

Allokative und distributive Aspekte des Bürgerentlastungsgesetzes

Das von Bundestag und Bundesrat Mitte des Jahres 2009 verabschiedete Gesetz zur verbesserten steuerlichen Berücksichtigung von Vorsorgeaufwendungen sieht eine Ausweitung des Sonderausgabenabzugs von Beiträgen zur Kranken- und Pflegeversicherung im Einkommensteuerrecht ab dem Jahr 2010 vor. Im Gegensatz zu der aktuellen Diskussion, in der die Entlastungswirkungen im Mittelpunkt stehen, greift dieser Beitrag bislang weniger beleuchtete allokative und distributive Aspekte dieser Gesetzesänderung insbesondere für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung auf.

■ Anna Rosinus, Michael Tröger

Einleitung

Seit dem 1.1.2010 haben sich die steuerlichen Rahmenbedingungen geändert, unter denen die Menschen in Deutschland entsprechend ihrer persönlichen Möglichkeiten Vorsorge gegen die großen Lebensrisiken wie Krankheit und Pflegebedürftigkeit treffen können.¹ Auslöser für die Neuregelung der Abzugsmöglichkeiten sonstiger Vorsorgeaufwendungen im Einkommensteuerrecht war ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts im Jahr 2008.² Das Gericht hatte festgestellt, dass die Vorschriften des Einkommensteuergesetzes zum Umfang der steuerlichen Berücksichtigung von Beiträgen zugunsten einer privaten Kranken- und Pflegeversicherung mit dem Grundgesetz unvereinbar sind, soweit sie nicht die volle steuerliche Absetzbarkeit der Beiträge zur sozialhilfegleichen Kranken- und Pflegeversicherung des Steuerpflichtigen und seiner Familie gewährleisten. Nach Auffassung des Gerichts schütze das Prinzip der Steuerfreiheit des Existenzminimums nicht nur das sogenannte sächliche Existenzminimum, sondern auch Beiträge zu privaten Versicherungen für den Krankheits- und Pflegefall, soweit diese existenznotwendig seien. Für die Bemessung dieses existenznotwendigen Aufwands sei auf das sozialhilferechtlich gewährleistete Leistungsniveau der Kranken- und Pflegeversicherung als eine das Existenzminimum quantifizierende Vergleichsebene abzustellen.

Dr. Anna Rosinus, Dipl. Kauffrau und Dipl. Volkswirtin, SCHUFA Holding AG. Dr. Michael Tröger, Dipl. Volkswirt, MaschmeyerRürup AG. Beide Autoren vertreten hier ihre persönliche Auffassung.

Der Gesetzgeber wurde daher verpflichtet, die steuerliche Abzugsfähigkeit jener Beiträge für gesetzlich und privat Versicherte zu überprüfen und mit Wirkung zum 1.1.2010 eine Neuregelung zu erlassen.

Durch das Gesetz zur verbesserten steuerlichen Berücksichtigung von Vorsorgeaufwendungen³ vom 16.7.2009 können nun privat Krankenversicherte erstmals die zusätzlichen Beiträge für ihre Ehepartner, gleichgeschlechtlichen Lebenspartner sowie für mitversicherte Kinder nahezu vollständig absetzen. Darüber hinaus werden zur Sicherstellung der Gleichbehandlung von gesetzlich und privat Versicherten ab dem Veranlagungsjahr 2010 die gesetzlich wie privat versicherten Steuerpflichtigen nach gleichem Grundsatz steuerlich entlastet. Im Rahmen dieses Beitrags soll näher untersucht werden, welche Anreiz- und Verteilungswirkungen sich daraus für gesetzlich versicherte Steuerpflichtige ergeben. Obwohl deren einkommensteuerrechtliche Behandlung nur mittelbar im Focus der Verfassungsbeschwerde stand, sind die gesetzlich Versicherten von der Neuregelung unmittelbar betroffen.

Vorsorgeaufwendungen und Rechtslage bis zum 31.12.2009

Bislang waren die Beiträge für eine Kranken- und Pflegeversicherung nur in einem sehr eingeschränkten Umfang von der steuerlichen Bemessungsgrundlage abziehbar. Seit dem Jahr 2005 wird im Einkommensteuerrecht gemäß § 10 EStG zwischen den Altersvorsorgeaufwendungen und sonstigen Vorsorgeaufwendungen unterschieden.

Zu Letzteren zählen seitdem all jene Aufwendungen für Personenversicherungen, die nicht den Altersvorsorgeaufwendungen zugeordnet werden, also neben den Beiträgen etwa zur Arbeitslosen-, Erwerbs- und Berufsunfähigkeits-, Unfall- und Haftpflichtversicherung auch die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung. Der Höchstbetrag der abzugsfähigen sonstigen Vorsorgeaufwendungen wurde auf den Betrag von 2.400 Euro pro Jahr beschränkt. Für die steuerpflichtigen Personen, die einen steuerfreien Zuschuss zur Krankenversicherung erhalten oder beihilfeberechtigt sind, wurde abweichend ein gekürzter Höchstbetrag für sämtliche sonstigen Vorsorgeaufwendungen zusammen von jährlich 1.500 Euro vorgesehen. Bei Zusammenveranlagung galt fortan der jeweilige Höchstbetrag personenbezogen. Aufwendungen für z.B. die private Krankenversicherung der Kinder konnten nicht steuerlich geltend gemacht werden.⁴

Umsetzung des Bundesverfassungsgerichtsurteils

Mit der Umsetzung des Bundesverfassungsgerichtsurteils durch das Bürgerentlastungsgesetz wird der bisherige Sonderausgabenabzug für sonstige Vorsorgeaufwendungen umgestaltet. Ab dem 1.1.2010 werden die Beiträge für eine gesetzliche oder private Kranken- und Pflegeversicherung auf sozialhilfegleichem Leistungsniveau⁵ in Höhe der der steuerpflichtigen Person tatsächlich erwachsenen Aufwendungen für sich, ihren Ehegatten, ihren eingetragenen Lebenspartner und ihre Kinder berücksichtigt.⁶

Der Gesetzgeber orientiert sich bei der Bemessung des sozialhilfegleichen Leistungsniveaus, das für die steuerrechtliche Berücksichtigung von Aufwendungen für die Kranken- und Pflegevorsorge im Rahmen des Sonderausgabenabzugs maßgeblich ist, im Wesentlichen am Leistungsniveau der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Demnach können als Aufwendungen für die Pflegevorsorge gemäß § 10 Absatz 1 Nr. 3 Buchstabe b EStG Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung in voller Höhe angesetzt werden und Beiträge zur privaten Pflegeversicherung nur mit jenem Anteil, der der gesetzlichen Pflegeversicherung – der Pflichtversicherung – entspricht.

Als Aufwendungen für die Krankenvorsorge können gemäß § 10 Absatz 1 Nr. 3 Buchstabe a Satz 1 EStG Beiträge zu Krankenversicherungen geltend gemacht werden, soweit diese zur Erlangung eines durch das Zwölfte Buch Sozialgesetzbuch bestimmten sozialhilfegleichen Versorgungsniveaus erforderlich sind. Für die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung sind dies nach § 10 Absatz 1 Nummer 3 Buchstabe a Satz 2 und 4 EStG die nach dem Dritten Titel des Ersten Abschnitts des Achten Kapitels des Fünften Buches Sozialgesetzbuch („Beitragsätze, Zusatzbeitrag“) festgesetzten Beiträge mit Ausnahme der Beitragsanteile⁷, die auf einen Krankengeldanspruch entfallen. Neben den kassenübergreifend einheitlichen Beiträgen können somit auch Zusatzbeiträge gemäß § 242 SGB V in voller Höhe steuerlich geltend gemacht werden. Prämien zu Wahlтарифen hingegen sind ebenso wenig abzugsfähig wie Beiträge, die zur Finanzierung von Zusatz-

leistungen oder Komfortleistungen aufgewendet werden. Demgegenüber mindern die im Veranlagungszeitraum erstatteten Beiträge für eine existenznotwendige Krankenversicherung den insgesamt steuerrechtlich abzugsfähigen Krankenversicherungsbeitrag, da diese die steuerpflichtige Person wirtschaftlich nicht belasten.

Versicherte in der privaten Krankenversicherung können als Aufwendungen für die Krankenvorsorge den Vorgaben in § 10 Absatz 1 Nr. 3 Buchstabe a Satz 1 EStG entsprechend nur diejenigen Beitragsanteile geltend machen, die auf Vertragsleistungen entfallen, die, mit Ausnahme des Krankengelds, in Art, Umfang und Höhe mit den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Fünften Buchs Sozialgesetzbuches vergleichbar sind.⁸ Gemäß § 10 Absatz 1 Nr. 3 Buchstabe a Satz 3 und 4 EStG sind daher aus dem Beitrag zur privaten Krankenversicherung jene Beitragsanteile herauszurechnen, die der Finanzierung von Komfortleistungen wie der stationären Versorgung im Einbettzimmer oder auch der Chefarztbehandlung, des Krankenhaustagegelds oder auch des Krankentagegelds dienen.⁹

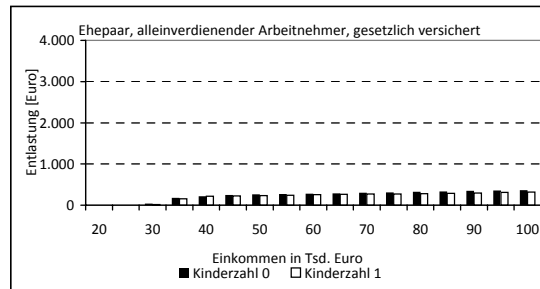
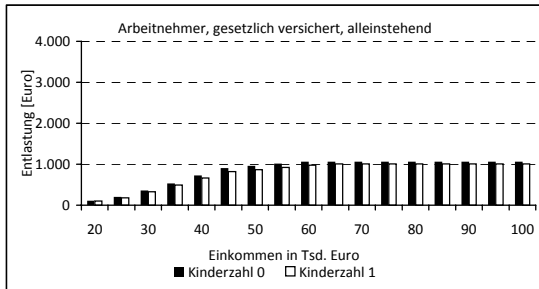
Mit Blick auf privat und gesetzlich versicherte Steuerpflichtige mit einem geringen Einkommen hat der Gesetzgeber in Anlehnung an die bisherige Rechtslage ein gemeinsames Abzugsvolumen für sonstige Vorsorgeaufwendungen vorgesehen. Die bisherigen jährlichen Abzugsvolumina erhöhen sich um 400 Euro und betragen fortan 1.900 Euro bzw. 2.800 Euro. Das jeweilige Abzugsvolumen steht primär für Beiträge zugunsten einer Basiskranken- und Pflegepflichtversicherung zur Verfügung. Wird jedoch die jeweilige Höchstgrenze nicht überschritten, sind bis zur Ausschöpfung des Maximums gemäß § 10 Absatz 4 Satz 1 i.V.m. Absatz 1 Nr. 3 und Nr. 3a EStG weitere sonstige Vorsorgeaufwendungen abzugsfähig.

In allen anderen Fällen, in denen der Basiskrankenversicherungs- und Pflegepflichtversicherungsbeitrag aus gesetzlicher oder privater Versicherung die Höchstgrenzen übersteigen, können die weiteren sonstigen Vorsorgeaufwendungen nicht mehr steuerlich berücksichtigt werden. Zudem wird beim Sonderausgabenabzug weiterhin die Günstigerprüfung gemäß § 10 Absatz 4a EStG bis zum Jahr 2019 vorgenommen. Diese dient dazu, eine mögliche Schlechterstellung im Vergleich zum bis 2004 geltenden Rechtsstand zu verhindern. Zu beachten ist, dass ab dem Veranlagungsjahr 2011 das nach altem Recht zu berücksichtigende Abzugsvolumen sukzessive abgebaut wird.

Entlastungs- und Verteilungswirkungen

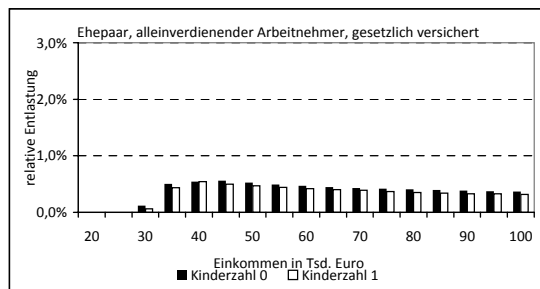
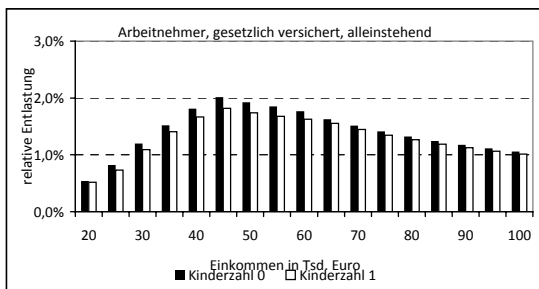
Mit dieser vom Gesetzgeber gewählten Umsetzung des Bundesverfassungsgerichtsurteils werden nach Angaben des Bundesministeriums der Finanzen die privaten Haushalte jährlich um über 9 Mrd. Euro entlastet.¹⁰ Mit 7,3 Mrd. Euro entfällt dabei das Entlastungsvolumen zu einem überwiegenden Teil (77%) auf die Gruppe der gesetzlich und privat versicherten Arbeitnehmer.¹¹ Rund 85% aller veranlagten und mit Einkommensteuer belasteten Arbeit-

Schaubild 1: Entlastungswirkungen



Quelle: Eigene Berechnungen.

Schaubild 2: Verteilungswirkungen



Quelle: Eigene Berechnungen.

nehmer werden nach Angabe des Ministeriums steuerlich entlastet.

Die entlastende Wirkung des einzelnen gesetzlich Versicherten hängt – ebenso wie bei den hier nicht näher betrachteten privat Versicherten – stark von der individuellen Situation ab, neben der Höhe des zu versteuernden Einkommens bspw. vom Familienstand oder auch der Zahl der Kinder.¹² Modellrechnungen¹³ für unterschiedliche Teilgruppen der hier im Mittelpunkt der Analyse stehenden gesetzlich versicherten Arbeitnehmerhaushalte zeigen jedoch auf, dass prinzipiell die absolute jährliche Entlastung durch das Bürgerentlastungsgesetz sowohl mit der Höhe der Vorsorgeaufwendungen als auch mit der Grenzsteuerbelastung und damit mit dem Einkommen zunimmt (vgl. Schaubild 1).¹⁴

Aus diesem Befund darf jedoch nicht der Schluss gezogen werden, dass es sich um ein besonderes Steuergeschenk der Politik an Steuerpflichtige mit höheren Einkommen handelt. Vielmehr zeigt sich im Anstieg der absoluten Entlastung, dass mit der Gesetzesänderung eine Stärkung des Prinzips der Besteuerung nach der Leistungsfähigkeit im deutschen Einkommensteuerrecht erfolgt.

Der Abbau von Ungleichbehandlungen bezüglich der steuerlichen Berücksichtigung von Vorsorgeaufwendungen führt dabei nicht zu einer Verstärkung der Einkommenskonzentration bzw. einer Verringerung der sozialstaatlichen Umverteilung. Dies wäre nur dann der Fall, wenn in relativer Betrachtung die Entlastung mit dem Einkommen ansteigen würde.¹⁵ Vielmehr machen die Modellrechnungen deutlich, dass die relative Entlastung – bedingt durch den progressiven Steuertarif – mit steigendem Bruttoeinkommen nur bis zu einem gewissen Einkommensbereich zunimmt, bevor sie wieder abnimmt (vgl. Schaubild 2).

Anreizwirkungen

Mit der Neuregelung des Sonderausgabenabzugs verändern sich für gesetzlich kranken- und pflegeversicherte Steuerpflichtige nicht nur die steuerlichen Rahmenbedingungen und damit die monetären Anreize für die zusätzliche Vorsorge bei den anderen Lebensrisiken wie beispielsweise der Berufsunfähigkeit, sondern auch und gerade im Bereich der Krankenvorsorge. Wie ein roter Faden durchziehen Maßnahmen zur Stärkung der Präferenzorientie-

rung von gesetzlich Versicherten die gesetzgeberischen Aktivitäten im Rahmen der Gesundheitsreformen der letzten Jahre. Dieser Prozess einer konsequenten Ausweitung von Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten wurde durch das Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 mit der freien Kassenwahl wesentlich eingeleitet und mit dem im Jahr 2006 beschlossenen GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, das als Fortführung des Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung zu verstehen ist und weitere grundlegende Strukturreformen in Richtung einer verstärkten Berücksichtigung der Präferenzen der gesetzlich Versicherten vorsieht, fortgesetzt. So ist durch den neuen § 53 SGB V eine Reihe erweiterter Optionen für Wahltarife in der GKV eingeführt worden, die, sieht man von einzelnen Beschränkungen ab, von allen gesetzlich Versicherten in Anspruch genommen werden können und den Spielraum für Angebotsdifferenzierungen auf dem GKV-Versicherungsmarkt erhöht: Die Krankenkassen sind verpflichtet, Wahltarife für besondere Versorgungsformen anzubieten; verpflichtend sind darüber hinaus Tarife für Versicherte ohne Anspruch auf Krankengeld. Die optionale Tarifpalette umfasst darüber hinaus Selbstbehalttarife, Kostenerstattungstarife, Tarife bei Nichtinanspruchnahme von Leistungen, Tarife für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen und Tarife bei eingeschränktem Leistungsumfang.¹⁶

Flankierend kam mit der Einführung des Gesundheitsfonds zum 1.1.2009 hinzu, dass im Rahmen der Regelabsicherung Beitragsunterschiede, an denen Versicherte ihre freie Anbieterwahl orientieren können, sichtbarer und spürbarer für die gesetzlich Versicherten werden können. Denn nach der Umstellung auf einen einheitlichen, vom Gesetzgeber festgelegten kassenübergreifend geltenden Beitragssatz, äußern sich nun Preisunterschiede darin, dass Krankenkassen für einen nahezu gleichwertigen Krankenversicherungsschutz – etwa 93 Prozent der Leistungen sind gesetzlich vorgegeben¹⁷ – je nach kassenindividueller Finanzsituation Zusatzbeiträge erheben (müssen) oder Rückerstattungen ausschütten (können).

Ob nun jedoch vom Gesetzgeber mit den neuen steuerlichen Rahmenbedingungen zielgerichtete Anreize zu einem eigenverantwortlichen Umgang mit den Ressourcen des öffentlichen Gesundheitssystems – wie nicht zuletzt mit der Ausweitung der Präferenzorientierung beabsichtigt – gesetzt werden, ist bislang in der öffentlichen Diskussion kaum behandelt worden und scheint fraglich. Denn ist eine Krankenkasse beispielsweise aufgrund ihrer wirtschaftlichen und effizienten Leistungserstellung oder auch aufgrund ihrer „günstigen“ Versichertenstruktur in der Lage, Beitragsrückerstattungen gemäß § 242 SGB V an ihre Mitglieder zu gewähren, so führen diese Rückzahlungen zu einer Reduktion des Sonderausgabenabzugs und damit zu geringeren Einkommensteuerentlastungen. Der finanzielle Vorteil einer Mitgliedschaft in einer prämienerstattenden Krankenkasse wird somit für die gesetzlich Versicherten, sofern diese einkommensteuerpflichtig sind, über das Steuersystem reduziert. Andererseits wird die finanzielle Belastung infolge der Erhebung eines Zusatzbeitrags im Unterschied zu den gesetzlich versicherten Kassenmitglie-

dern, die nicht mit Einkommensteuer belastet sind, künftig über das Steuersystem und damit von der Allgemeinheit der Steuerzahler in einem gewissen Umfang absorbiert.

Die neuen steuerlichen Rahmenbedingungen reduzieren somit bei den mit Einkommenssteuer belasteten Kassenmitgliedern die aus Beitragssatzunterschieden entstehenden Vor- bzw. Nachteile. Dies dürfte dazu beitragen, die empirisch beobachtbare Entwicklung zu konservieren oder gar zu befördern, nach der die Wechselbereitschaft der Versicherten sich immer mehr an Qualitäts- und Versorgungsaspekten orientiert und der gesamte Krankenversicherungsbeitrag unter Einschluss etwaiger Zusatzbeiträge oder Erstattungen seine Bedeutung als Wechselmotiv und Wettbewerbsparameter in einem ohnehin dysfunktionalen Kassenwettbewerb verliert.¹⁸

Auch bei der Inanspruchnahme von Wahltarifen, die im Wettbewerb um Versicherte als Wettbewerbsparameter dienen und mit denen Verhaltensanreize gesetzt werden sollen, die eine gesundheitsbewusste Lebensführung fördern, die Teilnahme an Hausarzt- und Versorgungsprogrammen begünstigen und die Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen mittels Selbstbehalt- oder Beitragsrückerstattungen beeinflussen, muss infolge der neuen steuerlichen Rahmenbedingungen mit Veränderungen gerechnet werden. Zum einen werden keine besonderen steuerlichen Anreize für die Inanspruchnahme von Wahltarifen gesetzt, die über die Regelversorgung im Sinne des § 10 EStG hinausgehen und für die eine zusätzliche Prämie an die Krankenkasse gezahlt werden muss. Denn diese Mehrkosten erhöhen nicht den Sonderausgabenabzug. Zum anderen wird ein negativer steuerlicher Anreiz bei der Inanspruchnahme von Selbstbehalt- und Beitragsrückerstattungstarifen gesetzt. Bei den optional angebotenen Beitragsrückerstattungstarifen mindern die Erstattungen den als sonstige Vorsorgeaufwendungen abzugsfähigen Betrag, so dass im Vergleich zu gesetzlich Versicherten, die keine Einkommensteuer zahlen, der finanzielle Vorteil der Inanspruchnahme eines derartigen Tarifs durch die Reduzierung der Steuerersparnis geschmälert wird. Ähnlich verhält es sich, wenn im Versicherungsverhältnis ein Selbstbehalt vereinbart wird. Nur der reduzierte Krankenversicherungsbeitrag kann künftig als sonstige Vorsorgeaufwendungen qualifiziert werden. Anfallende Krankheitskosten, für die kein Anspruch auf Erstattung seitens der Krankenkasse besteht, belasten den Steuerpflichtigen, sind jedoch keine Krankenversicherungsbeiträge im Sinne des § 10 Absatz 1 Nr. 3 und 3a EStG und damit keine Sonderausgaben.¹⁹

Die neuen steuerlichen Rahmenbedingungen stehen somit in einem gewissen Widerspruch zu der gesundheitspolitischen Intention der Wahltarife, deren Leitgedanke die Verbesserung der Effizienz und der Qualität im Gesundheitswesen ist. Andererseits könnte die Neuregelung des Sonderausgabenabzugs dazu beitragen, einer Aushöhlung des Prinzips der Solidarität in der GKV entgegenzuwirken. Denn Wahltarife sind mit dem für jede Sozialversicherung typischen Prinzip der risikounabhängigen Beiträge und mit den Solidarprinzipien der GKV nicht vereinbar, insoweit durch sie die Beitragsleistungen der sogenannten

„guten Risiken“ – jung, gesund und hohes Einkommen – verringert werden, wie es für die Tarife mit Selbstbehalt oder Prämien bei Nichtinanspruchnahme zu erwarten ist.²⁰

Etwas anders dürften sich die unter steuerlichen Aspekten ergebenden Anreizwirkungen sowohl mit Blick auf die Kassenwahl als auch die Inanspruchnahme von Wahlтарifen bei denjenigen Steuerpflichtigen darstellen, deren berücksichtigungsfähige Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge die Höchstgrenzen von 1.900 Euro bzw. 2.800 Euro unterschreiten. Lediglich dieser Versichertenkohorte wurde die Möglichkeit der Geltendmachung von weiteren sonstigen Vorsorgeaufwendungen eingeräumt. Dabei verringert sich mit steigendem beitragspflichtigen Einkommen und damit verbunden steigenden Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen das für die steuerliche Abziehbarkeit weiterer Vorsorgeaufwendungen zur Verfügung stehende Abzugsvolumen und damit die finanzielle Beteiligung des Staates an den tatsächlich anfallenden Aufwendungen für die Absicherung gegen andere Lebensrisiken. Ausgeschüttete Prämien einer Krankenkasse gemäß § 242 SGB V, Beitragsrückerstattungen oder auch eine Beitragsreduktion bei einem Selbstbehalttarif schaffen jedoch mehr Raum für den Abzug weiterer Vorsorgeaufwendungen. Unter steuerlichen Aspekten steigt daher die Attraktivität für gesetzlich versicherte Steuerpflichtige mit einem niedrigen Einkommen, sich im Rahmen der Krankenversicherung für einen Beitragsrückerstattungs- oder Selbstbehalttarif zu entscheiden oder auch eine prämienausschüttende Krankenkasse zu wählen. Ohne eine Dynamisierung der Höchstgrenzen dürften mit perspektivisch steigenden berücksichtigungsfähigen Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen infolge der demografischen Entwicklung und den damit einhergehenden steigenden Gesundheits- und Pflegekosten jedoch die Anreize für eine derartige strategische Kassen- bzw. Tarifwahl bei gesetzlich versicherten Steuerpflichtigen mit einem niedrigen Einkommen sinken und der vom Gesetzgeber sozialpolitisch motivierte Anreiz einer zusätzlichen Vorsorge gegen andere Lebensrisiken immer mehr ins Leere laufen.

Ausblick

Seit dem 1.1.2010 haben sich nicht nur für die privat, sondern auch gesetzlich kranken- und pflegeversicherten Steuerpflichtigen die steuerlichen Rahmenbedingungen für die Vorsorge gegen die großen Lebensrisiken wie Krankheit und Pflegebedürftigkeit geändert. Den Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts entsprechend führt die Gesetzesänderung zu einer Stärkung des Prinzips der Besteuerung nach der Leistungsfähigkeit im deutschen Einkommensteuerrecht. Unklar ist zum jetzigen Zeitpunkt jedoch, inwieweit die neuen steuerlichen Rahmenbedingungen sich insbesondere im Bereich der Gesundheitsvorsorge auf das Wahl- und Entscheidungsverhalten der privat und – hier im Mittelpunkt stehend – gesetzlich versicherten Einkommensteuerpflichtigen auswirken werden. Licht in dieses Dunkel zu bringen sollte daher Gegenstand künftiger Studien sein. Denn erst dann kann abschließend

geklärt werden, ob das aus einem verfassungsrichterlichen Auftrag mit einer anderen Zielsetzung entstandene Bürgerentlastungsgesetz im Einklang oder Widerspruch zu dem eingeschlagenen gesundheitspolitischen Reformpfad und den dort verfolgten Zielen steht.

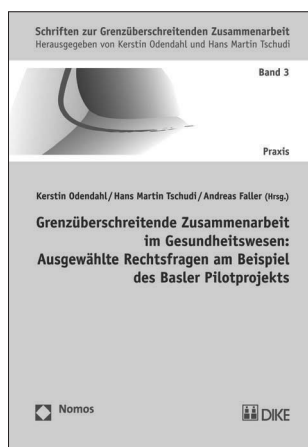
Fußnoten:

- 1 Das deutsche Einkommensteuerrecht folgt dem Prinzip der Besteuerung nach der Leistungsfähigkeit. Als Maßstab für die steuerliche Leistungsfähigkeit wird das Einkommen herangezogen, über das die Steuerpflichtigen frei verfügen können. Folgerichtig nimmt der Gesetzgeber diese unausweichlichen Aufwendungen zur Vorsorge, die das verfügbare Einkommen und damit die individuelle Leistungsfähigkeit mindern, von der Besteuerung aus. Vgl. auch Tipke/ Lang (2008, S. 88ff.).
- 2 In seinem Beschluss 2 BvL 1/06 vom 13.2.2008 hat das Bundesverfassungsgericht die bestehenden steuerlichen Abzugsmöglichkeiten für Aufwendungen zur Kranken- und Pflegeversicherung als zu niedrig und unvereinbar mit dem Grundgesetz befunden. Unter anderem hatte ein freiberuflich tätiger Rechtsanwalt geklagt, der für sich, seine nicht erwerbstätige Ehefrau und seine sechs Kinder im Jahr 1997 über 36.000 DM für private Kranken- und Pflegeversicherungen aufwenden musste, aber nur 19.830 DM steuerlich absetzen konnte.
- 3 Bundesgesetzblatt I 2009, S. 1959ff. – nachfolgend kurz: Bürgerentlastungsgesetz.
- 4 Bis zum Jahr 2019 werden im Rahmen einer Günstigerprüfung die beiden sich nach den Rechtsständen bis 2005 und ab 2005 ergebenden Abzugsvolumina verglichen und der jeweils höhere Betrag angesetzt. Siehe dazu ausführlich Tipke/ Lang (2008).
- 5 Der Gesetzgeber trägt somit dem Grundsatz Rechnung, dass das Prinzip der Steuerfreiheit des Existenzminimums nicht den Sinn hat, die Kosten eines über dem Sozialhilfeniveau liegenden Absicherungsniveaus bei den Lebensrisiken Krankheit und Pflegebedürftigkeit über die Einkommensteuer auf die Allgemeinheit zu verteilen.
- 6 Durch die Anknüpfung an die dem Steuerpflichtigen tatsächlich erwachsenen Aufwendungen berücksichtigt der Gesetzgeber, dass – anders als bei den Gütern des sächlichen Existenzminimums – die Heranziehung von bundeseinheitlichen Mittelwerten zur exakten betragsmäßigen Bezifferung der „Kosten“ einer existenznotwendigen Kranken- und Pflegeversorgung aufgrund der unterschiedlichen Art der Beitragsermittlung in der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung nicht möglich ist. Sowohl der Zugang zu einer gesetzlichen oder privaten Kranken- und Pflegeversicherung als auch die zu leistende Beitragshöhe richten sich nach einer Vielzahl von Faktoren: In der Sozialversicherung entscheiden darüber vor allem die Sozialversicherungspflichtigkeit beziehungsweise die Möglichkeit einer freiwilligen Versicherung sowie die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen; in der privaten Versicherung sind das Alter der zu versichernden Personen bei Vertragsabschluss und das Leistungsniveau des gewählten Tarifs von entscheidender Bedeutung für die Beitragshöhe.
- 7 Die Eliminierung des Krankengeldanteils, die bei den in der GKV versicherten Rentnern mangels Anspruch auf Krankengeld nicht durchzuführen ist, erfolgt gemäß § 10 Absatz 1 Nr. 3 Buchstabe a Satz 4 EStG pauschal um 4 Prozent.
- 8 Diese Basisabsicherung ist von dem sogenannten Basistarif zu unterscheiden. Die Leistungen des Basistarifs entsprechen den Pflichtleistungen der GKV und sind bei jedem Versicherungsunternehmen gleich, wohingegen die Basisabsicherung im Sinne des EStG kein spezieller Tarif ist, sondern die Absicherung der Leistungen auf dem Niveau der GKV mit Ausnahme des Krankengelds, die auch in jedem anderen Tarif als dem Basistarif enthalten sein können.
- 9 Die Ermittlung dieser nicht abzugsfähigen Beitragsanteile regelt die Krankenversicherungsbeitragsanteil-Ermittlungsverordnung auf Grundlage des § 10 Absatz 5 EStG.
- 10 Vgl. BMF (2009, 2010).
- 11 Dieser Anteil fällt ungefähr so hoch aus wie der Anteil der abhängig Beschäftigten an allen Erwerbstätigen (83%), vgl. Statistisches Bundesamt (2010).
- 12 Für eine ausführliche Auseinandersetzung zu den wirtschaftlichen Auswirkungen des Bürgerentlastungsgesetzes auf unterschiedliche Gruppen von Steuerpflichtigen siehe auch Dommermuth/ Hauer (2009).

- 13 Um ein möglichst realistisches Bild von der tatsächlichen Steuerbelastung und den Entlastungen zu erhalten, werden die gängigsten Abzugsposten vom Bruttoeinkommen berücksichtigt, d.h. das zu versteuernde Einkommen ergibt sich als Differenz von Bruttoeinkommen und – sofern in Betracht kommend – dem Werbungskostenpauschbetrag, den Kinder- und Betreuungsfreibeträgen sowie den Sonderausgaben. Als Sonderausgaben werden neben der Sonderausgabenpauschale die Vorsorgeaufwendungen berücksichtigt. Für Arbeitnehmer sind dies die Beiträge zur Arbeitslosen-, Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung. Unterstellt werden die institutionellen Rahmenbedingungen – sprich Rechengrößen der Sozialversicherung und Parameter des Einkommensteuertarifs – des Jahres 2010, einmal mit und einmal ohne die Änderungen durch das Bürgerentlastungsgesetz. Eine Ausnahme stellen hierbei die Beitragsbemessungsgrenzen dar. Zum Zeitpunkt der Berechnungen standen die neuen Rechengrößen hier noch nicht fest, weswegen den vorgestellten Ergebnissen die Werte des Jahres 2009 zugrunde liegen. Die hieraus resultierende Unschärfe ist allerdings von geringem Ausmaß, für einen gesetzlich versicherten alleinstehenden Arbeitnehmer etwa liegt der maximale Unterschied bei der jährlichen Entlastung gerade einmal bei rund 37 Euro. Die Betrachtung der steuerlichen Be- und Entlastungen erfolgt unter Berücksichtigung des Solidaritätszuschlags, Kirchensteuer wird nicht berücksichtigt. Aus Vereinfachungsgründen wurde die zuvor angesprochene Günstigerprüfung (Vergleich zum Rechtsstand bis 2004) nicht beachtet.
- 14 Bei gesetzlich Versicherten steigen die Vorsorgeaufwendungen bis zum Erreichen der Beitragsbemessungsgrenze mit dem Einkommen. Der Effekt des höheren Grenzsteuersatzes bleibt – bis das zu versteuernde Einkommen die Proportionalzone erreicht – bestehen.
- 15 Vgl. Rosinus (2010).
- 16 Für einen ausführlichen Überblick zu den Wahlтарifen in der gesetzlichen Krankenversicherung und deren ökonomischer Bewertung siehe Schulze Ehring/ Weber (2007).
- 17 Vgl. Albrecht (2009, S. 25).
- 18 Für eine ausführliche Auseinandersetzung und mitunter empirische Untersuchung mit den Wechselmotiven im Kassenwettbewerb siehe beispielsweise Andersen et al. (2007) und Weber (2009). Zu der Problematik eines dysfunktionalen Kassenwettbewerbs siehe insbesondere Albrecht (2009), Albrecht/ Rürup (2008) und SVR (2006).
- 19 Diese Aufwendungen können nur im Rahmen der Einkommensteuererklärung unter Berücksichtigung einer Zumutbarkeitsgrenze als außergewöhnliche Belastung geltend gemacht werden. Vgl. auch BMF (2009, 2010).
- 20 Vgl. auch Albrecht/ Rürup (2008).

Literatur:

- Albrecht, Martin (2009): Qualitätswettbewerb braucht Preiswettbewerb. Gleiche Preise sollten nicht auf Scheinhomogenität beruhen. In: G & G Wissenschaft. Heft 3, 9. Jg., S. 23-30.
- Albrecht, Martin/ Rürup, Bert (2008): Das deutsche Gesundheitswesen nach den Reformen von 2007. In: Merz, F. (Hrsg.). Wachstumsmotor Gesundheit. Die Zukunft unseres Gesundheitswesens. München: Carl Hanser, S. 122-147.
- Andersen Hanfried H./ Grabka, Markus M./ Schwarze, Johannes (2007): Beitragssatz, Kassenwettbewerb und Gesundheitsreform – Eine empirische Analyse. In: Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik. Bd. 227/5+6, S. 429-450.
- Dommermuth, Thomas/ Hauer, Michael (2009): Auswirkungen des Bürgerentlastungsgesetzes auf die Vorsorgeaufwendungen im Einkommensteuerrecht. In: Der Betrieb. Heft 47, S. 2512-2515.
- Bundesministerium der Finanzen – BMF (2009): Monatsbericht des BMF September 2009, Berlin, S. 36-42.
- Bundesministerium der Finanzen – BMF (2010): Fragen und Antworten zum Bürgerentlastungsgesetz – Die wichtigsten Fragen und Antworten im Überblick. http://www.bundesfinanzministerium.de/DE/Buergerinnen_und_Buerger/Arbeit_und_Steuererklaerung/003_FAQ_Buergerentlastungsgesetz.html (Verfügbarkeitsdatum: 13.1.2010).
- Rosinus, Anna (2010): Der dritte Armuts- und Reichtumsbericht im Spiegel der Kritik. In: Wirtschaftswissenschaftliches Studium 4/2010, S. 187-193.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung – SVR (2006): Jahresgutachten 2006/07, Widerstreitende Interessen – Ungenutzte Chancen, Wiesbaden.
- Schulze Ehring, Frank/ Weber, Christian (2007): Wahlтарife in der GKV – Nutzen oder Schaden für die Versichertengemeinschaft. WIP-Diskussionspapier 4/07. Wissenschaftliches Institut der PKV. Köln.
- Statistisches Bundesamt (2010): Genesis-Online Datenbank, <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online> (Verfügbarkeitsdatum 20.02.2010).
- Tipke, Klaus/ Lang, Joachim (2008): Steuerrecht. 19. Auflage. Verlag Dr. Otto Schmidt, Köln.
- Weber, Guido W. (2009): Wechseldynamik, Wechselprofile und Motive der Kassenwahlentscheidung – Empirische Befunde zum Konsumentenverhalten in der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Gesundheits- und Sozialpolitik. Bd. 6/2009, 63. Jg., S. 32-42.



Grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen

Ausgewählte Rechtsfragen am Beispiel des Basler Pilotprojekts

Schriften zur Grenzüberschreitenden Zusammenarbeit, Band 3

Herausgegeben von Kerstin Odendahl, Hans Martin Tschudi und Andreas Faller
2010, 544 S., brosch., 53,- €, ISBN 978-3-8329-5280-8

Der Sammelband stellt das Basler Pilotprojekt vor und behandelt an diesem Beispiel ausgewählte Rechtsfragen der grenzüberschreitenden Kooperation im Gesundheitswesen. Dazu gehören u.a. die Gesundheitsordnungen der Schweiz, Deutschlands und Frankreichs, das EG-Recht im Gesundheitswesen, die Anstellungsbedingungen für Pflegepersonal und Ärzte, die Inanspruchnahme ärztlicher Dienstleistungen im Ausland, grenzüberschreitende Krankentransporte oder datenschutz- und haftungsrechtliche Fragen.



Nomos

Bitte bestellen Sie im Buchhandel oder versandkostenfrei unter ► www.nomos-shop.de