W E K O
Markus Welte & Partner
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
Steuerberatungsgesellschaft

Haagener Straße 33
79539 Lörrach

Telefon (0 76 21) 15 38 - 0
Telefax (0 76 21) 15 38 - 16
Mail post@weko-partner.de

Januar 2010

Mandantenrundschreiben „Heilberufe“ - I. Quartal 2010

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Ihnen nun vorliegende Branchenbrief möchte Sie über wesentliche, vollzogene oder geplante Änderungen im Steuer- und Wirtschaftsrecht der letzten Monate informieren und Ihnen Anlass bieten, auch bestehende Sachverhalte zu überprüfen.
Bitte lesen Sie im Einzelnen:

Inhalt

1. Keine Altregelung der Ansparabschreibung für Freiberufler im Jahr 2007
2. Beurteilung von ärztlichen Laborleistungen
3. Mietaufwendungen in einem Altersheim als außergewöhnliche Belastungen
4. Praxisgebühr ist verfassungsgemäß
5. Umsatzsteuerbefreiung für Betreuungs- und Pflegeleistungen
6. Umsatzsteuerbefreiung für Heilberufe
7. Weigerung zur amtsärztlichen Untersuchung ist Kündigungsgrund
8. Zusammenarbeit zwischen Augenarzt und Optiker kann zulässig sein
9. BFH behandelt Arzneimittelrabatt als Bruttobetrag
10. Kein Geld für Laser-OP
11. Leistungen einer Praxisausfallversicherung

1. Keine Altregelung der Ansparabschreibung für Freiberufler im Jahr 2007

Kernproblem

Zur Finanzierung des Unternehmensteuerreformgesetzes 2008 wurde u. a. die Ansparabschreibung in einen Investitionsabzugsbetrag umgestaltet. Die Neuregelung ist mit mehreren Nachteilen versehen. Als eine wesentliche Änderung ist hier zu nennen, dass die Rücklage im Jahr der ursprünglichen Bildung rückgängig zu machen ist, soweit die beabsichtigte Investition nicht getätigt wird. Zudem wurden die an eine Bildung knüpfenden Größenmerkmale verschärft. So ist bei der Gewinnermittlung mittels Einnahmen-Überschussrechnung eine Gewinngrenze von 100.000 EUR eingeführt (mittlerweile ist diese zwischen den Jahren 2008 und 2010 auf 200.000 EUR erhöht worden). Für eine Bildung im Jahr der Verabschiedung des Gesetzes (2007) war bis jetzt umstritten, ab wann die ungünstigere Neuregelung für Freiberufler galt.

Sachverhalt

Ein Tierarzt hatte in seiner Gewinnermittlung für das Jahr 2007 die alte Ansparabschreibung beantragt. Das Finanzamt lehnte den Abzug mit Hinweis auf die Neuregelung ab. Diese wiederum kam nicht zum Ansatz, weil der Gewinn die Größenmerkmale überschritt. Nach Auffassung des Tierarztes erfolgte dies zu Unrecht, denn nach der Übergangsregelung fand die Neuregelung erstmals bei Bilanzierenden für solche Wirtschaftsjahre Anwendung, die nach dem 17.8.2007 endeten. Soweit das Gesetz keine Sonderregelungen vorsah, sollte es grds. erst ab 2008 gelten. Hierauf berief sich der Tierarzt, denn bei ihm gäbe es nur einen Gewinnermittlungszeitraum, kein Wirtschaftsjahr. Der BFH entschied jetzt in einem Aussetzungsverfahren.

Entscheidung des BFH

Nach der Auffassung des BFH verfügen Steuerpflichtige, die Einkünfte aus selbstständiger Arbeit erzielen, über ein mit dem Kalenderjahr identisches Wirtschaftsjahr. Die Richter begründen dies auch mit dem Wortlaut der Neuregelung, denn andernfalls sei die Inanspruchnahme des Investitionsabzugsbetrages für Freiberufler gänzlich ausgeschlossen. Der Abzugsbetrag knüpfe daran, dass der "Betrieb" (also auch der Steuerpflichtige mit Einkünften aus selbstständiger Arbeit) am Schluss des Wirtschaftsjahres, in dem der Abzug vorgenommen werde, bestimmte Größenmerkmale nicht überschreite. Gäbe es für Freiberufler kein Wirtschaftsjahr, könne dieser Personenkreis die Voraussetzungen nicht erfüllen. Das sei mit dem Willen des Gesetzgebers nicht vereinbar.

Konsequenz

Dem Tierarzt blieb die Ansparabschreibung ebenso verwehrt wie der Investitionsabzugsbetrag.

2. Beurteilung von ärztlichen Laborleistungen

Einführung

Das BMF hat mit Schreiben vom 12. Februar 2009 zur ertragsteuerlichen Beurteilung von ärztlichen Laborleistungen Stellung genommen. Ein Kernpunkt des Schreibens ist die steuerliche Behandlung von sogenannten Laborgemeinschaften. Bei den

Laborgemeinschaften handelt es sich regelmäßig um eine Kostengemeinschaft selbstständiger Ärzte, die lediglich durch die gemeinsame Nutzung von Räumen und Apparaten sowie die gemeinsame Beschäftigung von Personal kostendeckend Leistungen für die beteiligten Ärzte erbringt. Die Gemeinschaft erzielt in aller Regel keinen Gewinn, sondern legt lediglich die entstandenen Kosten auf ihre Mitglieder um. Die OFD Hannover hat das BMF-Schreiben nunmehr um einen Zusatz ergänzt und legt dar, wie die von den Mitgliedern (Ärzten) zu leistenden Umlagen bei diesen ertragsteuerlich zu behandeln sind.

Neue Verwaltungsauffassung

Die steuerliche Behandlung der Umlagen ist davon abhängig, wie die Laborgemeinschaft ihrerseits die erhaltenen Umlagen buchhalterisch erfasst. Hat die Laborgemeinschaft die vereinnahmten Umlagen erfolgsneutral als Einlagen erfasst, scheidet bei dem beteiligten Arzt eine Behandlung der geleisteten Umlage als Betriebsausgabe aus. Bucht die Laborgemeinschaft die Umlage hingegen als Betriebseinnahme, so steht dieser Einnahme die Zahlung des Arztes als gewinnmindernde Betriebsausgabe gegenüber. Zur Sicherstellung der übereinstimmenden Behandlung der Umlagen sind entsprechende Vermerke durch das mit der Veranlagung der Laborgemeinschaft betraute Finanzamt zu machen. Darüber hinaus weist die OFD Hannover in ihrer Verfügung darauf hin, dass die seit Juli 1999 vorzunehmende Trennung der laborärztlichen Leistungen in einen analytischen-technischen und ärztlichen Honoraranteil keinen Einfluss auf die steuerliche Behandlung der Leistungen insgesamt hat. Ungeachtet des Vergütungssystems handelt es sich bei der Erfüllung des Untersuchungsauftrages insgesamt um eine ärztliche Leistung.

3. Mietaufwendungen in einem Altersheim als außergewöhnliche Belastungen

Kernproblem

Außergewöhnliche Aufwendungen, die dem Grunde und der Höhe nach zwangsläufig entstehen und die zumutbare Belastung des leistenden Steuerpflichtigen übersteigen, werden gemäß § 33 Abs. 1 EStG auf Antrag vom Gesamtbetrag der Einkünfte abgezogen. Zu den außergewöhnlichen Aufwendungen zählen ausnahmsweise auch Kosten für ein Altersheim, sofern die Heimunterbringung krankheitsbedingt erfolgt. Hingegen rechnen Kosten für eine altersbedingte Heimunterbringung zu den steuerlich unbeachtlichen Aufwendungen der privaten Lebensführung.

Sachverhalt

Die Klägerin machte in ihrer Steuererklärung Mietaufwendungen in einem Altersheim als außergewöhnliche Belastungen geltend. Sie begründete dies damit, dass die Heimunterbringung aufgrund eines ärztlichen Attests krankheitsbedingt erfolgte. Das Finanzamt wertete hingegen die Aufwendungen als steuerlich unbeachtliche Kosten der privaten Lebensführung. Die Unterbringung im Heim sei nicht allein krankheitsbedingt erfolgt. Dies ergebe sich aus dem Umstand, dass die Klägerin weder in eine der drei Pflegestufen nach dem Sozialgesetzbuch eingestuft gewesen sei noch einen entsprechenden Schwerbehindertenausweis vorweisen konnte. Darüber hinaus wurden in den Abrechnungen des Heimbetreibers keine Pflegekosten ausgewiesen, sondern lediglich Positionen für Unterbringung und Verpflegung.

Entscheidung des FG

Das FG Köln folgte weitgehend der Auffassung der Klägerin. Zu den außergewöhnlichen Aufwendungen zählen u. a. Krankheitskosten. Die Krankheitskosten umfassen dabei nicht nur Aufwendungen für medizinische Leistungen im engeren Sinne, sondern auch Kosten für eine krankheitsbedingte Heimunterbringung. Für die Frage der Pflegebedürftigkeit ist es nach Ansicht der Richter nicht entscheidend, dass der Steuerpflichtige eine Pflegestufe zuerkannt bekommen hat, über einen Schwerbehindertenausweis verfügt oder das Heim entsprechende Pflegekosten berechnet. Der objektive Nachweis der Pflegebedürftigkeit kann auch - wie vorliegend - durch ein ärztliches Attest erbracht werden. Allerdings seien die geltend gemachten außergewöhnlichen Belastungen - neben der zumutbaren Eigenbelastung - um die sog. Haushaltsersparnis zu kürzen. Die Tatsache, dass die Klägerin ihren Privathaushalt nicht aufgelöst hatte und daher weiterhin mit "Haushaltskosten" belastet war, ändere daran nichts. Nach den Angaben im ärztlichen Attest sei die Möglichkeit einer späteren Rückkehr in die Privatwohnung ausgeschlossen gewesen, sodass es der Klägerin zuzumuten war, die Wohnung aufzulösen.

Konsequenz

Das FG stützt sich in seiner Urteilsbegründung auf eine BFH-Entscheidung aus dem Jahr 2002. Das Bundesministerium der Finanzen hatte seinerzeit auf die BFH-Entscheidung mit einem Nichtanwendungserlass reagiert und dargelegt, dass ein Abzug von Aufwendungen für eine krankheitsbedingte Heimunterbringung nur möglich ist, wenn beim Betreffenden mindestens die Pflegestufe I festgestellt wurde. Wegen grundsätzlicher Bedeutung hat das Finanzgericht Revision gegen das Urteil zugelassen.

4. Praxisgebühr ist verfassungsgemäß

Kernaussage

Die in der Öffentlichkeit als Praxisgebühr bezeichnete vierteljährliche Zuzahlung von 10 EUR für den Arztbesuch von Versicherten ist verfassungsgemäß.

Sachverhalt

Der bei der beklagten Krankenkasse versicherte Kläger begehrte die Rückzahlung von 30 EUR, die er als Praxisgebühr (§§ 28 Abs. 4, 61 Satz 2 SGB V) für die ersten drei Quartale 2005 entrichten musste. Er hatte bei der Beklagten schon Ende 2004 eine Freistellung von der Entrichtung der Gebühr beantragt, weil er diese für verfassungswidrig hielt. Die Beklagte hatte dies abgelehnt, da die Voraussetzungen einer Befreiung nicht vorlägen. Die Klage blieb in allen Instanzen erfolglos.

Entscheidung

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherungen haben grundsätzlich sonstige Zuzahlungen bei der Inanspruchnahme von Leistungen der Krankenkassen (Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel) zu entrichten. In dieses System fügt sich die Praxisgebühr nahtlos ein. Die Krankenkassen sind weder nach dem SGB V noch aufgrund des Grundgesetzes gehalten, alles zu leisten, was an Mitteln zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit verfügbar ist. Der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherungen darf auch von finanziellen Erwägungen mitgetragen sein. Dem Gesetzgeber ist es im Rahmen seines Gestaltungsspielraums erlaubt, die versicherten Personen über den Beitrag hinaus zur Entlastung der Krankenkassen an bestimmten Kassenleistungen in

Form von Zuzahlungen zu beteiligen. Dabei ist allerdings zu beachten, dass dies dem Einzelnen finanziell zumutbar sein muss und der Versicherungsschutz durch die Höhe der Zuzahlungen nicht ausgehöhlt werden darf.

Konsequenz
Die Erhebung einer vierteljährlichen Zuzahlung von 10 EUR für den Praxisbesuch ist nicht zu beanstanden. Die verfassungsrechtlichen Bedenken des Klägers teilt das BSG nicht, weil die Gesamtsumme aller Zuzahlungen auf 2 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt - bei chronisch Kranken, die sich in Dauerbehandlung befinden, auf nur 1 % - begrenzt ist.

5. Umsatzsteuerbefreiung für Betreuungs- und Pflegeleistungen

Einführung
Mit Wirkung vom 1.1.2009 wurde durch das Jahressteuergesetz 2009 § 4 Nr. 16 UStG neu gefasst, der die Steuerbefreiung für Betreuungs- und Pflegeleistungen regelt. Die Neufassung dient der Anpassung an die europarechtlichen Vorgaben.

Neue Verwaltungsanweisung
Das BMF erläutert die Neuregelung in einem aktuellen Schreiben. Neben einer allgemeinen Darstellung der Begriffe "hilfsbedürftige Personen" und "Betreuungs- und Pflegeleistungen" erörtert das BMF den Umfang der begünstigten Leistungen sowie der ebenfalls begünstigten, hiermit eng verbundenen Umsätze. Eingegangen wird hierbei z. B. auf die Leistungen der Alten-, Pflege- und Altenwohnheime sowie der häuslichen Pflege. Ferner führt das BMF die Nachweise auf, die erforderlich sind, um die Steuerbefreiung zu erlangen.

Konsequenz
Unternehmen, die Pflege- und Betreuungsleistungen anbieten, müssen sich mit den Inhalten des Schreibens auseinandersetzen. Insbesondere sind die vom BMF geforderten Nachweise zu beachten. Zu prüfen ist auch, ob die vom BMF für bestimmte Leistungen angebotene Übergangsregelung, nach der bis zum 31.12.2009 noch die alte Gesetzesregelung angewendet werden kann, genutzt werden soll. Betroffen hiervon sind z. B. Betreiber von Altenwohnheimen, die nach der Neuregelung nicht mehr generell steuerbefreit sind.

6. Umsatzsteuerbefreiung für Heilberufe

Einführung
Durch das Jahressteuergesetz 2009 wurde mit Wirkung vom 1.1.2009 die Steuerbefreiung für Heilberufe (Ärzte, Physiotherapeuten, etc.), Krankenhäuser und vergleichbare Einrichtungen neu gefasst. Die Neuregelung soll die gemeinschaftsrechtlichen Grundlagen der Mehrwertsteuersystemrichtlinie sowie die Rechtsprechung des EuGH besser als bisher umsetzen.

Neue Verwaltungsanweisung
Das BMF hat nun ausführlich, mit einem 21-seitigen Schreiben, Stellung zur Neuregelung genommen. Inhaltlich beschäftigt sich das Schreiben im Wesentlichen mit folgenden Themen: - Heilbehandlungen im Bereich der Humanmedizin Dies betrifft die Tätigkeit von

Ärzten, Zahnärzten, Heilpraktikern, Physiotherapeuten, Hebammen und ähnlichen heilberuflichen Tätigkeiten; - Krankenhausbehandlungen und ärztliche Heilbehandlungen Hierunter werden die Einrichtungen abgehandelt, die für eine Steuerbefreiung in Frage kommen, wie z. B. Krankenhäuser, Rehabilitationszentren, medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen der Geburtshilfe etc.; - Leistungen von Einrichtungen zur integrierten Versorgung; - Praxis und Apparategemeinschaften.

Konsequenz

Das Schreiben, das sich an den bisherigen Verwaltungsanweisungen, der Rechtsprechung sowie an der Gesetzesbegründung orientiert, ist für die Praxis hilfreich, da es erstmals einen solch umfassenden Überblick über dieses Themengebiet bietet. Hinzu kommt, dass der Gesetzestext selbst für die Wenigsten verständlich sein dürfte, da er überwiegend auf Vorschriften des Sozialgesetzbuches verweist. Unternehmer, die heilberufliche Leistungen erbringen, sollten daher das Schreiben zum Anlass nehmen, ihre Leistungen hinsichtlich ihrer Steuerfreiheit zu überprüfen. Allerdings muss auch weiterhin beachtet werden, ob sich durch die aktuelle Rechtsprechung nicht wieder Änderungen der im BMF-Schreiben dargelegten Grundsätze ergeben.

7. Weigerung zur amtsärztlichen Untersuchung ist Kündigungsgrund

Kernfrage/Rechtslage

Ärztliche Untersuchungen stellen einen Eingriff in die Intimsphäre des Arbeitnehmers dar und bedürfen, wenn der Arbeitgeber sie erzwingen will, insbesondere eines übergeordneten Interesses auf Arbeitgeberseite sowie einer rechtlichen Grundlage. Solche Grundlagen sind regelmäßig in Tarifverträgen verankert, können aber in den Grenzen der Verhältnismäßigkeit auch "nur" arbeitsvertraglich jedenfalls vereinbart werden. Das Landesarbeitsgericht Schleswig-Holstein hatte darüber zu befinden, ob die Verweigerung eines Arbeitnehmers im öffentlichen Dienst, eine amtsärztlichen Untersuchung durchführen zu lassen, seine Kündigung rechtfertigen konnte.

Entscheidung

Der Arbeitnehmer war seit fünf Jahren beim Arbeitgeber beschäftigt. Nachdem er erkrankt war, bot der Arbeitgeber nach vier und dann nach acht Monaten eine Eingliederungsmaßnahme an, worauf der Arbeitnehmer aber nicht reagierte. Nach neun Monaten ordnete der Arbeitgeber eine Untersuchung des Amtsarztes an, zu der der Arbeitnehmer nicht erschien. Daraufhin mahnte der Arbeitgeber ab und ordnete eine erneute Untersuchung an. Der Arbeitnehmer widersprach der Abmahnung - er habe die Ladung nicht erhalten - und erschien zum zweiten Untersuchungstermin, verweigerte aber die Untersuchung und die Entbindung des Arztes von der Schweigepflicht. Daraufhin kündigte der Arbeitgeber. Die hiergegen gerichtete Kündigungsschutzklage gewann der Arbeitnehmer zwar, weil der Arbeitgeber nicht beweisen konnte, dass der Arbeitnehmer den ersten Untersuchungstermin schuldhaft nicht wahrgenommen hatte (damit war die Abmahnung nicht rechtswirksam). Das Gericht stellte im Hinblick auf die Anordnung der Untersuchung aber fest, dass bei einem berechtigtem Interesse des Arbeitgebers die Weigerung an der Teilnahme einer Untersuchung zur Feststellung der Diensttauglichkeit eine schwere Pflichtverletzung darstellt.

Konsequenz

Unabhängig davon, dass die Entscheidung dem Arbeitgeber die Möglichkeit einräumt, den Arbeitnehmer bei berechtigtem Interesse zur Untersuchung zwingen zu können, zeigt die Entscheidung deutlich, wie wichtig der Einhalt formaler Regeln und Abläufe (vorherige gerichtsfeste Abmahnung) im Arbeitsrecht ist.

8. Zusammenarbeit zwischen Augenarzt und Optiker kann zulässig sein

Einführung

Vor dem Hintergrund sinkender Einnahmen sind Ärzte bestrebt, neue Einkunftsquellen zu erschließen. Ihnen bietet sich an, mit Hilfsmittelerbringern zusammenzuarbeiten. Die ärztliche Berufungsordnung und das Wettbewerbsrecht setzen einer solchen Zusammenarbeit allerdings Schranken. So ist es dem Arzt untersagt, mit der Ausübung seiner ärztlichen Tätigkeit Waren und andere Gegenstände abzugeben sowie gewerbliche Dienstleistungen zu erbringen, soweit diese nicht notwendiger Bestandteil der ärztlichen Therapie sind. Außerdem ist es dem Arzt nicht gestattet, Patienten ohne hinreichenden Grund an bestimmte Apotheken, Geschäfte oder Anbieter von gesundheitlichen Leistungen zu verweisen.

Sachverhalt

Der verklagte Arzt bietet seinen Patienten an, sich in seiner Praxis eine Brillenfassung auszusuchen. Danach werden die Messergebnisse und die Brillenverordnung einem Optiker übermittelt, der die fertige Brille entweder direkt an den Patienten oder in die Praxis des Arztes liefert. Dort wird der Sitz der Brille kontrolliert und ggf. korrigiert. Die Klägerin sah hierin einen Verstoß gegen ärztliche Berufsvorschriften. Nach Abweisung der Klage durch das OLG hob der BGH das Berufungsurteil auf und wies die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung zurück.

Gründe

Die Klägerin könne dem Arzt nicht allgemein verbieten, Patienten an einen bestimmten Optiker zu verweisen oder von diesem angefertigte Brillen in seiner Praxis anzupassen oder abzugeben. Denn nach der Berufsordnung (§ 34 Abs. 5 BOÄ) sei die Verweisung gestattet, wenn dafür ein hinreichender (nicht notwendig medizinischer) Grund bestehe. Zu Unrecht habe das OLG aber angenommen, es liege darin ein hinreichender Grund für eine Verweisung, dass Optiker die Sehschärfe selbst bestimmen und die dann angefertigte Brille von der Brillenverordnung abweiche. Folge man dieser Argumentation, könnten Augenärzte unbeschränkt an bestimmte Optiker verweisen. In diesem Fall käme dem Verweisungsverbot keine Bedeutung mehr zu, weil die Möglichkeit niemals ausgeschlossen werden könnte, dass Optiker von der Verordnung abweichende Gläser anfertigen. Auf der Grundlage der Feststellungen des OLG konnte der BGH nicht annehmen, dass andere Gründe für eine Verweisung vorliegen. In Betracht kommen hier Bequemlichkeit und schlechte Erfahrungen mit einem örtlichen Optiker. Das OLG hat auch noch zu prüfen, ob der Arzt nur dann Brillen abgegeben und angepasst hat, wenn dies notwendiger Bestandteil seiner ärztlichen Therapie war.

9. BFH behandelt Arzneimittelrabatt als Bruttobetrag

Kernaussage

Der gemäß § 130a SGB V zu gewährende Arzneimittelrabatt stellt einen Bruttobetrag dar. Die Summe aus Nettoentgelt und Steuer muss stets dem Bruttoverkaufspreis entsprechen. Dies ist nur dann gewährleistet, wenn der Rabatt als Bruttobetrag behandelt wird.

Sachverhalt

Die Klägerin stellt Pharmazeutika her und lieferte diese im Streitjahr an Apotheken. Die Lieferungen unterlagen dem damals anzuwendenden Regelsteuersatz von 16 v. H. Nach § 130a SGB V hatte die Klägerin einen sog. Herstellerrabatt, d. h. einen Abschlag von 6 v. H. des Herstellerabgabepreises, zu gewähren. Die Klägerin ging davon aus, dass sich dieser Abschlag nach dem Nettobetrag der Lieferung berechne. Demgegenüber ging das beklagte Finanzamt davon aus, dass die tatsächliche Rückzahlung nicht ausschließlich das Entgelt, sondern die zivilrechtliche Gegenleistung, die sich aus Entgelt und Umsatzsteuer zusammensetze, mindere. Ein Einspruch gegen den Umsatzsteuerbescheid blieb erfolglos, die hiergegen gerichtete Klage hatte zwar Erfolg, der BFH hielt aber die Revision des beklagten Finanzamtes für begründet.

Entscheidung

Der Abschlag nach § 130a SGB V berechnet sich vom Nettopreis. Zu entscheiden war hier, ob es sich auch bei dem nach dem Nettoabgabepreis berechneten Rabatt um einen Nettobetrag (ohne Umsatzsteuer) oder aber um einen Bruttobetrag (einschließlich Umsatzsteuer) handelt. Wird z. B. ein Arzneimittel für 100 EUR zuzüglich Umsatzsteuer von 19 EUR geliefert, beträgt der Rabattbetrag aufgrund der Berechnung nach dem Nettoabgabepreis 6 EUR. Würde es sich bei dem Rabattbetrag um einen Nettobetrag handeln, wäre der liefernde Unternehmer berechtigt, die für die Lieferung geschuldete Umsatzsteuer von 19 EUR um 1,14 EUR (= 6 EUR x 0,19) zu kürzen, so dass sich für die Lieferung eine Steuerschuld von 17,86 EUR ergäbe. Handelte es sich um einen Bruttobetrag, mindert sich die Steuerschuld nur um 0,96 EUR (= 6 EUR x 19/119), so dass für die Lieferung eine Steuerschuld von 18,04 EUR verbleibt. Bei dem Rabattbetrag handelt es sich um einen Bruttobetrag, weil die Summe aus Nettoentgelt und Steuer dem Bruttoverkaufspreis entsprechen muss.

Konsequenz

Wäre der Rabatt als Nettogröße anzusehen, würde die Summe aus Entgelt (netto) und Steuer nicht dem Verkaufspreis (brutto) entsprechen. Der Rabattbetrag ist daher eine Bruttogröße, obwohl er von einem Nettobetrag errechnet wird.

10. Kein Geld für Laser-OP

Kernaussage

Eine Lasik-Operation zur Behandlung von Fehlsichtigkeiten ist keine medizinisch notwendige Heilbehandlungsmaßnahme. Ein Anspruch auf Übernahme der Kosten durch die private Krankenversicherung besteht nicht.

Sachverhalt

Der Kläger unterhielt bei der Beklagten eine private Krankenversicherung. Versichert

waren die medizinisch notwendigen Heilbehandlungen wegen Krankheit. Im Jahr 2008 unterzog sich der Kläger einer sog. Lasik-Operation, um seine Fehlsichtigkeit zu korrigieren. Die Kosten dafür i. H. v. 4.324 EUR verlangte er von seiner Versicherung ersetzt. Diese weigerte sich, die Kosten zu übernehmen, da keine Krankheit vorgelegen habe. Im Übrigen sei die Operation nicht medizinisch notwendig; sie berge auch erhebliche Risiken. Das Amtsgericht wies die Klage ab.

Entscheidung

Nach Ansicht des Gerichts fehlt es an der medizinischen Notwendigkeit der Operation. Eine Heilbehandlungsmaßnahme ist dann medizinisch notwendig, wenn eine wissenschaftlich anerkannte Behandlungsmethode zur Verfügung steht, die geeignet ist, die Krankheit zu heilen, zu bessern oder zu lindern. Medizinisch notwendig kann eine Behandlung auch dann sein, wenn ihr Erfolg nicht vorhersehbar ist. Zwar werden Lasik-Operationen heute zur Behandlung von Fehlsichtigkeiten häufig herangezogen, aber solche Behandlungen sind mit einem derart übergroßen Risiko verbunden, dass sie nicht mehr als medizinisch notwendig charakterisiert werden können. Bei der Durchführung einer Laseroperation bestehen zahlreiche Risiken, die beim Tragen einer Brille nicht auftreten. Sie kann im Einzelfall zu schweren Sehstörungen bis hin zur Erblindung führen. Eine Brille hingegen gleicht die Fehlsichtigkeit ohne Risiko aus. Darüber hinaus muss oftmals trotz der Operation vom Patienten noch eine Brille zum Ausgleich der verbliebenen Sehschwäche getragen werden, die als erforderliches Hilfsmittel vom Versicherer zu bezahlen ist. Die Laser-Operation ist eher als Schönheits-OP einzustufen.

Konsequenz

Wird durch eine Operation lediglich die Fehlsichtigkeit korrigiert, die auch durch das Tragen einer Brille ausgeglichen werden kann, muss die Kasse die Kosten nicht übernehmen.

11. Leistungen einer Praxisausfallversicherung

Kernproblem

Bei der Praxis- oder Kanzleiausfallversicherung, die vor allem von Freiberuflern und Einzelgewerbetreibenden in Anspruch genommen wird, ersetzt die Versicherungsgesellschaft die fortlaufenden Praxis- oder Kanzleikosten. Typische Versicherungsgründe hierfür sind eine krankheits- oder unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit des Betriebsinhabers, eine gesundheitspolizeilich verfügte Quarantänemaßnahme oder eine durch Brand, Wasser, Einbruch ausgelöste Betriebsunterbrechung. Im Streitfall hatte eine Ärztin eine solche Versicherung (Arbeitsunfähigkeit und Quarantäne) abgeschlossen. Nach einem Sturz war sie längere Zeit krank. Die Versicherung erstattete ihr die fortlaufenden Betriebskosten. In den Vorjahren waren die Versicherungsbeiträge stets als Betriebsausgaben abgezogen worden. Die Frage war, ob das richtig war und wie die Erstattungen steuerlich zu behandeln sind?

Bisherige Rechtsprechung

Ob Ansprüche und Verpflichtungen aus einem Versicherungsvertrag zum Betriebsvermögen eines Unternehmens gehören, beurteilt sich nach der ständigen Rechtsprechung des BFH nach der Art des versicherten Risikos. Bezieht sich die Versicherung auf ein betriebliches Risiko, führt sie zu Betriebsausgaben und

Betriebseinnahmen; ist dagegen ein außerbetriebliches Risiko versichert, können Ausgaben allenfalls als Sonderausgaben berücksichtigt werden, während die Versicherungsleistungen nicht steuerbar sind.

Entscheidung

Der BFH entschied, dass die Zahlungen der Versicherung keine Betriebseinnahmen aus der freiberuflichen Tätigkeit der Ärztin darstellen. Denn die Praxisausfallversicherung sei, soweit das Krankheitsrisiko abgedeckt werde, keine betriebliche Versicherung. Entscheidend für die Zuordnung ist die Art des versicherten Risikos. Krankheit ist aber, von Sonderfällen wie der Berufskrankheit abgesehen, grundsätzlich kein betriebliches, sondern ein privates Risiko. Anders sei das ebenfalls mitversicherte Risiko der Quarantäne zu beurteilen. Dieses hänge mit dem Betrieb zusammen. Entsprechende Leistungen der Versicherung sind damit Betriebseinnahmen, die Versicherungsbeiträge können insoweit als Betriebsausgaben abgezogen werden.

Konsequenz

Hinsichtlich des Betriebsausgabenabzugs der Versicherungsbeiträge ist bemerkenswert, dass der Senat ein Aufteilungsverbot ablehnt. Da die Praxisausfallversicherung mit unterschiedlichem Schutzumfang angeboten werde (z. B. Versicherung nur gegen Krankheit oder gegen Krankheit und betriebliche Sachgefahren) und sich die Prämienhöhe entsprechend unterscheide, sei eine Abgrenzung der betrieblichen von der privaten Sphäre möglich.

Mit freundlichen Grüßen

WEKO

Gez. Markus Welte
Wirtschaftsprüfer
Steuerberater

Gez. Matthias Koch
Steuerberater