

## **Stichpunkte für eine nachhaltig solidarische Finanzierung der Kranken- und Pflegeversicherung**

### Situationsbeschreibung:

- Ausgaben im Gesundheitswesen sind, langfristig gemessen am Anteil des Bruttosozialproduktes, kaum gestiegen; Aussagen über zukünftige Entwicklungen sind immer bedingt, d.h. letztlich spekulativ.
- Durch anhaltende Unterbeschäftigung im sozialversicherungspflichtigen Sektor und fast vollständige Finanzierung des Gesundheitswesens durch den Faktor Arbeit müssen stetig wachsende Anteile der Lohnsumme für das Gesundheitswesen ausgegeben werden.

### Ziele eines nachhaltig solidarischen Gesundheitswesens:

- Jedem Staatsbürger muss eine qualitativ gesicherte medizinische Versorgung, Rehabilitation und Pflege inklusive dazu notwendiger Arznei- und Hilfsmittel gewährt werden.
- Das Gesundheitswesen muss durch die Staatsbürger nach ihrer jeweiligen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit finanziert werden; dabei soll das Verhältnis von jeweiligem Krankheits- bzw. Pflegerisiko zur jeweiligen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit berücksichtigt werden.
- Die Finanzierung des Gesundheitswesens muss unabhängig von der Einkünftestruktur der Versicherten erfolgen.

### Richtlinien zur Erreichung der formulierten Ziele:

- Der Staat, d.h. Bundesregierung und Parlamentsmehrheit, legen Qualitätsstandards und Mindestumfänge von Gesundheits- und Versorgungsleistungen fest, zudem absolute Höchstbeiträge, also Euro-Beträge, zur Kranken- und Pflegeversicherung (KPV). Die Gesundheit der Staatsbürger, eingeschlossen die bundesweite Garantie von Standards und Mindestleistungen, ist eine bundespolitische Aufgabe; die alleinige Gesetzgebungskompetenz des Bundes ist somit konsequent.
- Der Bundesgesetzgeber hat im Einklang mit EU-Regelungen zu garantieren, dass Anbieter und Nachfrager von Gesundheits- und Versorgungsleistungen sich auf dem deutschen Markt frei positionieren können, also im Effekt ein effizienter Wettbewerb der Anbieter stattfindet. Hierbei muss ausgeschlossen werden, dass individuelle Gesundheitsrisiken der Nachfrager nennenswerten Einfluss auf den Wettbewerb haben, es also nicht zu Wettbewerbsverzerrungen kommt.
- Erwerbslose, darunter Kinder, müssen einen staatlich garantierten Zugang zu Gesundheits- und Versorgungsleistungen erhalten; die Kosten dafür sind, da es sich um ein gesellschaftliches „Problem“ handelt, von den Staatsbürgern zu übernehmen.

- Die Vermeidung übermäßiger Belastungen von Wenigverdienern ist eine verteilungspolitische Aufgabe; sie wird durch eine entsprechende Steuerpolitik – Entlastung vor allem wenig verdienender Steuerpflichtiger zulasten der Gewinnbesteuerung von Kapitalgesellschaften – erreicht.

### Umsetzungsvorschläge:

1. Es wird ein einheitlicher nationaler Markt für Anbieter im Gesundheitswesen geschaffen; der Bundesgesetzgeber legt fest und setzt durch: Jahreshöchstbeiträge, Qualitätsstandards und Mindestleistungen; dabei bedient er sich nachgeordneter Gremien wie dem Gemeinsamen Bundesausschuss und dem IQWiG.

⇒ Limitierung gesetzgeberischer Aktivität auf die Schaffung und Überwachung eines geregelten nationalen Marktes,

⇒ volle Gesetzgebungskompetenz des Bundes bei gleichzeitiger Expertise durch Fachgremien.

2. Die Krankenkassen entwickeln und realisieren – unabhängig davon, ob sie privatwirtschaftlich oder gemeinnützig organisiert sind – einen morbiditätsberücksichtigenden Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) für ihre Versicherten. Gleiches gilt für die Pflegeversicherung: Sollten reine Pflegeversicherungsanbieter in den Markt eintreten, beteiligen sie sich an der weiteren Entwicklung und Realisierung.

⇒ Begrenzung des Wettbewerbs auf einen um wirtschaftliche Effizienz von Anbietern, nicht um wahrscheinliche Kostenträchtigkeit von Nachfragern,

⇒ eigenverantwortliche Regelung durch die anbietenden Marktteilnehmer.

3. Erwerbslose, darunter Kinder, sowie Erwerbsunfähige müssen von allen Versicherungsanbietern beitragsfrei aufgenommen werden; die Kosten dafür werden über den Morbi-RSA verteilt. Staatsbürger müssen von jeder Kranken- bzw. Pflegeversicherung aufgenommen werden; die Aufnahme von EU- und Nicht-EU-Bürgern richtet sich nach EU- und zwischenstaatlichem Recht. Versicherte können ihre Anbieter jährlich wechseln.

⇒ Durchsetzung des Sozialstaatsprinzips bei gleichzeitigem Ausschluss wettbewerbsverzerrender Effekte,

⇒ zugleich Kundensouveränität durch recht kurzfristige Möglichkeit, den Anbieter zu wechseln und Garantie eines intensiven, jedoch nicht verlustträchtigen Wettbewerbs: Vermeidung spontaner „Wechselwellen“.

4. Jeder Steuerpflichtige zahlt Versicherungsbeiträge, die sich nach Kassenart und Kasse unterscheiden: Versicherte zahlen bei privatwirtschaftlich organisierten Unternehmen nach ihrem individuellen Vertrag, bei gemeinnützigen Versicherungen einen kassenseitig vorgegebenen Anteil an ihren Gesamteinkünften bis zum gesetzlich festgelegten Höchstbetrag als Abschlag. Die gezahlten Beiträge bilden die jährliche Beitragssumme des Versicherten, welche die jährliche Summe seiner Einkünfte mindert.

- ⇒ Betriebsformneutrale Ausgestaltung des Wettbewerbs in der KPV,
- ⇒ steuerneutrale Ausgestaltung des Wettbewerbs für die Steuerpflichtigen.

5. Im Zuge der Steuererklärung eines Versicherten berechnet das jeweilige Finanzamt die Differenz von gezahltem Abschlag und dem kassenseitig vorgegebenen Anteil an den Gesamteinkünften; bei privatwirtschaftlich Versicherten mit festen Beitragssummen entsteht keine Differenz. Das jeweilige Finanzamt meldet dem Versicherten und seiner Kranken- bzw. Pflegeversicherung ein eventuell entstandenes Beitragsguthaben bzw. eine Beitragsschuld.

- ⇒ Einbeziehung aller Einkunftsarten in die Finanzierung der KPV bei gleichzeitiger Einkunftsartenneutralität,
- ⇒ betriebsformneutrale Ausgestaltung des Wettbewerbs,
- ⇒ Belastung einer hoheitlichen, zugleich das Steuergeheimnis wahrenen Verwaltung,
- ⇒ Belassen der Durchsetzung von Ansprüchen bei Anbietern und Kunden der KPV.

6. Die Kassen entwickeln und realisieren Instrumente zur Verrechnung bzw. Extra-Einziehung von Beitragsguthaben bzw. -schulden.

- ⇒ Betriebsformkonforme Gestaltung der Beitragseinziehung bzw. Finanzierung der KPV,
- ⇒ Gestaltungssouveränität der jeweiligen Anbieter.

7. Die bisherige Trennung von Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeitragsanteil an der Kranken- und Pflegeversicherung wird aufgehoben; Arbeitgeber übermitteln den jeweiligen Kassen nurmehr Beschäftigungsverhältnisse, die tariflich festgelegte volle Lohnsumme, d.h. inklusive der vormaligen Arbeitgeberbeiträge, wird an die Beschäftigten überwiesen.

- ⇒ Entlastung der Arbeitgeber von Aufwand für Zahlungsströme und deren Verwaltung,
- ⇒ Transparenz über tatsächliche Lohnkosten,
- ⇒ Transparenz über tatsächliche KPV-Kosten bei gleichzeitiger Unterbindung der Möglichkeit, Sondersteuern – z.B. erhöhte Arbeitnehmeranteile oder eine unter dem Gleichheitsgrundsatz fragwürdige „Kinderlosensteuer“ – in den Beiträgen zu „verstecken“,

- ⇒ Verpflichtung der Gewerkschaften, Belastungen von Arbeitnehmern durch KPV-Beiträge in tarifliche Überlegungen einzubeziehen,
- ⇒ zugleich Souveränität über und Verpflichtung zur Zahlung von KPV-Beiträgen für Beschäftigte.

8. Die bisherige Begünstigung von geringfügiger Beschäftigung – so genannter Mini- bzw. Midi-Jobs – wird aufgehoben; stattdessen besteht grundsätzlich die Pflicht, innerhalb einer festgelegten Einkommenshöchstgrenze kranken- und pflegeversichert zu sein. Anreize zur Aufnahme geringfügiger Beschäftigung werden durch die Steuerpolitik gegeben, bspw. durch eine entsprechend geringe Progression bei unterdurchschnittlichen Einkommen oder Zuschüsse in Form einer negativen Einkommensteuer.

- ⇒ Beschäftigungsumfangsneutrale Form der Finanzierung der KPV und zugleich Verbreiterung der Beitragsbasis,
- ⇒ verteilungspolitisch gebotene bzw. erwünschte Wirkungen werden durch die Steuerpolitik realisiert,
- ⇒ eine Einkommenshöchstgrenze berücksichtigt das Verhältnis von wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit und erwartbarer Kostenträchtigkeit.

9. Transferempfänger wählen ihre KPV-Anbieter; Sozialämter, Jobcenter und Arbeitsagenturen melden diese an und bescheinigen ihnen die Mitgliedschaft.

- ⇒ Entlastung staatlicher Behörden von Verwaltungsaufwand und Aufwand für Zahlungsströme,
- ⇒ Gewährleistung der KPV-Mitgliedschaft von Transferempfängern,
- ⇒ Dokumentation von Versicherungszeiten für Transferempfänger.

10. Solange sie keine anderen Anbieter wählen, werden volljährige Nicht-Erwerbstätige, die keine Transferleistungen erhalten und kein Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze erzielen mit ihren Kindern grundsätzlich in einer gemeinnützigen Bundes-KPV versichert. Existierende Organisationen wie z.B. die ehemalige Bundesknappschaft können dazu umgewandelt werden; Sonderregelungen für Landwirte oder Künstler entfallen. Der Leistungsumfang der Bundes-KPV entspricht den gesetzlich festgelegten Mindestleistungen; ihre Beitragshöhe richtet sich nach den durchschnittlichen Beitragsanteilen der gemeinnützigen KPV-Anbieter des Vorjahres. Beiträge an die Bundes-KPV sind den jeweiligen Finanzämtern jährlich nachzuweisen.

- ⇒ Gewährleistung der grundsätzlichen KPV-Mitgliedschaftspflicht aller Bürger,
- ⇒ Schaffung der Voraussetzung zur Durchsetzung von Beitragszahlungen durch Nachweispflicht gegenüber einer hoheitlichen, zugleich das Steuergeheimnis wahrenen Verwaltung.