

### Zweites Steuersystem

Mit dem Grundgesetz und der Finanzverfassung in Deutschland wäre es nach Überzeugung Kirchhofs unvereinbar, wenn aus der umlagefinanzierten gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung quasi eine zweite Einkommensteuer- (steuerfinanzierte Versicherung mit Lohnbezugsbasis) werden würde. Das Charakteristikum jeder Versicherung, sowohl der Individual- als auch der Sozialversicherung, sei es, dass mit Beiträgen oder mit Prämien Anwartschaften und Ansprüche erworben werden. Charakteristisch für den Steuerstaat sei es dagegen, dass der Staat mit der Steuererhebung seine „Unbefangenheit und Unparteilichkeit“ wahrt, dass das individuelle Steueraufkommen aber keiner konkreten Gegenleistung entspricht. Bei Aktivierung des Finanzierungsinstruments der Steuer erhält der Staat stets die Budgetentscheidung. Bei einem ausschließlich beitragsfinanzierten System ist der Staat weitgehend außen vor.

Kirchhof stellt fest: Eine Annexsteuer zur Einkommensteuer hat ihre Kompetenzgrundlage in der Finanzverfassung, Artikel 105, Abs. 2, jedoch nicht im Artikel 74 Nr. 12 Grundgesetz (Recht der Sozialversicherung). Nach der Finanzverfassung ist der Bund nur zuständig, wenn die Ertragshoheit beim Bund liegt.

In der Kompetenzverteilung ist bei einem funktionsfähigen privaten Versicherungswesen das Privatversicherungsrecht dem Recht der freien Wirtschaft zugeordnet. Diese Ordnungssystematik führt zu unterschiedlichen Ausprägungen der Versicherungsgestaltung, der grundgesetzlich garantierten Entscheidung zugunsten eines privaten Versicherungsträgers, so Kirchhof.

So ist es nach Artikel 2 des Grundgesetzes (GG) jedem Bundesbürger überlassen, einen Vertrag abzuschließen zu dürfen oder bei einem anderen Leistungserbringer einen Vertrag zu unterlassen. Aus der Sicht Kirchhofs wäre es deshalb höchst problematisch, politisch damit zu brechen, um die Vertragsfreiheit des Bürgers zu untergraben, indem in einer Zwangsversicherung Beiträge vorgeschrieben werden.

### Parallele Systeme

Nach dem Subsidiaritätsprinzip bestehe auch kein Grund dafür, ein privates Versicherungssystem, das bisher gut funktioniert, durch eine Bürgerversicherung zu ersetzen oder überflüssig zu machen. Bei der derzeitigen Parallelität von Gesetzlicher und privater Krankenversicherung hätten die Privatversicherten die Möglichkeit, einen vergleichbaren Krankenversicherungsschutz dort abzuschließen, wo er garantiert ist.

Es ist eine weitere prinzipielle Festlegung des Sozialstaates, dass die Entscheidungs- und Freiheitsrechte der Bürger vorrangig gewährleistet sein müssen. Der Staat müsse allerdings als Gewährleistungsgarant auf dem Plan bleiben. Falls sich Bürger gegen das Krankheitsrisiko privat versichern und sich in der PKV besser aufgehoben fühlen als in einer öffentlich-rechtlichen Versicherung (GKV), die nach dem Umlagefinanzierungsverfahren organisiert ist, so dürfe den Privatkrankenversicherten aufgrund ihrer Wahlentscheidung kein Nachteil erwachsen.

Würden alle Bürger in eine Volksversicherung (Bürgerversicherung) einbezogen werden, müssten diese Neuversicherten entsprechend entschädigt werden (für ihre Anwartschaften). Andernfalls läge ein Verstoß gegen Artikel 14, Abs. 2 GG (Eigentumsrecht) vor. Andererseits genießen auch die privaten Krankenversicherungen als freie Unternehmen den Schutz des Grundgesetzes in ihrer Berufsfreiheit (Artikel 12, Abs. 1 GG) und in ihrem Versicherungsbetrieb.

### Anschrift des Verfassers

*Dr. rer. pol. Harald Clade  
Kreuzstraße 56  
50226 Frechen*

## Gesundheitspolitik: Bürgerprämie, Bürgerpauschale oder Modell Holland

Noch bevor die neue Regierung zu ihrer ersten Klausursitzung zusammengekommen war, überboten sich Politiker aus den Regierungsfractionen mit Vorschlägen, wie eine Finanzreform des Gesundheitswesens gelingen kann. Die gesundheitspolitische Sprecherin der CDU/CSU-Bundestagsfraktion Annette Widmann-Mauz bezeichnete Ende des Jahres das vom Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung ausgearbeitete Modell einer Bürgerprämie als eine gute Dis-

kussionsgrundlage. Ebenso nannte sie das Niederländische Krankenversicherungsgesetz, das am 1. Januar 2006 in Kraft getreten ist, als eines der Modelle, auf das sich ihre Partei im Rahmen eines Gesundheitskompromisses einlassen könnte. In seinem aktuellen Jahresgutachten trat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung mit einem Vorschlag für eine Bürgerpauschale hervor, die einen Kompromiss zwischen

Bürgerversicherung und Gesundheitsprämie darstellen könnte. In der folgenden Übersicht sind Unterschiede und Gemeinsamkeiten der drei Modelle zusammengefasst.

BÄK Newsletter 2006-001 vom 4. Januar 2006

*Alexander Dückers  
Pressestelle der deutschen Ärzteschaft  
Berlin*

	<p><b>Bürgerprämie</b> (gemäß Prof. Gert. G. Wagner, Forschungsdirektor am Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung Berlin)</p>	<p><b>Niederländisches Modell</b> (gemäß dem am 1. Januar 2006 in Kraft getretenen Krankenversicherungsgesetz)</p>	<p><b>Bürgerpauschale</b> (gemäß Jahresgutachten 2005/2006 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung)</p>
<p><b>Grundlagen</b></p>	<p>Die Bürgerprämie beinhaltet eine umfassende Versicherungspflicht nicht nur für gesetzlich Versicherte, sondern für alle Bürger.</p> <p>Jeder Erwachsene zahlt zur Finanzierung der Krankenversicherung eine von der jeweiligen Versicherung errechnete pauschale Prämie. Die Prämie variiert danach, ob eine Versicherung gut wirtschaftet oder überdurchschnittliche Qualität anbietet. Es gibt keine Einheitsprämie.</p> <p>Versicherte können jederzeit ihre Krankenversicherung wechseln.</p>	<p>Jeder Bürger über 18 Jahren ist Mitglied in der neuen Basiskrankenversicherung. Die Versicherungen sind zur Aufnahme der Versicherten verpflichtet.</p> <p>Die Basisversicherung erstattet die Kosten für den größten Teil der Gesundheitsversorgung. Alle nicht enthaltenen Leistungen können mit einer Zusatzversicherung abgedeckt werden. Jeder erwachsene Niederländer zahlt rund 1.106 Euro jährlich als Prämie. Nur wenige Versicherte bieten einen günstigeren Beitrag von 1.060 Euro. Es gelten Unisex-Tarife.</p> <p>Die Versicherungen können Verträge mit Selbstbehalt der Versicherten in Höhe von 100 bis 500 Euro anbieten.</p>	<p>Alle Bürger werden in das Pauschalbeitragsystem einbezogen.</p> <p>Jeder Versicherte zahlt einkommensunabhängige Pauschalbeiträge, die den Durchschnittsausgaben der Krankenversicherung je Mitglied entsprechen. Dadurch soll die versicherungsfremde Einkommensumverteilung weitgehend eliminiert werden. Nach Maßgabe des derzeitigen Leistungskataloges würde ein Pauschalbeitrag rund 200 Euro monatlich betragen.</p> <p>Eine Kapitaldeckung kann ergänzend zum Beispiel durch eine externe Beitragsstabilisierungsversicherung hinzutreten und so die Altersrückstellungen bei den PKVen ersetzen.</p> <p>Die Versicherungspflichtgrenze wird abgeschafft, die Segmentierung des Krankenversicherungsmarktes wird überwunden. Die PKVen bleiben erhalten, müssen jedoch auch die Bürgerpauschale anbieten.</p> <p>Die derzeitigen Arbeitgeberbeiträge werden abgeschafft und im Einführungsjahr der Bürgerpauschale den Bruttoeinkommen zugeschlagen. Die Rentenversicherungsträger erhöhen die Bruttoanteile um den Anteil des Krankenversicherungsbeitrags der Rentner, den sie bisher direkt an die Kassen überwiesen haben.</p>
<p><b>Finanzierung</b></p>	<p>Die PKVen bleiben erhalten; sie müssen sich jedoch den Regeln der Bürgerprämie unterwerfen. Die Altersrückstellungen der privat Versicherten werden ausbezahlt oder in private Rentensparverträge umgewandelt.</p> <p>Der bisherige Arbeitgeberanteil zur GKV wird dem Arbeitnehmer ausbezahlt und somit in künftige Tariflohnsteigerungen einbezogen.</p>	<p>Die privaten Krankenversicherungen werden abgeschafft.</p> <p>Eine zusätzliche Prämie von 6,5 Prozent des Einkommens (maximal 1.950 Euro) muss für Arbeitnehmer vom Arbeitgeber entrichtet werden. Selbständige müssen eine Zusatzprämie von 4,4 Prozent des Einkommens allein aufbringen.</p>	<p>Die derzeitigen Arbeitgeberbeiträge werden abgeschafft und im Einführungsjahr der Bürgerpauschale den Bruttoeinkommen zugeschlagen. Die Rentenversicherungsträger erhöhen die Bruttoanteile um den Anteil des Krankenversicherungsbeitrags der Rentner, den sie bisher direkt an die Kassen überwiesen haben.</p>

	<p><b>Bürgerprämie</b> (gemäß Prof. Gert. G. Wagner, Forschungsdirektor am Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung Berlin)</p>	<p><b>Niederländisches Modell</b> (gemäß dem am 1. Januar 2006 in Kraft getretenen Krankenversicherungsgesetz)</p>	<p><b>Bürgerpauschale</b> (gemäß Jahresgutachten 2005/2006 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung)</p>
<p><b>Sozialer Ausgleich</b></p>	<p>Der soziale Ausgleich für Geringverdiener wird aus Steuermitteln finanziert, die das Finanzministerium in eine Familienkasse einzahlt. Auch Arbeitgeber sollen eine gering dimensionierte sogenannte Wertschöpfungsabgabe in die Familienkasse einzahlen.</p>	<p>Ein Ausgleichsfond, gespeist aus Steuern und Arbeitgeberbeiträgen, dient zur Abfederung von Mehrausgaben für Risikogruppen wie Alte oder chronisch Kranke. Untere Einkommensschichten (unter 40.120 Euro Jahresgehalt bei Verheirateten, unter 25.068 Euro Jahresgehalt bei Alleinstehenden) können staatliche Zuschüsse beantragen.</p>	<p>Für Personen mit geringem Einkommen ist ein sozialer Ausgleich vorgesehen. Die dafür erforderlichen Zuschüsse werden aus Steuermitteln finanziert.</p>
<p><b>Leistungsumfang</b></p>	<p>Der gesetzlich festgelegte Leistungskatalog enthält Standardleistungen, die alles medizinisch Notwendige voll umfassen. Das Krankengeld wird extra versichert - von den Arbeitgebern, den Arbeitnehmern oder von beiden.</p>	<p>Bestimmte Behandlungen sind aus dem Leistungskatalog herausgefallen, z.B. beim Zahnarzt oder beim Physiotherapeuten. Diese Behandlungen müssen selbst bezahlt oder zusätzlich versichert werden.</p>	<p>Der Leistungskatalog beschränkt sich auf das medizinisch Notwendige, nach dem Vorbild des gegenwärtigen Kataloges. Versicherungsfremde Leistungen werden von der gesamten Gesellschaft, also von allen Steuerzahlern finanziert. Das Krankengeld wird aus dem Leistungskatalog gestrichen und ist als Lohnersatzleistung in einer gesonderten Pflichtversicherung mit einkommensabhängigen Beiträgen abzusichern.</p>
<p><b>Kindermitversicherung</b></p>	<p>Die Beiträge für Kinder werden von einer einzurichtenden Kindergeldstelle gezahlt.</p>	<p>Kinder sind bis zum 18. Lebensjahr mitversichert.</p>	<p>Die Beiträge der Kinder werden auf die Beiträge der erwachsenen Versicherten umgelegt. Die Kinder sind daher beitragsfrei.</p>
<p><b>Risikoausgleich</b></p>	<p>Alle Versicherungen müssen in einen Risikoausgleich einzahlen.</p>	<p>Alle Versicherungen zahlen in einen Risikoausgleich ein.</p>	<p>Ein im Vergleich zum Status quo vom Volumen her deutlich reduzierter morbidityorientierter RSA zwischen allen Versicherungen gewährleistet den Wettbewerb.</p>
	<p><a href="http://www.diw.de">http://www.diw.de</a></p>	<p><a href="http://www.denieuwezorgverzekering.nl">http://www.denieuwezorgverzekering.nl</a></p>	<p><a href="http://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de">http://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de</a></p>