

Gesundheitskosten im Steuerrecht

Inhalt

1 Krankenversicherung: gesetzlich oder privat?

- 1.1 Voraussetzungen
- 1.2 Versicherungswechsel

2 Lohnsteuer

- 2.1 Die Grundlagen der Mindestvorsorgepauschale
- 2.2 Die Ermittlung der Vorsorgepauschale

3 Einkommensteuer

- 3.1 Beiträge zur Basiskrankenversicherung
- 3.2 Abzugsbeschränkungen
- 3.3 Gesundheitsausgaben als außergewöhnliche Belastungen
- 3.4 Nachweispflichten

Für die Gesundheit ist nichts zu teuer – nicht umsonst sind die monatlichen Abgaben für die Krankenversicherung nicht selten ein erheblicher Teil der gesamten Abgaben und Steuern. Und auch die Kosten für Gesundheitsprodukte und -behandlungen, die nicht von Krankenkassen getragen werden, sind auch häufig nicht zu unterschätzen.

Dieses Merkblatt stellt die **allgemeinen Grundsätze zur gesetzlichen und privaten Krankenversicherung** dar und zeigt, wie sich Gesundheitskosten als Sonderausgaben oder außergewöhnliche Belastungen steuermindernd auswirken. Vorab geben wir Ihnen einen Überblick über die Regeln zur Mitgliedschaft und zu den Wechseltoraussetzungen bei der Krankenversicherung.

1 Krankenversicherung: gesetzlich oder privat?

1.1 Voraussetzungen

Angestellte und **Arbeiter** sind in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) **versicherungspflichtig**, wenn ihr regelmäßiges Einkommen die allgemeine Versicherungspflichtgrenze – die sogenannte Jahresarbeitsentgeltgrenze (aktuell für das Jahr 2016: 56.250 €) – nicht übersteigt. Bei einem Übersteigen der Jahresarbeitsentgeltgrenze haben sie die Wahl, eine freiwillige GKV oder eine private Krankenversicherung (PKV) abzuschließen.

Die PKV ist ansonsten nur bestimmten Personengruppen wie **Selbständigen, Freiberuflern, Beamten** und **Studenten** vorbehalten. Die PKV für Selbständige und Freiberufler ist freiwillig und einkommensunabhängig. Bestimmte Berufsgruppen wie **Künstler** und **Publizisten**, aber auch **Landwirte** und **freiberufliche Gärtner** stellen eine Ausnahme dar. Sie unterliegen der Versicherungspflicht in der GKV, können sich aber befreien lassen, wenn sie in die PKV eintreten möchten. Jedoch ist dieser Befreiungsantrag unwiderruflich und erschwert die Rückkehr in die GKV, die dann nur unter bestimmten strengen Voraussetzungen möglich ist. Freiberuflich arbeitende Künstler und Journalisten können über die Künstlersozialkasse einen Zuschuss zur GKV erhalten und sind dann gesetzlich pflichtversichert. Wollen sie versicherungsfrei werden, so gelten die gleichen Voraussetzungen der PKV wie für Arbeitnehmer. Es ist möglich, sich von dieser Versicherungspflicht bei der Anmeldung zur Künstlersozialkasse zu lösen, von der man dann einen Zuschuss zur PKV erhält. Nachfolgend sind die aktuellen Beitragssätze für die Jahre 2015 und 2016 abgebildet. Je nachdem, welche Krankenkasse Sie wählen, kann von den Krankenkassen ein Zusatzbeitrag zu den unten abgebildeten Beitragssätzen erhoben werden. Nähere Informationen zu den Zusatzbeiträgen erhalten Sie bei Ihrer gesetzlichen Kran-

kenkasse. Außerdem zahlen kinderlose Personen über 23 Jahre einen Betragszuschlag in Höhe von 0,25 %.

Hinweis

Die Entscheidung, sich von der Versicherungspflicht in der GKV befreien zu lassen, sollten Sie sich genau überlegen. Einmal ausgesprochen, ist diese nicht reversibel und erschwert Ihnen eine eventuelle Rückkehr in die GKV signifikant. Ihre Lebensplanung sollte bereits sehr gefestigt sein, um realistisch einschätzen zu können, ob die „Einbahnstraße“ zur PKV für Sie auf lange Sicht die richtige Option darstellt.

Beitragssätze		
	2016	2015
Krankenversicherung	14,60 %	14,60 %
Pflegeversicherung	2,35 %	2,35 %
– Kinderlose über 23	2,60 %	2,60 %

Allgemeine Versicherungspflichtgrenze in €				
	2016		2015	
	Monat	Jahr	Monat	Jahr
Versicherungspflichtgrenze (Jahresarbeitsentgeltgrenze)	4.687,50	56.250	4.575,00	54.900,00
Sondergrenze für PKV-Versicherte per 31.12.2002	4.237,50	50.850,00	4.125,00	49.500,00
Beitragsobergrenze in der GKV (Beitragsbemessungsgrenze)	4.237,50	50.850,00	4.125,00	49.500,00
Höchstzuschuss Arbeitgeber zur PKV	309,34	3.712,08	301,13	3.613,56

1.2 Versicherungswechsel

1.2.1 Wechsel von der GKV zur PKV

Ein Krankenkassenwechsel ist in der Regel immer dann möglich, wenn Sie in Ihrer Krankenkasse mindestens 18 Kalendermonate lang versichert waren. Hiervon gibt es jedoch Ausnahmen:

Als **freiwillig Versicherter** können Sie die GKV mit einer Frist von zwei vollen Monaten zum Monatsende kündigen und sich privat versichern.

Bei **Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit** haben Sie die Möglichkeit, sogar ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist einer PKV beizutreten. Aus diesem Grund kann der Wechsel in eine PKV in diesem Fall auch bei einer **Mitgliedschaft unter 18 Monaten in der GKV** vollzogen werden. Wenn Sie einer der bereits aufgeführten **Berufsgruppen** angehören, können Sie jederzeit Mitglied in einer PKV werden.

Ein weitaus wichtigeres Kriterium ist das Einkommen. Der Lohn wird mittlerweile als Maßstab genommen, ab wann die Mitgliedschaft in einer PKV möglich, jedoch nicht verpflichtend ist. Der Gesetzgeber hat hier mit der **Jahresarbeitsentgeltgrenze** (siehe unter Punkt 1.1) eine ganz klare Grenze gezogen, die jedes Jahr aufs Neue überprüft und gegebenenfalls neu festgelegt wird. Überschreitet Ihr Einkommen (jährliches Bruttoarbeitsentgelt) die Jahresarbeitsentgeltgrenze, können Sie als Arbeitnehmer selbst bestimmen, ob Sie weiterhin freiwillig in einer GKV versichert bleiben oder in eine PKV wechseln. Denn ab diesem Zeitpunkt besteht keine Versicherungspflicht mehr in der GKV.

1.2.2 Wechsel von der PKV zur GKV

Die Rückkehr von der PKV in die GKV ist nicht ohne weiteres möglich. Es soll vermieden werden, dass junge Menschen zunächst von den niedrigen Beitragsätzen der PKV profitieren und im Alter dann aus Kostengründen in die GKV zurückwechseln.

Als **Angestellter** oder **Arbeitnehmer** können Sie nur dann in die GKV wechseln, wenn Sie wieder versicherungspflichtig sind. Diese Versicherungspflicht tritt erst dann ein, wenn Ihr Einkommen wieder **unter die Jahresarbeitsentgeltgrenze** sinkt bzw. wenn Sie arbeitslos werden. Der Gesetzgeber hat zwar zuletzt die Einkommensgrenzen für einen Wechsel in die PKV erhöht, aber gleichzeitig die bis dato bestehende Dreijahresfrist gestrichen. Für Arbeitnehmer bedeutet dies, dass ihr Einkommen nicht mehr drei Jahre, sondern nur noch ein Jahr über der Jahresarbeitsentgeltgrenze liegen muss. Berufseinsteiger mit hohem Einkommen dürfen deshalb sogar gleich in die PKV einsteigen.

Als **Selbständiger** wechseln Sie sozusagen automatisch in die GKV, wenn Sie Ihre Tätigkeit bzw. Ihr Gewerbe aufgeben und in ein sozialversicherungspflichtiges Angestelltenverhältnis eintreten.

Ab einem Alter von **55 Jahren** – ob selbständig oder angestellt – ist ein Wechsel in die GKV nicht mehr möglich. Versicherte, die mindestens zehn Jahre privatversichert sind, können lediglich in einen Standardtarif wechseln. Die Leistungen und Beiträge des Basistarifs sind mit denen der GKV zu vergleichen.

Hinweis

Der Nachteil eines Wechsels von der PKV in die GKV ist, dass alle **angesammelten Altersrückstellungen** verloren gehen. Um diesem finanziellen Nachteil bei einer vorübergehenden Vertragsbeendigung zu entgehen, kann eine sogenannte Anwartschaftsversicherung sinnvoll sein. Mit einer solchen Versicherung bleiben Ihnen alle Rechte und Pflichten der Vertragsparteien erhalten. Der Vertrag wird quasi auf den jetzigen Stand „eingefroren“. Wird der Versicherungsvertrag wieder aufgenommen, besteht Ihr Versi-

cherungsschutz zu den alten Bedingungen fort. Es erfolgt **keine** erneute Gesundheitsprüfung.

Die **Kündigungsfrist** für die PKV beträgt drei Monate zum Ablauf des Versicherungs- oder Kalenderjahres. Eine Ausnahme kann für das Krankenhaustagegeld bestehen (entscheidend ist der jeweilige Vertragsinhalt).

Wenn Sie als Versicherter **in die GKV zurückkehren** wollen, muss Ihre gesetzliche Versicherungspflicht neu aufleben. Die Mindestvertragslaufzeit braucht dabei nicht berücksichtigt zu werden. Allerdings müssen Sie innerhalb von zwei Monaten einen Nachweis über die eingetretene Versicherungspflicht erbringen, da die Kündigung andernfalls unwirksam ist.

Hinweis

Seit dem 21.12.2012 dürfen Versicherungen bei ihren Tarifen keine Unterschiede mehr zwischen Männern und Frauen machen. Die sogenannte **Unisexregel** gilt für alle neu abgeschlossenen Versicherungen. Verträge, die vor dem Stichtag abgeschlossen sind, gelten unverändert weiter. Versicherte in der GKV zahlen nach wie vor einen Beitrag, der vom Einkommen abhängig ist; das Geschlecht spielt nach wie vor keine Rolle. Aufgrund eines Urteils des Europäischen Gerichtshofs aus dem Jahr 2011 bieten **private Krankenkassen seit 2012 nur noch Unisextarife** an.

1.2.3 Exkurs: Krankenversicherung für Selbständige

Als Selbständiger haben Sie jederzeit die Möglichkeit, in die PKV zu wechseln. Dabei werden Ihre Versicherungszeiten aus der GKV auf die Wartezeiten in der PKV angerechnet. Da Selbständige keinen Beitragszuschuss zur Krankenversicherung von einem Arbeitgeber erhalten, bieten ihnen viele PKV spezielle Tarife an. In späteren Jahren lässt sich der Versicherungsschutz mit höherwertigen Leistungen aufstocken.

Worauf Sie als Selbständiger bei der Wahl der PKV achten sollten:

- Versichern Sie mindestens ambulante, stationäre und Zahnleistungen mit.
- Vereinbaren Sie ein Krankentagegeld.
- Reduzieren Sie die monatlichen Prämien durch eine Selbstbeteiligung.
- Überprüfen Sie günstige Einsteigertarife.
- Achten Sie auf Beitragserhöhungen im Alter.
- Schauen Sie sich die Beitragsentwicklung der letzten Jahre an.

Für Selbständige besteht ferner die Möglichkeit der freiwilligen Mitgliedschaft in der GKV. Dazu müssen sie jedoch bestimmte Voraussetzungen erfüllen – nämlich

- in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht mindestens 24 Monate oder

- unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens zwölf Monate

in der GKV versichert gewesen sein. Angerechnet werden ihnen die Zeiten der beitragsfreien Versicherung im Rahmen der Familienversicherung. Die freiwillige Mitgliedschaft können Selbständige bis zu drei Monate nach Ausscheiden aus der Versicherungspflicht in der GKV bei den Krankenkassen beantragen. Danach bleibt ihnen nur noch der Wechsel in die PKV.

Der Beitrag, den Sie als Selbständiger in der GKV zahlen müssen, orientiert sich an Ihrer gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit.

Durch den Nachweis Ihrer Einkünfte können Sie Ihren GKV-Beitrag dem tatsächlichen Einkommensniveau anpassen lassen. Dabei ist allerdings zu beachten, dass bestimmte **Mindesteinkommengrenzen** gesetzt sind, die auch bei einem tatsächlich geringeren Einkommen für die Beitragsberechnung nicht unterschritten werden. Als hauptberuflich Selbständiger gilt für Sie in der Regel ein **Mindesteinkommen** von **monatlich 2.178,75 €** (2015: 2.126,25 €). Erhalten Sie als Selbständiger einen Gründungszuschuss von der Bundesagentur für Arbeit, profitieren Sie von einer **reduzierten Mindestbemessungsgrundlage** von **1.452,50 €** (2015: 1.417,50 €). Auch ohne den Erhalt eines Gründungszuschusses können Sie auf Antrag die Beitragsbemessungsgrundlage auf 1.452,50 € senken lassen. Um in den Vorzug dieser Härtefallregelung zu kommen, dürfen jedoch Vermögen und Einkünfte – auch die des Partners – bestimmte Grenzen nicht überschreiten. Ausgeschlossen ist diese Reduzierung, wenn Sie steuerpflichtige Einkünfte aus Kapitalvermögen oder Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung erzielen.

Für freiwillig versicherte Arbeitnehmer beträgt der Krankenkassenbeitragssatz 14,6 %. Der gleiche Beitragssatz gilt auch für hauptberuflich Selbständige, die einen Anspruch auf gesetzliches Krankengeld ab der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit gewählt haben. Selbständige, die auf das Krankengeld verzichten, zahlen einen ermäßigten Beitragssatz von 14,0 %.

PKV legen der Beitragsermittlung Ihr Alter, Ihren Gesundheitszustand und die gewünschten Tarifleistungen zugrunde. Ihr Einkommen hat keinen Einfluss auf die Prämienhöhe. Somit verringern geringere Einkünfte keineswegs Ihre monatliche Belastung.

Zusätzlich besteht für Selbständige seit 2009 eine alternative Versicherungsmöglichkeit in der Krankenversicherung. Sobald sich ihr Status zu „freiwillig versichert“ ändert, können sie sich innerhalb von sechs Monaten nach Beendigung der Versicherungspflicht im Basistarif der PKV versichern.

Dabei entsprechen die Leistungen des Basistarifs denen der GKV. Der Beitrag darf den durchschnittlichen

Höchstbeitrag in der GKV nicht überschreiten. Derzeit liegt dieser bei rund 665,30 € im Monat. Allerdings gibt es keine beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und Ehepartnern wie in der GKV. Als Interessent müssen Sie keine Risikoprüfung durchlaufen, dürfen von der PKV nicht abgelehnt oder mit Zuschlägen oder Ausschlüssen belegt werden. Trotzdem bietet die PKV meist preisgünstigere und gleichzeitig leistungsstärkere Tarife an.

2 Lohnsteuer

2.1 Die Grundlagen der Mindestvorsorgepauschale

Seit der gesetzlichen Neuregelung im Jahr 2010 haben Sie als Arbeitnehmer wegen der Berücksichtigung der Kranken- und Pflegeversicherung bereits beim Lohnsteuerabzug weniger zu zahlen und somit ein höheres monatliches Nettoeinkommen. Dafür wurde eine **Mindestvorsorgepauschale** in Höhe von **12 % Ihres Arbeitslohns** – jedoch höchstens 1.900 € (bzw. 3.000 € bei Steuerklasse III) – eingeführt.

Diese greift grundsätzlich immer – es sei denn, Sie weisen Ihrem Arbeitgeber mit der Bescheinigung Ihrer Versicherung höhere Aufwendungen nach:

- Bei **sozialversicherungspflichtigen Arbeitnehmern** entspricht die Vorsorgepauschale den Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen sowie dem abziehbaren Teil der Rentenversicherungsbeiträge.
- **Privatversicherte Arbeitnehmer** können ihrem Arbeitgeber die Höhe der voraussichtlich zu zahlenden Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung (auch für Kinder und den nicht erwerbstätigen Ehegatten) mitteilen, damit die Aufwendungen bereits beim Lohnsteuerabzug steuermindernd berücksichtigt werden.

Als **sozialversicherungspflichtiger Arbeitnehmer** brauchen Sie Ihrem Dienstherrn bzw. Arbeitgeber keine weiteren Informationen zukommen zu lassen, weil er alle sozialversicherungsrelevanten Daten bereits vorliegen hat.

Sind Sie **privatversicherter Arbeitnehmer, Beamter oder Versorgungsempfänger**, ist grundsätzlich keine Mitteilung erforderlich, da die Mindestvorsorgepauschale bei der Versteuerung Ihrer Bezüge zugrunde gelegt wird.

Sollten entweder Ihre Beiträge die Höchstbeträge der Mindestvorsorgepauschale übersteigen (monatliche Aufwendungen über 158 € bzw. 250 € bei Steuerklasse III) oder Ihr Jahresarbeitslohn 15.834 € (in Steuerklasse III 25.000 €) unterschreiten und zugleich Ihre Aufwendungen höher als die arbeitslohnabhängige Mindestvorsorgepauschale sein, können Sie einen **höheren Abzug** beantragen.

Haben Sie **weitere Vorsorgeaufwendungen** (Haftpflicht-, Erwerbs- und Berufsunfähigkeitsversicherungen usw.) getragen, so ist ein steuerlicher Abzug nur noch möglich, soweit die Aufwendungen für die Kranken- und Pflegeversicherung den Höchstbetrag von 1.900 € bei Arbeitnehmern nicht übersteigen. Diese Kosten können Sie jedoch erst in Ihrer Einkommensteuererklärung geltend machen (dazu mehr unter Punkt 4.3).

2.2 Die Ermittlung der Vorsorgepauschale

Die Vorsorgepauschale im Lohnsteuerverfahren betrifft gesetzlich und privat krankenversicherte Arbeitnehmer gleichermaßen und soll Ausgaben zur sozialen Sicherheit steuerfrei stellen.

Beispiel

Herr Lehmann ist Arbeitnehmer in der GKV, Steuerklasse I und kinderlos. Er bezieht im Jahr 2016 einen jährlichen Bruttoarbeitslohn von 17.000 € und hat Anspruch auf Krankengeld.

Die Ermittlung der Vorsorgepauschale ergibt im Rahmen der Entgeltabrechnung:

Berechnung Teilvorsorgepauschale für KV/PV		
Krankenversicherung	17.000 € x 7,3 %	1.241,00 €
Pflegeversicherung	17.000 € x 1,4 % (1,15 % + 0,25 % Beitragszuschlag für Kinderlose)	238,00 €
		1.479,00 €
Mindestvorsorgepauschale für KV/PV:		
17.000 € x 12 %		2.040,00 €
maximal (Steuerklasse I)		1.900,00 €

Berechnung Teilvorsorgepauschale für Rentenversicherung (RV)	
17.000 € x 9,35 % = 1.589,50 € Arbeitnehmeranteil x 64 % (Korrekturfaktor 2016)	1.017,28 €

Vorsorgepauschale gesamt (gerundet)	
Mindestvorsorgepauschale KV/PV	1.900,00 €
+ Vorsorge RV	1.017,28 €
	2.917,28 €

3 Einkommensteuer

Seit 2010 sind Aufwendungen für die Kranken- und Pflegeversicherung voll abzugsfähig, soweit sie der sogenannten **Basisabsicherung** dienen.

3.1 Beiträge zur Basiskrankenversicherung

Zu den berücksichtigungsfähigen Krankenversicherungsbeiträgen gehören nur diejenigen, mit denen der Versicherte einen **Schutz auf Sozialhilfeniveau** erwirbt. Diese sogenannte Basiskrankenversicherung

entspricht vom Leistungsspektrum her den Leistungen der GKV mit Ausnahme des Krankengeldes.

Zu den Beiträgen für eine Krankenversicherung gehören insbesondere

- Beiträge an die GKV und
- Beiträge an die PKV.

Hinweis

Kommt es zu einer Beitragsrückerstattung, mindert dies grundsätzlich die im Erstattungsjahr als Sonderausgaben anzusetzenden Beiträge zur Krankenversicherung.

Nach den allgemeinen Grundsätzen für den Abzug von Sonderausgaben sind nur die Krankenversicherungsbeiträge abziehbar, die Sie als Versicherungsnehmer für

- sich selbst,
- Ihren nicht dauernd getrenntlebenden Ehegatten,
- Ihre steuerlich zu berücksichtigenden Kinder,
- Ihre nicht mehr kindergeldberechtigten Kinder zur Absicherung und
- Ihren eingetragenen Lebenspartner

geleistet haben.

3.1.1 Beiträge zur GKV

Beiträge zur GKV gehören grundsätzlich zu den Beiträgen für eine **Basiskrankenversicherung**, so dass sie sich in vollem Umfang steuermindernd auswirken. Im Krankheitsfall haben Sie Anspruch auf Krankengeld oder eine vergleichbare Leistung.

Der Beitragsanteil, der zur Finanzierung des Krankengeldes dient, ist jedoch nicht der Basisabsicherung zuzurechnen. Ihr Beitrag ist in diesem Fall pauschal um den für das Krankengeld aufgewendeten Beitragsanteil zu kürzen. Der **pauschale Kürzungssatz** ist gesetzlich auf **4 % der Beiträge** festgelegt. Dies gilt auch, dann wenn Sie freiwillig in der GKV versichert und mehrere Einkunftsarten zu berücksichtigen sind.

Hinweis

Diese Kürzung erfolgt nicht, wenn der Versicherte **keinen Anspruch auf Krankentagegeld** hat (z.B. bei gesetzlich versicherten Rentnern).

Erhebt Ihre Krankenkasse **Zusatzbeiträge**, sind diese ohne die 4%ige Kürzung als Beiträge für eine Basiskrankenversicherung anzusetzen. Aus dem Zusatzbeitrag selbst ergibt sich kein unmittelbarer Anspruch auf Krankengeld oder eine vergleichbare Leistung, so dass unabhängig von der Ausgestaltung des Versicherungsverhältnisses (pflicht- oder freiwillig versichert) keine Kürzung vorzunehmen ist.

Neben den Beiträgen an die inländische GKV können auch vergleichbare Zahlungen an **ausländische Sozi-**

alversicherungsträger als Beiträge für eine Basis-
krankenversicherung zu berücksichtigen sein.

Nicht zur Basisabsicherung gehören Leistungen, die
über die Pflichtleistungen der GKV hinausgehen (bei-
spielsweise Chefarztbehandlung, Einbettzimmer).

3.1.2 Beiträge zur PKV

Ihre Beiträge zur PKV gehören nur zu den Beiträgen für
eine **Basiskrankenversicherung**, soweit die Beitrags-
anteile für die im jeweiligen Versicherungstarif abgesi-
cherten Versicherungsleistungen den **Pflichtleistun-
gen der GKV** in Art, Umfang und Höhe entsprechen.

Bei Leistungen, die über die Pflichtleistungen der GKV
hinausgehen, sind die Beiträge durch das Versiche-
rungsunternehmen aufzuteilen.

Hinweis

Erhalten Sie von Ihrem Arbeitgeber Zuschüsse zur Kran-
ken- und Pflegeversicherung, sind diese steuerfrei und
können nicht als Sonderausgaben abgezogen werden. Un-
abhängig davon, ob Sie gesetzlich pflichtversichert oder
privat krankenversichert sind, entfällt ein steuerfreier Ar-
beitgeberzuschuss zur Krankenversicherung vollständig auf
Ihre Basiskrankenversicherung.

Darüber hinaus sind auch Zahlungen, für die Sie einen
steuerfreien Zuschuss von dritter Seite bekommen, nicht
als Beiträge zugunsten einer Basiskrankenversicherung
anzusetzen. Hierzu gehören steuerfreie Zuschüsse

- aus der gesetzlichen Rentenversicherung,
- von der Künstlersozialkasse und
- vom Jugendamt.

3.1.3 Beiträge zur privaten Pflegeversicherung

Beiträge zur privaten Pflegeversicherung sind in voller
Höhe der **Basisabsicherung** zuzurechnen (keine
4%ige Kürzung). Hierzu gehören Beiträge zur sozialen
und privaten Pflegepflichtversicherung.

Beiträge für **darüber hinausgehende private Pflege-
versicherungen** sind als weitere sonstige Vorsorge-
aufwendungen zu berücksichtigen.

3.2 Abzugsbeschränkungen

Ihre **sonstigen Vorsorgeaufwendungen** sind bis **ma-
ximal 2.800 €** als Sonderausgaben abziehbar, wenn
Sie Ihre Krankenversicherungsbeiträge selbst tragen
müssen. Dieser Höchstbetrag gilt auch für nicht berufs-
tätige Ehegatten von Beamten, Soldaten oder Richtern,
weil der Beihilfeanspruch für die Krankheitskosten dem
berufsangehörigen Ehegatten zusteht. Nicht berufstätige
Ehegatten besitzen keinen eigenen Beihilfean-
spruch.

Der abziehbare Höchstbetrag vermindert sich auf
1.900 €

- wenn Sie ganz oder teilweise ohne eigene Aufwen-
dungen einen Anspruch auf vollständige oder teil-
weise Erstattung oder Übernahme von Krankheits-
kosten haben oder
- für Ihre Krankenversicherung Leistungen erbracht
werden.

Bei **geringfügig Beschäftigten** leistet der Arbeitgeber
für seinen Beschäftigten zwar einen Pauschalbeitrag
zur GKV, allerdings erwirbt der Minijobber dadurch kei-
ne Leistungsansprüche aus der GKV. Daraus folgt,
dass auch dieser steuerfreie Pauschalbeitrag nicht für
die Krankenversicherung des Minijobbers erbracht wird.
Somit führt bei geringfügig Beschäftigten der vom Ar-
beitgeber gezahlte Pauschalbeitrag zur GKV nicht zum
Ansatz des verminderten Höchstbetrags für sonstige
Vorsorgeaufwendungen. Dies kann jedoch dann erfol-
gen, wenn andere Gründe es rechtfertigen (beispiels-
weise wenn der geringfügig Beschäftigte über die GKV
seines Ehegatten mitversichert ist).

Hinweis

Der Höchstbetrag ist kein zeitanteilig zu berechnender Jah-
resbetrag, weshalb Sie ihn auch dann in vollem Umfang in
Anspruch nehmen können, wenn Sie beispielsweise nur für
einen Teil des Kalenderjahres unbeschränkt steuerpflichtig
sind.

Der steuerfreie Arbeitgeberanteil zur GKV oder ein steuer-
freier Zuschuss zu den Beiträgen zur Kranken- und Pflege-
versicherung bleibt bei der Ermittlung des Höchstbetrags
unberücksichtigt.

3.2.1 Mindestansatz der Basisvorsorgebeiträge

Der Abzugsbetrag für die sonstigen Vorsorgeaufwen-
dungen, der sich unter Berücksichtigung des Höchstbe-
trags ergibt, wird mit Ihren Beiträgen für eine Basis-
kranken- und Pflegepflichtversicherung (Mindestansatz)
verglichen. Sind Ihre Basiskranken- und Pflegepflicht-
versicherungsbeiträge höher, werden diese als Sonder-
ausgaben angesetzt. Ihre weiteren sonstigen Vorsorge-
aufwendungen können – vorbehaltlich einer Günstiger-
prüfung – in diesem Fall nicht mehr abgezogen werden.
Sie wirken sich daher nur aus, wenn die geleisteten
Beiträge für eine Basiskranken- und Pflegepflichtversi-
cherung geringer sind als der anzusetzende Höchstbe-
trag.

Beispiel

Der ledige Herr Müller ist Arbeitnehmer und bezieht einen
Bruttoarbeitslohn von 20.000 €. Er ist pflichtversichert in der
GKV. Seine eigenen Beiträge zur GKV betragen 1.580 €
und die zur gesetzlichen Pflegeversicherung 245 €. Herr
Müller zahlt Versicherungsbeiträge an die Arbeitslosen-,
Haftpflicht- und Unfallversicherung in Höhe von 1.000 €.

Basisabsicherung		
Beiträge zur GKV	1.580 €	
Kürzung um 4 % für Krankentagegeld	- 63 €	
Beiträge zur Basiskrankenversicherung	1.517 €	
Beiträge zur Pflegeversicherung	+ 245 €	
Summe der Basisabsicherung	1.762 €	1.762 €

Höchstbetrag sonstiger Versorgungsleistungen		
Krankenversicherungsbeiträge	1.580 €	
Pflegeversicherungsbeiträge	+ 245 €	
Beiträge zu weiteren Versicherungen	+ 1.000 €	
Summe der Beträge	2.825 €	
Höchstbetrag	1.900 €	
anzusetzender Vergleichswert		1.900 €
als Sonderausgaben abziehbar		1.900 €

3.2.2 Abzugsbeschränkung bei Zusammenveranlagung

Bei einer Zusammenveranlagung können Sie Ihre sonstigen Vorsorgeaufwendungen und die Ihres Ehegatten insgesamt bis zur Höhe eines gemeinsamen Höchstbetrags als Sonderausgaben abziehen. Dieser **gemeinsame Höchstbetrag** bestimmt sich aus der Summe der jeweils zustehenden Höchstbeträge. Liegen die insgesamt geleisteten Beiträge für eine Basiskranken- und Pflegepflichtversicherung höher als der gemeinsame Höchstbetrag, werden diese als **Sonderausgaben** angesetzt. Die weiteren sonstigen Vorsorgeaufwendungen können – vorbehaltlich der Günstigerprüfung – in diesem Fall nicht mehr abgezogen werden.

Beispiel

Die Eheleute Meier werden zusammen veranlagt. Herr Meier ist Polizeibeamter und hat einen Beihilfeanspruch für seine Krankheitskosten. Daneben zahlt er für seine PKV insgesamt 2.700 € (inklusive Wahlleistungen in Höhe von 300 €) und für die private Pflegeversicherung 300 €.

Frau Meier ist Freiberuflerin und zahlt insgesamt 7.000 € für ihre PKV (inklusive Wahlleistungen in Höhe von 1.000 €) und für ihre private Pflegeversicherung 1.000 €. Zusätzlich hat Frau Meier eine Rentenversicherung mit Kapitalwahlrecht abgeschlossen. Dafür leistet sie Beiträge von 4.000 €.

Basisabsicherung		
Beiträge zur Basiskrankenversicherung Ehemann	2.400 €	
Beiträge zur Basiskrankenversicherung Ehefrau	+ 6.000 €	
Beiträge zur Pflegeversicherung Ehemann	+ 300 €	
Beiträge zur Pflegeversicherung Ehefrau	+ 1.000 €	
Summe der Basisabsicherung	9.700 €	9.700 €

Höchstbetrag sonstiger Versorgungsleistungen		
Krankenversicherungsbeiträge Ehemann	2.700 €	
Krankenversicherungsbeiträge Ehefrau	+ 7.000 €	
Pflegeversicherungsbeiträge Ehemann	+ 300 €	
Pflegeversicherungsbeiträge Ehefrau	+ 1.000 €	
Beiträge zur Rentenversicherung (4.000 € x 88 %)	+ 3.520 €	
Summe der Basisabsicherung	14.520 €	14.520 €
Höchstbetrag Ehemann	1.900 €	
Höchstbetrag Ehefrau	2.800 €	
gemeinsamer Höchstbetrag	4.700 €	
abzusetzender Vergleichswert		4.700 €
als Sonderausgaben abziehbar		9.700 €

3.2.3 Ehegatten: Abzugsbeschränkung bei getrennter Veranlagung

Der Höchstbetrag und der Mindestansatz der Beiträge für eine Basiskranken- und Pflegepflichtversicherung werden bei einer getrennten Veranlagung von Ehegatten **für jeden einzeln** ermittelt.

Für den **Mindestansatz** sind nur die Beiträge zur Basiskranken- und Pflegepflichtversicherung zu berücksichtigen, die der jeweilige Ehegatte als Versicherungsnehmer geleistet hat. Dazu gehören auch Beiträge zur Basiskranken- und Pflegepflichtversicherung der Kinder des jeweiligen Gatten, wenn dieser auch Versicherungsnehmer ist. Für den Fall, dass das **Kind selbst Versicherungsnehmer** ist und die Beiträge zur Basiskranken- und Pflegepflichtversicherung von den Ehegatten gemeinsam getragen werden, können diese die Zuordnung der geleisteten Beiträge bestimmen. Fehlt eine solche Bestimmung, folgt die Zuordnung der Beiträge der Zuordnung der Freibeträge für Kinder.

Beispiel

Die Eheleute Huber werden getrennt veranlagt. Herr Huber ist Autohausangestellter mit einem jährlichen Bruttoarbeitslohn von 20.000 € und in der GKV pflichtversichert. Seine eigenen Beiträge zur GKV betragen 1.580 € und zur gesetzlichen Pflegeversicherung 245 €. Außerdem zahlt er Beiträge an die Arbeitslosen-, Haftpflicht- und Unfallversicherung in Höhe von 1.000 €.

Frau Huber ist selbständige Inhaberin eines Ladenlokals. Für ihre PKV hat sie insgesamt 6.000 € (zuzüglich 1.000 € für Wahlleistungen) und für ihre private Pflegeversicherung 1.000 € gezahlt. Zusätzlich hat sie für eine Kapitallebensversicherung Beiträge in Höhe von 5.000 € gezahlt.

Der gemeinsame Sohn der Hubers studiert und ist in der studentischen Krankenversicherung selbst versichert. Seine Mutter zahlt ihm den Jahresbeitrag von 2.000 €, ohne dass eine gesonderte Zuordnung getroffen worden ist.

Ehemann: Basisabsicherung		
Beiträge zur GKV	1.580 €	
Kürzung um 4 % (Krankengeld)	- 63 €	
Beiträge zur Basiskrankenversicherung	1.517 €	
Beiträge zur Pflegepflichtversicherung	+ 245 €	
Beiträge zur Basiskrankenversicherung des Sohns (1/2 Anteil)	+ 1.000 €	
Summe der Basisabsicherung	2.762 €	2.762 €

Höchstbetrag sonstiger Vorsorgeleistungen		
Krankenversicherungsbeiträge	1.580 €	
Pflegeversicherungsbeiträge	+ 245 €	
Beiträge zu weiteren Versicherungen	+ 1.000 €	
Beiträge zur Basiskrankenversicherung des Sohns (1/2 Anteil)	+ 1.000 €	
Summe der Beiträge	3.825 €	
Höchstbetrag Ehemann	1.900 €	
abzusetzender Vergleichswert		1.900 €
als Sonderbeitrag abziehbar		2.762 €

Ehefrau: Basisabsicherung		
Beiträge zur PKV	6.000 €	
Beiträge zur Pflegepflichtversicherung	+ 1.000 €	
Beiträge zur Basiskrankenversicherung des Sohns (1/2 Anteil)	+ 1.000 €	
Summe der Basisabsicherung	8.000 €	8.000 €

Höchstbetrag sonstiger Vorsorgeleistungen		
Krankenversicherungsbeiträge	7.000 €	
Pflegeversicherungsbeiträge	+ 1.000 €	
Beiträge zur Basiskrankenversicherung des Sohns (1/2 Anteil)	+ 1.000 €	
Beiträge zur Lebensversicherung (88 % von 5.000 €)	+ 4.400 €	
Summe der Beiträge	13.400 €	
Höchstbetrag Ehefrau	2.800 €	
abzusetzender Vergleichswert		2.800 €
als Sonderbeitrag abziehbar		8.000 €

Hinweis

Ab dem Veranlagungszeitraum 2013 ist die getrennte Veranlagung entfallen, seitdem können Eheleute die Einzelveranlagung mit Grundtarif wählen. Hierbei werden der Höchstbetrag und der Mindestansatz zur Basisvorsorge für jeden Ehegatten getrennt ermittelt. Für den Mindestansatz sind nur die vom jeweiligen Ehegatten als Versicherungsnehmer geleisteten Beiträge für eine Basiskranken- und Pflegepflichtversicherung berücksichtigungsfähig. Auf gemeinsamen Antrag können die Ehegatten die gesamten Sonderausgaben jeweils zur Hälfte aufteilen.

3.3 Gesundheitsausgaben als außergewöhnliche Belastungen

Ein Teil Ihrer Gesundheitsausgaben wird oft nicht von der Krankenkasse übernommen und muss von Ihnen selbst geleistet werden. In Ihrer Einkommensteuererklärung lassen sich einige dieser Posten (zumindest teilweise) als außergewöhnliche Belastungen absetzen, darunter:

- **Abnehmpillen, Viagra** oder die **Antibaby-Pille** bei einer medizinischen Indikation
- alle Kosten, die der Vorbeugung, Linderung oder Beseitigung einer **Allergie** dienen
- **alternative Behandlungsmethoden** (wie Akupunktur), wenn ein Attest vom Amtsarzt vorliegt
- Kosten der **Unterbringung von Kindern und Jugendlichen im Internat**, wenn dies aus einem medizinischen Grund erfolgt
- Kosten einer **Augenlaseroperation**
- Kosten für einen von der Krankenkasse nicht übernommenen **Klinikaufenthalt**
- Kosten für Maßnahmen im Zusammenhang mit einer **Geburt** wie die Geburtsvorbereitung, unterstützende homöopathische Arzneimittel, Kosten für Geburt, Nachsorge und für eine Hebamme
- bei **gesetzlich Krankenversicherten frei verkäufliche Medikamente und Rezeptzuzahlungen**, wenn Quittungen gesammelt und vorgelegt werden können
- bei **privat Krankenversicherten sämtliche Arzneimittel, die nicht von der Versicherung gedeckt werden**, wenn die Zahlungsbelege vorgelegt werden
- die Kosten einer **künstlichen Befruchtung**
- die Kosten eines von der Krankenkasse nicht übernommenen **Kuraufenthalts**, dessen Notwendigkeit ärztlich attestiert ist; jedoch zieht das Finanzamt 20 % von der Summe der Kosten ab, weil man während des Kuraufenthalts Unterhaltskosten spart
- **kosmetische Operationen**, wenn sie dazu dienen, Missbildungen zu behandeln, medizinisch indiziert sind oder psychische Probleme beheben sollen
- Kosten für die **private Unterbringung eines Kindes** statt der Unterbringung in einem Kinderklinikum, wenn ein Amtsarzt bestätigt, dass die Kur dennoch den gewünschten Effekt bringt
- Kosten einer **Kur**, deren Grund in einem Arbeitsunfall, Arbeitswegunfall oder einer beruflich bedingten Krankheit liegt
- Kosten einer **medizinisch notwendigen Sportart**, wenn das Training von einem Arzt oder einer zur Heilkunde zugelassenen Person durchgeführt wird

- Kosten für einen **Heilpraktiker**, deren Notwendigkeit ärztlich bescheinigt ist
- Kosten von **Heilbehandlungen** wie Krankengymnastik, Massage, Bewegungstherapie, Fango, Sprach- und Ergotherapie, sofern ein ärztliches Attest vorliegt
- Kosten für **Hilfsmittel** wie Brillen, Kontaktlinsen, Prothesen, Hörgeräte, Schuheinlagen, aber auch **bauliche Maßnahmen**, um einen Wohnraum behindertengerecht auszugestalten; kranke und behinderte Personen können derartige Kosten problemlos absetzen, Gesunde benötigen ein ärztliches Attest
- Kosten für **in Deutschland nicht zugelassene Medikamente** für schwer oder unheilbar Erkrankte, die als medizinisch wirksam und erfolgversprechend eingestuft werden
- Kosten für **Zahnersatz und Zahnbehandlungen**, sofern sie nicht von der Krankenkasse übernommen werden

3.4 Nachweispflichten

Über das Steuervereinfachungsgesetz 2011 wurde erstmals gesetzlich definiert, wie die Zwangsläufigkeit von Krankheitskosten gegenüber dem Finanzamt nachgewiesen werden muss, damit die Kosten als außergewöhnliche Belastung anerkannt werden.

Danach bestehen folgende Stufen der Nachweisführung:

Kein Nachweis

Die Kosten für **übliche medizinische Behandlungen** dürfen ohne ärztliche Verordnung bzw. ohne amtsärztliches Gutachten abgezogen werden.

Einfacher Nachweis

Kosten für **Arznei-, Heilmittel** und sogenannte **Hilfsmittel im engeren Sinne** (z.B. Hörgeräte, Brillen und Prothesen) werden von den Finanzämtern nur anerkannt, wenn der Steuerbürger eine **Verordnung eines Arztes oder Heilpraktikers** vorweisen kann.

Qualifizierter Nachweis

Bestimmte Kosten werden nur dann steuerlich anerkannt, wenn der Steuerbürger dem Finanzamt ein vorab ausgestelltes **amtsärztliches Gutachten** oder eine **vorab ausgestellte ärztliche Bescheinigung eines medizinischen Dienstes** der Krankenversicherung vorlegen kann. Folgende Maßnahmen werden von dieser Nachweisregel erfasst:

- Bade- und Heilkuren
- eine Vorsorgekur (hier ist auch die Gefahr der durch die Kur abzuwendenden Krankheit zu bescheinigen)
- eine Klimakur mit medizinisch angezeigtem Kurort und die voraussichtliche Dauer der Kur

- psychotherapeutische Behandlungen, auch nach Ablauf der Bezuschussung durch die Krankenversicherung
- die medizinisch erforderliche auswärtige Unterbringung eines an Legasthenie oder einer anderen Behinderung leidenden Kindes
- die Notwendigkeit der Betreuung durch eine Begleitperson, sofern sich diese nicht bereits aus dem Nachweis der Behinderung ergibt
- medizinische Hilfsmittel, die als allgemeine Gebrauchsgegenstände anzusehen sind
- wissenschaftlich nicht anerkannte Behandlungsmethoden (etwa Frisch- und Trockenzellenbehandlungen, Sauerstoff-, Chelat- und Eigenbluttherapie)

Sonderfall Krankenbesuche

Bei Krankenbesuchen ist eine Bescheinigung des behandelnden Krankenhausarztes für Besuchsfahrten zu einem für längere Zeit im Krankenhaus liegenden Ehegatten oder Kind notwendig. Hieraus muss hervorgehen, dass der Besuch zur Heilung oder Linderung einer Krankheit entscheidend beitragen kann.

Wir stehen Ihnen gerne für weitere Fragen zur Verfügung.

Rechtsstand: September 2016

Alle Informationen und Angaben in diesem Mandanten-Merkblatt haben wir nach bestem Wissen zusammengestellt. Sie erfolgen jedoch ohne Gewähr. Diese Information kann eine individuelle Beratung im Einzelfall nicht ersetzen.