

Steuertipp

Wie sind Covid-19-Förderungen steuerlich zu behandeln?



Mag. Iris Kraft-Kinz
MEDplan, 1120 Wien,
Tel. 01/817 53 50-260

Foto: die Abbilderei

Covid-Förderungen waren für die wenigsten heimischen Ordinationen ein großes Thema. Die meisten Praxen liefen unter Auflagen und Beschränkungen weiter. Jetzt, da die Pandemie für beendet erklärt wurde, findet sich die Zeit für Nachbetrachtungen und Auswirkungen der Maßnahmen – auch in steuerlicher Hinsicht.

Seit dem 1. März 2020 wurden Steuerbefreiungen für die Zuwendungen aus Mitteln des Covid-19-Krisenbewältigungsfonds, die Zuschüsse aus dem Härtefallfonds und dem Corona-Krisenfonds sowie für sonstige vergleichbare Covid-Zuwendungen eingeführt. Kurz gesagt: Zahlungen im Rahmen von Corona-Kurzarbeit, Härtefallfonds, Fixkostenzuschuss I und II sowie Covid-19-Investitionsprämie und Verlustersatz sind steuerfrei.

«Covid-Förderungen waren für die wenigsten Ordinationen ein großes Thema»

Steuerpflichtig sind Zahlungen zum Ersatz entgehender Umsätze, insbesondere der Lockdown-Umsatzersatz und der Ausfallbonus im engeren Sinn. Derartige Umsatzerlöse werden wie real erzielte Umsätze besteuert. Für Einnahmen-Ausgaben-Rechner – wie dies niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in den allermeisten Fällen sind – gilt bei Förderungen eine Ausnahme zum Zufluss-Abfluss-Prinzip, also dem Zeitpunkt der Zuordnung. Die Einnahme ist in dem Jahr zu verbuchen, für das der Anspruch besteht.

«Steuerpflichtig sind Zahlungen zum Ersatz entgehender Umsätze»

Wenn Förderungen steuerfrei sind, stellt sich die Frage, wie damit in Zusammenhang stehende Ausgaben zu behandeln sind. Ein Beispiel, wie es die Wirtschaftskammer Österreich auf ihrer Homepage bringt: Wenn eine Betriebsausgabe aus dem Corona-Krisenfonds zu 75 % ersetzt wird, so ist der Ersatz der Kosten steuerfrei. Die restlichen 25 % können weiter als Betriebsausgabe geltend gemacht werden. Zahlungen, die mit Mitteln aus dem Härtefallfonds (außer Umsatzerlöse) beglichen wurden, können in Abzug gebracht werden. Für die Investitionsprämie wurde ausdrücklich klargestellt, dass die Ausgaben auch zusätzlich als Betriebsausgabe geltend gemacht werden können.

<https://www.wko.at/service/steuern/steuerliche-behandlung-covid-19-foerderung.html>

Psychische Störungen bei Parkinsonpatienten So lässt sich der Aufruhr im Gehirn bändigen

PHILADELPHIA – Mehr als jeder Zweite mit Morbus Parkinson zeigt neuropsychiatrische Symptome. Allerdings werden Depressionen, Psychosen, Demenz und andere Seelenleiden bei den Patienten oft lange übersehen oder gar ignoriert. Was sollte den Arzt aufmerken lassen? Und wie lässt sich den Betroffenen und ihren Angehörigen helfen?

Im Zuge einer Parkinsonerkrankung kann eine ganze Reihe an psychischen Störungen auftreten. Mitunter gehen die Persönlichkeitsveränderungen den motorischen Zeichen des Syndroms auch um Jahre voraus, berichtet ein Team um **Dr. Daniel Weintraub** von der University of Pennsylvania in Philadelphia. In einer Übersichtsarbeit geben die Autoren Tipps zu Diagnose und Therapie der sechs wichtigsten Erkrankungen bei Morbus Parkinson.

! Depressionen

Bei Parkinsonpatienten kann eine Depression auch als Prodromalsyndrom auftreten. In vielen Fällen ist zudem mit einer eher leichten Ausprägung zu rechnen, bei der noch nicht die Kriterien für das Vollbild der affektiven Störung erfüllt werden. Die Behandlung erfolgt mit Antidepressiva und Psychotherapie. Wirkstoffe der ersten Wahl sind SSRI* und SSNRI**. Vorsicht ist bei Patienten geboten, die bereits MAO-B-Hemmer*** einnehmen, denn in Kombination kann es zu einem serotonergen Syndrom mit Unruhe, Verwirrtheit, Herzklopfen und Fieber kommen. Die Psychotherapie sollte auf eine Verhaltensänderung des Patienten abzielen, etwa indem sie ihm Hilfestellung gibt, besser mit der Parkinsonerkrankung zurechtzukommen. Auch ergänzende Maßnahmen wie regelmäßige Bewegung und Yoga helfen weiter. Bei schwerer Depression, die nicht auf Antidepressiva anspricht, kommt eventuell eine Elektrokrampftherapie in Betracht.

! Angststörungen

Bis zu 40 % der Menschen mit Parkinsonerkrankung entwickeln pathologische Ängste. Diese können sich als generalisierte Störung, als Panikattacken oder soziale Phobie manifestieren. Vielfach sind sie von Depressionen begleitet.

Ähnlich den Depressionen kann sich auch eine Angststörung Jahre vor den motorischen Symptomen des M. Parkinson entwickeln. Meistens tritt sie aber bei manifester Erkrankung im Zusammenhang mit nichtmotorischen Fluktuationen auf, vor allem in den Off-Phasen, wenn die Wirkung der dopaminergen Medikation nachlässt.

Exzessives Spielen und ungehemmte Einkäufe sind Hinweise auf Impulskontrollstörungen

Die Therapie erfolgt bevorzugt mit SSRI. Bei phobischen Symptomen während der nichtmotorischen Fluktuationen sollte die Parkinsonmedikation entsprechend angepasst werden. Auch niedrig dosierte Benzodiazepine wie Lorazepam oder Alprazolam eignen sich zur Behandlung nichtmotorischer Off-Fluktuationen oder generalisierter Angststörung. Allerdings kann es dann zu kognitiven Einbußen, Schläfrigkeit sowie Geh- und Gleichgewichtsstörungen kommen. Aktuelle Daten sprechen zudem für einen Nutzen der kognitiven Verhaltenstherapie. In den Off-Phasen können Entspannungstechniken die Symptomatik mildern.

! Psychosen

Rund zwei Drittel der Parkinsonpatienten entwickeln Psychosen. Zu den begünstigenden Faktoren zählen neben der Progredienz der Erkrankung auch kognitive Störungen. Bei entsprechendem Verdacht sind zunächst andere Ursachen wie Delir und Infektion auszuschließen, zudem sollte die Einnahme potenziell begünstigender Wirkstoffe wie Anticholinergika oder Benzodiazepine vermieden werden.

Falls diese Maßnahmen nicht ausreichen, lässt sich möglicherweise über die Dosisreduktion der Parkinsonmedikamente die Psychose lindern. Kommt das zum Beispiel wegen einer Verschlechterung der Motorik nicht in Betracht, lassen sich die psychotischen Symptome eventuell mit einem atypischen Neuro-

leptikum angehen. Die besten Daten gibt es für Clozapin, das jedoch ein Sicherheitsmonitoring erfordert. In der Praxis bleibt Clozapin Patienten mit therapierefraktärer Psychose vorbehalten. Die klinische Erfahrung spricht außerdem für den Nutzen verhaltenstherapeutischer Maßnahmen, etwa um den Tag-Nacht-Rhythmus wiederherzustellen.

! Impulskontrollstörung

Impulskontrollstörungen zeigen sich typischerweise mit exzessivem Spielen, übermäßigem Einkaufen oder ungehemmtem Essen, möglicherweise auch mit Hypersexualität. Zu den begünstigenden Faktoren zählen männliches Geschlecht, früher Beginn und lange Dauer der Erkrankung. Der stärkste Prädiktor ist die Behandlung mit Dopaminagonisten. Weniger deutlich ist die Assoziation mit hohen Levodopa-Dosen, Amantadin und selektiven MAO-B-Inhibitoren.

Therapeutisch hilft oft schon die Reduktion oder ein Absetzen der Parkinsonmedikation, wobei auf das Dopaminagonisten-Entzugssyndrom zu achten ist. Auch die pharmakologische Behandlung mit Naltrexon ist einen Versuch wert. Eine weitere Option ist die tiefe Hirnstimulation. In prospektiven Studien ließ sich damit eine Remission der Impulskontrollstörung beobachten. Wichtig ist zudem die psychosoziale Unterstützung des Patienten, ggf. ergänzt durch Psychotherapie.

! Apathie

Nach wie vor unbefriedigend sind die Therapiemöglichkeiten bei Apathie. Sowohl für die pharmakologische als auch die nichtmedikamentöse Behandlung besteht bislang nur geringe Evidenz. Möglicherweise

Bei psychotischen Symptomen Delir und Infekt ausschließen

sind Stimulanzien, Cholinesterase-Inhibitoren und Dopaminagonisten geeignet. Eventuell können auch Smartphone-Apps den Parkinsonpatienten aus seiner Lethargie holen.

! Kognitive Beeinträchtigung

Etwa 80 % der Menschen mit Parkinson entwickeln im Verlauf eine Demenz, bei einem Drittel besteht bereits zum Zeitpunkt der Diagnose eine leichte kognitive Dysfunktion. Therapeutisch gilt es zunächst, die Medikation zu überprüfen. Anticholinerge oder sedierende Wirkstoffe wie Benzodiazepine oder Opiode sollten zumindest in der Dosis verringert, besser noch abgesetzt werden. Auch Parkinsonmedikamente mit anticholinergischer Wirkung können langfristig die Kognition beeinträchtigen und sind deshalb beim älteren Patienten zu vermeiden.

Gefäßleiden, Schlafapnoe, Insomnie, orthostatische Hypertonie und andere Erkrankungen, die geistige Einbußen zur Folge haben können, sollten gezielt behandelt werden. Zur medikamentösen Therapie bei abnehmender Hirnleistung eignen sich Cholinesterase-Inhibitoren, in geringerem Ausmaß Memantin. Auch Bewegung und kognitives Training können den geistigen Abbau bremsen.

Dr. Dorothea Ranft

* selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer

** selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer

*** Monoaminoxidase-B-Hemmer

Weintraub D et al. BMJ 2022; 379: e068718; doi: 10.1136/bmj-2021-068718

