

04.06.09**Fz - G - Wi****Verordnung
der Bundesregierung**

Verordnung zur tarifbezogenen Ermittlung der steuerlich berücksichtigungsfähigen Beiträge zum Erwerb eines Krankenversicherungsschutzes im Sinne des § 10 Absatz 1 Nummer 3 Buchstabe a des Einkommensteuergesetzes (Krankenversicherungsbeitragsanteil-Ermittlungsverordnung - KVBEVO)**A. Problem und Ziel**

§ 10 Absatz 1 Nummer 3 des Einkommensteuergesetzes in der Fassung des Gesetzes zur verbesserten steuerlichen Berücksichtigung von Vorsorgeaufwendungen (EStG) sieht vor, dass Beiträge des Steuerpflichtigen für sich, seinen nicht dauernd getrennt lebenden unbeschränkt einkommensteuerpflichtigen Ehegatten, seinen Lebenspartner im Sinne des § 1 Absatz 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes und für jedes Kind, für das ein Anspruch auf einen Freibetrag nach § 32 Absatz 6 EStG oder auf Kindergeld besteht, Sonderausgaben sind. Abziehbar sind jedoch nur die Beiträge zu Krankenversicherungen, soweit diese zur Erlangung eines durch das Zwölfte Buch Sozialgesetzbuch bestimmten sozialhilfegleichen Versorgungsniveaus erforderlich sind. Für Beiträge zu einer privaten Krankenversicherung sind dies die Beitragsanteile auf Versicherungsleistungen, die in Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergleichbar sind und auf die ein Anspruch besteht. Hat der Steuerpflichtige sowohl Leistungen versichert, die diese Voraussetzungen für den Sonderausgabenabzug erfüllen, als auch solche Leistungen, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, besteht die Notwendigkeit, die entsprechenden Beitragsanteile zu ermitteln.

B. Lösung

Diese Verordnung dient der Ermittlung des nicht abziehbaren Teils der Beiträge zum Erwerb eines Krankenversicherungsschutzes im Sinne des § 10 Absatz 1 Nummer 3 Buchstabe a Satz 3 EStG. Die Ermittlung erfolgt durch einheitliche prozentuale Abschläge auf die zugunsten des jeweiligen Tarifs gezahlte Prämie, soweit der nicht abziehbare Beitragsanteil nicht bereits als gesonderter Tarif ausgewiesen wird. Die Verordnung sieht für die wesentlichen beitragsbestimmenden Leistungen einen proportional gleich bleibenden Abschlag vor. Enthält ein Tarif ausschließlich Mehrleistungen oder gewährt er ausschließlich einen Anspruch auf Krankentagegeld, ist er vollständig nicht abziehbar. Auf den Beitrag zugunsten eines Tarifs, der überwiegend Mehrleistungen oder einen Anspruch auf Krankentagegeld enthält, entfällt ein Abschlag von 99 Prozent. Tarife, die ausschließlich Leistungen im Sinne des § 10 Absatz 1 Nummer 3 Buchstabe a Satz 3 EStG absichern, sind dagegen vollständig abziehbar.

C. Alternativen

Keine.

D. Finanzielle Auswirkungen auf die öffentlichen Haushalte

1. Haushaltsausgaben ohne Vollzugaufwand

Es ergeben sich keine Änderungen gegenüber der bisherigen Bezifferung der finanziellen Auswirkungen des Bürgerentlastungsgesetzes.

2. Vollzugaufwand

Für die öffentlichen Haushalte entstehen keine Kosten, die über die im Gesetz zur verbesserten steuerlichen Berücksichtigung von Vorsorgeaufwendungen (Bürgerentlastungsgesetz) bereits genannten Kosten hinausgehen.

E. Sonstige Kosten

Über die im Gesetz zur verbesserten steuerlichen Berücksichtigung von Vorsorgeaufwendungen bezifferten Kosten hinaus verursacht diese Verordnung bei den übrigen Beteiligten, wie der Wirtschaft und insbesondere mittelständischen Unternehmen, keine weiteren sonstigen Kosten. Auswirkungen auf die

Einzelpreise, das allgemeine Preisniveau und das Verbraucherpreisniveau sind nicht zu erwarten.

F. Bürokratiekosten

Es werden Informationspflichten für

a) Unternehmen eingeführt.

Anzahl:	4
betroffene Unternehmen:	51
Häufigkeit/Periodizität:	1
erwartete Mehrkosten:	rd. 9 240 000 Euro

b) Bürgerinnen und Bürger eingeführt

Anzahl:	0
---------	---

c) die Verwaltung eingeführt.

Anzahl:	0
---------	---

04.06.09

Fz - G - Wi

Verordnung
der Bundesregierung

**Verordnung zur tarifbezogenen Ermittlung der steuerlich
berücksichtigungsfähigen Beiträge zum Erwerb eines
Krankenversicherungsschutzes im Sinne des § 10 Absatz 1
Nummer 3 Buchstabe a des Einkommensteuergesetzes
(Krankenversicherungsbeitragsanteil-Ermittlungsverordnung -
KVBEVO)**

Bundesrepublik Deutschland
Die Bundeskanzlerin

Berlin, den 4. Juni 2009

An den
Präsidenten des Bundesrates
Herrn Ministerpräsidenten
Peter Müller

Sehr geehrter Herr Präsident,

hiermit übersende ich die von der Bundesregierung beschlossene

Verordnung zur tarifbezogenen Ermittlung der steuerlich
berücksichtigungsfähigen Beiträge zum Erwerb eines
Krankenversicherungsschutzes im Sinne des § 10 Absatz 1
Nummer 3 Buchstabe a des Einkommensteuergesetzes
(Krankenversicherungsbeitragsanteil-Ermittlungsverordnung -
KVBEVO)

mit Begründung und Vorblatt.

Ich bitte, die Zustimmung des Bundesrates aufgrund des Artikels 80 Absatz 2 des
Grundgesetzes herbeizuführen.

Federführend ist das Bundesministerium der Finanzen.

Die Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates gemäß § 6 Abs. 1 NKRG ist als Anlage beigefügt.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Angela Merkel

**Verordnung zur tarifbezogenen Ermittlung der steuerlich
berücksichtigungsfähigen Beiträge zum Erwerb eines Kranken-
versicherungsschutzes im Sinne des § 10 Absatz 1 Nummer 3
Buchstabe a des Einkommensteuergesetzes**

**(Krankenversicherungsbeitragsanteil-Ermittlungsverordnung –
KVBEVO)**

Vom ...

Auf Grund des § 10 Absatz 5 und des § 51 Absatz 1 Nummer 3 des Einkommensteuergesetzes in der Fassung des Gesetzes vom ... (BGBl. I S. ... [einsetzen: Ausfertigungsdatum und Seitenzahl der Verkündung des Gesetzes zur verbesserten steuerlichen Berücksichtigung von Vorsorgeaufwendungen]) verordnet die Bundesregierung:

§ 1

Anwendungsbereich und Grundsätze

(1) Durch diese Verordnung wird bezogen auf den Tarif bestimmt, wie der Teil der Beiträge zum Erwerb eines Krankenversicherungsschutzes, der auf das Krankentagegeld und auf Leistungen entfällt, auf die ein Anspruch besteht und die in Art, Umfang oder Höhe den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht vergleichbar sind, durch einheitliche prozentuale Abschläge auf den zugunsten des jeweiligen Tarifs gezahlten Beitrag zu ermitteln ist, soweit diese Versicherungsleistung nicht bereits als gesonderter Tarif ausgewiesen wird.

(2) Werden in einem gesonderten Tarif ausschließlich Krankentagegeld oder Leistungen ausgewiesen, auf die ein Anspruch besteht und die in Art, Umfang oder Höhe den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht vergleichbar sind, ist der für diesen Tarif entrichtete Beitrag insgesamt nicht abziehbar. Im Übrigen ist der nicht abziehbare Beitragsanteil nach § 3 zu ermitteln, wenn Leistungen im Sinne des § 2 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 5 oder Krankentagegeldleistungen oder Krankenhaustagegeldleistungen versichert sind.

§ 2

Definitionen und Leistungsbestimmungen

(1) Leistungen im Sinne des § 1 Absatz 1 liegen insbesondere vor bei

1. ambulanten Leistungen durch einen Heilpraktiker im Sinne des Heilpraktikergesetzes vom 17. Februar 1939 (RGBl. I S. 251) in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 2122-2, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 15 des Gesetzes vom 23. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2702) geändert worden ist
2. der Erstattung von Aufwendungen für ein Einbettzimmer,
3. der Erstattung von Aufwendungen für Chefarztbehandlungen oder eines Zweibettzimmers,
4. Leistungen für Zahnersatz oder implantologische Leistungen,

5. kieferorthopädischen Leistungen.

(2) Ein Tarif sieht ein einheitliches Leistungsversprechen für alle in ihm Versicherten vor und umfasst Leistungen der privaten Krankenversicherung.

(3) Der Beitrag ist das Entgelt, welches für das dem Tarif zugrunde liegende Leistungsversprechen entrichtet wird.

(4) Krankentagegeld ist eine Leistung, die den Verdienstaufschlag ersetzt, der durch Arbeitsunfähigkeit als Folge von Krankheit oder Unfall entsteht. Krankentagegeld ist eine in vertraglich festgelegter Höhe gezahlte Leistung für den Zeitraum einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung.

§ 3

Ermittlung des Abschlags

(1) Zur Ermittlung des nicht abziehbaren Teils des Beitrags ist die Summe der Absatz 2 zu entnehmenden Punkte für die im Tarif vereinbarten Leistungen im Sinne des § 2 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 5 zu ermitteln. Die nach Satz 1 ermittelte Summe ist durch die Summe der Absatz 2 zu entnehmenden Punkte für die im Tarif insgesamt versicherten Leistungen zu teilen. Das Ergebnis ist auf die vierte Nachkommastelle zu runden und mit dem vom Steuerpflichtigen geleisteten Beitrag zu multiplizieren. Der sich ergebende Betrag ist auf die zweite Nachkommastelle zu runden.

(2) Den in einem Tarif versicherten Leistungen sind folgende Punkte zuzuordnen:

1.	ambulante Leistungen, ohne Leistungen im Sinne des § 2 Absatz 1 Nummer 1	54,60 Punkte
2.	Leistungen im Sinne des § 2 Absatz 1 Nummer 1	1,69 Punkte
3.	stationären Leistungen, ohne Leistungen im Sinne des § 2 Absatz 1 Nummer 2 und Nummer 3	15,11 Punkte
4.	Leistungen im Sinne des § 2 Absatz 1 Nummer 2	3,64 Punkte
5.	Leistungen im Sinne des § 2 Absatz 1 Nummer 3	9,24 Punkte
6.	zahnärztliche Leistungen, ohne Leistungen im Sinne des § 2 Absatz 1 Nummer 4 und Nummer 5	9,88 Punkte
7.	Leistungen im Sinne des § 2 Absatz 1 Nummer 4	5,58 Punkte
8.	Leistungen im Sinne des § 2 Absatz 1 Nummer 5	0,26 Punkte

(3) Sieht ein erstmals nach dem 1. Mai 2009 für das Neugeschäft angebotener Versicherungstarif weder die Erstattung von Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen, für ambulante Arztbehandlungen noch für Zahnbehandlungen vor, ist vom geleisteten Beitrag ungeachtet der Absätze 1 und 2 ein Abschlag von 99 Prozent vorzunehmen. Gleiches gilt, wenn in einem Tarif Krankentagegeld oder Krankentagegeld zusammen mit anderen Leistungen versichert ist. § 1 Absatz 2 Satz 1 bleibt unberührt. Für Krankentagegeld, das zusammen mit anderen Leistungen in dem Basistarif im Sinne des § 12 Absatz 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert ist, ist ungeachtet der vorstehenden Regelungen von dem für den Basistarif geleisteten Beitrag ein Abschlag in Höhe von vier Prozent vorzunehmen.

Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am 1. Januar 2010 in Kraft.

Der Bundesrat hat zugestimmt.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

Mit dem Gesetz zur verbesserten steuerlichen Berücksichtigung von Vorsorgeaufwendungen werden die Abzugsmöglichkeiten für Beiträge zu einer Kranken- und Pflegeversicherung verbessert. Alle existenzsichernden Vorsorgeaufwendungen für eine Krankenversicherung auf sozialhilferechtlich gewährleistetem Versorgungsniveau sind zu berücksichtigen (GKV-Leistungsniveau). Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung sind insoweit als Sonderausgaben abziehbar. Privat Krankenversicherten stehen die gleichen Abzugsmöglichkeiten offen. Daher sind diejenigen Beitragsanteile zu einer privaten Krankenversicherung, die auf Vertragsleistungen entfallen, die in Art, Umfang und Höhe dem Dritten Kapitel des Fünftes Buches Sozialgesetzbuch vergleichbar sind und auf die ein Anspruch besteht, als Sonderausgaben abziehbar. Beitragsanteile für einen Versicherungsschutz über die medizinische Grundversorgung mit modernen und wissenschaftlich anerkannten Behandlungs- und Heilmethoden hinaus - z. B. für eine Chefarztbehandlung oder ein Einbettzimmer im Krankenhaus - sind dagegen nicht als Sonderausgaben abziehbar. Sind in einem Versicherungstarif begünstigte und nicht begünstigte Versicherungsleistungen abgesichert, muss der vom Versicherungsnehmer geleistete Beitrag aufgeteilt werden. Wie diese Aufteilung in typisierender Weise zu erfolgen hat, wird durch die Verordnung geregelt.

Die wesentlichen Grundsätze der Beitragsaufteilung lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Enthält ein Tarif nur Leistungen auf dem Niveau des Dritten Kapitels des Fünftes Buches Sozialgesetzbuch, ist eine tarifbezogene Beitragsaufteilung nicht erforderlich. Der für diesen Tarif geleistete Beitrag ist insgesamt abziehbar.
- Enthält ein Tarif nur Leistungen, die in Art, Umfang oder Höhe den Leistungen des Dritten Kapitels des Fünftes Buches Sozialgesetzbuch nicht entsprechen, ist eine tarifbezogene Beitragsaufteilung nicht durchzuführen. Der für diesen Tarif geleistete Beitrag ist insgesamt nicht abziehbar.
- Enthält ein Tarif sowohl Leistungen, die in Art, Umfang und Höhe den Leistungen des Dritten Kapitels des Fünftes Buches Sozialgesetzbuch entsprechen als auch solche, die diesem Niveau nicht entsprechen, ist eine Beitragsaufteilung entsprechend den Vorschriften dieser Verordnung vorzunehmen und der nicht abziehbare Beitragsanteil zu ermitteln.
- Enthält ein Tarif nur in geringerem Umfang Leistungen, die in Art, Umfang und Höhe den Leistungen des Dritten Kapitels des Fünftes Buches Sozialgesetzbuch entsprechen und ansonsten Leistungen, die diesem Niveau nicht entsprechen, ist vom geleisteten Beitrag ein Abschlag in Höhe von 99 Prozent vorzunehmen. Gleiches gilt, wenn – mit Ausnahme des Basistarifs im Sinne des § 12 Absatz 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes – Krankentagegeld oder Krankenhaustagegeld zusammen mit anderen Leistungen in einem Tarif abgesichert ist.

Sonstige Kosten

Über die im Gesetz zur verbesserten steuerlichen Berücksichtigung von Vorsorgeaufwendungen bezifferten Kosten hinaus verursacht diese Verordnung bei den übrigen Beteiligten, wie der Wirtschaft und insbesondere mittelständischen Unternehmen, keine weiteren sonstigen Kosten. Auswirkungen auf die Einzelpreise, das allgemeine Preisniveau und das Verbraucherpreisniveau sind nicht zu erwarten.

Bürokratiekosten

Ifd. Nr.	Vorschrift	Informationspflicht	Bürokratie-/entlastung unter Berücksichtigung der Periodizität für			Fallzahl, die in den Unternehmen auftritt	Periodizität in Minuten	Herkunft in %		
			Bürger in Min. je Fall	Bürger (sonst. Kosten in EUR) je Fall	Unternehmen in EUR (insgesamt)			Verwaltung in EUR (insgesamt)	A	B
1 **)	§ 1 Absatz 2	§ 1 Absatz 2 Prüfung aller Tarife ob die gezahlten Beiträge insgesamt, partiel oder gar nicht steuerlich berücksichtigt werden können. (Diese tarifbezogene Prüfung erfolgt EDV-gestützt anhand bereits bekannter Grunddaten).			792.000	15.000	1,00	0	0	100
2 **)	§ 3 Absatz 1 und 2 in Verbindung mit § 10 Absatz 5 EStG	Ermittlung der Abschlagssätze und dessen Anwendung auf den zu leistenden Beitrag zur Ermittlung des steuerlich nicht berücksichtigungsfähigen Beitragsanteils.			8.448.000	10.000	1,00	0	0	100
3 **)	§ 3 Absatz 3 Satz 1 und 2 in Verbindung mit § 10 Absatz 5 EStG	Prüfung und ggfs. Anwendung des besonderen Abschlagssatzes von 99 Prozent (nach Aussage des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. wird ein solcher Tarif derzeit nicht angeboten, daher werden die Kosten lediglich für 1 Tarif beispielhaft angegeben).			53	1	1,00	0	0	100
4 **)	§ 3 Absatz 3 Satz 4 in Verbindung mit § 10 Absatz 5 EStG	Prüfung und ggfs. Anwendung des besonderen Abschlagssatzes von 4 Prozent bei Basisstarifen mit Krankentagegeld			2.693	51	1,00	0	0	100

national
EU-Ebene
international

Summe ohne Einmalkosten in EUR bzw. Minuten	0	0
Summe Einmalkosten in EUR bzw. Minuten	9.242.746	0

**) Diese Bürokratiekosten fallen nur einmalig an. Sie sind nur in der Summe "Einmalkosten" enthalten. Sie werden im Vorblatt nachrichtlich auch als Vollzugaufwand ausgewiesen.

Die hier ausgewiesenen Bürokratiekosten ersetzen die im Tableau zum Gesetzentwurf zu § 10 Absatz 5 EStG ausgewiesenen Bürokratiekosten.

B. Besonderer Teil

Zu § 1 (Anwendungsbereich und Grundsätze)

Zu Absatz 1

Nach § 10 Absatz 1 Nummer 3 Buchstabe a Satz 1 EStG können Beiträge zu Krankenversicherungen, soweit diese zur Erlangung eines durch das Zwölfte Buch Sozialgesetzbuch bestimmten sozialhilfgleichen Versorgungsniveaus erforderlich sind, als Sonderausgaben steuerlich abgesetzt werden. Für Beiträge zu einer privaten Krankenversicherung sind dies die Beitragsanteile, die - mit Ausnahme der auf das Krankentagegeld entfallenden Beitragsanteile - auf Vertragsleistungen entfallen, die in Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergleichbar sind. Die einheitliche Versicherung abziehbarer und nicht abziehbarer Leistungen in einem Tarif macht eine Aufteilung der auf den Tarif geleisteten Beiträge erforderlich.

Der nicht abziehbare Beitragsanteil ist durch einheitliche prozentuale Abschläge auf den zugunsten des jeweiligen Tarifs gezahlten Beitrag zu ermitteln. Beiträge für einen Tarif, der ausschließlich Krankentagegeld oder Leistungen versichert, die zur Erlangung eines durch das Zwölfte Buch Sozialgesetzbuch bestimmten sozialhilfgleichen Versorgungsniveaus nicht erforderlich sind, sind insgesamt nicht abziehbar.

Zu Absatz 2

Eine Aufteilung ist nicht erforderlich, wenn Leistungen, die in Art, Umfang oder Höhe dem Dritten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht vergleichbar sind, oder das Krankentagegeld in einem gesonderten Tarif ausgewiesen werden. Die auf diesen Tarif entfallenden Beiträge sind nicht als Sonderausgaben absetzbar.

Sind die in § 2 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 5 genannten Leistungen, die in Art, Umfang oder Höhe dem Dritten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht vergleichbar sind, Krankentagegeldleistungen oder Krankenhaustagegeldleistungen gemeinsam mit anderen nach § 10 Absatz 1 Nummer 3 Buchstabe a Satz 1 EStG abzugsfähigen Leistungen in einem Tarif versichert, ist der Abschlag nach § 3 zu ermitteln.

Beiträge oder Beitragsanteile, die der Finanzierung des Krankentagegeldes dienen, sind nicht abziehbar sind, obwohl die Krankentagegeldgewährung dem Leistungskatalog des Dritten Kapitels des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entspricht. Dies ist konsequent, da auch bei den Beiträgen zugunsten der gesetzlichen Krankenversicherung, der auf die Finanzierung des Krankentagegeldes entfallende Beitragsanteil nicht steuerlich berücksichtigt wird.

Zu § 2 (Definitionen und Leistungsbestimmungen)

Zu Absatz 1

Die Vorschrift enthält einen Katalog der wichtigsten Leistungen, die in Art, Umfang oder Höhe dem Dritten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht vergleichbar sind. Der Katalog dient als Grundlage für die Ermittlung der jeweiligen Abschläge nach § 3. Entspricht eine der im Katalog aufgeführten Leistungen, auf die ein Anspruch besteht, in Art, Umfang und Höhe dem Dritten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und besteht auf die Leistung ein Anspruch, kommen die Abschläge nach § 3 nicht zur Anwendung.

Die Bedeutung der in § 2 aufgeführten Vertragsleistungen ergibt sich aus den Leistungsaufwendungen für Voll- und Beihilfeversicherte. Dies sind ambulante Leistungen durch einen Heilpraktiker im Sinne des Heilpraktikergesetzes vom 17. Februar 1939 sowie die Erstattung eines Einbettzimmers. Die Erstattung von Chefarztbehandlungen schließt in der Regel - insbesondere dann, wenn nicht ohnehin die Unterbringung in einem Einbettzimmer vereinbart wurde - auch die Zweitbettzimmerunterbringung mit ein. Leistungen für Zahnersatz, implantologische Leistungen und kieferorthopädische Leistungen sind für die Fälle in den Katalog mit aufgenommen, in denen sie über die Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch der Höhe nach hinausgehen. Die Leistungen in der privaten Krankenversicherung für Zahnersatz können auch den Umfang der nach dem Dritten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gewährten Leistungen überschreiten (z.B. große Brücken). Die in § 3 Absatz 2 aufgeführten Punkte bewirken einen Ausgleich für diese Form der Niveauüberschreitung.

Die dem Punktesystem zugrunde liegende Datenbasis lässt dagegen keine verlässlichen Aussagen zu der Frage zu, in welchem Verhältnis die Aufwendungen für das Krankentagegeld und das Krankenhaustagegeld zu den Aufwendungen für andere Leistungen stehen. Das Krankenhaustagegeld wurde daher ebenso wie das Krankentagegeld nicht in die Aufzählung des § 2 Absatz 1 mit aufgenommen. Die Nichtabziehbarkeit von Beiträgen für einen Tarif, der auch Krankenhaustagegeld oder Krankentagegeld absichert, ergibt sich aber aus § 3 Absatz 3 Satz 2. Beiträge für einen Tarif, der diese Leistungen (mit)absichert sind zu 99 Prozent nicht abziehbar. Diese Regelung ist dem Umstand geschuldet, dass das Krankenhaustagegeld zum einen eine Leistung ist, die in Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht entspricht. Sie wird zum anderen aber wie das Krankentagegeld üblicherweise in gesonderten Tarifen ausgewiesen.

Zu den Absätzen 2 und 3

Gegenstand der Verordnung ist die Aufteilung des durch den Steuerpflichtigen geleisteten Beitrags zu einer privaten Krankenversicherung. Der Tarif bildet die Grundlage für diejenigen Leistungen, die alle in dem Tarif Versicherten in Anspruch nehmen können. Der Beitrag stellt das vom Steuerpflichtigen geleistete Entgelt für das dem Tarif zugrunde liegende Leistungsversprechen dar. Die Definitionen der Begriffe Tarif und Beitrag verdeutlichen dies.

Zu Absatz 4

Zum besseren Verständnis des Verordnungstextes wurden die Begriffe Krankentagegeld und Krankenhaustagegeld definiert:

- Dem Krankentagegeld im Sinne der §§ 44 ff. Fünftes Sozialgesetzbuch entspricht im Bereich der privaten Krankenversicherungen das Krankentagegeld. Hierbei handelt es sich um eine Leistung, die den durch Arbeitsunfähigkeit verursachten Verdienstaufschlag ausgleichen soll. Die Definition in § 2 Absatz 4 ist an § 192 Absatz 5 des Versicherungsvertragsgesetzes angelehnt.
- Die Definition des Krankenhaustagegeldes ist an § 192 Absatz 4 des Versicherungsvertragsgesetzes angelehnt. Das vereinbarte Krankenhaustagegeld wird vom Versicherer bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung geleistet.
- Das Krankenhaustagegeld ist abzugrenzen von Leistungen des Versicherers, die dieser für jeden Tag einer vollstationären Unterbringung als Ausgleich dafür zahlt, dass bei teilweisem Verzicht auf versicherte Leistungen weniger Kosten verursacht werden.

Zu § 3 (Ermittlung des Abschlags)**Zu Absatz 1**

§ 3 Absatz 1 enthält die Berechnungsformel, nach der der Abschlag auf die jeweils geleisteten Beiträge berechnet wird. Anhand der in Absatz 2 aufgeführten (Gewichtungs-)Punkte wird zum einen die Summe der Punkte der Leistungen ermittelt, die in § 2 Absatz 1 Erwähnung finden und in dem jeweiligen Tarif versichert sind. Sodann ist die Summe der Punkte sämtlicher in dem Tarif vereinbarten Leistungen zu bilden. Die Summe der Punkte für die Leistungen nach § 2 Absatz 1 ist durch die Summe der Punkte für die gesamten Leistungen zu dividieren. Das Ergebnis ist mit dem Beitrag zu multiplizieren. Der sich ergebende Wert ist der nicht abziehbare Beitragsteil in Euro. Er ist auf die zweite Nachkommastelle zu runden.

Durch das Verfahren wird sichergestellt, dass die Abschläge nicht davon abhängig sind, ob der Versicherte seinen Versicherungsschutz auf mehrere Versicherungsgesellschaften verteilt hat. Außerdem ermöglicht das Verfahren die Ermittlung des nach § 10 Absatz 1 Nummer 3 Buchstabe a EStG anzusetzenden Betrages unmittelbar beim jeweiligen Versicherungsunternehmen, ohne dass das Versicherungsunternehmen Kenntnis von einem bei einem anderen Versicherungsunternehmen bestehenden Versicherungsvertrag haben muss.

Zu § 3 Absatz 2

Die pauschalen Abschläge für die in § 2 Absatz 1 genannten Leistungen wurden auf Basis des Anteils der Aufwendungen für diese Leistungen an den gesamten Leistungsaufwendungen der privaten Krankenversicherer ermittelt.

Dazu wurden zunächst die Anteile der Aufwendungen für Leistungen im Ambulant-, Stationär- und Zahnbereich auf der Basis von Daten des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV) zu den Leistungsaufwendungen für Voll- und Beihilfeversicherte ermittelt. Es ergibt sich eine Aufteilung von 56,29 Prozent für den ambulanten, 27,99 Prozent für den stationären und 15,72 Prozent für den zahnärztlichen Bereich. Diese Daten wurden auf Basis von Daten bestandsstarker Tarife plausibilisiert.

Für den ambulanten, stationären und zahnärztlichen Bereich werden dann die jeweiligen Anteile der Basisleistungen und der Wahlleistungen i. S. d. § 2 Absatz 1 ermittelt. Als Anteil der Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen an den gesamten ambulanten Aufwendungen wurden ca. 3 Prozent errechnet. Im Stationärbereich wurden auf Basis von Branchendaten die Aufwendungen für die Leistungskombinationen Einbettzimmerunterbringung und Chefarztbehandlung, Zweibettzimmerunterbringung und Chefarztbehandlung sowie Mehrbettzimmerunterbringung und stationäre Regelleistungen berechnet. Bei der Wahl von Einbettzimmerunterbringung und Chefarztbehandlung haben die darauf entfallenden Leistungen einen Anteil von 46 Prozent an den gesamten stationären Aufwendungen. Ist die Chefarztbehandlung im Zweibettzimmer versichert, beträgt dieser Anteil 33 Prozent. Diese Positionen wurden in Nummer 3 zusammengefasst, da bei einer Unterbringung im Zweibettzimmer in der Regel auch eine Behandlung durch den Chefarzt vorgesehen ist. Die dem § 3 Absatz 2 Nummer 5 zu entnehmende Punktzahl ist bei der Versicherung einer Chefarztbehandlung und einer Unterbringung im Zweibettzimmer nur einmal anzusetzen. Auf die Unterbringung im Einbettzimmer entfallen 13 Prozent. Wurde in einem Tarif sowohl die Unterbringung im Einbettzimmer als auch die Chefarztbehandlung versichert, dann ist sowohl Nummer 2 als auch Nummer 3 einschlägig.

Die Aufwendungen für Leistungen in den Bereichen Zahnersatz und Kieferorthopädie, die über das GKV-Leistungsniveau hinausgehen, werden aus Zahlen des PKV abgeleitet. Es ergaben sich näherungsweise Anteile von 35 und 2 Prozent.

Auf Grundlage dieser Werte konnten den Leistungen die in der Tabelle aufgeführten Punkte zugeordnet werden. Ausgangsbasis stellt ein Kompakttarif dar, in dem alle abdeckbaren Leistungen versichert sind. Alle weiteren Tarifgestaltungen lassen sich hieraus ableiten.

	Basis	Wahlleistungen	Wahlleistungen	Summe
Ambulante Leistungen	54,60 Punkte	1,69 Punkte Heilpraktiker		56,29 Punkte
Stationäre Leistungen	15,11 Punkte	9,24 Punkte Chefarzt	3,64 Punkte Einbettzimmer	27,99 Punkte
Zahnärztliche Leistungen	9,88 Punkte	5,58 Punkte Zahnersatz oder implantologische Leistungen	0,26 Punkte Kieferorthopä- dische Leistungen	15,72 Punkte

Die angegebenen Punkte bleiben unabhängig davon, welche Leistungen in einem Tarif konkret abgesichert wurden, stets gleich. Die nach § 3 Absatz 1 durchzuführende Rechnung stellt sicher, dass - bezogen auf den geleisteten Beitrag - die nicht abziehbaren Leistungen stets ins richtige Verhältnis zu den insgesamt versicherten Leistungen gesetzt werden.

Es ist davon auszugehen, dass das Verhältnis der Punktsumme aller Leistungen zum Gesamtbeitrag das gleiche ist, wie das Verhältnis der Punktsumme der Wahlleistungen zum nicht abziehbaren Beitragsteil. Demzufolge wird der nicht abziehbare Beitragsteil mittels folgender Rechnung errechnet: Es wird die Summe der Punkte für nicht abziehbare Leistungen gebildet und durch die Summe der Punkte der insgesamt versicherten Leistungen geteilt. Das Ergebnis ist mit dem vom Steuerpflichtigen geleisteten Beitrag zu multiplizieren.

$$\text{nicht abziehbarer Beitragsanteil} = \frac{\text{Punktsumme Wahlleistungen}}{\text{Punktsumme aller Leistungen}} \times \text{tatsächlicher Beitrag}$$

Beispiel:

Der Steuerpflichtige zahlt für den versicherten Tarif einen Beitrag in Höhe von 900 €. Der Tarif umfasst folgende Leistungen:

- *zahnärztliche Basisleistung (9,88 Punkte)*
- *ambulante Basisleistungen (54,60 Punkte)*
- *stationäre Basisleistungen (15,11 Punkte)*
- *Einbettzimmer (3,64 Punkte)*

Zur Ermittlung des nicht abziehbaren Beitragsanteils sind die folgenden Rechenschritte durchzuführen:

- | | |
|--|--------------|
| 1. Punktsumme nicht abziehbarer Leistungen | 3,64 Punkte |
| 2. Punktsumme sämtlicher im Tarif abgesicherter Leistungen | 83,23 Punkte |

- | | |
|---|---|
| 3. Verhältnisses/Rundung auf die vierte Nachkommastelle | $3,64 / 83,23 = 0,0437$ |
| 4. Anwendung des Faktors auf den geleisteten Beitrag | $0,0437 \times 900 \text{ €} = 39,33 \text{ €}$ |

Lösung:

Der Steuerpflichtige kann von den Aufwendungen i.H.v. 900 € für seine private Krankenversicherung einen Betrag i.H.v. 860,67 € steuerlich absetzen. 4,37 Prozent des von ihm geleisteten Beitrags sind steuerlich nicht absetzbar.

Nach Ablauf von drei Jahren überprüft der Ordnungsgeber die Punkte im Hinblick darauf, ob sie weiterhin der durchschnittlichen Verteilung des Leistungsaufkommens der privaten Krankenversicherungen auf die einzelnen Leistungskomponenten entsprechen.

Zu Absatz 3

Mit der Regelung soll sichergestellt werden, dass Beiträge nur im verfassungsrechtlich erforderlichen Umfang als Sonderausgaben nach § 10 Absatz 1 Nummer 3 Buchstabe a EStG abgezogen werden können. Anstelle der Anwendung des Verfahrens nach Absatz 1 und Absatz 2 ist bei erstmals nach dem 1. Mai 2009 für das Neugeschäft angebotenen Versicherungstarifen ein pauschaler Abschlag von 99 Prozent vorzunehmen, wenn der Tarif weder die Erstattung für Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen, für ambulante Arztbehandlungen noch für Zahnbehandlungen vorsieht. Satz 3 stellt dabei klar, dass die Regelung gegenüber § 1 Absatz 2 nachrangig ist.

Als ambulante Arztbehandlung ist die Tätigkeit eines Arztes zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten ohne stationären Krankenhausaufenthalt anzusehen. Dazu zählen auch Hilfeleistungen anderer Personen, die vom Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten sind (vgl. auch § 28 Absatz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch). Eine Zahnbehandlung im Sinne des § 3 Absatz 3 liegt in der Tätigkeit des Zahnarztes zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst (vgl. auch § 28 Absatz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch). Allgemeine Krankenhausleistungen liegen bei Krankenhausleistungen vor, die nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind (vgl. auch § 2 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes).

Sind die vorbenannten Leistungen durch den Tarif nicht mit abgesichert, ist davon auszugehen, dass die Wahlleistung dem Tarif ihr Gepräge gibt und damit eine steuerliche Absetzbarkeit nicht mehr geboten und auch nicht mehr zweckmäßig ist.

Beispiel:

Der Steuerpflichtige hat in einem Tarif nur Hospizleistungen als stationäre Basisleistungen und daneben die Behandlung durch den Chefarzt versichert. Nach § 3 Absatz 1 und 2 wären die Hospizleistungen mit dem Wert für stationäre Basisleistungen zu gewichten und entsprechend dem Berechnungsschema wäre ein Abschlag für die Chefarztbehandlung vorzusehen.

Lösung:

Tatsächlich entfällt nur ein sehr geringer Anteil des geleisteten Beitrags auf die stationären Leistungen (ohne Chefarztbehandlung), weil die Hospizleistungen hier im Gesamtbeitrag nur ein geringes Gewicht haben.

Es erfolgt ein Abschlag von 99 Prozent. Die Regelung beugt vergleichbaren Tarifgestaltungen unter Ausnutzung des Punktesystems in Absatz 2 vor.

Der branchenweit einheitliche Basistarif im Sinne des § 12 Absatz 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes sieht als Element der substitutiven Krankenversicherung Vertragsleistungen vor, die in Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des fünften Buches Sozialgesetzbuch, auf die ein Anspruch besteht, jeweils vergleichbar sind. Zu diesen Leistungen gehört auch das Krankentagegeld. Abgesehen vom Basistarif ist keine Tarifgestaltung bekannt, die das Krankentagegeld neben anderen Leistungen absichert. Da die Beiträge für einen Basistarif als Sonderausgaben abziehbar sein sollen, ist ein Abschlag vorzunehmen, der den Anteil des Krankentagegeldes an den insgesamt im Basistarif abgesicherten Leistungen widerspiegelt. Entsprechend der prognostizierten Aufwandstruktur ließ sich entsprechend der Vorgehensweise bei der Gesetzlichen Krankenversicherung ein Wert in Höhe von vier Prozent annehmen.

Zu § 4 (Inkrafttreten)

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten der Verordnung. Die Verordnung tritt am 1. Januar 2010, dem ersten Tag des Jahres in Kraft, in dem die Beiträge zu einer Krankenversicherung erstmalig auf der Grundlage des Gesetzes zur verbesserten steuerlichen Berücksichtigung von Vorsorgeaufwendungen steuerlich geltend gemacht werden können.

Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates gem. § 6 Abs. 1 NKR-Gesetz:

NKR-Nr. 977: Verordnung zur tarifbezogenen Ermittlung der steuerlich berücksichtigungsfähigen Beiträge zum Erwerb eines Krankenversicherungsschutzes im Sinne des § 10 Absatz 1 Nummer 3 Buchstabe a des Einkommensteuergesetzes

Der Nationale Normenkontrollrat hat den Entwurf der o. g. Verordnung auf Bürokratiekosten geprüft, die durch Informationspflichten begründet werden.

Das dem vorliegenden Verordnungsentwurf zugrundeliegende Bürgerentlastungsgesetz Krankenversicherung hat zum Ziel, dass künftig alle Aufwendungen steuerlich berücksichtigt werden, soweit diese dazu dienen, ein Leistungsniveau abzusichern, das im Wesentlichen der gesetzlichen Kranken- und Pflegepflichtversicherung entspricht. Nicht abziehbar bleiben Beitragsanteile, mit denen ein Versicherungsschutz finanziert wird, der über die medizinische Grundversorgung mit wissenschaftlich anerkannten Behandlungs- und Heilmethoden hinausgeht. Der Gesetzentwurf wird derzeit im Parlament beraten.

Der nun vorliegende Verordnungsentwurf dient der Ermittlung des nicht abziehbaren Beitragsanteils. Hierin wird eine bereits im Gesetzentwurf angelegte Pflicht der Versicherungsunternehmen konkretisiert und in vier Teilinformationspflichten aufgeteilt. Gegenüber der bereits im Gesetzentwurf abgeschätzten einmaligen bürokratischen Gesamtbelastung in Höhe von rund 9,24 Mio. Euro für die Versicherungsunternehmen ändert sich nichts. Im Weiteren entstehen für die Versicherungsunternehmen bei Entwicklung neuer Versicherungstarife jährlich Bürokratiekosten in geringem Umfang.

In seiner Stellungnahme NKR-Nr. 764 vom 16. Februar 2009 hatte der Rat darauf hingewiesen, dass sich der Katalog der branchenweit einheitlichen Abschläge auf wenige Teilbeträge beschränken solle, um den für die Versicherungsunternehmen entstehenden Aufwand gering zu halten. Der Rat begrüßt, dass das Ressort sich auf fünf Abschläge beschränkt hat, darunter z.B. Teilbeträge für Chefarztbehandlung oder Einbettzimmer. Dadurch stellt das Ressort sicher, dass kein höherer Aufwand gegenüber dem Gesetzentwurf entsteht.

Für Bürgerinnen und Bürger sowie für die Verwaltung werden keine Informationspflichten eingeführt, geändert oder aufgehoben.

Der Rat begrüßt, dass das Ressort den Verordnungsentwurf frühzeitig, d. h. vor Verabschiedung des zugrundeliegenden Gesetzes, vorgelegt hat.

Der Nationale Normenkontrollrat hat daher im Rahmen seines gesetzlichen Auftrags keine Bedenken gegen das Regelungsvorhaben.

Dr. Ludewig
Vorsitzender

Prof. Dr. Färber
Berichterstatterin