



# **Gesamtsozialversicherungsbeitrag unter 40 Prozent begrenzen – mit politischem Mut für eine generationengerechte Reform der Sozialversicherung**

Positionspapier

Frankfurt am Main, 16. Oktober 2024

## Zusammenfassung

Von Krankheit über Arbeitslosigkeit, Erwerbsminderung und Alter bis hin zur Pflege sind hierzulande nahezu alle Lebenssituationen, in denen Menschen Unterstützung brauchen, seit Jahrzehnten umfangreich abgesichert. Das sorgt einerseits für hohe Stabilität und sozialen Frieden. Andererseits ist die Finanzierung der Sozialleistungen belastend für Arbeitgeber und Arbeitnehmer sowie Steuerzahler und gefährdet über eine hohe Abgabenlast Arbeitsplätze.

Eine nachhaltige und stabile Finanzierung der Sozialversicherung ist von großer gesamtgesellschaftlicher Bedeutung insbesondere für die Versicherten und die Erbringer sozialer Leistungen sowie ihre Beschäftigten, aber auch für die Arbeitnehmer und Arbeitgeber als Beitragszahler.

Ohne umgehende und durchgreifende Reformen droht schon im nächsten Jahr ein Gesamtsozialversicherungsbeitrag von rund 42 Prozent und 2028 von 44 Prozent. Schon 2035 kann der Gesamtsozialversicherungsbeitrag auf bis zu 50 Prozent steigen. Das heißt immer weniger Netto vom Brutto für Arbeitnehmer und weiter steigende Kosten für Arbeitgeber. Das Hoch-Abgabenland Deutschland würde für die dringend benötigten Fachkräfte von außerhalb immer unattraktiver. Die seit Jahren anhaltende Abwanderung gut ausgebildeter junger Arbeitskräfte aus Deutschland würde sich beschleunigen.

Getrieben wird der Beitragssatzanstieg einerseits durch Leistungsausweitungen in der Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung insbesondere in den letzten zehn Jahren, so etwa durch die abschlagfreie Rente mit 63 oder die Mütterrente. Im Gesundheitswesen führen auch neue Behandlungsmethoden und neue Medikamente zu steigenden Ausgaben, ebenso wie die weiter voranschreitende Alterung der Bevölkerung.

Die Kosten dieser demografischen Entwicklung werden in den nächsten Jahren mit dem Eintritt immer größerer Kohorten der Babyboomer-Generation in die Rente und später in die Pflegebedürftigkeit weiter stark steigen. Der ohne Reformen damit einhergehende ungebremste Anstieg der Sozialversicherungsbeiträge würde vor allem die jüngere Generation in deren Erwerbsphase stark belasten. Deshalb sind Strukturreformen in der Sozialversicherung unerlässlich, um mehr Generationengerechtigkeit herzustellen und nicht die Kosten einer stark alternden Gesellschaft einseitig bei der jüngeren Generation abzuladen.

Ein wesentlicher Faktor für die Finanzierbarkeit der Sozialversicherung ist ein hoher Beschäftigungsstand. Deshalb sind Frühverrentungsanreize wie abschlagfreie Frührenten und überlange Arbeitslosengeldansprüche doppelt schädlich, weil sie die Beitragszahlergemeinschaft finanziell belasten und dem Arbeitsmarkt dringend benötigte Arbeitskraft entziehen.

Beendet werden muss weiterhin die Verschiebung von Lasten vom Steuerzahler auf den Beitragszahler durch so genannte versicherungsfremde Leistungen oder gar durch Zweckentfremdung von Beitragsgeldern. Zu diesem Mittel greift der Bundesgesetzgeber in Zeiten klammer Haushalte immer wieder. Hiervon sind Renten-, Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung betroffen. Es macht einen fundamentalen Unterschied, ob eine gesamtgesellschaftlich gebotene Sozialleistung wie etwa die Krankenversicherung von Bürgergeldempfängern mit rund 10 Milliarden Euro von den Krankenkassenmitgliedern mitfinanziert wird. Denn so werden durch einen überhöhten Beitragssatz Geringverdiener überproportional belastet. Richtig wäre die Finanzierung durch die Gesamtheit der Steuerzahler nach Leistungsfähigkeit.

Die Begrenzung der Sozialversicherungsbeiträge bei unter 40 Prozent bei gegebenen Beitragsbemessungsgrenzen ist auch deshalb dringend erforderlich, weil die gesetzlichen Sozialversicherungen nur mit Versicherungszwang funktionieren und dem einzelnen finanzielle Mittel für die private Vorsorge nach eigener Entscheidung entziehen. Zwangsweise erhobene Sozialversicherungsbeiträge sind deshalb immer rechtfertigungsbedürftig und müssen in der Höhe begrenzt bleiben. Eine Begrenzung der Sozialversicherungsbeiträge schafft Raum für private Entscheidungen und kapitalgedeckte ergänzende Vorsorge, etwa für das Alter oder Pflegebedürftigkeit. Kapitalgedeckte Vorsorge bietet auch den großen Vorteil eigentums geschützt und damit dem Zugriff der Politik entzogen zu sein.

Ebenso wenig darf es eine außerordentliche Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze der Kranken- und Pflegeversicherung auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung geben. Denn dies wäre mit Zusatzlasten von rund 22 Milliarden Euro für Arbeitnehmer und Arbeitgeber verbunden. Dies wäre nichts anderes als eine versteckte Beitragserhöhung. Vielmehr muss es wie bisher bei einer Fortschreibung der Beitragsbemessungsgrenze anhand der Lohnentwicklung bleiben.

Die vor allem wegen des seit Jahrzehnten bekannten demografischen Wandels dringenden Reformnotwendigkeiten in den verschiedenen Sozialversicherungszweigen werden immer wieder von den verschiedensten Institutionen wie Sachverständigenräten, Bundesrechnungshof, Bundesbank, Normenkontrollrat und Arbeitgeberverbänden beschrieben. Mit Ausnahme der Rente mit 67 hat der Gesetzgeber jedoch in den letzten fast 20 Jahren im Wesentlichen Leistungen ausgeweitet. Für die Vorbereitung, Diskussion und Umsetzung von Reformen ist deshalb leider viel Zeit verschwendet worden. Deshalb braucht es jetzt umso mehr politischen Mut, den Tatsachen ins Auge zu sehen, die Notwendigkeiten zu erklären und zu handeln. Die VhU fordert insbesondere:

## **I. Strukturreformen in allen Sozialversicherungszweigen:**

in der gesetzlichen **Rentenversicherung**: Längere Lebensarbeitszeit

- Abschlagfreie Frührente abschaffen
- Abschläge für vorgezogene Renten erhöhen
- Renteneintrittsalter ab 2031 flexibel anpassen
- Nachhaltigkeitsfaktor wirken lassen – Rentenniveau nicht festschreiben
- Betriebliche und private Altersvorsorge stärken
- Grundrente abschaffen – Freibetrag für selbst erworbene Versorgungsansprüche

in der gesetzlichen **Krankenversicherung**: Gesundheitsstrukturen neu ordnen

- Krankenhausreform muss kommen
- Krankenhaus-Finanzierung: auf Monistik durch die Krankenkassen umstellen
- Private Krankenhausträger nicht benachteiligen
- Eigenverantwortung der Versicherten ausbauen
- Bessere Gesundheitskompetenz statt Medikalisierung
- Versorgungsmanagement für mehr Qualität im Gesundheitswesen
- Sektorengrenzen überwinden, ambulanten und stationären Sektor verzahnen
- Gesundheitsprämien einführen

in der gesetzlichen **Pflegeversicherung**: mehr Generationengerechtigkeit

- Pflege-Beitragssatz einfrieren
- Kapitalgedeckte Pflegevorsorge einführen
- Teilleistungsprinzip erhalten
- Nachhaltigkeitsfaktor einführen
- Vertragsspielräume für Pflegekassen schaffen
- Leistung privater Pflegeunternehmen anerkennen

in der **Arbeitslosenversicherung**: Leistungen konzentrieren

- Arbeitslosengeldanspruch auf max. 12 Monate begrenzen
- Organisation der Arbeitsverwaltung verbessern

**II. Zweckentfremdung von Beitragsmitteln unterbinden**

**III. Versicherungsfremde Leistungen aus Steuern finanzieren**

**IV. Sozialleistungsmisbrauch wirksamer verhindern**

---

## Im Einzelnen

### Sozialsystem am Rande der Finanzierbarkeit

Die Ausgaben aller Sozialversicherungen einschließlich Arbeitslosen- und Unfallversicherung betragen rund 750 Mrd. € (Sozialbudget 2023). Der hierfür erforderliche Gesamtsozialversicherungsbeitrag liegt 2024 mit 40,9 Prozent auf dem höchsten Stand der letzten 18 Jahre. 2025 droht der Gesamtsozialversicherungsbeitrag auf 41,9 Prozent zu steigen – bei kinderlosen Arbeitnehmern sogar noch höher. Dies wäre der stärkste Anstieg der Sozialversicherungsbeiträge seit 1996. Dabei liegt die Abgabenlast in Deutschland bereits jetzt so hoch wie in kaum einem anderen Industrieland. Ein Ende des Sozialabgaben-Anstiegs ist nicht in Sicht: selbst ohne weitere Leistungsausweitungen wird der Gesamtsozialversicherungsbeitrag auf bis zu 50 Prozent im Jahr 2035 ansteigen (div. Projektionen, vgl. BDA-Kommission, Zukunft der Sozialversicherungen, 29.07.2020). Immer weiter steigende Lohnzusatzkosten sind jedoch Gift für den Erhalt und Aufbau von Beschäftigung, denn diese verteuern Arbeit.

Schon heute ist damit das Sozialsystem an die Grenzen seiner Finanzierbarkeit gelangt. Mit einer schrumpfenden Erwerbsbevölkerung und einer alternden Bevölkerung werden die Herausforderungen jedoch noch einmal entscheidend größer, denn die Einnahmen von Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung werden im Umlagesystem überwiegend aus Beiträgen und damit von Arbeitnehmern und Unternehmen finanziert. Dagegen sind die beitragspflichtigen Einnahmen aus der zunehmend größeren Gruppe der Ruheständler unterdurchschnittlich hoch. Bereits im Jahr 2040 steigt die Bevölkerung im Alter von 65 und älter von aktuell rund 19 Millionen auf über 23 Millionen. Gleichzeitig verringert sich die Gruppe der erwerbstätigen Beitragszahler um rund 3 Millionen (Kommission verlässlicher Generationenvertrag, Band 1, 55).

Auch noch höhere Steuerzuschüsse sind keine Lösung. Denn bereits heute finanziert der Fiskus die Rentenversicherung mit über 100 Mrd. € aus Steuermitteln, die Krankenversicherung mit rund 14,5 Mrd. € (2024). Allein diese beiden Zuschüsse beanspruchen schon heute rund ein Viertel des Bundeshaushalts. Insgesamt fließt rund die Hälfte des Bundeshaushalts in den Sozialbereich. Dementsprechend sind die Mittel für Investitionen in Bildung, Forschung und Infrastruktur knapp.

## I. Strukturreformen in allen Sozialversicherungszweigen

Deshalb muss der Gesetzgeber jetzt rasch umsteuern, um die Belastung des Faktors Arbeit mit Sozialversicherungsbeiträgen wieder auf unter 40 Prozent zu begrenzen, die Sozialsysteme auf die demografische Alterung vorzubereiten und eine Überforderung der jungen Generation zu verhindern. Wer dagegen die Beitragssätze dadurch senken möchte, dass er die Beitragsbemessungsgrenze erhöht oder andere Einkommensarten der Beitragspflicht unterwirft, mindert nicht die Beitragslast, geschweige denn, dass damit irgendetwas gegen das ungebremste Ausgabenwachstum unternommen würde.

### 1. Gesetzliche Rentenversicherung: Längere Lebensarbeitszeit

Kamen Anfang der 1960er Jahre noch sechs Beitragszahler auf einen Rentner, sind dies heute nur noch gut zwei. Diese Relation verschlechtert sich weiter, weil immer mehr

Arbeitnehmer der geburtenstarken Jahrgänge aus dem Erwerbsleben ausscheiden. Gleichzeitig hat sich in diesem Zeitraum die Rentenbezugsdauer in etwa verdoppelt auf heute rund 20 Jahre. Denn Rentner werden erfreulicherweise immer älter bei immer mehr gesunden Lebensjahren. Ohne Reformen steigt der Beitragssatz von derzeit 18,6 % 2028 auf über 20 Prozent und in 2035 auf 22,3 Prozent (IW Köln 2024).

Königsweg für eine Begrenzung des Rentenversicherungsbeitrags ist eine längere Lebensarbeitszeit. Diese verhilft zu höheren Renten und entlastet gleichzeitig die nachfolgenden jüngeren Generationen. Zwar hat der Gesetzgeber 2006 die stufenweise Anhebung des Regelrentenalters auf 67 Jahre beschlossen. Allerdings wird diese richtige Maßnahme konterkariert durch die abschlagfreie Frührente ab 63 bzw. 65 Jahren, die bereits über 2 Millionen Arbeitnehmer in Anspruch genommen haben. Ergänzend zur gesetzlichen Rentenversicherung muss die private und betriebliche Altersvorsorge weiter gestärkt werden.

### **Abschlagfreie Frührente beenden**

Die abschlagfreie Frührente mit 65 und früher muss beendet werden, um die Lasten nicht einseitig nachfolgenden Generationen zu überantworten und um dringend benötigte Fachkräfte nicht zu verlieren. Wer aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr arbeiten kann, erhält eine Erwerbsminderungsrente, die in den letzten Jahren in mehreren Schritten stark erhöht wurde. Kranken- und Rentenversicherung sowie Bundesagentur für Arbeit müssen mit gezielten Präventions- und Rehabilitationsangeboten mehr Versicherte im Arbeitsmarkt halten. Auch die Arbeitgeber sind gefragt, deren Engagement in den letzten 20 Jahren etwa erneut zu einer Halbierung der Arbeitsunfälle geführt hat.

### **Abschläge auf vorgezogene Renten erhöhen**

Möglich bleibt die vorgezogene Rente ab 63 Jahren, die allerdings mit Abschlägen verbunden ist. Denn ohne Abschläge würde der Frührentner durch den längeren Rentenbezugszeitraum insgesamt mehr Rente erhalten als bei Renteneintritt zum Regelalter. Allerdings sind die derzeitigen Abschläge von 0,3 Prozent pro Monat bzw. 3,6 Prozent pro Jahr eines vorgezogenen Renteneintritts seit Jahrzehnten unverändert und deshalb versicherungsmathematisch nicht mehr ausreichend. Denn die Rentenbezugsdauer hat sich in diesem Zeitraum stark erhöht. Deshalb müssen auch die Abschläge spürbar erhöht werden, mindestens auf 0,4 Prozent pro Monat bzw. 4,8 Prozent pro Jahr.

### **Renteneintrittsalter flexibel anpassen**

Ab dem Jahr 2031 sollte das Rentenalter automatisch an die steigende Lebenserwartung angepasst werden, damit das Verhältnis von Beitrags- zu Rentenjahren ausgeglichen bleibt. Denn die Lebenserwartung wird weiter zunehmen: bis 2060 für Männer um 4 bis 8 Jahre, für Frauen um 3 bis 6 Jahre (Statistisches Bundesamt 2023). Um hier zu einem Ausgleich zu kommen, könnte das Renteneintrittsalter zum Beispiel im Verhältnis 2 zu 1,5 angepasst werden, d. h. je zwei Jahre höhere Lebenserwartung anderthalb Jahr späterer Renteneintritt (vgl. BDA-Sozialstaatskommission 2020). Denn ohne eine weitere Erhöhung des Renteneintrittsalters würde die Rentenbezugsdauer weiter steigen – und müsste von immer weniger Personen im erwerbsfähigen Alter finanziert werden.

### **Nachhaltigkeitsfaktor wirken lassen – Rentenniveau nicht festschreiben**

Mit dem Rentenpaket II will die Bundesregierung das sog. Rentenniveau langfristig auf mindestens 48 Prozent festschreiben. Damit würden sowohl der so genannte Nachhaltigkeitsfaktor ausgehebelt werden, der aus Gründen der Generationengerechtigkeit für eine geringere

Rentensteigerung sorgt, wenn es mehr Rentner im Verhältnis zu Erwerbstätigen gibt, als auch der Nachholfaktor, der künftig nicht mehr wirken kann, wenn rechnerische Rentenkürzungen wegen der „Rentengarantie“ ausgesetzt werden und in den Folgejahren mit den dann möglichen Erhöhungsspielräumen verrechnet werden sollen. In den nächsten 20 Jahren lägen die Mehrausgaben hierfür bei rund 500 Milliarden Euro. Das sog. „Rentenniveau“ ist eine rententechnische Kunstgröße und wird oft so missverstanden, als erhielte der Einzelne weniger Rente, wenn das Rentenniveau sinkt. Tatsächlich steigen aber die Renten nach Prognosen der Bundesregierung jedes Jahr. Sie steigen aber eben weniger stark, wenn der Nachhaltigkeitsfaktor greift.

### **Betriebliche und private Altersvorsorge stärken**

Die gesetzliche Rente wird den Lebensstandard in Zukunft allein nicht mehr sichern können. Deshalb müssen die Rahmenbedingungen für betriebliche und private Altersvorsorge verbessert werden, insbesondere für Bezieher von geringen Einkommen.

Rund 56 Prozent aller sozialversichert Beschäftigten verfügen heute über mindestens eine Betriebsrentenanwartschaft. Dieser Anteil verringert sich allerdings erheblich, je kleiner der Betrieb ist und je geringer der Verdienst des Beschäftigten. Deshalb muss insbesondere die Attraktivität der betrieblichen Altersvorsorge für Geringverdiener erhöht werden. Die reine Beitragszusage sollte auch tarifunabhängig eröffnet werden, um auch kleine Unternehmen und flächentariffreie Branchen zu erreichen.

In der privaten Vorsorge muss der Gesetzgeber höhere Aktienanteile in Altersvorsorgeprodukten ermöglichen sowie eine Lockerung der Beitragsgarantie mit einer nicht zu 100 Prozent garantierten Auszahlungssumme. Die schwer durchschaubare Fördersystematik der Riester-Rente sollte vereinfacht werden, etwa durch eine pauschale anteilige Förderung von Eigenleistungen (z.B. 50 Cent Förderung je 1 Euro Eigenleistung). Mit einer neuen automatisierten Meldung der Anbieter über die eingezahlten Beiträge sollte die Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen die hohe Zahl der Rückforderungsbescheide reduzieren, indem sie vor Auszahlung der Zulage den Anspruch prüft. Damit Private Altersvorsorge effektiv dazu beitragen kann, Altersarmut zu verhindern, sollten lebenslange Rentenzahlungen erreicht werden. Um flexiblen Erwerbsbiografien besser Rechnung zu tragen, sollte die Riester-Rente auch Selbständigen eröffnet werden. Ein neues Altersvorsorge-Produkt in Form einer ineffizienten staatlichen Einheitslösung ist angesichts eines funktionierenden Wettbewerbs abzulehnen.

### **Grundrente abschaffen – Freibetrag für alle selbst erworbenen Versorgungsansprüche**

Die 2021 eingeführte Grundrente ist voller Ungerechtigkeiten und Widersprüche, die die Glaubwürdigkeit des Rentenversicherungssystems erschüttern: Es ist nicht erklärlich, warum der Rentenanspruch eines 33 Jahre Teilzeitbeschäftigten mit der Grundrente fast verdoppelt werden soll, der in derselben Höhe in 32 Jahren selbst erarbeitete Rentenanspruch eines Vollzeitbeschäftigten aber unverändert bleibt. Außerdem verursacht die systemwidrig von der Rentenversicherung administrierte Grundrente einen hohen Verwaltungsaufwand, der versicherungsfremd von den Beitragszahlern getragen wird. Die Grundrente gehört abgeschafft.

Wer eigene Ansprüche auf Rente, Betriebsrente oder aus einer privaten Altersvorsorge erworben hat, soll im Alter durch einen Freibetrag jedenfalls mehr haben, als jemand der allein Alters-Grundsicherung bezieht. Dies stärkt die Motivation für Arbeit und Altersvorsorge und macht ein drittes System zwischen gesetzlicher Rentenversicherung und Altersgrundsicherung überflüssig.

## 2. Gesetzliche Krankenversicherung: Gesundheitsstrukturen neu ordnen

Die Gesundheitsausgaben in Deutschland gehören zu den höchsten der Welt – die Ausgabensteigerungen des Gesundheitssystems liegen seit vielen Jahren über dem Wirtschaftswachstum. Gleichzeitig bewegt sich die Qualität des Gesundheitssystems lediglich im Mittelfeld. Ablesbar ist dies an dem harten Indikator der Lebenserwartung, bei der Deutschland unterhalb des EU-Durchschnitts liegt. Geprägt ist das Gesundheitssystem in Deutschland von einem hohen Anteil stationärer Leistungen und dementsprechend geringer Ambulantisierung mit starren Sektorengrenzen. Einen Hinweis auf deutlich zu große stationäre Strukturen liefert auch die Verteilung des Gesundheitspersonals. Pro Kopf hat Deutschland mit die höchste Dichte an Ärzten und Pflegepersonal. Pro Patient im Krankenhaus ist die Versorgung mit Ärzten und insbesondere Pflegepersonal jedoch unterdurchschnittlich. Der Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung liegt auf einem Rekordniveau von 16,3 Prozent. Schon 2025 droht eine Anhebung auf über 17 Prozent. Damit die Gesundheitsausgaben in einer alternden Gesellschaft nicht immer weiter davongaloppieren, müssen durch Strukturreformen Effizienzreserven gehoben werden.

### **Krankenhäuser: Strukturreform muss kommen**

Die Krankenhauskosten sind der mit Abstand größte Ausgabenblock der gesetzlichen Krankenversicherung und tragen maßgeblich zu den immer neuen Rekordbeitragssätzen bei. Die richtige Idee der von der Bundesregierung vorgelegten Krankenhausreform darf nicht auf Druck der Länder durch immer mehr Ausnahmen von bundeseinheitlichen Strukturvorgaben – insbesondere Mindestmengen – in ihr Gegenteil verkehrt werden: der Aufrechterhaltung ineffizienter Strukturen mit zu vielen Betten und zu wenig spezialisierten Häusern, wie sie unter der jahrzehntelangen Planungshoheit der Länder entstanden sind. Zudem muss ein Griff in die Beitragskassen für den geplanten Transformationsfonds mit einem Volumen von mindestens 25 Milliarden Euro unterbleiben. Denn Krankenhausinvestitionen sind im gegenwärtigen System Ländersache, der die Länder bereits in den letzten Jahrzehnten zu Lasten der Beitragszahler nur unzureichend nachgekommen sind. In einer richtig geplanten Krankenhausstruktur dürfte es dem Land auch leichter fallen, seiner Investitionsverpflichtung nachzukommen. Eine rasche Neuordnung der Krankenhausstruktur hin zu effizienteren Strukturen ist schließlich aber auch aus einem ganz anderen Grund zwingend: Schon heute fehlt auf den Krankenhausstationen und im gesamten Gesundheitsbereich Personal.

### **Auf monistische Krankenhaus-Finanzierung durch die Krankenkassen umstellen**

Es sollte geprüft werden, ob es nicht zielführender ist, wenn die gesetzlichen Krankenkassen die Krankenhäuser zukünftig aus einer Hand finanzieren („monistisch“), d.h. sowohl die Kosten für die Behandlung von Patienten als auch für Investitionen in Geräte und Gebäude tragen. Auch wenn Hessen bei den Krankenhaus-Investitionskosten im Ländervergleich relativ gut abschneidet, bleiben auch hierzulande die Investitionen des Landes seit Jahrzehnten hinter dem Bedarf zurück. Konsequenz ist, dass Krankenhäuser aus den Behandlungserlösen für Patienten einen Teil ihrer Investitionskosten bestreiten müssen. Um den Investitionsstau durch jahrzehntelang zu geringe Landesinvestitionen aufzulösen, sollte die Finanzierung der medizinisch nötigen Investitionen aus Steuermitteln kompensiert werden, damit der Beitragssatz nicht noch unter zusätzlichen Druck gerät.

### **Private Krankenträger nicht benachteiligen**

Private Träger leisten einen unverzichtbaren Beitrag zu einer qualitativ hochwertigen und wirtschaftlichen Gesundheitsversorgung. Die Träger- und Betreibervielfalt der Krankenhäuser in öffentlicher, freigemeinnütziger und privater Form muss erhalten bleiben. Fragwürdig und wettbewerbsverzerrend ist hingegen die mittlerweile gängige Praxis, dass Städte, Kreise und andere öffentliche Krankenträger ihre Häuser bei finanzieller Schieflage mit Steuergeld und Krediten stützen. Die Kommunen müssen sich fragen lassen, weshalb es ihnen anscheinend schwerer gelingt als anderen Trägern, ihre Kliniken auf einem wirtschaftlich soliden Kurs zu halten.

### **Eigenverantwortung der Versicherten ausbauen**

Die Eigenverantwortung der Versicherten ist durch mehr Selbstbeteiligung und mehr Kostentransparenz auszuweiten. Das ist als Steuerungselement unverzichtbar und stellt auch keine Überforderung der Versicherten dar. Eine Ausweitung der Eigenverantwortung der Versicherten trägt dazu bei, den Einzelnen zu wirtschaftlichem Verhalten und Kostenverantwortung zu motivieren, setzt Anreize für ein gesundheitsbewusstes Verhalten und verwirklicht den Grundsatz, dass sich die Solidarversicherung entsprechend dem Subsidiaritätsprinzip auf die Leistungen beschränken sollte, die der Einzelne nicht selbst tragen kann. Konkret sollte die heute geltende Belastungsobergrenze für Selbstbeteiligung von 2 auf 3 % der jährlichen Bruttoeinnahmen angehoben werden. Eine solche Belastungsgrenze reicht aus, um eine Überforderung des Einzelnen zu verhindern und gewährleistet, dass auch im späteren Verlauf eines Jahres noch die gewünschte Steuerungswirkung der Zuzahlungsregelungen gegeben ist.

Die Abschaffung der bis Ende 2012 erhobenen Praxisgebühr von 10 Euro, die bei Arztbesuchen einmalig im Quartal zu zahlen war, war ein Fehler. Sie hat die Krankenkassen und damit die Beitragszahler mit rund 2 Mrd. Euro zusätzlich belastet. Stattdessen hätte die Praxisgebühr weiterentwickelt werden müssen, da sie in der alten Form nicht ihre optimale Steuerungswirkung entfalten konnte. Mit einer bei jedem Arztbesuch erhobenen Praxisgebühr ließe sich hingegen sowohl eine – moderate – Ausweitung der Selbstbeteiligung als auch eine verbesserte Kostensteuerung erreichen. Das Instrument der Zuzahlung beim Hausarzt und Facharzt wird von vielen europäischen Ländern zur Mitfinanzierung des Gesundheitswesens und Steuerung der Arztbesuche genutzt, wie z. B. der Schweiz, Portugal, Norwegen, Frankreich usw. Bei der Zahl der Arztkontakte belegt Deutschland im internationalen Vergleich einen Spitzenplatz. Versicherte konsultieren in Deutschland nahezu doppelt so häufig einen Arzt wie zum Beispiel Finnen, Norweger oder Schweizer und fast viermal so häufig wie Schweden. In diesen Ländern sind die Zuzahlungen gemessen am Haushaltseinkommen wesentlich höher als in Deutschland.

Zudem sind die Zuzahlungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (Arznei- und Verbandmittel, Krankenhausbehandlung und Reha, Heil- und Hilfsmittel sowie Fahrtkosten) anzupassen. Die Zuzahlungen bzw. deren Mindest- und Höchstbeträge sind seit dem 1. Januar 2004 konstant und wurden seither der allgemeinen Lohn- und Preisentwicklung nicht angepasst. Eine Anpassung und Dynamisierung ist notwendig, um die ursprüngliche Bedeutung dieser Zuzahlungen wieder herzustellen und auch künftig zu erhalten.

### **Bessere Gesundheitskompetenz statt Medikalisierung**

Rund 60 Prozent der Bevölkerung nimmt die eigene Gesundheitskompetenz als unzureichend oder nur eingeschränkt wahr (Uni Bielefeld, IZGK 2021). Zur Vermeidung von Krankheiten und damit verbundenen Folgeproblemen wie Erwerbsunfähigkeit muss daher

ein größerer Fokus auf die Verbesserung der individuellen Gesundheitskompetenz der Versicherten gelegt werden, damit Versicherte gesundheitskompetente Entscheidungen treffen, gesündere Gewohnheiten entwickeln und sich gesundheitsförderlich verhalten. Wichtig ist insbesondere, an einer Veränderung der Lebensgewohnheiten im Bereich Ernährung und Bewegung anzusetzen. Dies ist gegenüber der Ausweitung von frühzeitigen Verschreibungen, wie sie etwa im Entwurf des „Gesundes-Herz-Gesetzes“ (Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Herzgesundheit, Gesetzentwurf der Bundesregierung v. 28.08.2024) vorgesehen ist, deutlich vorzugswürdig, da so der Entstehung von (Zivilisations-)Krankheiten und einer anschließenden (frühzeitigen) medikamentösen Behandlung vorgebeugt wird.

### **Mit Versorgungsmanagement zu mehr Qualität im Gesundheitswesen**

Die Krankenkassen müssen mit Ärzten und Krankenhäusern Verträge für eine bessere Gesundheitsversorgung abschließen dürfen. Dies hebt strukturelle Effizienzreserven und verbessert die Qualität.

### **Sektorengrenzen überwinden, ambulanten und stationären Sektor besser verzahnen**

Im Zuge der Corona Pandemie ist es zu einem deutlichen und voraussichtlich auch bleibenden Leistungsrückgang stationärer Behandlungen gekommen. Zudem ist abzusehen, dass mit dem medizinisch-technischen Fortschritt die Zahl der Behandlungen, die ambulant durchgeführt werden können, zunehmen wird. Die Analyse des IGES-Instituts (2022) hat das Potenzial möglicher ambulanter Operationen aufgezeigt. Demnach könnten diese um fast 2.500 neue Leistungen nahezu verdoppelt werden. Um die Potenziale zu heben, gilt es die Strukturen vor Ort anzupassen, damit eine ambulante Leistungserbringung tatsächlich möglich ist. Hinzu kommt, dass in einer alternden Gesellschaft mit zunehmenden Ein-Personen-Haushalten auch die Betreuung im Nachgang an einen ambulanten Eingriff mitgedacht werden muss. Dabei muss die Vergütung dieser Leistungen ausschließlich, wie auch gesetzlich vorgesehen, ausgehend vom einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) erfolgen. Ambulanter und stationärer Sektor sehen sich, z.B. was die Fachkräftegewinnung angeht, ähnlichen Herausforderungen gegenüber. Insofern gilt es insbesondere die Ressource Arzt besser zu nutzen. Dies heißt für die Praxis auch, Krankenhäuser weiter für die ambulante Leistungserbringung zu öffnen. Denn der niedergelassene Bereich wird vor allem im ländlichen Bereich allein nicht in der Lage sein, den erwarteten Anstieg ambulanter Behandlungen zu erbringen. Eine effektive und rechtzeitige ambulante Versorgung im Vorfeld hilft, Folgekosten zu vermeiden.

### **Gesundheitsprämien einführen**

Die Gesundheitsfinanzierung muss vom Faktor Arbeit entkoppelt werden, damit nicht Kostensteigerungen in der Kranken- und der Pflegeversicherung und jede Lohnsteigerung voll auf die Lohnzusatzkosten durchschlagen. Hierzu wird der Arbeitgeberanteil einer einkommensunabhängigen Gesundheitsprämie in den Bruttolohn ausgezahlt. Für Einkommensschwache gibt es einen steuerfinanzierten Sozialausgleich.

## **3. Gesetzliche Pflegeversicherung: mehr Generationengerechtigkeit durch Kapitaldeckung**

Allein zwischen 2010 und 2023 haben sich die Ausgaben der gesetzlichen Pflegeversicherung auf derzeit rund 60 Milliarden Euro annähernd verdreifacht. Der Beitragssatz hat das Rekordniveau von 3,4 Prozent bzw. 4 Prozent für Kinderlose erreicht. Die nächste Beitragssatz-

Erhöhung droht zum 01.01.2025. Gründe für die massiven Ausgabensteigerungen sind Leistungsausweitungen und die fortschreitende Alterung der Gesellschaft. Weitere erhebliche Ausgabensteigerungen stehen bevor. So ist in Hessen allein bis zum Jahr 2030 mit einer Zunahme der Pflegebedürftigen um rund 12 Prozent zu rechnen (Hessischer Pflegebericht 2023). Prognosen gehen davon aus, dass nach dem Jahr 2030 insbesondere auch die Gruppe der Hochbetagten (ab 85 Jahren) stark ansteigen wird. Hier ist bis zum Jahr 2055 mit einem bundesweiten Anstieg um bis zu 100 Prozent zu rechnen (Statistisches Bundesamt 2024). Ohne Strukturreformen wird der Beitragssatz zur gesetzlichen Pflegeversicherung weiter stark steigen.

### **Pflege-Beitragssatz einfrieren**

Damit der Pflegeversicherungsbeitragssatz nicht vor allem zu Lasten der Erwerbsbevölkerung immer weiter steigt, muss der Beitragssatz in der gesetzlichen Pflegeversicherung eingefroren werden. So kann die immer stärkere Belastung des Faktors Arbeit durch steigende Pflegeversicherungsbeiträge gestoppt werden. Jede weitere Belastung des Faktors Arbeit durch einen weiter steigenden Pflegeversicherungsbeitrag ist auch deshalb abzulehnen, weil eine Verantwortung des Arbeitgebers für das Pflegerisiko des Arbeitnehmers nicht erkennbar ist.

### **Für mehr Generationengerechtigkeit kapitalgedeckte Pflegevorsorge einführen**

Zur Finanzierung der Pflegekosten sollte das Umlagesystem durch eine zweite Finanzierungssäule ergänzt werden. Hierfür sollte eine zweite, anwartschaftsgedeckte Pflegeversicherung geschaffen werden, die die Lücke zwischen der gedeckelten Beitragsfinanzierung und den im Alter steigenden Pflegekosten schließt. Im Anwartschaftsdeckungsverfahren sorgen die Alterskohorten vor, ohne die Finanzierungslasten auf Dritte zu überwälzen. Diese zweite Säule wird deshalb über Prämien statt über lohnbezogene Beiträge finanziert.

Weil ältere Jahrgänge weniger Zeit haben, im Anwartschaftsdeckungsverfahren für ihre mit dem Alter steigenden Pflegerisiken vorzusorgen, werden diese voraussichtlich höhere Prämien entrichten müssen als junge Menschen. Das aber ist der Preis, der insbesondere den geburtenstarken Kohorten abzuverlangen ist, damit die Verschiebung immer höherer Lasten auf die Schultern der Kinder und Enkel unterbunden werden kann. Die Babyboomer-Jahrgänge 1955 bis 1969 übernehmen damit die Kosten für ihre Pflegebedürftigkeit zu einem guten Teil selbst und belasten damit nicht die nachfolgenden Generationen. Zwar gehen die geburtenstarken Jahrgänge nach und nach in Rente. Der Großteil der Pflegeleistungen fällt aber erst 15 bis 20 Jahre nach Renteneintritt an. Deshalb kann diese Altersgruppe – im Unterschied zur Rente – auch noch wirksam für das eigene Pflegerisiko vorsorgen. Ein steuerfinanzierter sozialer Ausgleich kann dafür Sorge tragen, dass einzelne Versicherte nicht durch die zusätzlich zu zahlende Prämie überfordert werden.

Mit einem Ausbau der privaten kapitalgedeckten Vorsorge lässt sich auch das Risiko der heute schon privat zu tragenden Pflegekosten absichern. Denn die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung decken nicht alle Kosten im Pflegefall. So steigen die einrichtungseinheitlichen Eigenanteile in der stationären Pflege stetig. Entsprechend besteht das Risiko, dass die gesetzliche Pflegeversicherung einen immer geringeren Teil an den tatsächlichen Pflegekosten abdeckt. Deshalb droht im Alter und bei Pflegebedarf mit immer höherer Wahrscheinlichkeit eine finanzielle Überforderung. Die zweite, kapitalgedeckte Finanzierungssäule bietet Versicherten aber die Möglichkeit, sich und seine Angehörigen davor zu schützen.

### **Teilleistungsprinzip in der gesetzlichen Pflegeversicherung erhalten**

Die gesetzliche Pflegeversicherung ist richtigerweise als Teilleistungsversicherung konzipiert, bei der ein Teil des tatsächlich anfallenden Pflegeaufwands von den Pflegebedürftigen selbst getragen bzw. deren Familienangehörigen erbracht werden muss. Ein Übergang zu einer gesetzlichen Vollversicherung für die Pflegekosten und selbst eine regelmäßige Anpassung der jetzigen Pflegeleistungen mit der Wachstumsrate der (Brutto-)Löhne würde statt der nötigen Entlastung weitere Belastungen der jüngeren Generation schaffen. Außerdem würden von einer Einführung der Vollversicherung aktuell Pflegebedürftige profitieren, die Beiträge lediglich für eine Teilversicherung gezahlt haben. Gegen eine gesetzliche Pflegevollversicherung spricht schließlich auch, dass bei einer 100-prozentigen Absicherung durch den Sozialstaat die Eigenverantwortung abnehmen könnte, ebenso wie die Bereitschaft, pflegebedürftige Angehörige zu Hause zu pflegen. Auch deshalb muss es bei dem Teilleistungsmodell bleiben.

### **Nachhaltigkeitsfaktor einführen**

Langfristig sollte die gesetzliche Pflegeversicherung durch die Schaffung eines Nachhaltigkeitsfaktors stabilisiert werden. Hierdurch würden Anpassungen der Pflegeleistungen gedämpft, wenn die Anzahl der Pflegebedürftigen stärker stiege als die der Beitragszahler. Damit wäre eine systematische und regelgebundene Anpassung der Pflegeleistungen möglich, die die finanzielle Belastung des Systems berücksichtigt.

### **Vertragsspielräume für Pflegekassen schaffen**

In der gesetzlichen Pflegeversicherung müssen der Kosten-, Preis- und Qualitätswettbewerb zur Erzielung kostengünstiger, qualitativ hochwertiger und leistungsfähiger Versorgungsstrukturen verstärkt werden. Daher benötigen die Pflegekassen größere vertragliche Gestaltungsspielräume mit den Leistungsanbietern. Statt einheitlichem und gemeinsamem Handeln aller Pflegekassen muss Vertragsfreiheit gelten. Die Leistungsbedingungen in der ambulanten und stationären Pflege müssen von jeder Pflegekasse frei mit den Leistungsanbietern – Pflegediensten und Pflegeeinrichtungen – ausgehandelt werden können. So kann es den Pflegekassen gelingen, effiziente und qualitativ hochwertige Arrangements je nach örtlichen Gegebenheiten für ihre Versicherten zu organisieren. Um Preissenkungsspielräume konsequent zu erschließen, sollten einzelne Pflegekassen künftig zudem nicht mehr nur über feste Leistungsätze (bzw. Festpreise für Einzelleistungen) mit den Leistungsanbietern verhandeln können, sondern auch über den Gesamtpreis der zu erbringenden Pflegeleistungen.

### **Leistung privater Pflegeunternehmen anerkennen**

Private – ebenso wie freigemeinnützige – Träger haben bei der Erbringung von Pflegeleistungen – nach dem erklärten Willen des Bundesgesetzgebers gleichermaßen Vorrang vor öffentlichen Trägern. Für die Versorgung der Bevölkerung leisten private Pflegeunternehmen mit qualitativ guten und wirtschaftlichen Leistungen einen unverzichtbaren Beitrag. Die Bereitstellung von Pflegeleistungen entlastet insbesondere auch erwerbstätige Angehörige und ermöglicht in vielen Fällen eine Erwerbstätigkeit überhaupt erst. Wie mit jeder privatwirtschaftlichen Tätigkeit müssen Gewinne erwirtschaftet werden, um Rücklagen für Investitionen bilden zu können, aber auch für eine Entlohnung der unternehmerischen Tätigkeit.

## **4. Arbeitslosenversicherung: Leistungen konzentrieren**

Die Rahmenbedingungen auf dem Arbeitsmarkt haben sich seit den letzten großen Arbeitsmarktreformen in den Jahren 2003 bis 2005 geändert: Statt Massenarbeitslosigkeit stehen

Fachkräftemangel und der Strukturwandel im Fokus. Der Arbeitslosenversicherungsbeitrag ist seitdem von damals 6,5 Prozent auf heute 2,6 Prozent gesunken. Seit 2005 wird die Mehrzahl der Arbeitslosen durch Jobcenter betreut. Diese werden überwiegend als gemeinsame Einrichtung von Bundesagentur für Arbeit und Kommunen betrieben. Daneben wird ein nennenswerter Teil der Jobcenter – bundesweit rund 100 von rund 400 – als so genannte kommunale Jobcenter allein von den Kommunen geführt. In Hessen werden sogar 16 von 26 Jobcentern allein von den Kommunen betrieben. Die Arbeitsverwaltung existiert damit in drei Organisationsformen – mit allen damit verbundenen Schnittstellenproblemen.

### **Arbeitslosengeldanspruch auf max. 12 Monate reduzieren**

Das Arbeitslosengeld sichert den Arbeitslosen wirtschaftlich ab und stärkt seine Verhandlungsposition bei der Arbeitssuche. Mit einem Anspruch auf Arbeitslosengeld von maximal zwölf Monaten wird die Sucharbeitslosigkeit ausreichend abgedeckt. Untersuchungen belegen, dass überlange Arbeitslosengeldansprüche dagegen zu längerer Arbeitslosigkeit beitragen. Längere Bezugszeiten bauen gerade für ältere Arbeitslose keine Brücken in neue Beschäftigung, sondern in die Frühverrentung. Der Anspruch auf Arbeitslosengeld sollte deshalb einheitlich auf maximal 12 Monate festgelegt werden, wie es bis 1985 geregelt war (vgl. VhU-Position „Lasten des demographischen Wandels fair verteilen, Arbeitsplätze sichern“ v. 15.05.2019).

### **Organisation und Zusammenarbeit der Arbeitsverwaltung verbessern**

Die Arbeitsverwaltung muss durch bessere Organisationsformen, die Beseitigung von Schnittstellenproblemen und mehr Digitalisierung insgesamt effizienter aufgestellt werden. Der Gesetzgeber muss den Jobcentern und Arbeitsagenturen ein einheitliches IT-System vorschreiben, das anteilig aus Beitrags- und Steuermitteln finanziert wird. Denn seit über 20 Jahren bringt das Nebeneinander von Jobcentern in verschiedenen Organisationsformen Übergangsprobleme mit sich. Für eine bessere Zusammenarbeit zwischen Jobcentern und Arbeitsagenturen sollten diese zudem – wo möglich – räumlich zusammenziehen (vgl. VhU-Position zur Reform der Jobcenter-Organisation, 01.02.2021).

## **II. Zweckentfremdung von Beitragsmitteln unterbinden**

Zwangsbeiträge für die Sozialversicherung beschränken die Handlungsfreiheit des Einzelnen und müssen vom Gesetzgeber begründet werden. Der Gesetzgeber darf die Beitragshöhe zur Sozialversicherung nicht nach Belieben festsetzen, sondern muss sich am Zweck der Sozialversicherung orientieren. Beiträge sind von Verfassungen wegen streng zweckgebunden und dürfen nicht für Aufgaben abgezweigt werden, die aus Steuern durch den Bundeshaushalt zu finanzieren sind.

Gleichwohl werden Beitragsgelder immer wieder vom Gesetzgeber zweckentfremdet, um gesamtgesellschaftliche Aufgaben zu erfüllen und den Steuerhaushalt zu entlasten. Wichtiges Beispiel hierfür ist der Aussteuerungsbetrag bzw. Eingliederungsbeitrag, mit dem zwischen 2005 und 2012 aus der Kasse der Arbeitslosenversicherung rund 30 Milliarden Euro in den Bundeshaushalt abgezweigt wurden, um Leistungen der Grundsicherung zu finanzieren. Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung verpflichtete der Gesetzgeber den GKV-Spitzenverband 2015 im Ergebnis, jährlich einen zweistelligen Millionenbetrag an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung für Präventionsmaßnahmen zu zahlen (gestoppt durch Bundessozialgericht vom 29.2.2021 – 1 A 2/20 R). Aktuell will der Gesetzgeber die Beitragszahler zur Arbeitslosenversicherung ab 2025 dazu verpflichten, die Kosten für

---

Weiterbildung und Rehabilitationsmaßnahmen in Höhe von rund 900 Millionen Euro jährlich für Bürgergeldempfänger zu tragen. Auch dies ist eine offenkundig verfassungswidrige Zweckentfremdung von Beitragsmitteln.

Um die Sozialversicherung vor Überlastung und steigenden Kosten bzw. Beiträgen zu schützen, müssen Sozialversicherungsträger und Selbstverwaltung effektive und klar formulierte Rechtsschutzmöglichkeiten gegen einen „Griff in die Beitragskassen“ durch den Gesetzgeber erhalten. Hierfür sollte der Gesetzgeber die Möglichkeit schaffen, Eingriffe in die selbstverwalteten Sozialversicherungen und Aufgabenübertragungen frühzeitig gerichtlich überprüfen zu lassen. Bisher gibt es nur die Möglichkeit von langwierigen Klageverfahren durch betroffene Beitragszahler oder den Sozialversicherungsträger. Im Falle des Aussteuerungsbeitrags hat es von der Klageerhebung vor dem Sozialgericht 2006 bis zur Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts (22.05.2018 – 1 BvR 1728/12) zwölf Jahre gedauert. In der Arbeitslosenversicherung muss die systemwidrige und jährlich 900 Millionen Euro teure Verschiebung von Reha- und Weiterbildungsmaßnahmen von den Jobcentern zu den Arbeitsagenturen zu Lasten der Beitragszahler zurückgenommen werden.

### **III. Versicherungsfremde Leistungen transparent machen und aus Steuern finanzieren**

Daneben erlegt der Gesetzgeber den Sozialversicherungsträgern zahlreiche sogenannte versicherungsfremde Leistungen auf. Diese werden von den Sozialversicherungsträgern administriert und jedenfalls zunächst aus ihrem Beitragshaushalt bezahlt. Versicherungsfremde Leistungen dienen zwar regelmäßig dem Zweck der jeweiligen Sozialversicherung, sind jedoch von den Empfängern nicht durch eigene Beiträge finanziert. Beispiele hierfür sind die Grundrente, die Krankenversicherungsbeiträge für Bürgergeldempfänger und die Rentenbeiträge für pflegende Angehörige. Neben sehr eindeutigen Fällen von versicherungsfremden Leistungen gibt es aber auch einen mehr oder weniger großen Graubereich. Für viele versicherungsfremde Leistungen gewährt der Gesetzgeber eine Kompensation aus Steuermitteln, die jedoch nicht unbedingt die Gesamtkosten des Sozialversicherungsträgers abdecken und die vor allen Dingen von der jeweiligen Kassenlage des Bundes abhängig sind.

Um versicherungsfremde Leistungen transparent zu machen, muss der Gesetzgeber die Bundesregierung dazu verpflichten, zukünftig für alle Zweige der Sozialversicherung einen Bericht vorzulegen, in welchem Umfang welche versicherungsfremden Leistungen enthalten sind. Dieser Bericht ist dann Grundlage für die politische Diskussion, ob die Inanspruchnahme von Beitragsgeldern vollständig mit Steuerzuschüssen ausgeglichen wird.

Für die einzelnen Versicherungszweige gilt folgendes:

In der gesetzlichen Rentenversicherung müssen versicherungsfremde Kosten – etwa für die Berechnung der Grundrente oder Leistungen, die Kindererziehung honorieren – vollständig aus Steuermitteln finanziert werden. Auch der Bundesrechnungshof hat die Intransparenz bei versicherungsfremden Leistungen in der gesetzlichen Rentenversicherung jüngst angemahnt (Bundesrechnungshof, Bemerkungen 2023 zur Haushalts- und Wirtschaftsführung des Bundes, 07.12.2023, Kapitel 9).

Auch in der gesetzlichen Krankenversicherung muss der Bund versicherungsfremde Leistungen vollständig mit Steuermitteln hinterlegen. Dies betrifft etwa familienpolitische Leistungen

bei Schwangerschaft und Mutterschaft, das sog. Kinderkrankengeld oder Leistungen für Bürgergeldbezieher. Allein die letztgenannten belasten die Beitragszahler jährlich mit rund 10 Milliarden Euro zusätzlich.

In der sozialen Pflegeversicherung betrifft dies etwa die Rentenbeiträge für pflegende Angehörige (Kosten in Höhe von rund 3,5 Milliarden Euro) sowie die beitragsfreie Familienversicherung oder Pflegekurse für Angehörige.

#### **IV. Sozialleistungsmissbrauch wirksamer verhindern**

Sozialleistungsmissbrauch, Korruption und Abrechnungsbetrug fügen Steuer- und Beitragszahlern Jahr für Jahr hohe Schäden zu: allein im Gesundheitsbereich fließen Schätzungen zufolge rund 20 Milliarden Euro pro Jahr in dunkle Taschen. Daher sollte die Bekämpfung von Sozialleistungsmissbrauch künftig genauso konsequent angegangen werden wie im Bereich der Finanzverwaltung die Bekämpfung von Steuerbetrug. Hierfür sollte der Bundesgesetzgeber die Einrichtung einer Zentralstelle zur Bekämpfung von Sozialleistungsmissbrauch prüfen. Zudem brauchen die Fehlverhaltensstellen der Krankenkassen erweiterte rechtliche Befugnisse zum Datenaustausch, insbesondere mit den Sozialversicherungsträgern – insb. Rentenversicherung, Berufsgenossenschaften, Arbeitsagenturen – sowie mit den Jobcentern, Gesundheitsämtern, Steuerfahndungsbehörden der Länder und mit dem Zollfahndungsdienst des Bundes. Da insbesondere im Gesundheitswesen von einem nicht unerheblichen Dunkelfeld hinsichtlich der Fallzahlen als auch hinsichtlich der monetären Schäden auszugehen ist (vgl. BKA 2021), sollte das Bundesgesundheitsministerium im Zusammenwirken mit allen Akteuren im Gesundheitswesen eine Dunkelfeldstudie, insbesondere zum Abrechnungsbetrug, durchführen.

#### *Die Vereinigung der hessischen Unternehmerverbände (VhU)*

*Die VhU vertritt die branchenübergreifenden Interessen von 86 Arbeitgeber- und Wirtschaftsverbänden in Hessen, in denen über 100.000 Unternehmen mit 1,5 Mio. Beschäftigten Mitglied sind. Alle Unternehmensgrößenklassen und alle Branchen sind vertreten: Von Landwirtschaft und Rohstoffen über Bau, Industrie, Handel und Energie bis zu Handwerk, Verkehr, Banken, Versicherungen, Medien und IKT sowie weitere Dienstleistungen. Die VhU ist die Stimme der freiwillig organisierten hessischen Wirtschaft. Sie bündelt die gemeinsamen politischen Anliegen ihrer Mitgliedsverbände. Sowohl für die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) als auch für den Bundesverband der Deutschen Industrie (BDI) ist die VhU die Landesvertretung in Hessen.*