

Die Neuordnung der Sozialsysteme

Übergreifend, verzahnt, logisch aufgebaut und nachvollziehbar.
Diese Sicherungssysteme bedingen und ergänzen einander. Daher sind sie nicht einzeln für sich reformierbar.

Dies betrifft:

- die Sozialhilfe
- die Rentenkasse
- die Krankenversicherung
- die Arbeitslosenversicherung

Diese Teile des sozialen Sicherungssystems unterliegen einem Zwang, der für den Staat und die eigenverantwortlichen Bürger die Risiken sowohl eingrenzt, als auch überschaubar macht. Dieser Zwang beschränkt sich auf das unabdingbar notwendige und orientiert sich auch daran, wer hierzulande zur Haftungsgemeinschaft zählt. Für diesen Staat werden seine Staatsbürger, für die EU, alle EU-Bürger haftbar gemacht, wie auch umgekehrt beide Institute für ihre Bürger haften.

Daher gilt der Grundsatz, daß die Sozialgesetzgebung in diesem Lande für die Bürger dieses Landes, mit Einschränkungen auch für EU-Bürger, gemacht wird und gedacht ist. Es wird also in Teilbereichen zwischen Staatsbürgern, EU-Bürgern und Ausländern unterschieden.

Diese neue Gesetzgebung orientiert sich an den marktwirtschaftlichen Erfordernissen, den Gegebenheiten eines modernen Versicherungswesens und ordnungspolitischen Vorstellungen der Eigenverantwortung und Freiheit, die aber nicht zu Lasten der Gesellschaft gelebt werden kann. Sie wird ergänzt (oder muß ergänzt werden) durch eine Steuergesetzgebung, die den Bürgern die materielle Möglichkeit zur Wahrnehmung seiner Eigenverantwortung ermöglicht.

Deshalb wird von folgender Formel für den Bereich Sozialhilfe und Grundrente ausgegangen: 100 % Sozialhilfe = 75% des unteren möglichen Arbeitseinkommens. Grundrente = 110 % der vollen Sozialhilfe. Die Sicherung gegen Krankheit hat mit der Gesundheit zu tun und ist daher unabhängig vom Einkommen; ebenso, wie bei der KFZ-Versicherung. Ebenso, wie auch die Grundrente, stellt die Arbeitslosenversicherung einen eigentumsgleichen Anspruch dar – nämlich eine persönliche Ansparrung für den eintretenden Fall.

Die Sozialhilfe

1. Die Sozialhilfe entspricht 75% des unteren möglichen Arbeitseinkommens (netto), mindestens aber Euro. = 100%
2. Anspruch auf Sozialhilfe haben deutsche Staatsangehörige, deren (möglicherweise) ausländische Ehepartner, sowie eingeschränkt, EU-Bürger. Ausländer aus Drittstaaten können keine Sozialhilfe empfangen.
3. EU-Bürger können Sozialhilfe nur in dem Umfang erhalten, wie sie auch in ihren Herkunftsländern gezahlt wird. Liegt dieser Satz über dem deutschen, kommt der deutsche Satz zur Anwendung.
4. Der einmal festgelegte Sozialhilfesatz wird fortgeschrieben. Er wird an den Lebenshaltungskostenindex gebunden und jährlich neu ermittelt.
5. Die Sozialhilfe ist steuerfrei und enthält den Beitrag zur gesundheitlichen Grundsicherung. Dieser Beitrag wird von der Zahlstelle direkt an die Krankenkasse überwiesen. Die ausgezahlte Sozialhilfe verpflichtet aber, die Beiträge zur gesetzlichen Grundrente zu entrichten.
6. Empfänger von Sozialhilfe sind – soweit sie gesund sind – zur uneingeschränkten Aufnahme von zugewiesener Arbeit verpflichtet. Der Gesundheitszustand kann von der Zahlstelle amtsärztlich überprüft werden. Bei Vorliegen einer Behinderung besteht die Verpflichtung zur Aufnahme einer Arbeit oder einer arbeitsähnlichen Tätigkeit entsprechend der Möglichkeiten, die trotz Behinderung gegeben sind. Durch Gesetz bzw. Ortssatzung kann davon teilweise oder ganz abgegangen werden (Sozialklausel).
7. Die Weigerung, eine Arbeit aufzunehmen, zieht die Reduzierung der Sozialhilfe um 50 % nach sich. Um Obdachlosigkeit zu vermeiden, und die Sicherstellung der Existenz zu gewährleisten, kann die Freizügigkeit durch betreutes Wohnen und Essen einer gewissen Einschränkung unterworfen werden. Damit ist die Rückkehr in ein geordnetes und selbstverantwortetes Leben jederzeit gegeben.
8. Kommt ein Sozialhilfeempfänger - aus welchen Gründen auch immer – seinen Zahlungsverpflichtungen zur gesetzlichen Grundrente nicht nach, reduzieren sich seine Höchstbezüge nach Eintritt des Rentenalters auf 50 % des Sozialhilfesatzes, möglicherweise verbunden mit den in 7. genannten Einschränkungen.
9. Anerkannte Asylanten, deren Aufenthalt in Deutschland zeitlich begrenzt ist, haben Anspruch auf 50 % des Sozialhilfesatzes. Dies ist ebenfalls mit den Einschränkungen gem. 7. verbunden. Da sie aber eine Arbeit aufnehmen können, besteht die Möglichkeit, diese nicht wirksam werden zu lassen.

10. Der Empfang von Sozialhilfe wird als Hilfe zur Eigenhilfe verstanden. Daher müssen Rücklagen zur Alterssicherung, soweit sie nicht 200 % der Gesamt-Grundrenten Anwartschaft übersteigen, nicht aufgelöst werden. Ein selbst bewohntes Haus oder Eigentumswohnung muß nicht aufgegeben werden. Diese Immobilien können ersatzweise mit Pfandrechten der Sozialhilfe-Zahlstelle belegt werden, die im Todesfalle zu bedienen sind.

11. Für Ehepaare und Familien gelten folgende personengebundenen Abschläge bzw. Sätze: Ehepartner: 75 %, Kinder je 25%.

12. Träger der Sozialhilfe sind die Gemeinden. Träger für die Belange von Asylanten, Asylbewerbern und Kriegsflüchtlinge sind Bund und Land zu gleichen teilen.

Kommentar:

Die Sozialhilfe ist das letzte Auffangnetz in Notlagen. Darauf besteht auch weiterhin ein gesetzlicher Anspruch. Sie wird als Hilfe zur Selbsthilfe verstanden. Als Grundsatz muß gelten, daß eine Leistung immer auch eine Gegenleistung erfordert, soweit der Empfänger dazu objektiv in der Lage ist.

Es kann für Leistungsempfänger subjektiv durchaus von Bedeutung sein, sich zu beweisen, noch irgendwie nützlich zu sein, oder noch gebraucht zu werden. Unbestritten kann dies zu einer oftmals wichtigen Steigerung oder Wiederherstellung des Selbstwertgefühls beitragen. Selbstwertgefühl aber ermöglicht erst, aus dem Kreis der Hilfe auszubrechen. Unverschuldete Not darf es in einem zivilisierten und wirtschaftsstarken Land nicht geben.

Es muß andererseits auch ausgeschlossen werden, daß ein Bürger auf Kosten anderer (der sog. Solidargemeinschaft) relativ sorglos leben kann. Man kann eine solcherart gestaltete Sozialhilfe auch als sog. „Bürgergeld“ begreifen, wenn in Fällen unverschuldeter Not eine Rückzahlung ausgeschlossen wird.

Die Rentenkasse

1. Die Rentenkasse ist eine personengebundene Grundsicherung für das Alter. Der sog. Generationenvertrag wird aufgehoben. Risiken der demographischen Entwicklung des Volkes bestehen fortan nicht mehr.
2. Die Einzahlungspflicht in die Rentenkasse besteht für Deutsche, deren möglicherweise ausländischen Ehegatten, und EU-Bürger, die dauerhaft in Deutschland leben. Zur Vermeidung von weltweiten Zahlungsverpflichtungen und deren Risiken, sind Menschen aus Drittländern davon ausgeschlossen.
3. Deutsche, die im Ausland leben oder dorthin ihren dauernden Aufenthalt verlegen, können diese Zahlungen (weiterhin) freiwillig leisten. Diese Zahlungen müssen dann jedoch nachhaltig auf Dauer geleistet werden, sollen nicht alle Ansprüche ersatzlos verfallen. Gleiches gilt für EU-Bürger, die das Land wieder verlassen.
4. Die Grundrente ist als Mindestsicherung zu verstehen und orientiert sich am Sozialhilfesatz. Dabei gilt die Formel: Sozialhilfe = 100%. Grundrente = 110% des Sozialhilfesatzes. Analog zum Sozialhilfesatz wird auch die Grundrente an den Lebenshaltungskostenindex gekoppelt. Damit wird erreicht, daß die Kaufkraft der Grundrente erhalten bleibt, und ein Grundrentenempfänger niemals zum Sozialfall werden kann.
5. Die Ansparung der Grundrente erfolgt durch Beiträge, die durch eine an den Kapitalmärkten operierende Gesellschaft optimiert werden. Diese hat die Funktion einer Kapitalsammelstelle. Die Beiträge werden für den Einzahler mit einem Zins von 1,5% verzinst. Die darüber hinausgehenden Zinsgewinne speisen den Rentenfonds. Für die Grundrente übernimmt der Staat eine Garantie, hat aber keinen Zugriff auf das von der Rentenkasse erwirtschaftete Potential.
6. Die Beitragspflichtigen und –berechtigten zahlen uneingeschränkt mit einsetzender Volljährigkeit ein; unabhängig davon, ob sie über ein Einkommen verfügen oder nicht. Für z.B. Hausfrauen/männer zahlt der berufstätige Ehepartner. Sozialhilfeempfänger z.B. erhalten ein Einkommen. (siehe ebenda Nr. 6). Die Zahlungspflicht erstreckt sich auf alle Bürger; unabhängig ihrer Berufe, ihres Standes und anderer möglicher Versorgungssysteme. Die Beitragspflicht endet mit dem Eintritt der Rentenberechtigung, zwischen dem 65. und 70(?) Lebensjahr.
7. Die Höhe der Beiträge orientiert sich allein daran, wie hoch der Sozialhilfesatz in der statistischen Hochrechnung (Lebenshaltungskostenindex) abgezinst bezogen auf das Renteneintrittsjahr sein wird. Daher zahlt jeder Jahrgang einen anderen Beitragssatz. Wegen der umfassenden allgemeinen Zahlungspflicht und der auf Zugewinn am Kapitalmarkt orientierten Fondlösung und gleichzeitiger Risikobe-

grenzung durch den geringen Zins können die Beiträge zu dieser Grundrente gering gehalten werden.

8. Die Verweigerung der Beitragszahlung zur Grundrente von hier lebenden Zahlungspflichtigen, entbindet zugleich den Staat und seine Gliederungen von seiner Pflicht, Sozialhilfe vor Eintritt des Rentenalters zu zahlen. Die Folge davon, siehe 8. ebenda.

9. Einzahlungen in die Grundrente mindern die Steuerlast und sind auch bei der Auszahlung steuerfrei.

10. Die Grundrente ist personengebunden. Sollte ein Berechtigter vor Eintritt der Rentenzahlung sterben, gehen diese Ansprüche in den Fond ein. Witwen/Witwer-Renten oder Hinterbliebenenrenten können daraus nicht abgeleitet werden. Einzig hinterbliebene minderjährige Kinder erhalten bis zur Volljährigkeit den für diese geltenden Sozialhilfesatz aus diesem Rentenfond ausgezahlt.

11. Die Grundrente wird nicht – auch nicht zu Teilen - vor dem vom Gesetz bestimmten Zeitraum gezahlt. Sollte vor diesem Zeitpunkt Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit eintreten, greift die Arbeitslosenversicherung oder die Sozialkasse.

Kommentar:

Diese neue Rentenstruktur bewirkt in der Folge, daß es krasse Altersarmut künftig nicht mehr geben kann. Da dies jeden Bürger im Staate betrifft, wird das sicher auch als „sozial gerecht“ empfunden. Über diese Grundsicherung hinaus, ist es den Bürgern überlassen und zuzumuten, für eine erweiterte Sicherung selbst zu sorgen. In Verbindung mit einem radikal vereinfachten und abgesenkten Steuersystem ist das auch darstellbar. Insbesondere dann, wenn auch dies die Inflation neutralisiert.

Wie schon heute, wird auch dieser Grundrentenbeitrag bei bestehenden Voll-Arbeitsverhältnissen hälftig vom Arbeitgeber übernommen. Bei Arbeitsverhältnissen, die unter 100 % liegen, wird auch nur der entsprechende prozentuale Anteil vom Arbeitgeber gezahlt. Dies wird sich nachhaltig auf die Lohnnebenkosten auswirken.

Von entscheidender Bedeutung ist, daß jeder Bürger seine persönliche Grundrente sicherstellt. Er erwirbt damit Eigentumsanteile am gesamten Rentenfondsvermögen, für das der Staat bürgt. Damit ist dieses Vermögen der Disposition durch Dritte entzogen. Die Rentenkasse kann daher wie ein gemeinnütziger Verein e.v. organisiert werden, der wie eine professionelle Kapitalanlagegesellschaft mit der Beschränkung auf mündelsichere Anlagegeschäfte agieren kann. Sogenannte „gesellschaftliche Kräfte“, wie Parteien, Kirchen, Gewerkschaften o.ä., haben im Management dieser Rentenkasse keinen Platz.

Bei der Umstellung auf dieses System ist bei Bürgern zu beginnen, die das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Die bis dahin aufgelaufenen Verpflichtungen aus allen unterschiedlichen staatlich veranlaßten Renten- und Pensionstöpfen sind in einem „Sondervermögen Altlasten“ zusammenzufassen, vom normalen Staatshaushalt zu isolieren und durch einen auf 10 Jahre begrenzten Sonderzuschlag auf die reformierte Einkommens- und Körperschaftssteuer in Höhe von 10%, von allen Steuerzahlern zu tilgen. Die noch verbleibende Summe, die auch durch die Umstellung auf das neue System zunächst wächst, ist aus den Haushalten des Bundes und der Länder anteilig der Einwohnerzahl abzutragen. Für diesen gesamten

Posten „Sondervermögen Altlasten“ wird von der Finanzwirtschaft ein Zinsmoratorium gewährt; insoweit, daß nur der Diskontsatz der EZB angerechnet wird.

Mit der neu eingeführten Grundrente, die alle Bürger ohne Ausnahme betrifft, ist auch den Regulierern des Arbeitsmarktes der bisher mögliche Einfluß beschnitten. Es ist danach völlig unerheblich, ob jemand das Rentenalter erreicht. Es betrifft Unternehmer, Arbeitgeber, Arbeitnehmer und Gewerkschafter gleichermaßen. Das kann dann für Dritte (z.B. den Gesetzgeber) kein Grund sein, etwa ein Arbeitsverhältnis einseitig durch Zwang aufzulösen. Dies sichert für Arbeitgeber und Arbeitnehmer die Möglichkeit, ein bestehendes Arbeitsverhältnis in gegenseitigem Einverständnis weiterzuführen oder auch eins neu zu begründen.

Es entspricht der Würde des Menschen, wenn er frei darüber entscheiden kann, wie lange er über einen bestimmten Tag hinaus arbeiten möchte und seine Befriedigung daraus ziehen kann, wenn es seine geistige und körperliche Verfassung zuläßt.

Die Krankenversicherung

Vorbemerkung:

Zum Jahresende 2000 beliefen sich die Gesundheitsausgaben in Deutschland auf € 218,4 Mrd. Das entsprach einem Anteil von 10,8 % des Bruttoinlandsproduktes (BIP). Im Vergleich dazu, betrug dieser Anteil in der Schweiz zum gleichen Zeitpunkt 10,4 %, also nur unwesentlich geringer. Dennoch zahlen die Nutznießer des Systems in der Schweiz nur einen Bruchteil dessen, was in Deutschland üblich ist. Der Aufwand dort ist von Kanton zu Kanton unterschiedlich. Er orientiert sich daran, wie hoch die Gesamtkosten bezogen auf den Kanton sind und diese sich auf die Kopfzahl umlegen. Es gibt dort Beiträge, die sich zwischen sFr. 350,- (Genf, Basel) und sFr. 120,- (Appenzell) pro Monat bewegen. Stand 2003. (1,50 sFr = 1,- €). Die Leistungen in der Schweiz entsprechen denen der öffentlichen Kassen in Deutschland, allerdings ohne Zahnbehandlung und bei einem generellen Selbstbehalt von 10 %. Auch in der Schweiz teilen sich Arbeitgeber und Arbeitnehmer in der Regel den Monatsbeitrag.

In den o.a. Gesundheitskosten sind alle Beträge enthalten, die irgendwie mit Gesundheit zu tun haben und bei allen (privat oder öffentlich) Krankenkassen u.a. entstehen; von der Investition in Verwaltungsbauten und Krankenhäuser bis zur Prävention, von Transporten bis zu ärztlichen Leistungen, von Verwaltung bis zur Forschung.

Diese Gesamtkosten verteilen sich auf insgesamt Ende 2000 in Deutschland legal lebende 82.259.540 Personen, vom Säugling bis zum Greis. Umgelegt auf diese Einwohner, betrug der Anteil pro Kopf an den Gesundheitskosten € 2660,- p.a. Das sind € 222,- pro Monat. Der Anteil der volljährigen Einwohner (ab 18) betrug zum gleichen Zeitpunkt 66.759.354. Legt man die Gesundheitskosten auf diesen (zahlenden) Teil der Bevölkerung um, dann sieht das so aus: € 3271,- p.a. = 273,- € pro Monat. Die Daten sind Angaben des Statistischen Bundesamtes, Wiesbaden.

Das bedeutet: Hätte jeder Einwohner über 18 Jahre jeden Monat nur 273,- Euro bezahlt, ergäbe sich eine Deckung von 100 %. Dabei sind die Arbeitgeberanteile nicht berücksichtigt! Die Frage lautet also: Wo verschwindet das Geld der Beitrag-zahler?

Das rechtfertigt den Versuch, das Krankenversicherungssystem völlig umzukrempeln und marktwirtschaftlichen Kriterien, verbunden mit Transparenz, zu unterwerfen. Was in Deutschland bei der KFZ-Versicherung funktioniert, kann prinzipiell ebenso in der Krankenversicherung angewandt werden.

1. Jede Person, die rechtmäßig in Deutschland lebt, unabhängig, ob Staatsbürger, EU-Bürger oder Ausländer, ist verpflichtet, zur Grundversicherung der Wiederherstellung seiner Gesundheit eine Standardkrankenversicherung abzuschließen. Die Versicherungspflicht beginnt mit der Berufsausbildung, der Aufnahme eines Studiums, spätestens aber mit Erreichen der Volljährigkeit. Sie endet mit dem Tode oder Wegzug aus Deutschland. Kinder zahlen keine Beiträge und werden um des Risikoausgleiches willen, dem Vater zugerechnet; ab dem 3. der Mutter.

2. Jeder Versicherte der Standardkrankenversicherung kann sich als solcher mit einer Versicherungskarte ausweisen; sie ist ständig mit sich zu führen, wie auch der Personalausweis. Die Karte enthält für den Notfall alle Informationen (Blutgruppe, Vorerkrankungen, Medikamentenstatus, Röntgenbilder, etc.) auf die ein Notarzt medizinisch zurückgreifen können muß.

3. Jede Krankenversicherung, die in Deutschland Leistungen anbieten will, muß konkurrierend miteinander, eine Standardkrankenversicherung anbieten. Es besteht zur Vermeidung einseitiger Risiken eine grundsätzliche Kontrahierungspflicht.

4. Die Standardversicherung dient allein der Wiederherstellung der vollen Gesundheit. Dabei muß sich die Medizin aller Mittel und Therapien bedienen können, die zeitgemäß nachweislich subjektiv und objektiv Leiden mildern, oder die Krankheit objektiv wirksam bekämpfen.

5. Von der Standardversicherung sind grundsätzlich die Zahnmedizin, Schwangerschaft und daraus folgende Kosten (außer daraus folgender Erkrankung), Lohnersatzleistungen und berufsbedingte Erkrankungen ausgeschlossen. Für den Bereich berufsbedingter Erkrankungen und Unfälle sind nach wie vor die Berufsgenossenschaften zuständig, die sich als gemeinnütziger Verein auf Gegenseitigkeit organisieren.

6. Versicherungen in diesem Segment bieten ihre Leistungen nach kalkulierten Sätzen an, die sich aus dem bundesweiten Aufwand pro Kopf und der Konkurrenzsituation ergeben. Der Verwaltungsaufwand inklusive der Investitionen für Verwaltungsgebäude, darf kalkulatorisch maximal 5% der Einnahmen ausmachen. Daher ist der Beitrag der Versicherungsnehmer unabhängig vom Einkommen zu zahlen.

7. Der Umfang des medizinunabhängigen Leistungsspektrums entspricht in der Standardversicherung der heutigen 2. Klasse.

8. Bei einer Beitragserhöhung hat der Versicherungsnehmer das grundsätzliche Recht die Krankenkasse zu wechseln, wenn ihm das wirtschaftlich geboten erscheint. Der Wechsel zu einer anderen Krankenkasse (auch bei privaten Zusatzversicherungen) erfolgt grundsätzlich unter Mitnahme von Rabatten und sog. Altersrückstellungen.

9. Alle über die Standardversicherung oder die Berufsgenossenschaften hinausgehenden gewünschten Leistungen müssen privat versichert werden. Auch in diesen Bereichen gilt die uneingeschränkte Kontrahierungspflicht aller medizinischen Versicherungsanbieter. Im privaten Bereich allerdings, kann die Versicherungswirtschaft alternativ auch – z.B. im zahnmedizinischen Bereich - Bonus- oder Malustarife anbieten.

10. Jeder Versicherungsnehmer der Standardversicherung unterliegt einem obligatorischen Selbstbehalt von 10 %. Dies betrifft alle medizinischen Leistungen und die verordneten Medikamente. Stationäre Leistungen können aber zu 100 % privat zusatzversichert werden. Vom Selbstbehalt für Medikamente können chronisch Kranke je nach Art und Grad der Erkrankung heruntergestuft oder befreit werden. (Sozialklausel). Opfer von Krieg, Naturkatastrophen oder Verbrechen sind als einzige von jedem Selbstbehalt ausgenommen.

11. Die Krankenkassen haben das Recht, medizinisch objektiv zweifelhafte oder unwirksame Medikamente von der Erstattung auszuschließen (Positiv- oder Negativliste). Sie haben auch das Recht, legale kostengünstigere Nachahmerprodukte zu bevorzugen. In jedem Falle sind sie Partner der Versicherten und haben deren medizinische und wirtschaftliche Belange im Auge zu behalten.

12. Jeder niedergelassene Arzt kann und muß seine Dienste jedem nachfragenden Patienten zur Verfügung stellen. Die Honorierung erfolgt abhängig vom Versicherungsstatus der nachgefragten Leistung. Der Arzt oder das Krankenhaus sind Vertragspartner des Patienten. Die ärztlichen sowie weitere damit verbundenen Leistungen werden dem Patienten grundsätzlich direkt in Rechnung gestellt. Es bleibt dem Patienten vorbehalten und auferlegt, sich mit seiner Krankenkasse auseinanderzusetzen. Die Krankenkasse erstattet nach Versicherungslage an den Patienten.

13. Im Rahmen seiner therapeutischen Maßnahmen ist allein der Arzt befugt, festzulegen, welche und wieviel an verschreibungspflichtigen Medikamenten der Apotheker an den Patienten abgeben darf. Wenn nur 10 Pillen benötigt werden, können keine 50 abgegeben werden, nur, weil die Packung so groß ist.

14. Ärzte tragen wie jede Berufsgruppe das Risiko ihrer wirtschaftlichen Existenz. Sie können sich daher je nach Billigkeit oder Erfordernis zu Gesellschaften oder Gemeinschaften zusammenschließen, um den medizinischen als auch den wirtschaftlichen Erfordernissen Rechnung zu tragen.

15. Krankenhäuser stehen untereinander in Konkurrenz und müssen demzufolge die Marktsituation beobachten. Sie müssen auf die effiziente Erledigung ihrer Aufträge, die ihnen von den Patienten nach Maßgabe des Arztes erteilt werden, bedacht sein. Krankenhäuser

und Ärzte müssen für Standardkrankheiten und –operationen Preislisten aushändigen, die Fallpauschalen als Mischkalkulation ausweisen. Also z.B.: Blinddarmoperation, incl. Bett und Verpflegung, ungeachtet eventueller Komplikationen und sich daraus ergebender Verweildauer, Euro 1000,- Gleiches gilt unabhängig von der Versicherungsart auch für Kuren, für psychiatrische Behandlungen oder Massagen. In solchen Sparten der medizinischen Leistungen kann auch nach Stundensätzen, die alle Nebenkosten beinhalten, ausgerechnet werden.

16. Medizinische Dienstleister dürfen sachbezogen werben. Die Werbung muß darauf gerichtet sein, den Patienten rein sachliche, nachvollziehbare und überprüfbare Fakten an die Hand zu geben. Diese Werbung kann alle Sparten des medizinischen Standards, der Unterkunft und anderer Begleitumstände umfassen.

17. Arbeitnehmer und Arbeitgeber teilen sich den Beitrag zur Standardversicherung zu gleichen Teilen bei einem Arbeitsverhältnis von 100 %. Der Arbeitgeberanteil sinkt in dem Maße, wie das Beschäftigungsverhältnis im Prozentsatz sinkt. Alle anderen zahlen den vollen Satz. Rentner, die ausschließlich über die Grundrente verfügen, zahlen den halben Beitragssatz.

Kommentar:

Eine gewisse Übereinstimmung und Handhabung analog der KFZ-Versicherung ist für die Versicherungswirtschaft kein Neuland. Anbetracht von in diesem Sinne ca. 67 Millionen versicherungspflichtigen Menschen in Deutschland, bedeutet ein Beitrag von € 100 pro Monat = 1200,- im Jahr, ein Einnahmenvolumen von 80,4 Mrd. €. Bei 300 € sind dies bereits 241,2 Mrd. € !!

Da es hier aber lediglich um die Deckung des Pflichtstandards geht, kann der monatliche Beitrag von ca. € 150,- pro Kopf, den sich teilweise noch Arbeitgeber und Arbeitnehmer teilen, durchaus erreicht werden. Jetzt wird auch nachvollziehbar, warum die Schweizer so wenig bei gleicher Leistung zahlen.

Selbst dann, wenn man die darüber hinausgehenden Leistungen versichern möchte, wird sich die Gesamtaufwendung nicht einmal verdoppeln, weil Transparenz und Konkurrenz durch Gesetz gefordert und geschützt, für die nötige Disziplin bei den Versicherern und den medizinischen Dienstleistern sorgen wird. Bei den Versicherten sorgt die Kenntnis der realen Kosten und die Selbstbeteiligung dafür.

Mit der obligatorischen Pflichtversichertenkarte ist es übrigens auch ein Leichtes, illegal hier lebende Personen festzustellen. Dies werden die Strafverfolgungsbehörden und die Ordnungsämter dankbar vermerken. Arbeitgeber, die Illegale beschäftigen, eher weniger.

Die Arbeitslosenversicherung

1. Die Arbeitslosenversicherung wird als reine Risikoversicherung in die Rechtsform einer Stiftung umgewandelt. Für deren Bestand übernehmen der Bund zu 50 % und die Länder anteilig zu ihrer Bevölkerung zu insgesamt 50 % eine selbstschuldnerische Bürgschaft. Die Mitglieder des Stiftungsbeirates setzen sich so zusammen: 1 Vertreter des Bundes (Wirtschaftsminister), 1 Vertreter der Länder (Bundesratspräsident), 10 Arbeitnehmer (unterschiedlicher Berufsgruppen), und 5 Vertreter der Arbeitgeber (aus unterschiedlichen Branchen). Es wird ausdrücklich ausgeschlossen, Vertreter von Parteien und Gewerkschaften in dieses Gremium zu entsenden.

2. Damit wird sichergestellt, daß diese Einrichtung frei von (auch gesellschafts-) politischen Dispositionen bleibt. Gleichzeitig ist es dem Staat unmöglich, die Gelder oder das Vermögen der Arbeitslosenversicherung mit wesensfremden Aufgaben oder Auflagen zu belasten. Damit wird unterstrichen und sichergestellt, daß diese Institution anteilige eigentumsgleiche Ansprüche verwaltet.

3. Das in guten Zeiten geringer Arbeitslosigkeit angesammelte „Einlagevermögen“ (Beiträge) sollte Kapitalvermehrend mündelsicher angelegt werden; ähnlich, wie bei der Rentenkasse. Es sollte angestrebt werden, ca. 40 % langfristig, und 60 % mittel- bis kurzfristig zur Auszahlung bereit zu halten. Auch in Zeiten hoher Arbeitslosigkeit können schon geringe Beträge kurzfristig (z.B. Tagesgeld u.a.) gewinnbringend angelegt werden. Gewinnerzielung zum Zwecke der Vermehrung, des Erhaltes und der Sicherung von Liquidität ist ausdrücklich gewünscht und gefordert. Dieses Ziel ist mit geringstem, aber fachkundigem – entsprechend bezahltem - Personaleinsatz sicherzustellen.

4. Ausgenommen von der Beitragspflicht sind Ausländer aus Drittstaaten, die keine EU-Bürger sind. Ansonsten zahlt jeder ein, der in Deutschland abhängig beschäftigt ist. Dazu gehören auch die Bediensteten der öffentlichen Hand – auch Beamte. Die Beiträge sind nach Risiko gestaffelt. Normale Arbeitnehmer zahlen 100 %, der öffentliche Dienst 50 %, Beamte 25 % der Beitragssumme. Diese Beitragsätze teilen sich aber generell Arbeitgeber und Arbeitnehmer in dem Maße, zu wievielen Prozent der Arbeitnehmer tatsächlich beim jeweiligen Arbeitgeber arbeitet.

5. Der Beitragspflicht unterliegt alles, was innerhalb der beruflichen Tätigkeit bis zu einem Betrag von € 5000,- netto p.M. verdient wird.

6. Der Haftungsbeitrag der Arbeitslosenversicherung beträgt 70 % vom Höchstnettoverdienst (max. € 5000,-) des Durchschnitts der letzten 2 Berufsjahre. Bei der Höchstsumme von 5000 netto wären das max. € 3500,-

7. Der Bezug von Arbeitslosengeld ist steuerfrei, entbindet aber nicht von Zahlungen in die Mindestrente und die medizinische Grundversicherung. Die Zahlungsverpflichtung der Arbeitslosenversicherung erstreckt sich auf max. 24 Monate, je nach vorheriger Einzahlungsdauer. Nach diesem Zeitpunkt erfolgt der Übergang in die Sozialhilfe. Sollte der Bezug unterhalb des Sozialhilfesatzes liegen, ergänzt die Sozialhilfe den Fehlbetrag, ohne die Forderungen aus dem Sozialhilfegesetz geltend zu machen.

8. Während der Zeit, in der Leistungen aus der Arbeitslosenversicherung bezogen werden, muß sich ständig nachweislich um Arbeit innerhalb der gesetzlichen Zumutbarkeit bemüht werden. Für die Vermittler von Arbeit muß der Leistungsempfänger verfügbar sein. Dies alles könnte z.B. am Vormittag erfolgen. Gleichzeitig muß er sich beruflich weiterbilden oder anderweitig z.B. in Übungsfirmen sein berufliches Können erhalten und erweitern. Dies z.B. am Nachmittag. Insgesamt ist täglich dafür ein kompletter Arbeitstag vorzusehen und einzuhalten. Das hat zur Folge, daß sich ein Arbeitsloser nie zu weit vom Rhythmus der Arbeitswelt entfernt.

9. Verweigert ein Leistungsempfänger die in 8. genannten Auflagen oder läßt mehrfach Beratungs- und Vorstellungsgespräche platzen oder verhält sich allgemein kontraproduktiv und sichtbar unwillig, kann die Zahlung des Arbeitslosengeldes verweigert werden. Der Betreffende wird an die Sozialhilfe verwiesen. Die dann eintretenden Sanktionen hat er selbst zu verantworten.

Kommentar:

Durch diese Konstruktion kann der Beitragssatz über einen langen Zeitraum konstant gehalten werden. Da der Kreis der Einzahler erweitert wird, gewinnt diese Versicherung zusätzlich an Gehalt.

Die Einbeziehung des öffentlichen Dienstes in die Risikogruppe ist gerechtfertigt. Es ist davon auszugehen, daß dieser Arbeitsbereich erheblich zu reformieren und umzugestalten ist. Dann werden Angestellte und Arbeiter der öffentlichen Hand keinen bisher gewohnten Kündigungsschutz mehr genießen können. Das Risiko wird aber immerhin geringer sein. Dem ist zu entsprechen. Auch Beamte können bei Fehlverhalten die Arbeit verlieren.

Durch die Art der Beitragsverwaltung und die absolute Staatsferne sowie der Unabhängigkeit von „gesellschaftlichen Kräften“ könnte ein Beitrag von 2 % vom Netto bis € 5000,- = € 100,- maximal ausreichend sein; zumal sich Arbeitgeber und Arbeitnehmer grundsätzlich den Beitrag teilen.

ANHANG

Die Pflegeversicherung

1. Diese Versicherung ist wieder ihrer ursprünglich gedachten Wirkung zuzuführen.
2. Sie kann ihre Wirkung frühestens nach Eintritt in die Rente (Mindestrente) entfalten. Sie hat ihre Funktion darin, daß dem möglicherweise altersbedingtem erhöhten Pflegerisiko begegnet werden kann.
3. Die Beitragszahlung dafür allerdings muß gleichzeitig mit der Standardkrankenversicherung einsetzen. Da die eingezahlten Beiträge nicht vor dem Erreichen der Rentenberechtigung angegriffen werden können, kann dieser Beitrag sehr gering gehalten werden.
4. Die Leistungen aus dieser Versicherung müssen alten hilflosen Menschen je nach (großzügig zu bemessenden) Grad der Hilfsbedürftigkeit uneingeschränkt zukommen. Sei es, eine persönliche Hilfskraft zu bezahlen.
5. Die dadurch mögliche Vermeidung der Aufgabe einer vertrauten Umgebung oder einer lang bewohnten Wohnung relativiert die Kosten zu der alternativ teureren Heimunterbringung mit der damit verbundenen Lieblosigkeit und Minderung der Lebensqualität.
6. Die Risiken einer solchen Pflegeversicherung könnten mit einem Zuschlag von 1-2 % zum Krankenkassenbeitrag gedeckt werden.

Kommentar:

Die heutige Pflegeversicherung ist für alle Pflegemaßnahmen zuständig, die sich aus Krankheiten, Unfällen aller Versicherten ergeben. Das entspricht nicht der Begründung bei ihrer Einführung.

Die Leistungen daraus sind im Übrigen in den vom Statistischen Bundesamt festgestellten Gesamt-Gesundheitskosten von rd. 218 Mrd. € enthalten. Auch dies muß den Beitragssatz zur medizinischen Grundversorgung beeinflussen.