



Prolog

Für mögliche Impfschäden nach einer Corona-Schutzimpfung haften nicht die impfenden Ärztinnen und Ärzte, sondern der Staat. Das hat der Bundesgerichtshof (BGH) entschieden. Die Impfungen galten als hoheitliche Tätigkeit im Rahmen der Pandemie, daher trifft bei Aufklärungs- oder Behandlungsfehlern die Verantwortung Bund oder Länder. Betroffene müssen ihre Ansprüche daher gegen den Staat richten und nicht gegen die Ärzte. Im verhandelten Fall verlangte ein Mann nach einer Booster-Impfung Schmerzensgeld wegen einer Herzkrankung. Die Klage wurde abgewiesen (Az. III ZR 180/24).

Unsere Themen u. a.:

- Einkünfte aus dem Betrieb eines privatwirtschaftlichen Corona-Testzentrums
- Beitragsgrenze in Kranken- und Pflegeversicherung steigt auf 5812 EUR
- Umsatzsteuerbefreiung von Betreuungs- und Pflegeleistungen, die aus dem Persönlichen Budget bestritten werden
- Beschleunigung der Anerkennungsverfahren ausländischer Berufsqualifikationen in Heilberufen
- Sozialversicherungsfreiheit für alle Dienste
- Kostenübernahme für Kryokonservierung
- Krankengeld fällt nach Reha geringer aus
- Entfall von hausärztlichen Honorarbudgets
- Vergütung in diabetologischen Schwerpunktpraxen

STEUERN UND RECHT

Einkünfte aus dem Betrieb eines privatwirtschaftlichen Corona-Testzentrums

Das Finanzgericht Düsseldorf hat im Beschluss vom 23. Juli 2025 (Az. 14 V 907/25 A (G)) entschieden, dass die Einkünfte aus dem Betrieb eines privatwirtschaftlichen Corona-Testzentrums als gewerbliche Einkünfte nach § 15 EStG und nicht als freiberufliche Einkünfte nach § 18 EStG einzustufen sind.

Wesentliche Gründe

Der Betreiber des Testzentrums ist kein approbierter Arzt und verfügte auch nicht über eine mit Ärzten vergleichbare wissenschaftliche Ausbildung. Die notwendige ein- bis zweistündige Schulung für die Durchführung von Antigen-Schnelltests reicht nicht aus, um die Tätigkeit als vergleichbaren Katalogberuf wie dem Arztberuf einzuordnen. Die kurzweilige Schulung ist keinesfalls mit einem Medizinstudium gleichzustellen.

Die vom Antragsteller ausgeübten Tätigkeiten – insbesondere einfache Schnelltests – sind laut Gericht nicht mit der ärztlichen Diagnostik vergleichbar. Auch nach der Rechtsprechung des FG Köln kann eine vergleichbare Einstufung nur erfolgen, wenn approbierte Ärzte die Tests vornehmen.

Zudem sah das Gericht die Voraussetzungen für eine leitende und eigenverantwortliche Tätigkeit nicht als erfüllt an, da der Antragsteller nicht ausreichend selbst praktisch vor Ort tätig war und die Verantwortung meist bei den angestellten Hilfskräften lag.

Ergebnis

Der Antrag auf Aussetzung der Vollziehung wurde abgelehnt. Es handelt sich bei den erzielten Einnahmen um Einkünfte aus Gewerbebetrieb, welche der Gewerbesteuer unterliegen. Die vom Finanzamt erlassenen Gewerbesteuerermessbescheide bleiben bestehen.

Quelle: Finanzgericht Düsseldorf, 14 V 907/25 A (G)

Beitragsgrenze in Kranken- und Pflegeversicherung steigt auf 5812 EUR

Das Bundeskabinett hat die Beitragsbemessungsgrenze für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung im Jahr 2026 um 300 EUR auf 5.812,50 EUR pro Monat (69.750 EUR jährlich) erhöht. Diese Anpassung erfolgt aufgrund der Lohnentwicklung 2024, die eine Steigerung um 5,16 % vorsieht.

Die Anhebung betrifft vor allem Gutverdiener, die über der bisherigen Grenze von 5.512,50 EUR monatlich liegen. Für die Mehrheit der Versicherten ändert sich wenig.

Die Versicherungspflichtgrenze, ab der Arbeitnehmer in die private Krankenversicherung wechseln können, steigt ebenfalls um 300 EUR auf monatlich 6.450 EUR (77.400 EUR jährlich).

Beitragsbemessungsgrenzen in der Renten- und Arbeitslosenversicherung werden ebenfalls angehoben, dort um 400 EUR auf 8.450 EUR monatlich (101.400 EUR jährlich).

Umsatzsteuerbefreiung von Betreuungs- und Pflegeleistungen aus Persönlichen Budget

Der BFH hat im Urteil vom 30. April 2025 (Az. XI R 25/24) entschieden, dass Pflege- und Betreuungsleistungen, die über das Persönliche Budget (§ 29 SGB IX) finanziert werden, umsatzsteuerfrei sein können – und zwar dann, wenn in der individuellen Zielvereinbarung sowie im Gesamtplan des Kostenträgers der jeweilige Leistungserbringer ausdrücklich genannt wird.

Kernaussagen des Urteils

Es reicht für die Sozialquote (§ 4 Nr. 16 Buchst. I UStG) nicht aus, dass das Geld aus dem Persönlichen Budget stammt – entscheidend ist, dass der Kostenträger in Zielvereinbarung und Gesamtplan den konkreten Dienstleister namentlich benennt. Sind solche expliziten Vereinbarungen getroffen, werden die aus dem Persönlichen Budget vergüteten Leistungen umsatzsteuerfrei gestellt.

Der BFH betont, dass damit die Gleichbehandlung zu Sachleistungen gewahrt wird, solange der Sozialversicherungsträger den Leistungserbringer explizit akzeptiert hat. Die Anerkennung als sozialer Dienstleister basiert nicht allein auf dem Fakt der Direktzahlung aus dem Persönlichen Budget.

Das Urteil stärkt die Wahlfreiheit von Menschen mit Behinderung, ohne die Steuerbefreiung für Leistungen aus dem Persönlichen Budget von vornherein auszuschließen.

Bedeutung für die Praxis

Einrichtungen, die Pflege-, Betreuungs- oder Assistenzleistungen für Budgetnehmer erbringen, sollten darauf achten, dass in der Vereinbarung und im Gesamtplan ihre

namentliche Erwähnung und die explizite Entscheidung des Kostenträgers festgehalten werden, um die Umsatzsteuerbefreiung in Anspruch nehmen zu können.

Quelle: BFH - Az. XI R 25/24

GESUNDHEITSPOLITIK UND RECHT

Beschleunigung der Anerkennungsverfahren ausländischer Berufsqualifikationen in Heilberufen

Der Gesetzentwurf zur schnelleren Anerkennung ausländischer Heilberufsabschlüsse zielt darauf ab, die Verfahren für Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und Hebammen zu vereinfachen, zu vereinheitlichen und zu digitalisieren. Kernpunkte sind:

- Die direkte Kenntnisprüfung wird zum Regelfall für Berufsqualifikationen aus Drittstaaten, die dokumentenbasierte Gleichwertigkeitsprüfung wird optional. Dies soll Antragstellende und Behörden entlasten.
- Im Hebammengesetz wird ein Wahlrecht eingeführt, um auf die dokumentenbasierte Prüfung zu verzichten und direkt eine Kenntnisprüfung oder einen Anpassungslehrgang zu absolvieren.
- Elektronische Übermittlung von Unterlagen und Datenaustausch zwischen Behörden sollen ermöglicht werden, um bürokratische Hürden abzubauen.
- Die Erlaubnis zur Berufsausübung kann künftig in Ausnahmefällen auch unbefristet erteilt werden, etwa bei vorliegender Erkrankung.
- Es wird eine teilweise Berufserlaubnis für Berufsqualifikationen aus EU/EWR und gleichgestellten Ländern ermöglicht, die nur partiell dem deutschen Berufsbild entsprechen.
- Zusätzliche Klarstellungen betreffen das Anästhesietechnische- und Operationstechnische-Assistenten-Gesetz (ATA-OTA-G) sowie das Hebammengesetz, darunter verlängerte Nachweisfristen für Schulen.

Ziel ist es, den Fachkräftemangel zu bekämpfen und gleichzeitig Patientensicherheit und Versorgungsqualität zu sichern. Das Gesetz benötigt noch die Zustimmung des Bundesrates.

Sozialversicherungsfreiheit für alle Dienste

Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Berlin fordert eine gesetzliche Regelung zur Gleichbehandlung von Vertragsärzt:innen und angestellten Ärzten im ärztlichen Bereitschaftsdienst. Ziel ist die Sicherung der Sozialversicherungsfreiheit für alle Dienste, um Dienstplanlücken zu vermeiden und die ambulante Notfallversorgung stabil zu halten. Die KV Berlin schlägt vor, den § 95 Abs. 3a SGB V um den Satz zu ergänzen: „Vertragsärzte und angestellte Ärzte sind gleich zu behandeln.“

Aktuell führt die uneinheitliche sozialversicherungsrechtliche Behandlung zu Unsicherheit, wer im Bereitschaftsdienst sozialversicherungsfrei tätig sein darf. Diese Rechtsunsicherheit führt zu einem Rückgang der Bereitschaftsdienstübernahmen, was zu Dienstplanlücken und Mehrbelastungen für niedergelassene Ärzte sowie Notaufnahmen und Rettungsdienste führt.

Die KV Berlin betont, dass nur mit einer klaren gesetzlichen Regelung die Attraktivität des Bereitschaftsdienstes erhalten und die ambulante Notfallversorgung gesichert werden kann. Eine sozialversicherungsrechtliche Gleichbehandlung aller Ärzte im Bereitschaftsdienst – unabhängig vom Status – ist dafür notwendig.

Quelle: KV Berlin - pm251008

Kostenübernahme für Kryokonservierung

Die Kryokonservierung von Eizellen wird von den gesetzlichen Krankenkassen erst ab dem 1. Juli 2021 als Leistung übernommen.

Eine Klägerin, bei der bereits im Februar 2021 Brustkrebs diagnostiziert wurde, beantragte die Kostenerstattung für die Entnahme und Einfrierung von Eizellen, die vor diesem Datum erfolgte. Die Krankenkasse lehnte die Übernahme der Kosten für die Zeit vor Juli 2021 ab, da die Maßnahme erst ab diesem Zeitpunkt im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten ist.

Das Sozialgericht Gelsenkirchen hatte zunächst zugunsten der Klägerin entschieden, aber das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen hob dieses Urteil wieder auf. Nach Auffassung des LSG besteht kein Anspruch auf Kostenerstattung für Leistungen vor dem Stichtag, da Vertragsärzte Leistungen nur dann zulasten der Krankenkassen abrechnen können, wenn diese im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen sind.

Der Fall wird aufgrund seiner grundsätzlichen Bedeutung nun vor dem Bundessozialgericht weiterverhandelt (Az. B 1 KR 19/25 R).

Krankengeld fällt nach Reha geringer aus

Das Bundessozialgericht (BSG) hat entschieden, dass das Krankengeld nach einer Rehabilitationsmaßnahme niedriger ausfallen kann als zuvor.

Hintergrund ist, dass das Krankengeld auf Grundlage des aktuellen Krankengeldanspruchs berechnet wird, der sich nach der Höhe des zuletzt erzielten beitragspflichtigen Einkommens richtet. Während der Reha kann dieses Einkommen sinken, etwa wenn Krankheitstage den Anspruch beeinflussen.

Im konkreten Fall führten die durch die Reha bedingten Änderungen im beitragspflichtigen Einkommen zu einem geringeren Krankengeld im Anschluss.

Die Entscheidung bestätigt, dass die Berechnung korrekt erfolgt, auch wenn die Leistung dadurch sinkt. Anspruch auf das frühere Krankengeld besteht nicht, wenn sich das Einkommen im Bemessungszeitraum verändert hat.

Das BSG-Urteil sorgt für Klarheit bei der Berechnung von Krankengeld nach Reha und zeigt, dass sich Veränderungen im Einkommen unmittelbar auf die Höhe der Leistung auswirken können.

HONORAR UND UMSATZ

Entfall von hausärztlichen Honorarbudgets



Seit Anfang Oktober 2025 entfallen die hausärztlichen Honorarbudgets zu großen Teilen. Dies bedeutet, dass Hausärzte ihre Leistungen künftig weitgehend unbegrenzt abrechnen können.

Das bisherige System mit begrenzten Budgets soll damit flexibler gestaltet und die Versorgung der Patienten verbessert werden.

Wichtige Punkte

- Die Abschaffung der Budgets betrifft vor allem die hausärztlichen Leistungen, die bisher durch mengenmäßige Höchstgrenzen in der Abrechnung eingeschränkt waren.
- Ziel ist es, die ambulante Versorgung zu stärken und Engpässe bei der hausärztlichen Betreuung zu verringern.
- Experten sehen darin eine Erleichterung für die Praxen, da sie nicht mehr durch finanzielle Beschränkungen im Leistungsausmaß limitiert sind.
- Die Umsetzung könnte langfristig zur besseren Versorgung der Patienten beitragen, indem Anreize für mehr Leistungen geschaffen werden.

Die Maßnahme ist Teil größerer Reformen im Gesundheitswesen zur besseren Unterstützung niedergelassener Ärzte und zur Reaktion auf steigende Patientenzahlen.

Vergütung in diabetologischen Schwerpunktpraxen

Die Neuregelung der hausärztlichen Vorhaltepauschale gilt ab Januar 2026 und ersetzt die bisherige Strukturpauschale. Diabetologische Schwerpunktpraxen sind von Abschlägen verschont und erhalten den Zehn-Punkte-Zuschlag auch ohne Erfüllung der regulären Kriterien.

Die Pauschale wird abgestuft gezahlt:

- Ohne Zuschlag (128 Punkte), wenn nur ein oder kein Kriterium erfüllt wird.
- Plus 10 Punkte bei Erfüllung von zwei bis sieben Kriterien.
- Plus 30 Punkte bei acht oder mehr Kriterien.

Ein 40-prozentiger Abschlag bei weniger als zehn Schutzimpfungen pro Quartal gilt nicht für Schwerpunktpraxen. Die Vergütung erfolgt ausgabenneutral, ohne zusätzliches Geld im System. Die Versorgungspauschale, eine weitere Entgeltregelung, wird noch erwartet und betrifft schwer chronisch Kranke, darunter Diabetespatienten.

Der Bundesverband Niedergelassener Diabetologen sieht in der Einigung einen wichtigen Schritt, mahnt aber Planungssicherheit, faire Honorierung und Investitionen für die nachhaltige Versorgung an.

PRAXISFÜHRUNG

ePA-Pflicht

Seit dem 1. Oktober 2025 sind alle Leistungserbringer verpflichtet, die ePA zu nutzen. Sie müssen nun die ePA mit den gesetzlich festgeschriebenen Daten befüllen, die bei der Behandlung erhoben werden. Dazu zählen zum Beispiel Befunde und Arztbriefe.

Auf Wunsch der Versicherten können sie weitere Daten in die ePA einstellen, zum Beispiel elektronische Arbeitsfähigkeitsbescheinigungen (eAU), Daten im Rahmen eines Disease-Management-Programms (DMP) oder Daten der Pflege und pflegerischen Versorgung sowie Hinweise zur Organspende und Patientenverfügung.

Sollte sich ein Leistungserbringer weigern, die ePA zu befüllen, können die Patientinnen und Patienten sich an ihre Krankenkasse bzw. die zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV) wenden.

Den KVen obliegt es, die Einhaltung der ärztlichen Pflichten – also auch die Befüllung der ePA – zu überwachen. Sollte diese Pflicht nicht eingehalten werden, kann das entsprechende Konsequenzen nach sich ziehen, über die die jeweilige KV entscheidet.

Quelle: Bundesgesundheitsministerium

FINANZEN

Freiwillige Beiträge zählen nicht für die Grundrente

Freiwillig geleistete Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung zählen anders als Pflichtbeiträge für eine versicherte Tätigkeit nicht zu den Grundrentenzeiten. Der allgemeine Gleichheitssatz wird dadurch nicht verletzt. Dies hat der 5. Senat des Bundessozialgerichts in seiner Sitzung am 5. Juni 2025 entschieden (Aktenzeichen B 5 R 3/24 R).

Die Ungleichbehandlung ist gerechtfertigt. Im Gegensatz zu freiwillig Versicherten können sich Pflichtversicherte ihrer Beitragspflicht nicht entziehen. Sie tragen in der Regel durch längere Beitragszeiten und höhere Beiträge in wesentlich stärkerem Maße zur Finanzierung der gesetzlichen Rentenversicherung bei.

Zwar kann auch bei freiwillig Versicherten die Situation eintreten, dass sie trotz langjähriger, aber geringer Beitragsleistung keine auskömmliche Altersversorgung aus der gesetzlichen Rentenversicherung haben.

In der Folge müssen sie bei bestehender Hilfebedürftigkeit im Alter gegebenenfalls Leistungen der Sozialhilfe in Anspruch nehmen. Dass der Gesetzgeber in erster Linie Versicherte begünstigen wollte, die langjährig verpflichtend Beiträge aus unterdurchschnittlichen Arbeitsverdiensten gezahlt haben, ist aber im Rahmen seines insoweit weiten Spielraums bei der Ausgestaltung der Rentenversicherung nicht zu beanstanden.

Quelle: bsg.bund.de

AKTUELLE STEUERTERMINE

November 2025:

Lohnsteuer, Umsatzsteuer (M):
10.11.2025 (13.11.2025)*
Gewerbsteuer, Grundsteuer:
17.11.2025 (20.11.2025)*

Dezember 2025:

Lohnsteuer, Umsatzsteuer (M),
Einkommensteuer, Körperschaftsteuer:
10.12.2025 (15.12.2025)*

Januar 2026:

Lohnsteuer, Umsatzsteuer (M, VJ, J):
12.01.2026 (15.01.2026)*

* Ende der Schonfrist bei Zahlung durch Überweisung in Klammern.

WICHTIGER HINWEIS

Die Inhalte unseres Schreibens wurden mit größter Sorgfalt erstellt. Für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der Inhalte können wir jedoch keine Gewähr übernehmen. Gesetze und Rechtsprechung ändern sich fortlaufend. Nutzen Sie deshalb unser Schreiben zur Information. Bitte denken Sie aber daran, dass Sie vor Ihren Entscheidungen grundsätzlich steuerliche oder rechtliche Beratung in Anspruch nehmen, weil wir sonst keine Verantwortung übernehmen können.