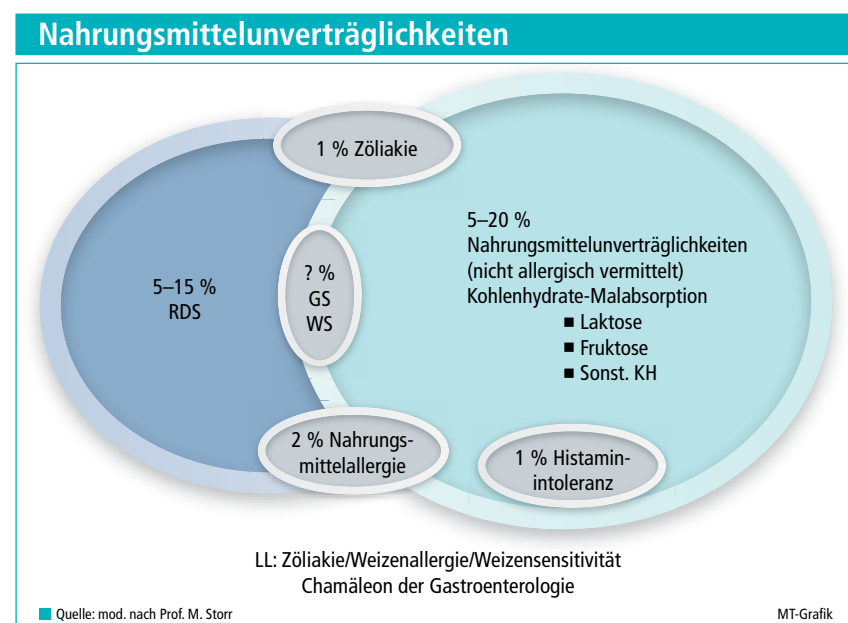
Beschwerden von Patienten effizient abklären / Qualifizierte Ernährungsberatung verstärkt nutzen

MANNHEIM – Blähungen, Bauchschmerzen und Fatigue: Patienten mit unspezifischen intestinalen und extraintestinalen Beschwerden sind eine Herausforderung im Praxisalltag. Als Ursache kommen auch verschiedene Formen der Getreideunverträglichkeit in Betracht, u.a. die Gluten-/Weizensensitivität. Diese lässt sich zunehmend sicherer abklären.

Geht es um unspezifische gastrointestinale Beschwerden, gewinnt die Glutensensitivität als Selbstdiagnose an Bedeutung. Wobei dieser Begriff der internationalen Nomenklatur entspricht, während man hierzulande von Weizensensitivität spricht. Letztere ist ein Oberbegriff, der neben der Glutensensitivität weitere Sensitivitäten umfasst, z.B. Intoleranzen gegenüber FODMAP*, Agglutininen und Amylase-Trypsin-Inhibitoren (ATI), erläuterte Professor Dr. Martin Storr, Starnberg.

Symptomatik gemäß Leitlinien abklären

Gemäß aktueller Leitlinien kann die Gluten-/Weizensensitivität rational abgeklärt werden.^{1,2} Zu berücksichtigen ist dabei, dass es verschiedene mit Getreide assoziierte Erkrankungen gibt, die gastrointes-



Chamäleons der Gastroenterologie: Neben länger bekannten Funktionsstörungen rückt die Gluten-/Weizensensitivität (GS/WS) als Krankheitsentität zunehmend in den Fokus.

tinale Beschwerden verursachen. Und: Nur eine dieser Ursachen ist die Gluten-/Weizensensitivität, GS/WS (Abb). Dieses klinisch eher unscharfe Krankheitsbild bezeichnen Experten auch als „Nicht-Zöliakie-Nicht-Weizenallergie-Weizensensitivität“ (NZNW-WS).² Charakteristisch sind intestinale Symptome und extraintestinale Beschwerden. Die Prävalenz ist unklar (mutmaßlich 1 bis 5 %), im Kollektiv der Reizdarmpatienten liegt sie bei 5 bis

15 % – validierte Tests zur Diagnostik gibt es nicht.³⁻⁵

Die fachlich fundierte Diagnostik sollte frühzeitig erfolgen, um ggf. eine geeignete Ernährungstherapie einzuleiten. Als wesentlich gelten: **Schritt 1:** Basisdiagnostik mit Anamnese, psychosozialem Screening, körperlicher Untersuchung, Basislabortests, Ernährungsberatung. **Schritt 2:** Leitliniengerechte Abklärung eines Reizdarm-Syndroms (RDS).¹

Schritt 3: Bei Patienten, die bereits eine glutenfreie Diät (GFD) einhalten: Zöliakieausschluss gemäß Leitlinie.² Bei negativem Ergebnis: Ausschluss einer Weizenallergie.

Schritt 4: Nach Ausschluss von Zöliakie und Weizenallergie kann der Verdacht auf eine NZNW-WS gestellt werden. Betroffene sollten eine glutenfreie Diät (< 20 mg/kg = glutenfreies Produkt) erhalten.² Der Handel bietet inzwischen eine breite Auswahl schmackhafter glutenfreier Produkte (z.B. von Dr. Schär) an. Gegebenenfalls doppelblinde Glutenbelastung, um die Diagnose final abzusichern.

Bei Patienten, die im Rahmen der RDS-Abklärung nicht unter GFD stehen, erfordert der diagnostische Prozess weitere spezifische diätetische Testmaßnahmen. Demnach wird das klinische Ansprechen auf eine FODMAP-reduzierte Diät beurteilt. Sprechen Patienten nicht darauf an, erfolgt eine GFD und ggf. eine doppelblinde diätetische Sicherung der Glutensensitivität.^{6,7}

*Fermentable Oligo-, Di- and Monosaccharide and Polyols

1. Layer P et al. Z Gastroenterol 2011; 49: 237-293
2. Felber et al. Z Gastroenterol 2014; 52 (07): 711-743
3. Massari S et al. Int Arch Allergy Immunol 2011; 155: 389-394
4. Sabatino AD & Corazzo GR, Ann Intern

Fall: Weg zur Diagnose

- **Vorgeschichte:** Die 28-Jährige hat seit über fünf Jahren Beschwerden: Blähungen, Bauchschmerzen, Abgeschlagenheit und Kopfschmerzen. Auf Rat von Freunden: glutenfreie Ernährung seit sechs Monaten, darunter teilweise Besserung. Wegen Restbeschwerden gastroenterologische Beratung.
- **Befunde:** keine alarmierenden Symptome, Stuhlgang weich, teilweise voluminös, 2-4 x täglich.
- **Diagnostik:** Unauffällige Labor- und Stuhluntersuchungen, neg. Zöliakie-Serologie (HLA DQ 2/8 neg.), Weizen IgE neg., Atemtests (Kohlenhydratmalabsorption) neg., keine Dünndarmfehlbesiedlung, Endoskopien neg.
- **Verlauf:** FODMAP-reduzierte Diät nicht hilfreich, Besserung nach Rückkehr zu glutenfreier Diät. Glutensensitivität durch doppelblinde Gluten-Belastung gesichert. Beschwerdefreiheit unter dauerhafter glutenfreier Diät.

- Med 2012; 156: 309
5 Biesiekierski JR et al. Am J Gastroenterol 2011; 106: 508-514
6 Mansueto P et al. Am Coll Nutrition 2014; 33 (1): 39-54
7 Halmos EP et al. Gastroenterology 2014; 146 (1): 67-75