

**EBM 2008 – INFORMATIONEN FÜR MEDIZINER
(SEITE 1)**

Dr. Rupert Weinzierl
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Medizinrecht

**BUNDESKARTELLAMT: GELDBÜREN GEGEN
APOTHEKER WEGEN PREISABSPRACHEN
(SEITE 7)**

Dr. Christopher Lieb, LL.M.Eur.
Rechtsanwalt
Fachanwalt für gewerblichen Rechtsschutz

**2,3-FACHER SATZ REGELGEBÜHR?
(SEITE 8)**

Annette Lieb, LL.M.
Rechtsanwältin



**ZWANGSRUHESTAND, DER KAMPF GEHT WEITER
(SEITE 9)**

Dr. Klaus Lieb
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Medizinrecht

**KINDERBETREUUNGSKOSTEN ALS BETRIEBSAUSGABEN
IN DER PRAXIS
(SEITE 11)**

Dr. Jörg Steinacker
Wirtschaftsprüfer Steuerberater

EBM 2008 – Informationen für Mediziner

Der EBM 2008 löste zum Jahreswechsel die zuvor geltende Version der Gebührenordnung ab. Somit müssen seit dem 01.01.2008 Ärzte aller Fachgruppen nach den neuen Vorgaben abrechnen. Hauptbetroffene sind dabei Allgemeinärzte, Praktiker und Internisten.

1. Versichertenpauschale

Die Versichertenpauschale enthält die ärztlichen Leistungen, die bei der Betreuung und Behandlung eines Patienten üblicherweise anfallen. Einziger obligatorischer Leistungsinhalt der Versichertenpauschale (EBM-Nummern 03110 bis 03112) ist der persönliche Arzt-Patienten-Kontakt.

Demnach können **Hausärzte** diese Pauschale selbst dann abrechnen, wenn sie vom Patienten in der Praxis aufgesucht werden, im Anschluss hieran aber die Erbringung weiterer Leistungen nicht mehr notwendig wird. Nicht übersehen werden sollte allerdings, dass mit der Pauschale eine Vielzahl anderer Leistungen mit abgegolten ist.

Für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr beträgt die Versichertenpauschale 1000 Punkte. Für die Behandlung eines Patienten ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr gibt es 900 Punkte im Quartal. Wer 59 Jahre alt (und älter) ist bringt 1020 Punkte.

Zu beachten gilt aber, dass in den Versichertenpauschalen eine Vielzahl der bisherigen Einzelleistungen und Komplexe einfach verschwinden. So werden z. B. folgende Leistungen aus dem hausärztlichen Kapitel ab dem 01.01.2008 mit der Versichertenpauschale abgegolten:

- hausärztliche Grundvergütung (bisher: 03000)
- Koordination der hausärztlichen Betreuung (03001 und 03002)
- versorgungsbereichsspezifische Bereitschaft (03005)
- Konsultationskomplex (03115)
- Erörterung (03120)
- Betreuung bei chronischer oder entzündlicher Erkrankung des Bewegungsapparates (03211)
- Ganzkörperstatus (03312)
- neurologische Basisdiagnostik (03312)
- psychopathologischer Status (03313)

- Ruhe-EKG (03320)
- allergologische Basisdiagnostik (03340)
- orientierende entwicklungsneurologische Untersuchung eines Kindes (03350)
- orientierende Untersuchung der Sprachentwicklung (03351) sowie
- Zuschlag zu Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern (03352).

Diese Leistungen finden sich ab dem 01.01.2008 im Anhang 1 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs.

Die Versichertenpauschale (03110 bis 03112) mit 900 bis 1020 Punkten dürfte je nach Alter des Patienten und Punktwert zwischen 27,00 € und 41,00 € bringen, wenn der Euro-EBM im Januar 2009 in Kraft tritt. Die Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme (03130) wäre somit zwischen 14,40 € und 19,20 € wert.

2. Vertretung

Ärzte die Patienten in Vertretung behandeln oder von einem anderen hausärztlichen Kollegen überwiesen bekommen, müssen sich mit der halbierten Versichertenpauschale begnügen (03120 bis 03122).

Für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr beträgt die Pauschale 500 Punkte. Ab dem 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr gibt es hierfür 450 Punkte und ab dem 60. Lebensjahr stehen dem Arzt 535 Punkte zu.

Spezialisierte Schwerpunktpraxen könnten hierdurch in Probleme gebracht werden, da diese stark von Überweisungen abhängig sind. Bei Zielüberweisungen können die beauftragten Hausärzte keine der Versichertenpauschalen abrechnen. Hierfür müssen die neue Konsultationspauschale mit der EBM-Nummer 01436 (50 Punkte) sowie die Auftragsleistungen angesetzt werden.

Sollte der Patient aber von einem Augenarzt oder Dermatologen überwiesen werden, könnten Hausärzte die volle Pauschale abrechnen.

Neu ist auch die Versichertenpauschale 03130. Diese kann von Hausärzten angesetzt werden, wenn sie unvorhergesehen in Anspruch genommen werden und zwar im Sinne der EBM-Nummern 01100, 01101, 01411, 01412 oder 01415.

3. Gemeinschaftspraxen

Die Gemeinschaftspraxen erhalten ab dem 01.01.2008 keinen Zuschlag zum bisherigen Ordinationskomplex mehr. Nunmehr rechnen Gemeinschaftspraxen ab wie Einzelpraxen, was den allgemeinen Bestimmungen zu entnehmen ist.

Bei MVZ und fachgruppenübergreifenden Gemeinschaftspraxen entfällt jetzt auch die arithmetische Mittelung des Ordinationskomplexes. Bis zum 31.12.2007 gab es diesen Komplex plus Zuschlag für jeden Patienten unabhängig davon, ob es im konkreten Fall eine gemeinsame Behandlung gab oder nicht.

Werden die Patienten aber von Ärzten verschiedener Fachgruppen behandelt können die beteiligten Ärzte im Gegenzug seit dem 01.01.2008 Versicherten- und Grundpauschalen nebeneinander abrechnen.

4. Morbi-Zuschlag

Die neue EBM-Nummer 03212 bringt ab 01.01.2008 495 Punkte. Abrechenbar ist der Morbiditätszuschlag

ausschließlich von hausärztlich tätigen Ärzten, also Allgemeinärzten, Praktikern und hausärztlich tätigen Internisten sowie Pädiatern (04212).

Hierfür müssen zwei Voraussetzungen erfüllt sein: Erstens muss die Krankheit „schwerwiegend chronisch“ sein. Wann diese der Fall ist, wird von der Chroniker-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegt. Demnach muss ein Patient wegen einer Krankheit ein Jahr lang mindestens einmal im Quartal behandelt werden. Weiter muss die Krankheit zu Pflegebedürftigkeit oder zu Behinderung und Minderung der Erwerbsunfähigkeit führen oder eine dauerhafte medizinische Versorgung erfordern, ohne die der Zustand dauerhaft oder lebensbedrohlich schlimmer würde.

Zweitens muss es im Lauf des Quartals zu mindestens zwei Kontakten zwischen Arzt und Patient kommen, wobei keiner der Kontakte persönlicher Natur sein muss. Da der Morbi-Zuschlag aber die Versichertenpauschale voraussetzt, wird es in der Regel mindestens einen persönlichen Kontakt geben. Eventuell ist dieser Kontakt dann kombiniert mit einem telefonischen Kontakt.

Hierbei muss die Prüfzeit von 20 Minuten im Quartalsprofil beachtet werden. Den Zuschlag können Hausärzte einmal im Quartal abrechnen. Den Morbi-Zuschlag gibt es nach dem EBM-Konzept nur in Verbindung mit der kompletten Versichertenpauschale. Ärzte, die in Vertretung oder auf Überweisung tätig werden und somit nur die halbe Pauschale ansetzen können, erhalten den Morbi-Zuschlag demnach nicht.

5. Quali-Zuschlag

Bislang wurde von den Qualitätszuschlägen nur der Zuschlag für Psychosomatik vereinbart. Es ist deshalb die Nummer 03235 mit 20 Punkten nur von Ärzten abrechenbar, die psychosomatische Leistungen nach den EBM-Nummern 35100 und 25110 erbringen dürfen. Neben 03235 sind diese beiden Ziffern allerdings nicht mehr ansetzbar.

Diesen Zuschlag gibt es für jeden Patienten, unabhängig davon, ob im konkreten Fall psychosomatische Leistungen erbracht wurden oder nicht. Für andere Quali-Zuschläge, die am 01.07.2008 eingeführt wer-

den sollen wird entsprechendes gelten.

6. Einzelleistungen

Bis die vorgenannten Quali-Zuschläge kommen, können Hausärzte zehn „besonders förderungswürdige Einzelleistungen und Leistungskomplexe“ abrechnen. Was im Hausarzt-Kapitel des neuen EBM unter dem Abschnitt 3.2.3 als „Förderungswürdige Einzelleistungen und Komplexe“ steht, ist die kleine Version des jetzigen Abschnitts 3.3.3.

7. Notdienste

Hier müssen Ärzte aller Fachrichtungen grundlegend umlernen. Nunmehr prägt eine Kombination aus insgesamt acht Grund- und Zusatzpauschalen die Abrechnung und es wurden einige bekannte Nummern mit neuen Inhalten versehen.

Unter Nummer 01210 ist das zu verstehen, was Ärzte als Ordinationskomplex im organisierten Notfalldienst kennen. Die Abrechnung dieser Ziffer setzt einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt voraus und bringt mit 405 Punkten 95 Punkte weniger als bisher.

Zusammen mit der 01210 kann allerdings die Zusatzpauschale 01211 für die Besuchsbereitschaft mit 255 Punkten angesetzt werden, wenn der Arzt in der Lage ist, den Patienten zu besuchen (Auto vorhanden). Diese Besuchsbereitschaft muss der Arzt von der KV zuvor bestätigen lassen.

Summa summarum erhalten Ärzte für den Erstkontakt im Notfalldienst 660 Punkte. Das sind 160 Punkte mehr als bis zum 31.12.2007.

Die Zusatzpauschale wird bei jedem Patienten angesetzt. Für die Fahrt zum Patienten steht die Nummer 01411 mit künftig 1325 Punkten zzgl. Wegegeld zur Verfügung.

8. Laborleistungen

Die Laborreform ist Teil der Vergütungsreform, die ab 2009 zu einem Honorar in Euro führen soll. Für Hausärzte ändert sich durch den neuen EBM 2008 in Sachen Labor zunächst wenig. Allerdings entfällt die Laborgrundgebühr mit der EBM-Nummer 3200, da diese in Zukunft bereits in der Versichertenpauschale enthalten ist.

Demnach bekommen Allgemeinärzte, Praktiker und hausärztlich tätige Internisten die 15 Punkte pro kurativ-ambulanten Fall, mit denen die Ziffer bewertet ist, nicht mehr von der KV angerechnet. Mit der Laborgrundgebühr wurden bisher die ärztlichen Leistungen des Kapitels 32 automatisch abgegolten.

Erhalten bleibt ab 01.01.2008 der Wirtschaftlichkeitsbonus (32001). Der Bonus macht je kurativ-ambulanten Fall für Hausärzte 40 Punkte aus. Wer Laborleistungen erbringt oder in Auftrag gibt, hat ein Budget für Allgemeinlabor von je 25 Punkten pro Normalversicherten und von 40 Punkten pro Rentner.

Fürs Speziallabor beträgt das Budget 40 Punkte pro Normalversicherten und 30 Punkte pro Rentner. Überschreitet die Punktzahl der Laborleistungen diese Fallpunktzahl, wird der Wirtschaftlichkeitsbonus in Höhe der überschüssigen Punktzahl abgebaut. Mehr als der Bonus wird aber nicht abgezogen.

Erhalten bleiben auch die Sonderziffern als Instrument der Steuerung des Laborbudgets. Bei den entsprechenden Indikationen (EBM-

Nummern 32005 bis 32023) können Ärzte die Abrechnungs- und Überweisungsscheine mit der Ausnahmekennziffer versehen. In diesem Fall werden diese Untersuchungen von der KV außerhalb des festgelegten Budgets abgerechnet.

9. Plausibilitätsprüfung

Niedergelassene, die an mindestens drei Tagen im Quartal mehr als zwölf Stunden arbeiten oder im gesamten Quartal auf über 780 Stunden kommen, gelten als auffällig und müssen sich auf eine Prüfung durch die KV vorbereiten.

Der Ordinationskomplex wird wie bisher die Versichertenpauschalen mit einem zeitlichen Quartalsprofil hinterlegt. Je nach Alter der Patienten werden 20 bis 23 Minuten veranschlagt. Die Hälfte der Zeit wird der halben Versichertenpauschale zugrunde gelegt. Der Morbiditäts-Zuschlag erhält ein Quartalsprofil von 20 Minuten. Bei den Einzelleistungen, die im EBM 2008 erhalten bleiben, ändert sich das Tages- oder Quartalsprofil im Vergleich zum EBM 2000plus nicht.

Sorgen, mit der Versichertenpauschale wegen Implausibilität in Regress zu geraten, müssen sich Ärzte nicht machen. Wer die Mindestkontaktzeiten, die die Pauschalen voraussetzen, einhält und auch dokumentiert, kann sich vor der KV leicht rechtfertigen.

Ein häufiger Anlass zur Prüfung war bisher die Gesprächsziffer 03120, weil die Beratung nach den EBM-Bestimmungen mindestens zehn Minuten dauern musste. Diese Leistung fällt nunmehr weg.

Wer als Arzt auch psychosomatische Leistungen erbringen darf, wird mit der Plausibilitätsprüfung keine Probleme haben, da es für den Qualitäts-Zuschlag (EBM-Ziffer 03235) keine Prüfzeit gibt.

(Quelle: „Die Abrechnung“ Das Magazin für privat- und Kassenliquidation; Ausgabe 4; 19.12.2007)

Dr. Rupert Weinzierl
Rechtsanwalt
FA für Medizinrecht

Bundeskartellamt: Geldbußen gegen Apotheker wegen Preisabsprachen

Das Bundeskartellamt teilte vor wenigen Tagen mit, man habe Ende Dezember gegen acht Hildesheimer Apotheker Geldbußen in Höhe von insgesamt € 150.000,00 verhängt.

Seit Anfang 2004 unterliegen nicht rezeptpflichtige, aber apothekenpflichtige Arzneimittel (so genannte OTC-Arzneimittel) nicht mehr der Preisbindung, so dass jeder Apotheker seine Preise prinzipiell frei bestimmen kann. Ziel des Gesetzgebers war es, den Preiswettbewerb für diese Arzneimittel "in Gang zu setzen".

Ende 2006 / Anfang 2007 hatten rund 50 Apotheken aus dem Raum Hildesheim mit gemeinsamen Preisen für ausgewählte, nicht rezeptpflichtige Arzneimittel geworben. Hintergrund war, dass eine so genannte "Discountapotheke" beabsichtigte, in Hildesheim eine Filiale zu errichten. Die Hildesheimer Apotheken befürchteten, in Zukunft einem erhöhten Preiswettbewerb ausgesetzt zu sein. Um dieser Gefahr vorzubeugen, schlossen sie sich zu einer Werbegemeinschaft zusammen, die

mit reduzierten, abgesprochenen Preisen für einzelne Arzneimittel warb. Hierdurch sollte der Markteintritt für die Discountapotheke erschwert bzw. unmöglich gemacht und eine Ausweitung des Preiswettbewerbes zwischen den Hildesheimer Apotheken verhindert werden.

Das Bundeskartellamt sah in der Preisabsprache einen Verstoß gegen das Kartellverbot und ging gegen die Apotheken vor. Die Verfahren wurden gegen einen Großteil der Apotheker wegen der eher geringen Tatbeiträge eingestellt. Die drei Apotheker, die die gemeinsame Werbeaktion initiiert hatten, wurden hingegen mit Bußgeldern in Höhe von jeweils € 25.000,00 belegt. Fünf weitere Apotheker erhielten Bußgelder in Höhe von je € 15.000,00.

Gleichzeitig wurde gegen neun Landesapothekerverbände, dem Bundesverband der Arzneimittelhersteller e.V. und fünf Pharmahersteller vorgegangen. Hier wurden insgesamt Bußgelder in Höhe von € 465.000,00 verhängt.

Die Bußgeldbescheide sind bislang noch nicht rechtskräftig, es ist allerdings davon auszugehen, dass das Bundeskartellamt künftig auch in weiteren Fällen ermitteln wird. Auch die Wettbewerbszentrale hat bereits angekündigt, Gemeinschaftswerbung von Apotheken künftig verstärkt zu beobachten.

Dr. Christopher Lieb LL.M. Eur.
Rechtsanwalt
FA für gewerblichen Rechtsschutz

2,3-facher Satz Regelgebühr?

Mit Urteil vom 08.11.2007 (Az.: III ZR 54/07) entschied der Bundesgerichtshof zugunsten des Arztes, dass dieser auch bei durchschnittlich schwieriger Privatleistung zum 2,3-fachen GOÄ-Regelsatz abrechnen kann.

Zur Erinnerung: § 5 Abs. 2 Satz 4 GOÄ bestimmt, dass in der Regel eine Gebühr nur zwischen dem einfachen und dem 2,3-fachen des Gebührensatzes bemessen werden darf. In der bisherigen Rechtsprechung wurde daher überwiegend die Auffassung vertreten, dass eine durchschnittliche Leistung mit dem

Mittelwert innerhalb der Regelspanne, also mit dem 1,65- oder dem 1,4-fachen oder mit einem etwas darüberliegenden Wert von 1,8 bzw. 1,6 zu entgelten sei.

Der BGH meinte hingegen, dass der Arzt das ihm vom Ordnungsgeber eingeräumte Ermessen nicht missbrauche, wenn er nach Schwierigkeit und Zeitaufwand durchschnittliche ärztliche Leistungen mit dem Höchstsatz der Regelspanne abrechne. Dem Ordnungsgeber (Bundesregierung) sei diese Praxis seit Jahren bekannt. Er habe davon abgesehen, dem Arzt für Liquidationen bis zum Schwellenwert eine Begründung seiner Einordnung abzuverlangen. Ohne eine Begründungspflicht sei es nicht praktikabel und vom Ordnungsgeber offenbar nicht gewollt, dass der zahlungspflichtige Patient und Abrechnungsstellen den für eine durchschnittliche Leistung angemessenen Faktor ermitteln oder anderweitig festlegen. Insbesondere habe der Ordnungsgeber keinen Mittelwert für durchschnittliche Leistungen innerhalb der Regelspanne vorgegeben.

Die Entscheidung des BGH darf nicht als Legitimation für eine pauschale Abrechnung zum 2,3-fachen Satz selbst bei einfachsten ärztlichen Verrichtungen verstanden werden. Der BGH hat nämlich darauf hingewiesen, dass der Arzt seine Leistungen nicht schematisch mit dem Höchstsatz der Regelspanne berechnen darf, vielmehr sich bei einfachen ärztlichen Verrichtungen im unteren Bereich der Regelspanne bewegen muss.

Die Versicherungswirtschaft hat bereits angekündigt, künftig stärker auf die Steigerungssätze zu achten, insbesondere zu überprüfen, ob die Tätigkeiten nicht im unteren Bereich der Spanne zwischen dem einfachen und dem 2,3-fachen Satz sich bewegen müssen.

Annette Lieb, LL.M.
Rechtsanwältin

Zwangsruhestand, der Kampf geht weiter

Nicht wenige Vertragsärzte sehen sich durch die „68er Regelung“ in der Ausübung ihres freien Berufes eingeschränkt und diskriminiert. Der Kampf gegen den gesetzlich ver-

ordneten Zwangsruhestand von Ärzten ging bislang vor Gerichten verloren. Auch nach dem jüngsten Urteil des Europäischen Gerichtshofs vom Oktober 2007 ist noch kein Schlussstrich gezogen.

1. Zur Erinnerung

Die Altersbegrenzung auf 68 Jahre für Vertragsärzte wurde 1998 im Zuge des Gesundheitsstrukturgesetzes eingeführt. Der Gesetzgeber begründete den Zwangsruhestand damit, dass die Überversorgung nur durch Zulassungsbeschränkungen und damit zugunsten der jungen Ärztegeneration eingedämmt werden könne.

Im März 1998 wies das Bundesverfassungsgericht Beschwerden gegen die Altersbegrenzung für Vertragsärzte ab. Es meinte, § 95 VII 3 des Sozialgesetzbuches V sei verfassungskonform. U. a. stellte das Gericht fest, dass die Regeln auch dazu dienen, die Gefährdungen, die von älteren, nicht mehr voll leistungsfähigen Berufstätigen ausgehen, einzudämmen.

Das zum 1.1.2007 in Kraft getretene Vertragsarztrechtsänderungsgesetz

bestimmt nunmehr in dem neu gefassten § 95 Abs. 7 SGB V, dass die Zulassungsbeendigung für das 68. Lebensjahr dann nicht gilt, sofern der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 100 Abs. 1 Satz 1 festgestellt haben, dass in einem bestimmten Gebiet eines Zulassungsbezirks eine ärztliche Unterversorgung eingetreten ist. Spätestens mit dieser gesetzlichen Neuregelung ist das Argument des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahre 1998 obsolet geworden.

Bereits zuvor, nämlich im Zuge des 2006 in Kraft getretenen Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes flammte die Diskussion erneut auf, ob die Altersgrenze für Vertragsärzte mit dem Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz zu vereinbaren ist. Das Gesetz erlaubt Benachteiligungen wegen des Alters, wenn sie objektiv, angemessen und durch ein legitimes Ziel gerechtfertigt sind. Es bestehen berechnete Zweifel, ob der gesetzlich verordnete Zwangsruhestand mit dem allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz zu vereinbaren ist, dies umso mehr, als nach dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz Ärzte über 68 Jahre in unterversorgten Gebieten sowie

unabhängig von der Frage der Versorgung als Privatarzt arbeiten dürfen.

Im Oktober 2007 entschied der Europäische Gerichtshof in dem Palacios-Urteil, dass gesetzliche Zwangspensionierungen grundsätzlich gegen das EU-Diskriminierungsverbot verstießen, diese aber dann zulässig seien, wenn dies zu einer besseren Verteilung der Beschäftigung zwischen den Generationen führen könnte. In der Entscheidung ging es um einen spanischen Manager, der gemäß Tarifvertrag mit 65 Jahren aus dem Unternehmer ausscheiden musste.

2. Was ist noch zu erwarten?

Ob das Palacios-Urteil des Europäischen Gerichtshofs für die Altersgrenze bei Vertragsärzten relevant ist, wird kontrovers diskutiert.

Laut eines Artikels der Ärztezeitung vom 10.12.2007 soll ein Internist den Europäischen Gerichtshof wegen des gesetzlich verordneten Zwangsruhestands angerufen haben. Die Erfolgsaussichten der Klage dürften angesichts der Vorentscheidung vom Oktober 2007 eher gering sein.

Mit der Frage der Zulässigkeit des verordneten Zwangsruhestandes hat sich auch das Bundessozialgericht in dem Verfahren B 6 KA 41/06 R zu befassen. Hier ist eine Entscheidung für den 06.02.2008 angekündigt.

Dr. Klaus Lieb
Rechtsanwalt
FA für Medizinrecht

Kinderbetreuungskosten als Betriebsausgaben in der Praxis

Für die steuerliche Berücksichtigung von Kinderbetreuungskosten gibt es erfreulicherweise mehrere Möglichkeiten. Die interessanteste Variante ist der Abzug als Betriebsausgabe in der Praxis des Mediziners. Kommt diese Möglichkeit nicht zum Tragen, so gibt es noch zwei weitere Alternativen im Bereich der Sonderausgaben.

Als Kinderbetreuungskosten werden nur solche Dienstleistungen gefördert, bei denen die behütende oder beaufsichtigende Betreuung, also die persönlich Fürsorge für das Kind, im Vordergrund steht. Berücksichtigt werden danach Aufwendungen für

- die Unterbringung von Kindern in Kindergärten, Kindertagesstätten, Kinderhorten, Kinderheimen und Kinderkrippen sowie bei Tagesmüttern, Wochenmüttern und in Ganztagespflegestätten,
- die Beschäftigung von Kinderpflegerinnen, Erzieherinnen und Kinderschwestern sowie
- die Beschäftigung von Hilfen im Haushalt, wenn sie ein Kind betreuen.

Aufwendungen für Unterricht, die Vermittlung besonderer Fähigkeiten sowie für sportliche und andere Freizeitbetätigungen sind vom Abzug grundsätzlich ausgeschlossen. Deshalb handelt es sich z.B. bei Schulgeld, Kosten für Nachhilfe/Fremdsprachenunterricht, Musikunterricht, Computerkurse oder für die Mitgliedschaft in Sportvereinen oder anderen Vereinen, für Tennis- oder Reitunterricht etc. nicht um abzugsfähige Kinderbetreuungskosten. Betreuungskosten sind aber Aufwendungen für die Beaufsichtigung des Kindes bei Erledigung seiner häuslichen Schulaufgaben. Somit können auch Kosten für eine Nachmittagsbetreuung in der Schule grundsätzlich abgezogen werden. Werden diese jedoch nicht nur

für eine Hausaufgabenbetreuung, sondern z.B. auch für Nachhilfe, bestimmte Kurse oder Verpflegung bezahlt, sind sie insoweit nicht zu berücksichtigen. Ein Abzug als Betreuungskosten setzt deshalb voraus, dass die Beiträge entsprechend aufgeschlüsselt werden.

Alleinerziehende können Kinderbetreuungskosten, die wegen einer Erwerbstätigkeit anfallen, geltend machen. Bei zusammenlebenden Elternteilen ist dies nur dann möglich, wenn beide erwerbstätig sind.

Bisher setzte der Betriebsausgabenabzug von Kinderbetreuungskosten voraus, dass die Aufwendungen durch die Vorlage einer Rechnung und durch Zahlung auf das Konto des Erbringers der Leistung im Rahmen der Einkommensteuererklärung nachgewiesen wurden. Auf diese Nachweise wird ab 2008 verzichtet. Statt dessen werden nachprüfbar Angaben in der Einkommensteuererklärung abgefragt. Danach reicht es künftig aus, dass der Mediziner erklärt, über die Kinderbetreuungskosten eine Rechnung erhalten und die Zahlung auf das Konto des Erbringers der Leistung vorgenommen zu haben.

Die Höhe des Abzugs von Kinderbetreuungskosten ist leider begrenzt. So können die Aufwendungen lediglich zu 2/3 abgesetzt werden. Dabei darf ein Höchstbetrag von EUR 4.000 je Kind und Kalenderjahr nicht überschritten werden.

Insgesamt ist es leider nur ein relativ geringer Betrag, der in der Gewinnermittlung der Praxis geltend gemacht werden kann. Allerdings ist die Möglichkeit, Kinderbetreuungskosten in der Praxis als Betriebsausgabe abzuziehen, ein begrüßenswertes Angebot.

Die Förderung der Kinderbetreuungskosten lässt sich auch aus den Möglichkeiten erkennen, die Sie als Arbeitgeber für Ihre Arbeitnehmer haben. So können Kinderbetreuungskosten an Arbeitnehmer mit nicht schulpflichtigen Kindern steuerfrei ersetzt werden. Wie immer sind hier einige Formalien zu berücksichtigen. Bitte sprechen Sie uns hierzu an.

Dr. Jörg Steinacker
Wirtschaftsprüfer Steuerberater

BAUMGARTNER UND KOLLEGEN

/ NÜRNBERGER STRASSE 71
91052 ERLANGEN
FON +49 (0)9131 305300
FAX +49 (0)9131 3053030
WWW.BAUMGARTNER-KOLLEGEN.DE

LIEB. RECHTSANWÄLTE

/ APOTHEKERGASSE 2
91054 ERLANGEN
FON +49 (0)9131 63007 3
FAX +49 (0)9131 63007 77
WWW.LIEB-ONLINE.COM

/ LORENZER STRASSE 31
90402 NÜRNBERG
FON +49 (0)911 2179090
FAX +49 (0)911 21790999
WWW.LIEB-ONLINE.COM