

sozial

wahl

2005

Sozialpolitische Informationen

Daten / Fakten / Hintergründe

1. Halbjahr 2005

Mit den aktuellen Flyern zur **Sozialwahl**, der
betrieblichen Altersversorgung und Riester-Rente
und zur **Alterssicherung für Frauen**
– zum Herausnehmen!

ver.di

Sozialpolitik/
Gesundheitspolitik

Vereinte
Dienstleistungs-
gewerkschaft

Herausgeber:

ver.di

Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft
Bundesverwaltung

Paula-Thiede-Ufer 10, 10179 Berlin

Postanschrift: ver.di-Bundesverwaltung, 10112 Berlin

Christian Zahn

Mitglied des Bundesvorstandes

Verantwortlich:

Judith Kerschbaumer

Kontakt: judith.kerschbaumer@verdi.de

unter Mitarbeit von:

Christine Dering

Josefine Geier

Wilma Henneberg

Dr. Horst Riesenberg-Mordeja

Ralf Stegmann

Ulrike Teske

Ulrike Zwolinski

GastautorInnen:

Jana Bender

Hannelore Buls

Norbert Fröhler

Dirk Schuchardt

Gestaltung: Hans-Joachim Kalla

Dieses Info ist im Intranet unter:

Politikfelder/Sozialpolitik abrufbar

Hinweis:

Wer regelmäßig über alle Veröffentlichungen aus der Sozialpolitik informiert und in den E-Mail-Verteiler aufgenommen werden möchte, schreibt an:

sopo@verdi.de

Stand: Januar 2005



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

ein sozialpolitisch ereignisreiches Jahr, in dem viele Reformvorhaben gesetzgeberisch umgesetzt wurden, liegt hinter uns.

Das erste Halbjahr 2005 wird von der praktischen Umsetzung der Reformen und den damit verbundenen Problemen geprägt sein. Zu denken ist hierbei insbesondere an Hartz IV und an die Neuregelungen zur Rentenbesteuerung.

Aber nicht nur die großen Reformen werden sich auf die sozialpolitische Wirklichkeit und den Geldbeutel von vielen Kolleginnen und Kollegen auswirken. Vielmehr wird die Kumulation von an sich „kleineren Reförmchen“, wie die volle Verbeitragung der Betriebsrenten in der Kranken- und Pflegeversicherung, die alleinige Tragung der Pflegeversicherungsbeiträge durch Rentnerinnen und Rentner, die Abschaffung der rentenrechtlichen Anerkennung von Ausbildungszeiten in der Gesetzlichen Rentenversicherung, die Einbeziehung der bedarfsorientierten Grundsicherung in das SGB XII, die Erhebung eines Sonderbeitrages zur Pflegeversicherung für Kinderlose sowie die Erhöhung des Krankenversicherungsbeitrages um 0,9 Prozentpunkte ab 1.7.2005 – um nur einige prominente Beispiele zu nennen – dazu führen, dass sich das zur Verfügung stehende Nettoeinkommen aller Generationen reduzieren wird.

Daneben gilt es, erreichte Sozialstandards, wie z.B. den gesetzlichen Unfallversicherungsschutz zu erhalten und die betriebliche Gesundheitsförderung auszubauen.

Unser sozialpolitisches Interesse gerade im 1. Halbjahr 2005 konzentriert sich auf die am 1.6.2005 stattfindenden Sozialwahlen. Dann werden die Parlamente der Sozialversicherungsträger in der gesetzlichen Kranken-, Pflege-, Renten- und Unfallversicherung neu gewählt. Die Wahlbeteiligung wird als Indikator für das Interesse der Versicherten an einer selbstverwalteten Sozialversicherung gesehen werden. Deshalb: Sozialwahl ist wichtig – ver.di wählen ist richtig!

Zahlreiche Reformvorhaben werden in dieser Legislaturperiode nicht mehr umgesetzt. Hier gilt: Aufgeschoben ist nicht aufgehoben! Allein aus finanziellen Gründen ist in den nächsten ein bis zwei Jahren die Reform der sozialen Pflegeversicherung unerlässlich. Weiterhin gilt es, den Umbau unseres Gesundheitssystems zu einer BürgerInnenversicherung voranzutreiben. Und mit der Veröffentlichung des Alterssicherungsberichts im September 2005 wird auch die Alterssicherung wieder in den sozialpolitischen Fokus rücken. Gerade wir Gewerkschafterinnen und Gewerkschafter haben die Aufgabe, im Interesse unserer Mitglieder aus allen Generationen und allen Bevölkerungsschichten einen sozial ausgewogenen Umbau mit zu gestalten. Dazu brauchen wir die Ideen und die Tatkraft eines/einer Jeden.

Mit den vorliegenden Sozialpolitischen Informationen für das 1. Halbjahr 2005 hoffen wir einen umfassenden und verständlichen Überblick über die aktuellen sozialpolitischen Themen, aber auch Anregungen für sozialpolitische Diskussionen zu geben. In diesem Sinne bitten wir Sie/Euch für die Sozialwahl im Kollegen/innen-, Bekannten- und Freundeskreis zu werben, um so zu einem guten Ergebnis unserer Kandidatinnen und Kandidaten beizutragen.

Christian Zahn
Mitglied des Bundesvorstandes

Judith Kerschbaumer
Leiterin des Bereichs
Sozialpolitik/Gesundheitspolitik

Inhalt

A. Allgemeine Sozialpolitik

I. Wissenswertes zu Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenzen	7
II. Weitere Zahlen in der Sozialversicherung	9
1. Bezugsgröße	9
2. Durchschnittliches Bruttoentgelt	10
3. Werte zur Umrechnung der Beitragsbemessungsgrundlagen der neuen Bundesländer	10
4. Werte in der betrieblichen Altersversorgung	10
5. Aktueller Rentenwert und Rentenanpassung	11
6. Übersicht zu den Aufwendungen zur sozialen Sicherung bei Arbeitnehmer/innen und Rentner/innen nach den Reformen	11
III. Beitragssätze in der Sozialversicherung	12
1. Gesetzliche Rentenversicherung (GRV)	12
2. Arbeitslosenversicherung (ArbIV)	13
3. Soziale Pflegeversicherung (PflV)	13
4. Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)	15
IV. Sozialpolitik für Frauen	19
1. Hartz und die Frauen	19
2. Gleichstellung von Männern und Frauen in der Alterssicherung	21
V. Aktuelle Infos zur Altersteilzeit – Arbeitnehmer/innen und Arbeitgeber können Geld sparen!	30

B. Soziale Selbstverwaltung/Sozialwahlen

I. Interview mit dem Bundeswahlbeauftragten Hans-Eberhard Urbaniak zu den Sozialwahlen 2005	32
II. Vorstellung des BfA-Spitzenkandidaten	36
III. Wahl der Versichertenältesten/VersichertenberaterInnen	37
IV. Sozialwahlen – unbekanntes Wahlrecht?	40

C. Teilhabepolitik und Schwerbehindertenvertretungen

47

D. Alterssicherung

I. Gesetzliche Rentenversicherung	53
1. Mit Hartz IV in Rente	53
2. Grundsätzliche Infos zu Renteneintritt, Altersteilzeit und Rentenhöhe	56
II. Betriebliche Altersversorgung und Riester-Rente	64
1. Sozialpolitische Diskussion	64
2. Rechtsänderungen durch das Alterseinkünftegesetz	65
3. Übersicht über die Besteuerung der betrieblichen Altersversorgung (bAV)	69
III. Neuordnung bei der „Rentenbesteuerung“ ab 1.1.2005	71
1. Einleitung	71
2. Das ab dem 01.01.2005 geltende neue Recht	73
3. Die Neuregelungen im Zusammenhang mit der betrieblichen und privaten Altersvorsorge	81
IV. Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach SGB XII	83

E. Pflegeversicherung	
I. Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 3.4.2001	84
II. Reform der sozialen Pflegeversicherung	86
F. Arbeitsmarktpolitik	89
G. Arbeitsschutz und Unfallverhütung	
I. Betriebssicherheit	94
II. Arbeitsstätten	94
III. Gefahrstoffe	95
IV. Biologische Arbeitsstoffe	97
V. Berufsgenossenschaften	97
VI. Deregulierung/Entbürokratisierung	100
VII. Gesetzliche Unfallversicherung	101
H. Arbeits- und Gesundheitsschutzpolitik	
I. Beabsichtigtes Inkrafttreten des Präventionsgesetzes zum 1.4.2005	104
II. Betriebliche Gesundheitsschutzpolitik von ver.di	107
III. Älterwerden im Betrieb	110
I. Gesundheitspolitik/Bürgerversicherung	
I. Zur Debatte um die Zukunft der Gesetzlichen Krankenversicherung – Die aktuellen Positionen der Parteien	111
II. Bürgerversicherung oder Kopfpauschale? Wer fordert was?	119
III. Die „Murkspauschale“ – Kritische Bewertung des CDU/CSU-Kompromissmodells einer „solidarischen Gesundheitsprämie“	123
IV. GewinnerInnen und VerliererInnen von Bürgerversicherung und Kopfpauschale – Finanzielle Auswirkungen des SPD- und des CDU-Modells	128
V. Reiche für Arme, Gesunde für Kranke, Junge für Alte – Ein aktueller Überblick über den Stand der ver.di-internen Diskussion zu einer solidarischen BürgerInnenversicherung	132
VI. „BürgerInnenversicherung – Zukunft für Solidarität und Parität“ – Bericht von der ver.di-Fachkonferenz am 30. September 2004 in Berlin	142
VII. DGB – Eckpunkte zur Bürgerversicherung	149
J. Aktuelle Veröffentlichungen der Sozialpolitik	153

Anmerkung in eigener Sache:

Die Autorinnen und Autoren unterstützen grundsätzlich die Verwendung weiblicher und männlicher Sprachformen. Dort wo die gegenderte Schreibweise dazu führt, dass Texte nicht mehr verständlich sind, wird die im Duden genannte Form des Plurals verwendet.

A. Allgemeine Sozialpolitik

I. Wissenswertes zu Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenzen

In den einzelnen Versicherungszweigen der Sozialversicherung muss hinsichtlich der Mitgliedschaft und der zu erhebenden Beiträge zwischen den Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenzen unterschieden werden.

Die Versicherungspflichtgrenze, eine politisch wichtige Grenze insbesondere in der Gesetzlichen Krankenversicherung, bestimmt, bis zu welchem Betrag bzw. Einkommen Versicherungspflicht bzw. ab wann Versicherungsfreiheit besteht. Wird ein Entgelt unterhalb der Versicherungspflichtgrenze erzielt, besteht Pflichtmitgliedschaft in der Kranken- und Pflegeversicherung. Ein Überschreiten der Versicherungspflichtgrenze in der Kranken- und Pflegeversicherung führt zu Versicherungsfreiheit und zur Möglichkeit, sich privat versichern zu können. Wer trotz Überschreitens der Versicherungspflichtgrenze in der solidarischen Krankenversicherung, insbesondere wegen des Vorteils der beitragsfreien Familienversicherung verbleibt, ist dort freiwillig Versicherter.

Unabhängig von der Versicherungspflichtgrenze werden Beiträge nur bis zu einer bestimmten Höhe erhoben, der so genannten **Beitragsbemessungsgrenze (BBG)***. Für die Beiträge zur Bundesagentur für Arbeit (Arbeitslosenversicherung) gilt die BBG der Rentenversicherung. Für die Kranken- und Pflegeversicherung gelten niedrigere BBGen. Bei Entgelten über der BBG bleiben die Arbeitnehmer/innen in der Renten- und Arbeitslosenversicherung versicherungspflichtig, zahlen Beiträge aber nur bis zu dieser Grenze. Wer freiwilliges Mitglied in der Kranken- und Pflegeversicherung ist, zahlt unabhängig davon, wie weit sein Entgelt die BBG überschreitet, den Beitrag, der sich unter Zugrundelegung der BBG ergibt.

In der Renten- und Arbeitslosenversicherung sind Versicherungspflichtgrenze und BBG identisch, jedoch in West und Ost unterschiedlich. Für die Kranken- und Pflegeversicherung (nicht für die Renten- und Arbeitslosenversicherung!) gelten bereits seit 2001 aufgrund der Rechtsangleichung einheitliche BBGen für das gesamte Bundesgebiet. Die BBGen werden regelmäßig zum Jahreswechsel angehoben.

* Die jährlichen BBGen ab 1924 bis heute sind als Anlage 2 und 2a zum SGB VI abgedruckt.



In 2005 gelten folgende Grenzen:

	Renten- und Arbeitslosenversicherung		Kranken- und Pflegeversicherung
	alte Bundesländer	neue Bundesländer	bundesweit
Versicherungspflichtgrenze Jahr 2005	62.400,00 €	52.800,00 €	46.800,00 €
Versicherungspflichtgrenze Monat	5.200,00 €	4.400,00 €	3.900,00 €
BBG Jahr 2005	62.400,00 €	52.800,00 €	42.300,00 €
BBG Monat	5.200,00 €	4.400,00 €	3.525,00 €
Beitragsbemessungsgrenze in der Knappschaft:			
West:	jährlich: 76.800,00 € monatlich: 6.400,00 €	Ost:	jährlich: 64.800,00 € monatlich: 5.400,00 €

Die Rechengrößen in der Sozialversicherung für 2005 orientieren sich an der Lohn- und Gehaltsentwicklung des Jahres 2003. Hierfür wird auf die vom Statistischen Bundesamt ermittelte Bruttolohn- und -gehaltssumme je durchschnittlich beschäftigtem Arbeitnehmer zurückgegriffen. Der Anstieg gegenüber dem Vorjahr (Lohnzuwachsrate) betrug 2003 bundesweit 1,14 % (in den alten Bundesländern 1,09 %; in den neuen Bundesländern 1,34 %).

Sonderzahlungen (wie Weihnachtsgeld oder Mehrarbeitszuschläge) werden voll der Sozialversicherung unterworfen. Maßgebend für die BBG ist das Jahresbruttoentgelt unter Einschluss der Sonderzahlungen, so dass die Bruttoarbeitsentgelte, die nur zusammen mit einer Sonderzahlung die BBG übersteigen, trotzdem der Beitragspflicht in der Renten-, Arbeitslosen-, Kranken- und Pflegeversicherung unterliegen. Durch die verstärkte Einbeziehung der Sonderzahlungen in die Sozialversicherungspflicht ergibt sich für alle Arbeitnehmer/innen, die ansonsten ein Entgelt unterhalb der BBG haben, wobei die unterschiedlichen BBG zu beachten sind, ein erhöhter Abzug an Sozialversicherungsbeiträgen. Diese Bestimmungen, die durch das „Gesetz zur Neuregelung der sozialversicherungsrechtlichen Behandlung von einmalig gezahlten Arbeitsentgelten“ zum 01.01.2001 in Kraft getreten sind, setzen eine Entscheidung des Bundesverfassungsgericht vom Mai 2000 um. Danach müssen Einmalzahlungen, wie z.B. Urlaubs- und Weihnachtsgeld bei der Berechnung von kurzfristigen Lohnersatzleistungen berücksichtigt werden. Das bedeutet, dass Einmalzahlungen in die Berechnung des Arbeitslosengeldes und des Unterhaltsgeldes bei beruflicher Weiterbildung einbezogen werden. Der Mehrbelastung auf der Beitragsseite steht damit eine Anhebung auf der Leistungsseite gegenüber! (J.K)

II. Weitere Zahlen in der Sozialversicherung

Weitere Zahlen, die im folgenden dargestellt sind: die Bezugsgröße, die durchschnittlichen Bruttoentgelte, die Werte zur Umrechnung in den neuen Bundesländern, die Werte für die betriebliche Altersversorgung und die aktuellen Rentenwerte.

Unter 6. ist getrennt nach Sozialversicherungszweigen eine Übersicht abgedruckt, die die Belastungen der Arbeitnehmer/innen und Rentner/innen zeigt.

1. Bezugsgröße

Neben der Beitragsbemessungsgrenze spielt im Beitrags- wie im Leistungsrecht die Bezugsgröße in der Sozialversicherung eine bedeutende Rolle. Bei der Prüfung der Versicherungspflicht, der Bemessung der Leistungen und teilweise auch bei den Bemessungsgrundlagen für die Beiträge sind bestimmte Höchst- oder Mindestbeiträge zu berücksichtigen, die sich an der Bezugsgröße orientieren. Der Begriff der Bezugsgröße ist in § 18 SGB IV, das die gemeinsamen Vorschriften für die Sozialversicherung umfasst, definiert. Als Bezugsgröße für 2005 gilt, soweit im Einzelfall nichts anderes bestimmt ist, das Durchschnittsentgelt der gesetzlichen Rentenversicherung im Jahr 2003, aufgerundet auf den nächsten, durch 420 teilbaren Betrag.

Die Bezugsgröße Ost ergibt sich, wenn der für 2003 geltende Wert der Anlage 1 zum SGB VI durch den für 2005 bestimmten vorläufigen Wert der Anlage 10 zum SGB VI geteilt wird, aufgerundet auf den nächsthöheren durch 420 teilbaren Betrag. Damit verändert sich die Bezugsgröße Ost grundsätzlich im gleichen relativen Umfang wie die Beitragsbemessungsgrenze Ost.

		Alte Bundesländer in €	Neue Bundesländer in €
Jahr 2005*	Jährlich	28.980,00	24.360,00
	Monatlich	2.415,00	2.030,00
Jahr 2004	Jährlich	28.980,00	24.360,00
	Monatlich	2.415,00	2.030,00
Jahr 2003	Jährlich	28.560,00	23.940,00
	Monatlich	2.380,00	1.995,00
Jahr 2002	Jährlich	28.140,00	23.520,00
	Monatlich	2.345,00	1.960,00

*Keine Änderung im Vergleich zu 2004.



2. Durchschnittliches Bruttoentgelt*

Vorläufiges Durchschnittsentgelt für 2005	29.569,00 €
Vorläufiges Durchschnittsentgelt für 2004	29.428,00 €
Durchschnittsentgelt für 2003	28.938,00 €**
Durchschnittsentgelt für 2002	28.626,00 €
Durchschnittsentgelt für 2001	55.216,00 DM
Durchschnittsentgelt für 2000	54.256,00 DM

* Als Anlage 1 zum SGB VI abgedruckt (ab 1891 bis heute)

** Das Durchschnittsentgelt für 2003 wird bestimmt, indem das Durchschnittsentgelt für 2002 um die Lohnzuwachsrate des Jahres 2003 erhöht wird.

3. Werte zur Umrechnung der Beitragsbemessungsgrundlagen der neuen Bundesländer (§ 256a SGB VI – Anlage 10 zum SGB VI)

Jahr	Umrechnungswert	Vorläufiger Umrechnungswert
2005		1,1885
2004		1,1912
2003	1,1943	

4. Werte in der betrieblichen Altersversorgung

Die Werte nach § 1a BetrAVG zur Entgeltumwandlung 2005:

4 % der BBG in der Rentenversicherung als Obergrenze	2.496,00 €
(beachte: zzgl. 1.800 € im Rahmen des § 3 Nr. 63 EStG, siehe dazu D.II.)	
1/160 der Bezugsgröße als Mindestumwandlungsbetrag	181,13 €

Die Förderbeträge im Rahmen der Riester-Rente

	Grundzulage	Kinderzulage	Mindesteigenbeitrag	Sockelbetrag
2005	76,00 €	92,00 €	2 % des Brutto, max. 1.050,00 €	60,00 €*
2006/2007	114,00 €	138,00 €	3 % des Brutto, max. 1.575,00 €	60,00 €
ab 2008	154,00 €	185,00 €	4 % des Brutto, max. 2.100,00 €	60,00 €

* einheitlicher Sockelbetrag ab 2005, eingeführt durch das Alterseinkünftegesetz

5. Aktueller Rentenwert und Rentenanpassung

Der aktuelle Rentenwert ändert sich jeweils zum 1. Juli eines Jahres und ist der monatliche Rentenbetrag für ein Jahr Beitragszahlung aus einem Verdienst in Höhe des Durchschnittsverdienstes, d.h. er bestimmt den Wert eines Entgeltpunktes (siehe dazu D.I.2.d.: Wie hoch ist meine Rente?). Der aktuelle Rentenwert unterscheidet sich in die Rentenwerte für die alten und neuen Bundesländer.

	Alte Bundesländer	Beitrittsgebiet
01.07.2004 bis 30.06.2005	26,13 €	22,97 €
01.07.2003 bis 30.06.2004		
01.07.2002 bis 30.06.2003	25,86 €	22,70 €
01.07.2001 bis 30.06.2002	25,31 € (49,51 DM)	22,06 € (43,15 DM)
01.07.2000 bis 30.06.2001	48,58 DM	42,26 DM

Zum 01.07.2004 erfolgte keine Anpassung der Renten – es kam zu einer „Nullrunde“. Dies ist eine Auswirkung der Reformmaßnahmen 2004.

Die Renten aus der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) sind zuletzt zum 1. Juli 2003 in den alten Bundesländern um 1,04 % und in den neuen Bundesländern um 1,19 % angehoben worden. Die verfügbare Standardrente eines Durchschnittsverdieners mit 45 Versicherungsjahren oder eines Versicherten mit 45 Entgeltpunkten erreicht damit – ohne Berücksichtigung der Eigenanteile der RentnerInnen zur Kranken- und Pflegeversicherung –

in den alten Bundesländern 1.176 € und
in den neuen Bundesländern 1.034 €.

Das entspricht einer Ost-West-Relation von 87,9 % (1. Juli 2002 = 87,8 %).

Zu den Werten des Existenzminimums siehe Sozialpolitische Informationen Nr. 6, 2. Halbjahr 2004, S. 11–12 (s. Existenzminimumbericht der Bundesregierung vom 5.2.2004)

6. Übersicht zu den Aufwendungen zur sozialen Sicherung bei Arbeitnehmer/innen und Rentner/innen nach den Reformen

Gesetzliche Krankenversicherung

	Lohnersatzleistung		Erwerbsphase	Rentenphase	
	Alg I	Alg II		Gesetzl. Rente	Betriebsrente
Beitragsatz individuell bis zur BGG	wird von der BA getragen		½ Beitrag	½ Beitrag	Voller indiv. Beitrag
zusätzlicher Sonderbeitrag ab 1.7.2005**	wird von der BA getragen	fällt nicht an	+ 0,9 %* (auch bei Bezug von Alg I, nicht bei Alg II)	+ 0,9 %*	+ 0,9 %*

* dazu kommt die gesetzlich angeordnete Beitragsatzsenkung um 0,9 %, die nur zur Hälfte Arbeitnehmer/innen und Rentner/innen zugute kommt. Insgesamt ergibt sich eine **Belastung** der Arbeitnehmer/innen und Rentner/innen von 0,45 %, für Arbeitgeber und RV-Trägerseite ergibt sich so eine Entlastung um 0,45 %.

** siehe dazu gelber Kasten unten III.4.

Soziale Pflegeversicherung

	Lohnersatzleistung		Erwerbsphase**	Rentenphase**	
	Alg I	Alg II		Gesetzl. Rente	Betriebsrente
Beitrag 1,7 % bis zur BBG	wird von der BA getragen		0,85 % Ausnahme: Sachsen	1,7 %	1,7 %
Beitragszuschlag für Kinderlose ab 1.1.2005	wird von der BA getragen	wird nicht erhoben*	+ 0,25 %*	+ 0,25 % Ausnahme: Kinderlose, die vor dem 1.1.1940 geboren sind	+ 0,25 %

* Anmerkung: vor Vollendung des 23. Lebensjahres, während des Bezuges von Alg II und bei Wehr- und Zivildienstleistenden wird der Beitragszuschlag für Kinderlose **nicht** erhoben.

** Zu den Beitragssätzen siehe unten III.3.

Arbeitslosenversicherung

	Lohnersatzleistung		Erwerbsphase	Rentenphase	
	Alg I	Alg II		Gesetzl. Rente	Betriebsrente
Beitrag 6,5 % bis zur BBG	kein Beitrag	kein Beitrag	1/2 Beitrag	kein Beitrag	kein Beitrag

Rentenversicherung

	Lohnersatzleistung		Erwerbsphase	Rentenphase	
	Alg I	Alg II		Gesetzl. Rente	Betriebsrente
Beitrag 19,5 % bis zur BBG	BA zahlt Beiträge für 80% des dem Alg I zugrunde liegenden Bruttoentgelts	BA bzw. Kommunen leisten einen pauschalen Beitrag iHv. 78 € (entspr. einem Brutto von 400 €)	1/2 Beitrag	kein Beitrag	kein Beitrag

(J.K.)

III. Beitragssätze in der Sozialversicherung

Grundsätzlich gilt:

Aufwendungen zur Gesetzlichen Renten-, Arbeitslosen-, Kranken- und Pflegeversicherung tragen ArbG und ArbN (grundsätzlich) je zur Hälfte. Es gibt aber bereits heute zahlreiche Ausnahmen im Kranken- und Pflegeversicherungsbereich. Die Aufwendungen zur Gesetzlichen Unfallversicherung trägt der ArbG alleine. Durch den zusätzlichen Sonderbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung ab 1.7.2005 und den Beitragszuschlag für Kinderlose in der Pflegeversicherung ab 1.1.2005 wurde der Grundsatz der paritätischen Finanzierung aufgehoben.

1. Gesetzliche Rentenversicherung (GRV)

Der Beitragssatz der Gesetzlichen Rentenversicherung beträgt ab 01. Januar 2005 weiterhin **19,5 %**. Die gleichen Beitragssätze gelten auch für das Beitrittsgebiet.

	Alte Bundesländer	Neue Bundesländer
Beitragssatz	19,5 %	19,5 %
Mindestbeitrag für freiwillig Versicherte (monatlich)	78,00 €	78,00 €
Höchstbeitrag für freiwillig Versicherte (monatlich)	1.014,00 €	1.014,00 €
Höchstbeitrag für Pflichtversicherte	1.014,00 €	858,00 €
Regelbeitrag für (rentenvers.pfl.) Selbstständige* (einschließlich Handwerker)	470,93 €	395,85 €
Halber Regelbeitrag für Selbstständige* (in den ersten drei Kalenderjahren nach Aufnahme der selbstständigen Tätigkeit)	235,46 €	197,93 €

* Möglichkeit einer geringeren Beitragsentrichtung, wenn das laufende Einkommen geringer als die Bezugsgröße ist (RV-Träger fragen!)

Freiwillige Beiträge zur Gesetzlichen Rentenversicherung können für das jeweilige Kalenderjahr wirksam bis zum 31.03. des folgenden Jahres entrichtet werden, also für 2004 bis 31.03.2005 usw. Es gilt der Beitragssatz des zurückliegenden Zeitraums.

2. Arbeitslosenversicherung (ArbIV)

Der Beitragssatz in der Arbeitslosenversicherung bleibt im Jahr 2005 unverändert bei **6,5 %**. Dieser Beitragssatz gilt auch in den neuen Bundesländern.

3. Soziale Pflegeversicherung (PfIV)

Für alle (freiwillig und Pflicht-) Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung sind auch Pflichtbeiträge zur Pflegeversicherung abzuführen, es sei denn, sie haben sich von der sozialen Pflegeversicherung befreien lassen. Die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung betragen seit dem 01.07.1996 **1,7 %** des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts. (**Ausnahme Sachsen:** da in Sachsen kein gesetzlicher Feiertag, der auf einen Werktag fällt, gestrichen wurde, ergibt sich dort folgende Aufteilung der Beiträge: **1,35 %** des Arbeitsentgeltes sind als Pflegeversicherungsbeitrag vom ArbN alleine zu tragen, der ArbG hat dagegen **0,35 %** des Arbeitsentgeltes als Pflegeversicherungsbeitrag zu übernehmen.)

Ab 01.04.2004 tragen die Rentnerinnen und Rentner den vollen Beitragssatz zur Pflegeversicherung in Höhe von 1,7 % alleine.



Hinweis:

Zum Thema „Zukunft der Pflege“ hat der Bereich Sozialpolitik eine Informations- und Diskussionsbroschüre herausgegeben, die unter sopo@verdi.de angefordert werden kann.

Die Bundesregierung hat mit dem „Gesetz zur Berücksichtigung der Kindererziehung im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung“ (BT-Drucksache 15/3671) das Urteil des Bundesverfassungsgerichts zur Pflegeversicherung vom 3.4.2001 (Az.:1 BvR 1629/94) nach seinen Vorstellungen umgesetzt. Im folgenden werden die ab 1.1.2005 geänderten Beitragssätze dargestellt. Zu den Inhalten des Urteils, der Umsetzung und der anstehenden Reform der sozialen Pflegeversicherung siehe E.

Ab 1.1.2005 zahlen Kinderlose in der sozialen Pflegeversicherung einen **Beitragszuschlag** von 0,25 %. Im Übrigen bleibt es bei einem bisherigen Beitragssatz von 1,7 %. Eltern mit Kindern zahlen keinen geringeren Beitrag, sondern sind von der Zahlung des Zuschlags ausgenommen.

Versicherungspflichtige	Beitragssatz	Tragung des Beitrags	
		Versicherte/r	ArbG, RV-Träger
Kinderlose Beschäftigte, die das 23. Lebensjahr vollendet haben und nach dem 31.12.1939 geboren sind (nicht Sachsen)	1,95	1,1	0,85
Kinderlose Beschäftigte, die das 23. Lebensjahr vollendet haben und nach dem 31.12.1939 geboren sind (Sachsen)	1,95	1,6	0,35
Beschäftigte mit Kind/ern (nicht Sachsen)	1,7	0,85	0,85
Beschäftigte mit Kind/ern (Sachsen)	1,7	1,35	0,35
Kinderlose Rentner/innen, die nach dem 31.12.1939 geboren sind (gesamtes Bundesgebiet)	1,95	1,95	–
Rentner/innen mit Kind/ern, die nach dem 31.12.1939 geboren sind (gesamtes Bundesgebiet)	1,7	1,7	–

Nicht zuschlagspflichtig sind folgende Versicherte:

- Kinderlose, die vor dem 1.1.1940 geboren sind
- Geringfügig Beschäftigte in 400 €-Minijobs
- Bezieher von Alg II
- Bezieherinnen von Mutterschaftsgeld
- Wehr- und Zivildienstleistende
- Personen während der Elternzeit
- Familienversicherte

Ein Beitragszuschlag für Kinderlose in der sozialen Pflegeversicherung ist bei **Eltern** im Sinne der §§ 55 Abs. 3, SGB XI, 56 Abs. 1 SGB I nicht zu erheben. Als Eltern gelten danach die leibli-

chen Eltern, Adoptiveltern sowie Stief- und Pflegeeltern. Bereits ein Kind befreit die Eltern vom Zuschlag. Ist das Kind verstorben, gelten die Eltern dann nicht als kinderlos, wenn das Kind lebend geboren wurde. Die Gründe, warum jemand kein Kind hat oder keines bekommen kann, spielt keine Rolle, ebenso das Alter des Kindes (auch wenn es schon lange aus dem Haus ist). Beide Elternteile werden dann nicht zuschlagspflichtig.

Weitere Fallkonstellationen, die sich z.B. bei Wiederheirat eines geschiedenen Elternteils und Annahme des Kindes durch den Angeheirateten ergeben können, sind im 38-seitigen Gemeinsamen Rundschreiben der Spitzenverbände der Sozialversicherungsträger vom 3.12.2004 nachzulesen (im Internet unter www.vdak.de).

Wer nicht nachweist, dass er/sie ein Kind hat, gilt bis zum Ablauf des Monats, in dem der Nachweis erbracht wird, als kinderlos und muss den Beitragszuschlag tragen. Erfolgt die Vorlage des Nachweises innerhalb von drei Monaten nach der Geburt des Kindes, gilt der Nachweis mit Beginn des Monats der Geburt als erbracht, ansonsten wirkt der Nachweis ab Beginn des Monats, der dem Monat folgt, in dem der Nachweis erbracht wird. Eine Übergangsregelung sieht vor, dass innerhalb der Übergangszeit vom Inkrafttreten des Gesetzes bis zum 30.6.2005 die Vorlage des Nachweises der Elterneigenschaft bis zum 1.1.2005 zurückwirkt. Es erfolgt dann eine Rückabwicklung.

Der höhere Beitrag für kinderlose Rentnerinnen und Rentner wird erstmalig von der April-Rente einbehalten. Für die Monate Januar bis März 2005 werden die Beiträge rückwirkend ebenfalls im April von der Rente abgezogen.

Zum Nachweis genügt z.B. die Kopie der Geburtsurkunde, denn das Gesetz sieht keine konkrete Form vor. Der Nachweis ist gegenüber der beitragsabführenden Stelle zu erbringen, d.h. gegenüber demjenigen, dem die Pflicht zum Beitragseinbehalt und zur Beitragszahlung obliegt (z.B. Arbeitgeber, Rentenversicherungsträger, Reha-Träger).

Unter

<http://www.vdr.de/internet/vdr/home.nsf/index.htm?OpenPage&content=http://www.vdr.de/internet/vdr/infopool.nsf/0/64c3e9529edc9290c1256f39004a8eab?OpenDocument>

kann die Empfehlung der Spitzenverbände der Pflegekassen für den Nachweis der Elterneigenschaft eingesehen und heruntergeladen werden. (J.K.)

4. Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)

In der Gesetzlichen Krankenversicherung (dazu gehören: Allgemeine Ortskrankenkassen AOK, Ersatzkassen EK, Innungskrankenkassen IKK und Betriebskrankenkassen BKK) sind die Beitragssätze nicht einheitlich. Sie richten sich bei jeder einzelnen Kasse nach dem Kreis der Versicherten, der Inanspruchnahme durch die Versicherten und deren durchschnittlichen Grundlohn sowie der Inanspruchnahme oder den Zahlungen aus dem unter allen Krankenkassen durchzuführenden Risikostrukturausgleich. Im Krankenversicherungsrecht wird zwischen dem **allgemeinen, erhöhten und ermäßigten Beitragssatz** unterschieden (§§ 241-243 SGB V). Der allgemeine Beitragssatz gilt für Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit für mindestens 6 Wochen Anspruch auf Entgeltfortzahlung haben. Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht für mindestens 6 Wochen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts haben, entrichten einen erhöhten Beitragssatz. Besteht kein Anspruch auf Krankengeld oder beschränkt die Krankenkasse aufgrund von Vorschriften des SGB V für einzelne Mitgliedergruppen den Umfang

der Leistungen (z.B. Wehrdienstleistende, Zivildienstleistende) ist der Beitragssatz entsprechend zu ermäßigen. Hier werden der Übersichtlichkeit halber nur die allgemeinen Beitragssätze abgedruckt. Die Beitragssätze können im Internet unter www.gkv-ag.de eingesehen werden.

Als beitragspflichtige Einnahme für den Kalendertag gilt	
grundsätzlich	mindestens 1/90 der monatlichen Bezugsgröße*
freiwillige Mitglieder, die hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind	1/30 der monatl. Beitragsbemessungsgrenze (BBG)**
bei Nachweis niedrigerer Einkommen	mindestens 1/40 der monatlichen Bezugsgröße*
Mitglieder, die Anspruch auf einen monatlichen Existenzgründungszuschuss nach § 421e SGB III haben	1/60 der monatlichen Bezugsgröße*

* Werte siehe vorne II.1.

** Werte siehe vorne I.

Dies gilt auch für die soziale Pflegeversicherung.

Durch gesetzliche Neuregelung (§ 6 Abs. 3a SGB V) ist seit dem 01.07.2000 die Krankenversicherungspflicht für Personen, die nach Vollendung des 55. Lebensjahres krankenversicherungspflichtig werden, unter bestimmten Voraussetzungen ausgeschlossen worden. Dies ist typischerweise dann der Fall, wenn durch Eintritt in die Altersteilzeit das sozialversicherungspflichtige Entgelt unter die Beitragsbemessungsgrenze fällt.

Aktuell ist zu beachten:

Zahnersatz und Krankengeld bleiben weiterhin versicherte Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Neu ist, dass bundeseinheitliche Festzuschüsse gewährt werden, die 50 % der für die zahnärztliche Behandlung und zahntechnische Herstellung im Rahmen der jeweiligen Regelversorgung betragen. Diese richten sich nach dem jeweiligen Befund. Die jeweiligen Befunde hat der Gemeinsame Bundesausschuss festgelegt.

Beispiel: Ist für einen bestimmten Befund ein Betrag von 200 € festgelegt worden, so bekommt die/der Versicherte, bei der/dem der Zahnarzt diesen Befund festgestellt hat, einen Festzuschuss von 100 €. Durch eine Bonusregelung kann der/die Versicherte den Festzuschuss auf 60 % der jeweiligen Regelversorgung erhöhen. 60 % werden dann gewährt, wenn die Zähne mindestens fünf Jahre lang regelmäßig gepflegt wurden, d.h. wenn die erforderliche zahnärztliche Untersuchung einmal in jedem Jahr ohne Unterbrechung in Anspruch genommen wurde. Hier lohnt ein Blick in das Bonusheft. Der Festzuschuss erhöht sich dann auf 120 €. Wurden die Zähne 10 Jahre regelmäßig gepflegt, erhöht sich der Festzuschuss auf 65 % und damit hier im Beispiel auf 130 €.

Ab 1.7.2005 müssen (nur) die Versicherten dafür 0,9 %-Punkte mehr Beitrag zahlen. Dies gilt auch für Rentnerinnen und Rentner. Im Gegenzug sind die Krankenkassen verpflichtet, den Beitragssatz um 0,9 %-Punkte abzusenken. Die Absenkung kommt bei Erwerbstätigen je zur Hälfte Arbeitnehmern und Arbeitgebern, in der Rentenbezugsphase je zur Hälfte dem Rentenversicherungsträger und dem/der Rentner/in zugute. Das bedeutet, dass Arbeitgeber bzw. Rentenversicherungsträger ab 1.7.2005 um 0,45 % entlastet, Versicherte um 0,45 %-Punkte belastet werden.

Bezieher von Alg II sind vom zusätzlichen Beitragssatz ausgenommen.

a. Die aktuellen Beitragssätze der AOK:

Baden-Württemberg	14,9 %	Rheinland	13,9 %
Bayern	14,5 %	Rheinland-Pfalz	14,2 %
Berlin	15,5 %	Saarland	14,9 %
Brandenburg	14,5 %	Sachsen	12,9 %
Bremen	14,5 %	Sachsen-Anhalt	14,4 %
Hamburg	14,9 %	Schleswig-Holstein	14,5 %
Hessen	14,8 %	Thüringen	14,5 %
Mecklenburg-Vorpommern	14,9 %	Westfalen-Lippe	13,9 %
Niedersachsen	14,5 %		

b. Die aktuellen Beitragssätze der Arbeiterersatzkassen (AEV):

Gmünder Ersatzkasse	GEK	13,7 %
Krankenkasse für Holz- und Bauberufe	HZK	14,5 %
Krankenkasse Eintracht Heusenstamm	KEH	12,9 %

c. Die aktuellen Beitragssätze der Ersatzkassen der Angestellten (VdAK):

Barmer Ersatzkasse	Barmer	14,7 %
Deutsche Angestellten Krankenkasse	DAK	14,7 %
Techniker Krankenkasse	TK	13,7 %
Kaufmännische Krankenkasse	KKH	14,1 %
Hamburg-Münchener Krankenkasse	HaMü	14,7 %
Hanseatische Krankenkasse	HEK	14,2 %
Handelskrankenkasse Bremen*	HKK	13,5 %

* geöffnet in Bremen u. Niedersachsen

d. Die aktuellen Beitragssätze der Innungskrankenkassen (IKK):

Baden-Württemberg	14,5 %	Niedersachsen	14,9 %
Bayern	15,7 %	Nord- und mitteldt. IKK	14,4 %
Brandenburg und Berlin	14,5 %	Nordrhein	14,8 %
Bundesinnungskranken- kasse Gesundheit (BIG)*	13,1 %	Rheinland-Pfalz	14,5 %
Hamburg	14,7 %	Südwest-Direkt***	12,9 %
Hessen	14,8 %	Sachsen	12,7 %
IKK Direkt*	12,9 %	Schleswig-Holstein	14,2 %
IKK gesund plus**	13,9 %	Thüringen	13,5 %
Mecklenburg-Vorp.	14,5 %	Weser-Ems	13,6 %
		Westfalen	13,9 %

* Direktkrankenkasse ohne Geschäftsstellen

** vormals IKK Sachsen-Anhalt, Bremen und Bremerhaven; Namensänderung ab 5.6.2004

*** vormals IKK Saarland

e. Die aktuellen Beitragssätze der Bundesknappschaft*:

ohne Mehrleistungen	12,4 %
mit Mehrleistungen**	13,8 %

* geöffnet für alle, die zumindest einen Beitrag zur knappschaftlichen Rentenversicherung gezahlt haben

** bei einer stationären Krankenhausbehandlung (Zweibettzimmer, Chefarzt etc.); nur für Angestellte aus den alten Bundesländern und Berlin

f. Die aktuellen Beitragssätze einiger Betriebskrankenkassen (BKK)*:

Aktiv**	14,2 %	ESSO	13,8 %	Pfalz	13,6 %
Allianz	13,9 %	Gesundheit**	14,4 %	R + V	13,4 %
A.T.U.	12,9 %	firmus**	13,8 %	Sancura	13,9 %
Bahn	13,9 %	Hoechst	14,2 %	SBK	14,2 %
Bayer	14,4 %	Hypovereinsbank	13,7 %	Securvita	14,2 %
Bertelsmann	13,2 %	Kaiser's	14,1 %	SEL	14,3 %
BKK 24	13,6 %	ktp	14,5 %	Shell	13,7 %
BKK für Heilberufe	14,8 %	Logistik	14,1 %	Signal Iduna	13,4 %
Braun-Gillette	13,8 %	MAN und MTU	14,1 %	Spar	14,4 %
Continental	13,7 %	Mannesmann	14,1 %	Taunus**	13,8 %
DBV-Winterthur	13,8 %	Metro AG Kaufhof	14,6 %	TUI	13,3 %
Deutsche BKK	14,3 %	Neckermann	13,7 %	Victoria	13,5 %
Dr. Oetker	13,4 %	Novitas Vereinigte	13,9 %	WMF	14,5 %
Essanelle**	13,5 %	Gothaer VuD	14,5 %		

* aufgelistet sind nur betriebsübergreifende und bundesweit geöffnete BKKen

** Fusion im 1. Halbjahr 2004

(J.G.)



Zu den Neuregelungen bei den geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen hat der Bereich Sozialpolitik 2003 eine umfassende Broschüre veröffentlicht, die im April 2004 aktualisiert bereits in vierter Auflage erschienen ist. Neben den Änderungen zu den Mini- und Midijobs (Gleitzone nregelungen) werden die arbeitsrechtlichen Bestimmungen und sozialpolitischen Überlegungen zum Umgang mit diesen Beschäftigungsverhältnissen angesprochen.

IV. Sozialpolitik für Frauen

Die Auswirkungen mancher Politikbereiche treffen Frauen härter als Männer. Die Ursachen sind vielfältig, resultieren aber meist aus den immer noch unterschiedlichen Erwerbsbiografien von Frauen und Männern. Zwei derzeit besonders aktuelle Brennpunkte sind die Auswirkungen durch die Hartz IV-Reform und die Alterssicherung von Frauen.

Im Folgenden werden diese Aspekte behandelt. Die ver.di-Grundsatzbereiche Sozialpolitik/Gesundheitspolitik veranstalten Mitte des Jahres 2005 ihre **2. Frauenalterssicherungskonferenz**. Dort werden unsere Vorstellungen und Forderungen an eine zukunftsorientierte Alterssicherung für Frauen im Hinblick auf den im Spätsommer 2005 erscheinenden Alterssicherungsbericht der Bundesregierung formuliert werden.

1. Hartz und die Frauen

Auswirkungen und politische Bewertung der Arbeitsmarktreformen auf Frauen

Die Abschaffung der Arbeitslosenhilfe und die verschärften Zugangs- und Anrechnungsvorschriften im Bereich des neuen Sozialgesetzbuches II (SGB II) führen zu vermehrter wirtschaftlicher und beruflicher Abhängigkeit von Frauen. Die Partnereinkommensanrechnung verpflichtet Paare künftig wieder, ein traditionelles Familienmodell zu leben, solange ein Einkommen vorhanden ist. Sind beide arbeitslos, sind beide arbeitsverpflichtet. Dies gilt auch für Mütter, womit die Politik ihre bisherige familienpolitische Zurückhaltung durchbricht. Das SGB II ist unter anderem auf die Einbeziehung von Alleinerziehenden ausgerichtet, die aus der Sozialhilfe kommen und künftig Alg II erhalten sowie Zugang zur Vermittlung und aktiven Arbeitsförderung. Hierin liegt der (einzige) Vorteil des SGB II für Frauen, allerdings nur, wenn sie „tatsächlich“ alleinerziehend sind, wohingegen Frauen, die auf eine familiäre Unterstützung zurückgreifen können bzw. künftig müssen, massive finanzielle Einschnitte erfahren. Der Familienstand spielt dabei keine Rolle mehr. Auch „Einkommen“ von Kindern werden künftig angerechnet.

Nachdem am 1. Januar 2005 Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe für Erwerbsfähige zu Arbeitslosengeld II (Alg II) zusammengelegt wurden, fallen nach aktuellen Schätzungen des Instituts für Arbeitsmarkt und Berufsforschung (IAB) in Nürnberg etwa 344.000 Menschen aus dem Leistungsbezug ganz heraus, weil ihre Haushaltseinkommen oberhalb der Sozialhilfeschwelle des Alg II-Anspruchs liegen. Der Sozialverband Deutschland (SoVD) geht sogar von insgesamt 565.000 aus. Da Männer durchschnittlich mehr verdienen, sind Frauen überdurchschnittlich oft von der Anrechnung des Partnereinkommens betroffen: Etwa zwei Drittel, d.h. 230.000 der 344.000 sind Frauen.

Der SoVD schätzt weiterhin, dass sich für etwa 900.000 Erwerbslose durch Wegfall der Beitragsbezogenheit beim Alg II die finanziellen Leistungen ganz erheblich verschlechtern werden. Auch hier ist mit einer Verteilung von zwei Drittel Frauen zu ein Drittel Männern auszugehen. Die Familien (ein Drittel), wo der Verdienst der Frau das Familieneinkommen stellt, bekommen die Folgen aufgrund der bisherigen Frauenbeschäftigungs- und Flexibilisierungspolitik mit niedrigeren Einkommen und hohem Teilzeitanteil dabei stärker zu spüren.

Das SGB II stellt nur auf die Alg II-Anspruchsberechtigten ab, Arbeitslose ohne Leistungsanspruch werden aufgrund ihres „Versorgtseins“ nicht länger beachtet. Hier muss politisch nicht nur die Betroffenheit von Frauen deutlich gemacht werden sondern auch, dass sich der Staat bei Menschen mit niedrigen bis mittleren Einkommen aus der sozialen Verantwortung zurückzieht, wenn sie privat auf andere zurückgreifen können/müssen, nennenswerte Beiträge zum Sozialsystem und zur Gesellschaft schon geleistet haben oder durch eigene Leistung vorgesorgt haben, nun je-

doch nicht mehr ausreichend marktfähig erscheinen. Indem die Erwerbslosenpolitik dies nicht aufgreift, verhält sie sich so wie das SGB II selbst: Diese Personengruppen werden nicht weiter beachtet, die betroffenen Menschen werden aus dem Fokus der Öffentlichkeit verdrängt und sich selbst und „dem Markt“ überlassen.

Der Verlust des Anspruchs auf Alg II bedeutet nicht nur, dass kein eigenes Einkommen mehr vorhanden ist. Durch die Streichung der Anspruchsgrundlage wird auch der Zugang zur Vermittlung und zu den aktiven Leistungen der Bundesagentur für Arbeit (BA) wie Weiterbildung, Beratung oder Vermittlung außerordentlich schwierig. Laut Gesetz *können* sie zwar weiterhin Leistungen zur Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt bekommen. Einen Rechtsanspruch haben sie jedoch nicht und werden vermutlich ausgegrenzt, da die Gewährung wesentlich von der jeweiligen Haushaltslage des Bundes, der Kommune und speziell des Jobcenters abhängt. Den Arbeitsvermittlerinnen vor Ort bleibt faktisch kein großer Spielraum, um den Frauen und (weniger) Männern, die aus Alg II herausfallen, Maßnahmen zu gewähren. Damit sind all jene, die keine Leistungen mehr beziehen, letztlich „billige“ Arbeitslose für die BA.

Auch Berufsrückkehrerinnen werden lediglich anderen Langzeitarbeitslosen gleichgestellt, womit sich die neue BA-Politik von bisheriger Frauenförderung abwendet. In der Vergangenheit gab es gewichtige Gründe, mehr zu tun. So wurde im Zuge der Debatte um den Paragraphen 218 im Arbeitsförderungsgesetz (AFG) die Förderung von Berufsrückkehrerinnen verbessert. Keine Frau sollte durch die Mutterschaft berufliche Nachteile haben. Im SGB III war festgeschrieben, dass sie bevorzugt Zugang zu beruflicher Weiterbildung mit Unterhaltsgeld, Eingliederungszuschüssen und Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen hatte.

Von diesem Ausgleichssystem ist fast nichts übrig geblieben. Mit dem neuen § 8 b SGB III *sollen* Berufsrückkehrerinnen zwar bei der aktiven Arbeitsmarktpolitik bevorzugt berücksichtigt werden. De facto jedoch werden sie vermutlich als ebenfalls „billige“ Arbeitslose mit anspruchsberechtigten Arbeitslosen nicht „konkurrieren“ können. Die als Ausgleich vorgesehenen Mittel aus dem Europäischen Sozialfonds (ESF) reichen bei weitem nicht aus. In der Gestaltung der Jobcenter sind hierfür bisher keine finanziellen Mittel vorgesehen. Dies ist unverzüglich zu bereinigen, damit die Jobcenter arbeitslosen Frauen die „Kann-Leistungen“ überhaupt zukommen lassen können.

Die Lasten von Arbeitslosigkeit müssen wieder von den Familien getragen werden, indem die gegenseitige Unterhaltsverpflichtung stärkeren Vorrang vor eigenen Rechten erhält und obwohl Frauen der Gesellschaft nicht nur durch Erwerbstätigkeit und Beiträge zur Sozialversicherung dienen sondern auch durch andere Leistungen wie Pflege und Kindererziehung. Hier muss die Politik umsteuern. **Deshalb fordert ver.di:**

- Bundesregierung und BA müssen dafür sorgen, dass der gleichberechtigte Zugang zur Vermittlung und aktiven Arbeitsmarktpolitik für Frauen – auch für Nichtleistungsempfängerinnen und Berufsrückkehrerinnen – gewährleistet ist.
- Hierfür sind ausreichende Mittel (feste Summe oder Prozentsatz) zur Verfügung zu stellen und Anreizsysteme für die Vermittler/Fallmanager zu schaffen. Nur so können die Vermittler tatsächlich Maßnahmen anbieten.
- Berufsrückkehrerinnen sind in den Zielvereinbarungen zwischen Bundeswirtschaftsministerium und BA aufzunehmen, da die neue Soll-Regelung im § 8 b SGB III in der Praxis sonst nicht umgesetzt wird.

Diese Zusammenhänge verdeutlichen, dass eine beschäftigtengerechte Arbeitsmarktpolitik dringend auch die Belange von Frauen und von aufgrund anderer Merkmale hier künftig Ausgeschlossenen systematisch einbeziehen und in den Mainstream integrieren muss. Dies weiterhin zu fordern, bleibt eine der wichtigen gewerkschaftspolitischen Aufgaben. (H.B.)

2. Gleichstellung von Männern und Frauen in der Alterssicherung

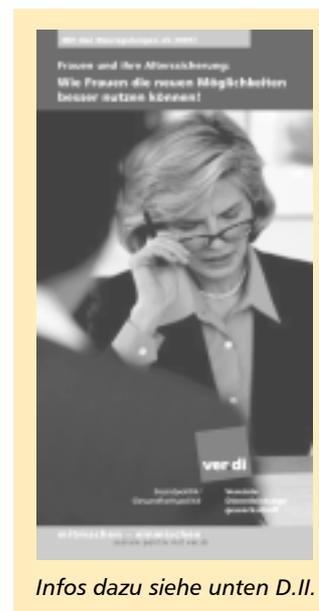
Möglichkeiten der Verbesserung von Rentenbiografien

Nicht nur die Erwerbsphase gilt es unter Gleichheits- und Gendergesichtspunkten zu betrachten. Vielmehr sollte dies auch für die Nacherwerbsphase gelten, denn immerhin geht es dabei um einen Zeitraum von im Durchschnitt mindestens 20 Jahren bei Frauen und 15 Jahren bei Männern. Vielfach wird dabei nur die Gesetzliche Rentenversicherung gesehen. Das wird dem Verhältnis aber immer weniger gerecht. Durch die „Riester-Reform“ 2000/2001 wurde ein Mechanismus eingeleitet, der langfristig Leistungen der Gesetzlichen Rentenversicherung zurückführt. Ein Ausgleich soll durch den Aufbau kapitalgedeckter Altersvorsorge im Rahmen betrieblicher und privater Altersversorgung erfolgen. Deshalb müssen künftig, wenn über Alterssicherung nachgedacht wird, alle drei Säulen der Alterssicherung einbezogen werden, denn strukturelle Ungleichheiten finden sich in allen drei Säulen. An dieser Überlegung orientiert sich auch die Gliederung dieses Beitrags.

Gesetzliche Rentenversicherung

Die Fakten

Der Unterschied zwischen den Alterseinkünften von Frauen und Männern aus der Gesetzlichen Rentenversicherung ist immer noch gravierend. Dies liegt an der Art der Rentenberechnung: In der Gesetzlichen Rentenversicherung sind die erworbenen Entgeltpunkte (im Folgenden EP) von entscheidender Bedeutung. Für Beiträge aus dem Durchschnittsentgelt (in 2004: rd. 30.000,00 € jährlich) gibt es einen EP, begrenzt auf die Beitragsbemessungsgrenze, das bedeutet, dass max. zwei EP erworben werden



Infos dazu siehe unten D.II.

Durchschnittlicher Rentenzahlbetrag nach Rentenarten und Geschlecht in €

Stand: 31. 12. 2003

Rentenart	Männer	Frauen	Männer und Frauen
Alte Bundesländer			
Erwerbsminderungsrenten	828,00	653,00	753,00
Altersrenten	1.001,00	470,00	707,00
Hinterbliebenenrenten	216,00	559,00	512,00
Renten insgesamt	949,00	510,00	661,00
Neue Bundesländer			
Erwerbsminderungsrenten	726,00	666,00	696,00
Altersrenten	1.090,00	665,00	832,00
Hinterbliebenenrenten	251,00	566,00	498,00
Renten insgesamt	973,00	636,00	741,00

Quelle: VDR, Rentenversicherung in Zahlen 2004

können.¹⁾ Neben Beiträgen aus sozialversicherungspflichtiger Erwerbsarbeit können EP durch Kindererziehung, Pflegetätigkeit u.a. erzielt werden. Die EP werden vor Rentenbeginn addiert und mit dem jeweils aktuellen Rentenwert (bis 30.6.2005: 26,13 € in den alten, 22,97 € in den neuen Bundesländern) multipliziert. Dies ergibt (vereinfacht beschrieben) den Zahlbetrag der monatlichen Rente. Für jeden Monat der vorzeitigen Inanspruchnahme wird die Rente um 0,3 Prozent-Punkte gemindert. Aus dieser Systematik folgt, dass unser Rentensystem keine „Mindestrente“ kennt, sondern sich grundsätzlich an den eingezahlten Beiträgen orientiert.

In den alten Bundesländern (aBL) erhalten zwei Drittel aller Frauen eine Versichertenrente bis zu 600,00 €, knapp zwei Drittel aller Männer eine Rente von 900,00 € und mehr. In den neuen Bundesländern (nBL) stellt sich das Verhältnis zwischen den Geschlechtern nicht ganz so drastisch dar: rund 50 % der Frauen erhalten eine Rente zwischen 600,00 € – 900,00 €, zwei Drittel der Männer eine Rente von 900,00 € – 1.500,00 €.

Obwohl die Rentenzahlbeträge in den neuen Bundesländern höher sind als in den alten Bundesländern, sind die Nettoeinkommen von Ehepaaren und Alleinstehenden 1999 (Ehemänner und Alleinstehende ab 65 Jahre – ohne Heimbewohner –) insgesamt gesehen in den alten Bundesländern höher.²⁾

Geschiedene Frauen in den neuen Bundesländern haben bundesweit die geringsten monatlichen Nettoeinkommen (1.468,00 DM), dicht gefolgt von den ledigen Frauen in den neuen Ländern (1.621,00 DM). Nur geringfügig mehr haben die geschiedenen Frauen in den alten Bundesländern zur Verfügung (1.866,00 DM). Keine Frau, egal ob in den neuen oder alten Bundesländern, kommt an die Nettoeinkommen von alleinstehenden Männern über 65 Jahren heran. Diese erhalten in den neuen Bundesländern durchschnittlich 2.304,00 DM, in den alten Bundesländern 2.720,00 DM monatlich (vgl. dazu nachfolgende Tabelle).

Grund dafür, dass Frauen in den neuen Bundesländern zwar höhere Rentenzahlbeträge, aber geringeren Nettoeinkommen haben, ist das Fehlen von betrieblichen und/oder privaten Renten und anderen Einkommensquellen, die Frauen in den alten Bundesländern, wenn auch – wie die Zahlen zeigen – nur in geringem Maße zur Verfügung stehen.

Die Ursachen der Ungleichheit und politische Lösungsansätze

Die Pflicht zur Gleichstellung von Frauen und Männern gilt grundsätzlich auch in der Alterssicherung. Das gesetzliche Rentenrecht unterscheidet nicht zwischen den Geschlechtern, denn die Berechnung der Renten aus der Gesetzlichen Rentenversicherung orientiert sich in erster Linie an den versicherten Entgelten. Die Beiträge werden bei sozialversicherungspflichtiger Erwerbstätigkeit von Arbeitgebern und Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern je zur Hälfte³⁾ aufgebracht. Neben den am Erwerbseinkommen orientierten Beiträgen kennt die Gesetzliche Rentenversicherung eine Reihe von solidarischen Leistungen, die z.B. für Kindererziehung gewährt werden (siehe dazu weiter unten). Geschlechtsspezifische Unterschiede in den Rentenzahlbeträgen resultieren aus den unterschiedlichen Erwerbsbiografien von Frauen und Männern.

1) Werte für 2004: alte Bundesländer jährlich 61.800,00 €, neue Bundesländer jährlich 52.200,00 €; Werte für 2005: alte Bundesländer jährlich 62.400,00 €; neue Bundesländer jährlich 50.800,00 €.

2) VDR, Rentenversicherung in Zahlen 2004. Diese Statistik wertet die ASiD 1999 aus. Neuere Daten sind derzeit noch nicht verfügbar.

3) In 2004 bei einem Beitragssatz von 19,5 % bis zur Beitragsbemessungsgrenze (siehe oben).

Schichtung des Nettoeinkommens von Ehepaaren und Alleinstehenden 1999 in DM

Ehemänner und Alleinstehende ab 65 Jahre (ohne Heimbewohner)

	Alte Bundesländer					Neue Bundesländer				
	Ehepaare	Männer alleinsteh.	Ledige	Frauen Geschied.	Witwen	Ehepaare	Männer alleinsteh.	Ledige	Frauen Geschied.	Witwen
Zahl der Ehepaare/Alleinsteh. (in Tsd.)	3.015,00	951,00	489,00	281,00	3.290,00	670,00	183,00	105,00	110,00	728,00
Nettoeinkommen (in %)										
b. u. 400 DM	0,00	–	0,00	1,00	1,00	0,00	–	–	–	–
400 b. u. 600 DM	–	1,00	3,00	2,00	1,00	–	–	1,00	0,00	–
600 b. u. 1.000 DM	0,00	2,00	8,00	6,00	5,00	–	0,00	5,00	8,00	0,00
1.000 b. u. 1.400 DM	2,00	7,00	19,00	28,00	13,00	–	7,00	34,00	44,00	6,00
1.400 b. u. 2.000 DM	7,00	16,00	23,00	27,00	31,00	1,00	22,00	42,00	36,00	33,00
2.000 b. u. 3.000 DM	26,00	43,00	23,00	26,00	35,00	26,00	56,00	16,00	12,00	52,00
3.000 b. u. 4.000 DM	28,00	18,00	16,00	7,00	11,00	51,00	12,00	1,00	–	7,00
4.000 b. u. 5.000 DM	17,00	6,00	5,00	2,00	3,00	17,00	1,00	0,00	–	0,00
5.000 b. u. 10.000 DM	17,00	5,00	2,00	1,00	2,00	4,00	1,00	0,00	–	–
10.000 DM und mehr	2,00	0,00	0,00	–	0,00	0,00	–	–	–	–
Durchschnitt in DM	3.905,00	2.720,00	2.225,00	1.866,00	2.200,00	3.488,00	2.304,00	1.621,00	1.468,00	2.166,00
In % der alten Bundesländer						89,00	85,00	73,00	79,00	98,00

Quelle: ASID 1999 aus: Rentenversicherung in Zahlen 2004

Die Erwerbsbeteiligung von Frauen hat zwar zugenommen, dies jedoch besonders im Bereich der Teilzeitarbeit und der geringer entlohnten Beschäftigung. Die Zahl der sozial weitgehend ungeschützten 400,00 €-Minijobs ist seit der letzten Reform um etwa 1 Mio. gestiegen. Während die Bundesknappschaft im Juni 2003 noch knapp 6,5 Mio. Minijobs verzeichnete, stieg diese Zahl bis zum Juni 2004 auf 7,6 Mio. an. Frauentypische Erwerbsverläufe sind immer noch durch einen häufigen Wechsel zwischen Erwerbs- und Familienphasen, sowie Phasen der Arbeitslosigkeit auch ohne Leistungsbezug gekennzeichnet. Aber auch die Einkommen der in Vollzeit arbeitenden Frauen betragen durchschnittlich immer noch nur etwa drei Viertel der der Männer. Hier muss eine gezielte Unternehmens- und Tarifpolitik dafür sorgen, dass Frauen die gleichen Verdienstmöglichkeiten bekommen wie Männer. Nur dann können Frauen ausreichende Rentenanwartschaften erwerben und zusätzliche kapitalgedeckte Vorsorge aufbauen. Gleiches gilt für Männer in gering-bezahlten Jobs. Die Gesetzliche Rentenversicherung kann Defizite auf dem Arbeitsmarkt nicht ausgleichen und dies ist m.E. auch nicht ihre Aufgabe. Unsere beitragsorientierte Gesetzliche Rentenversicherung behandelt alle Beitragszahlerinnen und Beitragszahler hinsichtlich der eingezahlten Beiträge gleich – sie gewährt gleiche Rentenleistungen, für Frauen im Durchschnitt länger als für Männer – die Verwirklichung des „Unisex“-Gedankens!

In Deutschland fehlen aber auch Möglichkeiten, sozialversicherungspflichtige Erwerbstätigkeit und damit zusammenhängend „Karrierechancen“ und Familienarbeit (Kindererziehung und Pflgetätigkeit) in Einklang zu bringen. Erste Schritte wurden hier in den letzten Jahren eingelei-

tet; diese reichen aber bei weitem nicht aus. Will man dem Problem der sinkenden Geburtenzahlen entgegenzutreten, muss im Rahmen einer ganzheitlichen Frauen-, Familien-, Sozial- und Arbeitsmarktpolitik die Vereinbarkeit von Familie und Beruf grundsätzlich verbessert werden. Andere europäische Länder haben den Zusammenhang zwischen familienfreundlichen Arbeitsbedingungen und mehr Kindern erkannt und konnten damit u.a. die Geburtenquote erhöhen. So liegt bei einer Erwerbsquote⁴⁾ in Norwegen und Dänemark von über 70 % die Geburtenrate bei durchschnittlich 1,8 Kindern.

In Deutschland beträgt die Frauenerwerbsquote knapp 59 %, die Geburtenrate liegt bei nur etwa 1,3 Kindern.⁵⁾

Soziale, im Umlageverfahren finanzierte Sicherungssysteme, wie die Gesetzliche Rentenversicherung, leben langfristig davon, dass genügend Beitragszahlerinnen und Beitragszahler vorhanden sind, um die Renten von morgen zu zahlen, so wie die heutigen Erwerbstätigen die Renten der heutigen Rentnerinnen und Rentner und diese während ihrer Erwerbsphase die der damaligen Rentnerinnen und Rentner zahlten.

Frauen sind in der Mehrzahl der Fälle für die Kindererziehung und Pflege von Familienangehörigen zuständig. Unbestritten ist, dass gerade sie unter den derzeitigen Rahmenbedingungen durch die Erziehung von Kindern und die Pflege von Familienangehörigen besonders belastet werden. Der Einschränkung in der Erwerbsphase folgen meist geringere Renten in der Nacherwerbsphase. Deshalb muss jede Form des „Nachteilsausgleichs“ für die Zeit, in der Erziehungs- und Pflegeleistungen erbracht werden, unterstützt werden, auch wenn grundsätzlich im Rahmen eines „Zielmodells eigenständige Alterssicherung von Frauen bzw. Erziehenden und Pflegenden“ davon auszugehen ist, dass die eigene sozialversicherungspflichtige Erwerbstätigkeit mit den gleichen Tätigkeits- und Einkommenschancen die beste Voraussetzung einer möglichst lebensstandardsichernden Alterssicherung ist.

Sinnvoll wäre eine weitere Verbesserung der rentenrechtlichen Anerkennung von Familienleistungen, da diese Leistungen gesellschaftlich notwendig und gewünscht sind. Erziehungs- und Pflegeleistungskomponenten sollten auch unabhängig vom Bestehen einer Ehe gewährt werden. Dies ist gerade im Hinblick auf den Sicherungsbedarf einer steigenden Anzahl von allein erziehenden Elternteilen und nicht verheirateten Eltern, in der Regel Frauen, die Erziehungs- und Pflegeleistungen erbringen, dringend erforderlich.

Im Rahmen der politischen Debatte um eine Verbesserung der rentenrechtlichen Ungleichheiten darf aber nicht übersehen werden, dass die grundsätzlich von den Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern finanzierte Gesetzliche Rentenversicherung Aufgaben übernimmt, die der gesamten Gesellschaft zugute kommen. Die etwa ein Viertel der Ausgaben abdeckenden Bundeszuschüsse tragen dazu bei, dass die Gesetzliche Rentenversicherung gesamtgesellschaftliche Aufgaben übernehmen kann. Daneben zahlt der Bund seit der Rentenreform 2000/2001 für die Kindererziehung Beiträge, die eigentumsrechtlich geschützt sind. Sollen der Gesetzlichen Rentenversicherung weitere Kompensationen übertragen werden, müssen auch entsprechende Mittel bereitgestellt werden.

4) Erwerbsquote der 15- bis 65-jährigen Frauen 2001; Zahlen: eurostat: Statistik kurz gefasst, Thema 3-17+19/2002.

5) Frauen-Presseseminar 2003 der BfA.

Möglichkeiten zur Verbesserung von Rentenbiografien im Bereich der Gesetzlichen Rentenversicherung

Strukturelle Ungleichheiten in der Alterssicherung von Frauen und Männern, deren Ursachen auf dem Arbeitsmarkt und in unserer Gesellschaftsordnung zu suchen sind, können und müssen parallel auf verschiedenen Wegen angegangen und beseitigt werden. Dabei gilt es, die Schlechterstellung zumeist der Frauen zu beseitigen. Neben arbeitsmarktlich notwendigen Veränderungen bietet die Gesetzliche Rentenversicherung nach geltendem Recht Möglichkeiten, die Rentenbiografie zu verbessern, um so die gesellschaftliche Nichtanerkennung von Familienleistungen auszugleichen:

■ Kindererziehungszeiten

Für ab 1992 Geborene werden drei, für vor 1992 Geborene ein Jahr Kindererziehungszeit rentensteigend in dem Maße angerechnet, als hätte die/der Erziehende drei bzw. ein Jahr durchschnittlich verdient (2004/2005 ca. 30.000,00 €) und dafür Beiträge entrichtet. Bei einem ab 1992 geborenen Kind kann die monatliche Rente um ca. 78,00 €, bei einem vor 1992 geborenen Kind um ca. 26,00 € steigen. Kindererziehungszeiten werden additiv zu anderen Einkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt. Der Bund zahlte für diese eigenständigen Anwartschaften der Erziehenden in 2003 knapp 12 Mrd. € Beiträge. Ein politisches Ziel ist es, Kindererziehungszeiten auch für vor 1992 geborene Kinder auf drei Jahre anzuheben.

■ Kinderberücksichtigungszeiten

Die ersten zehn Jahre der Kindererziehung werden als Kinderberücksichtigungszeiten anerkannt. Sie wirken sich bei Erwerbsminderungs- und Hinterbliebenenrenten rentensteigend aus.

■ Aufwertung von Pflichtbeitragszeiten in der Kinderberücksichtigungszeit

Bis zum 10. Lebensjahr eines jeden Kindes (bis zum 18. Lebensjahr bei pflegebedürftigen Kindern) können Pflichtbeitragszeiten des/der Erziehenden (z.B. durch Teilzeitarbeit) um 50 % auf das Durchschnittsentgelt aufgewertet werden. Diese Möglichkeiten, eingeführt durch die Rentenreform 2000/2001, haben auch nicht erwerbstätige Erziehende, die zwei und mehr Kinder erziehen. Maximal kann das pro Kind zu einer Erhöhung der monatlichen Rente von ca. 60,00 € führen. Frauen dagegen, die ein Entgelt über dem Durchschnittsverdienst erzielen, erhalten keine Aufwertung ihrer Pflichtbeitragszeiten. Dies trifft viele Alleinerziehende, die Vollzeitarbeit und Kindererziehung verbinden, aber auch Frauen, die neben ihrer Erwerbstätigkeit, mit der sie mehr als 30.000,00 € jährlich erwirtschaften, Kinder erziehen. Die Leistung dieser Erziehenden sollte ebenso anerkannt werden. Hier sollte die bestehende Ungleichbehandlung abgeschafft werden.

■ Zahlungen von Beiträgen für Pflegeleistungen

Auch die Zahlung von Beiträgen durch die Pflegeversicherung für Zeiten der Pflege von Pflegebedürftigen schafft in rentenrechtlicher Hinsicht einen Ausgleich für Pflegeleistungen. Die Höhe der Beiträge und damit auch der Rentenleistung ist von der Pflegestufe abhängig.⁶⁾

⁶⁾ Beiträge der Pflegeversicherung werden auf der Grundlage der so genannten Bezugsgröße geleistet. Bei einer Pfllegetätigkeit in den neuen Bundesländern ist die Bezugsgröße (Ost) maßgebend. Die Beträge gehen von den Bezugsgrößen für 2005 aus: alte Bundesländer: 28.980,00 €; neue Bundesländer: 24.360,00 € (gleiche Beträge wie in 2004). Zu den Berechnungsgrundlagen: § 166 Abs. 2 SGB VI unter Zugrundelegung eines jährlichen vorläufigen Durchschnittsentgelts für 2005 von 29.569,00 €. Höherbewertungsfaktor nach Anlage 10 zum SGB VI von 1,1949, der bis zum 30.6.2005 geltenden aktuellen Rentenwerte von 26,13 € (West) und 22,97 € (Ost) und Bezugsgrößen für 2005: alte Bundesländer: 28.980,00 €; neue Bundesländer: 24.360,00 €.

Pflegerstufe	Mindestpflege- umfang (Std./Woche)	Ergibt pro Jahr der Pflege einen monatlichen Rentenzahlbetrag in €	
		Alte Bundesländer	Neue Bundesländer
I	14	6,83	6,03
II	14	9,11	8,04
	21	13,66	12,06
III	14	10,24	9,04
	21	15,36	13,57
	28	20,49	18,09

■ Hinterbliebenenrenten mit Kinderbonus

Hinterbliebenenrenten zählen zu den Familienleistungen und sind für Frauen immer noch von entscheidender Bedeutung zur Sicherung ihres Alterseinkommens.

Durch die letzte Rentenreform wurde das Niveau der Witwer- und Witwenrenten für jüngere Versicherte und für neu geschlossene Ehen gekürzt, aber dafür um einen Kinderbonus ergänzt. Kinderboni dürfen grundsätzlich nicht vom Bestehen einer Ehe abhängig gemacht werden.

Derzeit diskutierte Veränderungen in der Gesetzlichen Rentenversicherung

Geringere Renten für Kinderlose⁷⁾

Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts zur Pflegeversicherung vom 3.4.2001 fordert den Gesetzgeber unter dem Stichwort „generativer Beitrag“ auf, Versicherte mit Kindern gegenüber Versicherten ohne Kindern beitragsrechtlich zu entlasten. Der Gesetzgeber setzte die Forderung des Urteils mit einer Erhöhung des Pflegeversicherungsbeitrags für kinderlose Erwerbstätige um 0,25 % ab dem 1.1.2005 um. Das Urteil kann aber nicht auf die Gesetzliche Rentenversicherung übertragen werden. Auch wenn beide Systeme auf der Beitragsseite durch Anbindung an das Arbeitsentgelt ähnlich gestaltet sind, unterscheiden sie sich auf der Leistungsseite ganz wesentlich. Die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung hängen nicht von der Höhe der gezahlten Beiträge, sondern vom medizinischen bzw. pflegerischen Bedarf ab. Durch das Äquivalenzprinzip in der Gesetzlichen Rentenversicherung bemisst sich der Zahlbetrag der Rente jedoch an den eingezahlten Beiträgen.

Durch bereits existierende soziale Ausgleichselemente, wie oben dargestellt, profitieren Familien und Erziehende. Dies führt dazu, dass – relativ gesehen – Familien für eine gleiche Beitragsbelastung bereits heute höhere Leistungen erhalten als kinderlose Beitragszahlerinnen und Beitragszahler. Nur ein Teil der dargestellten Familienleistungen werden direkt vom Bund finanziert. Die Hinterbliebenenrenten beispielsweise, die 2001 etwa 35 Mrd. € ausmachten, wurden von den Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern aufgebracht. Damit beinhaltet die Gesetzliche Rentenversicherung bereits generative Elemente.

⁷⁾ Dr. Tim Köhler-Rama hat sich unter dem Titel „Halbe Rente für Kinderlose?“ in der Zeitschrift „Die Angestelltenversicherung“, Heft 8, 2004, Seiten 348–352 mit diesen Vorschlägen intensiv auseinandergesetzt, letztendlich die gestellte Frage als einen gangbaren Weg jedoch verneint.



Eine „Bestrafung von Kinderlosen“ durch einen Beitragszuschlag würde das Vertrauen in die Gesetzliche Rentenversicherung schwächen, die „Rendite“ für Kinderlose gänzlich unattraktiv machen und wäre auch aus verfassungsrechtlicher Sicht höchst bedenklich. Obwohl Familienarbeit immer noch überwiegend von Frauen geleistet wird, darf nicht übersehen werden, dass Familienförderung nicht automatisch Frauenförderung beinhaltet und umgekehrt.

Das Modell Flexibler Anwartschaften⁸⁾

Mit dem Modell Flexibler Anwartschaften können diskontinuierliche Erwerbsverläufe besser abgesichert werden. Durch den Wandel der Arbeitswelt werden die individuellen Erwerbsbiografien vieler Menschen unsicherer. Eine soziale Absicherung von beruflichen Umbruchphasen mit Hilfe Flexibler Anwartschaften könnte gerade die zunehmend geforderte Flexibilität unterstützen, aber auch die eigenständige Alterssicherung zumeist von Frauen verbessern.

Kernelement des Modells: Mit der Entrichtung von Pflichtbeiträgen erwerben die Versicherten neben den normalen Rentenanwartschaften so genannte Flexible Anwartschaften, mit denen sie entweder

- Lücken in der Erwerbsbiografie schließen,
- Zeiten mit niedrigen Arbeitsentgelten aufwerten oder
- Rentenabschläge bei vorzeitigem Renteneintritt ausgleichen können.

Zugleich dienen Flexible Anwartschaften der Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes gegen Erwerbsunfähigkeit bei längeren Unterbrechungen der Erwerbstätigkeit. Bei der konkreten Ausgestaltung des Modells gibt es einen erheblichen Spielraum, insbesondere hinsichtlich des Umfangs an Flexiblen Anwartschaften, die maximal zu erwerben sind, sowie der Anzahl der dafür erforderlichen Versicherungsjahre.

Eine mögliche Ausgestaltung könnte wie folgt aussehen: Es können max. fünf Entgeltpunkte als zusätzliche Anwartschaft mit den Pflichtbeiträgen erworben werden. Mit vier (oder alternativ sechs) Beitragsjahren können die Versicherten Anspruch auf einen zusätzlichen Entgeltpunkt erwerben, d.h., nach 20 (bzw. 30) Beitragsjahren haben sie Anspruch auf die vollen fünf zusätzlichen Entgeltpunkte, die dann entsprechend eingesetzt werden können.

Problematisch ist allerdings die Finanzierung dieses Modells. Soll die Finanzierung innerhalb des Systems der Gesetzlichen Rentenversicherung erfolgen, bedeutet das eine weitere Absenkung der Renten. Eine Finanzierung außerhalb des Systems würde eine Erhöhung der Bundeszuschüsse erfordern.

Betriebliche Altersversorgung

Durch die Rentenreform 2000/2001, die oftmals auch als „Riester-Reform“ bezeichnet wird, sowie durch einige ergänzende Regelungen im Alterseinkünftegesetz 2004 hat die betriebliche Altersversorgung eine Renaissance erfahren. Unter dem Stichwort „mehr Eigenverantwortung“ wurde ein neuer Entgeltumwandlungsanspruch, Pensionsfonds als fünfter Durchführungsweg,

⁸⁾ Dieses Modell wurde von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) entwickelt. Literaturhinweise: „Die Angestelltenversicherung“, Heft 1, 1999, Seiten 7–13; Heft 8–9, 1999, Seiten 521–528; Wirtschaftsdienst Nr. 4, 1999, Seiten 237–244.



die erleichterte Portabilität von Betriebsrentenanwartschaften und auch die so genannte Riester-Rente eingeführt.⁹⁾ Durch zahlreiche Tarifverträge konnten attraktive betriebliche Altersversorgungsmodelle abgeschlossen werden, die eine Beteiligung der Arbeitgeber an der Finanzierung vorsehen. Da in vielen Fällen auch ein Eigenbeitrag der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer vorgesehen ist, treten dort Probleme auf, wo zumeist Frauen die notwendigen Eigenmittel nicht aufbringen können. Hier gilt es in den nächsten Jahren Lösungsansätze zu schaffen, die gerade die Personen, die eine zusätzliche Vorsorge besonders nötig brauchen, unterstützen.

Die Gesetzliche Rentenversicherung darf bei allen Gestaltungsvarianten betrieblicher Altersvorsorge aber nicht zurückgedrängt werden, denn nur sie bietet solidarische Ausgleichselemente für Erziehende und diejenigen, die Familienarbeit leisten. Positiv ist die durch das Alterseinkünftegesetz 2004 geschaffene Möglichkeit, dass Verträge mit eigenen Mitteln in Phasen ohne Entgeltbezug, z.B. in der Elternzeit, wenn das Arbeitsverhältnis ruht, fortgeführt werden können.

Historisch gesehen waren (arbeitgeberfinanzierte) Betriebsrenten die Belohnung für erbrachte Betriebsreue. Durch Einführung der so genannten Unverfallbarkeitsfristen im Betriebsrentenrecht Anfang der 70er Jahre wurde die Anwartschaft auf eine Betriebsrente dann unverfallbar, d.h., sie blieb auch bei Verlassen des Betriebs vor Renteneintritt anteilig erhalten, wenn das 35. Lebensjahr vollendet und eine 10-jährige Betriebszugehörigkeit erbracht wurde.¹⁰⁾ Durch die Reform 2000/2001 wurden diese Fristen dergestalt reduziert, dass ein arbeitgeberfinanzierter Anspruch bei Ausscheiden aus dem Betrieb vor Rentenbeginn dann unverfallbar ist, wenn die Beschäftigung nach Vollendung des 30. Lebensjahres und einer 5-jährigen Betriebszugehörigkeit endet. Die Unverfallbarkeitsfristen und die Tatsache, dass Frauen oftmals vor dem 35. Lebensjahr bzw. auch vor dem 30. Lebensjahr eine Kinderpause einlegten bzw. einlegen, den Betrieb verließen bzw. verlassen, führte und wird auch weiterhin dazu führen, dass Frauen geringere bzw. keine Anwartschaften auf eine Leistung der arbeitgeberfinanzierten betrieblichen Altersversorgung haben. Hier kann die bisherigen Diskriminierung von Frauen im gebärfähigen Alter nur dadurch aufgehoben werden, dass das Lebensalter kein Kriterium für die Unverfallbarkeit mehr ist.¹¹⁾

Private Altersvorsorge

Durch die Reform im Rahmen des Alterseinkünftegesetzes 2004 hat der Gesetzgeber die verpflichtende Einführung von geschlechtsunabhängig berechneten Tarifen, so genannte Unisex-Tarife, bei privaten Riester-Verträgen ab dem Jahr 2006 und damit eine langjährige Forderung nach Gleichbehandlung der Geschlechter umgesetzt. Leider wurde die Forderung nach Unisex-Tarifen in der betrieblichen Altersversorgung (noch) nicht umgesetzt.¹²⁾

Die private Versicherungswirtschaft berechnet ihre Tarife getrennt nach Geschlecht. Frauen leben im Schnitt etwa fünf Jahre länger als Männer. Das bedeutet, dass bei Verrentung (und nur hier

⁹⁾ Siehe dazu Judith Kerschbaumer/Martina Perrong „Die neue betriebliche Altersversorgung“, 2. Auflage, erscheint 1. Quartal 2005.

¹⁰⁾ Anwartschaften, die durch Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer selbst finanziert werden, sind von Beginn an unverfallbar. Hier gelten die dargestellten Unverfallbarkeitsfristen nicht.

¹¹⁾ Siehe hierzu den Beitrag von Gesa Bruno-Latocha und Ortrun Tippelmann in „Deutsche Rentenversicherung“ 1/03.

¹²⁾ Siehe dazu den aktuellen Aufsatz von Detlef Hensche „Betriebliche Altersversorgung und Diskriminierungsverbot“, NZA 2004, Seiten 828–833, der u.a. begründet, warum Unisex-Tarife auch aus juristischen Gründen notwendig sind.



spielt dieses Thema eine Rolle) des gleichen angesparten Betrags dies bei Frauen zu einer geringen Rente, bei Männern zu einer höheren Rente führt. Anders ausgedrückt: der gleiche Betrag muss bei Frauen fünf Jahre länger reichen, d.h. er wird über fünf Jahre gestreckt. Diese Tarife sind getrenntgeschlechtlich.

Um eine Antwort auf die Frage „Frauen leben länger – aber wovon?“ zu geben und einen gewissen Ausgleich für die aus den verschiedensten Gründen geringeren Alterseinkünfte von Frauen zu schaffen, wurden Unisex-Tarife eingeführt.¹³⁾ Spannend ist nun die Umsetzungsphase, denn einige Versicherungsunternehmen haben bereits angekündigt, als Unisex-Tarife die heute „teureren“ Frauentarife verkaufen zu wollen. Nur durch Beobachtung der Angebote und entsprechend gezieltes Konsumentenverhalten können die Anbieter gezwungen werden, diese Ideen fallen zu lassen und fair und seriös gerechnete Unisex-Tarife anzubieten.

Positiv hervorzuheben ist die mit der Rentenreform 2000/2001 eingeführte Riester-Rente. Die gewährten Zulagen begünstigen Erwerbspersonen mit niedrigen Entgelten, und vor allem solche mit Kindern. Diese Angebote werden noch zu wenig genutzt!

Fazit

Die Gesetzliche Rentenversicherung sieht zahlreiche Mechanismen vor, um einen Ausgleich für von ihr nicht verursachte strukturelle Ungleichheiten zu schaffen. Die Beseitigung von Ungleichheiten in der Alterssicherung ist aber nicht primäre Aufgabe von Sozialleistungssystemen, sondern die des Staates. Er ist gefordert, insbesondere durch bildungs- und arbeitsmarktpolitische Maßnahmen Bedingungen für eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf und damit für eine höhere Erwerbsbeteiligung von Frauen als ein wichtiges Kriterium für mehr Beschäftigung und Wachstum zu schaffen. Denn die beste Alterssicherung ist immer noch der Erwerb von eigenen, eigentumsrechtlich geschützten Anwartschaften durch gut bezahlte sozialversicherungspflichtige Erwerbstätigkeit. Dies gilt gleichermaßen für die Gesetzliche Rentenversicherung wie auch für die zunehmend wichtigere betriebliche Altersversorgung und unabhängig vom Geschlecht.

Es müssen aber auch Antworten auf die sich ändernden demografischen Verhältnisse gefunden werden. Die weitere Absenkung des Rentenniveaus ist dazu kein geeignetes Instrument, denn Altersarmut wird zuerst die treffen, deren Renten schon gering sind. Dies werden mehrheitlich Frauen, aber zunehmend auch Männer sein.

Weiterhin sind die Tarifpartner aufgerufen, die Forderung „gleichen Lohn für gleiche Arbeit“ auch unter Berücksichtigung der immer noch fehlenden „Karrierechancen“ für Frauen umzusetzen. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen kapitalgedeckter Systeme, also der betrieblichen und der privaten Altersversorgung, müssen so gestaltet werden, dass bestehende Ungleichheiten vermieden werden.

Die Diskussion um die Gleichbehandlung durch Gender Mainstreaming und/oder Gleichstellung ist eine gute Ausgangsbasis für alle, sich die Probleme der Alterssicherung zu verdeutlichen und ins Bewusstsein zu führen.

(J.K.)

Aus: „Arbeitsrecht im Betrieb“, 11/2004

¹³⁾ Unisex-Tarife sind in der Gesetzlichen Rentenversicherung obligatorisch (s.o.).

V. Aktuelle Infos zur Altersteilzeit – Arbeitnehmer/innen und Arbeitgeber können Geld sparen!

Das Bundessozialgericht hat in seinem Urteil vom 25.8.2004 (Az: B 12 KR 22/02 R) die Rechtsauffassung vertreten, dass für die Zeit der Freistellung in der Altersteilzeit Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung nur noch nach dem ermäßigten Beitragssatz zu entrichten sind, da für diese Zeit der Krankengeldanspruch ruht (§ 243 SGB V). Siehe dazu auch oben III.4.

Das bedeutet, dass für die Freistellungsphase nicht mehr wie bisher der allgemeine Beitragssatz, sondern nur noch der ermäßigte Beitragssatz zu zahlen ist. Der ermäßigte Beitragssatz ist je nach Krankenkasse mindestens 1 Beitragssatzpunkt geringer. Wer z.B. in der AOK Bremen krankenversichert ist, zahlt einen allgemeinen Beitragssatz von 14,5 %, einen ermäßigten Beitragssatz von 13,3 %. Bei einem sozialversicherungspflichtigen Entgelt in der Altersteilzeit von 1.500,00 € ergibt sich so eine Ersparnis von 18 € monatlich. Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sparen somit im Jahr 108,00 €, Arbeitgeber ebenfalls. **Dies wirkt sich nicht auf Arbeitnehmer/innen in Altersteilzeit aus, die in dem jeweiligen Vertrag einen festen Netto-Betrag vereinbart haben.**

Was ist zu tun?

Zuerst sollte Kontakt mit der Personalabteilung aufgenommen werden. Denn: Zu Unrecht erhobene Beiträge sind auf Antrag des/der Versicherten und des Arbeitgebers zu erstatten (§ 26 Abs. 2 und 3 SGB IV). Da Erstattungsansprüche erst nach 4 Jahren verjähren (§ 27 SGB IV), können die in 2001 bis heute überzahlten Beiträge noch im Jahr 2005 geltend gemacht werden. Zuviel gezahlte Krankenversicherungsbeiträge können mit zukünftigen Beitragszahlungen des Arbeitgebers verrechnet werden, sofern sichergestellt ist, dass der/die Arbeitnehmer/in die verrechneten Beiträge, soweit er/sie getragen hat, zurückerhält. Der Anspruch auf Erstattung steht Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern und Arbeitgebern zu, da beide Beiträge getragen haben. In **laufenden Altersteilzeitfällen** (Freistellungsphase) ist **ab sofort** für die Berechnung der Krankenversicherungsbeiträge der ermäßigte Beitragssatz anzuwenden.

Zum Erstattungs- und Verrechnungsverfahren:

Die im Rundschreiben der Spitzenverbände der Sozialversicherung: Gemeinsame Grundsätze für die Verrechnung und Erstattung zu Unrecht gezahlter Beiträge zur Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung vom 26.3.2003 (Fundstelle siehe unten) lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Zuviel gezahlte Beiträge können grundsätzlich mit Beiträgen für den laufenden Entgeltabrechnungszeitraum verrechnet werden. Dies gilt, solange noch Beiträge zu zahlen sind.

Hat ein/e Arbeitnehmer/in die Freistellungsphase der Altersteilzeit bereits beendet und kann deshalb eine Verrechnung nicht erfolgen, können zu Unrecht gezahlte Beiträge erstattet werden. Dem Arbeitgeber können dann auch die Arbeitnehmerbeitragsanteile ausgezahlt werden, wenn sichergestellt ist, dass dem/der Arbeitnehmer/in die zuviel gezahlten Beiträge erstattet werden.

Der Antrag auf Erstattung der Beiträge ist bei der Einzugsstelle einzureichen, an die die Beiträge gezahlt worden sind. Für die Antragstellung soll ein Vordruck, der im Internet mit dem u. g. Rundschreiben der Spitzenverbände vom 26.3.2003 eingestellt ist, verwendet werden. Da der Ar-



beitgeber regelmäßig die Beiträge abführt, sollte er darauf hingewiesen werden. Wer seine Beiträge selbst an die Einzugsstelle abführt, beantragt auch selbst die Erstattung bzw. die Verrechnung.

Weitere Infos sind bei jeder ver.di-Geschäftsstelle erhältlich.

Weitere Infos siehe im Internet unter:

Das Urteil: www.bundessozialgericht.de – Rundschreiben der Spitzenverbände der KV vom 29.12.2004 zum Urteil (2 Seiten)

www.vdak.de – Rundschreiben der Spitzenverbände in der Sozialversicherung: Grundsätze für die Verrechnung und Erstattung zu Unrecht gezahlter Beiträge vom 26.03.2003 (12 Seiten)

www.vdr.de – siehe unter Versicherung und Beiträge/Gemeinsame Verlautbarungen

(J.K.)

B. Soziale Selbstverwaltung/Sozialwahlen

Im Jahre 2005 werden zum zehnten Mal seit 1953 die Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane der Sozialversicherungsträger gewählt. Zur Durchführung der Wahlen 2005 waren der/die Bundeswahlbeauftragte für die Sozialversicherungswahlen (BWB) und sein/ihre Stellvertreter/in vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung zu bestellen. Der/die Bundeswahlbeauftragte hat mit den Wahlbeauftragten der Länder die Sozialversicherungswahlen des Jahres 2005 vorzubereiten und für eine einheitliche Durchführung dieser Wahlen bei rund 450 Versicherungsträgern Sorge zu tragen. Bei den Sozialversicherungswahlen bestimmen die Versicherten und Arbeitgeber in der Kranken-, Renten- und Unfallversicherung über die neue Zusammensetzung der Selbstverwaltungsorgane.

Die gesetzlichen Grundlagen für die Sozialversicherungswahlen sind im Wesentlichen das Vierte Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV), die Wahlordnung für die Sozialversicherung (SVWO) und die im SGB IV vorgeschriebenen Satzungsbestimmungen der Versicherungsträger; des Weiteren die Empfehlungen und Richtlinien des Bundeswahlbeauftragten (§ 53 Abs. 3 SGB IV), welche die einheitliche Durchführung der Wahlen sicherstellen sollen. Die Richtlinien sind verbindliche Verwaltungsvorschriften.



I. Interview mit dem Bundeswahlbeauftragten Hans-Eberhard Urbaniak zu den Sozialwahlen 2005

Wilma Henneberg, verantwortliche Referatsleiterin für die Sozialwahlen, interviewt den Bundeswahlbeauftragten Hans-Eberhard Urbaniak zu den Sozialwahlen 2005:

W.H.: Herr Urbaniak, für die Zeit vom 01.10.2003 bis 30.09.2009 wurden Sie von der Ministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung, Frau Ulla Schmidt, zum Bundeswahlbeauftragten für die Sozialversicherungswahlen (BWB) bestellt. Welche Bedeutung haben diese Wahlen?

Der Bundeswahlbeauftragte:

Die Sozialversicherungswahlen finden alle 6 Jahre statt. Sie sind nach den Bundestagswahlen die zweitwichtigsten Wahlen. Schließlich sind 90 Prozent der Bevölkerung gegen die so genannten Wechselfälle des Lebens in der Sozialversicherung versichert. Die Aufwendungen für Leistungen aus der Sozialversicherung – die hauptsächlich durch Beiträge der Versicherten und der Arbeitgeber getragen werden – betragen allein im Jahre 2001 421 Milliarden Euro. Schon vor diesem Hintergrund ist es notwendig, dass die Versicherten und Arbeitgeber an der Kontrolle der Finanz- und Leistungs politik ihres Versicherungsträgers mitwirken. Die Beteiligung an der Wahl gibt ihnen die Möglichkeit, die Handlungsweise der Selbstverwaltungsorgane entscheidend mitzubestimmen. Am 01.06.2005 werden zum 10. Mal die Selbstverwaltungsorgane der Versicherungsträger gewählt.



Zur Person:
Hans-Eberhard Urbaniak ist bereits seit 12 Jahren stellvertretender Bundeswahlbeauftragter. Der ehemalige SPD-Bundestagsabgeordnete stammt aus Dortmund, wo er zunächst eine Bergbaulehre absolvierte, sich weiterbildete und 1961 Gewerkschaftssekretär bei der IG Bergbau, Chemie und Energie in Bochum wurde.

W.H.: Welche Aufgaben haben Sie in Ihrer Funktion als BWB wahrzunehmen?

Der Bundeswahlbeauftragte:

Dem BWB obliegen die allgemeinen Aufgaben und die Durchführung der Wahlen zu den Selbstverwaltungsorganen der bundesunmittelbaren Versicherungsträger (§ 53 Abs. 2 S. 2 SGB IV). Ich kann in diesem Zusammenhang z.B. Richtlinien erlassen, die die einheitliche Durchführung der Wahlen sicherstellen.

W.H.: Welche konkreten Maßnahmen haben Sie im Rahmen der Vorbereitung auf die Sozialversicherungswahl 2005 bereits getroffen?

Der Bundeswahlbeauftragte:

Um eine einheitliche Durchführung der Wahl zu gewährleisten, habe ich eine Reihe von Bekanntmachungen im Bundesanzeiger veröffentlicht, u.a. wurde im November 2003 bereits die Wahlankündigung mit Festlegung des Wahltages veröffentlicht. In dem Zusammenhang wurde auch ein nicht amtlicher Wahlkalender mit wichtigen Terminen für die Wahlvorbereitungen auf der Homepage des BWB veröffentlicht. (www.bmgs.bund.de)

Weiterer Schwerpunkt war die Feststellung der allgemeinen Vorschlagsberechtigung von Arbeitnehmervereinigungen nach § 48c SGB IV. Von den 25 Anträgen wurde bei 23 Arbeitnehmerorganisationen die allgemeine Vorschlagsberechtigung festgestellt, so auch für ver.di-Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft. Die Namen dieser Arbeitnehmerorganisationen wurden mit der Bekanntmachung Nr. 3 im Bundesanzeiger veröffentlicht.

W.H.: Welche bedeutsamen Maßnahmen haben Sie bisher außerdem zur Vorbereitung auf die Wahl getroffen?

Der Bundeswahlbeauftragte:

Am 30.03.04 habe ich in allen Tageszeitungen bundesweit die Sozialwahl ausgeschrieben und aufgefordert, bis zum 18.11.2004 Vorschlagslisten einzureichen. In dem Zusammenhang habe ich kurz vor Veröffentlichung der Wahlausschreibung Muster für die Informationen der Versicherungsträger an Wahlbewerber über Einzelheiten zur Wahl im Bundesanzeiger veröffentlicht.

W.H.: Zu den Wahlen ist ver.di-Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft sowohl auf Listen des DGB als auch mit eigenen Listen angetreten, z. B. bei dem Sozialversicherungsträger Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) und bei den großen Ersatzkassen. Wer ist berechtigt, Vorschlagslisten einzureichen?

Der Bundeswahlbeauftragte:

Das Recht, Vorschlagslisten einzureichen, haben Gewerkschaften sowie andere selbstständige Arbeitnehmervereinigungen mit sozial- oder berufspolitischer Zwecksetzung sowie deren Verbände, Vereinigungen von Arbeitgebern sowie deren Verbände, für die Gruppe der Selbstständigen ohne fremde Arbeitskräfte berufsständische Vereinigungen der Landwirtschaft sowie deren Verbände und für die Gruppe der Versicherten bei den Feuerwehr-Unfallkassen Landesfeuerwehrverbände und als so genannte freie Listen Versicherte, Selbstständige ohne fremde Arbeitskräfte und Arbeitgeber.

W.H.: Wer kann aktiv an der Wahl teilnehmen?

Der Bundeswahlbeauftragte:

Wahlberechtigt ist, wer am 3.01.2005 bei dem Versicherungsträger zu einer der Gruppen gehört, aus deren Vertretern sich die Selbstverwaltungsorgane des Versicherungsträgers zusam-

mensetzen sowie das 16. Lebensjahr vollendet hat. War bei der letzten Wahl im Jahre 1999 auch noch ein gewöhnlicher Aufenthalt oder eine regelmäßige Beschäftigung oder Tätigkeit im Bundesgebiet vorausgesetzt, erstreckt sich das Wahlrecht nunmehr auch auf versicherte Personen, die in den Staaten der Europäischen Union, Island, Liechtenstein, Norwegen und der Schweiz leben oder arbeiten.

W.H.: ver.di hat auf ihrer Homepage Informationen über die Sozialwahlen veröffentlicht und auch einige Kandidaten und Kandidatinnen vorgestellt (www.verdi.sozialwahlen.de)

Wie können sich die Wähler und Wählerinnen über die Wahlkandidaten informieren?

Der Bundeswahlbeauftragte:

Sofern feststeht, dass es zu einer Wahl mit Wahlhandlung kommt, muss der Versicherungsträger die Darstellung der zugelassenen Vorschlagslisten ermöglichen. Die Darstellung erfolgt in der Regel im Rahmen von Mitgliederzeitschriften der Versicherungsträger oder in sonstigen Veröffentlichungen, die im Zusammenhang mit der Wahl stehen. Zur Information der Wahlberechtigten können die Versicherungsträger künftig ihren Veröffentlichungen eine Postkarte beilegen, mit der die Darstellungen der zugelassenen Vorschlagslisten angefordert werden können. Dies dient der Kosteneinsparung, insbesondere bei den Trägern, die über keine Mitgliederzeitschrift verfügen.

W.H.: Bei der BfA sind ca. 33 Millionen Versicherte wahlberechtigt, deshalb werden den Versicherten und den Rentnern und Rentnerinnen in der Zeit vom 7.3. bis 18.3. 2005 Wahlvorankündigungen zugestellt und in der Zeit vom 18.4. bis 29.4.2005 die Wahlunterlagen. Die Selbstverwaltung der BfA hat entschieden, dass die BfA dem Wahlvorankündigungsschreiben eine unfrankierte Postkarte beilegt, mittels derer die Wahlberechtigten die Darstellung der zugelassenen Vorschlagslisten anfordern können (DIN-A5-Broschüre).

Bei den letzten Sozialversicherungswahlen hat sich die durchschnittliche Wahlbeteiligung von 43,4 um rund 5 Prozentpunkte auf 38,41 Prozent verringert. Welche Gründe sind hierfür entscheidend?

Der Bundeswahlbeauftragte:

Wesentliche Gründe für einen Rückgang der Wahlbeteiligung sind nach Ansicht der Versicherten und der Presse folgende: Die Kosten der Sozialwahl sind zu hoch, die Gestaltungsmöglichkeiten der Selbstverwaltungsorgane sind zu gering, die Informationsarbeit der Selbstverwaltungsorgane der Versicherungsträger über ihre Arbeit und über die getroffenen Entscheidungen während ihrer sechsjährigen Amtszeit nicht ausreichend.

Was die Kosten betrifft, kann ich dem nicht zustimmen. Die Kosten pro Wähler konnten durch Optimierung der Verfahrensabläufe, technischen Fortschritt und durch einen regen Wettbewerb bei der Herstellung der Wahlunterlagen zuletzt von 1,35 Euro auf 1,06 Euro gesenkt werden. Für die Wahrnehmung eines demokratischen Rechts ist das angebracht. Wenn ein demokratisches Mitbestimmungsrecht wahrgenommen werden kann, ist das eben nicht zum Nulltarif umzusetzen.

Die Selbstverwaltungsorgane können sicherlich auch keine sozialversicherungsrechtlichen Gesetze erlassen. Allerdings sind die für die Vertreterversammlung bzw. den Verwaltungsrat vorgesehenen Aufgaben letztlich für den Versicherten nicht minder von Bedeutung. So besteht insbesondere für den Bereich der Verabschiedung von Richtlinien für die Gewährung von Leistungen zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation eine alleinige Regelungskompetenz der Selbstverwaltungsorgane.

In der Tat wissen die Versicherten auch hierüber zu wenig, da die meisten Versicherungsträger zum Thema Selbstverwaltung m. E. zu wenig berichten.

W.H.: Wie ist Ihre Prognose für die Wahlbeteiligung an den Sozialversicherungswahlen 2005?

Der Bundeswahlbeauftragte:

Die besondere Problematik dieser Wahlen liegt darin, dass sie am Ende einer langen Kette von Wahlen, insbesondere kurz nach den Landtagswahlen in Nordrhein-Westfalen, stattfinden. Ich hoffe nicht, dass es zu einer Wahlmüdigkeit der Bürger und einer Verweigerungshaltung der Wähler kommt, weil sie sich möglicherweise zu schlecht über die Arbeit der Selbstverwaltungsorgane informiert fühlen.

W.H.: Wie kann man die Akzeptanz der Selbstverwaltung bei den Versicherten und somit auch die Wahlbeteiligung an den Sozialversicherungswahlen 2005 steigern?

Der Bundeswahlbeauftragte:

Da sind die Versicherungsträger gefordert. Mit einem Schreiben an die Spitzenverbände der Sozialversicherungsträger will der BWB die Versicherungsträger dazu gewinnen, in einer verbesserten Außendarstellung dafür zu sorgen, dass die Akzeptanz der Selbstverwaltung in der Öffentlichkeit, vor allem aber bei den Versicherten, gesteigert wird. Dabei sollten die Versicherungsträger auch prüfen, ob bewährte Wege der Kommunikation mit den Versicherten beschränkt werden können. Zu denken wäre dabei beispielsweise an Presseseminare, Informationen zur Selbstverwaltungsarbeit in den Mitgliederzeitschriften, Fragestunde für Versicherte im Rahmen von Organsitzungen, Versichertenbeiräte bzw. jährliche Versichertenversammlung ohne Stimmrecht in den Organen, kostenlose Telefon-Hotline, Chat im Internet oder auch Beschwerdemanagement.

W.H.: Die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft hat bei der Aufstellung ihrer Vorschlagslisten darauf geachtet, dass Frauen und Männer gleichermaßen berücksichtigt werden.

Wie hoch ist eigentlich der Anteil von Frauen in den Selbstverwaltungsorganen?

Der Bundeswahlbeauftragte:

Gut, dass Sie das Problem ansprechen! Leider sind die Frauen hier noch stark unterrepräsentiert.

W.H.: Wurde nicht auch schon mal über eine Online-Wahl nachgedacht?

Der Bundeswahlbeauftragte:

Das ist richtig. Die Initiative Bund Online 2005 der Bundesregierung kam zu der Überlegung, ob nicht eine Erhöhung der Wahlbeteiligung bei den Wahlen im Jahre 2005 durch Wahlen mittels Internet erzielt werden könnte. In Zusammenarbeit mit dem BMI, dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik und der BfA wurde geprüft, ob alternativ zur Briefwahl auch Online-Wahlen zugelassen werden können. Bei Auswertung der Ergebnisse verschiedener Workshops und Testwahlen im gesellschaftlichen Bereich sowie der Protokolle des Wissenschaftlichen Beirats des Projekts „WIEN – Wählen in elektronischen Netzen“ hat sich gezeigt, dass die Einführung von Internet-Wahlen neben oder anstelle der Briefwahl noch verfrüht wäre, weil die erforderlichen Sicherheitsstandards noch nicht gewährleistet werden können und ein unverhältnismäßiger Verwaltungs- und Kostenaufwand entstünde. Für die Zukunft ist die Internet-Wahl allerdings nicht wegzudenken und sie könnte eine interessante und unkomplizierte Alternative zur Briefwahl werden.

W.H.: Herr Urbaniak, vielen Dank für das Interview.

(W.H.)

II. Vorstellung des BfA-Spitzenkandidaten

ver.di setzt sich für soziale Gerechtigkeit, Gleichstellung und Demokratie ein. Die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft vertritt in der Deutschen Rentenversicherung die Interessen der Versicherten, der Rentnerinnen und Rentner gegenüber den Parteien, dem Gesetzgeber, der Regierung. ver.di entsendet kompetente Frauen und Männer, die durch ein demokratisches Verfahren die Zustimmung und das Vertrauen ihrer Kolleginnen und Kollegen haben, in die Vertreterversammlung der BfA. Christian Zahn, Spitzenkandidat bei der BfA, ist Mitglied im Bundesvorstand und Sozialexperte der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft. Er ist seit dem 01.02.2001 Vorstandsvorsitzender der BfA im jährlichen Wechsel mit dem Vertreter der Arbeitgeber.



*Christian Zahn,
BfA-Spitzenkandidat der ver.di –
Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft*

ver.di zur Alterssicherung – Rentenversicherung

Christian Zahn: „Ich kann es nicht akzeptieren, wenn im Alter das Geld nicht reicht.“

Aus diesem Grund setzt sich ver.di dafür ein, dass die Gesetzliche Rentenversicherung als tragende und wichtigste Säule der Alterssicherung für die Beschäftigten erhalten bleibt.

Denn die Gesetzliche Rentenversicherung bietet einen umfassenden Schutz gegen die so genannten biometrischen Risiken: Alter, Invalidität und für Hinterbliebene. Außerdem erhalten Frauen und Männer bei gleichen Beiträgen, jedoch unterschiedlicher Lebenserwartung, die gleichen Leistungen. Ein unschätzbare Vorteil gerade für Frauen!

Um den gewohnten Lebensstandard auch in der Rentenphase zu erhalten, ist es erforderlich, so früh wie möglich zusätzlich kapitalgedeckt vorzusorgen – am besten mit einer Betriebs- und/oder „Riester“-Rente.

ver.di-Mitglieder in den Vertreterversammlungen und Vorständen der – ab 2005 – Deutschen Rentenversicherung können zum Erhalt und zur Akzeptanz der Gesetzlichen Rentenversicherung beitragen und u.a. mit ihren Entscheidungen dafür Sorge tragen, dass

- durch qualitätsgesicherte Leistungen der Rehabilitation die Erwerbsfähigkeit der Versicherten bis zum Renteneintritt gesichert wird,
- die Deutsche Rentenversicherung sich immer mehr als Serviceeinrichtung der Versicherten versteht und
- ver.di-Kolleginnen und -Kollegen als ehrenamtlich tätige BfA-Versichertenberaterinnen und -Versichertenberater kompetent die Interessen der Versicherten wahrnehmen, sie vor Ort beraten und Hilfestellung in deren Rentenangelegenheiten geben.“

III. Wahl der Versichertenältesten/VersichertenberaterInnen

Obwohl es noch etliche Monate dauert, bis die Wahl der VersichertenberaterInnen bei der BfA und die/der Versichertenältesten bei einigen der Landesversicherungsanstalten für die Legislaturperiode 2005 bis 2011 ansteht, geben wir vorab einige generelle Hinweise:

Die VersichertenberaterInnen/-ältesten werden entsprechend Gesetz und Satzung durch die Vertreterversammlung des Rentenversichertenträgers en bloc auf der ersten ordentlichen Sitzung nach ihrer Konstituierung gewählt. Bei der BfA wurde diese Wahl in einer so genannten Vergabe-sitzung vorbereitet (Sozialwahlen 1999). Entsprechend der regionalen Stimmergebnisse unterbreiteten die Listenvertreter der einzelnen Vorschlagslisten ihre Vorschläge für die von der BfA vorgegebenen Sitze der VersichertenberaterInnen (damals noch Versichertenälteste) in den einzelnen Landkreisen und kreisfreien Städten und stimmten sie so untereinander ab, dass die Verteilung dem jeweiligen Stimmanteil in der Region entsprach – ein „Spitzenausgleich“ wurde auf Landesebene vorgenommen. Bundesweit gesehen entsprach bei insgesamt rund 2.600 VersichertenberaterInnen ein Prozentpunkt beim Wahlergebnis einer Vorschlagsberechtigung für 25 VersichertenberaterInnen.

Die Organisationsreform in der Rentenversicherung wird dieses Verfahren voraussichtlich nicht ganz unberührt lassen, konkrete Aussagen sind allerdings derzeit nicht möglich. Die BfA möchte ihr Verfahren auch für die künftige Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund) übertragen und macht entsprechende Vorschläge für die neue Satzung des Bundesträgers. (Für Knappschaftsälteste wird es besondere Regelungen geben.)

Die offizielle Aufforderung zur Benennung der VersichertenberaterInnen durch ver.di wird erst erfolgen, wenn

1. die satzungsrechtlichen Bestimmungen für VersichertenberaterInnen in einem (genehmigungsfähigen) Entwurf vorliegen und
2. das vorläufige Wahlergebnis und damit der ver.di Anteil an den VersichertenberaterInnen bekannt ist.

Nach Rücksprache mit dem BfA-Selbstverwaltungsbüro liegen dort bereits mehrere Anfragen von Listenträgern vor, die zu den Sozialwahlen 2005 bei der BfA Listen eingereicht haben, mit dem Wunsch, dass die BfA Bewerbungsunterlagen und Zustimmungserklärungen für die BfA-VersichertenberaterInnen-BewerberInnen zur Verfügung stellen. Eine entsprechende Bearbeitung ist für Januar 2005 zugesagt. ver.di wird dann ihre amtierenden BfA-VersichertenberaterInnen davon unterrichten und auch den Sozialwahlbeauftragten der Landesbezirke entsprechend Kenntnis geben. Darüber hinaus werden die Vordrucke für die Bewerbung zu gegebener Zeit ins Intranet eingestellt. Eingehende (formlose) Bewerbungen werden vom Bereich Sozialpolitik an die zuständigen Sozialwahlbeauftragten der Landesbezirke mit Abgabennachricht an die BewerberInnen weitergeleitet.

Die ver.di-KandidatenInnen-Richtlinien gelten ausdrücklich auch für VersichertenberaterInnen und -älteste. Benannt werden können Personen, die am Tage der Wahlankündigung (Stichtag für die Wählbarkeit) versichert oder Rentenbezieher sind sowie das 18. Lebensjahr vollendet und ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in dem VersichertenberaterInnen-Bezirk haben. Nicht wählbar sind Personen, denen die Zulassung als Rechtsbeistand auf dem Gebiet der Sozialversicherung erteilt ist.

Nach heutigem Stand der Dinge wird sich die Vertreterversammlung der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (nach dem Wahltag 1. Juni 2005) am 30.09.2005 konstituieren, um dann am 01.10.2005 in der Vertreterversammlung der Deutschen Rentenversicherung Bund aufzugehen.

Tätigkeit der BfA-Versichertenberaterinnen und BfA-Versichertenberater

Die rund 2.600 ehrenamtlich tätigen BfA-VersichertenberaterInnen sind in allen Stadt- und Landkreisen Deutschlands ortsnahe Ansprechpartner für die Versicherten und RentnerInnen der BfA. Sie beraten in ihrer Privatwohnung und führen zusätzlich regelmäßige Sprechstunden in Räumen, zum Beispiel der Stadt- und Gemeindeverwaltungen, in sozialen Einrichtungen und Krankenkassen sowie in Betrieben durch.

Die BfA-VersichertenberaterInnen haben im Jahr 2003 112.587 (2002: 111.850) Rentenanträge, 107.091 (2002: 85.761) Anträge auf Kontenklärung sowie 6.026 (2002: 5.673) Anträge auf Wechsel der Leistungsart aufgenommen. Insgesamt berieten die BfA-VersichertenberaterInnen 675.522 (2002: 671.100) Versicherte.

Für die Monate Januar bis September 2004 ergeben sich bezüglich der Aufnahme von Anträgen folgende Zahlen:

Rentenanträge	87.163
Kontenklärungen	76.357
Anträge auf Wechsel der Leistungsart	4.920

Die BfA-Versichertenberaterinnen/-berater haben 2003 insgesamt 13.082 Hausbesuche (2002: 5.959) durchgeführt. Bis September 2004 haben die BfA-VersichertenberaterInnen bereits 11.901 Hausbesuche durchgeführt. Behinderten und kranken Versicherten, die ihre Wohnung nicht verlassen können, wird durch diesen speziellen Service die Möglichkeit geboten, ihre Versicherungs- und Rentenangelegenheiten in persönlichen Gesprächen mit den BfA-VersichertenberaterInnen zu klären.

Änderungen im Vorgriff auf die Organisationsreform in der Deutschen Rentenversicherung

In Vorbereitung der Wahlen des Vorstandes der BfA im September 2005 und des Vorstandes der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund) im Oktober 2005 ist von den Selbstverwaltungsorganen der BfA vorgeschlagen worden, die Satzung der BfA mit Geltung für die X. Amtsperiode im Hinblick auf die Mitgliederzahl des Vorstandes der BfA zu ändern.

Der Vorstand der DRV Bund wird aus 22 Mitgliedern bestehen (Gesetz zur Organisationsreform in der Gesetzlichen Rentenversicherung, Art. 5 Nr. 25 c zur Änderung des § 44 SGB IV). Davon wählt die Vertreterversammlung der DRV Bund 12 Mitglieder auf Vorschlag der Vertreter der Regionalträger, 2 Mitglieder auf Vorschlag der Vertreter der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und 8 Mitglieder auf Vorschlag der durch die Sozialwahlen gewählten Vertreter der DRV Bund. Die 8 Mitglieder bilden per Gesetz den Ausschuss für Trägerangelegenheiten des Vorstandes der DRV Bund („Trägerausschuss“ des Vorstandes DRV Bund). Dieses Gremium ist dem jetzigen Vorstand der BfA vergleichbar.

Derzeit besteht der Vorstand der BfA aus 12 (ordentlichen) Mitgliedern. Um zu gewährleisten, dass alle für die X. Amtsperiode in den Vorstand der BfA gewählten Personen auch als Teil des

Vorstandes der DRV Bund Mitglieder des Trägersausschusses werden können, ist eine Änderung der Satzung der BfA mit dem Ziel der Verringerung der Zahl der Vorstandsmitglieder auf 8 nötig, so die Auffassung der BfA-SelbstverwalterInnen.

Die geänderte Satzung der BfA hat im Abschnitt B – Verfassung – § 2 Selbstverwaltungsorgane im Abs. 5 folgenden Wortlaut:

„Für die X. Amtsperiode gelten die Abs. 3 und 4 mit der Maßgabe, dass der Vorstand aus je vier Vertretern der Versicherten und Arbeitgebern besteht und dem Vorstand je ein Beauftragter angehören kann“.

Der BfA-Vorstand hat dem Organisationsausschuss der Vertreterversammlung empfohlen, der Vertreterversammlung vorzuschlagen, diese Satzungsänderung zu beschließen. Die Vertreterversammlung hat im Dezember 2004 so beschlossen. *(W.H.)*



IV. Sozialwahlen – unbekannte Wahlen?

Die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft – kurz ver.di – tritt mit eigenen Listen und auf Listen des DGB zu den **Wahlen in der Sozialversicherung 2005** an. ver.di wirbt um deine/Ihre Stimme, denn Stimmen für die gewerkschaftlichen Listen sind auch ein Votum für die sozialpolitischen Forderungen von ver.di, für die sozialpolitischen Vorstellungen der deutschen Gewerkschaften.

Die Vorschlagslisten zur Sozialwahl 2005 waren bis spätestens 18.11.2004, 18.00 Uhr beim Wahlausschuss des jeweiligen Sozialversicherungsträgers einzureichen. **ver.di hat ihre Listen eingereicht** – mit kompetenten Kandidatinnen und Kandidaten, die durch ein demokratisches Nominierungsverfahren die Zustimmung und das Vertrauen ihrer Kolleginnen und Kollegen haben.

Die nächsten Sozialversicherungswahlen finden am **1. Juni 2005** (Bekanntmachung des Bundeswahlbeauftragten für die Sozialversicherungswahlen) bundesweit bei rund 400 Versicherungsträgern der Renten-, Unfall- und Kranken-/Pflegeversicherung statt. Regional werden z. B. die Selbstverwaltungsorgane der Landesversicherungsanstalten (LVA), der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) und der Unfallkassen (siehe Selbstverwaltung) gewählt. Bundesweite Sozialversicherungsträger sind z. B. die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA), die Ersatzkrankenkassen und Gewerbliche Berufsgenossenschaften. Bei den Sozialwahlen wird zwischen Wahlen mit Wahlhandlung (**Urwahl**) und Wahlen ohne Wahlhandlung (**Friedenswahl**) unterschieden. Wenn – wie bei der Hamburg-Münchener Krankenkasse, bei der Gmünder ErsatzKasse und der Hanseatische Krankenkasse geschehen – die vorschlagsberechtigten Organisationen insgesamt nicht mehr Bewerberinnen und Bewerber auf ihren Listen vorschlagen als zu wählen sind, dann gelten die Vorgeschlagenen als gewählt – eine Wahlhandlung entfällt.

Bei der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) und bei den Ersatzkrankenkassen DAK, BARMER, TK und KKH werden rund 47 Millionen Versicherte per Briefwahlunterlagen aufgerufen, ihre Vertreterinnen und Vertreter in die Selbstverwaltungsorgane im Rahmen von Urwahlen zu wählen. Diese Versicherten Rentnerinnen und Rentner werden vorab darüber informiert, wie und wann sie ihre Stimmen für die eingereichten Listen abgeben:

Zwischen dem 7. und 18. März 2005 erhalten die Versicherten der BfA eine **Wahlvorankündigung per Post**. In der Zeit zwischen dem 18.4. und 29.4.2005 stellen dann die jeweiligen Sozialversicherungsträger, so die BfA, die DAK, die Barmer, die TK und die KKH diesen Versicherten ihre **Wahlunterlagen zu (Briefwahl)**.

Ob bei weiteren Sozialversicherungsträgern Wahlen mit Wahlhandlung durchgeführt werden, lässt sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt (Drucklegung) noch nicht absehen. Bei den letzten Wahlen 1999 kam es nur bei 15 Versicherungsträgern zu Wahlen mit Wahlhandlung.

Bei den Trägern der gesetzlichen Renten- und der gesetzlichen Unfallversicherung haben wir eine zweistufige Selbstverwaltung: **Vertreterversammlung und Vorstand**. Bei den Krankenkassen besteht die Selbstverwaltung aus einem **Verwaltungsrat** (siehe Organisation der Selbstverwaltung).

Die Selbstverwaltung gewährleistet den Einfluss der Versicherten, der Rentnerinnen und Rentner auf ihre Sozialversicherungsträger. Zum einen sind sie als Versicherte selbst betroffen, zum anderen vertreten sie ihre Wählerinnen und Wähler. Nach dem Sozialgesetzbuch IV üben die Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane ihre Tätigkeiten in Vertreterversammlung, Vorstand oder Ver-

waltungsrat der Sozialversicherungsträger ehrenamtlich aus (s. Selbstverwaltung – ein Ehrenamt). Auch wenn aufgrund der Regelungsdichte im Sozialversicherungsrecht die Gestaltungs- und Einflussmöglichkeiten der Selbstverwaltung mehr und mehr begrenzt wurden – dies gilt insbesondere für die Krankenversicherung –, verbleiben den Selbstverwaltungsorganen dennoch wichtige Aufgaben (s. Wahlen in der Sozialversicherung) und gerade deshalb ist die Teilnahme an den Sozialwahlen so wichtig: Eine hohe Wahlbeteiligung ist ein deutliches Votum an Parteien und Bundesregierung für den Willen der Versicherten, über ihre Sozialversicherung mitzubestimmen (s. Wahlen in der Sozialversicherung). Die Wahlbeteiligung ist auch ein Abbild des Interesses der Versicherten an dem System ihrer sozialen Sicherung. Verschenken Sie Ihre Stimme nicht an „sonstige Arbeitnehmervereinigungen“, Vereinigungen, die den Namen des Versicherungsträgers als Bestandteil ihres Namens nutzen, sonst aber kaum irgendeine sozialpolitische Bedeutung haben. ver.di vertritt die Interessen der Versicherten im sozialpolitischen Raum gegenüber den Parteien, dem Gesetzgeber und der Regierung!

ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft wirbt um deine/Ihre Stimme, Stimmen für eine Selbstverwaltung durch die Betroffenen als Alternative zur staatlichen Verwaltung. Bereits 1881 wurde die Selbstverwaltung durch mündige Bürgerinnen und Bürger eingeführt (s. Sozialversicherung). Selbstverwaltung gewährleistet den Einfluss der Versicherten, der Rentnerinnen und Rentner auf ihre Sozialversicherungsträger, sprich auf ihre Krankenkasse, auf ihre Rentenversicherungsanstalt, auf ihre Berufsgenossenschaft oder Unfallkasse.

Mehr zum Thema Sozialwahlen 2005, über die ver.di-Kandidaten und -Kandidatinnen und zu unseren sozialpolitischen Programmen findest du/finden Sie auf unseren Seiten www.sozialwahlen.verdi.de.

Sozialversicherung und die Kaiserliche Botschaft

Durch die Kaiserliche Botschaft Wilhelms I. vom 17.11.1881 wurde der Aufbau der Arbeiterversicherung eingeleitet. Diese Botschaft, die auf eine Anregung Bismarcks zurückgeht, wird allgemein als die „Magna Charta“ oder die Geburtsurkunde der deutschen Sozialversicherung bezeichnet: Die Arbeiter sollen gegen Krankheit, Unfall, Invalidität und materielle Not im Alter versichert werden, sie sollen einen Rechtsanspruch auf die Leistungen haben und die Versicherung soll auf der Grundlage der Selbstverwaltung durchgeführt werden.

ver.di zur Sozialversicherung:

Wie heißt es doch: „Erstens kommt es anders, zweitens als man denkt.“ So ging es auch Reichskanzler Bismarck, als er vor mehr als 120 Jahren die Sozialversicherung ins Leben rief. Er wollte damit die „gemeingefährlichen Bestrebungen der Sozialdemokratie“ durch „positive, auf die Verbesserung der Lage der Arbeiter abzielende Maßnahmen“ bekämpfen, die Arbeitnehmerschaft in den Obrigkeitsstaat integrieren. Tatsächlich aber erwies sich die Bismarck'sche Schöpfung als weit in die Zukunft weisend. Ist sie doch bis heute – trotz vieler so genannter Reformen – die wirkungsvolle Flankierung der kapitalistischen Marktwirtschaft: insbesondere die Sozialversicherung macht die Marktwirtschaft zur „sozialen“ Marktwirtschaft und zu einem wesentlichen Fundament einer Wohlstandsentwicklung für breite Bevölkerungsschichten. Institutionen wie

- die gesetzliche Krankenversicherung
- die gesetzliche Rentenversicherung und
- die gesetzliche Unfallversicherung,



Kaiserliche Botschaft – die Geburtsurkunde der Deutschen Sozialversicherung (R1-Archiv)

die zwei Weltkriege und zwei Inflationen überstanden und sich – natürlich nicht immer ohne Reibungsverluste – seit mehr als einem Jahrhundert dem wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Wandel angepasst haben, werden auch in Zukunft tragende Säulen einer sozialen Marktwirtschaft des Sozialstaates Bundesrepublik Deutschland sein

- trotz der gebetsmühlenartigen Kritik der Arbeitgeber, dass soziale Sicherheit der Arbeitnehmer/innen den „Standort Deutschland“ gefährdet,
- trotz der Kritik einer Riege von Ökonomeprofessoren, die für sich die Vollkasko-Absicherung als Berufsbeamte beanspruchen, und
- trotz einer Agenda 2010, die den Sozialstaat durch seine Abschaffung erhalten will, wie auch immer das möglich ist.

Selbstverwaltung

Die Träger der Sozialversicherung (Versicherungsträger) sind rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. (§ 29 SGB IV) Der Bundeswahlbeauftragte für die Sozialversicherungswahlen hat mit der Bekanntmachung Nr. 1 über die Durchführung der allgemeinen Wahlen in der Sozialversicherung im Jahre 2005 (Wahlankündigung) vom 18. November 2003 im Bundesanzeiger – Ausgabe Nr. 224 vom 29. November 2003, Seite 24861, Mittwoch, den 1. Juni 2005 als Wahltag bestimmt.

ver.di zur Selbstverwaltung

Nach sechsjähriger Amtszeit, im Frühjahr 2005, sind die Organe dieser Selbstverwaltung neu zu wählen:

- Verwaltungsräte bei den Krankenkassen,
- Vertreterversammlungen bei den Trägern der gesetzlichen Renten- und der gesetzlichen Unfallversicherung.

Diese Gremien sind mit Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber zu besetzen. Allein bei den Ersatzkassen verantworten ausschließlich Versichertenvertreterinnen und Versichertenvertreter die Geschicke ihrer Kassen. Die Selbstverwaltung gewährleistet den Einfluss der Versicherten und der Rentner und Rentnerinnen auf ihre Sozialversicherungsträger,

- auf ihre Krankenkasse,
- auf ihre Rentenversicherungsanstalt,
- auf ihre Berufsgenossenschaft oder Unfallkasse.

Diese Selbstverwaltung, oder, um Bismarck nochmals zu zitieren, dieser „engere Anschluss an die realen Kräfte dieses Volkslebens“ werde, „wie wir hoffen, die Lösung auch von Aufgaben möglich machen, denen die Staatsgewalt allein in gleichem Umfange nicht gewachsen sein würde.“

Also, Selbstverwaltung durch die Betroffenen als Alternative zur staatlichen Verwaltung, Selbstverwaltung durch mündige Bürgerinnen und Bürger, das wurde bereits 1881 eingeführt!

Wahlen in der Sozialversicherung

Rechtsgrundlage ist die Wahlordnung für die Sozialversicherung (SVWO), zuletzt geändert durch Art. 317 der Achten Zuständigkeitsanpassungsverordnung vom 25.11.2003 (BGBl. I S. 2304)



ver.di zu den Wahlen in der Sozialversicherung

Die Selbstverwaltung hat – gemessen an ihrer Bedeutung in der Vergangenheit – sicherlich an Gewicht verloren. Mehr und mehr wurden und werden ihre Befugnisse durch den Gesetzgeber begrenzt. Das gilt insbesondere für die Krankenversicherung. Aber gerade deshalb ist es wichtig und richtig, an den Wahlen der Sozialversicherung teilzunehmen: Eine hohe Wahlbeteiligung ist ein deutliches Votum an Parteien und Bundesregierung für den Willen der Versicherten, ihre Sozialversicherung mitzubestimmen.

Ein zweites kommt hinzu: Stimmen für ver.di, Stimmen für die gewerkschaftlichen Listen sind auch ein Votum für die sozialpolitischen Forderungen von ver.di, für die sozialpolitischen Vorstellungen der deutschen Gewerkschaften. Deswegen dürfen die Stimmen nicht an „sonstige Arbeitnehmervereinigungen“ verschenkt werden, Vereinigungen, die den guten Namen des Versicherungsträgers als Bestandteil ihres Namens nutzen, die vom Wähler nicht selten mit dem Versicherungsträger gleichgesetzt werden, aber kaum irgendeine sozialpolitische Bedeutung haben. Vielmehr also kommt es darauf an, dass ver.di als Anwalt der Versicherten im sozialpolitischen Raum bestätigt wird, ver.di als Anwalt gegenüber den Parteien, dem Gesetzgeber, der Regierung!

ver.di entsendet kompetente Frauen und Männer in die Selbstverwaltung der Sozialversicherungsträger. Und ver.di vertritt die Interessen der Versicherten über fachlich und politisch versierte Fachleute gegenüber Regierung und Parlament. Eine „sonstige Arbeitnehmervereinigung“ kann das, wie die Erfahrung zeigt, schwerlich leisten.

ver.di-Kandidatinnen und -Kandidaten haben im Übrigen durch ein demokratisches Nominierungsverfahren die Zustimmung und das Vertrauen ihrer Kolleginnen und Kollegen.

Auf eine Besonderheit der Wahlen der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung möchte ver.di hinweisen: Wird bei einem Sozialversicherungsträger für die Seite der Versicherten oder die Seite der Arbeitgeber von den vorschlagsberechtigten Organisationen – also von Arbeitgebervereinigungen oder ihren Verbänden einerseits oder aber von Gewerkschaften als auch sonstigen Arbeitnehmervereinigungen oder ihren Verbänden andererseits – wird also nur eine Vorschlagsliste eingereicht oder werden auf mehreren Vorschlagslisten nicht mehr Bewerberinnen und Bewerber vorgeschlagen, als zu wählen sind, dann gelten die Vorgeschlagenen als gewählt; eine Wahlhandlung – bei den Wahlen der Sozialversicherung immer eine Briefwahl – entfällt!

Diese so genannte Friedenswahl war in der Vergangenheit bei den meisten Krankenkassen, Landesversicherungsanstalten, Berufsgenossenschaften und Unfallkassen der Regelfall – ein Grund mit, dass die Sozialwahlen relativ unbekannt geblieben sind. (Bei den letzten Wahlen der Sozialversicherung 1999 kam es nur bei 15 Versicherungsträgern zu Wahlen mit Wahlhandlung). Die Wahlbeteiligung lag 1999 bei 38,41 Prozent.

2005 wird es Wahlen mit Wahlhandlung bei der BfA und großen Ersatzkassen geben. Bei der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte werden mehr als 33 Millionen Versicherte, Rentnerinnen und Rentner zur Stimmabgabe aufgefordert werden und mehr als 14 Millionen Mitglieder der großen Ersatz-Krankenkassen werden die Briefwahlunterlagen im April 2005 erhalten.

Die Wahlbeteiligung gilt auch als ein Abbild des Interesses der Versicherten an dem System ihrer sozialen Sicherung. Eine hohe Wahlbeteiligung ist deswegen eine Mahnung an die Politik, die Sozialversicherung nicht als Spielball ihrer Interessen zu gebrauchen.

Organisation der Selbstverwaltung

Die gesetzliche Grundlage ist auch hier das Sozialgesetzbuch IV (Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung). Versicherungsträger sind

- **für die Krankenversicherung:** die Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, die Seekrankenkasse, die landwirtschaftlichen Krankenkassen, die Bundesknappschaft und die Ersatzkassen (§ 4 SGB V);
- **die Unfallversicherung:** die gewerblichen Berufsgenossenschaften einschließlich der See-Berufsgenossenschaft (§ 114 SGB VII), die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften (§ 114 SGB VII), die Unfallkasse des Bundes (§§ 114, 125 SGB VII), die Eisenbahn-Unfallkasse (§§ 114, 126 SGB VII), die Unfallkasse Post und Telekom (§§ 114, 127 SGB VII), die Unfallkassen der Länder (§§ 114, 128 SGB VII), die Gemeindeunfallversicherungsverbände und Unfallkassen der Gemeinden (§§ 114, 129 SGB VII), die Feuerwehr-Unfallkassen sowie die gemeinsamen Unfallkassen für den Landes- und den kommunalen Bereich (§ 114 SGB VII);
- **für die Rentenversicherung:** die LVAen, die Seekasse, die Bahnversicherungsanstalt, die BfA, die Bundesknappschaft und die landwirtschaftlichen Alterskassen (s. §§ 127, 132, 136 SGB VI, § 49 ALG);
- **für die Pflegeversicherung:** die Pflegekassen, die selbstständige Körperschaften mit **Selbstverwaltung** sind (§ 46 Abs. 2 Satz 1 SGB XI); ihre Aufgaben werden von den Krankenkassen wahrgenommen (§ 1 Abs. 3, 46 Abs. 1 SGB XI).

Das SGB enthält keine Definition des Begriffs Selbstverwaltung, umschreibt aber in § 29 ihre entscheidenden Kriterien:

- Rechtliche Selbstständigkeit (Selbstverwaltung im Rechtssinne).
- Mitwirkung der Betroffenen (ehrenamtliche Selbstverwaltung).
- Ausgliederung aus der allgemeinen Staatsverwaltung und Einräumung selbstständiger Entscheidungsbefugnisse in eigener Verantwortung (materielle Selbstverwaltung).

Die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung ist in ihrem Kernbestand verfassungsrechtlich durch Art. 87 Abs. 2 GG gedeckt. Der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung ist durch Sozialgerichts-Beschluss eine verfassungsrechtlich geschützte Garantie zugesprochen worden. (SG Stuttgart vom 26.09.1986 – S 6A 165/85)

Die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung wird von den „Betroffenen“ ausgeübt. Die **Selbstverwaltungsorgane** setzen sich grundsätzlich je zur Hälfte aus Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber zusammen. Der **Grundsatz der Parität** wird allerdings gem. § 44 durchbrochen, z. B. für die Träger der landwirtschaftlichen Unfallversicherung (UV) (je ein Drittel Versicherte, Selbstständige ohne fremde Arbeitskräfte und Arbeitgeber), für die Bundesknappschaft (Zwei-Drittel-Mehrheit der Versichertenvertreter), für die Bahn-Versicherungsanstalt (außer den Vertretern der Versicherten der Arbeitgeber oder sein Vertreter) und für die Ersatzkassen (ausschließlich Versichertenvertreter).

Bei der Unfallkasse des Bundes gehören den Selbstverwaltungsorganen Arbeitgebervertreter mit der gleichen Stimmenzahl wie die Vertreter der Versicherten an.

Bei den Trägern der gesetzlichen Renten- und der gesetzlichen Unfallversicherung haben wir eine zweistufige Selbstverwaltung: **Vertreterversammlung und Vorstand.**

Bei den Krankenkassen besteht die Selbstverwaltung aus einem **Verwaltungsrat**.

Die **Vertreterversammlung** ist sozusagen das Versichertenparlament. Sie ist das „rechtsetzende“ Organ. Sie ist zuständig für:

- Beschlüsse über die Satzung des Versicherungsträgers und über alle Vorschriften, die der Versicherungsträger nach den jeweiligen gesetzlichen Bestimmungen zu erlassen hat.
- In der Unfallversicherung sind dies beispielweise die Unfallverhütungsvorschriften und der Gehaltstarif, die Grundlage der Beitragsberechnung.
- In der Rentenversicherung sind es u.a. die Richtlinien über die Leistungen der medizinischen und der beruflichen Rehabilitation.
- Das Haushaltrecht; also die Feststellung des Haushaltsplanes vor Beginn und die Entlastung von Vorstand und Geschäftsführung nach Ablauf des Haushaltsjahres.
- Die Wahl des (ehrenamtlichen)Vorstandes und der hauptamtlichen Geschäftsführer.
- Die Berufung von Versichertenältesten oder Versichertenberaterinnen und Versichertenberater, die in der Rentenversicherung die Versicherten vor Ort in Fragen des Rentenrechts beraten und beim Ausfüllen von Reha- und Rentenanträgen unterstützen.
- Die Bestimmung der Widerspruchsstelle und deren Besetzung, d. h., die Widersprüche der Versicherten aber auch der Arbeitgeber werden von Selbstverwaltungsmitgliedern überprüft.

Der Vorstand hingegen ist die Regierung des Versicherungsträgers, die Exekutive:

- Der Vorstand – so das Gesetz – verwaltet den Versicherungsträger.
- Er vertritt den Versicherungsträger gerichtlich und außergerichtlich.
- Er erlässt die Richtlinien für die Führung der laufenden Verwaltungsgeschäfte, die dem Geschäftsführer oder der Geschäftsführung zugeordnet sind.

Bei den Krankenkassen sind die Selbstverwaltungsaufgaben auf den Verwaltungsrat konzentriert. Neben dem Satzungs- und dem Haushaltrecht sind ihm übertragen:

- Die Wahl der Mitglieder des hauptamtlichen Vorstandes und die Interessenvertretung der Kasse gegenüber dem Vorstand und dessen einzelnen Mitgliedern bis hin zur Amtsentbindung oder Amtsenthebung.
- Alle Entscheidungen zu treffen, die für die Krankenkasse von grundsätzlicher Bedeutung sind, wie zum Beispiel:
 - Die sozial- und kassenpolitischen Handlungsansätze und
 - die Leitlinien für den Vorstand über die Finanzpolitik, also zur Haushalts- und Beitragsentwicklung, über Wettbewerbsziele und Marketing, über Organisationsstruktur und Personalpolitik der Kasse.

Selbstverwaltung – ein Ehrenamt

Rechtsgrundlage ist auch hier das Sozialgesetzbuch IV (§ 40 SGB IV). Dort heißt es u.a.: „Die Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane sowie die Versichertenältesten und die Vertrauenspersonen üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus. Stellvertreter haben für die Zeit, in der sie die Mitglieder vertreten oder andere ihnen übertragene Aufgaben wahrnehmen, die Rechte und Pflichten eines Mitglieds. ...“



„Niemand darf in der Übernahme oder Ausübung eines Ehrenamtes behindert oder wegen der Übernahme oder Ausübung eines solchen Amtes benachteiligt werden.“

ver.di zum Ehrenamt:

Nach dem Sozialgesetzbuch üben die Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane ihre Tätigkeiten in Vertreterversammlung, Vorstand oder Verwaltungsrat der Sozialversicherungsträger ehrenamtlich aus.

Die Fahrtkosten, die Auslagen für Übernachtung und für Verpflegungsmehraufwand werden entsprechend der steuerlichen Bestimmungen vom Versicherungsträger ersetzt. Er kommt auch für einen eventuellen Verdienstaufschlag auf.

Für den Zeitaufwand, der mit der Sitzungsvorbereitung verbunden ist, erhält das Selbstverwaltungsmitglied eine „Zeitaufwandspauschale“, gestuft nach Größe des Trägers bis zu 52 Euro pro Sitzungstag – reich kann man davon nicht werden, es ist in der Tat ein Ehrenamt. Ein Ehrenamt allerdings, bei dessen Ausübung man nicht behindert werden darf. Das hat der Gesetzgeber mit deutlichen Geldbußen abgesichert.

Nach der Wahl wird ver.di ihren Organmitgliedern für die X. Amtsperiode und den ver.di- Mitgliedern im Ehrenamt eines BfA-Versichertenberaters/einer BfA-Versichertenberaterin sowie ihren Versichertenältesten noch gesonderte Informationen zum Thema Zahlungen an ehrenamtlich Tätige zukommen lassen. (W.H.)

C. Teilhabepolitik und Schwerbehindertenvertretungen

Am 01. Mai 2004 trat das „Gesetz zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen“ in Kraft. Damit wurde das Sozialgesetzbuch Neun (SGB IX) nach drei Jahren Praxis an vielen Stellen verändert. Ob sich die Lage behinderter und schwerbehinderter Frauen und Männer auf dem Arbeitsmarkt durch die gesetzlichen Änderungen verbessert, hierüber hat die Bundesregierung bis zum 30. Juni 2005 einen Bericht zu erstatten.

Für uns stellen sich in diesem Zusammenhang weitere Fragen:

- Wie hat sich der Reformprozess bis heute entwickelt?
- Welche Instrumente und Ansatzpunkte der betrieblichen Integration und Teilhabe gibt es?
- Welche Veränderungen wurden vorgenommen?
- Wie sind diese insgesamt zu beurteilen?

Um den Reformprozess des SGB IX besser einschätzen, den Sinn und Zweck wesentlicher Instrumente der betrieblichen Integration und Teilhabe besser verstehen und bewerten zu können, hat der Bereich Sozialpolitik / Schwerbehindertenvertretungen und Teilhabepolitik ein Kurzgutachten in Auftrag gegeben.

Dieses Kurzgutachten steht jetzt als handliche Broschüre zur Verfügung. Nachfolgend einige Auszüge und Anregungen:



Zur Einführung

„Das SGB IX verfolgt ganz allgemein das Ziel, die Selbstbestimmung behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen sowie ihre gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und der Arbeitswelt zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken.“

Im Folgenden wird die Entstehungsgeschichte des SGB IX nachgezeichnet, sodann wird dargestellt, inwiefern Integrationsvereinbarungen (§ 83 SGB IX) sowie präventive Maßnahmen (§ 84 SGB IX) geeignet sind, die betriebliche Teilhabe zu fördern.“

Zunächst wird die Entwicklung des SGB IX beschrieben und die damit verbundenen Zielsetzungen benannt, erläutert und bewertet. Dann wird der Frage nachgegangen, ob es durch das SGB IX gelungen ist, schwerbehinderte Menschen besser – insbesondere in die betriebliche Praxis – zu integrieren.

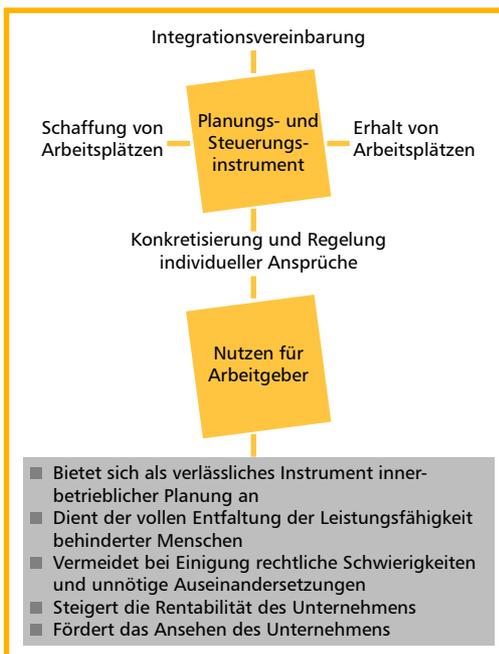


Zur Erläuterung

„Die Servicestellen sind zwar fristgerecht flächendeckend errichtet, der erhoffte Grad an Integration und Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger ist jedoch vielerorts nicht erreicht worden. So beteiligen sich insbesondere die Agenturen für Arbeit und die Sozialhilfeträger kaum an den neuen Strukturen. Die beschriebene Pflicht zur Zusammenarbeit wird oftmals nicht realisiert. Reha-Leistungen haben in der Praxis oftmals nicht den Vorrang vor krankheitsbedingter Kündigung. Betroffene nehmen aus verschiedenen Gründen Hilfen nicht oder zu spät in Anspruch. Ein wichtiger und zukunftsweisender Schwerpunkt des SGB IX liegt in der Prävention (§ 84), die mit Hilfe des Instruments der Integrationsvereinbarung besonders effektiv umgesetzt werden kann.“

Erkennbar wird, dass eine abschließende Beurteilung der sozialgesetzlichen Ziele des SGB IX nach drei Jahren noch nicht möglich ist. Deutlich wird auch, dass es großer Beharrlichkeit und kontinuierlichem Engagement der unterschiedlichen Akteure bedarf, um die positiven Ansätze im SGB IX umzusetzen.

Insbesondere auf der betrieblichen Ebene müssen die Instrumente zur betrieblichen Teilhabe und Integration von der Schwerbehindertenvertretung und dem Betriebs- oder Personalrat – aber auch von den Arbeitgebern – stärker als bisher genutzt werden. Als Instrument kann hierbei die Erarbeitung einer verbindlichen Integrationsvereinbarung dienen.



Zum Verständnis

„Die Integrationsvereinbarung kann ein wichtiges Instrument zur Gewährleistung und Verbesserung betrieblicher Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben sein. Sie bietet eine Chance, die Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben zu ermöglichen bzw. zu sichern und zu fördern. Ihre Stärke kann die Planungs- und Steuerungsfunktion für die betriebliche Teilhabe sein. Sie dient vor allem der Konkretisierung und Regelung individueller Ansprüche.“

In Zukunft soll die betriebliche Prävention im Rahmen eines Eingliederungsmanagements eine größere Rolle bei der Beschäftigungsförderung und Beschäftigungssicherung spielen.



Zur neuen Schwerpunktsetzung

„Der Gesetzgeber hat erkannt, dass die Kündigungsprävention zu den wichtigsten Instrumenten des SGB IX gehört. Der Anwendungsbereich der Vorschrift ist daher nicht nur auf alle Beschäftigten erweitert worden. Auch setzt die Pflicht, geeignete Präventionsmaßnahmen zu erörtern, bereits nach sechs Wochen ununterbrochener oder wiederholter Arbeitsunfähigkeit ein. (...) Durch ein Präventionsverfahren wird für die Beschäftigten der Grundsatz konkretisiert, wonach die Kündigung nur das letzte Mittel (ultima ratio) sein darf.“

Das Bestellformular zu unserer neuen Broschüre finden Sie auf unserer Internetseite unter: www.schwerbehindertenvertretung.verdi.de
Der Preis pro Broschüre beträgt 1,30 € zzgl. Porto- und Versandkosten.

Sozialgesetzliche Zielsetzungen, Instrumente sowie die Rechtsänderungen im SGB IX (Stand Mai 2004) können in der neuen Broschüre nachgelesen werden.

Neben Anregungen, Tipps und Informationen enthält die Broschüre Argumentationshilfen für die Integrationsarbeit der betrieblichen Interessenvertretungen. Sie bietet mit ihrer klaren Struktur, ihren fortlaufenden Zusammenfassungen sowie Schaubildern einen guten Überblick über die Instrumente zur Umsetzung betrieblicher Teilhabe behinderter Menschen.

Zwei weitere Broschüren, die sich inhaltlich ergänzen:

1. Ein Tagungsband des Kooperationsprojektes „Teilhabe behinderter Menschen und betriebliche Praxis“: „Integrationsvereinbarungen – Zeit für ein erstes Fazit und Perspektiven“ (erschien Dezember 2004).
2. Eine Arbeitshilfe zum Thema „Betriebliche Prävention und Eingliederungsmanagement“ (erscheint voraussichtlich April 2005).

Erste Tagung des Projektes „Teilhabe behinderter Menschen und betriebliche Praxis“ und Veröffentlichung einer Tagungsdokumentation

„Integrationsvereinbarungen – Zeit für ein erstes Fazit und Perspektiven“ lautete der Titel der Veranstaltung, die am 9. September 2004 im Hessischen Rundfunk in Frankfurt am Main stattgefunden hat. Diese erste Tagung des aus Mitteln der Ausgleichsabgabe geförderten Projekts „Teilhabe behinderter Menschen und betriebliche Praxis“, gemeinsam durchgeführt von IG Metall, ver.di und ISO-Institut, richtete sich vor allem an betriebliche Interessenvertretungen behinderter Menschen. Im Austausch mit Fachleuten wurden die Möglichkeiten und Grenzen von Integrationsvereinbarungen aufgezeigt und diskutiert.

Die Grundlage für die Diskussionen der Tagung lieferte eine Zusammenstellung aus Referaten und Beiträgen, die theoretische Einsichten, empirische Fakten und praxisbezogene Hilfestellungen anboten. Die Themenschwerpunkte zwischen Theorie und Praxis skizzieren den inhaltlichen Spannungsbogen der Tagung und der vorliegenden Dokumentation:

- Anspruch und rechtspolitische Bewertung von Integrationsvereinbarungen
- Erste Erfahrungen und Umsetzungsstand mit Integrationsvereinbarungen
- Umsetzung anhand von Beispielen aus der betrieblichen Praxis
- Neuregelungen in den §§ 83 und 84 SGB IX und Perspektiven für ein betriebliches Eingliederungsmanagement

Vor diesem Hintergrund fand im weiteren Verlauf der Tagung eine vertiefende Auseinandersetzung in drei Arbeitsgruppen statt, deren Ergebnisse ebenfalls in diesem Band dokumentiert werden.

Nach drei Jahren Praxis der Integrationsvereinbarung und aus den Diskussionen der Tagung lassen sich mehrere allgemeine Schlussfolgerungen ziehen:

1. Integrationsvereinbarungen haben sich bisher überwiegend in Großbetrieben, aber kaum in kleineren und mittelständischen Unternehmen durchgesetzt.
2. Die mangelnde rechtliche Erzwingbarkeit des Abschlusses von Integrationsvereinbarungen stellt in der Praxis ein Problem dar.
3. Für eine realistische Zielbestimmung und Umsetzung der Vereinbarungen sollte eine betriebliche Analyse des Integrations- und Rehabilitationsbedarfs vorgenommen werden.
4. Eine enge Zusammenarbeit zwischen Betriebs- bzw. Personalrat und Schwerbehindertenvertretung ist für den erfolgreichen Abschluss einer Integrationsvereinbarung und deren Umsetzung sehr wichtig.



5. Wichtige Voraussetzung für die erfolgreiche Verhandlung und Umsetzung der Integrationsvereinbarung ist die enge Zusammenarbeit innerhalb der betrieblichen Interessenvertretung.
6. Die eigentliche Arbeit beginnt vielfach erst nach Abschluss der Vereinbarung. Die Umsetzung der Regelungen gestaltet sich mitunter einfacher, wenn gleichzeitig mit der Vereinbarung „flankierende Absprachen“ getroffen werden (d.h. Zuständigkeiten geklärt, Zielvereinbarungen benannt und Umsetzungsstrategien geplant werden) und realistische Vorstellungen die Verhandlungsführung bestimmen.
7. Die wirtschaftliche Gesamtsituation bildet schließlich ein grundlegendes Problem, wenn es um die Festlegung von Regelungen zu Schutz und Förderung behinderter Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen geht.

Vor diesem Hintergrund sollte in der Zukunft das Profil von Integrationsvereinbarungen geschärft werden.

Neben der Darstellung der Regelungsgegenstände und ihrer Inhalte sind in erster Linie Handlungs- bzw. Umsetzungsstrategien gefragt. Hierzu ist eine angemessene Bedarfsanalyse unerlässlich. Denn sie bildet die Grundlage für realistische Zielsetzungen und eine an den betrieblichen Erfordernissen orientierte Umsetzung. Zu oft noch geben Integrationsvereinbarungen nur den Gesetzestext wieder. Daraus können sich Barrieren ergeben, die den Prozess der Umsetzung verzögern oder sogar insgesamt gefährden und in Frage stellen. In diesem Zusammenhang sollte das Instrument der Integrationsvereinbarung, mehr als dies bislang der Fall ist, Gegenstand von Schulungsveranstaltungen für betriebliche Interessenvertretungen werden. Gleichzeitig sollten auch die betrieblichen Vorgesetzten vermehrt mit dem Instrument der Integrationsvereinbarung vertraut gemacht werden.

Gelingt diese Feinarbeit, die Sensibilisierung für die Aufgaben und Anforderungen einer betrieblich angemessenen Integrationsarbeit, sollte mittelfristig auch der rechtliche Status von Integrationsvereinbarungen gestärkt werden. Zwar besteht eine Verpflichtung zum Abschluss einer Integrationsvereinbarung, doch besteht kein Mechanismus der gerichtlichen Geltendmachung. Unabhängig davon ist es zu jeder Zeit wichtig, für die Integration und den Abschluss entsprechender Vereinbarungen zu werben, Öffentlichkeitsarbeit zu betreiben und Überzeugungsarbeit zu leisten.

In diesem Rahmen ist es erforderlich, immer wieder den Nutzen von Vereinbarungen deutlich zu machen. Eine Integrationsvereinbarung

- bietet sich als ein verlässliches Instrument innerbetrieblicher Planung an;
- dient bei einer bedarfsorientierten Umsetzung der vollen Entfaltung der Leistungsfähigkeit behinderter Menschen;



- kann bei Einigung unnötige rechtliche Auseinandersetzungen vermeiden helfen;
- steigert die Rentabilität des Unternehmens und
- kann dessen Ansehen fördern

Nach dreijähriger Praxis ist noch viel – und mit Bedacht – zu tun. Denn „die Qualität von Integrationsvereinbarungen bemisst sich nicht am Umfang der Zielvereinbarungen, sondern an der Umsetzbarkeit und der für die Beschäftigten spürbaren Wirksamkeit“ (Fankhaenel im Tagungsband).

Hierzu veröffentlichte das Team des Kooperationsprojekts „Teilhabe behinderter Menschen und betriebliche Praxis“ eine Tagungsdokumentation.

Nähere Informationen zur Veröffentlichung und zu den Lieferbedingungen finden sich auf der Projektinternetseite www.teilhabepraxis.de sowie auf der ver.di-Internetseite unter: www.schwerbehindertenvertretung.verdi.de.

(C.D. und R.S.)



D. Alterssicherung

I. Gesetzliche Rentenversicherung

In den Sozialpolitischen Informationen Nr. 6 für das 2. Halbjahr 2004 haben wir einen Überblick über die aktuellen Reformmaßnahmen, insbesondere über die Auswirkungen des Nachhaltigkeitsfaktors auf das Renteniveau gegeben (Seite 34–42). Ebenfalls haben wir die ver.di-Position zu den aktuellen Reformmaßnahmen dargestellt.

Weitere Reformmaßnahmen sind derzeit (zumindest bis zum Ende der Legislaturperiode) nicht in Sicht. Nun steht die Umsetzung der Reformen an. Dazu gehört auch die Anpassung der Renten zum 1.7.2005. Da diese Anpassung noch nicht definitiv feststeht, können derzeit nur Vermutungen geäußert werden. Momentan ist eine Rentenanpassung nicht ersichtlich.

Informationen, insbesondere zu den neuen Möglichkeiten der betrieblichen Altersversorgung wird der Alterssicherungsbericht im 2. Halbjahr 2005 bringen.

Im folgenden erscheint es uns wichtig, auf die Auswirkungen des Bezuges von Arbeitslosengeld II (Alg II) auf die Rente, die rentenrechtliche Bewertung von Ausbildungszeiten sowie Zeitpunkt des Renteneintritts und Höhe der Rente hinzuweisen.

1. Mit Hartz IV in Rente

a. Arbeitslosengeld II als Pflichtbeitragszeit

Menschen, die ab 1.1.2005 Arbeitslosengeld II beziehen, sind grundsätzlich in der Gesetzlichen Rentenversicherung **pflicht**versichert. Dem Rentenkonto wird ein fiktives Entgelt von 400 € pro Monat gutgeschrieben. Die Beiträge zahlt der Bund.

Die Auswirkungen der **Pflichtbeiträge** wegen des Bezuges von Arbeitslosengeld II auf die Höhe der Rente sind sehr gering: Ein Jahr Bezug von Arbeitslosengeld II erhöht die monatliche Rente gerade mal um 4,26 € brutto. Allerdings öffnet die Versicherungspflicht aufgrund des Bezuges von Arbeitslosengeld II vielen erstmals die Tür zu einem Anspruch auf Rente oder auf Leistungen zur Teilhabe.

Alg II und Rente

Während beim Bezug von Alg I die von der BA getragenen und an den Rentenversicherungsträger übermittelten Beiträge 80 % der vor der Arbeitslosigkeit gezahlten Rentenversicherungsbeiträge betragen, ändert sich dies mit dem Bezug von Alg II ganz wesentlich zum Nachteil der Alg II-Bezieherinnen und -Bezieher. Die BA bezahlt und überweist dann unabhängig vom vor der Arbeitslosigkeit erzielten Entgelts nur noch Beiträge bemessen an einem Einkommen von 400 €.

Am Beispiel eines/einer Durchschnittsverdieners/in (ca. 30.000 €/Jahr) wird dies deutlich:



Um einen sachlichen und fachlichen Diskussionsprozess einzuleiten und zu fördern hat der Bereich Sozialpolitik im September

2003 eine umfassende und grundlegende Broschüre „Zukunft der Rente“ veröffentlicht, die im Bereich angefordert werden kann.

Zum Thema Alterssicherung und Frauen siehe unter A. IV. Sozialpolitik für Frauen und neuen Flyer zu „Frauen und ihre Alterssicherung“ unter II.



Viele Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer haben sich mit personellen Maßnahmen, die oftmals dem Personalabbau dienen, auseinander zu setzen. Fragen stellen sich wie: Abfindung, Beschäftigungsgesellschaft, Altersteilzeit – wie soll ich mich entscheiden – oder bleibe ich zu geänderten Bedingungen im Betrieb? Welche Auswirkungen hat meine Entscheidung?

Antworten und erste Entscheidungshilfen gibt unsere aktuelle Broschüre. Bestellvordruck beiliegend. Bestellinfo unter www.verdi.de/Sozialpolitik

Beiträge während der Erwerbstätigkeit

(z.Zt. 19,5 % hälftig getragen von ArbG und ArbN aus 30.000 €) ergibt auf dem Rentenkonto	1 Entgeltpunkt (EP)
Alg I-Bezug (BA trägt und überweist Beiträge)	0,8 EP
Alg II-Bezug	0,163 EP

An heutigen Werten gemessen ergibt dies einen monatlichen Rentenbetrag von

1 EP	26,13 € (West) und 22,97 € (Ost mit vorheriger Höherbewertung der EP um ca. 1,2)
0,8 EP	20,90 €
0,163 EP	4,26 €

Das bedeutet, dass der/die Durchschnittsverdiener/in für 1 Jahr im Alg II-Bezug 21,87 € weniger monatliche Rente hat. 10 Jahre im Alg II-Bezug führen so zu einer um etwa 220 € geringeren Monatsrente. Dabei darf nicht vergessen werden, dass für alle ab 1952 nicht schwerbehinderte Geborene das Rentenzugangsalter auf das 62. Lebensjahr angehoben wurde.

Bezieherinnen und Bezieher von Alg II, die 1948 und danach geboren sind, können ab dem Zeitpunkt ihren Anspruch auf Alg II verlieren, ab dem sie eine (auch geminderte) Altersrente beanspruchen können. Wenn die Rente an sich schon gering ist (z.B. wenn nach einer Scheidung die Rentenanwartschaften im Rahmen des Versorgungsausgleichs aufgeteilt wurden), kann ein – nicht eingeplanter – max. 18 %-iger Abschlag das Tor zur Altersarmut öffnen.

Eine Ausnahme gilt für diejenigen Alg II-Bezieherinnen und -Bezieher, die 1947 oder früher geboren sind.

b. Auswirkungen auf die Rentenversicherung

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Anspruch auf medizinische Leistungen zur Rehabilitation („Kuren“) haben Versicherte, die in den letzten zwei Jahren mindestens sechs Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen haben. Somit können viele Bezieher/innen von Arbeitslosengeld II spätestens ab dem 1. Juli 2005 eine solche Leistung bei ihrem Rentenversicherungsträger beantragen.

Voraussetzung für eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben („Umschulung“ / „Berufsförderung“) ist unter anderem die Erfüllung der Wartezeit (=Mindestversicherungszeit) von 15 Jahren. Der Bezug von Arbeitslosengeld II zählt hier mit auf die Wartezeit.

Renten wegen Erwerbsminderung

Anspruch auf Rente wegen Erwerbsminderung hat man u. a. wenn in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung mindestens 36 Monate mit Pflichtbeiträgen vorliegen. Zu den Pflichtbeiträgen gehört auch der Bezug von Alg II.

Altersrente

Der Bezug von Arbeitslosengeld II hat positive Auswirkungen auf den Anspruch auf Rente. So kann der Bezug von Arbeitslosengeld II helfen, die allgemeine Wartezeit (=Mindestversicherungszeit von 60 Kalendermonaten) zu erfüllen.

Beispiel: Erna E. hat sich die Beiträge anlässlich der Heirat 1961 auszahlen lassen. Sie hat drei Kinder geboren, die ihr mit 36 Kalendermonaten auf die allgemeine Wartezeit angerechnet werden. Einen Anspruch auf Auszahlung der Regelaltersrente hat sie nicht. Ihr fehlen 24 Kalendermonate. Sie bezieht seit 1980 durchgehend Sozialhilfe. Wenn Erna E. zwei Jahre lang Arbeitslosengeld II bezieht, hat sie mit 65 Jahren einen Anspruch auf Altersrente von rund 87 € brutto.

Der Bezug von Arbeitslosengeld II hilft auch, die besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen z. B. bei einer Altersrente für Frauen (mehr als zehn Jahre mit Pflichtbeiträgen ab dem 40. Geburtstag) zu erfüllen.

Renten wegen Todes

Der Bezug von Arbeitslosengeld II hilft, die allgemeine Wartezeit zu erfüllen, ohne die kein Anspruch auf Witwen-/Witwer-/Waisen- oder Erziehungsrente bestehen würde.

c. Ausgeschlossener Personenkreis

Nicht immer führt der Bezug von Arbeitslosengeld II zum Rentenanspruch. Ausgeschlossen sind Personen,

- die Alg II nur als Darlehen beziehen
- die Alg II nur nach § 23 Abs. 3 Satz 1 SGB II (Erstausstattung für die Wohnung, bei Schwangerschaften oder mehrtägigen Klassenfahrten) beziehen
- die nach § 2 Abs. 1a BaföG keinen Anspruch auf Ausbildungsförderung haben (Schüler im elterlichen Haushalt)
- deren Bedarf sich nach § 12 Abs. 1 Nr. 1 BaföG oder § 66 Abs. 1 SGB III bemisst.

d. Arbeitslosengeld II als Anrechnungszeit

Wer Arbeitslosengeld II nicht erhält, weil er selber oder sein Ehegatte o.ä. zu viel eigenes Vermögen bzw. Einkommen hat, erhält keine Pflichtbeitragszeit für sein Rentenkonto gutgeschrieben. Stattdessen wird eine Anrechnungszeit (§ 58 Nr. 3 SGB VI) gespeichert. Die Anrechnungszeit wird auf die Wartezeit von 35 Jahren angerechnet (Altersrente für schwerbehinderte Menschen ab 60 Jahren bzw. Altersrente für langjährig Versicherte ab 62 bzw. 63 Jahre).

Die Anrechnungszeit hilft auch als einen bereits bestehenden versicherungsrechtlichen Anspruch auf Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder Rente wegen Erwerbsminderung aufrechtzuerhalten. Hierbei darf die Lücke zwischen dem letzten Pflichtbeitrag (z. B. altes Arbeitslosengeld bzw. heutiges Arbeitslosengeld I) und dem Beginn der Anrechnungszeit nicht größer als ein Kalendermonat sein.

Wer heute schon weiß, dass er keinen Anspruch auf Arbeitslosengeld II haben wird, für den gilt: Auf jeden Fall den Antrag auf das Arbeitslosengeld II formell stellen! Wer den Antrag nicht stellt, bekommt trotz fehlender Bedürftigkeit keine Anrechnungszeit für das Rentenkonto gutgeschrieben.

Hintergrund: Nach dem Gesetzeswortlaut muss der Grund für das Nichtzahlen des Arbeitslosengeldes II die fehlende Bedürftigkeit und nicht der fehlende Antrag sein. Die fehlende Bedürftigkeit kann aber nur im Antragsverfahren festgestellt werden. In Einzelfällen sollen Mitarbeiter der Agentur für Arbeit von der Antragsstellung abgeraten haben, weil offensichtlich kein Anspruch auf Arbeitslosengeld II besteht. Hier gilt: Auf keinen Fall abwimmeln lassen und den Antrag formell stellen!

e. In Rente mit Abschlag gezwungen

Die Leistungen Arbeitslosengeld II ist nachrangig. Nach dem Motto „Hilf' dir selbst, bevor wir dir helfen“, muss der Hilfebedürftige alle anderen Leistungsansprüche von anderen Leistungsträgern ausschöpfen, bevor das Arbeitslosengeld II einsetzt. Das Sozialgesetzbuch II gibt den Agenturen für Arbeit ein mächtiges Werkzeug in die Hand. Im Gegensatz zu früheren Regelungen kann die Agentur für Arbeit den Bedürftigen in Rente mit Abschlag von bis zu 18% zwingen. Der Gesetz-

geber hat den Agenturen für Arbeit ein eigenes Antragsrecht einräumt (§ 5 Abs. 3 SGB II). Inwieweit die Agenturen für Arbeit davon Gebrauch machen werden, bleibt abzuwarten. Sicherlich werden alle, die trotz Rentenabschlag gleich viel oder mehr als Arbeitslosengeld II haben in den sauren Apfel beißen müssen und Altersrente mit Abschlag beantragen müssen. (D.S.)

2. Grundsätzliche Infos zu Renteneintritt, Altersteilzeit und Rentenhöhe

a. Inanspruchnahme einer Altersrente

Bereits seit der Rentenreform 1992 ist geltendes Recht, dass nach dem 31.12.1951 Geborene die „Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeit“, aber auch die „Altersrente für Frauen“ nicht mehr in Anspruch nehmen können. Diese Rentenarten entfallen für alle ab dem 1.1.1952 Geborenen.

aa. Altersteilzeit und Rente

Oftmals soll über die Altersteilzeit die Rente erreicht werden. Irrtümlich glauben viele, dass nach Altersteilzeit die „Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeit“ in Anspruch genommen werden **muss**. Das ist nicht der Fall! Die „Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeit“ ist nicht die einzige Rentenart, die nach Altersteilzeit zu einer Altersrente führt. Auch andere Altersrenten kommen in Betracht. Auf die Höhe der Rente hat die Art der in Anspruch genommenen Rente keinen unmittelbaren Einfluss. Es spielt im Hinblick auf die Rentenart auch keine Rolle, ob die letzten Erwerbsjahre in Teilzeit, Vollzeit oder Altersteilzeit verbracht werden. **Im Anschluss an Altersteilzeit kann auch eine andere Rentenart als die „Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeit“ in Anspruch genommen werden.**

Die Inanspruchnahme der Altersteilzeit muss so gestaltet werden, dass eine – auch geminderte – Altersrente direkt im Anschluss daran in Anspruch genommen werden kann. Das bedeutet, dass es sich erst dann um Altersteilzeit handelt, wenn von der Altersteilzeit ein Übergang in eine Rente möglich ist. Durch die sehr differenzierten rentenrechtlichen Regelungen der Rentenreform 1992, die erst heute ihre Wirkungen voll entfalten können, kann das Zusammenspiel von Altersteilzeit und Rentenrecht sehr verwirrend sein. Denn:

- Nach dem Altersteilzeitgesetz kann Altersteilzeit erst mit Vollendung des 55. Lebensjahres, also ab dem 55. Geburtstag begonnen werden.
- Eine Altersrente muss im Anschluss an die Altersteilzeit theoretisch möglich sein.
- Das Altersteilzeitgesetz ist bis Ende 2009 befristet, d.h. die Altersteilzeit muss tatsächlich bis 31.12.2009 begonnen werden.

Es empfiehlt sich deshalb, ausgehend vom Renteneintrittszeitpunkt, den maximalen (oder gewünschten) Zeitraum der Altersteilzeit rückzurechnen.

Beispiel: Im Betrieb ist max. eine 6-jährige Altersteilzeit möglich. Da Frau X. 1953 geboren ist, und frühestens mit 62 in Rente gehen kann, kann sie die Altersteilzeit mit 56 beginnen.

Schwerbehinderte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer haben hier keine Probleme, da sie weiterhin eine mit max. 10,8 % Abschlägen versehene „Rente für schwerbehinderte Menschen“ mit voll. 60. Lebensjahr in Anspruch nehmen können. Sie können also auch noch im Dezember 2009 (Jahrgang 1954) mit Vollend. des 55. Lebensjahr eine mind. 5-jährige bis zum 60. Lebensjahr oder eine max. 6-jährige Altersteilzeit bis zum 61. Lebensjahr (dann mit 7,2 % Abschlag) beginnen.

bb. Wer kann welche Rente in Anspruch nehmen?

Möglichkeiten der Inanspruchnahme einer Altersrente

Altersrentenart	Geburtsjahrgänge bis einschließlich 31.12.1951 Geborene Inanspruchnahme	Geburtsjahrgänge ab 1.1.1952 Geborene Inanspruchnahme
Regelaltersrente	möglich	möglich
Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeit	möglich	nicht mehr möglich
Altersrente für Frauen	möglich	nicht mehr möglich
Altersrente für langjährig Versicherte	möglich	möglich
Altersrente für Schwerbehinderte	möglich	möglich

Die Frage, welche Rentenart zur Verfügung steht, und damit die Frage, wann eine Rente erstmalig bezogen werden kann, hängt vom Geburtsjahrgang und dem Vorliegen der Voraussetzungen der jeweiligen Rente ab.

Eine weitere gesetzliche Neuerung betrifft die „Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeit“. Hier wurde der Rentenzugang, soweit kein Vertrauensschutz eingreift, durch das RV-Nachhaltigkeitsgesetz 2004 angehoben (siehe S. 61 unten).

Die folgenden Renten sind von der Neuregelung durch das RV-Nachhaltigkeitsgesetz nicht betroffen. Deshalb sollte geprüft werden, welche Rentenart in Anspruch genommen werden kann.

■ Regelaltersrente

Sie kann mit Vollendung des 65. Lebensjahres in Anspruch genommen werden, wenn die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren erfüllt ist. Die Wartezeit erfüllt in jedem Fall, wer fünf Jahre mit Rentenversicherungsbeiträgen vorweisen kann.

■ Altersrente für langjährig Versicherte

Diese Altersrente kann von bis zum 31.12.1947 Geborenen ab dem 63. Lebensjahr und von allen ab 1950 geborenen Versicherten ab dem 62. Lebensjahr in Anspruch genommen werden. Voraussetzung ist die Erfüllung einer rentenrechtlichen Wartezeit von 35 Jahren. Für die Jahrgänge 1948 und 1949 siehe Tabelle.

■ Altersrente für schwerbehinderte Menschen

Schwerbehinderte Menschen können abschlagsfrei ab dem vollendetem 63. Lebensjahr, mit Abschlägen ab dem vollendetem 60. Lebensjahr in Rente gehen, wenn sie bei Rentenbeginn als Schwerbehinderte im Sinne des § 2 Abs. 2 SGB IX mit einem Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50 anerkannt sind und die rentenrechtliche Wartezeit von 35 Jahren erfüllen.

Für schwerbehinderte Menschen, die bis zum 16.11.1950 geboren sind, und am 16.11.2000

Wartezeit:

Wartezeit ist die erforderliche Mindestversicherungszeit für einen Rentenanspruch. Bei der Wartezeit von 35 Jahren zählen außer den Zeiten, für die Beiträge gezahlt wurden, auch alle anderen Zeiten mit:

Z.B.: Berücksichtigungszeit wegen Kindererziehung bis zum 10. Lebensjahr des Kindes, Berufsausbildungszeiten, Zeiten einer schulischen Ausbildung bis zu 8 Jahren.

schwerbehindert, berufs- oder erwerbsunfähig waren, gibt es einen besonderen Vertrauensschutzbestand: Sie können noch abschlagsfrei mit 60 in Rente gehen.

■ Altersrente für Frauen

Diese Rentenart können Frauen, die vor dem 1.1.1952 geboren sind und nach Vollendung des 40. Lebensjahres mehr als 10 Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit vorweisen können sowie 15 Jahre Wartezeit erfüllen, ab dem 60. Lebensjahr (mit einem Abschlag von maximal 18%) in Anspruch nehmen. Für Frauen, die nach dem 31.12.1951 geboren worden sind, ist diese Rentenart bereits nach geltendem Recht nicht mehr vorgesehen.

Beispiel: Eine schwerbehinderte Frau, geboren im April 1951, die seit ihrem 20. Lebensjahr durchgängig sozialversicherungspflichtig teilzeit- und vollzeitbeschäftigt ist, und ab dem 55. Lebensjahr in Altersteilzeit arbeitet, fragt, wann sie in Rente gehen kann.

Sie erfüllt die Voraussetzungen für folgende Altersrenten:

- Regelaltersrente mit vollendetem 65. Lebensjahr – Renteneintritt wäre der 1.5.2016;
- Altersrente für Frauen frühestens mit vollendetem 60. Lebensjahr und max. 18 % Abschlag – Renteneintritt wäre der 1.5.2011;
- Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeit frühestens mit vollendetem 60. Lebensjahr und max. 18 % Abschlag – Renteneintritt wäre der 1.5.2011;
- Altersrente für schwerbehinderte Menschen abschlagsfrei mit vollendetem 63. Lebensjahr – Renteneintritt wäre der 1.5.2014; mit vollendetem 60. Lebensjahr, also 3 Jahre früher mit einem max. Abschlag von 10,8 % zum 1.5.2011;
- Altersrente für langjährige Versicherte mit Vollendung des 62. Lebensjahres und einem max. Abschlag von 10,8 % – Renteneintritt wäre der 1.5.2013.

Sie erfüllt die Voraussetzungen für alle genannten Altersrentenarten, kann also wählen, welche Rentenart sie in Anspruch nehmen will. Dass sie die letzten Erwerbsjahre in Altersteilzeit verbringt, ist nicht relevant. Nur wenn sie die „Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeit“ in Anspruch nehmen will, muss sie die entsprechenden Voraussetzungen erfüllen, also z.B. 24 Monate Altersteilzeit ausgeübt haben (eine Vereinbarung über Altersteilzeit mit vollständiger Freistellung auch in der Arbeitsphase reicht nicht aus; siehe Entscheidung des Bundesarbeitsgerichts vom 10.2.2004, Az: 9 AZR 401/02). Will sie so früh wie möglich mit dem geringst möglichen Abschlag in Rente, kann sie die Altersrente für Schwerbehinderte abschlagsfrei mit vollendetem 63. Lebensjahr, also ab 1.5.2014 in Anspruch nehmen. Ist für sie der Abschlag nicht maßgeblich und möchte sie nur so schnell als möglich eine Rente beziehen, kann sie am 1.5.2011 mit vollendetem 60. Lebensjahr in eine um 10,8 % geminderte Altersrente für schwerbehinderte Menschen eintreten.

Beispielsvariante 1: Sie ist nicht schwerbehindert, die sonstigen Daten sind aber gleich. Diese Frau könnte die oben dargestellten Altersrentenarten mit Ausnahme der Altersrente für Schwerbehinderte in Anspruch nehmen, frühestens mit vollendetem 60. Lebensjahr ab dem 01.05.2011 mit einem max. Abschlag von 18 %, abschlagsfrei mit vollendetem 65. Lebensjahr ab 1.5.2016.

Beispielsvariante 2: Gleiche Daten wie in Variante 1, nur jetzt ist sie ein Jahr später, im April 1952, geboren. Sie kann die Altersrente für Frauen und die Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeit nicht mehr in Anspruch nehmen. Es verbleibt nur noch die Möglichkeit der Inanspruchnahme der Altersrente für langjährige Versicherte und die Regelaltersrente. Da-

mit kann sie frühestens mit Vollendung des 62. Lebensjahres, also zum 1.5.2014 mit einer um 10,8 % geminderten Rente, oder mit Vollendung des 65. Lebensjahres, also zum 1.5.2017, abschlagsfrei eine Altersrente beziehen.

Wer nach Altersteilzeit in Rente gehen will, sollte sich daher in jedem Fall von seinem Rentenversicherungsträger beraten lassen, welche anderen Rentenarten neben der Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeit noch in Betracht kommen. Der Rentenversicherungsträger kann auch genau Auskunft darüber geben, ob der oder die Betreffende die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen, insbesondere die Wartezeiten für den Bezug einer bestimmten Rentenart erfüllt.

cc. „Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeit“

Das RV-Nachhaltigkeitsgesetz vom 26.7.2004 (BGBl. 2004, I. 1791) sieht in Artikel 10, Ziff. 45, § 237 Abs. 5 SGB VI vor, dass die Altersgrenze für die frühestmögliche Inanspruchnahme einer „Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeit“ von bisher 60 Jahren ab 2006 in monatlichen Stufen von je einem Monat auf 63 Jahre angehoben werden soll (siehe Tabelle). Betroffen sind die Geburtsjahrgänge 1946 bis 1951.

Geburtsmonat	Renteneintritt	Geburtsmonat	Renteneintritt	Geburtsmonat	Renteneintritt
Januar 1946	60 J. 1 Monat	Januar 1947	61 J. 1 Monat	Januar 1948	62 J. 1 Monat
Februar 1946	60 J. 2 Monate	Februar 1947	61 J. 2 Monate	Februar 1948	62 J. 2 Monate
März 1946	60 J. 3 Monate	März 1947	61 J. 3 Monate	März 1948	62 J. 3 Monate
April 1946	60 J. 4 Monate	April 1947	61 J. 4 Monate	April 1948	62 J. 4 Monate
Mai 1946	60 J. 5 Monate	Mai 1947	61 J. 5 Monate	Mai 1948	62 J. 5 Monate
Juni 1946	60 J. 6 Monate	Juni 1947	61 J. 6 Monate	Juni 1948	62 J. 6 Monate
Juli 1946	60 J. 7 Monate	Juli 1947	61 J. 7 Monate	Juli 1948	62 J. 7 Monate
August 1946	60 J. 8 Monate	August 1947	61 J. 8 Monate	August 1948	62 J. 8 Monate
September 1946	60 J. 9 Monate	September 1947	61 J. 9 Monate	September 1948	62 J. 9 Monate
Oktober 1946	60 J. 10 Monate	Oktober 1947	61 J. 10 Monate	Oktober 1948	62 J. 10 Monate
November 1946	60 J. 11 Monate	November 1947	61 J. 11 Monate	November 1948	62 J. 11 Monate
Dezember 1946	61 J.	Dezember 1947	62 J.	Dezember 1948, 1949 bis 1951	63 J.

Keine Änderungen zum bisherigen Recht ergeben sich für vor 1946 Geborene. Diese können die „Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeit“ weiterhin ab dem 60. Lebensjahr in Anspruch nehmen, wenn auch mit einem Abschlag von bis zu 18% (der sich für jeden Monat der späteren Inanspruchnahme um 0,3% vermindert). (siehe dazu auch Rentenabschlagstabelle – S. 61)

Das Gleiche, also die Möglichkeit der Inanspruchnahme dieser Rente frühestens mit dem vollendeten 60. Lebensjahr, gilt für Versicherte, denen das RV-Nachhaltigkeitsgesetz Vertrauensschutz zubilligt. Die Vertrauensschutztatbestände sind in § 237 Abs. 5 SGB VI normiert.

Die Vertrauensschutztatbestände des § 237 Abs. 5 SGB VI

Vertrauensschutz genießen alle im Zeitraum 1946–1951 Geborenen mit der Folge, dass die vorgenannte Anhebung in Monatsschritten auf das 63. Lebensjahr nicht zum Tragen kommt und sie mit vollendetem 60. Lebensjahr diese Rentenart mit Abschlägen beanspruchen können.

- die am 1.1.2004 arbeitslos waren,
- deren Arbeitsverhältnis auf Grund einer Kündigung oder Vereinbarung, die vor dem 1.1.2004

erfolgt ist, nach dem 31.12.2003 beendet worden ist, wobei eine Veränderung des Zeitpunktes der Beendigung der Beschäftigung nach dem 31.12.2003 unschädlich ist (Vertrauensschutz besteht auch, wenn das Arbeitsverhältnis aufgrund einer Kündigung oder Vereinbarung beendet worden ist, die erst nach dem 31.12.2003 erfolgte, aber vor dem 1.1.2004 mündlich angekündigt wurde (Beweisanforderung),

- die vor dem 1.1.2004 einen befristeten Arbeitsvertrag abgeschlossen haben, wobei die Befristung auf einen Zeitpunkt nach dem 31.12.2003 wirkt (Vertrauensschutz gilt auch für Versicherte, die nahtlos von einer Beschäftigungsgesellschaft übernommen wurden, wenn mit ihnen vor dem 01.01.2004 ein befristeter Arbeitsvertrag geschlossen wurde und das Arbeitsverhältnis aufgrund der Befristung nach dem 31.12.2003 geendet hat),
- die eine befristete arbeitsmarktpolitische Maßnahme vor dem 1.1.2004 bewilligt erhielten, die nach dem 31.12.2004 endet (z.B. Existenzgründungszuschuss nach § 421I SGB III, § 237 Abs. 5 Satz 1 Nr. 2 SGB VI ist hier weit auszulegen: er gilt auch für Personen, die am 01.01.2004 Überbrückungsgeld (§ 57 SGB III) oder Entgeltsicherung für ältere Arbeitnehmer (§ 421j SGB III) bezogen haben. Diese Maßnahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik zielen darauf ab, Arbeitslosigkeit zu vermeiden oder geförderte Arbeitslose möglichst dauerhaft in eine reguläre Erwerbstätigkeit zu bringen.),
- deren Arbeitsverhältnis vor dem 1.1.2004 beendet wurde und Beschäftigungslosigkeit im Sinne des § 118 Abs. 1 Nr. 1 SGB III am 1.1.2004 vorlag (z.B. Versicherte, die am 1.1.2004 bereits arbeitslos waren, die sich aber zum Stichtag noch nicht bei der Agentur für Arbeit arbeitslos gemeldet hatten)
- die vor dem 1.1.2004 Altersteilzeitarbeit im Sinne der §§ 2 und 3 Abs. 1 Nr. 1 ATG vereinbart hatten. Hier ist zu beachten:
 - ein verbindlicher Vertrag zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer wird vorausgesetzt; d.h. es muss eine konkret-individuelle Regelung über die Umwandlung des Arbeitsverhältnisses in ein Altersteilzeitarbeitsverhältnis vorliegen,
 - eine Vereinbarung, d.h. Antrag, Angebot oder Absichtserklärung reicht nicht aus (Ausnahme: Arbeitgeber kommt aus Zeitgründen nicht dazu, den Vertrag rechtzeitig auszuformulieren – Beweisanforderung!),
 - eine Rücktrittsklausel oder ein Widerrufsvorbehalt ist unschädlich. Nach Ausübung des Rücktrittsrechts entfällt der Vertrauensschutz. Wird nachträglich die Dauer der Altersteilzeit geändert, ändert sich am Vertrauensschutz nichts), oder
 - die Anpassungsgeld für entlassene Arbeitnehmer des Bergbaus bezogen haben. (Auf den Zeitpunkt des Bezugs dieser Leistung kommt es nicht an.)

Ein bestehender Vertrauensschutz wird durch die spätere Aufnahme eines Beschäftigungsverhältnisses oder den Eintritt in eine neue arbeitsmarktpolitische Maßnahme nicht berührt.

b. Abschläge

Abschläge sind der versicherungsmathematische Ausgleich dafür, dass die Rente früher und damit insgesamt gesehen länger in Anspruch genommen wird. Abschläge in der Gesetzlichen Rentenversicherung betragen 0,3 % pro Monat. Die gelten lebenslänglich und setzen sich bei einer Witwen-/Witwerrente fort.

Beispiel: Arbeitnehmerin, April 1951 geboren, geht mit vollendetem 60. Lebensjahr in Rente. Ihrer Renteninformation entnimmt sie, dass sie mit 65 eine Rente von rd. 1.000 € bekommen würde. Auf ihrem Rentenkonto sind dann, hochgerechnet mit dem jetzigen Verdienst, rd. 38

Entgeltpunkte (EP) vorhanden. In den letzten 5 Jahren erwirbt sie von ihrem jetzigen Verdienst ausgehend je Jahr 0,8 EP (also 4 EP für 5 Jahre) auf ihrem Rentenkonto.

Sie muss sich nun folgendes überlegen: Von den bis 65 hochgerechneten 38 EP muss sie 4 EP abziehen, die sie nicht erwerben kann, wenn sie mit 60 in Rente geht. Dazu kommt dann der Abschlag von 18 %. Das ergibt eine Bruttorente von rd. 730 €. Der Verlust aus nicht erworbenen EP und Abschlag zusammen ergibt in etwa eine Kürzung um 1/4 des Anspruchs.

Durchschnittliche Abschläge und durchschnittlicher Zahlbetrag bei

	durchschnittliche Abschläge in % der Rente		durchschnittlicher Zahlbetrag in €	
	Altersrente wegen Arbeitslosigkeit	Altersrente nach Altersteilzeit	Altersrente wegen Arbeitslosigkeit	Altersrente nach Altersteilzeit
2000	9,3	9,0	987	1.313
2001	11,7	8,5	993	1.320
2002	14,3	14,0	1.006	1.320
2003	14,1	14,4	990	1.298

Quelle: BfA, Veranstaltung 15.11.04

Rentenzugang nach Geburtsjahren

Altersrentenarten		Geburtsjahrgang							
		1945	1946	1947	1948	1949	1950	1951	1952 und später
Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeitarbeit	Altersgrenze für Rentenbeginn ohne Abschläge	65	65	65	65	65	65	65	
	Altersgrenze für frühest möglichen Rentenbeginn mit Abschlägen* und mit Vertrauensschutz nach dem RV-Nachh.G	60	60	60	60	60	60	60	Diese Rentenarten gibt es für alle ab dem 1.1.1952 Ge- borenen nicht mehr
	Anhebung nach dem RV-Nachh.G mit Abschlägen* ohne Vertrauensschutz	60	auf 61**	61 auf 62**	62 auf 63**	63	63	63	
Altersrente für Frauen	Altersgrenze für Rentenbeginn ohne Abschläge	65	65	65	65	65	65	65	
Altersrente für Schwerbehinderte	Altersgrenze für Rentenbeginn ohne Abschläge	60	60	60	60	60	60	60	
	Altersgrenze für frühest möglichen Rentenbeginn mit Abschlägen*	63	63	63	63	63	63	63	63
	Sondervertrauensschutz für Schwer- behinderte, die am 16.11.2000 das 50. Lebensjahr vollendet haben ohne Abschläge	60	60	60	60	60	60		Kein Sondervertrauensschutz mehr
Altersrente für langjährig Versicherte	Altersgrenze für Rentenbeginn ohne Abschläge	65	65	65	65	65	65	65	65
	Altersgrenze für frühest möglichen Rentenbeginn mit Abschlägen*	63 63	63 63	63 63	63 auf 62 1/2***	62 1/2 auf 62***	62	62	62
Regelaltersrente		65	65	65	65	65	65	65	65

* der Abschlag beträgt 0,3 % pro Monat des vorzeitigen Rentenbeginns

** Anhebung erfolgt in monatlichen Schritten

*** Anhebung erfolgt in 2-Monats-Schritten

Anmerkung: die „alten“ Vertrauensschutztatbestände für Versicherte, die vor dem 1.1.1942 geboren sind, bleiben außer Betracht.

c. Wie hoch ist meine Rente?

Die meisten gesetzlich Versicherten haben zwischenzeitlich eine Renteninformation ihres Rentenversicherungsträgers erhalten und sind ratlos. Denn die dort hoch gerechneten Beträge scheinen eine mehr als auskömmliche Rente zu garantieren. Um die Entscheidung, mit welchem Alter Mann/Frau sich den Ausstieg aus dem Erwerbsleben (z.B. über Altersteilzeit, siehe oben 2.a.aa.) leisten kann, realitätsgerecht treffen zu können, empfiehlt sich folgende – vereinfachte – Überlegung:¹

Beispiel: Frau Muster, 50 Jahre alt, Durchschnittsverdienerin in den alten Bundesländern, hat bis heute bereits 25 Entgeltpunkte erworben.

Die Renteninformation gibt den derzeitigen Stand in Entgeltpunkten wieder. Im Beispielsfall 25 Entgeltpunkte (EP). Frau Muster verdient durchschnittlich, also ca. 30.000 € im Jahr und erhält für ihre Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung pro Jahr 1 Entgeltpunkt. Dies macht bis zum 62. Lebensjahr noch 12 EP, also gesamt 37 EP. Geht sie mit 62 in die „Altersrente für langjährig Versicherte“ muss sie einen Abschlag von 10,8 % in Kauf nehmen. Dies macht bei 37 EP knapp 3,7 EP. Damit bleiben ihr etwa 33,3 EP. Mit dem heutigen aktuellen Rentenwert von 26,13 €/pro EP (West)² multipliziert, ergibt dies eine Rente – nach heutigen Werten – von 870 €. Würde sie mit 65 Jahren in Rente gehen, betrüge die Rente – nach heutigen Werten – 967,00 €.

Diese überschlägigen Berechnungen sollten z.B. bei der Überlegung, ob ein Altersteilzeit-Arbeitsvertrag in Frage kommt, der einen Ausstieg vor dem 65. Lebensjahr ermöglicht, angestellt werden, um zum Zeitpunkt des Renteneintritts ein „böses Erwachen“ zu vermeiden.

Renten aus der GRV sind **beitragsbezogen**, d.h. sie errechnen sich aus den Beträgen, die im Laufe eines Erwerbslebens verarbeitet werden. Vielfach besteht der Irrglaube, es gäbe im deutschen gesetzlichen Rentensystem eine „Mindestrente“ oder eine „Maximalrente“ – etwa nach 45 Jahren der Beitragszahlung. Beides ist falsch!

Richtig ist:

Jeder Beitrag, den Arbeitnehmer und Arbeitgeber je zur Hälfte zahlen, erhöht die Rente nach folgendem ganz allgemein dargestellten System:

Wer (in 2005) 19,5 % RV-Beitrag (je 9,75 % ArbN und ArbG) von seinem Bruttoarbeitsentgelt (bis zur BBG (West) 5.150 €) bezahlt, erhält dafür auf seinem Rentenkonto Entgeltpunkte (EP). Für Beiträge aus dem Durchschnittsentgelt (vorläufig 29.569,00 € in 2005) gibt es 1 EP. Bezieht jemand ca. 15.000 € Bruttojahresentgelt bekommt er/sie ca. 0,5 EP, verdient jemand 44.000 € Jahresbrutto, bekommt er/sie ca. 1,5 EP. Die EP werden bis auf 4 Stellen hinter dem Komma errechnet.

¹ Die Renteninformation geht von einem Ausstieg aus dem Erwerbsleben mit vollendetem 65. Lebensjahr aus. Erfolgt der Ausstieg z.B. mit dem vollendeten 60. Lebensjahr, muss nicht nur ein Abschlag von – in der Regel 18 % abgezogen, sondern auch die nicht erworbenen Entgeltpunkte zwischen dem 60. und 65. Lebensjahr berücksichtigt werden.

² Die aktuellen Rentenwerte sind unter A.II.5 abgedruckt. Da die künftigen Rentenanpassungen durch den mit dem RV-Nachhaltigkeitsgesetz eingeführten Nachhaltigkeitsfaktor künftig geringer als die Inflationsrate sein wird, nimmt die Rente tendenziell ab.

Kindererziehungszeiten, Ausbildungszeiten und sonstige rentenrechtliche Zeiten werden nach dem im Zeitpunkt des Renteneintritts geltenden Recht berücksichtigt.

Am Ende des Erwerbslebens werden die EP zusammengerechnet und eine persönliche EP-Zahl gebildet. Für Kinder, die nach 1992 geboren wurden, gibt es 3 Jahre lang pro Jahr 1 EP, das bedeutet eine monatliche Rentensteigerung pro Kind von rund 75 €. So kann ganz grob jede/r seine Rente überschlagen.

Für jeden EP gibt es zur Zeit 26,13 € im Westen und 22,97 € im Osten monatliche Rente. (siehe dazu A.II.5. Aktuelle Rentenwerte) (J.K.)

Hinweis:

Die Renteninformation verschweigt Lücken im Rentenkonto und kann deshalb die Versicherten in falscher Sicherheit wiegen!

Denn: Die Renteninformation wird aus dem aktuellen Rentenkonto erstellt. Ist das Rentenkonto lückenhaft oder falsch, ist die hieraus resultierende Renteninformation auch falsch.

Hier sollte Mann/Frau auf Nummer Sicher gehen, um bei der späteren Rentenberechnung keine böse Überraschung zu erleben. Von seinem Rentenversicherungsträger fordert man statt einer *Renteninformation* besser einen „Versicherungsverlauf mit Anträgen zur Kontenklärung“ (§ 7 VKVV) an. Hat das Rentenkonto Lücken, so werden diese schon auf dem Anschreiben ausgeworfen und man kann entsprechende Ergänzungen vornehmen (z. B. Schul-/Studienzeiten, Wehrdienst, Kindererziehung) oder Nachweise für Lücken vorlegen (Achtung: Aufbewahrungsfristen bei Arbeitgebern und der Agentur für Arbeit sind recht kurz!). Als Ergebnis des „Kontenklärungsverfahrens“ sollte man ausdrücklich eine *Rentenauskunft* mit Feststellungsbescheid (nicht verwechseln mit der Renteninformation) verlangen, da diese nur aus einem geklärten und vollständigen Rentenkonto erstellt wird. Die Rentenauskunft enthält ähnliche Informationen wie die Renteninformation, macht aber zusätzlich Angaben zu Hinterbliebenenrentenansprüche und Ansprüche auf die verschiedenen Altersrentenarten. (D.S.)

II. Betriebliche Altersversorgung und Riester-Rente

1. Sozialpolitische Diskussion

Zwischenzeitlich besteht weitgehende Einigkeit darüber, dass der gewohnte Lebensstandard in der Nacherwerbsphase nur dann erhalten werden kann, wenn zu der Rente aus der Gesetzlichen Rentenversicherung eine zusätzliche kapitalgedeckte Rente, am besten aus der betrieblichen Altersversorgung (bAV) und/oder eine Riester-Rente hinzukommt. Der für September 2005 angekündigte Alterssicherungsbericht wird darüber Auskunft geben.

Auch wenn die durch die Rentenreform 2001 verbesserten Rahmenbedingungen bei der bAV und die Einführung der Riester-Rente positive Resonanz in der Bevölkerung gefunden haben und die Zahl der Betriebs- und Riester-Renten angestiegen ist, lässt sich bereits heute feststellen, dass noch nicht genügend Vorsorge betrieben wird.

Insbesondere der Ruf der Riester-Rente ist schlechter, als sie es verdient. Gerade die staatliche Förderung der Riester-Rente würde vielen Teilzeitbeschäftigten, Erwerbstätigen mit Kindern, aber auch Personen, die arbeitslos oder in der Elternzeit sind, den Aufbau einer zusätzlichen Altersvorsorge sehr erleichtern. Ihr Ruf, sie sei zu kompliziert und bringe nichts, werden all diejenigen zurückweisen, die sich mit ihr vertraut gemacht haben.

In der sozialpolitischen Diskussion wird seit einiger Zeit über ein mögliches Obligatorium, d.h. die Verpflichtung, zusätzlich für das Alter vorzusorgen, diskutiert. Dazu ist in § 154 SGB VI festgeschrieben, dass die Bundesregierung den gesetzgebenden Körperschaften geeignete Maßnahmen vorschlagen soll, wenn sich zeigt, dass durch die Förderung der freiwilligen zusätzlichen Altersvorsorge eine ausreichende Verbreitung nicht erreicht werden kann.

Um die sozialpolitische Diskussion frühzeitig anzustoßen, hat der ver.di-Bereich Sozialpolitik/Gesundheitspolitik in Kooperation mit der sozialpolitischen Abteilung der IG Metall zu einem ersten Arbeitsgespräch unter Beteiligung des zuständigen Bundesministeriums und der Rentenversicherungsträger eingeladen. Neben der Diskussion um ein mögliches Obligatorium wird eine ver.di-Position zum Schicksal der derzeit noch sozialversicherungsfreien Entgeltumwandlung vorbereitet.

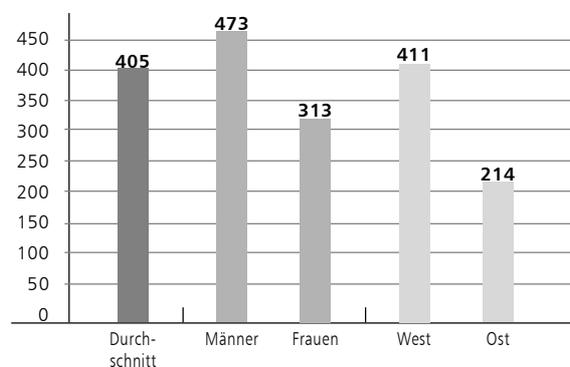
Das „strenge“ Obligatorium wird von ver.di u.a. aus zwei Gründen abgelehnt:

- für viele Geringverdiener/innen wäre ein obligatorischer Lohnabzug unzumutbar und
- die Pflicht zur Zusatzversorgung bestraft alle, die bereits anderweitig vorsorgen (z.B. Immobilien)

Als eine gute Alternative stellen sich Opting-out-Modelle in der



Monatliche Brutto-Betriebsrente im Jahr 2003 in €



Quelle: Auswertung des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP); alle Stichproben sind gewichtet; in die Auswertung sind nur Bezieher/innen einer monatlichen Betriebsrente einbezogen; Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) Berlin, 2004.

betrieblichen Altersvorsorge dar (vorgestellt von Johannes Leinert, basof, bei ver.di am 6.12.2004 in Berlin).

Die Grundidee von Opting-out-Modellen besteht darin, dass ein automatischer Einbezug in die betriebliche Altersversorgung (bAV) erfolgt, wenn der/die Arbeitnehmer/in nicht widerspricht. Dies könnte in Tarifverträgen, Betriebsvereinbarungen oder im Arbeitsvertrag geregelt werden.

Weitergehende Informationen können unter www.basof.de oder www.vorsorgestudien.de eingesehen werden. Siehe auch Artikel von Johannes Leinert in „Wirtschaftsdienst“ 2004, S. 98 ff.

2. Rechtsänderungen durch das Alterseinkünftegesetz

Mit dem Alterseinkünftegesetz wurden neben den steuerrechtlichen auch zahlreiche Regelungen im Betriebsrentenrecht sowie bei der Riester-Rente geändert.

a. Grundsätzliches

In Bezug auf die betriebliche Altersversorgung enthält das Alterseinkünftegesetz insbesondere folgende Neuregelungen:

Beiträge für eine Direktversicherung werden in die begrenzte Steuerfreiheit für kapitalgedeckte betriebliche Altersversorgung nach § 3 Nr. 63 EStG einbezogen. Die Neufassung des § 3 Nr. 63 EStG bewirkt auch die Beschränkung der Steuerfreiheit auf solche Versorgungszusagen, die eine Auszahlung der Versorgungsleistungen in Form einer lebenslangen monatlichen Rente oder eines Auszahlungsplans mit Restverrentung vorsehen, sowie den Wegfall der Begrenzung des Fördervolumens je Kalenderjahr bei Arbeitgeberwechsel. Er bietet die Möglichkeit, Abfindungszahlungen oder Wertguthaben aus Arbeitszeitkonten steuerfrei für den Aufbau einer kapitalgedeckten betrieblichen Altersversorgung zu nutzen.

Darüber hinaus wird die Pauschalbesteuerung nach § 40 b EStG für Beiträge, die zum Aufbau einer kapitalgedeckten betrieblichen Altersversorgung für eine Direktversicherung oder an eine Pensionskasse geleistet werden, aufgehoben. Die Pauschalbesteuerung kann weiterhin für Beiträge angewendet werden, die der Arbeitgeber aufgrund einer Versorgungszusage leistet, die vor dem 01.01.2005 erteilt wurde (Altfälle).

Weiterhin bestimmt § 3 Nr. 63 EStG, dass für Neufälle einer kapitalgedeckten betrieblichen Altersversorgung (Verträge nach dem 31.12.2004) zusätzlich zu dem bisherigen steuerfreien Höchstbetrag (4 % der BBG) ein fester Betrag in Höhe von 1.800 € gewährt wird. Diese Vorschrift dient als Ersatz für den Wegfall der bisherigen Pauschalbesteuerung nach § 40 b EStG. Der Betrag von 1.800 € ist – im Gegensatz zu dem Betrag in Höhe 4 % der BBG – nicht von Sozialversicherungsbeiträgen befreit. Somit wird der zusätzliche Betrag in Höhe von 1.800 € nachgelagert besteuert, ist aber sozialversicherungspflichtig (Auszug aus der Gesetzesbegründung: „... allerdings könne nicht zusätzlich eine Beitragsfreiheit vor dem Hintergrund der Liquiditätsprobleme der Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung gewährt werden. Außerdem nehme erst die Hälfte der Bevölkerung die Möglichkeit einer kapitalgedeckten betrieblichen Altersversorgung in Anspruch. Würde dieser Teil sozialversicherungspflichtig privilegiert, ginge dies zu Lasten der anderen Hälfte. Diese negative Umverteilungswirkung sei nicht erwünscht...“ BT-Drucksache 15/3004, Seite 9).

Aufwendungen nach § 3 Nr. 63 EStG		
Betrag	Sozialversicherung	Steuer
max. 4 % der BBG, z.Z. 2.472,00 €	z.Z. sozialversicherungsfrei (bis Ende 2008)	nachgelagert besteuert, d.h. in der Erwerbsphase steuerfrei, in der Rentenbezugsphase voll zu versteuern
1.800,00 €	sozialversicherungspflichtig	voll zu versteuern

Durch Anfügen eines neuen Absatzes 4 in § 1a Betriebsrentengesetz (BetrAVG) erfolgt eine Verbesserung der Möglichkeit, für Zeiten eines fortbestehenden Arbeitsverhältnisses ohne Entgeltbezug, also z.B. im Krankengeldbezug, Elternurlaub oder wenn eine Erwerbsminderungsrente nur befristet gewährt wurde, betrieblich vorzusorgen.

Absatz 4 lautet: „Falls der Arbeitnehmer bei fortbestehendem Arbeitsverhältnis kein Entgelt erhält, hat er das Recht, die Versicherung oder Versorgung mit eigenen Beiträgen fortzusetzen. Der Arbeitgeber steht auch für die Leistungen aus diesen Beiträgen ein. Die Regelungen über Entgeltumwandlung gelten entsprechend.“

b. Portabilität

Unter Portabilität wird die Mitnahmemöglichkeit erworbener Betriebsrentenanwartschaften bei einem Arbeitgeberwechsel verstanden. Die Portabilität wurde durch das Alterseinkünftegesetz wesentlich verbessert.

Unverfallbare Anwartschaften und laufende Leistungen können nun unter den Voraussetzungen des neuen § 4 BetrAVG übertragen werden. Unter **Übertragungswert** wird nach der gesetzlichen Definition „der Wert der vom Arbeitnehmer erworbenen unverfallbaren Anwartschaft auf betriebliche Altersversorgung“ verstanden. Wird die bAV in den Durchführungswegen Direktversicherung, Pensionskasse oder Pensionsfonds durchgeführt, entspricht der Übertragungswert dem gebildeten Kapital im Zeitpunkt der Übertragung.

Umstritten war, was unter „gebildetem Kapital“ zu verstehen ist. Das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung hat dies in einem Schreiben vom 14.12.2004 ausgelegt, das im Folgenden wiedergegeben wird:

„Intention des Gesetzgebers bei der Neuregelung der Portabilität ist es, dem einzelnen Beschäftigten bei einem Arbeitgeberwechsel die Mitnahme seiner beim ehemaligen Arbeitgeber erworbenen unverfallbaren Betriebsrentenanwartschaften problemlos zu ermöglichen. Vor diesem Hintergrund wurde geregelt, dass, soweit die betriebliche Altersversorgung über einen Pensionsfonds, eine Pensionskasse oder eine Direktversicherung durchgeführt worden ist, der Übertragungswert dem gebildeten Kapital im Zeitpunkt der Übertragung entspricht. In der Begründung des Gesetzes (Bundestags-Drucksache 15/2150 S. 53f.) wird der Begriff „gebildetes Kapital“ näher dargelegt. Danach ist von dem gesamten Wert des den Beschäftigten begünstigenden Vertrages auszugehen; Abzüge dürfen ausdrücklich nicht vorgenommen werden.

Differenziert nach Durchführungswegen bedeutet dies folgendes: soweit die betriebliche Altersversorgung über eine **Pensionskasse** oder eine **Direktversicherung** durchgeführt worden ist, ergibt sich das gebildete Kapital aus dem im Zeitpunkt der Übertragung vorhandenen Deckungskapital für die ohne Abzüge ermittelte Anwartschaft des Arbeitnehmers zuzüglich des Guthabens aus der verzinslichen Ansammlung und dem Anteil am Schlussüberschuss. Soweit die Berechnung des Deckungskapitals nicht zum Geschäftsplan gehört, entspricht das gebildete Kapital dem Zeitwert der Versicherung einschließlich der Überschuss- und Schlussüberschussanteile gemäß § 176 Abs. 3 Versicherungsvertragsgesetz ohne Abzüge. „Ohne Abzüge“ bedeutet, dass folgende Positionen nicht abgezogen werden dürfen:

- Ein Ausgleich für die risikomäßige Verschlechterung des Versicherungsbestandes,
- die mit der Stornierung und Übertragung verbundenen Verwaltungskosten,

Das BMGS hat unter

<http://www.bmgs.bund.de/deu/grathemen/rente/5619.cfm>

„Heute für morgen riestern“ Fragen und Antworten zu den Änderungen eingestellt.

- die noch nicht getilgten Abschlusskosten (wobei im Wege der Zillmerung gedeckte Abschlusskosten als bereits getilgt gelten).

Soweit die betriebliche Altersversorgung über einen **Pensionsfonds** durchgeführt worden ist und ein individuelles Konto für den Arbeitnehmer geführt wird, ist das gebildete Kapital das auf diesem Konto vorhandene Kapital, mindestens aber der Barwert der vom Pensionsfonds ggf. garantierten Leistung. Bei nicht vorhandenem individuellen Konto ist das gebildete Kapital der Barwert der vom Pensionsfonds ggf. garantierten Leistung; im Übrigen sind die Regelungen des Pensionsplans zu berücksichtigen. Darin können z.B. Regelungen getroffen werden, wonach das gebildete Kapital der Anteil des einzelnen Arbeitnehmers am gesamten für die Versorgungsanwärter gebildeten Kapitals ist, der dem Verhältnis des Barwerts seiner unverfallbaren Anwartschaften an der Summe der Barwerte aller Anwartschaften entspricht. Auch beim Pensionsfonds gilt, dass Abzüge nicht vorgenommen werden dürfen.

Bei der Übertragung von Anwartschaften im Rahmen von externen Durchführungswegen (Pensionsfonds, Pensionskasse, Direktversicherung) spielt das Thema „Zillmerung“ eine maßgebliche Rolle. „Zillmerung“ bedeutet, dass in den ersten Versicherungsjahren einer kapitalbildenden Lebensversicherung nicht nur der kalkulatorische Abschlusskostenzuschlag, sondern auch der Sparprämienanteil der Nettoprämie zur Finanzierung der Abschlusskosten herangezogen wird.

c. Riester-Rente

Die Koalitionsfraktionen haben durch eine Änderung des § 1 Altersvorsorgeverträge-Zertifizierungsgesetz (AltZertG) die verpflichtende Einführung von geschlechtsunabhängig berechneten Tarifen bei Altersvorsorgeverträgen (sog. **Unisex-Tarife**) ab dem Jahr 2006 umgesetzt.

Damit wurde eine politisch wichtige Forderung im Rahmen der Gleichbehandlung von Frauen endlich erfüllt. § 1 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 AltZertG schreibt nunmehr vor, dass ein Altersvorsorgevertrag im Sinne des Gesetzes nur vorliegt, wenn die sich aus den Beiträgen ergebende Leistung unabhängig vom Geschlecht berechnet wird. Die Einführung von Unisex-Tarifen betrifft neu zu zertifizierende Altersvorsorgeverträge. Das Gesetz sieht aber auch eine Widerrufsmöglichkeit für bereits vor dem 01.01.2006 zertifizierte und als Muster verwendete Al-

Was ist Unisex?

Die private Versicherungswirtschaft berechnet ihre Tarife getrennt nach dem Geschlecht. Frauen leben im Schnitt etwa 5 Jahre länger als Männer. Das bedeutet, dass bei Verrentung des gleich angesparten Betrages dies bei Frauen zu einer geringeren Rente, bei Männern zu einer höheren Rente führt. Anders ausgedrückt: der gleiche Betrag muss bei Frauen 5 Jahre länger reichen, d.h. er wird über 5 Jahre entsprechend gestreckt. Hierbei handelt es sich um getrenntgeschlechtliche Tarife.

Beispiel: Frau A und Herr B sparen beide inklusive Zinsen 50.000 € an. Würden sie sich das angesparte Kapital mit Rentenbeginn auszahlen lassen, würden beide je 50.000 € erhalten. Lassen sie sich den Betrag als lebenslange Rente auszahlen, erhält Frau A eine um etwa 11 – 14 % geringere Rente, dafür aber im Schnitt 5 Jahre länger als Herr B.

Unisex-Tarife dagegen sind Tarife, die nicht nach dem Geschlecht getrennt berechnet werden. Das bedeutet, auch wenn der gleiche Betrag angespart wurde, wird der gleiche Rentenbetrag für Frauen im Schnitt 5 Jahre länger gezahlt. Frauen und Männer erhalten so bei gleichen Einzahlungen die gleichen Auszahlungsbeträge. Das ist Unisex oder auch eine geschlechterunabhängige Berechnung der Tarife und Leistungen. In der Gesetzlichen Rentenversicherung gelten Unisex-Tarife.

Warum setzen wir uns für Unisex-Tarife ein?

Durch die Rentenreform 2001 und insbesondere das Altersvermögensgesetz AVmG verloren die zweite und dritte Säule der Alterssicherung, die betriebliche und private Alterssicherung, ihre Ergänzungsfunktion und wurden zu einem partiellen Substitut für die in ihrem Sicherungsniveau abgesenkte Gesetzliche Rentenversicherung auch durch finanzielle Förderung ausgebaut. Daher müssen auch hinsichtlich der Erfüllung der Ersatzfunktion die gleichen Grundsätze wie in der geschlechterunabhängig gestalteten Gesetzlichen Rentenversicherung gelten.

Im Sozialversicherungsrecht ist das Versicherungsprinzip nicht im Sinne eines strengen Äquivalenzprinzips angelegt, sondern muss um Aspekte des Sozialausgleichs ergänzt werden. Nur so können direkte staatliche Zuschüsse wie das Zulagensystem bei der Riester-Rente und steuer- und sozialversicherungsrechtliche Erleichterungen bei der betrieblichen Alterssicherung, der Eichel-Rente, gerechtfertigt werden.

Soweit betriebliche oder private Altersversorgung staatlich durch Zulagen oder steuer- und sozialversicherungsrechtliche Vergünstigungen (§§ 10a, 79 ff. EStG, § 1 AltZertG, § 3 Nr. 63 EStG) gefördert wird, müssen arbeitsrechtliche, verfassungsrechtliche und europarechtliche Vorgaben (§ 612 Abs. 3 BGB, Art. 3 Abs. 2 Satz 2 GG, Art. 141 Abs. 2 EG) und damit Unisex-Tarife eingehalten werden.

(Im Weiteren siehe die Untersuchung im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung „Riesterrente und Eichelförderung und geschlechtereinheitliche Tarife“ von Prof. Dr. Marita Körner vom April 2004)

tersvorsorgeverträge, bei denen die sich ergebenden Leistungen nicht auf Grund geschlechtsneutraler Tarife ermittelt werden, vor.

Unisex-Tarife gelten nur bei privaten Riester-Verträgen, nicht im Rahmen von Verträgen in der betrieblichen Altersversorgung. Also nicht bei „Riester im Betrieb“.

Im Rahmen privater Vorsorgeverträge wurde weiterhin eine vorvertragliche Informationspflicht des Anbieters über die Portfoliestruktur, das Risikopotenzial, die Anlagepolitik und darüber, ob und wie ethische, soziale und ökologische Belange bei der Verwendung der eingezahlten Beiträge berücksichtigt werden, eingeführt. Weiterhin gibt es nunmehr eine grundsätzliche Verpflichtung des Anbieters von Altersvorsorgeverträgen, bei der jährlichen Information des Vertragspartners über die Kapitalentwicklung mitzuteilen, ob und ggf. wie ethische, soziale und ökologische Belange bei der Kapitalanlage berücksichtigt wurden. Weiterhin wurden die Anforderungen für Altersvorsorgeverträge an die Renditeangabe durch Simulation denkbarer Marktentwicklungen mittels angenommener Zinssätze von 2,4 oder 6 % erhöht. Damit wurde der Verbraucherschutz durch erweiterte Informationspflichten des Anbieters verbessert. Daneben erfolgte eine Verringerung der Anzahl der Zertifizierungskriterien von 11 auf 5:

Es bleibt dabei, dass der Anbieter zusagen muss, dass zu Beginn der Auszahlungsphase zumindest die eingezahlten Altersvorsorgebeiträge für die Auszahlungsphase zur Verfügung stehen (Garantie der eingezahlten Beiträge). Davon ausgenommen sind 15 % der Gesamtbeiträge, sofern Beitragsanteile für eine Hinterbliebenensicherung oder eine Absicherung der verminderten Erwerbsfähigkeit oder der Dienstunfähigkeit verwendet worden sind. Die bisher schon im Wege der Gesetzesauslegung zugelassene Teilkapitalauszahlung als Einmalauszahlung zu Beginn der Auszahlungsphase bzw. nach dem Beginn der Auszahlungsphase in variablen Teilraten bleibt weiterhin zulässig. Sie wird jedoch auf insgesamt 30 % des zu Auszahlungsbeginn vorhandenen Kapitals erweitert. 12 Monatsleistungen können in einer Auszahlung zusammengefasst werden. Darüber hinaus verkürzt sich der Zeitraum, über den eine Verteilung der in Ansatz gebrachten Abschluss- und Betriebskosten vorgesehen ist, auf 5 Jahre. Dies bedeutet eine Erleichterung für den Vertrieb privater Vorsorgeverträge.

Der im Rahmen der Riester-Rente festgeschriebene Mindesteigenbeitrag (§ 86 Absatz 1 Satz 4 EStG) wurde auf einen Betrag in Höhe von 60 € ab 2005 vereinheitlicht.

Weiterhin wurde das Zulageverfahren für die Riester-Rente durch die Einführung der Möglichkeit, dem Anbieter eine schriftliche Bevollmächtigung zu erteilen (§ 89 EstG) vereinfacht. Dadurch entfällt beim Anbieter die jährliche Übersendung eines Antragsformulars an den Zulageberechtigten sowie nach Rücksendung des Zulageantrages dessen datenmäßige Verarbeitung, beim Anleger der jährliche Zulageantrag. Er ist nur verpflichtet, Änderungen, die sich auf den Zulagenanspruch auswirken, dem Arbeitgeber mitzuteilen, bei der zentralen Stelle die nachträgliche Überprüfung und ggf. Änderung der ausbezahlten Zulage. (J.K.)

Sterbetafeln

Sterbetafeln dienen der Versicherungswirtschaft, die voraussichtliche Laufzeit von Renten zu berechnen. Dazu wird regelmäßig die „Sterblichkeitsentwicklung“ untersucht.

Da wir immer länger leben, müssen z.B. auch Renten immer länger gezahlt werden. Deshalb werden Tarife bzw. Ablaufleistungen im Laufe der Jahre (bei neuen Verträgen) angepasst. Die „Sterblichkeitsreduktion“ und die damit einhergehende Steigerung der rechnerischen Lebenserwartung zeigt folgende Übersicht:

Restliche Lebenserwartung im Alter 65	DAV* 1994 R	DAV 2004 R
Männer im Jahr 2004	21 Jahre	24 Jahre
Männer im Jahr 2040	24 Jahre	30 Jahre
Frauen im Jahr 2004	25 Jahre	27 Jahre
Frauen im Jahr 2040	28 Jahre	34 Jahre

*DAV = Deutsche Aktuarvereinigung; Die Deutsche Aktuarvereinigung arbeitet die DAV-Sterbetafel R für Rentenversicherungen aus. Die DAV-Sterbetafel 2004 R wurde am 16.6.2004 in Köln den verantwortlichen Aktuaren vorgestellt.

3. Übersicht über die Besteuerung der betrieblichen Altersversorgung (bAV)

Lohnsteuerliche Behandlung der bAV

Erfolgt die bAV in den (externen) Durchführungswegen Direktversicherung (DV), Pensionskasse (PK) und Pensionsfonds (PF), liegt Zufluss von Arbeitslohn im Zeitpunkt der Zahlung der Beiträge durch den Arbeitgeber an die entsprechende Versorgungseinrichtung vor.

Bei der Versorgung über die (internen) Durchführungswege Direktzusage (DZ) oder Unterstützungskasse (U-Kasse) fließt der Arbeitslohn erst im Zeitpunkt der Zahlung der Altersversorgungsleistungen an den/die Arbeitnehmer/in zu.

Daraus ergibt sich folgende steuerliche Behandlung:

Durchführungswege	Einkommensteuerrechtliche Behandlung in der	
	Ansparphase	Auszahlungsphase
Direktzusage	Steuerfrei auf Unternehmensebene (Rückstellung) und beim ArbN kein Zufluss nach § 11 EStG, damit beim ArbN steuerfrei	Als Einkünfte aus nichtselbstständiger Arbeit nach § 19 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 EStG steuerpflichtig ¹
Unterstützungskasse	Steuerfrei auf Unternehmensebene begrenzt auf Kassenvermögen (Betriebsausgabe), beim ArbN kein Zufluss nach § 11 EStG, damit beim ArbN steuerfrei	
Rückgedeckte Unterstützungskasse	Steuerfrei auf Unternehmensebene (Betriebsausgabe) und beim ArbN kein Zufluss nach § 11 EStG, damit beim ArbN steuerfrei	
Direktversicherung	Steuerfrei auf Unternehmensebene (Betriebsausgabe)	Als „sonstige Einkünfte“ nach § 22 Nr. 5 Satz 1 EStG voll nachgelagert zu versteuern
	Steuerfrei auf Unternehmensebene (Betriebsausgabe)	
	Beim ArbN bis zu 4 % der BBG ² nach § 3 Nr. 63 EStG steuerfrei. Für Neuzusagen : zusätzlicher Höchstbetrag von 1.800,00 € als Ersatz für die Abschaffung der Pauschalsteuer nach § 40b EStG a.F.	
	Sonderausgabenabzug und Zulagenförderung nach § 10a EStG (Riester-Rente) und Abschnitt XI EStG ³	
	Für Neuzusagen , die die Voraussetzungen des § 10 Abs. 1 Nr. 2 Buchst. b EStG erfüllen: Sonderausgabenabzug § 10 EStG ⁵	Für diese Neuzusagen: Besteuerung nach § 22 Nr. 1 Satz 3 Buchst. a Doppelbuchst. aa EStG ⁶
	Für Altzusagen Übergangsregelung: weiterhin Pauschalsteuer nach § 40b EStG in Höhe von 20 % ⁴ beim ArbN	Für Altzusagen : weiterhin Ertragsanteilsbesteuerung nach § 22 Nr. 1 Satz 3 Buchst. a Doppelbuchst. bb EStG oder ggf. Besteuerung der Kapitalauszahlung nach § 20 Abs. 1 Nr. 6 EStG

Durchführungswege Einkommensteuerrechtliche Behandlung in der		
	Ansparphase	Auszahlungsphase
Pensionskasse	Steuerfrei auf Unternehmensebene (Betriebsausgabe)	Als „sonstige Einkünfte“ nach § 22 Nr. 5 Satz 1 EStG voll nachgelagert zu versteuern
	Beim ArbN bis zu 4 % der BBG ² nach § 3 Nr. 63 EStG steuerfrei. Für Neuzusagen : zusätzlicher Höchstbetrag von 1.800,00 € als Ersatz für die Abschaffung der Pauschalsteuer nach § 40b EStG a.F.	
	Sonderausgabenabzug und Zulagenförderung nach § 10a EStG (Riester-Rente) und Abschnitt XI EStG ³	
	Für Neuzusagen , die die Voraussetzungen des § 10 Abs. 1 Nr. 2 Buchst. b EStG erfüllen: Sonderausgabenabzug § 10 EStG ⁵	Für diese Neuzusagen : Besteuerung nach § 22 Nr. 1 Satz 3 Buchst. a Doppelbuchst. aa EStG ⁶
Für Altzusagen Übergangsregelung: weiterhin Pauschalsteuer nach § 40b EStG in Höhe von 20 % ⁴ beim ArbN	Für Altzusagen : weiterhin Ertragsanteilsbesteuerung nach § 22 Nr. 1 Satz 3 Buchst. a Doppelbuchst. bb EStG oder ggf. Besteuerung der Kapitalauszahlung nach § 20 Abs. 1 Nr. 6 EStG	
Pensionsfonds	Steuerfrei auf Unternehmensebene (Betriebsausgabe)	Als „sonstige Einkünfte“ nach § 22 Nr. 5 Satz 1 EStG voll nachgelagert zu versteuern
	Beim ArbN bis zu 4 % der BBG ² nach § 3 Nr. 63 EStG steuerfrei. Für Neuzusagen : zusätzlicher Höchstbetrag von 1.800,00 €	
	Sonderausgabenabzug und Zulagenförderung nach § 10a EStG (Riester-Rente) und Abschnitt XI EStG ³	
	Für Neuzusagen , die die Voraussetzungen des § 10 Abs. 1 Nr. 2 Buchst. b EStG erfüllen: Sonderausgabenabzug § 10 EStG ⁵	Für diese Neuzusagen : Besteuerung nach § 22 Nr. 1 Satz 3 Buchst. a Doppelbuchst. aa EStG ⁶

¹ Unter Berücksichtigung des Werbungskosten-Pauschbetrag in Höhe von 102 €. Außerdem Abzug des Versorgungsfreibetrags und des Zuschlags zum Versorgungsfreibetrag gemäß § 19 Abs. 2 EStG, die beide während einer Übergangsphase bis 2040 für die jeweils ab 2006 neu hinzukommenden Versorgungsempfängerjahrgänge in dem Maße abgeschmolzen werden, in dem der Besteuerungsanteil der Renten steigt (siehe ausführlich dazu unten III.).

² Werte der BBG in 2005: 62.400,00 € pro Jahr; 4 % = 2.496,00 €.

³ Mit zeitlicher Staffelung des Sonderausgabenabzugs (1.050,00 € ab 2004, 2.575,00 € ab 2006 und 2.100,00 € ab 2008) und der Zulagenförderung

⁴ zzgl. Solidaritätszuschlag und ggf. Kirchensteuer: Höchstgrenze für pauschalierungsfähigen Betrag: 1.752,00 €

⁵ Berücksichtigung von Altersvorsorgeaufwendungen als Sonderausgaben im Rahmen eines einheitlichen Höchstbetrages von 20.000,00 €, ansteigend von 60 % in 2005 bis zu 100 % im Jahr 2025

⁶ Gleitender Übergang zur nachgelagerten Besteuerung von 2025 bis 2040; Staffel beginnt in 2005 mit 50 % Besteuerungsanteil. Für neu hinzukommende Rentnerjahrgänge von 2006 bis 2020 wird der Besteuerungsanteil jährlich um jeweils 2 Prozentpunkte angehoben. Von 2020 bis 2040 steigt der Besteuerungsanteil jährlich um 1 Prozentpunkt.

Quelle: NWB Nr. 52/53 vom 20.12.2004

Abkürzungen: ArbN – Arbeitnehmer/innen; ArbG – Arbeitgeber; Beitragsbemessungsgrenze – BBG

(J.K.)

III. Neuordnung bei der „Rentenbesteuerung“ ab 1.1.2005

Am 06.03.2002 hat das Bundesverfassungsgericht sein grundlegendes Urteil zur Besteuerung von Alterseinkünften und Altersbezügen verkündet. Nachdem die zur Umsetzung des Urteils eingesetzte Rürup I-Kommission am 17.03.2003 ihre Ergebnisse an Bundesfinanzminister Eichel übergeben hatte, wurde mit dem Gesetzgebungsverfahren begonnen. Der Gesetzentwurf folgt weitgehend dem Kommissions-Endbericht (Gesetzentwurf vom 09.12.2003, Bundestagsdrucksache 15/2150).

Das Alterseinkünftegesetz ist nun – wie vorgesehen – zum 01.01.2005 in Kraft getreten. Im Folgenden werden die Neuregelungen und Auswirkungen dargestellt.

1. Einleitung

Mit seinem grundlegenden Urteil zur Besteuerung von Altersvorsorgeaufwendungen und Altersbezügen vom 06.03.2002 hat das Bundesverfassungsgericht im Wesentlichen festgestellt, dass die unterschiedliche Besteuerung von Beamtenpensionen und Renten aus der Gesetzlichen Rentenversicherung mit dem Gleichheitssatz des Artikel 3 Grundgesetz unvereinbar ist und den Gesetzgeber verpflichtet, spätestens mit Wirkung zum 01.01.2005 eine verfassungsgemäße Neuregelung zu treffen. Das Gericht hat hinsichtlich der Umsetzung dem Gesetzgeber einen weiten gesetzgeberischen Gestaltungsrahmen überlassen, jedoch einige verfassungsrechtliche Vorgaben aufgestellt (nachzulesen in der Dokumentation der Fachtagung).

Der maßgebliche Unterschied zwischen der Besteuerung bei Beamten/innen und Arbeitnehmer/innen kann wie folgt dargestellt werden:

Beamtinnen und Beamte zahlen in der Erwerbsphase für den Aufbau ihrer Altersversorgung durch den Dienstherrn keine Steuern. In der Nacherwerbsphase sind dagegen die Pensionen nach Abzug des Versorgungsfreibetrages iHv. 40 % der Versorgungsbezüge, höchstens 3.072 € und eines Arbeitnehmerfreibetrages von 920 € in voller Höhe steuerpflichtig.

Die Rente von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern beruht auf einem Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteil. Der Arbeitgeberanteil ist in der Erwerbsphase steuerfrei (§ 3 Nr. 62 EStG.). Der Arbeitnehmeranteil ist zwar grundsätzlich in der Erwerbsphase steuerpflichtig, kann aber – zumindest teilweise – als Sonderausgabe berücksichtigt werden.

50 % der Rente stammen auf jeden Fall aus dem steuerfreien Arbeitgeberanteil. Dennoch werden in der Rentenphase nicht die zweiten 50 % der Rente besteuert, sondern nur der Ertragsanteil. Dieser umfasst (bei Renteneintritt mit 65 Jahren) 27 % der Rente.

Der Gesetzgeber hat sich bei der Neuregelung der Renten für einen Übergang zur nachgelagerten Besteuerung entschieden. Das Alterseinkünftegesetz sieht für die Renten der Gesetzlichen Rentenversicherung den schrittweisen Übergang von der derzeitigen **Ertragsanteilsbesteuerung** zur nachgelagerten Besteuerung vor. Die Beamtenpensionen werden bereits nachgelagert besteuert. Hier wird langfristig der Versorgungsfreibetrag abgeschmolzen.

Nachgelagerte Besteuerung bedeutet dagegen, dass in der Erwerbsphase die Altersvorsorgeaufwendungen der Arbeitnehmer/innen steuerfrei bleiben und später in der Rentenbezugsphase in vollem Umfang steuerpflichtig werden. Dies hat neben einer zeitlichen Verschiebung, einem Steuerstundungseffekt, auch den Vorteil, dass durch die progressive Gestaltung des Steuertarifs für die in der Regel geringeren Einkünfte in der Rentenphase auch geringere Steuern anfallen.



Die Dokumentation der Tagung „Besteuerung von Alterseinkünften“ beschreibt den Werdegang des Gesetzes sowie die politischen Vorstellungen von ver.di und kann im Bereich Sozialpolitik angefordert werden.

Weitere Infos in den Sozialpolitischen Informationen:

- 1. Halbjahr 2003, A. 6.*
- 2. Halbjahr 2003, A. 5.*
- 1. Halbjahr 2004, B. 2.*
- 2. Halbjahr 2004, B. IV.*

Nachdem nicht sofort von der Ertragsanteilsbesteuerung zur nachgelagerten Besteuerung (aus fiskalischen Gründen) übergegangen werden kann, ist eine Übergangsphase vorgesehen. Diese Übergangsphase wird für die Besteuerung der Alterseinkünfte in 2005 beginnen und in 2040, für die Steuerfreistellung der Altersvorsorgeaufwendungen in 2025, abgeschlossen sein. Das bedeutet nun, dass grundsätzlich in dem Maße, in dem Aufwendungen zur Altersversorgung in der Erwerbsphase steuerfrei gestellt werden, die Renten in die Vollbesteuerung hineinwachsen.

Die Auswirkungen sind für die heute Erwerbstätigen positiv, da ihnen durch die Steuerfreistellung mehr netto verbleibt. Bei den Auswirkungen für Rentnerinnen und Rentner ist dahin gehend zu unterscheiden, ob die Rente aus der Gesetzlichen Rentenversicherung die einzige Einkommensquelle im Alter ist oder ob weitere Einkommensbestandteile in steuerrechtlicher Hinsicht hinzuzurechnen sind. Auf jeden Fall werden mehr Rentnerinnen und Rentner verpflichtet sein, Steuern zu zahlen. Durch den undynamischen persönlichen Freibetrag wird dieser Personenkreis Jahr für Jahr größer werden.

Abschmelzen von Versorgungsfreibetrag, ArbN-Pauschbetrag für Versorgungsbezieher und Altersentlastungsbetrag

	bis 31.12.2004	ab 01.01.2005
Versorgungsfreibetrag (Pensionäre und Betriebsrentner)	3.072 €	3.000 € (Höchstbetrag) werden zum 01.01.2005 festgesetzt und bis 2040 auf 0 abgeschmolzen (Tabelle § 19 Abs. 2 EStG n.F.)
Altersentlastungsbetrag (Bezieher anderer Einkünfte, sobald das 65. Lj. erreicht)	1.900 € (Höchstbetrag)	Abschmelzen auf 0 bis 2040 (Tabelle § 24a EStG n.F.)
ArbN-Pauschbetrag (Pensionäre und Betriebsrentner)	ab 2004 : 920 €	Nur noch für aktive ArbN (§ 9a Satz 1 Nr. 1 EStG n.F.); wird bei Pensionären in Zuschlag zum Versorgungsfreibetrag umgewandelt (900 €), wenn Leistung ab 01.10.2005 erstmals gezahlt werden und dann schrittweise abgeschmolzen
Werbungskostenpauschbetrag (Versorgungsbezüge + Renten)	102 €	(§ 9a Satz 1 Nr. 3 EStG n.F.)

Quelle: VDR

2. Das ab dem 01.01.2005 geltende neue Recht

a. Die Besteuerung der Vorsorgeaufwendungen

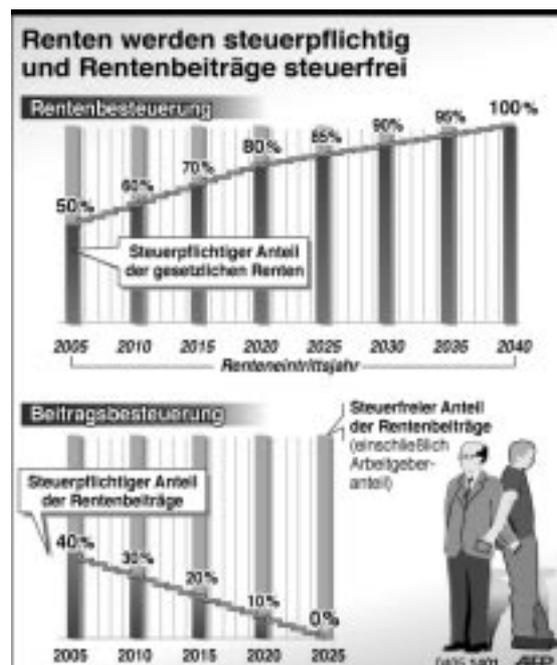
Hier sind die Beiträge zur Gesetzlichen Rentenversicherung von den sonstigen Vorsorgeaufwendungen zu unterscheiden.

aa. Beiträge zur GRV

Die Beiträge zur Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) werden schrittweise von der Besteuerung freigestellt (§ 10 Absatz 1 Nr. 2 EStG n.F.). Dies gilt in der 1. Schicht (Begrifflichkeit aus der Rürup-Kommission) auch für alle Beiträge zu **Leibrentenversicherungen**, bei denen die erworbenen Anwartschaften nicht vererblich, nicht übertragbar, nicht beleihbar und nicht kapitalisierbar sind. Das betrifft neben der Gesetzlichen Rentenversicherung und der berufsständischen Versorgung die neu zu entwickelnde private kapitalgedeckte reine Leibrentenversicherung, die bereits den Namen „Rürup-Rente“ erworben hat.

Der Gesamtbeitrag der Aufwendungen (z.B. der Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeitrag zur Gesetzlichen Rentenversicherung) wird ab 2005 zu 60 % abziehbar sein. 60 % Abziehbarkeit bedeutet für 40 % Versteuerung. Nach 20 Jahren, pro Jahr in 2 %-Schritten, also im Jahr 2025, werden die gesamten Altersvorsorgeaufwendungen steuerfrei gestellt sein. ver.di hat im Gesetzgebungsverfahren kritisiert, dass der Arbeitgeberanteil, der tatsächlich immer steuerfrei war, in diese Berechnung mit einfließt. Dies hat zur Folge, dass pflichtversicherte Arbeitnehmer/innen, die einen steuerfreien Arbeitgeberbeitrag (nach § 3 Nr. 62 EStG) erhalten, im Jahr 2005 10 Prozentpunkte des Gesamtbeitrages steuerlich geltend machen können – das sind „nur“ 20 % des eigenen hälftigen Beitragsanteils. Gemessen am Arbeitnehmerbeitrag erhöht sich der abziehbare Anteil bis 2025 jährlich um 4 Prozentpunkte.

Ab 2025 werden Rentenversicherungsbeiträge bei Ledigen bis zu einem Höchstbetrag von 20.000 €, bei zusammen veranlagten Ehegatten bis zu 40.000 € abziehbar sein. Darüber hinausgehende Beiträge können nicht abgezogen werden. In der Übergangsphase steht dieser Höchstbetrag den Steuerpflichtigen nicht voll umfänglich zu. Im 1. Jahr (2005) beträgt er 60 % von 20.000 €, im 2. Jahr 62 % von 20.000 € und so weiter. 2005 betragen also die Sonderausgaben höchstens 12.000 €, im Jahr 2006 12.400 € und so weiter. Der Höchstbetrag steigt jährlich um 400 € an.



Beispiel: Durchschnittsarbeitnehmer ledig (kein Beamter), Jahresentgelt 30.000,00 €, bei 19,5 % Beitrag zur GRV zahlt er und sein Arbeitgeber je 2.925,00 €.

1. Schritt	Arbeitnehmerbeitrag	2.925,00 €
	Arbeitgeberbeitrag	2.925,00 €
	Gesamtbeitrag	5.850,00 €
2. Schritt	Höchstbetrag	20.000,00 €
3. Schritt	Damit zu berücksichtigende Leibrentenbeiträge	5.850,00 €
4. Schritt	Davon 60 % im Jahr 2005	3.510,00 €
	Abzüglich steuerfreier Arbeitgeberbeitrag	2.925,00 €
	Rentenversicherungsbeiträge, die im Jahr 2005 als Sonderausgaben absetzbar sind	585,00 €

Quelle: VDR

Der Gesetzgeber will keine Schlechterstellung gegenüber dem bisherigen Recht bei der Abziehbarkeit von Vorsorgeaufwendungen und hat deshalb eine so genannte Günstigerprüfung eingeführt. Danach sollen insgesamt mindestens so viele Vorsorgeaufwendungen berücksichtigt werden, wie dies nach bisherigem Recht möglich ist (§ 10 Absatz 4a EStG n.F.). Das Finanzamt prüft, ob der Abzug aller gesetzlichen Vorsorgeaufwendungen nach (modifiziertem) alten Recht oder neuem Recht für den Steuerpflichtigen günstiger ist.

Obenstehendes Berechnungsbeispiel eines ledigen Durchschnittsverdieners mit einem Gesamtbeitrag von 5.850 € zeigt, dass die Frage der Günstigerprüfung (Höchstbetrag bei 20.000 €) eher Erwerbspersonen in oberen Einkommensregionen mit ggf. zusätzlichen Vorsorgeaufwendungen interessieren wird.

bb. Sonstige Vorsorgeaufwendungen

Vorsorgeaufwendungen, die nicht der Altersvorsorge dienen (wie Beiträge zur Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung) werden von einer weiteren Abzugsmöglichkeit im Rahmen eines begrenzten Sonderausgabenabzugs erfasst. Der Höchstbetrag für diese abziehbaren sonstigen Vorsorgeaufwendungen beträgt für:

- Steuerpflichtige, die die Aufwendungen zur Krankenversicherung vollständig selbst tragen 2.400 €
- Steuerpflichtige, die die Aufwendungen zur Krankenversicherung nicht vollständig selbst tragen, also: ArbeitnehmerInnen, BeamtInnen, familienversicherte Angehörige (z.B.: Beihilfe, Zuschuss des Arbeitgebers oder des Rentenversicherungsträgers, familienversichert) (§ 10 Absatz 4 EStG n.F.) 1.500 €

b. Besteuerung der Renten

aa. Renten aus der GRV

Renten aus der Gesetzlichen Rentenversicherung, der berufsständischen Versorgungseinrichtung und so genannte „Rürup-Renten“, soweit sie nach dem 31.12.2004 abgeschlossen werden, wachsen schrittweise in die nachgelagerte Besteuerung hinein.

Für **Bestandsrentner/innen**, d.h. Personen, die Ende 2004 bereits Rentner/innen sind sowie die Rentenzugänge des Jahres 2005, wird der steuerpflichtige Anteil der Rente auf 50 % festgesetzt, unabhängig davon, wann sie in Rente gingen, d.h. unabhängig vom jetzigen Ertragssteueranteil. Für künftige Rentnerinnen und Rentner steigt der Anteil der Rente, der der Steuer unterworfen wird, jährlich um 2 Prozentpunkte für die Zeit von 2005 bis 2020 an, danach um 1 Prozentpunkt jährlich bis 2040. Der Prozentsatz hängt vom Jahr des Renteneintritts ab. **Der mit Beginn der Rente ermittelte Prozentsatz bleibt ein Leben lang bestehen; er steigt nicht an!**

2005	50	2018	76
2006	52	2019	78
2007	54	2020	80
2008	56	2021	81
2009	58	2022	82
2010	60	2023	83
2011	62	2024	84
2012	64	2025	85
2013	66	2026	86
2014	68	2027	87
2015	70	2028	88
2016	72	2029	89
2017	74
		2040	100

Nun wäre es einigermaßen verständlich, wenn der Prozentsatz der Rente, der der Steuer unterworfen ist, Jahr für Jahr mitwachsen würde. Hier hat sich der Gesetzgeber aber etwas einfallen lassen, was letztendlich dazu führt, dass künftige Rentenanpassungen in vollem Umfang dem Teil der Rente zugeschlagen wird, der der Besteuerung unterliegt.

Es wird ein jährlicher **persönlicher Rentenfreibetrag** ermittelt. Dieser persönliche Rentenfreibetrag wird für den Rest der Rentenlaufzeit festgeschrieben. Der persönliche Rentenfreibetrag wird für jede/n Rentner/in individuell ermittelt. Dazu wird der persönliche Rentenfreibetrag im 2. Rentenbezugsjahr ermittelt, der für die restliche Laufzeit der Rente als Eurobetrag festgeschrieben wird. Die Festschreibung erst im 2. Jahr soll vermeiden, dass in Abhängigkeit vom Renteneintrittsmonat im Jahr des Rentenbeginns (vor oder nach einer Rentenanpassung) bei ansonsten gleichem Sachverhalt ein unterschiedlicher Rentenfreibetrag dauerhaft festgeschrieben

wird. Der steuerfreie Teil der Rente errechnet sich nach folgender Formel:

$$\text{Jährlicher persönlicher Rentenfreibetrag} = \text{Jahresbetrag der Rente mal (100 \% minus Besteuerungsanteil in \% des jeweiligen Zugangjahres)}$$

Ein Beispiel soll dies verdeutlichen:

Ein Versicherter geht am 01.01.2005 in Rente (gleiches gilt, wenn er bereits vor 2005 in Rente gegangen wäre). Er erhält eine monatliche Rente von 1.000,00 €. Zum 01.07.2005 und zum 01.07.2006 erfolgt eine Rentenanpassung von 2 % (modellhafte Werte), also zum 01.07.2005 auf 1.200,00 € und zum 01.07.2006 auf 1.040,00 €.

Persönlicher Rentenfreibetrag im Jahr 2005

1.000,00 € x 6 Monate (Januar bis Juni 2005)	6.000,00 €
1.020,00 € x 6 Monate (Juli bis Dezember 2005)	6.120,00 €
Jahresbetrag der Rente im Jahr 2005	12.120,00 €
Davon 50 % (= 100 % – 50 % Besteuerungsanteil bei Rentenzugang im Jahr 2005 nach der neuen Tabelle des § 22 Nr. 1 Satz 3a) aa) EStG n.F.)	6.060,00 €
Persönlicher Rentenfreibetrag im Jahr 2005	6.060,00 €

Persönlicher Rentenfreibetrag im Jahr 2006 und in den Folgejahren

1.020,00 € x 6 Monate (Januar bis Juni 2006)	6.120,00 €
1.040,40 € x 6 Monate (Juli bis Dezember 2006)	6.242,40 €
Jahresbetrag der Rente im Jahr 2006	12.362,40 €
Davon 50 % (= 100 % – 50 % Besteuerungsanteil bei Rentenzugang im Jahr 2005 nach der neuen Tabelle des § 22 Nr. 1 Satz 3a) aa) EStG n.F.)	6.181,20 €
Persönlicher Rentenfreibetrag im Jahr 2006 und in den Folgejahren	6.181,20 €

Quelle: VDR

Bei Hinterbliebenen-Renten gilt es zu beachten, dass sich die Besteuerung der Hinterbliebenen-Renten nicht nach dem erstmaligen Bezugszeitpunkt der Hinterbliebenen-Rente, sondern nach dem Beginn der Versichertenrente, wenn zuvor ein Rentenbezug bestand, richtet. Z.B.: Der versicherte Ehemann wurde 2002 Rentner. Aufgrund der Neuregelung wird sein persönlicher Freibetrag auf Basis von 50 % berechnet. Seine Ehefrau wird 2010 Witwe. Für ihre Witwenrente gilt ebenfalls der Prozentsatz von 50 %. Die Regelung gilt nicht nur Witwen-/Witwer-Renten sondern auch für Waisenrenten.

bb. Beamtenpensionen

Nach Ablauf der Übergangsfrist 2040 werden Renten und Beamtenpensionen steuerlich gleichbehandelt. Deshalb wird der Versorgungsfreibetrag für Beamtenpensionen und Werkspensionen schrittweise für ab 2006 in den Ruhestand tretende Beamtinnen und Beamte verringert. Die Beträge werden für jeden Jahrgang festgeschrieben. Das bedeutet, dass es für jede/n einzelnen Pensionär/in für den gesamten Zeitraum des Versorgungsbezugs bei dem Versorgungsfreibetrag bleibt, der zu Beginn festgeschrieben wurde.

Weiterhin erhalten Bezieher/innen von Beamtenpensionen und Werkspensionen ab 2005 nur noch den allgemeinen Werbungskosten-Pauschbetrag von 102 € und **nicht** mehr den Arbeitnehmer-Pauschbetrag von 920 €.

Um in der Übergangsphase eine übermäßige Belastung zu vermeiden, wird ein Zuschlag zum Versorgungsfreibetrag eingeführt, der bis 2040 eingeschmolzen wird.

Versorgungs- beginn	Versorgungsfreibetrag		Zuschlag zum Versorgungsfreibetrag
	% der	Höchstbetrag	
bis 2005	40,0	3.000 €	900 €
ab 2006	38,4	2.880 €	864 €
2007	36,8	2.760 €	828 €
.....
2010	32,0	2.400 €	720 €
2030	8,0	600 €	180 €
2010	0,0	0 €	0 €

Quelle: BMF

c. Das Problem der Zweifachbesteuerung

In seinem Urteil vom 6. März 2002 hat das Bundesverfassungsgericht ausdrücklich dargestellt, dass in jedem Fall eine Zweifachbesteuerung zu vermeiden sei. D.h. dass in der Rentenbezugsphase Einkommen, das in der Beitragsphase schon einmal besteuert wurde, nicht ein zweites Mal besteuert werden darf. Mit besonderer Nachdrücklichkeit macht der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) auf dieses Problem aufmerksam. Er ist der Ansicht, dass die Übergangsregelung im Gesetz dem geforderten Verbot der Zweifachbesteuerung nicht gerecht wird.

Anhand des vom VDR veröffentlichten Beispiels soll dieses Problem im Folgenden erläutert werden:

Herr Mustermann, sein Sohn und sein Enkel haben alle drei durchgehend als versicherungspflichtige Arbeitnehmer immer genau durchschnittlich verdient.

- Herr Mustermann geht 2005 in Rente. Der Besteuerungsanteil beträgt 50 % (Vgl. Tabelle des § 22 EStG n.F.). Er erfährt noch keine Zweifachbesteuerung, da er in der Erwerbsphase einen steuerfreien Arbeitgeberanteil von 50 % erhalten hat.
- Der Sohn von Herrn Mustermann geht 2040 in Rente. Seine Rente ist nach dem Entwurf des Alterseinkünftegesetzes zu 100 % steuerpflichtig. Er wird aber nur 15 Jahre lang – ab 2025 – seine Rentenversicherungsbeiträge *voll* von der Steuer absetzen können. Die Beiträge aus der Zeit vor 2025 wurden teilweise besteuert – immerhin rund 53.000 € musste er aus versteuertem Einkommen bezahlen. Daraus folgt eine **unzulässige Zweifachbesteuerung**, weil den vor 2025 aus versteuertem Einkommen gezahlten Beitragsteilen keine steuerfreien Rentenzahlungen gegenüberstehen.
- Der Enkel von Herrn Mustermann geht 2075 in Rente. In diesem Fall wird es zu keiner Zweifachbesteuerung kommen. Er wird erst 2030 anfangen zu arbeiten, kann also seine Rentenversicherungsbeiträge von Anfang an vollständig von der Steuer absetzen. Deswegen können ab dem Jahr 2075 seine Rentenleistungen in vollem Umfang besteuert werden.

Wäre Herr Mustermann **selbstständig** gewesen, so wäre er bereits 2005 von Zweifachbe-

steuerung betroffen. Er hätte als Selbstständiger die Rentenversicherungsbeiträge vollständig selbst getragen, da für ihn – anders als bei Arbeitnehmern – keine steuerfreien Arbeitgeberbeiträge gezahlt worden sind. Angenommen, er hatte 30 Jahre lang als Selbstständiger Beiträge auf der Grundlage des **Durchschnittsverdienstes** geleistet und würde durchschnittlich lang (16 Jahre) Rente beziehen, so würden rd. 43.000 € seines gesamten Lebenseinkommens zweifach besteuert werden. Bei den Selbstständigen wird der Höhepunkt der Zweifachbesteuerung bei den Rentenzugängen des Jahres 2020 erreicht (bei 30 Jahren Durchschnittsverdienst knapp 58.000 €). Bei einem **Selbstständigen**, der immer Beiträge in Höhe der **Beitragsbemessungsgrenze** (in den alten Bundesländern zur Zeit 61.800 €) der Gesetzlichen Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten gezahlt hat, wären die zweifach besteuerten Beiträge entsprechend höher: Bei Rentenbeginn 2005 wären es rd. 83.000 €, bei Rentenbeginn 2020 sogar rd. 112.000 €. Erst Rentenzugänge nach 2050 blieben von der Zweifachbesteuerung verschont.

Wie das Beispiel des Sohnes von Herrn Mustermann gezeigt hat, würden im Laufe der Übergangsphase auch Rentner doppelt besteuert, die als Arbeitnehmer versichert waren – und zwar nicht nur dann, wenn sie hohe Einkommen hatten, sondern auch, wenn sie Durchschnittsverdiener waren. Betroffen sind alle, die ab 2015 in Rente gehen. Für **Arbeitnehmer mit einem Verdienst an der Beitragsbemessungsgrenze** wäre der zweifach besteuerte Betrag jeweils etwa doppelt so hoch wie bei einem Arbeitnehmer mit Durchschnittsentgelt. Der Höhepunkt der Zweifachbesteuerung würde bei dieser Personengruppe mit knapp 110.000 € im Jahr 2040 erreicht.

(Quelle: VDR Pressekontaktseminar 2004)

Dieses Problem betrifft insbesondere jüngere Versicherte. Hier werden sicher noch politische Diskussionen und Entscheidungen in den nächsten Monaten und Jahren erforderlich sein.

d. Auswirkungen der Neuregelungen

aa. Auswirkungen auf Erwerbstätige

Durch die schrittweise Steuerfreistellung werden ArbeitnehmerInnen und Selbstständige Jahr für Jahr stärker steuerlich entlastet. Dies ist mit Steuerausfällen bereits im Jahr 2005 von knapp 1 Milliarde €, 2010 über 6 Milliarden € verbunden.

So wird ein alleinstehender Arbeitnehmer mit einem durchschnittlichen Bruttolohn in Höhe von 30.000 € im Jahr 2005 nach Berechnungen des VDR jährlich um 26 € entlastet. Im Jahr 2015 beträgt die Entlastung schon 587 €, im Jahr 2025 muss er 1.914 € weniger Steuern zahlen. Bei einem alleinstehenden Verdiener an der BBG beträgt die Entlastung im Jahr 2005 296 €, im Jahr 2015 1.738 € und im Jahr 2025 4.741 €. Bei Verheirateten fällt die Entlastung durch das Splitting tendenziell geringer aus. So kann ein verheirateter Alleinverdiener mit einem Entgelt an der BBG 2005 kaum Steuern sparen (72 €), er profitiert erst mittelfristig von der zunehmenden Freistellung.

Jährliche steuerliche Entlastung eines alleinstehenden Arbeitnehmers*

Bruttoentgelt	Beim Abzug von Rentenversicherungsbeiträgen zu mindestens		
	60 % im Jahr 2005	80 % im Jahr 2015**	100 % im Jahr 2025**
20.000,00 €	0	182,00 €	392,00 €
30.000,00 €	27,00 €	400,00 €	766,00 €
40.000,00 €	102,00 €	672,00 €	1.230,00 €
50.000,00 €	199,00 €	1.000,00 €	1.784,00 €
60.000,00 €	296,00 €	1.333,00 €	2.370,00 €

* Annahmen: Grundfreibetrag 2005 in Höhe von 7.644,00 €; Sonderausgabenabzug für Vorsorgeaufwendungen: auf Renten 50 % der KV-Beiträge und 100 % der PflV-Beiträge, insgesamt 8,7 % der Brutto-Rente; auf Betriebsrenten volle KV- und PflV-Beiträge (15,7 %; ArbN-Pauschbetrag 920,00 €; Werbungskosten-Pauschbetrag 102,00 €; Sonderausgaben-Pauschbetrag 36,00 €; Versorgungs-Freibetrag 3.000,00 €, Zuschlag anstelle Arbeitnehmer-Pauschbetrag 1.000,00 €

** Berechnet nach Einkommensteuertarif 2005

Quelle: Bundesministerium der Finanzen

bb. Auswirkungen auf RentnerInnen

Nach Angaben des Bundesfinanzministeriums haben im Jahr 2005 36 % der RentenempfängerInnen keine anderen Einkünfte als eine Rente aus der Gesetzlichen Rentenversicherung. Das sind 5,1 Millionen Steuerpflichtige. 44 % der RentnerInnen verfügen über Nebeneinkünfte. Das sind 6,3 Millionen Steuerpflichtige. Bei 20 % der RentnerInnen überwiegen die anderen Einkünfte, also bei etwa 2,8 Millionen Steuerpflichtigen. Von diesen RentenempfängerInnen wären bei Anwendung des alten Rechts 2005 2,0 Millionen RentnerInnen steuerbelastet. Von diesen sind 0,3 Millionen RentenempfängerInnen mit Nebeneinkünften und 1,7 Millionen RentnerInnen mit überwiegend anderen Einkünften. Das bedeutet, dass derzeit RentenempfängerInnen ohne andere Einkünfte, also ausschließlich aus der Gesetzlichen Rente nicht steuerbelastet sind.

Nach dem neuen Recht wird es erstmals RentnerInnen geben, die allein aufgrund ihrer (hohen) Rente Steuern zahlen müssen. Von den 5,1 Millionen RentnerInnen ohne Nebeneinkünfte wird dies rund 0,3 Millionen betreffen. Die Zahl der RentnerInnen, die Nebeneinkünfte haben und deshalb steuerbelastet sind, vervierfacht sich durch die Höhe der Rentenbesteuerung auf 1,2 Millionen. Bei den RentnerInnen, die bisher bereits Steuern zahlen, wird der Umfang der Steuerbelastung wachsen.

Nachfolgende Tabellen zeigen die Steuerbelastung jeweils für ledige RentnerInnen bzw. verheiratete RentnerInnen, wenn sie nur Einkommen aus der Gesetzlichen Rentenversicherung haben bzw. wenn zusätzlich andere Einkommensarten, z.B. durch Mieteinnahmen oder Betriebsrenten, hinzukommen: (J.K.)

Steuerliche Belastungen nach dem AltEinkG (Alleinstehender)

Gesetzl. Rente (mtl.)	Betriebsrente (mtl.)	Summe (mtl.)	EST+SolZ (mtl.)	
			Bisher	Neu
1.000	0	1.000	0	0
1.000	400	1.400	0	0
1.000	800	1.800	0	16,67
1.300	0	1.300	0	0
1.300	400	1.700	0	0
1.300	800	2.100	0	39,58
1.600	0	1.600	0	1,58
1.600	400	2.000	0	16,75
1.600	800	2.400	0	65,75

Quelle: Dr. Michael MyBen, BMF, „Das Alterseinkünftegesetz“

Steuerliche Belastungen nach dem AltEinkG (Verheiratet)

Gesetzl. Rente (mtl.)	Betriebsrente (mtl.)	Summe (mtl.)	EST+SolZ (mtl.)	
			Bisher	Neu
2.000	0	2.000	0	0
2.000	800	2.800	0	0
2.000	1.600	3.600	19,50	86,17
2.600	0	2.600	0	0
2.600	800	3.400	0	19,17
2.600	1.600	4.200	51,17	131,41
3.200	0	3.200	0	4,50
3.200	800	4.000	0	77,17
3.200	1.600	4.800	90,17	186,91

Quelle: Dr. Michael MyBen, BMF, „Das Alterseinkünftegesetz“

3. Die Neuregelungen im Zusammenhang mit der betrieblichen und privaten Altersvorsorge

Durch die Rürup-Kommission wurde der Begriff des „3-Schichten-Modells“ eingeführt. Die 1. Schicht, die oben dargestellte Versorgung durch die Gesetzliche Rentenversicherung, die berufsständische Versorgung, die so genannte „Rürup-Rente“ aber auch die Beamtenpensionen werden künftig nachgelagert besteuert. Es gilt ein begrenzter Abzug als Sonderausgaben.

Daneben soll eine 2. Schicht, die kapitalgedeckte Zusatzversorgung, im Wesentlichen die betriebliche Altersversorgung, die Alterssicherung ergänzen. Die kapitalgedeckte Zusatzversorgung wird ebenfalls nachgelagert besteuert (s. auch unten D.III.). Die Aufwendungen für die kapitalgedeckte Zusatzversorgung können begrenzt als Sonderausgaben abgezogen werden.

Die 3. Schicht im „3-Schichten-Modell“ betrifft Kapitalanlageprodukte. Sie werden vorgelagert besteuert.

In diesem Zusammenhang hat es im Vermittlungsverfahren um die Besteuerung von Kapitallebensversicherungen Auseinandersetzungen gegeben.

Ursprünglich war angedacht, Kapitallebensversicherungen, die bisher nach 12-jähriger Laufzeit ihre Erträge steuerfrei auszahlen durften, in die Steuer einzubeziehen und mit anderen Vorsorgeformen gleich zu behandeln.

Hier waren im Finanzausschuss bereits Lösungen diskutiert worden, die im Vermittlungsausschuss wieder gekippt wurden.

Nun gilt folgendes:

- Bei laufenden Verträgen und Verträgen, die bis zum 31.12.2004 abgeschlossen wurden (und ggf. der erste Beitrag gezahlt worden ist), gilt altes Recht. Das heißt vereinfacht, dass nach 12-jähriger Laufzeit des Vertrages die Erträge steuerfrei sind und dann die Auszahlungssumme keiner Steuer unterworfen wird.
- Für Policen, die nach dem 31.12.2004 abgeschlossen werden gilt: Der so genannte Ertragsanteil (Summe der Überschüsse, die das Unternehmen seinen Kunden zuweist) ist voll der Steuer zu unterwerfen.

Ausnahme: Wenn der Vertrag nach dem 60. Geburtstag des Versicherungsnehmers endet und mindestens 12 Jahre gelaufen ist, muss nur die Hälfte des Ertragsanteils versteuert werden.

Steuern auf Lebensversicherungs-Verträge, die ab Anfang 2005 abgeschlossen werden – 60. Geburtstag als entscheidendes Datum!

Zu versteuerndes Einkommen/Jahr	Vertrag A: 100.000 € Auszahlung, davon 37.600 € Erträge		Vertrag B: 250.000 € Auszahlung, davon 94.900 € Erträge	
	Steuer bei Auszahlung im Alter		Steuer bei Auszahlung im Alter	
	bis zu 60 Jahren	ab 60 Jahren	bis zu 60 Jahren	ab 60 Jahren
10.000	12.305	5.239	37.645	16.753
20.000	14.166	6.265	39.556	18.531
30.000	15.478	7.174	40.868	19.543
40.000	16.305	7.975	41.694	20.670
50.000	16.630	8.320	42.040	21.015
60.000	16.660	8.330	42.050	21.025
70.000	16.660	8.330	42.050	21.025

Angaben in €; Annahmen: Kapitallebensversicherung für männliche Nichtraucher, 25 Jahre Laufzeit, Erträge beruhen auf Mittelwerten von unverbindlich in Aussicht gestellten Summen; Einkommensteuerbelastung im Jahr 2005 laut Bundesfinanzministerium für Alleinstehenden ohne Kinder, mit Solidaritätszuschlag, ohne Kirchensteuer
Quelle: Verbraucherzentrale Bremen

Tipp: Die Verbraucherzentrale Bremen offeriert für 30 € einen individuellen Angebotsvergleich unter mehr als 70 Firmen (Anfragen an die Mail-Adresse „finanzen@vz-hb.de“). (J.K.)

Ausführliche Info zur Besteuerung der Betriebsrenten siehe oben II.3.

IV. Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach SGB XII

Altersarmut zu bekämpfen, das war das Ziel des „Gesetzes über die bedarfsorientierte Grundsicherung“ (GSiG), welches zum 1. Januar 2003 in Kraft getreten ist. Kaum auf dem Markt, ist dieses Gesetz zum 1. Januar 2005 im SGB XII aufgegangen. Von der neuen Gesetzssystematik bleibt hier ein leicht fader Beigeschmack: Schließlich rühmte das GSiG sich, eben nicht „Sozialhilfe“ zu sein. Hierdurch sollte älteren Menschen der Gang zum Amt erleichtert werden, die sich schämten, Sozialhilfe beantragen zu müssen. Da die Grundsicherung im SGB XII aufgegangen ist, könnten Betroffene vereinzelt davor zurückschrecken, diese Leistung zu beantragen.

Grundsicherung gibt es nur auf Antrag. Anspruch nach § 41 SGB XII haben

- Menschen, die das **65.** Lebensjahr vollendet haben oder
- Menschen, die min. 18 Jahre sind und **auf Dauer voll** erwerbsgemindert im Sinne des SGB VI sind.

Zur Klarstellung: Wer mit 60 Jahren eine Altersrente beansprucht, aber zum Beispiel wegen Abschlägen von bis zu 18 % nicht davon leben kann, hat nicht automatisch Anspruch auf Grundsicherung (das 65. Lebensjahr ist ja noch nicht vollendet). Nur dann, wenn man zusätzlich voll erwerbsgemindert ist (Schwerbehindertenausweis reicht hier nicht aus), kann man auf Grundsicherung hoffen. Ansonsten bleibt nur das Sozialgeld.

Die Regelungen des § 41 SGB XII sind für Menschen, die voll erwerbsgemindert sind nur halberzig. Schließlich schreibt der § 102 Abs. 2 SGB VI vor, dass Renten wegen Erwerbsminderung **in der Regel auf Zeit** zu zahlen sind und nur im Ausnahmefall als Dauerrente. Insofern ist die Chance für erwerbsgeminderte Menschen, Grundsicherung vor dem 65. Geburtstag zu erhalten, eher gering.

Grundsicherung erhält man, wenn die Einkünfte zum Leben nicht ausreichen. Hier drauf werden aber die Einkünfte des Ehegatten bzw. Lebenspartner sowie des Partners einer eheähnlichen Gemeinschaft angerechnet. Ab einer Rente unter 705,51 € legen die Rentenversicherungsträger automatisch Anträge auf Grundsicherung dem Rentenbescheid bei. Ob ein Anspruch auf Grundsicherung aber auch tatsächlich besteht, prüft das Sozialamt.

Für den Antrag sind alle Unterlagen mitzubringen, aus denen die laufenden Ein- und Ausgaben ersichtlich sind. Hierzu gehören neben dem Rentenbescheid auch Unterlagen über Miete und Versicherungen.

Im Gegensatz zur Sozialhilfe werden auf die Grundsicherung die Einkünfte und das Vermögen der Kinder nicht angerechnet (Es sei denn, sie übersteigen den Betrag von 100.000 € pro Kind. Dann entfällt der Anspruch auf Grundsicherung). (D.S.)

E. Pflegeversicherung

I. Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 3.4.2001

Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat mit Urteil vom 3.4.2001 (Az: 1 BvR 1629/94) entschieden, dass die Vorschriften über den Beitragssatz und die beitragspflichtigen Einnahmen (§§ 54 Abs. 1 und Abs. 2, 55 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 und 57 SGB XI) mit dem Grundgesetz nicht vereinbar sind und dem Gesetzgeber auferlegt, längstens bis zum 31.12.2004 eine Regelung zu treffen, die die Kindererziehungsleistung in der umlagefinanzierten sozialen Pflegeversicherung bei der Beitragsbemessung berücksichtigt; bis zum 31.12.2004 durfte die nicht verfassungskonforme Regelung noch weiter angewendet werden.

Der Gesetzgeber hat – auf den letzten Drücker – durch das Kinder-Berücksichtigungsgesetz (KiBG) vom 15.12.2004 (BGBl I S.3448) das Urteil nach seinen Vorstellungen umgesetzt.

Im Leitsatz des Urteils des Ersten Senats heißt es dazu: *„Es ist mit Art. 3 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 6 Abs. 1 Grundgesetz (GG) nicht zu vereinbaren, dass Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung, die Kinder betreuen und erziehen und damit neben dem Geldbeitrag einen generativen Beitrag zur Funktionsfähigkeit eines umlagefinanzierten Sozialversicherungssystems leisten, mit einem gleich hohen Pflegeversicherungsbeitrag wie Mitglieder ohne Kinder belastet werden.“*

Die Entlastung von Mitgliedern, die Kinder erziehen, kann auf der **Beitragsseite**, aber auch auf der **Leistungs-(Ausgabe)seite** erfolgen. **Das BVerfG hat sich für eine Entlastung auf der Beitragsseite entschieden.**

Zu der Frage einer möglichen Ungleichbehandlung bei der Berücksichtigung von Kindererziehungsleistungen auf der Beitragsseite und nicht auf der Leistungsseite führt das BVerfG in seinen Orientierungssätzen aus: *„Es ist mit dem Gleichheitssatz des Art. 3 Abs. 1 GG auch iVm Art. 6 Abs. 1 GG, vereinbar, wenn der Gesetzgeber, der bei der Gestaltung sozialer Sicherungssysteme einen großen Gestaltungsspielraum hat, die Erziehungsleistung von Eltern auf der Leistungsseite nicht berücksichtigt, obwohl diese langfristigen Einfluss auf die Höhe der Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung hat. Es ist gerade Ausdruck des solidarischen Ausgleichs durch die Pflegeversicherung, Pflegeleistungen für solche Menschen zur Verfügung zu stellen, die nicht auf pflegende Familienangehörige zurückgreifen können“.*

Weiter führt das BVerfG aus: *„Insgesamt müssen weniger Beitragszahler die Pflege der älteren Generation finanzieren und die Kosten der Kindererziehung tragen. Ein gleicher Versicherungsbeitrag führt damit zu erkennbarem Ungleichgewicht zwischen dem Gesamtbeitrag der Eltern (Kindererziehung und Geldbeitrag) und dem Geldbeitrag der Kinderlosen. Die hieraus resultierende Benachteiligung der Eltern ist im Beitragsrecht auszugleichen. ... Es bleibt dem Gesetzgeber überlassen, wie er die Betreuungs- und Erziehungsleistung bei der Beitragsbemessung von beitragspflichtigen Versicherungen mit Kindern berücksichtigt. Allerdings ist er von Verfassung wegen verpflichtet, eine Lösung zu wählen, die Unterhaltsverpflichtete bereits ab dem ersten Kind relativ entlastet.“*

Auch hier wären wiederum **zwei Möglichkeiten** denkbar gewesen: zum einen hätte eine Entlastung dadurch erfolgen können, dass Versicherte mit Kind/ern ausgehend vom heutigen Beitrag entlastet worden wären und einen geringeren Beitrag hätten zahlen müssen. Angesichts der finanziellen Lage der Pflegeversicherung hat der Gesetzgeber die nun zum 01.01.2005 eingreifende Neuregelung geschaffen und Kinderlose mit einem Beitragszuschlag von 0,25 % zum Pflegeversicherungsbeitrag bestraft.

Ob es sich bei dieser „Bestrafung“ um eine rechtswidrige Gestaltung handelt, muss geprüft werden. Anzumerken ist jedoch, dass das BVerfG dem Gesetzgeber auch auf der Beitragsseite ausdrücklich einen weiten Ermessensspielraum eingeräumt hat.

Nach Veröffentlichung des Urteils wurde in der sozialpolitischen Diskussion die Frage erörtert, ob auch in anderen sozialen Sicherungssystemen, wie zum Beispiel in der gesetzlichen Rentenversicherung aufgrund des Urteils eine Notwendigkeit besteht, **eine beitragsrechtliche Differenzierung zwischen kindererziehenden und kinderlosen Pflichtbeitragszahlern in die Gesetzliche Rentenversicherung** zu übertragen.

Im Urteil ist dazu ausgeführt: *„Wenn aber ein soziales Leistungssystem ein Risiko abdecken soll, das vor allem die Altengeneration trifft, und seine Finanzierung so gestaltet ist, dass sie im Wesentlichen nur durch das Vorhandensein nachwachsender Generationen funktioniert, die jeweils im erwerbsfähigen Alter als Beitragszahler die mit den Versicherungsfällen der vorangegangenen Generation entstehenden Kosten mittragen, dann ist für ein solches System nicht nur der Versicherungsbeitrag, sondern auch die Kindererziehungsleistung konstitutiv.“*

ver.di ist der Ansicht, dass das Pflegeversicherungsurteil des BVerfG vom 03.04.2001 nicht auf die Gesetzliche Rentenversicherung übertragen werden kann. Auch wenn beide Systeme auf der Beitragsseite durch Anbindung an das Arbeitsentgelt ähnlich gestaltet sind, unterscheiden sie sich auf der Leistungsseite ganz wesentlich. Die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung hängen nicht von der Höhe der gezahlten Beiträge, sondern vom medizinischen bzw. pflegerischen Bedarf ab. Durch das Äquivalenzprinzip der Gesetzlichen Rentenversicherung bemisst sich der Zahlungsbetrag der Rente jedoch an den eingezahlten Beträgen. Durch soziale Ausgleichselemente profitieren Familien und Erziehende. Dies führt dazu, dass relativ gesehen, Familien für eine geringere Beitragsbelastung bereits heute höhere Leistungen erhalten als kinderlose Beitragszahlerinnen und Beitragszahler. Nur ein Teil der Familienleistungen werden direkt vom Bund finanziert. Die Gesetzliche Rentenversicherung beinhaltet bereits generative Elemente, wie zum Beispiel die Hinterbliebenenrenten, die von den Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern aufgebracht werden. Eine „Bestrafung von Kinderlosen“ würde das Vertrauen in die Gesetzliche Rentenversicherung schwächen, die „Rendite für Kinderlose“ gänzlich unattraktiv machen, und wäre auch aus verfassungsrechtlicher Sicht höchst bedenklich (siehe auch ver.di-Broschüre „Zukunft der Rente“, Seite 21/22). Zu den Familienleistungen in der Gesetzlichen Rentenversicherung siehe auch den Aufsatz „Gleichstellung von Frauen und Männern in der Alterssicherung“ unter A, IV, 2).

Aus Sicht von ver.di besteht auch in der Gesetzlichen Krankenversicherung keine Notwendigkeit, über die dort schon verankerten beitrags- und leistungsrechtlichen Regelungen zugunsten von Familien mit Kindern hinausgehend neue Regelungen zu treffen. Ein Vergleich zwischen Gesetzlicher Krankenversicherung und sozialer Pflegeversicherung macht deutlich, dass es zwischen beiden Versicherungen erhebliche Unterschiede in den rechtlichen Ansprüchen und den finanziellen Lasten bei Mitgliedern mit Kindern und bei Mitgliedern ohne Kindern gibt. Besonders darauf hinzuweisen ist, dass in der Gesetzlichen Krankenversicherung Familienangehörige (Ehegatten und Kinder) bereits beitragsfrei mitversichert sind und die Gesetzliche Krankenversicherung eine Reihe spezifischer Leistungen für Kinder, wie zum Beispiel die Vorsorgeuntersuchungen zur frühzeitigen Erkennung von Erkrankungen und zur Vermeidung von Entwicklungsstörungen bereits beinhaltet.



Hinweis:

Zum Thema „Zukunft der Pflege“ hat der Bereich Sozialpolitik eine Informations- und Diskussionsbroschüre herausgegeben, die unter sopo@verdi.de angefordert werden kann.

Im Bereich der Gesetzlichen Unfallversicherung kommt eine Entlastung von Versicherten, die Kinder erziehen, auf der Beitragsseite deshalb nicht in Betracht, weil die Finanzierung der Umlage allein durch die Arbeitgeber erfolgt und weder ein Risiko abgedeckt wird, das vor allem die ältere Generation trifft, noch die Kindererziehungsleistung in diesem sozialen Leistungssystem konstitutiv ist.

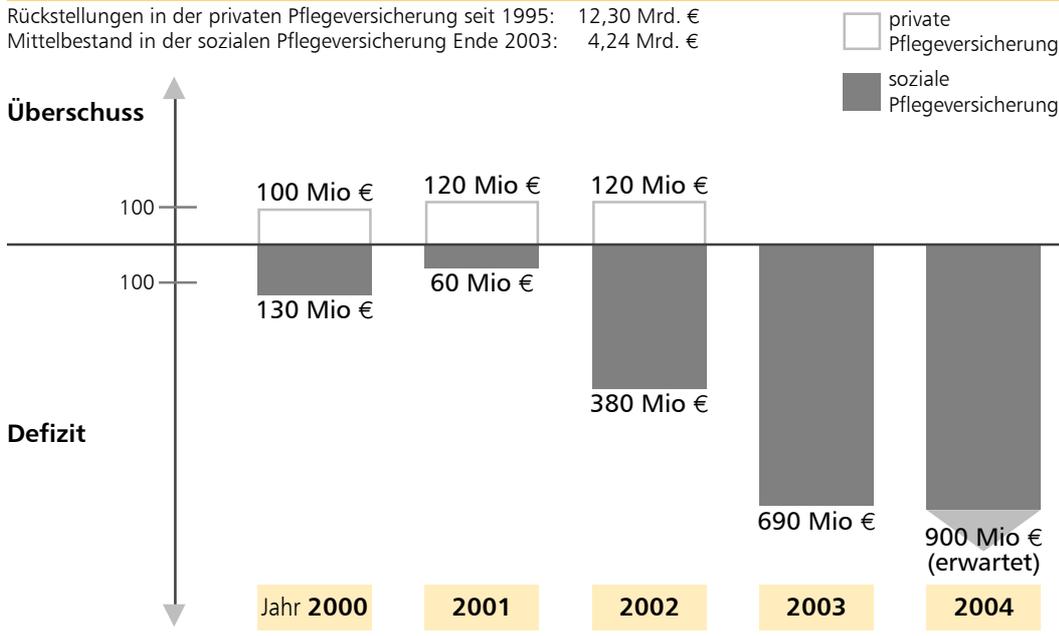
Auch in der gesetzlichen Arbeitslosenversicherung kann eine Übertragung der Grundsätze des Pflegeversicherungsurteils nach Ansicht von ver.di nicht erfolgen, da nach Ansicht des Bundesverfassungsgerichts die Erziehungsleistung nur dann eine konstitutive Bedeutung für die Funktionsfähigkeit eines sozialen Sicherungssystems hat, wenn durch ein Umlageverfahren ein regelmäßig in höherem Alter auftretendes Lebensrisiko finanziert wird. Dies liegt bei der Arbeitslosenversicherung nicht vor.

Vielmehr muss nach Ansicht von ver.di die stärkere Berücksichtigung von Erziehungsleistungen als gesamtgesellschaftliche Aufgabe aus Steuermitteln finanziert werden. (J.K.)

II. Reform der sozialen Pflegeversicherung

Einnahmen- und Ausgabenüberschuss (Defizit) in der sozialen Pflegeversicherung und in der privaten Pflegeversicherung

Rückstellungen in der privaten Pflegeversicherung seit 1995: 12,30 Mrd. €
 Mittelbestand in der sozialen Pflegeversicherung Ende 2003: 4,24 Mrd. €



Quelle:

Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung vom 4.11.2004, BT-Drucksache 15/4125; eigene Darstellung.

Die im Jahr 1995 eingeführte Pflegeversicherung hat mit finanziellen Problemen zu kämpfen. Während in den Jahren bis 1998 noch finanzielle Überschüsse erzielt wurden, übersteigen seit 1999 die Ausgaben die Einnahmen. Das Defizit im Jahr 2002 belief sich auf rund 430 Mio. €, im Jahr 2003 auf rund 700 Mio. € und für das Jahr 2004 wird mit einem Defizit von rund 900 Mio. € gerechnet. Die aktuellen Finanzprobleme sind der derzeitigen Einnahmeproblematik aller

Sozialversicherungssysteme geschuldet und kein spezifisches Problem der sozialen Pflegeversicherung. Es wirken sich aber auch hier – wie in der Gesetzlichen Krankenversicherung – die sogenannten Verschiebepahnhöfe (z.B. Kürzung der Beitragsbemessungsgrundlage für Arbeitslose) aus. Hinzu kommen aber auch – positiv zu bewertende – kleinere Leistungsverbesserungen (z. B. für Demente). Weiterhin muss berücksichtigt werden, dass die Zahl der Leistungsempfänger/innen in 2003 (rund 2 Mio.) schon deutlich über der Zahl liegt, die man bei Einführung der Pflegeversicherung für das Jahr 2010 prognostiziert hatte. Durch den Beitragszuschlag für Kinderlose (siehe A.III.3.) werden jährliche Mehreinnahmen von ca. 700 Mio. € erwartet.

Ganz anders sieht die aktuelle Finanzsituation in der privaten Pflegeversicherung aus: Aufgrund der (kostengünstigeren) Mitgliederstruktur konnten deutlich größere Finanzreserven aufgebaut werden. Im Jahr 2002 hat die soziale Pflegeversicherung ca. 246 € je Versicherten und die private Pflegeversicherung nur ca. 57 € je Versicherten aufbringen müssen. Während sich die Kapitalrücklagen der privaten Pflegeversicherung zwischenzeitlich auf über 10 Mrd. € belaufen, werden die Rücklagen der sozialen Pflegeversicherung – ohne Reformen – ab 2006 aufgezehrt sein. Auch die demographische Entwicklung wird eine Herausforderung für die Pflegeversicherung der Zukunft sein. Denn bis zum Jahr 2030 wird die Anzahl pflegebedürftiger Menschen auf etwa 3,1 Mio. ansteigen.

	soziale Pflegeversicherung	private Pflegeversicherung
Anteil der Pflegebedürftigen in der Mitgliedschaft in %	2,7 %	1,3 %
Aufgebrachter Betrag pro Versicherten in 2002	246 €	57 €
Einnahmen pro Versicherten in 2002	240 €	227 €

Dies und zahlreiche weitere Problemaspekte machen es erforderlich, die in der nächsten Legislaturperiode anstehende Reform der Pflegeversicherung in und mit der Mitgliedschaft zu diskutieren. Im März wird deshalb von Seiten des DGB ein Einstieg in diese Diskussion mit der Frage „Bürgerversicherung in der Pflegeversicherung?“ begonnen werden. Die Pflegeversicherung wird eines der großen Reformprojekte der nächsten Jahre sein. (J.K.)



Die ver.di-Positionen

zur anstehenden Reform lassen sich folgendermaßen skizzieren:

- Beibehaltung der im Umlageverfahren finanzierten, beitragsorientierten und eigenständigen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit.
- Erweiterung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit im Sinne eines ganzheitlichen Ansatzes, der die biologischen, psychischen, instrumentellen und sozialen Dimensionen des Verlusts an körperlicher oder geistiger Leistungskompetenz umfasst.
- Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung auf Grundlage von Inflationsrate und Grundlohnsummensteigerung.
- Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben, wie z.B. die beitragsfreie Mitversicherung von Ehepartnern und Kindern sowie die Umsetzung des Pflegeurteils des Bundesverfassungsgerichtes aus Steuermitteln durch den Bund.
- Auf- bzw. Ausbau eines differenzierten Versorgungssystems und familienzentrierter Hilfen, die im Hinblick auf die komplexen Bedarfssituationen in der Pflege eine integrierte Versorgung ermöglichen.
- Schaffung eines umfassenden Qualitätssicherungskonzeptes zur Erreichung der zentralen Ziele von Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung.
- Stärkung der häuslichen Pflege durch:
 - Einführung einer regionalen Bedarfsplanung zur Schaffung einer flächendeckenden Pflegeinfrastruktur,
 - gesicherte Finanzierung einer regelmäßigen, professionellen Unterstützung von pflegenden Angehörigen.
- Reduzierung des Risikos der Pflegebedürftigkeit durch Stärkung des Grundsatzes „Prävention und Rehabilitation vor Pflege“ insbesondere durch effizientere Behandlung der großen Volkskrankheiten. (U.T.)

F. Arbeitsmarktpolitik

Zum 1.1.2005 wird die Arbeitslosenhilfe abgeschafft und durch ein so genanntes Arbeitslosengeld II (Alg II) ersetzt. Dabei werden Leistungen teilweise massiv gekürzt, Pflichten verschärft, drakonische Strafen eingeführt und schließlich sollen auch Löhne deutlich unter Tarif oder dem ortsüblichen Niveau zumutbar sein.

Dies lehnen die DGB-Gewerkschaften ab. Sie setzen sich auch weiterhin dafür ein, dass die beschlossenen Verschlechterungen korrigiert werden.

Folgende Änderungen ergeben sich für Arbeitslose ab Anfang 2005:

Hartz und die Frauen

Auswirkungen und politische Bewertung der Arbeitsmarktreformen auf Frauen – Siehe: A.IV. Sozialpolitik für Frauen und D.I.1. Mit Hartz in Rente

Hartz IV – Betroffene, Auszahlungen, Unterhaltspflichten, SozialhilfeempfängerInnen, Vorsorge und Zuschläge

Wer fällt in den Regelungsbereich des vierten Hartz-Gesetzes?

- Betroffen sind Personen,
- die zwischen 15 und 64 Jahre alt sind,
 - die täglich mehr als 3 Stunden arbeitsfähig sind,
 - die „bedürftig“ sind: d.h. die nur geringe oder keine Einkünfte sowie nur sehr geringe Sparguthaben haben und
 - die in Deutschland leben.
- Das sind in der Regel Personen,
- die bis zum Dezember 2004 Arbeitslosen- bzw. Sozialhilfe bezogen haben oder
 - die zukünftig aus dem Bezug des Arbeitslosengeldes (Alg I) herausfallen. Das Alg I wird ab dem 31.1.2006 in der Regel nur noch für höchstens 12 Monate gezahlt. Lediglich Personen, die mindestens 56 Jahre alt sind, können Alg I ggf. 18 Monate lang erhalten.

Wie unterscheiden sich das Arbeitslosengeld I und das Arbeitslosengeld II voneinander?

- Das beitragsfinanzierte Arbeitslosengeld (Alg I) ist eine befristet gewährte Versicherungsleistung, die ArbeitnehmerInnen bei Verlust ihres Arbeitsplatzes vor dem völligen Einkommensausfall schützen soll. Geregelt ist das im SGB III.
- Das steuerfinanzierte Arbeitslosengeld II (Alg II) ist als Fürsorgeleistung das unterste Auffangnetz der Solidargemeinschaft für all jene, die ihren Lebensunterhalt nicht aus eigener Kraft bestreiten können. Das einschlägige Gesetz ist das SGB II.

Wie viele Menschen betrifft das SGB II?

- 800.000 - 900.000 der 2,18 Millionen Sozialhilfeempfänger/innen gelten als erwerbsfähig und erhalten nun statt der Sozialhilfe das Arbeitslosengeld II.
- Die nicht erwerbsfähigen Sozialhilfeempfänger/innen erhalten eine Grundsicherung, die sich nach dem SGB XII bestimmt.
- Außerdem können die 2,1 Millionen ehemaligen Bezieher/innen von Arbeitslosenhilfe das neue Arbeitslosengeld II erhalten, sofern sie bedürftig sind.

Wird der Übergang vom Arbeitslosengeld I zum Arbeitslosengeld II abgefördert?

- Ja, der Übergang wird mit einem befristeten Zuschuss abgefördert. Dieser gleicht im ersten Jahr zwei Drittel, im zweiten Jahr ein Drittel zwischen Arbeitslosengeld I und Arbeitslosengeld II aus. Der Zuschlag ist im ersten Jahr auf 160 Euro je Person und Monat gedeckelt; für jedes Kind gibt es zusätzlich bis zu 60 Euro. Im zweiten Jahr wird der Zuschlag halbiert, im dritten Jahr ganz gestrichen.

Fallen die Betroffenen mit dem Alg II ins Bodenlos?

- Nein, sie erhalten eine Grundsicherung etwa in Höhe des früheren Sozialhilfesatzes. Der früher bezogene Lohn spielt allerdings keine Rolle mehr. Dies führt zu einer starken Absenkung der Einkommen von Personen, die früher einmal sehr gut verdient hatten. Bei der Arbeitslosenhilfe war das noch anders, denn die hatte sich am zuvor bezogenen Lohn orientiert.

Ist Hartz IV besonders ein Problem in Ostdeutschland?

Der prozentuale Anteil der Bezieher/innen von Arbeitslosenhilfe war im Osten höher als im Westen. Auch der Anteil von Alg-II-Bezieher/innen ist proportional gesehen höher.

Um derartige Nachteile auszugleichen, erhalten die Ost-Bundesländer in gesondertem Maße Mittel für aktive Arbeitsmarktmaßnahmen. Der Anteil der insgesamt betroffenen Bedarfsgemeinschaften liegt in Ostdeutschland bei etwa 17 Prozent. Demgegenüber gehen statt der ursprünglich vorgesehenen Quote von 36 Prozent unverändert 41 Prozent der Mittel für die aktive Arbeitsmarktpolitik in den Osten.

Auch Eingliederungsleistungen fließen überdurchschnittlich in die Ost-Länder: von insgesamt 1,3 Mrd. Euro stehen den neuen Ländern knapp 38 Prozent zur Verfügung. Die Mittel für Wiedereingliederung ins Arbeitsleben gehen an Regionen mit mehr als 15 Prozent Arbeitslosigkeit. Dies betrifft – neben wenigen Ballungsräumen im Westen – überwiegend die neuen Länder.

Was ändert sich für ArbeitslosenhilfebezieherInnen?

Im Einzelfall sind die Unterschiede gravierend, im statistischen Durchschnitt sind sie nicht so groß.

Grundsätzlich gesehen stehen sich die ehemaligen Arbeitslosenhilfeempfänger/innen schlechter. Die Geldleistungen liegen tendenziell unter ihrem bisherigen Niveau. Das Vermögen des Partners / der Partnerin wird viel restriktiver mit berücksichtigt. Auch für die Rentenversicherung wird künftig kein einkommensabhängiger Betrag, sondern nur noch ein geringer Betrag gezahlt, der sich an einem Bruttolohn von 400 Euro bemisst.

Die Kriterien für die Vermögensanrechnungen bleiben gegenüber der bisherigen Arbeitslosenhilfe-Verordnung von 2003 fast unverändert; die Verschlechterung liegt also schon hinter uns. Eine Ausnahme bilden die Freibeträge für die Altersvorsorge, die sich erhöhen.

Was ändert sich für SozialhilfeempfängerInnen?

Im Wesentlichen gibt es nur wenige wichtige Veränderungen, denn das Alg II entspricht überwiegend der früheren Sozialhilfe. Manche Personen werden besser gestellt, andere (insbesondere Familien mit jugendlichen Kindern) eher schlechter.

Es gibt einige sehr deutliche Verbesserungen: Vor allem wird jetzt in der Regel nicht mehr auf das Vermögen von Eltern bzw. Kindern zurückgegriffen, um den Unterhalt der Kinder bzw. der Eltern zu bestreiten.

Die Kriterien für die Vermögensanrechnung sind beim Alg II großzügiger als bei der Sozialhilfe. Jede/r erwerbsfähige Hilfebedürftige darf nun ein eigenes Kraftfahrzeug besitzen (das war früher nur selten möglich). Erwerbslose mit Kindern und Geringverdiener können mit den neuen Hinzuverdienstgrenzen ihre Alg-II-Berechtigung verbessern.

Viele Menschen sind von 2005 an erstmals kranken-, pflege- und rentenversichert; nur zur Arbeitslosenversicherung zahlt der Bund keine Beiträge. Früher kamen die Sozialämter für alles selbst auf.

Außerdem stehen nun die Leistungen der Arbeitsagenturen (Beratung, Vermittlung, Beschäftigungsförderung und Weiterbildung) offen. Bisher hatten die Betroffenen nur Zugang zu kommunalen Beschäftigungsmaßnahmen.

Wie hoch sind die neuen Geldleistungen?

Der so genannte Regelsatz beim Arbeitslosengeld II beträgt pro Monat:

für eine (alleinstehende) Person über 18 Jahren:

im Westen 345 Euro bzw.

im Osten 331 Euro.

für Paare pro Person 90 Prozent des Regelsatzes:

das sind zusammen im Westen 622 Euro bzw.

im Osten 596 Euro.

für Kinder im Alter von 15 bis 18 Jahren 80 Prozent:

im Westen 276 Euro bzw.

im Osten 265 Euro.

für Kinder bis 14 Jahre 60 Prozent vom Regelsatz:

im Westen 207 Euro bzw.

im Osten 199 Euro

Alle weiteren erwachsenen Personen in der Bedarfsgemeinschaft (z.B. die im Haushalt lebenden Eltern) erhalten ebenfalls 80 Prozent.

In besonderen Lebenslagen (z.B. Alleinerziehende, Schwangerschaft, Behinderte) gibt es prozentuale Zuschläge zum Regelsatz (siehe unten: Mehrbedarfe).

Außerdem werden die Miet- und Heizkosten für eine Unterkunft übernommen: bis zu 6 Monaten die tatsächlichen, danach nur, wenn die Wohnung „angemessen“ ist.

Hinzu kommen (in eingeschränktem Maße) einmalige Leistungen, etwa für Erstausstattungen bzgl. Wohnung und Kleidung oder für mehrtägige Klassenfahrten der Kinder.

Eventuell kommt dann noch der befristete Zuschlag nach dem Alg I hinzu.

Die Beiträge zur Sozialversicherung (RV, KV und PV) werden in der Regel vom Job-Center direkt abgeführt.

Welcher Wohnraum ist angemessen?

Das entscheiden die Kommunen und deren Praxis ist sehr unterschiedlich. Zur Orientierung: Angelehnt an die Sozialhilfepraxis können für einen Single 45 bis 50 Quadratmeter als angemessen erachtet werden. Pro Person kann man allgemein 15 Quadratmeter hinzurechnen: Für ein Paar sind es also 60 Quadratmeter (2 Zimmer) und für drei Personen 75 Quadratmeter (3 Zimmer), für vier Personen 85 bis 90 Quadratmeter (4 Zimmer). Für jede weitere Person kommen 10 Quadratmeter oder ein Wohnraum hinzu. Für eine selbstgenutzte Eigentumswohnung betrachtet die BA 120 Quadratmeter als angemessen (unabhängig von der Bewohnerzahl); für ein Haus liegt die Grenze bei 130 Quadratmetern.

Zu den Unterkunftskosten zählen bei selbstgenutztem Eigentum auch die damit verbundenen Belastungen wie Grundsteuer (Grundstück: Land 800 und Stadt 500 qm), Versicherung und Nebenkosten, Hypothekenzinsen, nicht aber Tilgungsraten.

Müssen Arbeitslosengeld-II-Bezieher/innen in Plattenbauten umziehen?

Mit Massenumzügen ist in den ersten Monaten des Jahres 2005 nicht zu rechnen, da bis zu sechs Monate lang die tatsächlichen Unterkunftskosten beglichen werden können, auch wenn sie überdurchschnittlich sind. Ab dem Sommer 2005 dürfte sich die Lage verändern. Für etwa 20 % der Betroffenen dürfte ein Umzug auf der Tagesordnung stehen (je nach Haltung der Kommunen).

Bei selbst genutztem Wohneigentum kann – wenn die Angemessenheitsgrenzen überschritten werden – ein Verkauf oder die Untermietung zumutbar werden.

Wann werden die neuen Geldleistungen ausgezahlt?

Die Sozialhilfe wurde bisher am Monatsanfang, die Arbeitslosenhilfe am Monatsende ausgezahlt.

Das Arbeitslosengeld II wird ab Januar 2005 am Monatsanfang ausgezahlt, unabhängig davon, ob die EmpfängerInnen andere Leistungen am Ende des Vormonats erhalten haben.

Welche Zuschläge gibt es für Mehrbedarfe?

Werdende Mütter erhalten einen Mehrbedarfzuschlag von monatlich 58 Euro im Westen bzw. 56 Euro im Osten (17 Prozent der Regelleistung).

Alleinerziehende mit minderjährigen Kindern bekommen ebenfalls einen Zuschlag (je nach Kinderzahl und -alter, oftmals etwa 40 Prozent der Regelleistung).

Für Behinderte beträgt der Zuschlag 35 Prozent des Regelsatzes (das sind im Westen 120 Euro und im Osten 115 Euro). Auch der Mehrbedarf für medizinische Ernährung wird erstattet.

Eltern, die mit ihren Einkünften zwar ihren eigenen Lebensunterhalt, nicht aber den ihrer Kinder bestreiten können, erhalten längstens 36 Monate lang einen Kinderzuschlag von bis zu 140 Euro je Monat und Kind.

Wieviel Vermögen dürfen Betroffene behalten?

Dem erwerbsfähigen Hilfsbedürftigen, seinem Partner und jedem Kind stehen ein Grundfreibetrag von 200 Euro je Lebensjahr zu, je Person aber mindestens 4.100 und höchstens 13.000 Euro.

Hinzu kommt ein Freibetrag von 750 Euro pro Person für notwendige Anschaffungen (z.B. Kühlschrank, Wohnungsrenovierung).

Außerdem werden weder der Hausrat noch der PKW angerechnet, wenn sie angemessen sind. Auch eine selbstgenutzte Eigentumswohnung oder ein selbstgenutztes Haus werden nicht angerechnet, sofern diese angemessen sind (siehe oben).

Die Freibeträge für die Sozialhilfe lagen deutlich niedriger: 1.279 Euro für den Hilfebezieher, 614 Euro für den Partner und 256 Euro für jedes Kind.

Was passiert mit dem Vermögen, das der Altersvorsorge dient?

Das gesamte Altersvorsorgevermögen aus der so genannten Riester-Rente bleibt innerhalb der Fördergrenzen unangetastet. Die Förderung gibt es erst 2 Jahre und es lässt sich nicht beliebig viel Geld in die Riester-Rente stecken - für zwei Jahre sind das bislang etwa 1500 €.

Für Kapitalrentenversicherungen, die ausschließlich der Altersvorsorge dienen und nicht vor dem Ruhestand ausgezahlt werden, können Arbeitslosengeld-II-Empfänger/innen und seine/ihre Partner/innen einen zusätzlichen Freibetrag von 200 Euro je Lebensjahr, höchstens aber 13.000 Euro je Person geltend machen. Wer vor dem 1. Januar 1948 geboren ist, hat Anspruch auf einen erhöhten Freibetrag von 520 Euro je Lebensjahr (also bis zu einer Höchstgrenze von 33.800 Euro).

Lebensversicherungsverträge müssen entsprechend als Rentenversicherungen umgewidmet werden (Verwertungsausschluss) oder teilweise aufgelöst werden.

Nur den Betrag des Rückkaufwertes, der über diese Freibeträge hinausgeht, müssen die Betroffenen aufbrauchen, bevor sie Arbeitslosengeld II beziehen können. Eine Auflösung von Versicherungen ist nur dann zumutbar, wenn dem Betroffenen dadurch nicht ein Verlust von mehr als 10 Prozent der eingezahlten Beträge entsteht. Hier stellt sich indes die Frage der Gewährung des Alg II als Darlehen.

Was passiert mit den Sparbüchern und Ausbildungsversicherungen der Kinder?	<p>Der Freibetrag zum Schutz der Sparvermögen der Kinder in Höhe von 4.100 Euro gilt vom ersten Lebensjahr an. Mit diesen Freibeträgen ist auch der Schutz der Ausbildungsversicherungen abgegolten.</p> <p>Außerdem hat jedes Mitglied der Bedarfsgemeinschaft, also auch jedes Kind, Anspruch auf den weiteren Freibetrag von 750 € (siehe oben).</p>
Wer muss Unterhalt leisten?	<p>Bei der Berechnung des Arbeitslosengeldes II werden nur Einkommen und Vermögen der Bedarfsgemeinschaft (z.B. Ehe, eingetragene Partnerschaften) in Betracht gezogen. Jugendliche bilden ab 18 Jahren grundsätzlich eine eigene Bedarfsgemeinschaft. Dadurch wird auf das Vermögen von Eltern bzw. Kindern in der Regel nicht mehr zurückgegriffen, um den Unterhalt der Kinder bzw. Eltern zu bestreiten (siehe oben). Tatsächlich greift dies auch, wenn Eltern und Kinder nicht mehr in einer Haushaltsgemeinschaft zusammenleben.</p>
Wer berechnet das alles?	<p>Seit Juli 2004 hat die Bundesagentur für Arbeit Millionen von 16-seitigen Fragebögen versandt und bearbeitet. Die gut 3 Millionen Anträge wurden von den Mitarbeiter/inne/n von Hand in die Computer der Arbeitsverwaltung eingegeben, die dann die Leistungen berechnen.</p>
Wer ist der konkrete Ansprechpartner?	<p>Langzeitarbeitslose sollen künftig Hilfen aus einer Hand in den sogenannten Job-Centern erhalten. Die Arbeitsagenturen und Sozialämter sollen dazu Arbeitsgemeinschaften bilden.</p> <p>Jede/r Betroffene soll einen persönlichen Ansprechpartner erhalten, den/die sogenannte/n Fallmanager/in, der/die auch über weitere Leistungen entscheidet.</p>
Wieviel darf man hinzuverdienen?	<p>Wer eine Arbeitsgelegenheit annimmt, erhält zusätzlich zum Arbeitslosengeld II eine Aufwandsentschädigung für den mit der Maßnahme verbundenen Mehraufwand. Das sind (je nach Aufwand) ein bis zwei Euro je Stunde. Von der Mehraufwandsentschädigung sind die entstehenden Kosten zu tragen (z.B. An- und Abfahrt). Der dann noch verbleibende Rest wird vom Alg II nicht abgezogen.</p> <p>Eine Arbeitsgelegenheit gilt nicht als Arbeitsverhältnis. Sie soll für die Dauer von 6 Monaten täglich 6 Stunden lang ausgeübt werden. Das bedeutet im Monat durchschnittlich 130 Stunden bzw. 130 €. Davon könnte etwa die Hälfte (ggf. 65 € im Monat) bei der betroffenen Person verbleiben.</p> <p>Einkünfte aus einem Arbeitsverhältnis bzw. aus freiberuflicher Arbeit werden auf das Arbeitslosengeld II angerechnet. Das Berechnungsverfahren ist sehr kompliziert. Grob gesagt verbleiben bei der betroffenen Person in der Regel zwischen 10 % und 20 % des arbeitsvertraglichen Bruttolohns bzw. des freiberuflich erwirtschafteten Einkommens.</p> <p>Das entsprechende Berechnungsverfahren sieht zunächst die Errechnung eines Nettoeinkommens vor. In einem komplexen Verfahren werden von einem Betrag bis 400 Euro 15 Prozent, von 401 bis 900 Euro 30 Prozent und von 901 bis 1500 Euro wiederum 15 Prozent als Freibetrag gewährt, der den Alg-II-Bezieher/innen zusätzlich verbleibt. Ab 1.500 € wird jeder hinzuverdiente Euro vollständig auf das Arbeitslosengeld II angerechnet.</p> <p>In der Sozialhilfe war letzteres bisher schon von einem Brutto-Einkommen von 691 Euro an möglich. Bei der Arbeitslosenhilfe galt bislang ein Freibetrag von 165 €, der überhaupt nicht angerechnet wurde; erst danach begann die Anrechnung. Diesen Freibetrag wird es zukünftig nur noch beim Alg I geben.</p>
Welche Arbeiten sind zumutbar?	<p>Grundsätzlich ist jede Arbeit zumutbar – auch wenn sie nicht der früheren Ausbildung entspricht, die Bedingungen ungünstiger sind und der Arbeitsort weiter entfernt ist als bei der vorherigen Tätigkeit.</p> <p>Eine Arbeit ist nur dann nicht zumutbar, wenn sie sittenwidrig ist. Ein Lohn, der 30 Prozent oder mehr unter dem tarifvertraglichen Niveau oder entsprechenden ortsüblichen Vergütungsniveau liegt, ist sittenwidrig.</p> <p>Unzumutbar ist die Arbeitsaufnahme auch, wenn durch die Arbeit die Erziehung eines Kindes oder die Pflege von Angehörigen gefährdet ist, wenn der Bedürftige zu der Arbeit geistig, seelisch und körperlich nicht in der Lage ist, oder aus anderen wichtigen Gründen.</p>

Was ist mit Alleinerziehenden?

Alleinerziehende gelten grundsätzlich als erwerbsfähig. Ob eine Erwerbstätigkeit vorübergehend unzumutbar ist (beispielsweise wegen der Erziehung eines Kindes unter drei Jahren), spielt bei der Bestimmung der Erwerbsfähigkeit selbst zunächst keine Rolle. Jedoch kann die Aufnahme von Arbeit dann unzumutbar sein, wenn kein entsprechender Kindergartenplatz vorhanden ist.

Welche Regelungen gelten für Jugendliche bis 25 Jahren?

Auch alle Arbeitslosengeld-II-Empfänger/innen unter 25 Jahren haben einen Anspruch auf Vermittlung in eine Arbeit, eine Lehrstelle, einen Praktikumsplatz oder eine gemeinnützige Arbeitsgelegenheit. Für unter-25-jährige sind die Sanktionsmaßnahmen schärfer: Lehnen sie ein Beschäftigungs- oder Qualifizierungsangebot ab, werden ihnen die Geldleistungen drei Monate lang komplett gestrichen.

Lediglich die Miete und Heizkosten werden direkt an den Vermieter gezahlt. Auch haben sie weiterhin Anspruch auf alle Beratungs- und Eingliederungsleistungen. Zudem können ergänzend sach- oder geldwerte Leistungen erbracht werden.

Die DGB Gewerkschaften haben die Hartz-Gesetzgebung kritisch und zugleich konstruktiv begleitet.

Um die Konsequenzen der Neuregelungen umfassend bewerten zu können, ist eine grundlegende Betrachtung sowohl der arbeitsmarkt- und beschäftigungspolitischen Effekte als auch der gesellschaftspolitischen Auswirkungen notwendig. *ver.di* wird gemeinsam mit dem DGB auch den Monitoringprozess zu Hartz IV begleiten.

Auch im Hinblick auf ein für Mitte Februar 2005 vorgesehenes Gespräch zwischen dem Bundeskanzler und den Vorsitzenden der Gewerkschaften werden die Gewerkschaften selbst eine Evaluierung vornehmen.

In einem ersten Schritt werden zu grundlegenden Fragen Informationen zusammengetragen. Von besonderem Interesse sind die Entwicklungen:

- zur Bildung von Arbeitsgemeinschaften,
- zur Langzeitarbeitslosigkeit in den Regionen der optierenden Kommunen/Kreise,
- zur Einschätzung der Fähigkeit der optierenden Kommunen, eine umfassende Betreuung von Alg II-EmpfängerInnen sicherstellen zu können,
- zur Vereinbarungen zwischen Agenturen und Trägern über Projekte öffentlich geförderter Beschäftigung generell und der Ein-Euro-Jobs im Besonderen sowie zu Projekten für Jugendliche,
- zu den Vorbereitungen zum Fallmanagement und einem verbesserten Personalschlüssel,
- zur Planung von Beiräten bei Arbeitsgemeinschaften und den optierenden Kommunen sowie
- zu den Erfahrungen in Betrieben und Verwaltungen hinsichtlich der erwarteten Rückwirkungen. (U.T.)

Tipp: *ver.di*-Broschüre „Wie soll ich mich entscheiden?“



Aktuelle und gut aufbereitet zu diesem Thema lohnt sich ein Blick in die „111 Tipps zu Arbeitslosengeld und Sozialgeld“, Bund-Verlag 2005, 9,80 €.

G. Arbeitsschutz und Unfallverhütung

I. Betriebssicherheit

Am 08.10.2004 wurde vom Ausschuss für Betriebssicherheit (ABS) nach langer Diskussion die erste Technische Regel zur Betriebssicherheit verabschiedet. Es handelt sich hierbei um die TRBS 1203 „Befähigte Personen“, die mittlerweile auch im Bundesanzeiger veröffentlicht ist (18.11.2004, S. 23797-23798).

Strittig war die von ver.di geforderte Verankerung eines Nachteilsverbotes ähnlich wie bei den Sicherheitsbeauftragten. Im Ergebnis konnte man sich auf folgende Formulierung einigen: *„Die befähigte Person unterliegt bei ihrer Prüftätigkeit keinen fachlichen Weisungen und darf wegen dieser nicht benachteiligt werden.“*

Sehr intensive Diskussionen gab es auch zur Vorbemerkung. Hier hatten die Gewerkschaften vor allem darauf gedrängt, dass die bisherige Nachweispflicht des Betriebes gegenüber den Behörden bei der Einhaltung des Standes der Technik gewahrt bleibt. Anlass der Kritik waren Formulierungen im Entwurf, die impliziert hätten, dass Betriebe von den Technischen Regeln abweichende Maßnahmen selber hätten als gleichwertig „definieren“ können und die Aufsichtsbehörden wären dann in der Pflicht, die Nichterfüllung der Anforderungen der Verordnung nachweisen zu müssen. Dies hätte wiederum große Vollzugsprobleme und Rechtsunsicherheiten zur Folge gehabt. Auch hier konnte im Ergebnis ein Kompromiss erzielt werden, der in der o.g. Sitzung des ABS einstimmig beschlossen wurde. Der betreffende Passus lautet nun:

„Bei Anwendung der beispielhaft genannten Maßnahmen kann der Arbeitgeber insoweit die Vermutung der Einhaltung der Vorschriften der BetrSichV für sich geltend machen. Wählt er eine andere Lösung, hat er die gleichwertige Erfüllung der Verordnung schriftlich nachzuweisen.“

Weitere Entwürfe zu wichtigen Grundsatzregeln liegen vor. Zu nennen sind vor allem die TRBS 1110 „Gefährdungsbeurteilung“, in der die Vorgehensweise zur Ermittlung und Bewertung von Gefährdungen durch Arbeitsmittel und ihrer Wechselwirkungen mit Arbeitsumgebung, Arbeitsverfahren und Arbeitsstoffen beschrieben wird, und die TRBS 1002 „Anwendung der Technischen Regeln“, in der Hinweise zu Anwendung und Wirksamwerden der einzelnen TRBS und der Gliederung des Regelwerkes gegeben werden.

II. Arbeitsstätten

Am 9. Juli 2004 hat der Bundesrat den im Mai von der Bundesregierung vorgelegten Entwurf einer novellierten Arbeitsstättenverordnung (ArbStättV) bestätigt. Die Verordnung wurde daraufhin am 24. August im Bundesgesetzblatt veröffentlicht und ist am darauffolgenden Tag in Kraft getreten.

Im Gegensatz zur alten Verordnung werden jetzt keine Detailregelungen mehr genannt, sondern nur noch sehr allgemeine Schutzziele vorgegeben. Auf Druck des Bundesrates sind in der Endfassung auch die zentralen Paragraphen zur Gefährdungsbeurteilung und Unterweisung entfallen.

Bereits in der Sopo-Aktuell Nr. 25 vom 27. Mai 2004 hatte ver.di kritisiert, dass die Verordnung dazu führen wird, dass die Arbeitgeber diese einseitig zu ihren Gunsten und unter rein wirtschaftlichen Gesichtspunkten auslegen werden und dass dieses wiederum zu einem Anstieg von Arbeitsunfällen und arbeitsbedingten Erkrankungen führen wird.



Das ist dann die Folge davon, dass dem Arbeitgeber mit diesen allgemeinen Vorgaben eine Freiheit suggeriert wird, die er so gar nicht hat und die zu gefährlichen Fehleinschätzungen insbesondere hinsichtlich der haftungsrechtlichen Folgen führen kann. Im Grunde steigen sogar die Anforderungen an die Arbeitgeber. In einer ersten Bewertung durch ver.di in der Sopo-Aktuell Nr. 28 vom 12. Oktober 2004 wird ausgeführt, dass auch auf der Basis der neuen Arbeitsstättenverordnung das bisherige Niveau des Arbeits- und Gesundheitsschutzes erhalten werden kann und dass die Beteiligungsmöglichkeiten sogar erweitert sind.

Zentrales Instrument hierfür sind die Gefährdungsbeurteilung und Unterweisung gemäß § 5 und § 12 des Arbeitsschutzgesetzes (ArbSchG). Diese Paragraphen sind zwar in der ArbStättV entfallen und konterkarieren dadurch die bislang angestrebte Einheitlichkeit des gesamten Regelwerkes des Arbeitsschutzes, die übergeordneten Anforderungen des ArbSchG können dadurch jedoch nicht aufgehoben werden. Sie sind verbindlich umzusetzen.

Auch die Beteiligungsrechte der Betriebs- und Personalräte bei der Gefährdungsbeurteilung sind durch diese Nichterwähnung nicht berührt. Ganz in diesem Sinne hat das Bundesarbeitsgericht durch Beschluss vom 8.6.2004 festgestellt, dass *„die Vorschriften des ArbSchG über Gefährdungsbeurteilung (§ 5) und Unterweisung (§ 12) Rahmenvorschriften im Sinne des § 87 Abs. 1 Nr. 7 BetrVG sind, bei deren Ausfüllung durch betriebliche Regelungen der Betriebsrat mitzubestimmen hat.“*

In der genannten Sopo-Aktuell Nr. 28 wird weiter ausgeführt, dass die bisherigen Arbeitsstättenrichtlinien (ASR) für eine Übergangszeit von sechs Jahren so lange weitergelten, bis sie durch eine Technische Regel abgelöst werden. Da die ASR den bisherigen Stand der Technik und der arbeitswissenschaftlichen Erkenntnisse dieses Rechtsbereiches zusammenfassen, sind sie auch ohne direkte Bezugnahme zu einzelnen Paragraphen der neuen Verordnung zwingend anzuwenden.

Die Erarbeitung der Technischen Regeln soll in einem neuen Ausschuss erfolgen, der Anfang 2005 konstituiert wird und in dem für die Gewerkschaften drei Sitze vorgesehen sind. ver.di ist durch den Kollegen Artur Lau mit einem stellvertretenden Sitz vertreten.

III. Gefahrstoffe

Gefahrstoffverordnung

Das Bundeskabinett hat in seiner Sitzung am 17. November 2004 dem Entwurf einer *„Verordnung zur Anpassung der Gefahrstoffverordnung an die EG-Richtlinie 98/24/EG und andere EG-Richtlinien“* in der vom Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit (BMWA) vorgelegten Fassung zugestimmt. In diesem Entwurf wurden die insgesamt 74 Änderungsanträge, die der Bundesrat in seiner Sitzung am 24. September 2004 (Drucksache 413/04) zu dem Regierungsentwurf vom 12. Mai 2004 beschlossen hatte, im Wesentlichen eingearbeitet. Die abschließende Beschlussfassung des Bundesrates ist in der Zwischenzeit am 16. Dezember 2004 (Drucksache 915/04) erfolgt, am 29. Dezember ist die Verordnung im Bundesgesetzblatt veröffentlicht und zum 1. Januar 2005 in Kraft gesetzt worden. Da es sich hierbei um eine Artikelverordnung handelt, sind neben der Novellierung der Gefahrstoffverordnung (Artikel 1) noch 14 weitere Verordnungen angepasst bzw. geändert worden.

Mit der nun vorliegenden Gefahrstoffverordnung ist ein mehrjähriger Diskussions- und Verhandlungsprozess zur erforderlichen Umsetzung mehrerer EG-Richtlinien zum Arbeitsschutz zum Abschluss gebracht worden. Kritiken von ver.di an den zwischenzeitlich vorgelegten Entwürfen sind in den vorigen Ausgaben der Sopo-Information nachzulesen.

Bezüglich der verabschiedeten Gefahrstoffverordnung ist zunächst positiv hervorzuheben, dass sie im Vergleich z.B. zur Arbeitsstättenverordnung praxisnäher und deutlich besser handhabbar ist und vor allem mit dem § 7 „*Informationsermittlung und Gefährdungsbeurteilung*“ ein geeignetes Instrumentarium zur Ermittlung und Bewertung der Gefährdungen und zur Festlegung der erforderlichen Maßnahmen schafft. Danach darf der Arbeitgeber eine Tätigkeit mit Gefahrstoffen auch erst dann aufnehmen, „*nachdem eine Gefährdungsbeurteilung vorgenommen wurde und die erforderlichen Schutzmaßnahmen getroffen wurden.*“

Die Gefährdungsbeurteilung darf nur von fachkundigen Personen durchgeführt werden. Das ist konsequent, weil eine fehlerhafte oder mangelhafte Gefährdungsbeurteilung weit reichende negative Konsequenzen nach sich ziehen kann. Wenn der Arbeitgeber nicht selbst über die erforderlichen Kenntnisse verfügt, muss er sich fachkundig beraten lassen. In § 7 Abs. 7 werden für diese Beratung durch fachkundige Personen „*insbesondere der Betriebsarzt und die Fachkraft für Arbeitssicherheit*“ genannt.

Positiv ist auch anzumerken, dass sich die erforderlichen Schutzmaßnahmen nicht wie bisher primär an Grenzwerten orientieren, sondern dass ein Schutzstufenkonzept mit insgesamt vier Schutzstufen eingeführt wird und die Zuordnung der Maßnahmen zu einer der Schutzstufen in Abhängigkeit vom Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung vorzunehmen ist. Durch Intervention des Bundesrates ist die anfangs vorgesehene jährliche Überprüfung der Funktion und Wirksamkeit der technischen Schutzmaßnahmen allerdings auf drei Jahre verlängert worden.

Des Weiteren wird es ein ganz neues Grenzwertsystem mit arbeitsmedizinisch-toxikologischen (entspricht den bisherigen MAK-Werten) und, zu einem späteren Zeitpunkt, möglicherweise auch risikobezogenen Grenzwerten geben. Das bedeutet gleichzeitig, dass es die bisherigen technisch-begründeten Grenzwerte (TRK-Werte) nicht mehr gibt. Es wird deshalb ganz wesentlich darauf ankommen, festzulegen, welche Risiken politisch akzeptiert, also den Betroffenen zugemutet werden und welche Übergangsfristen es z. B. für derzeit zugelassene krebserzeugende Gefahrstoffe mit hohen Risiken geben wird.

Negativ ist anzumerken, dass die Überwachungspflichten der Aufsichtsbehörden reduziert werden und dass es nur unzureichende Regelungen für die Aufbewahrung der Expositionsakten gibt. Ausgesprochen negativ ist weiterhin, dass die anfangs vorgesehene Bestimmung für die verbindliche Beteiligung der Betriebs- und Personalräte an der Gefährdungsbeurteilung aus der Endfassung wieder herausgestrichen worden ist.

Der neue Ausschuss für Gefahrstoffe (AGS) soll auf 21 Mitglieder verkleinert und am 25.01.2005 konstituiert werden. Für die Gewerkschaften sind fünf Sitze vorgesehen. ver.di wird wie bisher durch Dr. Horst Riesenberger-Mordeja als ordentliches Mitglied vertreten sein. Auf der konstituierenden Sitzung soll die Geschäftsordnung sowie die Struktur und Anzahl der Unterausschüsse beschlossen werden.

REACH

Am 29. Oktober 2003 wurde von der EU-Kommission der Entwurf der sogenannte REACH-Verordnung vorgelegt. Hinter dem Kürzel verbirgt sich ein etwa 1200 Seiten umfassendes Konzept für die Einführung eines neuen und einheitlichen Systems zur Registrierung, Evaluierung und Autorisierung von alten und neuen Chemikalien.

ver.di hat in dem Projektbegleitkreis „Analyse der Kosten und Nutzen der neuen EU-Chemikalien-



politik“ des Umweltbundesamtes mitgearbeitet und hier insbesondere mögliche Vorteile der REACH-Verordnung hinsichtlich eines besseren Schutzes der Arbeitnehmer/innen eingebracht.

Der Exekutivausschuss des Europäischen Gewerkschaftsbundes (EGB) hat in seiner Sitzung am 17.-18. März 2004 eine EntschlieÙung mit einem Anhang angenommen, in der die REACH-Verordnung ausdrücklich als bedeutendes Reformprojekt bezeichnet wird. Über den Entwurfstext hinaus wird angeregt, auch für die ca. 20.000 Stoffe, die in jährlichen Mengen zwischen 1 und 10 Tonnen hergestellt werden, zusätzliche Verpflichtungen einzuführen. Eine Ad hoc-Arbeitsgruppe REACH des EGB hat das Thema in der Zwischenzeit weiter bearbeitet und in einem Bericht vom 18. Oktober 2004 Antworten zu den offenen Fragen des genannten Anhangs vorgelegt. Dieser Bericht wurde vom Exekutivausschuss EGB in seiner Sitzung am 1. Dezember zustimmend zur Kenntnis genommen.

IV. Biologische Arbeitsstoffe

Der Bundesrat hat im Rahmen der Artikelverordnung zur Novellierung der Gefahrstoffverordnung die geltende Biostoffverordnung in mehreren Punkten, wie z.B. der Beteiligung der Betriebs-/Personalräte und der arbeitsmedizinischen Vorsorge an den Entwurf der Gefahrstoffverordnung angeglichen. Die Änderung ist ebenfalls zum 1. Januar 2005 in Kraft getreten.

Damit werden dem Trend der Zeit folgend, und gegen den Widerstand der Gewerkschaften, Beteiligungsrechte der Betriebs- und Personalräte verschlechtert.

V. Berufsgenossenschaften

UVV „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ (BGV A2)

Mit der BGV A2 werden die derzeit geltenden Unfallverhütungsvorschriften BGV A6 und A7 abgelöst. Insbesondere soll die Regelbetreuung für Betriebe bis zu 50 Beschäftigten neu geregelt werden, weil die jetzigen Einsatzzeitenregelungen wenig praktikabel und zudem uneinheitlich sind.

Das Neue der BGV A2 ist, dass in Kleinbetrieben bis zu 10 Beschäftigten für die sicherheitstechnische und betriebsärztliche Regelbetreuung keine vorgeschriebenen Einsatzzeiten mehr festgelegt sind. Stattdessen soll es eine Grundbetreuung, die auf der Durchführung und Aktualisierung der Gefährdungsbeurteilung aufbaut, und eine anlassbezogene Betreuung geben. Die besonderen Anlässe werden von den einzelnen Berufsgenossenschaften konkretisiert.

Des Weiteren soll es für Betriebe bis zu 50 Beschäftigten neben der Regelbetreuung die Wahlmöglichkeit für eine alternative Betreuung geben. Diese beinhaltet vor allem die Teilnahme des Unternehmers an Motivations-, Informations- und Fortbildungsmaßnahmen, wobei sich der Umfang nach der Zuordnung zu einer Gefährdungsgruppe ergibt.

Bereits in der Mitgliederversammlung 1/2004 des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG) hat es eine einstimmige Zustimmung zu dem vorgelegten Musterentwurf der BGV A2 gegeben. Nach der Abstimmung mit dem BMWA und der erteilten Vorgenehmigung ist auf der Mitgliederversammlung 2/2004 die schnelle und einheitliche Umsetzung dieses Musterentwurfes bekräftigt worden. Dieses ist bereits Ende 2004 in einigen Berufsgenossenschaften geschehen. Umso unverständlicher ist es, dass der Bundesrat am 26.11.2004 den o.g. Musterentwurf der BGV A2, welcher ja im HVBG sowohl von der Arbeitgeber- als auch von der Arbeitnehmerseite gemeinsam beschlossen wurde, massiv kritisiert hat:

„Bei der Neuausrichtung der Unfallverhütungsvorschriften ist der Eigenverantwortung des Arbeitgebers mit der Einführung von Unternehmermodellen und bedarfsgerechter Betreuung in besonderem Maße Rechnung zu tragen. Der jüngst vom HVBG vorgelegte Entwurf einer BGV A2 wird diesen Vorgaben nicht gerecht. Deshalb fordert der Bundesrat, das Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG) zu überarbeiten und die Unfallversicherungsträger zu einer entsprechenden Neuausrichtung der UVVen zu veranlassen.“

Im Folgenden wird die Bundesregierung u.a. aufgefordert, dass die Bestellung von Sicherheitsfachkräften nur noch auf solche Betriebe beschränkt werden soll, in denen dies aufgrund der Unfall- und Gesundheitsgefahren und unter Berücksichtigung der Zahl der Beschäftigten erforderlich ist.

Das Anliegen des Bundesrates ist diametral dem erreichten Stand von Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz entgegengesetzt, denn gerade die Arbeit der Sicherheitsfachkräfte und der Betriebsärzte hat sich in der Praxis hervorragend bewährt.

Es ist paradox: wenn man wirklich „Deregulierung und Entbürokratisierung“ will, dann macht es wenig Sinn, die in der Selbstverwaltung einvernehmlich entwickelten Vorschriften durch staatliches Recht ersetzen zu wollen. Ebenso wenig macht es Sinn, Rechtsvorschriften und Aufsicht zu reduzieren und gleichzeitig die innerbetrieblichen Akteure/innen, insbesondere die Sicherheitsfachkräfte und Betriebsärzte, zu schwächen.

Noch weiter geht das Land Niedersachsen, welches am 1.12.2004 in einem Antrag in den Bundesrat eingebracht hat, dass in Betrieben bis zu 50 Beschäftigten die Aufgaben der Sicherheitsfachkräfte durch den Unternehmer selbst wahrgenommen werden können und dass in Betrieben bis zu 200 Beschäftigten eine betriebsärztliche „Bedarfsberatung“ zulässig wird. Dieser Antrag ist in der Bundesratssitzung am 17. Dezember ohne Gegenstellungnahme in die zuständigen Ausschüsse „durchgewunken“ worden!

Neuordnung der Unfallversicherungsträger

Gegenwärtig wird in den Berufsgenossenschaften intensiv über eine mögliche Neuordnung der Strukturen diskutiert. Auslöser war die Forderung von Ministerien, politischen Parteien und Verbänden, die Zahl der Unfallversicherungsträger deutlich zu verringern.

Bereits beschlossen ist die Fusion von acht Bau-Berufsgenossenschaften und von der Binnenschiffahrts-BG mit der BG für Fahrzeughaltungen. Beschlossen ist weiterhin die Fusion der Maschinenbau- und Metall-BG mit der Hütten- und Walzwerks-BG und ebenfalls noch im Jahr 2005 soll die Fusion der Süddeutschen Metall-BG mit der Edel- und Unedelmetall-BG erfolgen. Der Zusammenschluss der BG Feinmechanik/Elektrotechnik mit der Textil-BG ist in der nächsten Sozialwahlperiode geplant.

Daneben haben in der Zwischenzeit auch eine Reihe von bilateralen Gesprächen stattgefunden, in denen über mögliche Kooperationen und die Zusammenarbeit in Foren beraten wird.

Deutlich ist allerdings auch geworden, dass eine qualifizierte und effektive Präventionsarbeit unabhängig von der jeweiligen Größe der Berufsgenossenschaft möglich ist und dass es keine definierte „optimale Größe“ gibt. Es wird deshalb Aufgabe der Berufsgenossenschaften sein, effektive Strukturen zu entwickeln, ohne dabei in Aktionismus zu verfallen. Deutlich ist aber auch, dass bei Verwaltungskosten von rund 10% durch Fusionen keine kurzfristig spürbaren Kostensenkungen möglich sind.

Leistungsrecht

Bezüglich möglicher Änderungen im Leistungsrecht wird von der Versichertenseite im HVBG zur Zeit kein Handlungsbedarf gesehen.

Im Gegensatz dazu haben die Spitzenverbände der Arbeitgeber in einer konzertierten Medienkampagne deutliche Einschränkungen im Leistungsrecht eingefordert, um die Betriebe weiter zu entlasten. Besonders im Visier ist dabei die Entschädigung von Wegeunfällen, die nach Meinung von Arbeitgeberpräsident Dieter Hundt nicht in der Verantwortung der Betriebe liegen.

Dem hat ver.di in der Sopo-Aktuell Nr. 26 vom 19.08.2004 deutlich widersprochen: Heutzutage wird von den Arbeitnehmer/innen allerhöchste Mobilität verlangt, das betonen auch die Arbeitgeber immer wieder. Viele Betriebe verlagern ihre Betriebsstätten in Gewerbegebiete außerhalb der Städte, und bei Fusionen entstehen ganz neue Unternehmensstrukturen und von den Beschäftigten werden ganz selbstverständlich weite Anfahrtswege erwartet.

Auch der Schulweg der Kinder ist über die Unfallkassen durch die öffentliche Hand versichert. Und das zu Recht, da die Schulpflicht im öffentlichen Interesse ist und die Städte und Gemeinden einen direkten Einfluss auf die Sicherheit des Schulweges haben. Die Wirklichkeit ist aber leider so, dass durch die Schließung kleinerer Schulen schon die Schüler/innen der 1. Klasse weite Fahrwege in Kauf nehmen müssen.

Bei den beklagten Kosten der Wegeunfälle ist weiterhin zu beachten, dass sich ein Großteil der Regressforderungen der Unfallversicherungsträger an die Haftpflichtversicherung des Unfallverursachers richtet, sodass gerade in diesem Bereich eine nicht unerhebliche Kompensation erfolgt.

Für den Erhalt der gesetzlichen Unfallversicherung bei Wegeunfällen spricht aus grundsätzlichen Erwägungen auch, dass deren Leistungen über die der Krankenversicherung hinausgehen: nicht nur die Gesundheit, sondern zusätzlich die vollständige Arbeitsfähigkeit ist wieder herzustellen. Dieses ist vor allem im Interesse des Versicherten, aber auch der Arbeitgeber profitiert vom Erhalt der Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten. Darüber hinaus gibt es Qualitätsvorteile der Unfallversicherung. Sie ist der einzige Sozialversicherungszweig, der für den gesamten Reha-Ablauf (medizinisch, beruflich und sozial) zuständig ist und durch diese Verzahnung der Teilprozesse optimale Gesamtleistungen erbringen kann. Zusätzlich unterhalten die Unfallversicherungsträger eigene Unfallkliniken, die sich auf die Behandlung von Unfallverletzungen spezialisiert haben. Untersuchungen der Verwaltungs-BG haben gezeigt, dass durch ein gezieltes Reha-Management die Behandlungszeit verkürzt, der Heilungserfolg verbessert und die Kosten gesenkt werden können. So konnte bei den untersuchten Fällen die durchschnittliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit um rund ein Drittel verkürzt werden.

Weiterhin fordert die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) in ihren Veröffentlichungen deutliche Leistungsverschlechterungen, so z. B. die Unfallrenten auf den Ausgleich des Erwerbsschadens zu begrenzen und mit Eintritt in die Altersrente vollständig durch die gesetzliche Rente abzulösen. Mit diesen Vorschlägen wird negiert, dass die Unfallrente neben einer Erwerbsminderung auch einen Körperschaden und weitere Nachteile ausgleichen soll, welche den Betroffenen ihr Leben lang benachteiligen oder behindern.

Auch die Vorschläge der BDA zur Zusammenlegung von Vorstand und Vertreterversammlung zu einem Verwaltungsrat werden von ver.di entschieden abgelehnt, weil dadurch die Gestaltungsfähigkeit der Selbstverwaltung erheblich eingeschränkt wird.

Positiv hervorzuheben ist dagegen, dass sich die BDA eindeutig gegen Privatisierungen der ge-

setzlichen Unfallversicherung ausspricht, da dieses keine Vorteile für die Unternehmen bringt, in einer Übergangsphase sogar noch zusätzliche Belastungen, und auch die Vorschriften dadurch nicht weniger und einfacher werden. Ausgerechnet das Land Niedersachsen bringt nun einen Prüfauftrag für Wettbewerb und Privatisierung in der bereits erwähnten Bundesratsinitiative vom 26.11.04 wieder in die politische Debatte.

Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) hat bereits am 18.8.2004 auf die zitierten Arbeitgebervorschläge reagiert und in einer Pressemeldung mitgeteilt, dass es *„angesichts der Effizienz der Unfallversicherung völlig verfehlt sei, über Leistungsausschlüsse nachzudenken“*. Dem kann ver.di nur zustimmen.

VI. Deregulierung/Entbürokratisierung

Übertragung von Vollzugsaufgaben im Arbeitsschutz

In der Sopo-Information 2/2004 wurde bereits ausgeführt, dass eine vollständige Aufgabenübertragung von den staatlichen Arbeitsschutzbehörden auf die Unfallversicherungsträger nach § 21(4) ArbSchG von ver.di abgelehnt wird, da diese Vorschläge des Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit (BMWA) zu einer erheblichen Schwächung der Vollzugskompetenz der Länder führen, ohne die Unfallversicherung dabei wirklich zu stärken. In der Konsequenz hätte dies massive Verschlechterungen im gesamten Bereich des Arbeits- und Gesundheitsschutz zur Folge. Gleichwohl wollen wir eine bessere und effektivere Zusammenarbeit von Unfallversicherung und Gewerbeaufsicht, dieses allerdings durch Verwaltungsvereinbarungen auf der Basis des § 21 Abs. 3 ArbSchG.

Gegenwärtig ist das BMWA bestrebt, gemeinsam mit der politischen Führungsebene der Ländern die Anwendung des § 21(4) ArbSchG voranzutreiben. Dieses ganz im Stile der Entbürokratisierungsvorschläge des BMWA letzten Frühsommers, als beschlossen wurde, politischen Druck auf die Unfallversicherungsträger und Staatskanzleien der Länder auszuüben, um die *„Widerstände der Fachebenen“* zu überwinden.

Wichtiger Meilenstein hierfür war die Tagung der Arbeits- und Sozialministerkonferenz der Länder (ASMK) am 18./19. November 2004.

Zunächst hatten die Länder ein Arbeitspapier erarbeitet, welches sich im Wesentlichen für eine Verbesserung der Zusammenarbeit auf der Basis des § 21 (3) ArbSchG aussprach, das allerdings auch Möglichkeiten der Übertragung von Rechtsetzungs- und Überwachungsbefugnisse auf die Länder erörtert hat. Als Beschlussvorlage wurde aber dann ein Antrag des Landes NRW (mit nur einer Enthaltung) eingebracht, welcher ein Eckpunktepapier des BMWA in die Beschlussfassung eingearbeitet hat. Dieses Eckpunktepapier schlägt als Lösung zur Verbesserung der Zusammenarbeit *„im Interesse der Betriebe und Beschäftigten“* eine vollständige Aufgabenübertragung auf die Unfallversicherungsträger in den Bereichen vor, wo sowohl ArbSchG als auch SGB VII Zuständigkeiten begründen. Darüber hinaus werden auch Übertragungen in weiteren Bereichen vorgeschlagen, die sich nicht aus dem SGB VII ableiten. Gleichwohl sollen keine weiteren Kosten entstehen, da die Synergien für die Unfallversicherungsträger angeblich sehr hoch seien. Dies würde allerdings zur Folge haben, dass die Arbeitgeber steuerfinanzierte Aufgaben übernehmen müssten, was eher unwahrscheinlich ist, oder dass sich die Präventionsarbeit der Berufsgenossenschaften aufgrund der zusätzlichen Aufgaben erheblich verschlechtert.

Besonders bedenklich ist auch, dass sich die Arbeits- und Sozialminister mit nur einer Gegenstimme auf eine weitere Verstaatlichung der Rechtsetzung geeinigt haben. Die Unfallversicherungs-

träger sollen danach staatliches Arbeitsschutzrecht nur noch dort durch Unfallverhütungsvorschriften ergänzen oder konkretisieren, wo dies „zwingend erforderlich ist“. Die Kriterien hierfür sollen im SGB VII normiert werden.

Umso erfreulicher ist es, dass Arbeitnehmer/innen und Arbeitgeber in Vorstand und Mitgliederversammlung des HVBG auf diese Entwicklung reagiert haben und sich Ende November auf die folgende Position geeinigt haben:

1. § 21 Abs. 3 des Arbeitsschutzgesetzes reicht in Verbindung mit der konsequenten Umsetzung der gemeinsam von Ländern und Unfallversicherung Ende 2003 vorgelegten Allgemeinen Verwaltungsvorschrift aus, um den Arbeitsschutz in Deutschland im Sinne eines „komplementären Dualismus“ problem- und überschneidungsfrei zu gestalten. Die Berufsgenossenschaften könnten weiterhin mit ihren branchenspezifischen Stärken auch bei der Überwachung der Betriebe tätig werden und die Länder insbesondere regionale Schwerpunktprogramme durchführen.
2. Wenn Bund und Länder in gemeinsamer Meinungsbildung letztlich aus übergeordneten Gründen den Dualismus nicht mehr tolerieren und durch gesetzliche Regelungen abschaffen wollen, wären die Berufsgenossenschaften zur Übernahme der Aufgaben der Länder nach § 21 Abs. 4 Arbeitsschutzgesetz bereit und in der Lage – soweit diese Aufgaben wirklich dem BG-Auftrag im SGB VII entsprechen. Über das SGB VII hinaus werden die Berufsgenossenschaften keine Aufgaben übernehmen, auch nicht gegen Entgelt.

Es wird gemeinsam betont, dass für eine effektivere Zusammenarbeit der § 21(3) ArbSchG der bessere Weg ist, und es wird in der Zf. 2 zusätzlich klargestellt, dass die Berufsgenossenschaften über das SGB VII hinaus keine weiteren Aufgaben übernehmen werden.

VII. Gesetzliche Unfallversicherung

Gesetz zur Verbesserung des unfallversicherungsrechtlichen Schutzes bürgerschaftlich engagierter und weiterer Personen

Der Bundesrat hat in seiner Sitzung am 26. November 2004 dem vom Bundestag am 29. Oktober verabschiedeten Gesetz zum Unfallschutz des Ehrenamtes zugestimmt (Drucksache 833/04). Damit tritt es zum 1. Januar 2005 in Kraft.

Durch dieses Gesetz wird der unfallversicherungsrechtliche Schutz ehrenamtlich Tätiger erheblich ausgeweitet. Da die Versicherung bei zuständigen Unfallversicherungsträgern erfolgt, kommen den Versicherten im Schadensfall die gesamten Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung zu Gute. Das beinhaltet bei schweren Verletzungen Maßnahmen zur Wiedereingliederung ins Berufsleben oder die Zahlung einer lebenslangen Verletztenrente. Das BMGS rechnet mit Aufwendungen von etwa 2,50 € pro Jahr und versicherter Person.

Es wird erwartet, dass über 2 Millionen Menschen von der Neuregelung profitieren werden, davon etwa ein Viertel aus dem Bereich des Sports. Staatssekretär Thönnies hat im Bundesrat ausgeführt, dass sich der erweiterte Versicherungsschutz vor allem auf die folgenden Gruppen konzentriert:

- 1) Zunächst geht es um diejenigen, die in Kirchen und Religionsgemeinschaften tätig sind und bisher noch nicht versichert sind. Damit wird die Ungerechtigkeit beseitigt, dass z. B. ein Ministrant versichert ist, derselbe junge Mann aber nicht versichert ist, wenn er sich bei einer Jugendfreizeit engagiert.

- 
- 2) Künftig ist auch der-/diejenige versichert, der/die im Interesse der Kommune mit deren Einwilligung ehrenamtlich tätig ist. Dabei ist es unerheblich, ob er/sie dies direkt für die Kommune oder mittelbar als Vereinsmitglied tut. Gemeint sind damit ehrenamtliche Leistungen wie der Betrieb eines Schwimmbades, einer Kindereinrichtung oder einer Bibliothek, der Renovierung einer Schule oder die Unterstützung Kranker oder Behinderter.
 - 3) Daneben sollen gemeinnützige Vereine und Organisationen die Möglichkeit haben, ihre gewählten Ehrenamtsträger/innen freiwillig zu versichern. Das betrifft ausdrücklich auch die Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände.

Das BMGS hat hierzu eine informative Broschüre veröffentlicht, die kostenfrei erhältlich ist. Bestellungen dieser Broschüre mit dem Titel „Zu Ihrer Sicherheit – Unfallversicherung des Ehrenamtes“ können unter der Rufnummer 0180/5151510 (12 Cent/Min) aufgegeben werden.

Im Gesetzgebungsverfahren wurden allerdings auch einige überraschende, bezogen auf die Unfallversicherung des Ehrenamtes, völlig sachfremde Initiativen zum SGB VII eingebracht.

Zunächst hatte der Freistaat Bayern die Abschaffung der Schüler/innenrenten bei den Unfallkassen beantragt, was die Wiedereinführung der Haftung der Aufsichtspersonen und Mitschüler/innen zur Folge gehabt hätte. Dieser Antrag ist nicht weiter verfolgt worden.

Ein zweiter Antrag ist vom Land NRW im Bundesrat eingebracht worden mit dem Ziel, die Zuordnung kommunaler Betriebe zugunsten der Unfallkassen und zu Lasten der Berufsgenossenschaften neu zu regeln. Dieser Antrag ist vom Bundestagsausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung aufgegriffen worden und er hat am 27.10.2004 als Kompromiss ein so genanntes Moratorium entwickelt, welches letztlich auch als Bestandteil des Gesetzes beschlossen wurde. Hiernach bleiben zunächst jeweils die Unfallversicherungsträger zuständig, bei denen die öffentlichen Unternehmen am 31.12.2004 versichert waren. Danach entscheiden bei neu gegründeten Unternehmen allein die gesellschaftsrechtlichen Mehrheitsverhältnisse über die Zuordnung. Diese Regelung gilt bis zum 31.12.2009, soweit nicht durch Gesetz vorher etwas anderes geregelt wird.

Dieses Moratorium ist wiederum eingebettet in einen Entschließungsantrag zur Reform der gesetzlichen Unfallversicherung, der dann auch vom Bundestag am 29. Oktober 2004 gegen die Stimmen der Opposition angenommen wurde. Er lautet:

„Der deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf, zusammen mit den Ländern ein Konzept für eine Reform der gesetzlichen Unfallversicherung zu entwickeln. ... Ein zustimmungsfähiger Gesetzentwurf soll möglichst bis Mitte der kommenden Legislaturperiode vorgelegt werden.“

Damit ist bereits jetzt eine umfassende Reform der gesetzlichen Unfallversicherung angekündigt. Es bleibt zu hoffen, dass hierbei die Sozialpartner und die Selbstverwaltung der gesetzlichen Unfallversicherung mit ihrem Sachverstand intensiv und von Anfang an eingebunden werden. Positiv ist aus Sicht von ver.di, dass ein so komplexes Thema wie die Abgrenzung der gewerblichen und öffentlichen Unfallversicherungsträger mit all den Auswirkungen auf einzelne Träger und auf die jeweiligen Ausgleichssysteme mit einer gewissen Ruhe angegangen wird und nicht „übers Knie gebrochen wird“.



Verordnung zur Festlegung von Höchstgrenzen für die besoldungsrechtliche Einstufung der Dienstposten in der Geschäftsführung im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung

Etwas unbemerkt von der breiten Öffentlichkeit ist diese Verordnung des BMGS am 01.12.2004 in Kraft getreten.

Von ver.di wurde bemängelt, dass mit der Verordnung die Gestaltungsspielräume der Selbstverwaltung bei der Festlegung der Besoldung der Geschäftsführung zu stark beschnitten werden. Nach dieser Verordnung wird an Hand eines Punktemodells die zulässige Höchstbesoldung der Geschäftsführung berechnet. Bei kleineren Unfallversicherungsträgern führt dieses Punktesystem zu einer überproportionalen Absenkung der zulässigen Höchstbesoldung und wird der Bedeutung des Amtes nicht mehr gerecht. Das hat weiterhin zur Folge, dass durch den gleichfalls abgesenkten Unterbau z. B. der Aufbau hochqualifizierter Präventionsabteilungen deutlich erschwert wird.

In der Konsequenz wird auf diesem Weg ein „künstlicher“ Sachzwang hin zu größeren Trägerstrukturen erzeugt.

(Dr. H.R.-M.)

H. Arbeits- und Gesundheitsschutzpolitik

I. Beabsichtigtes Inkrafttreten des Präventionsgesetzes zum 1.4.2005

Schon lange hatte die Politik das Präventionsgesetz angekündigt, zu dem der DGB und die Gewerkschaften im Juni 2004 ihre „Anforderungen“ formuliert haben.

Diese Anforderungen wurden an die Bundesministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) mit der Bitte um Berücksichtigung bei der weiteren Beratung um das Präventionsgesetz übersandt.

Durch die BMGS-Eckpunkte „Nationale Aufgabe Prävention“ vom 4. Mai 2004 wurden folgende Kriterien für die Auswahl der Präventionsziele und -strategien festgeschrieben:

- Zielgruppenorientierung, insbesondere eine Berücksichtigung der Wirkung für sozial benachteiligte Gruppen;
- Häufigkeit der gesundheitlichen Probleme (Prävalenz);
- Relevanz aus Sicht von Public Health und Medizin (Bedeutung und Krankheitsschwere);
- Volkswirtschaftliche Relevanz (direkte und indirekte Kosten);
- Nachgewiesene Wirksamkeit der Maßnahmen (Evidenz), fachgerechte Umsetzungsmöglichkeit und Kenntnis über mögliche unerwünschte Wirkungen;
- Beitragsevidenz im Gesundheitswesen (akzeptable Wirksamkeits-Kosten-Relation in der Durchführung und im prognostizierten Ergebnis);
- Geschlechtersensibilität, weil für die einzelnen Maßnahmen geprüft werden muss, ob sie Frauen und Männer gleichermaßen erreichen und es zudem in vielen Bereichen für Männer und Frauen unterschiedliche Angebote geben muss.

Die Gesundheitsministerin Ulla Schmidt stellte im Vorfeld der Gesetzesvorlage drei Instrumente heraus, auf die sich ein Präventionsgesetz stützen muss:

1. Es bringt nur dann einen gesamtgesellschaftlichen Nutzen, wenn strategisch vorgegangen wird, indem sich alle AkteureInnen über nationale Präventionsziele einig sind. Voraussetzung ist ein nationaler Präventionsplan mit Prioritäten und Umsetzungsstrategien wie z. B. im Drogen- und Suchtbereich. Die Strategien müssen auf wissenschaftlichen Erkenntnissen basieren und die Gesundheitsziele mit einbeziehen. Auch die Kompetenz der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) muss einbezogen werden. Folglich muss das geplante Gesetz eher den Charakter eines Nationalen Präventionsplanes im Sinne eines roten Fadens für das Vorgehen in der Prävention haben.
2. Das Deutsche Präventionsforum wurde gegründet mit einer großen Teilnehmergevielfalt. Insofern können und sollen hier wichtige Ideen zusammenfließen, auch neben der Focussierung auf Inhalte und Angebote. Das Präventionsforum wird eine Stiftung gründen, um auch die Finanzierung auf eine solide Basis zu stellen. Es kann nicht nur eine staatliche Finanzierung erfolgen, sondern alle im Forum Beteiligten müssen einen Anteil haben. Nur so kann es eine Cofinanzierung für Aktivitäten, die vor Ort laufen, geben wie z. B. die Selbsthilfe-Einrichtungen, die in Schwierigkeiten kommen, wenn sie nicht von den Krankenkassen unterstützt werden. Es bedarf einer unbürokratischen Hilfe.

3. Was mit dem § 20 SGB V an Verpflichtungen festgelegt wurde, sollte auch Verpflichtung für alle Sozialversicherungsträger sein. Jeder Sozialversicherungszweig muss sehen, dass eine Vermeidung von Frühverrentung gut ist. Es muss auch der Grundsatz Prävention vor Pflege gelten. Auch die Unfallversicherung muss einbezogen werden. Neben der Frage, wo das Geld herkommt, ist auch zu fragen, wie das Geld verwandt wird, d. h. es muss den Menschen erreichen. Die Menschen müssen in ihrer Lebenswelt abgeholt werden. Wie von der WHO beschrieben, sind Setting-Ansätze zu praktizieren. Hierfür muss ein Gemeinschaftsfonds da sein. Gesundheitskonferenzen vor Ort mit der Zielrichtung „Gesunde Städte“ sind durchzuführen. Das Hinzukommen neuer Aufgaben bedeutet aber auch wiederum, dass nicht alles finanziert werden kann. Es müssen qualitätsgestützte Angebote erfolgen.

Dies kann nach Meinung der Ministerin nur gelingen, wenn alle Sozialversicherungsträger unter einem Dach tätig werden. Dieses ist nicht einfach und deshalb können Schritte nur nach und nach entwickelt werden.

Es soll ein Präventionsgesetz mit eigener Dynamik entwickelt werden – wie im Behindertengesetz. Statt schöner Konferenzen muss sich vor Ort was tun. Die Menschen müssen spüren, was Prävention ist und ein Bewusstsein dafür entwickeln können.

Es muss ein Wettbewerb guter Ideen entstehen. Der Deutsche Präventionspreis der Bertelsmann-Stiftung und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist ein Beispiel dafür. Es bedarf weiterer guter Beispiele aus den Bereichen Ernährung, Bewegung, Entspannung und Suchtprävention, die weitergetragen werden müssen. An Beispielen auch aus den skandinavischen Ländern ist zu lernen, dass eine ganze Menge getan werden kann. Soweit die Skizzierung der Instrumente für ein Präventionsgesetz durch die Ministerin.

Am 6.12.2004 legte das BMGS den Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention – Präventionsgesetz – vor und sandte diesen an die Spitzenorganisationen mit der Bitte um Stellungnahme.

Der Eingang war der 8.12. und die Frist zur Einsendung von Stellungnahmen hatte das BMGS bis zum 13. Dezember gesetzt. BDA und DGB erreichten eine Fristverlängerung bis zum 20. Dezember 2004. Am 17.12. diskutierte allerdings schon die Bund/Länder-Arbeitsgruppe zum Entwurf. Von daher musste der DGB doch eine erste grobe, zumindest stichpunktartige Bewertung vor diesem Zeitpunkt abgeben. Von Seiten des DGB wurde ausdrücklich erklärt, dass er als Dachorganisation seine Mitgliedsgewerkschaften und deren Sachkompetenz bei einem so herausragenden Gesetzesvorhaben wie dem vorliegenden mit einbeziehen wird und sich deswegen eine detaillierte Stellungnahme im weiteren Verfahren vorbehält.

Eine Detailbewertung von ver.di kann zu Beginn des Jahres 2005 unter Einschluss der betroffenen Fachbereiche erfolgen. Die ver.di Stellungnahme muss für den angekündigten Gesetzesentwurf also intern noch detailliert abgestimmt werden.

Durch den vorgelegten Entwurf eines Präventionsgesetzes

- werden einheitliche und verbindliche Definitionen für Prävention vorgegeben,
- wird ein alle Zweige der Sozialversicherung umfassender, also gemeinsam auf Kranken-, Renten-, Unfall- und Pflegeversicherung zielender Auftrag für die primäre Prävention erteilt;
- wird ein Rahmen gesetzt, der garantieren soll, dass der gemeinsame Auftrag zielorientiert, bedarfsgerecht und qualitätsgesichert erfüllt werden kann;
- werden verbindliche Kriterien der Evidenzbasierung und der Qualitätssicherung geregelt;

- wird eine Berichtspflicht der Sozialversicherungsträger für Maßnahmen und Leistungen der primären Prävention verankert und
- ein Monitoring festgelegt für den gesamten Prozess: Erreichung von Präventionszielen, Funktionalität der neu geschaffenen Strukturen und die Effizienz sämtlicher Instrumente und Maßnahmen.

Allerdings ist vor allem der neuerliche Verschiebepunkt von der Krankenversicherung zu den Ländern zu kritisieren und der immense Verwaltungsaufwand, der für einen Betrag von rund 250 Mio € betrieben wird. Auch die Sinnhaftigkeit der Maßnahmen muss kritisch hinterfragt werden.

Im Einzelnen enthält die zwischen DGB und ver.di abgestimmte Stellungnahme neben einer grundsätzlichen Bewertung die folgenden Punkte: Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung, Finanzierung von Prävention und Gesundheitsförderung und Betriebliche Gesundheitsförderung und Gesundheitsschutz bei der Arbeit.

- Begrüßt wird, dass die Bundesregierung in Kooperation mit den Ländern der Prävention und der Gesundheitsförderung einen stärkeren Stellenwert zukommen lassen will und dies mit einer gesetzlichen Initiative realisiert.
- Positiv wird auch bewertet, dass der Gesetzesentwurf eine einheitliche Definition von Prävention unter Einbezug der Gesundheitsförderung vornimmt und durch das Zusammenwirken der Sozialversicherungsträger die Ziele der Prävention vereinheitlicht.
- Begrüßt wird auch, dass die Arbeitswelt in den Lebenswelten-Ansatz des Präventionsgesetzes aufgenommen wird. Hinsichtlich der Kooperation der Sozialversicherungsträger z. B. bei branchenbezogenen Ansätzen zur Qualitätssicherung oder bei innovativen Modellvorhaben eröffnet der Gesetzesentwurf neue Handlungsmöglichkeiten.

Eine moderne Präventionspolitik bedarf aber auch einer Struktur und einer Finanzierung, die auf allen Ebenen die gesamtgesellschaftliche Verantwortung aller AkteurInnen widerspiegeln. Diesem Anliegen wird der Gesetzesentwurf in weiten Teilen nicht gerecht. Zum einen ist ein ausreichender nationaler Aktionsplan nicht erkennbar, da primär die Sozialversicherungssysteme in die Verantwortung genommen werden sollen. Und auf der Leistungserbringerseite wird die Prävention nicht als eine multiprofessionelle Aufgabe aufgefasst, die alle Beteiligten auf der Leistungserbringerseite benennt.

Auf grundrechtliche Bedenken stößt, dass Leistungen, die ausschließlich aus den Beiträgen der Sozialversicherungsträger gezahlt werden, auch einem Personenkreis zukommen, der keine Beiträge zur Sozialversicherung leistet.

Kritisiert wird die Schaffung der Finanzierungsbasis, die allein von BeitragszahlerInnen der sozialen Sicherungssysteme getragen wird und daneben die Beihilfe für BeamtenInnen und private Versicherungswirtschaft ausschließt.

Die Mitfinanzierung durch die private Versicherungswirtschaft wird ausgeschlossen, obwohl diese, wie die Sozialversicherung gleichermaßen, von einer wirksamen Prävention profitieren wird.

Ein besonderer Beitrag von Bund und Ländern ist nicht nur nicht erkennbar, sondern soll darüber hinaus durch höhere und neue Leistungen der Sozialversicherungsträger zurückgeführt werden.

Die Diskussion um eine eigenständige Säule in der Sozialversicherung hält also weiter an. Unter den Trägern der Prävention sind wichtige weiter zu erörternde Punkte die Stiftung Prävention, ihre Aufgaben und ihre Organe und die Frage der Finanzierung von Prävention und Gesundheitsförderung.



Von gewerkschaftlicher Seite wird es als zwingend erforderlich angesehen, dass auch die private Kranken- und Pflegeversicherung verpflichtend in die Finanzierung einbezogen wird.

Andererseits wird es nicht hingenommen, dass Bund und Länder keine originäre Finanzverantwortung für Prävention und Gesundheitsförderung zeigen. Entsprechend der Mittel aus Beiträgen der Versicherten für die Sozialversicherungszweige auf Bund-, Landes- und kommunaler Ebene sollten die Ebenen Bund, Länder und Kommunen einen gleich hohen Beitrag leisten.

Insbesondere in diesen zentralen Punkten wird vom Gesetzgeber eine Überarbeitung des Entwurfes erwartet und in Laufe des weiteren Gesetzgebungsverfahrens sollten auch stärkere Berücksichtigung finden: Geschlechtersensibilität im Sinne eines Gender Mainstreaming und die Förderung von Präventionsforschung.

II. Betriebliche Gesundheitsschutzpolitik von ver.di

Die betriebliche Gesundheitsschutzpolitik bei ver.di beinhaltet die Weiterführung der Ideen des Projektes „Effiziente Organisations- und Führungsformen zur betriebliche Gesundheitsförderung“ und die weiteren Ansätze im Arbeits- und Gesundheitsschutz in den verschiedenen Fachbereichen und Landesbezirken.

Sowohl die (zentrale) Fachbereichsebene als auch die Landesbezirksebene sind mindestens zweimal im Jahr durch die für Arbeits- und Gesundheitsschutz zuständigen Sekretäre und Sekretärinnen in einem regelmäßigen Treffen vertreten, um eine gewisse Gleichgerichtetheit der Aktivitäten zu erreichen (Gefährdungsermittlungen und -beurteilungen in den Betrieben und Verwaltungen, Betriebliche Gesundheitsförderung und die Notwendigkeit alternsgerechter Arbeitsgestaltung), sich über aktuellen Entwicklungen auszutauschen, weitere fachgruppenspezifische Handlungsbedarfe zu erörtern, usw.

Über Seminare für Hauptamtliche, Einbeziehung von engeren MitarbeiterInnen von Arbeitsdirektoren und Materialversickungen wird weiter sensibilisiert und nach und nach ein Multiplikatornetz im haupt- und ehrenamtlichen Bereich geschaffen.

Parallel dazu wird eine Sammlung von Positivbeispielen im Arbeits- und Gesundheitsschutz und eine Sammlung von Betriebs- und Dienstvereinbarungen zu verschiedenen Regelungsbereichen im Arbeits- und Gesundheitsschutz und der Gesundheitsförderung fortgesetzt.

Die Aktivitäten zum Arbeits- und Gesundheitsschutz in der Matrix-Organisation von ver.di sind folgendermaßen zu beschreiben:

Die Probleme oder besser die Herausforderungen im Zusammenhang von Arbeit und Gesundheit müssen effektiv und effizient sowie erfolgreich und öffentlichkeitswirksam bei ver.di gemeistert werden. Wir brauchen die Entwicklung einer guten kommunikativen und kooperativen Arbeit in der Matrix-Organisation, die auch nach außen sichtbar wird.

Hierzu gibt es einige formelle Regelungen:

Nach **§ 46** (2) der Satzung von ver.di werden **von den Fachgruppen** in Abstimmung mit der Gesamtorganisation branchenspezifische Aufgaben z. B. in den Politikfeldern ... Technologiepolitik/-beratung, Gesundheits- und Arbeitsschutz ... Medien-, Kultur- und Bildungspolitik wahrgenommen. Auch ist es Aufgabe, gesellschaftspolitische Funktionen der Branche wie z. B. Gesundheitspolitik ... zu thematisieren.

Im **§ 47** der Satzung werden behandelt

(1) die Fachbereichsstatuten und

- (2) die eigenständige Branchen-, Betriebs- und Tarifpolitik der **Fachbereiche**. Nach
- (5) sind die von den **Ebenen** im Rahmen ihrer Zuständigkeit beschlossenen fachbereichsübergreifenden Schwerpunkte und Querschnittsaufgaben für die Fachbereiche bindend. Dabei werden nach
- (6) die Fachbereiche bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben durch die Gesamtorganisation unterstützt. Über Art und Umfang der Unterstützung entscheidet der Vorstand der Ebene in Abstimmung mit dem betreffenden Fachbereich.

Den Fachbereichen obliegen nach (7) fachbereichsbezogene Stellungnahmen und Erklärungen nach außen.

Soweit die formelle „Gemengelage“. Für die Praxis ergeben sich daraus nun Handlungsnotwendigkeiten und -voraussetzungen.

Zur Abstimmung der Arbeitsschwerpunkte und zum Informations- und Erfahrungsaustausch wurde ein **zentraler Arbeitskreis** zum **Arbeits- und Gesundheitsschutz** mit den Zuständigen aus den Fachbereichen und Querschnittsbereichen konstituiert, der zweimal im Jahr tagt. Gleiches gilt für die Landesbezirksebene mit auch zwei zentralen Treffen im Jahr. Die Beteiligung lässt sich sicher noch verbessern.

Es ist zu prüfen, ob nach einiger Zeit nicht ein zentraler Kreis daraus gemacht werden kann. Hier ist dann auch die Beratung von weiteren auch externen Experten denkbar.

Es wird versucht, nach und nach ein Programm im Sinne einer Jahresplanung für ver.di zu entwickeln, unter Einbeziehung von Tagungsvorhaben, Schulungen für Betriebs- und Personalräte, Qualifizierung von Selbstverwaltungsmitgliedern in den Unfallversicherungsträgern, Öffentlichkeitsarbeit, Branchenbetreuungskonzepte und ggf. Betreuungskonzepte der Gesamtbetriebs- und Personalräte und die entsprechende Begleitung und Beratung von Betriebs- und Personalräten.

Wir werden in dieser Arbeit auch jeweils das Verhältnis von Prävention und Rehabilitation thematisieren, insbesondere auch unter dem Gesichtspunkt der „zwei Seiten einer Medaille“. Beides kann nur integriert und verzahnt bearbeitet werden.

Was einerseits für die Rehabilitation gilt, muss andererseits auch für die Prävention gelten:

Der Richtlinie zur **Behindertenpolitik** ist im Abschnitt 3 „Organisatorische Regelungen“ zu entnehmen: „Auf Bundesebene ist ein Aufgabenbereich Behindertenpolitik als Teil der Sozialpolitik einzurichten mit einem eigenen vernetzten Arbeits- und Handlungsfeld. Das schließt ein, dass auf Bundesebene ein Arbeitskreis Behindertenpolitik besteht, der mindestens halbjährlich zusammenzutreten soll und die Aufgabe hat, ein gewerkschaftliches Arbeits- und Aktionsprogramm über Ziele, Inhalte und Umsetzung der Behindertenpolitik von ver.di zu entwickeln. Dem Gewerkschaftsrat ist einmal jährlich über Stand und Umsetzung der Behindertenarbeit zu berichten. Der Bundesarbeitskreis führt eigene Veranstaltungen und Tagungen zu behindertenpolitischen Themen durch und koordiniert die Bildungsarbeit für Behindertenpolitik. Dazu gehört auch die Qualifizierung der Schwerbehindertenvertretungen und der Betriebs- und Personalräte für die betriebliche Behindertenarbeit. Es sind Seminarkonzeptionen zu spezifischen Themenfeldern sowie unter Einbeziehung der Fachbereiche ein Betreuungskonzept für Konzern-, Haupt- und Gesamt-Schwerbehindertenvertretungen zu erarbeiten.“

Eine inhaltliche Abstimmung über das Zusammenspiel von Prävention und Rehabilitation findet zentral in der Abteilung Sozialpolitik statt.

Prävention und Rehabilitation/Arbeitsschutzpolitik und Behindertenpolitik als Teile der Sozialpolitik

	<ul style="list-style-type: none"> ■ Gewerkschaftliches Arbeits- und Aktionsprogramm: Ziele, Inhalte und Umsetzung 	
<i>Aufgabenbereich Arbeits- und Gesundheitsschutz (-politik)/Prävention (eigenes vernetztes Handlungsfeld)</i>	<ul style="list-style-type: none"> ■ einmal jährlich Bericht an den Gewerkschaftsrat über Stand und Umsetzung der Prävention und Rehabilitation / Arbeitsschutzaktivitäten und Behindertenarbeit 	<i>Aufgabenbereich Behindertenarbeit und -politik/ Rehabilitation (eigenes vernetztes Handlungsfeld)</i>
<i>Arbeitskreis Arbeits- und Gesundheitsschutz (Fachbereiche und Landesbezirke (2 x im Jahr Treffen))</i>	<ul style="list-style-type: none"> ■ eigene Veranstaltungen zu behindertenpolitischen und arbeitsschutzpolitischen Fragen 	<i>Zentraler Arbeitskreis Behindertenarbeit (2 x im Jahr Treffen)</i>
<i>Einbeziehung der Fachbereiche</i>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Koordinierung der Bildungsarbeit für Arbeitsschutz (-politik) und Behindertenpolitik, Seminarkonzeptionen und Qualifizierung 	<i>Einbeziehung der Fachbereiche</i>
<i>Einbeziehung der Landesbezirke</i>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Betreuungskonzepte für Konzern-, Haupt- und Gesamt-Betriebs- und Personalräte und Schwerbehindertenvertretungen ■ Öffentlichkeitsarbeit und Präsentation der Arbeit ggf. auf Messen und Kongressen 	<i>Einbeziehung der Landesbezirke</i>

Neben der Zusammenarbeit und dem inhaltlichen Austausch mit der Landesebene sind **Kooperationen auf der Bundesebene** notwendig mit:

- DGB (alle Ebenen)
- Grundsatzabteilungen: Tarifpolitik, Bildungspolitik, Bildungszentren, Mitbestimmung, Recht, Technologie und Innovation, einschlägige interne Projekte, Umweltpolitik, Internationales, Presse und Öffentlichkeitsarbeit, Redaktion der Gewerkschaftspresse
- allen Fachbereichen
- Personengruppen: Frauen, Schwerbehinderte, Jugend, Erwerbslose

Auf den unterschiedlichen Ebenen sind verschiedene Handlungsnotwendigkeiten gegeben. Was auf der zentralen Ebene geleistet werden kann, wurde intern diskutiert und liegt schriftlich vor.

Über die Möglichkeiten und Grenzen der anderen Ebenen werden wir weiter diskutieren müssen. Ein Maximal- bzw. Wunschprogramm kann zur weiteren Diskussion im Bereich Sozialpolitik angefordert werden.

III. Älterwerden im Betrieb

Die demographische Entwicklung hat wesentliche Auswirkungen auf die Betriebe und Verwaltungen. Eine breite Diskussion über altersgerechte Arbeitsgestaltung ist dringend erforderlich, um wirksam in Abläufe eingreifen zu können.

In diesem Zusammenhang arbeitet ver.di im Rahmen von INQA (Initiative Neue Qualität der Arbeit) im thematischen Initiativkreis (TIK) „Älterwerden in Beschäftigung“ mit. INQA führt derzeit eine Kampagne durch, die darüber aufklärt, dass Alter nicht als defizitär zu begreifen ist, sondern dass in den Betrieben und Verwaltungen sehr von den Kenntnissen und Erfahrungen von älteren Beschäftigten profitiert werden kann, wenn das jeweilige Alter von Beschäftigten bei der Arbeitsorganisation, der Qualifikationsplanung, der Arbeitsgestaltung usw. Berücksichtigung findet. In diesem Sinne wurden von INQA 1000 Betriebe angeschrieben.

Es geht vorrangig darum, menschengerechte Arbeitsbedingungen für alle zu schaffen und dabei das Alter, das Geschlecht u. a. differenziert in Rechnung zu stellen.

Um für die zukünftige Situation in Betrieben und Verwaltungen zu sensibilisieren, die sich dadurch auszeichnen wird, dass immer mehr ältere und immer weniger jüngere Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen die Arbeitsleistungen erbringen müssen, führt ver.di-Ressort 1 im Februar – unter Beteiligung des Bereiches Sozialpolitik – eine Tagung unter dem Titel „Altersgerechtes Arbeiten – Demographischen Wandel gestalten“ für Betriebs- und Personalräte des Organisationsbereiches durch. Es beteiligen sich INQA und auch die Hans-Böckler-Stiftung.

Das Thema „Älterwerden im Betrieb“ spielte auch schon vor zwei Jahren bei einer Tagung des Bereiches Sozialpolitik/Gesundheitspolitik „ver.di für einen umfassenden und ganzheitlichen Arbeits- und Gesundheitsschutz“ eine Rolle.

Die Einladung im Februar 2005 erfolgt mit dem **Impuls:**

„Es geht bergauf mit der Lebenserwartung, mit dem Renteneintrittsalter und dem Durchschnittsalter von Belegschaften. Kein leichter Weg für Untrainierte. Gutes Leben mit gesunden Arbeitsbedingungen beim Altern, Diskriminierungsfreiheit und lebensbegleitendes Lernen, gerechte Vergütungssysteme und humane Arbeitszeiten sind Voraussetzungen für eine auch wirtschaftlich und erfolgreiche Bewältigung des demographischen Wandels in der Erwerbsgesellschaft. Gute Kompetenzmodelle sind gefragt, wie wollen diese mitgestalten.“

Vorgestellt werden u. a. auch Ergebnisse einer Fragebogen-Aktion von ver.di, die der Bereich Senioren gemeinsam mit dem Referat Arbeits- und Gesundheitsschutzpolitik im Bereich Sozialpolitik/Gesundheitspolitik durchgeführt hat.

Von ca. 800 Senioren und Seniorinnen wurden u. a. Fragen beantwortet wie:

- Führt ein altersgerechter Arbeitsplatz mit entsprechender Arbeitszeit dazu, länger erwerbstätig zu bleiben oder bleiben zu können?
- Spielen die erlebten Arbeitsbedingungen eine Rolle dabei, welche Lebensqualität im Alter nach der Erwerbsphase vorhanden ist?
- Welche Bedingungen werden für wichtig gehalten, um den Übergang in den Ruhestand zu meistern?

Die bevorstehende Tagung kann zum Auftakt werden, sich weiter mit Zukunftsfragen, die sich aus der demographischen Entwicklung ergeben, auseinanderzusetzen und Positionen von ver.di zur altersgerechten Arbeitsgestaltung zu formulieren. (U.T.)

I. Gesundheitspolitik/Bürgerversicherung

I. Zur Debatte um die Zukunft der Gesetzlichen Krankenversicherung – Die aktuellen Positionen der Parteien

In der letzten Ausgabe der Sozialpolitischen Informationen (Ausgabe 6, 2. Halbjahr 2004, S. 82-100) haben wir bereits ausführlich über die Debatte zur Weiterentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) berichtet. Im vergangenen Halbjahr hat die weiter an Fahrt gewonnen. Alle Parteien legten neue oder überarbeitete Reformmodelle zur Finanzierung der GKV vor. Diese Modelle werden im Folgenden vorgestellt. Einführende Bemerkungen beleuchten noch einmal kurz den Problemhorizont, vor dem diese Debatte entstanden ist.

Problemhintergrund

Finanzierung und Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems sind in den letzten Jahren zu einem politischen Dauerthema geworden. Noch bevor die letzte Gesundheitsreform Anfang 2004 in Kraft getreten war, wurde bereits heftig über die nächste debattiert. Dass die Atempause kurz sein würde, war indes allen politisch Verantwortlichen stets klar. Denn mit dem von Ulla Schmidt auf den Weg gebrachten „Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GMG), so die offizielle Bezeichnung, wurden zwar wiederholt die Versicherten kräftig zur Kasse gebeten, wirkliche Strukturreformen aber weiter aufgeschoben.

Das deutsche Gesundheitssystem ist etwa ein Viertel bis ein Drittel teurer als der europäische Durchschnitt, ohne dass dem ein entsprechender Spitzenplatz bei der Qualität gegenüber stünde.¹ Zudem hat sich der Finanzierungsaufwand in den letzten 30 Jahren beständig erhöht. In diesem Zeitraum stiegen die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), in der 90% der bundesdeutschen Bevölkerung versichert sind, von durchschnittlich 9% auf über 14%. Diverse Bundesregierungen versuchten, diesen Finanzierungsproblemen mit einer Politik der Kostendämpfung und der Privatisierung gesundheitlicher Risiken zu begegnen – vor allem in der Gestalt von Leistungseinschränkungen, der Einführung bzw. Erhöhung von Selbstbeteiligungen sowie weiteren Verschiebungen in der paritätischen Finanzierung zu Lasten der Beschäftigten.² Der wachsende finanzielle Druck verstärkte schließlich auch bei den Finanzierungsträgern und Leistungserbringern die Neigung, das medizinisch Notwendige zunehmend restriktiv zu interpretieren.

Die wirklichen Ursachen der Finanzierungsprobleme wurden damit jedoch nicht beseitigt. Sie liegen nicht, wie oftmals behauptet, in einer vermeintlichen „Kostenexplosion“ des Gesundheitswesens oder in einem „überzogenen Anspruchsdenken“ der Versicherten. Seit Jahrzehnten ist der

¹ Die Gesamtausgaben des Gesundheitssystems in Deutschland belaufen sich nach OECD-Erhebungen (von 2001) auf einen Anteil von 10,7% am Bruttoinlandsprodukt (zum Vergleich: Finnland 7%, Spanien, Großbritannien und Japan ca. 7,5%, Frankreich 9,6%). Hingegen nimmt Deutschland nach einer WHO-Studie (ebenfalls von 2001) nur den 25. Platz weltweit ein, was die im Verhältnis zum Einsatz der Mittel erbrachte Leistung des Gesundheitswesens anbelangt. Auch die durchschnittliche Lebenserwartung liegt unter dem EU-Durchschnitt. Erhebliche Defizite bestehen insbesondere in der Prävention, der Behandlung chronischer Krankheiten sowie generell in der Verzahnung der einzelnen Versorgungsbereiche (integrierte Versorgung), dem Qualitätsmanagement und der Leistungstransparenz.

² In der Konsequenz ist der ArbeitgeberInnenanteil an den gesamten Gesundheitskosten mittlerweile bei nur noch 38% angelangt.

Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) mit etwa 6% nämlich weitgehend stabil geblieben, die Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen verläuft also weitgehend synchron zum wirtschaftlichen Wachstum. Die Ursachen für die steigenden Beitragssätze liegen weniger auf der Ausgaben- als vielmehr auf der Einnahmeseite. Weil die Einnahmen der GKV seit Jahren zurückgehen, gerät sie an die Grenze der Finanzierbarkeit der Ausgaben.

Die Gründe für die unzureichenden Einnahmen der GKV liegen vor allem

- im sinkenden Anteil der Löhne am Volkseinkommen und der Zunahme von Selbstständigkeit sowie von Kapital- und Vermögenseinkommen,
- in der wachsenden Massenarbeitslosigkeit in Verbindung mit zunehmender Armut und einer steigenden Zahl von TransferleistungsempfängerInnen (Erwerbsarbeitslose, SozialhilfebezieherInnen), was ebenso eine Verringerung der beitragspflichtigen Einkommen wie die ständige Ausdehnung der Arbeit auf der Basis von Billigjobs nach sich zieht,
- in der Zunahme durchbrochener Arbeitskarrieren, Mini-Jobs und der Schattenwirtschaft,
- in der seit über 20 Jahren ständig auseinandergehenden Kluft zwischen Arm und Reich bei gleichzeitiger Beibehaltung der Versicherungspflicht- und der Beitragsbemessungsgrenze, wodurch die relative Belastung kleinerer Einkommen steigt und ein immer größerer Teil wohlhabenderer Gesellschaftsschichten von der Beteiligung an den Kosten des Gesundheitswesens ausgenommen wird,
- in der fortwährenden Entlastung der öffentlichen Haushalte zu Lasten der GKV, z.B. durch gesamtgesellschaftlich zu tragende, so genannte „versicherungsfremde Leistungen“,
- in nicht ausgabendeckenden Krankenversicherungsbeiträgen für SozialleistungsempfängerInnen: allein zwischen 1995 und 2002 wurden knapp 30 Milliarden Euro zu Lasten der GKV für die Stützung der anderen Sozialsysteme verschoben.

Schließlich: die Kosten des medizinischen Fortschritts sowie die Alterung der Gesellschaft sind ebenfalls von Bedeutung für die Finanzlage der GKV. Der „demographische Faktor“ spielte zwar bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt kaum eine Rolle. Bei einer fortgesetzten Alterung der Gesellschaft sind zukünftig aber massive negative Auswirkungen auf die Einnahmen- und Ausgabensituation der GKV zu erwarten.

Die Tatsache, dass die beständige Erhöhung des Beitragssatzes vorwiegend ein einnahmeseitiges Problem darstellt, soll jedoch nicht davon ablenken, dass in der GKV auch ein Ausgabenproblem existiert. Das deutsche Gesundheitssystem ist von einer Reihe von Ineffizienzen, Versorgungsdefiziten (Gleichzeitigkeit von Über-, Unter- und Fehlversorgung) und überholten Organisationsstrukturen durchzogen. Die Verbesserung des Verhältnisses der Qualität der Gesundheitsleistungen zu ihren Kosten ist deshalb eine politische Daueraufgabe und ein Kernpunkt zur Begrenzung der Gesundheitskosten. Hier gilt es, mehr Qualitätswettbewerb unter den Leistungserbringern auch gegen den Widerstand der mächtigen Interessenorganisationen der ÄrztInnen, ApothekerInnen oder der Pharmaindustrie durchzusetzen, um die Versorgungsqualität zu erhöhen und die Kosten zu reduzieren.

Bürgerversicherung oder Gesundheitsprämie?

Angesichts der hier kurz skizzierten Situation beginnt sich inzwischen die Erkenntnis durchzusetzen, dass das gegenwärtige Finanzierungssystem der GKV einer grundsätzlichen, die Einnahmeseite mit einschließenden Reform bedarf, wenngleich Problembefunde, Ziele und Wege freilich weiterhin umstritten bleiben.



Im Vorfeld des GMG hatte die rot-grüne Regierung eine Kommission mit Sachverständigen aus Wissenschaft, Politik, Gewerkschaften und anderen Verbänden damit beauftragt, Reformvorschläge für die „Nachhaltigkeit“ in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme zur erarbeiten. In Bezug auf die Krankenversicherung legte die so genannte „Rürup-Kommission“ ein zweistufiges Konzept vor. Dabei wurden konkrete Empfehlungen nur für kurzfristige Maßnahmen zur Senkung der Kassenbeiträge gegeben, von denen viele dann auch im GMG umgesetzt wurden: Praxisgebühr, erhöhte Zuzahlungen, Streichung von ganzen Leistungsbereichen (Sehhilfen, Sterbegeld, nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel etc.), Wegfall der Zuzahlungsbefreiungen sowie die alleinige Finanzierung von Zahnersatz und Krankengeld durch die Versicherten.

Bezüglich der langfristigen Perspektive wurde anstelle einer Empfehlung auf zwei unterschiedliche und konkurrierende Optionen verwiesen: auf ein von den Volkswirtschaftlern Bert Rürup und Gert Wagner vorgeschlagenes *Gesundheitsprämienmodell* einerseits und ein von dem Gesundheitsökonom Karl Lauterbach vorgeschlagenes Modell einer *Bürgerversicherung* andererseits. Die Wahl zwischen diesen Alternativen wurde als „Werteentscheidung“ an die Politik zurückgegeben.

Diese hatte ihre Wahl schnell getroffen: Die CDU entschied sich auf ihrem Leipziger Parteitag Ende 2003 für die Gesundheitsprämie. SPD, Grüne und PDS votierten gleichzeitig für die Bürgerversicherung. Die FDP schließlich konnte sich weder für das eine noch das andere Modell erwärmen, sondern plädiert für den kompletten Umbau der gesetzlichen in eine private Krankenversicherung. Damit sind die grundsätzlichen Positionen bezogen, mit denen Regierung und Opposition in den Wahlkampf 2006 ziehen werden. Über die konkrete Ausgestaltung der jeweiligen Modelle wird hingegen nach wie vor heftig gerungen und gestritten.

Das Gesundheitsprämienmodell der CDU

Grundidee des CDU-Modells ist, dass alle Versicherten einer gesetzlichen Krankenkasse den gleichen Beitrag bezahlen, unabhängig von ihrem jeweiligen Einkommen. Die Höhe dieses Beitrags bemisst sich pauschal nach den durchschnittlichen Gesundheitsausgaben der jeweiligen Krankenkasse pro Kopf. Das heißt, dass der Beitrag zwar für alle Mitglieder derselben Krankenkasse gleich hoch ist, sich jedoch von Kasse zu Kasse – je nach Versicherten- und Ausgabenstruktur – unterscheiden wird. Ziel ist vor allem die Beseitigung von Umverteilungselementen in der GKV und die Stärkung des Prinzips der Äquivalenz von Leistung und Gegenleistung, die Senkung der Lohnnebenkosten für die Unternehmen durch die Abkopplung der Beiträge von den Arbeitseinkommen sowie eine Verschärfung des Kassenwettbewerbs.

Die Gesundheitsprämie muss von allen gesetzlich Versicherten bezahlt werden, also auch von den bislang beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen. Nach den letzten Vorstellungen der CDU vor dem Kompromiss mit der Schwesterpartei CSU (siehe unten) sollte sie bei ihrer Einführung 169 € betragen, Kinder sollten 78 € bezahlen. Die Beiträge für die Kinder sollten vollständig von der Kindergeldkasse erstattet werden und damit komplett steuerfinanziert sein. Erwachsene sollten auf Antrag einen staatlichen Zuschuss erhalten, wenn die Beiträge eine Belastungsgrenze von 12,5 % des jährlichen Bruttoeinkommens übersteigen. Über die Finanzierung dieser Zuschüsse war sich die CDU weitgehend uneins. Zuletzt wurden drei verschiedene Varianten diskutiert: eine Steuerfinanzierung über die Erhöhung des Solidaritätszuschlags um 11,9 Prozentpunkte oder über eine Umsatzsteuererhöhung um 2,5 Prozentpunkte, sowie eine krankenversicherungsinterne Finanzierung über einkommensabhängige Zuschläge von bis zu 2,9 Prozentpunkten.



Die paritätische Finanzierung der Krankenkassenbeiträge wird aufgegeben. Der ArbeitgeberInnenanteil wird bei 6,5% des Bruttolohns fixiert und an die Versicherten ausbezahlt. Als regulärer Lohnbestandteil unterliegt er fortan der Besteuerung sowie der Beitragspflicht zur gesetzlichen Renten-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung. Aus Gleichbehandlungsgründen werden die bisher steuerfreien Arbeitgeberzuschüsse an Privatversicherte ebenfalls versteuert. Für BeamtInnen und PensionärInnen wird ein fiktiver Arbeitgeberzuschuss angesetzt und versteuert.

Das Stufenprämienmodell der CSU

Die CSU war in Sachen Gesundheitsprämie zunächst auf deutliche Distanz zur Schwesterpartei gegangen und legte ein eigenes Konzept zur Finanzierungsreform des Gesundheitswesens vor. Sie lehnte eine einheitliche, einkommensunabhängige Kopfpauschale lange Zeit als unsozial ab, weil sie darin eine Durchbrechung des Prinzips der Beitragszahlung gemäß der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit sah. Sie ging davon aus, dass durch das CDU-Modell höhere Einkommen entlastet und BezieherInnen kleinerer Einkommen und Familien tendenziell stärker belastet werden.

Zudem lehnte die CSU einen sozialen Ausgleich über das Steuersystem ab. Stattdessen sollte die Finanzierung der Kopfpauschalen innerhalb des Systems der GKV verbleiben, der soziale Ausgleich wie bisher über unterschiedliche Versicherungstarife gewährleistet werden. Geringverdienende sollten erheblich niedrigere Kassenbeiträge zahlen als Wohlhabende. Dabei setzte die CSU auf einen Stufentarif mit insgesamt bis zu zehn einkommensabhängigen Beitragsklassen: von einem Mindestbeitrag von 60 € bis zu einem Höchstbeitrag von 527 €. Die kostenlose Mitversicherung nicht berufstätiger EhepartnerInnen sollte entfallen. Dafür sollte Mann und Frau das gemeinsame Haushaltseinkommen jeweils nur zur Hälfte zugerechnet werden, ähnlich wie beim Ehegattensplitting im Steuerrecht.

Der Arbeitgeberbeitrag zur Krankenversicherung sollte nach CSU-Vorstellungen zwar ebenfalls eingefroren, entgegen der CDU-Position aber nicht steuerpflichtig an die Versicherten ausbezahlt, sondern wie bisher direkt an die Krankenkassen überwiesen werden.

Der Kompromiss der Unionsparteien: das „solidarische Gesundheitsprämien-Modell“

Nach langem, teils heftigen und auch in der Öffentlichkeit ausgetragenen Streit einigten sich CDU und CSU Mitte November 2004 unter Federführung der Parteivorsitzenden Merkel und Stoiber auf einen gemeinsamen Kompromiss. Die Unionsparteien wollen zur Finanzierung der Gesundheitskosten nun ein „solidarisches Gesundheitsprämien-Modell“ einführen, das aus vier Teilen besteht: Einerseits gibt es die „persönliche Gesundheitsprämie“, andererseits die „Arbeitgeberprämie“. Zusammen ergeben sie die „Gesamt-Gesundheitsprämie“. Zwischengeschaltet wird ein „Sondervermögen“.

Die persönliche Gesundheitsprämie beträgt für jede/n Erwachsene/n (unabhängig von Alter, Geschlecht, Einkommen, Gesundheit und beruflichem Status) auf heutiger Basis monatlich 109 €. Kinder (auch von privat Versicherten) sind prämienfrei mitversichert. Alle in einer gesetzlichen Krankenkasse Versicherten zahlen jeweils höchstens 7% ihres Einkommens (Lohn, Gehalt, Zinsen, Miet- und Pachteinnahmen). Bei einem monatlichen Einkommen von 1.000 € beträgt die Zahlung des/der Versicherten an die Krankenkasse also 70 €. Erst ab einem Gesamteinkommen von 1.558 € wird die Pauschale von 109 € fällig.

Bezieht nur ein/e Ehepartner/in Gehalt oder Lohn, wird das gemeinsame Haushaltseinkommen herangezogen, um ein Überschreiten der Belastungsgrenze zu vermeiden. Für gering verdienende Versicherte, bei denen die persönliche Gesundheitsprämie 7 % des Einkommens übersteigt,

wird der Differenzbetrag direkt aus dem Sondervermögen (siehe unten) an die jeweils zuständige Krankenkasse entrichtet.

Die bisherigen ArbeitgeberInnenbeiträge werden grundsätzlich auf 6,5 % des beitragspflichtigen Einkommens festgeschrieben. ArbeitgeberInnenanteil und die Beiträge der SozialversicherungsträgerInnen zur Krankenversicherung fließen an ein Sondervermögen. Aus ihm wird u. a. der Soli-darausgleich für die Versicherten bezahlt, bei denen die persönliche Gesundheitsprämie 7 % des Einkommens übersteigt.

Persönliche Gesundheitsprämie und ArbeitgeberInnenprämie bilden zusammen die Gesamt-Gesundheitsprämie. Auf Basis der heutigen durchschnittlichen Gesundheitskosten beträgt sie pro Versicherter/m durchschnittlich monatlich 169 €. Die Kassen erhalten für jede/n erwachsene/n Versicherte/n (unabhängig von deren/dessen Einkommen, Alter, Gesundheit, Geschlecht oder Familienstand) den einheitlichen Betrag.

Das Sondervermögen setzt sich zusammen aus dem Aufkommen aus dem festgeschriebenen ArbeitgeberInnenanteil und den Beiträgen der SozialversicherungsträgerInnen zur Krankenversicherung. Außerdem fließt dort hinein ein Staatszuschuss in Höhe von 7 bis 8 Mrd. €, der aus einer geringeren Absenkung des Spitzensteuersatzes (von 42 % auf 39 statt auf 36 %) finanziert werden soll.

Aus dem Sondervermögen („Gesundheitsfonds“) werden an die Krankenkassen überwiesen:

- 60 € pro Versicherter/m (zur Auffüllung der Prämie auf 169 €),
- Sozialausgleich für Versicherte (damit die persönliche Gesundheitsprämie 7 % des Einkommens nicht übersteigt),
- Kinderversicherung (weil künftig alle Kinder, auch die von privat Versicherten, keine Gesundheitsprämie zahlen sollen).

Der Kompromiss der Unionsparteien wurde in der Öffentlichkeit stark kritisiert und ist auch unionsintern höchst umstritten (siehe I.III.). Es ist zu vermuten, dass das Kompromissmodell selbst bei einem Sieg der Opposition bei den nächsten Bundestagswahlen niemals in die Realität umgesetzt wird.

Das SPD-Modell einer „solidarischen Bürgerversicherung“

Gemeinsame Grundidee aller Bürgerversicherungsmodelle ist die Einbeziehung aller BürgerInnen in die gesetzliche Krankenversicherung nach ihrem jeweiligen finanziellen Leistungsvermögen. Kleine und mittlere Einkommen sollen entlastet, höhere Einkommen hingegen belastet werden. Dadurch soll das Prinzip der Solidarität gestärkt, die Finanzierung der Krankenversicherung auf eine breitere und damit sicherere Basis gestellt und die Möglichkeit zur Senkung der Lohnnebenkosten geschaffen werden.

Bereits im November 2003 hatte sich die SPD auf ihrem Bochum Parteitag auf die stufenweise Einführung einer Bürgerversicherung und damit auf eine grundlegende Reform der Finanzierung des Gesundheitssystems geeinigt. Die konkrete Ausgestaltung dieser Bürgerversicherung war jedoch recht vage geblieben und wurde an eine SPD-interne Arbeitsgruppe delegiert, die von der ehemaligen Juso-Vorsitzenden Andrea Nahles geleitet wurde. Die so genannte „Nahles-Kommission“ hat nun Ende August 2004 ihren Abschlussbericht vorgelegt. Auf dessen Basis hat am 29. August der SPD-Parteivorstand erste konkrete Eckpunkte des SPD-Konzepts einer Bürgerversicherung verabschiedet.

Demnach soll die Versicherungspflichtgrenze – die Gehaltsuntergrenze, ab der man bislang in die private Krankenversicherung wechseln kann – vollständig aufgehoben und alle Erwerbstätigen in die Versicherungspflicht einbezogen werden, also auch BeamtInnen, Selbstständige, LandwirtInnen und UnternehmerInnen. Neben dem Arbeitseinkommen sollen künftig auch Kapitaleinkünfte zur Finanzierung der Krankenversicherung herangezogen werden. Die ursprüngliche Idee, auch Mieteinkünfte zu berücksichtigen, wurde hingegen verworfen. Die Kassenbeiträge auf das Arbeitseinkommen teilen sich wie bisher ArbeitnehmerIn und ArbeitgeberIn hälftig. Familienmitglieder ohne eigenes Einkommen und Kinder sind beitragsfrei mitversichert. Die Beitragsbemessungsgrenze von aktuell 3.487,50 € im Monat, bis zu der das Einkommen maximal zur Berechnung der Kassenbeiträge berücksichtigt wird, bleibt erhalten.

Für den Einbezug der Kapitaleinkommen werden zwei alternative Umsetzungsvorschläge unterbreitet:

- Eine zweite Beitragssäule neben den Beiträgen aus Erwerbseinkommen, mit einer eigenen Beitragsbemessungsgrenze und einem steuerrechtlichen Sparerfreibetrag (derzeit 1.340 €/Jahr). Die Daten hierzu sollen die Finanzämter liefern. Den SPD-Berechnungen zufolge könnte dadurch der Beitragssatz der Krankenkassen innerhalb von zehn Jahren um rund 1,8 Prozentpunkte sinken.
- Alternativ will die SPD prüfen, auf die geplante Abgeltungssteuer einen Zuschlag von sieben Prozentpunkten zu erheben, der zweckgebunden in die Finanzierung der Bürgerversicherung fließt. Bis es zur Einführung einer Abgeltungssteuer kommt, könnte der Zuschuss an die Krankenversicherung auch im Rahmen der Kapitalertrags- und Zinsabschlagsteuer erbracht werden. Auch hier soll der Sparerfreibetrag gelten, eine Beitragsbemessungsgrenze gibt es aber nicht. Die SPD geht davon aus, dass so der Beitragssatz kurzfristig um 1,6 Prozentpunkte gesenkt werden kann.

Auch private Krankenkassen müssen einen Bürgerversicherungstarif zu gleichen Wettbewerbsbedingungen anbieten und alle Versicherungswilligen aufnehmen. Unterschiedliche Tarife für die Neuversicherten abhängig von Geschlecht, Alter und Gesundheitszustand darf es nicht mehr geben. Alle Bürgerversicherungstarife werden in den Risikostrukturausgleich einbezogen.

Mitglieder der privaten Krankenkassen können wählen, ob sie in ihrem bisherigen Tarif bleiben oder in den neuen Bürgerversicherungstarif wechseln. Für den Wechsel von BeamtInnen wird alternativ auch eine Stichtagslösung vorgeschlagen. Auch wer neu versichert wird, kann zwischen gesetzlicher und privater Kasse wählen, bekommt aber automatisch den Bürgerversicherungstarif.

Diese Eckpunkte sollen auf dem nächsten Parteitag im Herbst 2005 zur Debatte gestellt werden. Im Detail festlegen will die SPD ihre Vorstellungen nach den bisherigen Eindrücken aber wohl erst nach der Bundestagswahl 2006.

Die grüne Bürgerversicherung: „Leistungsfähig – solidarisch – modern“

Nach der SPD haben sich auch die Grünen auf Eckpunkte für eine Bürgerversicherung verständigt. Das auf der Bundesdelegiertenkonferenz Anfang Oktober 2004 in Kiel mit großer Mehrheit beschlossene Modell lässt allerdings mehrere Detailfragen noch offen, die im Laufe des nächsten Jahres innerparteilich geklärt werden sollen.

Das Grünen-Modell weist weitgehende Parallelen zu den Eckpunkten der SPD auf, insbesondere was das Verhältnis von GKV und PKV betrifft, weicht aber in einigen Punkten auch deutlich ab.



So wollen die Grünen zum Beispiel Beiträge nicht nur auf Lohn- und Kapitaleinkünfte, sondern zusätzlich auch auf Miet- und Pachteinnahmen erheben, weil dadurch die Gerechtigkeit in der Verteilung der Beitragsbelastung größer wird. Für Kapitalerträge ist ein Freibetrag (in Höhe des derzeitigen Sparerfreibetrags) vorgesehen. Offen halten sich die Grünen, ob alle Einkunftsarten in einer gemeinsamen Beitragssäule einfließen oder zwei Säulen eingeführt werden sollen. Die Tendenz der innerparteilichen Diskussion geht jedoch hin zu nur einer Säule. Aber auch eine Steuerlösung wird nicht ausgeschlossen.

Keine Festlegung treffen die Grünen in ihrem Konzept auch darüber, bis zu welcher Höhe Einkommen mit Beiträgen belastet werden sollen. Die Beitragsbemessungsgrenze sei nicht losgelöst von der Frage zu sehen, ob es am Ende ein oder zwei Säulen gebe. In früheren Stellungnahmen war immer von der Beibehaltung der Beitragsbemessungsgrenze ausgegangen worden, was innerhalb der Partei aber zu heftigen Diskussionen geführt hatte.

Kinder sollen in der Bürgerversicherung weiter beitragsfrei mitversichert sein, nicht erwerbstätige PartnerInnen hingegen nur noch dann, wenn sie Kinder erziehen oder Angehörige pflegen. Für alle anderen Ehepaare und eingetragene Lebenspartnerschaften soll ein so genanntes „Ehegattensplitting“ eingeführt werden. Dabei wird das Einkommen der PartnerInnen addiert und rechnerisch auf beide Personen verteilt. Danach werden beide Einkommenshälften bis zur Beitragsbemessungsgrenze der Beitragspflicht unterworfen. Die PartnerInnen sollen dennoch unterschiedliche Krankenkassen wählen können.

Entgegen ihren ursprünglichen Absichten wollen die Grünen nun doch an der paritätischen Finanzierung der Krankenkassenbeiträge durch ArbeitgeberInnen und ArbeitnehmerInnen festhalten. Eine prozentuale Deckelung und/oder Auszahlung des ArbeitgeberInnenbeitrags ist damit vom Tisch. Allerdings soll der Gesetzgeber verpflichtet werden, Maßnahmen zur Kostenersparnis zu ergreifen, wenn der durchschnittliche Beitragssatz über die 13%-Marke rutscht.

Die Grünen rechnen damit, dass der durchschnittliche Beitragssatz durch ihr Modell der Bürgerversicherung von derzeit rund 14,2 auf 12,5 % sinken kann. Insgesamt seien aber in der Partei noch umfassende Diskussionen notwendig. Trotz der Unterschiede zum SPD-Modell setzen die Grünen darauf, dass die Regierungskoalition 2006 mit einem gemeinsamen Konzept als Alternative zum Gesundheitsprämienmodell der Unionsparteien in den Bundestagswahlkampf ziehen wird. Sie streben außerdem eine Ausweitung des Bürgerversicherungsprinzips auch auf die anderen Sozialversicherungszweige an. Zunächst soll ein Bürgerversicherungsmodell für die Pflege erarbeitet und gleichzeitig mit der Umwandlung der GKV in eine Bürgerversicherung etabliert werden, danach dann auch eines für die Alterssicherung.

Der Vorschlag der PDS für eine „solidarische Bürgerversicherung“

Die PDS trat bereits frühzeitig für eine Umgestaltung der GKV in eine Bürgerversicherung ein. Konkrete Vorschläge zu deren Ausgestaltung unterbreitete sie jedoch erst im Oktober 2004. Sie wurden von einer Projektgruppe beim Parteivorstand der PDS erarbeitet.

Der Vorschlag der PDS für eine „solidarische Bürgerversicherung“ knüpft an die Positionen von SPD und Grünen an, weist jedoch in einigen Punkten deutlich über diese hinaus. So fordert die PDS neben der Ausweitung der Beitragserhebung auf Kapitalerträge und Zinsen auch die Einbeziehung von Miet- und Pachteinnahmen. Kleinen und mittleren SparerInnen sollen dabei angemessene Freibeträge eingeräumt werden. Die Beitragsbemessungsgrenze soll in einem ersten Schritt auf 5.100 € angehoben und schließlich ganz abgeschafft werden. Damit würden sich alle Versicherten nach ihrer tatsächlichen finanziellen Leistungsfähigkeit an der Finanzierung des Gesundheitssystems beteiligen.

Zum Zeitpunkt ihrer Einführung sollen alle BürgerInnen sofort in die Bürgerversicherung integriert werden. Kinder und Jugendliche ohne Arbeit werden bis zum 27. Lebensjahr weiter beitragsfrei mitversichert. Gleiches gilt auch für Erziehende und Pflegende ohne eigenes Einkommen. Bereits erworbene Ansprüche aus der PKV werden in die Bürgerversicherung überführt. Ein Bestandschutz für bestehende private Krankenversicherungsverträge ist nicht vorgesehen. Die PKV soll auch nicht in die Bürgerversicherung einbezogen werden. Ihr verbleibt das Geschäftsfeld der Zusatzleistungen außerhalb des Leistungskatalogs der Bürgerversicherung, wie z.B. Krankenschutz im Ausland oder ergänzende Leistungen im Krankenhaus.

Die paritätische Finanzierung der Krankenversicherung soll wieder hergestellt werden. Dazu sollen Leistungsausgrenzungen, Zuzahlungen und Selbstbehalte rückgängig gemacht werden. Perspektivisch soll der an der Bruttolohnsumme orientierte ArbeitgeberInnenbeitrag durch eine Wertschöpfungsabgabe ersetzt werden. Davon verspricht sich die PDS eine Stärkung personalintensiver Unternehmen gegenüber kapitalintensiven und einen Anreiz zur Schaffung von Arbeitsplätzen. Da eine paritätische Finanzierung im einzelnen Unternehmen nach Einführung einer Wertschöpfungsabgabe nicht mehr möglich ist, müsste ein Verfahren entwickelt werden, das die Parität zwischen Unternehmen und Versicherten auf volkswirtschaftlicher Ebene wieder herstellt.

Aufgrund der geringen Repräsentation der Partei auf der Bundesebene ist der Vorschlag der PDS bisher kaum in der (politischen) Öffentlichkeit diskutiert worden. Hingegen wurde er im Kreis der Nichtregierungsorganisationen und auch der Gewerkschaften durchaus wahrgenommen.

Die „liberale Alternative“: Private Krankenversicherung für alle

Die FDP mag sich bislang weder den Unions- noch den Regierungsplänen anschließen. Das Modell der Bürgerversicherung lehnt sie strikt ab, aber auch dem Gesundheitsprämienmodell steht sie skeptisch gegenüber. Sie plädiert hingegen für ein kapitalunterlegtes Versicherungsmodell, das auf einkommensunabhängigen Prämienzahlungen basiert, und will damit nichts weniger als den Umbau der gesetzlichen in eine private Krankenversicherung. Einen entsprechenden Beschluss hat der Bundesparteitag der FDP in Dresden am 5.-6. Juni 2004 verabschiedet („Privater Krankenversicherungsschutz mit sozialer Absicherung für alle – die auf Wettbewerb gegründete liberale Alternative“).

Der ArbeitgeberInnenzuschuss soll als steuerpflichtiger Lohnbestandteil ausbezahlt werden. Das bisherige umlagefinanzierte System soll durch frei wählbare und kalkulierte Tarife abgelöst werden. Die gesetzlichen Kassen sollen zu Privatversicherern werden, jede/r Versicherte ihre/seine Versicherung frei wählen können. Die Versicherungen sollen verpflichtet werden, eine Basisversorgung für eine ausreichende Absicherung im Krankheitsfall anzubieten. Für diesen Basistarif gilt Kontrahierungszwang, Risikozuschläge sind ausgeschlossen. Über den Regelleistungskatalog hinausgehende Leistungen müssen zusätzlich versichert und bezahlt werden. Kinder erhalten einen eigenen Versicherungsschutz. Ihre Regelleistungsprämie wird über Steuern finanziert, ebenso „Kosten, die mit Schwangerschaft und Mutterschaft verbunden sind“. Wer nicht dazu in der Lage ist, die Prämie für den Pauschaltarif aus eigenen Kräften aufzubringen, soll durch staatliche Transferleistungen unterstützt werden.

(N.F.)

Ausführliche Informationen zu den verschiedenen Modellen der Parteien und alle aktuellen Beschlusslagen im Wortlaut lassen sich auf unseren Seiten im Internet finden und herunterladen:
www.verdi.de/sozialpolitik/gesundheitspolitik_buergerversicherung

II. Bürgerversicherung oder Kopfpauschale? Wer fordert was?

Synopse mit dem aktuellen Stand (Ende 2004)

	ver.di	SPD	Bündnis90/Die Grünen	CDU/CSU	BDA
Bürgerversicherung oder Kopfpauschale?	BürgerInnenversicherung	Bürgerversicherung	Bürgerversicherung	Gesundheitsprämie	Gesundheitsprämie
Wer soll wo versichert sein?	Ausweitung der Versicherungspflicht auf alle Erwerbstätigen Selbstständige umgehend einbeziehen Beamte: Einbezug der neu in den Öffentlichen Dienst Eintretenden; hälftige Übernahme des GKV-Beitrages durch den Dienstherrn (auch für Beamte, die bereits Mitglied in der GKV sind); Bestand der beamtenrechtlichen Regelungen, der bisherigen Verträge in der PKV und der Mitgliedschaft in der Postbeamtenkasse	Ausweitung des GKV-Versichertenkreises auf alle Bürgerinnen und Bürger	Ausweitung des GKV-Versichertenkreises auf alle Bürgerinnen und Bürger	Ablehnung einer Ausweitung des GKV-Versichertenkreises ausschließlich sozialversicherungspflichtig Beschäftigte und freiwillig Versicherte werden von der GKV versichert	Ablehnung einer Ausweitung des GKV-Versichertenkreises
Versicherungspflichtgrenze	Aufhebung	Aufhebung	Aufhebung	Beibehaltung	Beibehaltung
Beitragsbemessungsgrenze	Anhebung ■ Höhe: Akzeptanz beachten; angemessenes Verhältnis von (Höchst-) Beitrag zu Versicherungsleistung ■ Anpassung der BGG an die Entwicklung der Arbeitsentgelte aus Vollzeitbeschäftigung	bleibt bestehen	noch keine abschließende Position, Tendenz geht jedoch zur Beibehaltung der BGG auf jetzigem Niveau	entfällt, alle zahlen den gleichen Beitrag	entfällt, alle zahlen den gleichen Beitrag
Beitrags- bzw. Prämienhöhe	Beiträge stabilisieren oder gar senken Beitragshöhe nach finanzieller Leistungsfähigkeit	Beitragshöhe nach finanzieller Leistungsfähigkeit Senkung des Beitragsatzes	Beitragshöhe nach finanzieller Leistungsfähigkeit Beitragssatzsenkung auf 12,5% angestrebt	Beitragshöhe: 169 € pro Erwachsener; setzt sich zusammen aus einer persönlichen Gesundheitsprämie von 109 € und einer Arbeitgeberprämie von 60 €	Beitragshöhe: 163 € pro Erwachsener
Arbeitgeberanteil	Beibehaltung der paritätischen Finanzierung. Arbeitgeber sollen in Verantwortung für Gesundheit ihrer Beschäftigten und den Kosten im Gesundheitswesen bleiben	Beibehaltung des Grundsatzes der paritätischen Finanzierung durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber	Beibehaltung des Grundsatzes der paritätischen Finanzierung durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber. Gesetzgeber soll verpflichtet werden, bei Überschreiten der	teilweise Aufgabe der paritätischen Finanzierung; Arbeitgeberanteil wird auf 6,5% abgesenkt und fließt in ein Sondervermögen, aus dem die Arbeitgeberprämie, der Sozialaus-	Auszahlung als steuerpflichtiger Lohnbestandteil

	ver.di	SPD	Bündnis90/Die Grünen	CDU/CSU	BDA
			13%-Marke unmittelbar Maßnahmen zur Beitragssatzsenkung zu ergreifen	gleich für einkommensschwache Versicherte und die beitragsfreie Mitversicherung der Kinder (auch von privat Versicherten) finanziert werden	
Umlagefinanzierung oder Kapitaldeckung	Umlagefinanzierung	Weiterentwicklung der Umlagefinanzierung	Beibehaltung der Umlagefinanzierung	Umlagefinanzierung	Umlagefinanzierung
sozialer Ausgleich	sozialer Ausgleich wird im System vorgenommen; alle zahlen gemäß ihrer Leistungsfähigkeit	sozialer Ausgleich wird gänzlich (Variante 1) oder weitgehend (Variante 2) im System vorgenommen; alle zahlen gemäß ihrer Leistungsfähigkeit	sozialer Ausgleich wird im System vorgenommen; alle zahlen gemäß ihrer Leistungsfähigkeit	sozialer Ausgleich erfolgt über arbeitgeber- und steuerfinanzierte Zuschüsse für Kinder und einkommensschwache Personen, die direkt an die Krankenkasse entrichtet werden; die persönliche Gesundheitsprämie von 109 Euro darf 7% des Gesamteinkommens nicht übersteigen	sozialer Ausgleich wird dadurch gewährleistet, dass Krankenkassen für einkommensschwache Versicherte niedrigere Prämien kalkulieren bzw. ganz auf Prämien verzichten (Bedarfsprüfung durch Krankenkassen) Belastungsobergrenze von 12,5 % des Bruttoeinkommens
Einbezug weiterer Einkommensarten	ja Arbeitnehmereinkommen darf gegenüber anderen Einkommen nicht benachteiligt werden. Weitere Einkünfte außerhalb des Erwerbseinkommens sollen daher berücksichtigt werden. Es sind Freibeträge vorzusehen der Einzug der Beiträge für andere Einkunftsarten sollte der für den Versicherten zuständigen Krankenkasse zugeordnet werden	ja Einkünfte aus Kapitalvermögen, aus gewerblicher und selbstständiger Arbeit, werden mit einbezogen Freibetrag auf Kapitalerträge in Höhe des Sparerfreibetrags von zur Zeit 1.340 € (Variante1) oder Abgeltungssteuer in Höhe von 7% (Variante 2)	ja Einbezug aller Einkommensarten, auch aus Vermietung und Verpachtung Freibetrag auf Kapitalerträge in Höhe des Sparerfreibetrags (zur Zeit 1.340 €)	ja Einkünfte aus Kapitalvermögen, aus Vermietung und Verpachtung werden mit einbezogen	nein ausschließlich das Erwerbseinkommen wird zur Ermittlung der Versicherungspflicht herangezogen
Wettbewerb zwischen GKV und PKV	derzeit ist nicht ersichtlich, wie ein Nebeneinander von GKV und PKV mit der Bürgerversicherung zu vereinbaren wäre	Sowohl GKV wie auch PKV sollen die Bürgerversicherung zu gleichen Wettbewerbsbedingungen anbieten. Alle Bürgerversicherungstarife werden in den Risikostrukturausgleich einbezogen Mindestanforderungen des Bürgerversicherungstarifs: ■ einkommensbezogene Beiträge	Intensiver Wettbewerb aller Krankenversicherungen um alle Bürger, unter einheitlichen Bedingungen Diese Bedingungen sind: ■ einkommensbezogene Beiträge ■ Kontrahierungszwang ■ Teilnahme am (morbiditätsorientierten)	Trennung von PKV und GKV bleibt bestehen	bisherige Situation wird beibehalten Wettbewerb zwischen den Krankenkassen soll jedoch verstärkt werden

	ver.di	SPD	Bündnis90/Die Grünen	CDU/CSU	BDA
		<ul style="list-style-type: none"> ■ Kontrahierungszwang ■ gesetzlicher Leistungskatalog Bestandsschutz für bestehende private Versicherungsverträge freie Kassenwahl	Risikostrukturausgleich <ul style="list-style-type: none"> ■ Angebot des obligatorischen Grundleistungskatalogs ■ Umlagefinanzierung Bestandsschutz für bestehende private Versicherungsverträge freie Kassenwahl		
Familienkomponente	<p>jede/r BürgerIn sollte grundsätzlich eine eigene Krankenversicherung haben, d.h. auch einen eigenen Beitrag zahlen</p> <p>Abschaffung der Sozialversicherungsfreiheit für geringfügige Beschäftigten</p> <p>beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und für Erwachsene, die Familienarbeit leisten (Kindererziehung, Pflege). Finanzierung dieser gesellschaftlichen Leistungen aus der Pflegekasse bzw. aus einer Familienkasse</p> <p>da Familienarbeit die Arbeitsmarktchancen auch nach Beendigung einer Familienphase nachhaltig negativ beeinflusst, ist diesem Personenkreis in einer BürgerInnenversicherung eine andere Zugangsart zur Krankenversicherungsleistungen – z.B. über die Arbeitslosmeldung – zu ermöglichen</p> <p>Arbeitslosen, die künftig unter das SGB II fallen und aufgrund der Anrechnung von Partnerschaftseinkommen keine Leistungen mehr erhalten, stellt die BA eine eigenständige Krankenversicherung</p>	beitragsfreie Mitversicherung von Kindern sowie von Familienmitgliedern ohne eigenes Einkommen	beitragsfreie Mitversicherung von Kindern beitragsfreie Mitversicherung von Ehe- und Lebenspartnern ausschließlich für diejenigen, die Kinder erziehen oder Pflegeleistungen erbringen. Für alle anderen wird ein „negatives Ehegattensplitting“ eingeführt	beitragsfreie Mitversicherung von Kindern bezieht nur ein Ehepartner Gehalt oder Lohn, wird das gemeinsame Haushaltseinkommen herangezogen, um ein Überschreiten der Belastungsgrenze zu vermeiden	beitragsfreie Mitversicherung von Kindern

	ver.di	SPD	Bündnis90/Die Grünen	CDU/CSU	BDA
Umfang des Leistungskatalogs	<ul style="list-style-type: none"> ■ Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung, z.B. durch mehr Prävention und Integration; Stärkung „guter Qualität“ ■ Abbau von Ineffizienzen ■ Erhalt der paritätischen Finanzierung bei Krankengeld und Zahnersatz ■ Leistungsabbau verhindern; Ablehnung jeglicher Versuche, den Leistungskatalog der GKV auf eine Grundsicherung zu reduzieren ■ Abbau von Zuzahlungen 	Übernahme des bisherigen Leistungskatalogs der GKV	Übernahme des bisherigen Leistungskatalogs der GKV	Übernahme des bisherigen Leistungskatalogs der GKV	Reduzierter Leistungskatalog: <ul style="list-style-type: none"> ■ Herausnahme des Krankengeldes: soll arbeitnehmerfinanziert werden ■ Ausweitung von Zuzahlungen (Praxisgebühr) ■ Streichung von Satzungs- und Mehrleistungen der Krankenkassen

Abkürzungen:

BBG: Beitragsbemessungsgrenze
 BDA: Bundesvereinigung der deutschen Arbeitgeberverbände
 GKV: Gesetzliche Krankenversicherung
 PKV: Private Krankenversicherung

Eine ausführliche Synopse zu den verschiedenen kursierenden Kopfpauschalenmodellen ist auf unseren Internet-Seiten zu finden :
www.verdi.de/sozialpolitik/gesundheitspolitik_buergerversicherung

(N.F.)

III. Die „Murkspauschale“ – Kritische Bewertung des CDU/CSU-Kompromissmodells einer „solidarischen Gesundheitsprämie“¹

Am 15. November 2004 haben CDU und CSU ihr „Solidarisches Gesundheitsprämien-Modell“ zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung der Öffentlichkeit vorgestellt. Der Beschluss, der nach monatelangen und kontrovers geführten unionsinternen Auseinandersetzungen letztendlich nur auf Initiative der beiden Parteivorsitzenden, Angela Merkel (CDU) und Edmund Stoiber (CSU), vereinbart werden konnte, sieht sich erheblicher Kritik ausgesetzt und wird auch von einem Großteil der Bevölkerung in Deutschland abgelehnt. Bei entsprechenden repräsentativen Umfragen sprachen sich rund drei Viertel der Befragten gegen die Einführung dieses Modells aus. Laut Infratest wird es sogar von 72% der Unions-AnhängerInnen abgelehnt. Im Mittelpunkt der Kritik stehen dabei vor allem die Intransparenz des Modells, die ungerechten Verteilungswirkungen, aber auch die Organisation des „sozialen Ausgleichs“ über das Steuersystem und die dabei entstehenden Finanzierungslücken.

Die wichtigsten Kritikpunkte in Kürze:

1. Umverteilung von unten nach oben

Verschiedene BeobachterInnen bezeichnen das Unionsmodell als „eine der größten Umverteilungsmaßnahmen von unten nach oben, die die Bundesrepublik bisher gesehen hat“. Für diese Einschätzung sprechen u.a. folgende Gesichtspunkte:

- Menschen mit geringeren Einkommen werden relativ stärker belastet. Bis zu einem Einkommen von 1.557 € beträgt die Gesundheitsprämie genau 7 % des Haushaltseinkommens; wird ein/e nicht erwerbstätige/r EhegattIn mitversichert, steigt die 7%-Grenze auf 3.114 € (Grenzbelastung). Für diejenigen, die mehr verdienen, nimmt die relative Belastung ab. So beträgt die Belastung bei einem Einkommen von 2.000 € nur noch 5,5 %, bei einem Einkommen von 3.000 € nur noch 3,6 % und bei einem Einkommen von 4.000 € sogar nur noch 2,7 %. Wer mehr verdient, bezahlt nach Vorstellung der Union also weniger. Kleinere und mittlere Einkommen sowie Familien können trotz staatlicher Transfers nicht mit Entlastungen gegenüber dem bestehenden System rechnen. Entlastet würden vor allem Alleinstehende und Besserverdienende.
- Geringer Verdienende werden aber auch *absolut* stärker belastet: Im derzeitigen System ist ab 1.7.2005 eine Beitragssatzsenkung von 0,9 Prozentpunkten vorgesehen. Der durchschnittliche Beitragssatz beträgt dann 13,3 %, d.h. 6,65 % für den/die ArbeitnehmerIn anstatt der 7 % im Unionsmodell. Für Besserverdienende macht dies keinen Unterschied, da sie ohnehin maximal 109 € bezahlen.
- Bei geringer Verdienenden werden auch andere Einkommensarten herangezogen. Die Belastungsobergrenze von 7 % soll sich auf das gesamte Haushaltseinkommen beziehen, d.h. neben Einkünften aus selbstständiger Arbeit und nicht-selbstständiger Arbeit also auch auf Renten, Sozialunterstützungen, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung sowie Kapitalein-

¹ Der Begriff „Murkspauschale“ stammt von der Bundesvorsitzenden der Grünen, Claudia Roth (siehe Süddeutsche Zeitung vom 16.11.2004). Schön und treffend auch die Betitelung in der gleichen Ausgabe der Süddeutschen Zeitung: „Lohnnebenkostenabkopplungseinheitspauschalsteueranteilsmodell“. Vielen Dank an dieser Stelle auch an den Funktionsbereich Sozialpolitik der IG Metall für die freundliche Überlassung ihrer „Darstellung und Bewertung des CDU/CSU-Konzepts“.

künfte. Freibeträge sind nicht vorgesehen. Dies würde ausschließlich Personen mit einem Einkommen unterhalb von 1.557 € treffen.²

- Bislang waren in der Gesetzlichen Krankenversicherung nichterwerbstätige EhepartnerInnen kostenlos mitversichert. Künftig zahlt jede erwachsene Person eine individuelle Gesundheitsprämie (auch ohne Erwerbseinkommen). Obwohl es eine Deckelung des Haushaltseinkommens bis zu einer prozentualen Belastungsgrenze von 7% gibt, kann dies aber im Einzelfall bedeuten, dass es eine drastische Verschlechterung für die/den nichterwerbstätige/n EhepartnerIn geben wird.
- Es ist davon auszugehen, dass ca. 18 Mio. Haushalte einen Antrag auf finanzielle Unterstützung zur Begleichung ihrer Krankenkassenbeiträge stellen könnten. In diesen 18 Mio. Haushalten leben rund 40 Mio. Personen (davon mehr als 7 Mio. Kinder unter 18 Jahren). D.h. dass ein großer Teil, auch der erwerbstätigen Bevölkerung, zu FürsorgeempfängerInnen werden würde; unter ihnen im übrigen auch zwei Drittel aller RentnerInnen.
- Bisher mussten PrivatpatientInnen die Prämien für ihre Kinder selbst finanzieren. Zukünftig werden nicht nur die Kinder von gesetzlich Versicherten, sondern auch die Kinder von privat Versicherten prämienfrei bleiben. D.h. Besserverdienende, die sich der Solidargemeinschaft entziehen, müssen künftig für ihre Kinder keine Beiträge mehr in die PKV bezahlen. Die notwendige Kinderversicherung wird zum Teil durch Steuergelder (und damit zu einem nicht geringen Maß von gering verdienenden ArbeitnehmerInnen) sowie zum Teil aus den ArbeitgeberInnenbeiträgen finanziert. Unterm Strich wird es so sein, dass Gutverdienende durch diesen Effekt entlastet und finanziell besser gestellt werden.
- Um das Konzept finanzieren und die Deckungslücken schließen zu können, soll der Spitzensteuersatz im Steuermodell der Union nun nicht mehr von 42 auf 36% gesenkt werden, sondern „nur“ noch auf 39%. Um diese Reduktion des Spitzensteuersatzes zu finanzieren (ca. 8 Mrd. €), ist unter anderem daran gedacht, die Pendlerpauschale, die insbesondere normalverdienenden ArbeitnehmerInnen zu Gute kommt, zu streichen. Auch dieser Finanzierungsweg unterstreicht die soziale Schieflage im Unionskonzept.

2. ArbeitgeberInnenbeitrag

- Der ArbeitgeberInnenbeitrag soll grundsätzlich bei 6,5% eingefroren werden. Wenn weiterhin eine Beteiligung aller ArbeitnehmerInnen am medizinisch-technischen Fortschritt möglich sein soll und von einer finanziellen Dynamik ausgegangen wird (demographischer Wandel und Technik-Entwicklung), führt die Festschreibung des ArbeitgeberInnenanteils zu einer einseitigen Belastung der Versicherten durch höhere Pauschalen oder einen stärkeren Steueranteil.
- Mit der Fixierung des ArbeitgeberInnenanteils auf 6,5% wird der Druck auf die Lohnpolitik noch weiter zunehmen. Das Interesse der ArbeitgeberInnen, keine weiteren Lohnsteigerungen zu akzeptieren, wird durch diese Entscheidung zusätzlich untermauert. Eine Abgabensenkung auf Seiten der ArbeitgeberInnen wird durch die CDU/CSU-Konstruktion nur über Lohn und Gehalt möglich sein.

² Beispiel: Eine Angestellte hat ein Einkommen von 1.000 € monatlich sowie Einkünfte aus Vermietung einer geerbten Wohnung von 500 €. Heute muss sie 7,1% Beitrag auf ihr Lohnneinkommen entrichten, also 71 €. Im CDU/CSU-Gesundheitskompromiss muss sie hingegen 7% von 1.500 € entrichten, also 105 € (die verbleibenden 4 € bis zum regulären Eigenanteil an der Kopfpauschale von 109 € trägt der Sonderfonds). Ihre Belastung aus Beiträgen steigt somit um 48%, obwohl sie unter die 7%-Grenze fällt.

- Durch die Aufhebung der paritätischen Finanzierung werden Unternehmen weitgehend aus ihrer Verantwortung für eine gesundheitsgerechte Gestaltung der Arbeitsplätze entlassen.

3. Finanzierungslücken

- Mit einer Pauschale von 169 € sollen laut Unionspapier die heutigen durchschnittlichen Ausgaben pro versicherter erwachsener Person „auf heutiger Basis“ gedeckt werden können. Dabei geht die Union von einem Ausgabenvolumen von 128,7 Mrd. € aus. Die Ausgaben in der GKV betragen im Jahr 2003 aber 145 Mrd. €. Dies ergibt eine Deckungslücke von rund 16 Mrd. €.
- Gleichzeitig rechnet die Union mit 65 Mrd. € Einnahmen aus ArbeitgeberInnenbeiträgen für das Sondervermögen. Dies entspricht dem Volumen der derzeitigen ArbeitgeberInnenbeiträge bei 7,1% ArbeitgeberInnenanteil. Bei dem von der Union vorgeschlagenen ArbeitgeberInnenanteil von 6,5% würden hingegen nur 58 Mrd. € in das Sondervermögen fließen. Dies ergibt eine Deckungslücke von weiteren 7 Mrd. €.
- Eine weitere Finanzierungslücke tut sich bei der beitragsfreien Versicherung aller Kinder auf. Die Unionsparteien gehen selbst davon aus, dass die Änderung ihres Steuerkonzeptes nicht zur Finanzierung der beitragsfreien Versicherung aller Kinder ausreicht. Sie rechnen mit einem Volumen von ca. 7 Mrd. € durch die geringere Absenkung des Spitzensteuersatzes (belastbare Berechnungen dazu liegen aber nicht vor). Für die Versicherung aller Kinder sind aber ca. 16 Mrd. € zu veranschlagen. Daraus ergibt sich ein weiteres Defizit von 9 Mrd. €.
- Insgesamt ergibt sich daraus eine Finanzierungslücke von ca. 32 Mrd. €. Zieht man davon 9 Mrd. € für Krankengeld und Zahnersatz ab, die die Union nicht aus der Pauschale finanzieren will, verbleibt ein Defizit von ca. 23 Mrd. €, über dessen Finanzierung das Papier nichts aussagt. Hinzu kommt die durch die geringere Absenkung des Spitzensteuersatzes zwar verminderte, aber dennoch weiter bestehende Deckungslücke bei der „Bierdeckel-Steuerreform“ in einer Höhe von 5-6 Mrd. €.
- Nach Einschätzung der Union soll ihr Modell – bei all den dargestellten Finanzierungsproblemen – darüber hinaus auch noch die Möglichkeit bieten, einen Kapitalstock aufzubauen. Woher das Geld dafür kommen soll, bleibt das Geheimnis der Union.
- Hinzu kommt, dass CDU und CSU zur Gegenfinanzierung der Lücken im Gesundheitssystem Geld „ausgeben“, das sie noch gar nicht eingenommen haben. Kommt es nicht zu der von der Union angestrebten Steuerreform oder bleiben die von der CDU/CSU unterstellten finanziellen Wirkungen aus, ist die hohe Unterdeckungslücke erst recht nicht mehr zu schließen.

4. Leistungskürzungen

- Das im Unionsmodell angenommene Ausgabenvolumen ist aufgrund der beschriebenen Deckungslücken nur durch eine deutliche Erhöhung der Pauschale oder aber durch den Abbau von Leistungen erreichbar. Eine Gesamt-Kopfpauschale von 169 € reicht nicht aus, um den heutigen Standard zu finanzieren.
- Folgende Leistungen könnten daher u.a. gestrichen bzw. gekürzt werden: häusliche Krankenpflege, Vorsorge- und Rehaleistungen, Fahrtkosten, Arzneimittel, Krankenhausbehandlung, Unfallversicherung etc.

- Krankengeld, Zahnersatz und Satzungsleistungen³ sollen nicht über die Prämie finanziert werden. Im Jahr 2004 konnten gesetzlich Versicherte diese Leistungen für ihre Beiträge in Anspruch nehmen. Noch ist völlig unklar, wie die Finanzierung stattdessen erfolgen soll. Es ist aber zu erwarten, dass die Versicherten zusätzliche finanzielle Aufwendungen leisten müssen, oder aber die Kopfpauschalen deutlich höher als bei 169 € liegen werden.

5. Verhältnis von Privater und Gesetzlicher Krankenversicherung

- Das Unionsmodell bezieht sich nur auf die Finanzierung innerhalb der GKV und ändert nichts an der bestehenden Zweiteilung von GKV und PKV. Der Wettbewerb zwischen den Systemen beschränkt sich derzeit auf einen sehr begrenzten Personenkreis. Faktisch wählen können nur ArbeitnehmerInnen mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze, die außerdem gesund und jung genug sind, um von der PKV aufgenommen zu werden. Innerhalb der PKV findet derzeit so gut wie kein Wettbewerb statt, da die Altersrückstellungen bei einem Wechsel nicht mitgenommen werden können. Daran ändert auch die von der Union vorgeschlagene Änderung der Finanzierung in der GKV nichts.
- Auch an der bestehenden Zwei-Klassen-Medizin, d.h. dem unterschiedlichen Zugang von PKV- und GKV-Versicherten zu bestimmten medizinischen Leistungen insbesondere in der Spitzenversorgung, ändert sich durch das Unionsmodell nichts, da beide Systeme nebeneinander bestehen bleiben.
- Im Gegenteil: Im Wettbewerb der Krankenkassen sind weitere Verzerrungen zu befürchten. Der durch gute Risikostrukturen bedingte Wettbewerbsvorteil der privaten Kassen würde zementiert. Während einer der wenigen Wettbewerbsvorteile der gesetzlichen Krankenkassen, die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und nichterwerbstätigen EhepartnerInnen, ersatzlos entfällt, soll die Krankenversicherung von Kindern von privat Versicherten künftig aus dem „Gesundheitsfonds“ bezahlt werden.

6. Bürokratie und Transparenz

- Überlegungen, das Gesundheitssystem auf finanziell stabilere Beine zu stellen und mehr soziale Gerechtigkeit zu verwirklichen, gehen auch einher mit der Forderung, mehr Transparenz mit den Reformen zu verbinden. Dass das deutsche Gesundheitssystem schon heute nur noch schwer durchschaubar ist, ist unstrittig. Klar ist aber auch, dass das Modell von CDU und CSU das System noch unübersichtlicher, noch intransparenter und noch bürokratischer macht.
- Das bewährte Einzugsverfahren wäre aufgehoben und ein aufwändiges mehrstufiges Einzugsverfahren wäre nötig, denn Versichertenpauschale und ArbeitgeberInnenbeitrag müssten getrennt erhoben und an verschiedene Stellen geleitet werden. Der zusätzliche Aufwand und die Kosten eines solchen Verfahrens werden von der Union verschwiegen.
- Die ArbeitgeberInnenbeiträge sollen zuerst an ein Sondervermögen überwiesen und von dort an die Krankenkassen weitergeleitet werden. Dies hätte laut Kompromisspapier den Vorteil, dass „die aufwändige Bürokratie des Risikostrukturausgleichs für unterschiedliche Einkommensstrukturen bei den Versicherten entfallen“ könnte. Der Ausgleich für unterschiedliche Morbiditätsrisiken würde weiterhin erfolgen. Daneben würde über das Sondervermögen ein

³ Satzungsleistungen sind beispielsweise erweiterte Leistungen in den Bereichen Rehabilitation, Haushaltshilfen, Neugeborenen-Screening, Prävention oder Impfungen.



zweiter Ausgleichsmechanismus geschaffen, der den Aufbau eigener bürokratischer Strukturen erfordern würde. Dabei gibt es keinen Grund zur Annahme, dass die Berechnung der Zahlungsströme auf diesem Wege einfacher oder unkomplizierter wäre, als der heutige Finanzkraftausgleich innerhalb des RSA.

- Es ist davon auszugehen, dass ca. 33 Mio. Versicherte einen Antrag auf einen Zuschuss würden stellen können. D.h. aber auch, dass ca. 33 Mio. Anträge geprüft und bewilligt werden müssten. Dabei müssten alle Einkommensarten offen gelegt werden.
- Die Pauschale ist ein willkürliches politisches Konstrukt, das entgegen den Behauptungen ihrer BefürworterInnen nichts mehr über die wirklichen Kosten aussagt. Hinzu kommt: Wann und in welcher Höhe der Staat finanzielle Mittel zuschießt und/oder Anteile der ArbeitgeberInnenbeiträge für die Auffüllung der persönlichen Prämie herangezogen werden müssen, werden selbst ExpertInnen nur noch unzureichend erklären können. Auch die Verteilungsmasse des Staates und die Umverteilungsvolumen für einzelne Gruppen bleiben ein undurchsichtiges Wirrwarr. Der CDU/CSU-Vorschlag wird die Intransparenz erhöhen und mit mehr Bürokratie verbunden sein.

Fazit: Das CDU/CSU-Modell ist ein Formelkompromiss, der aus nicht gelösten inhaltlichen und machtpolitischen Konflikten in der Union resultiert. Die Unionsparteien standen im November letzten Jahres in zunehmender öffentlicher Kritik und unmittelbar vor ihren Parteitagern noch zusätzlich unter einem enormen Einigungsdruck. Schon jetzt deutet sich an, dass das Kompromisspapier in der Schublade verschwinden wird und die CDU gemeinsam mit der FDP ihr ursprüngliches Modell durchsetzen will.

(N.F.)

IV. GewinnerInnen und VerliererInnen von Bürgerversicherung und Kopfpauschale – Finanzielle Auswirkungen des SPD- und des CDU-Modells

Finanzielle Auswirkungen der aktuellen Vorschläge
zur Finanzierung der Krankenversicherung

Wer sind die Gewinner – wer sind die Verlierer von Bürgerversicherung und Kopfpauschale?



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

eine Vielzahl von Vorschlägen zur Bürgerversicherung und Kopfpauschale machen es immer schwerer, den Durchblick zu behalten.

- Was bringt mir die Bürgerversicherung tatsächlich?
- Welche Auswirkungen hat die Kopfpauschale auf mein Haushaltseinkommen?
- Wer sind die wirklichen Gewinner, wer die Verlierer?

Wir haben diese Fragen so einfach und verständlich wie möglich für verschiedene Biographien gerechnet. Dabei konnten wir nicht auf alle derzeit diskutierten Varianten eingehen. Die Ergebnisse zeigen, dass Alleinerziehende und Familien ohne große Vermögenseinkünfte eher von der Bürgerversicherung profitieren.

Diese Daten sind hilfreich für unsere Diskussion, auch wenn dabei Umfang und Qualität der künftigen Gesundheitsversorgung nicht aus den Augen verloren werden dürfen.

Christian Zahn
Mitglied des Bundesvorstandes

Ellen Paschke
Mitglied des Bundesvorstandes

V.i.S.d.P.: Judith Kerschbaumer, ver.di-Ressort 12, Sozialpolitik/
Gesundheitspolitik, Paula-Thiede-Ufer 10, 10179 Berlin



Wir danken Frau Gabriele Klever-Deichert und Dr. Andreas Gerber vom IGKE der Universität Köln für die Beratung bei den Berechnungen.

Rentnerin | ohne weiteres Einkommen

Rentnerin mit einer monatlichen Rente von 700 €, ohne weiteres Einkommen; Mitglied in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR).

	Status quo	Bürgerversicherung Variante 1 ¹	Bürgerversicherung Variante 2 ²	Kopfpauschale ³
Beitragssatz	14,1 %	12,6 %	12,3 %	
Verbleibendes Jahreseinkommen vor Steuern und Pflege	7.808 €	7.871 €	7.883 €	7.868 €
Gewinn (+) / Verlust (-) im Vergleich zum Status quo		+ 63 €	+ 75 €	+ 60 € ⁴

Anmerkungen:

Tatsächlich wird diese Rentnerin, selbst wenn sie steuerpflichtig ist, auch künftig keine Steuern zahlen müssen.

¹ Bürgerversicherung Modell Kapitalabgeltungssteuer (12,6% Beitrag bis zur heutigen Beitragsbemessungsgrenze (BBG), Kapitalabgeltungssteuer von 25% plus 7% für Krankenversicherung)

² Bürgerversicherung Zwei-Säulen-Modell (12,3% bis zur heutigen BBG und 12,3% für Kapitaleinkünfte)

³ Kopfpauschalen (169 €/Monat/Person, Höchstbelastung 12,5% des neuen Bruttoeinkommens, 2,9% Abgabe als Solidarbeitrag bis zur BBG von 49.260 € (eines der Modelle von Rürup vom Juli 2004)

⁴ Ist auf staatliche Zuschüsse angewiesen, da die Höchstbelastung von 12,5% überschritten wird. Die Einkünfte müssen offen gelegt werden.

Rentnerehepaar | zusätzl. Einnahmen aus Vermietung

Rentnerehepaar, er hat eine monatliche Rente in Höhe der Standardrente West von 1175 €, sie von 500 €. Sie sind beide Mitglieder in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR). Das Ehepaar hat weitere Bruttoeinnahmen aus Vermietung einer Eigentumswohnung in Höhe von jährlich 2400 €.

	Status quo	Bürgerversicherung Variante 1	Bürgerversicherung Variante 2	Kopfpauschale
Beitragssatz	14,1 %	12,6 %	12,3 %	
Verbleibendes Jahreseinkommen vor Steuern und Pflege	21.083 €	21.234 €	21.264 €	20.927 €
Gewinn (+) / Verlust (-) im Vergleich zum Status quo		+ 151 €	+ 181 €	- 156 €

⁵ Sind auf staatliche Zuschüsse angewiesen, da die Höchstbelastung von 12,5% überschritten wird. Die Einkünfte müssen offen gelegt werden.

Single | 45 Jahre, Zinseinkünfte

Single, 45 Jahre, jährliches Bruttoeinkommen 120.000 € sowie Zinseinkünfte von jährlich 10.000 €; Lohnsteuerklasse I, keine Kinder, nicht kirchensteuerpflichtig; lebt in den neuen Bundesländern.

	Status quo	Bürgerversicherung Variante 1	Bürgerversicherung Variante 2	Kopfpauschale
Beitragssatz	14,1 %	12,6 %	12,3 %	
Verbleibendes Netto	69.601 €	71.225 €	68.917 €	70.656 €
Gewinn(+) / Verlust (-) im Vergleich zum Status quo		+ 1.624 € ⁶	- 684 €	+ 1.055 €

⁶ Das Plus ergibt sich in diesem Fall aus dem niedrigeren Steuersatz, nicht aus dem Krankenkassenbeitrag.

Alleinerziehende | 2 Kinder

Alleinerziehende, 2 Kinder, jährliches Bruttoeinkommen 18.000 €; Lohnsteuerklasse II mit 2 Kinderfreibeträgen, nicht kirchensteuerpflichtig.

	Status quo	Bürgerversicherung Variante 1	Bürgerversicherung Variante 2	Kopfpauschale
Beitragssatz	14,1 %	12,6 %	12,3 %	
Verbleibendes Netto einschließlich Kindergeld	16.722 €	16.857 €	16.884 €	16.314 €
Gewinn(+) / Verlust (-) im Vergleich zum Status quo		+ 135 €	+ 162 €	- 408 € ⁷

⁷ Ist auf staatliche Zuschüsse angewiesen, da die Höchstbelastung von 12,5% überschritten wird. Die Einkünfte müssen offen gelegt werden.

Familie | 2 Kinder, 2 Einkommen

Familie mit 2 Kindern, sie verdient 30.000 € im Jahr (Steuerklasse III, 2 Kinderfreibeträge), er 12.000 € (Steuerklasse V); keine Kirchensteuerpflicht; keine weiteren Einkünfte.

	Status quo	Bürgerversicherung Variante 1	Bürgerversicherung Variante 2	Kopfpauschale
Beitragssatz	14,1 %	12,6 %	12,3 %	
Verbleibendes Netto einschließlich Kindergeld	32.796 €	33.111 €	33.174 €	31.811 €
Gewinn (+) / Verlust (-) im Vergleich zum Status quo		+ 315 €	+ 378 €	- 985 € ⁸

⁸ Sind auf staatliche Zuschüsse angewiesen, da die Höchstbelastung von 12,5% überschritten wird. Die Einkünfte müssen offen gelegt werden.

Familie | 2 Kinder, Alleinverdiener

Familie mit 2 Kindern, er ist Alleinverdiener mit einem Jahreseinkommen von 40.000 € (Steuerklasse III, 2 Kinderfreibeträge), sie ist beitragsfrei mitversichert; es besteht Kirchensteuerpflicht; keine weiteren Einkünfte.

	Status quo	Bürgerversicherung Variante 1	Bürgerversicherung Variante 2	Kopfpauschale
Beitragssatz	14,1 %	12,6 %	12,3 %	
Verbleibendes Netto einschließlich Kindergeld	30.768 €	31.068 €	31.128 €	29.808 €
Gewinn (+) / Verlust (-) im Vergleich zum Status quo		+ 300 €	+ 360 €	- 960 € ⁹

⁹ Sind auf staatliche Zuschüsse angewiesen, da die Höchstbelastung von 12,5% überschritten wird. Die Einkünfte müssen offen gelegt werden.

Die Berechnungen sind auch als Faltblatt erschienen. Dieses kann im Bereich Sozialpolitik angefordert werden. Es kann aber auch auf unseren Internet-Seiten heruntergeladen werden: www.verdi.de/sozialpolitik/gesundheitspolitik_buergerversicherung

V. Reiche für Arme, Gesunde für Kranke, Junge für Alte – Ein aktueller Überblick über den Stand der ver.di-internen Diskussion zu einer solidarischen BürgerInnenversicherung

Gerechtigkeit und Solidarität sind für ver.di unverzichtbare Merkmale des Gesundheitssystems und einer sozialen und solidarischen Krankenversicherung. Dies erfordert, nicht nur den Ausgleich zwischen gesund und krank und jung und alt, Frauen und Männern sondern auch zwischen Einkommensstarken und Einkommensschwachen zu sichern. Die Finanzierung der Krankenversicherung über Kopfpauschalen bzw. Gesundheitsprämien, wie sie CDU/CSU und ArbeitgeberInnenverbände vertreten, steht hierzu in einem grundsätzlichen Widerspruch und wird deswegen von ver.di abgelehnt.

Hingegen plädiert ver.di für die Umwandlung der Krankenversicherung in eine BürgerInnenversicherung. Grundidee ist die Einbeziehung aller Bürgerinnen und Bürger in die gesetzliche Krankenversicherung nach ihrem jeweiligen finanziellen Leistungsvermögen. Kleine und mittlere Einkommen sollen entlastet, höhere Einkommen hingegen belastet werden. Dadurch soll das Prinzip der Solidarität gestärkt und die Finanzierung der Krankenversicherung auf eine breitere und damit sicherere Basis gestellt werden.

Einen entsprechenden Beschluss hatte der Gewerkschaftsrat – wie berichtet – in seiner Sitzung am 4./5. März 2004 in Würzburg mehrheitlich verabschiedet.¹ Der Beschluss enthält Eckpunkte zur Ausgestaltung einer solchen BürgerInnenversicherung, hatte einige Detailfragen aber noch offen gelassen und diverse Prüfaufträge formuliert. Der Bereich Sozialpolitik/Gesundheitspolitik wurde aufgefordert, unter Beteiligung der Fachbereiche 1 (Finanzdienstleistungen), 3 (Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt, Kirchen) und 4 (Sozialversicherung) eine Kommission zur Weiterentwicklung der beschlossenen Eckpunkte zu bilden.

Die Kommission wurde in der beschlossenen Zusammensetzung und unter Einbeziehung weiterer Personengruppen einberufen und kam im Laufe des Jahres 2004 zu mehreren Arbeitstreffen zusammen. Die Kommission bearbeitete die im Gewerkschaftsratsbeschluss aufgeworfenen Prüfaufträge und legte Lösungen für den Einbezug von Selbstständigen in die BürgerInnenversicherung, für die Mitversicherung nicht erwerbstätiger Ehe- und LebenspartnerInnen, und für den Einbezug weiterer Einkommensarten in die Beitragsbemessung vor.

Auf der Fachtagung „BürgerInnenversicherung – Zukunft für Solidarität und Parität“ am 30. September 2004 in der ver.di-Bundesverwaltung in Berlin (siehe I.VI.) wurden die weiterentwickelten Eckpunkte der Öffentlichkeit vorgestellt und mit Kolleginnen und Kollegen, aber auch mit Vertreterinnen und Vertretern aus den Parteien und aus der Wissenschaft diskutiert. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Kommission dokumentiert und offene, noch zu klärende Fragen und Prüfaufträge formuliert.

¹ Der Beschluss findet sich im Wortlaut in den letzten Sozialpolitischen Informationen, Ausgabe 6, 2. Halbjahr 2004, S. 102-105. Er kann auch im Internet auf den Seiten des Bereichs Sozialpolitik/Gesundheitspolitik als PDF-Datei heruntergeladen werden: http://www.verdi.de/sozialpolitik/gesundheitspolitik_buergerversicherung. Dort befinden sich auch noch weitere Texte und Dokumente zur ver.di-internen Debatte um die BürgerInnenversicherung.

Diskussionsstand in der Kommission zur Weiterentwicklung der vom Gewerkschaftsrat beschlossenen Eckpunkte einer BürgerInnenversicherung (Stand: Dezember 2004)

Der Gewerkschaftsratsbeschluss vom 4./5.3.2004 enthält eine Reihe von offenen Fragen, die deutlich machen, dass der Diskussionsprozess im Hinblick auf ein ver.di-Modell zur BürgerInnenversicherung noch längst nicht abgeschlossen ist. Zu prüfen war insbesondere:

1. inwieweit in Bezug auf „kleine“, zwar formal, aber ökonomisch nicht wirklich Selbstständige deren Auftraggeber einen „ArbeitgeberInnenanteil“ für die GKV erbringen können (zum Beispiel nach dem Modell der Künstlersozialversicherung)
2. wie andere Einkommensarten in die Beitragsbemessung einbezogen werden sollen
 - inwieweit dabei einseitige Belastungen der Versicherten kompensiert werden müssen, etwa durch Freibeträge oder eine gesonderte Beitragsbemessungsgrenze für Vermögenserträge
 - ob eine Wertschöpfungsabgabe eingeführt werden soll
 - welche Auswirkungen eine Einbeziehung steuerrechtlicher Gesichtspunkte hat
 - alle mit dem Einzug der Beiträge verbundenen Fragen

Dabei sollen Einkommen aus abhängiger Beschäftigung gegenüber anderen Einkommen nicht benachteiligt werden. Der bürokratische Aufwand soll möglichst gering gehalten werden.

3. ob die Lasten der Mitversicherung nicht erwerbstätiger Ehe- oder LebenspartnerInnen gemindert werden könnten durch:
 - sozial verträgliche Mindestbeiträge
 - ein Einkommenssplitting mit entsprechender Verbeitragung
 - staatliche Beiträge für jene, die aufgrund von Kinderbetreuung keiner Erwerbstätigkeit nachkommen können

Notwendig wären dabei Übergangsregelungen für Ältere, bei denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit unrealistisch ist. Kinder sollen beitragsfrei mitversichert bleiben.

Die eingesetzte Kommission zur Weiterentwicklung der vom Gewerkschaftsrat beschlossenen Eckpunkte einer BürgerInnenversicherung hat diese Prüfaufträge bearbeitet, Stellungnahmen zu einigen von ihnen verfasst, andere hingegen noch offen gelassen. Die folgenden Stellungnahmen sind als Zwischenergebnis zu verstehen. Sie werden bei der Kommissionssitzung Mitte Januar 2005 abschließend beraten und dann dem Gewerkschaftsrat in seiner März-Sitzung vorgelegt. Über den neuesten Stand berichten wir in den nächsten Sozialpolitischen Informationen.

1. Stellungnahme zum Prüfauftrag „Einbezug von Selbstständigen“²

Folgende Forderungen hinsichtlich des Einbezugs von Selbstständigen in eine BürgerInnenversicherung werden zur Debatte gestellt:

- ver.di fordert, dass auch Selbstständige im Rahmen einer BürgerInnenversicherung pflichtversichert werden.

² Die Stellungnahme wurde von Veronika Mirschel, Ressort 14, Freie und Selbstständige, erarbeitet.

- Der Beitrag der Selbstständigen soll sich am realen Einkommen bemessen, und nicht wie bislang an einem angenommenen Mindesteinkommen von 1.800 €.
- ver.di fordert einen adäquaten Ersatz für die Beiträge der AuftraggeberInnen und erwartet bei kleinen Einkommen einen Zuschuss aus Steuermitteln, den sich der Staat gegebenenfalls über eine AuftraggeberInnenabgabe von diesen rückerstatten lassen kann.

2. Stellungnahme zum Prüfauftrag „Einbezug weiterer Einkommensarten in die Beitragsbemessung“³

Bisheriges Verfahren des Beitragseinzugs

Die Beitragsleistungen werden bisher bei versicherungspflichtigen abhängig Beschäftigten zu gleichen Teilen von ArbeitnehmerIn und ArbeitgeberIn erbracht. In der Regel behält der/die ArbeitgeberIn den Gesamtsozialversicherungsbeitrag ein und führt diesen an die zuständige Krankenkasse ab.

Mit wenigen Ausnahmen wird dieses Verfahren auch für freiwillig versicherte abhängig Beschäftigte durchgeführt. Sonstige freiwillige Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung (Selbstständige, BeamtInnen, freiwillig versicherte EhegattInnen usw.) sind vollständig selbst für die Abführung ihres Krankenversicherungsbeitrages verantwortlich.

Die Beitragshöhe richtet sich zunächst nach dem prozentualen Beitragssatz der jeweiligen Krankenkasse und wird z.B.

1. bei abhängig Beschäftigten nach der Höhe des Arbeitsentgelts,
2. bei Selbstständigen nach der Höhe der Einkünfte vor Abzug der Steuern,
3. bei BeamtInnen nach der Höhe der Beamtenbezüge und
4. bei freiwillig versicherten Ehegatten nach der Höhe des halben Einkommens des beschäftigten Ehegatten, wenn der freiwillig versicherte Ehegatte keine eigenen Einkünfte hat, berechnet.

Die Einkommensangaben erhalten die Krankenkassen bei den Personenkreisen 2 bis 4 durch Selbstauskunft der Versicherten, wobei als Nachweis beweispflichtige Unterlagen wie Steuerbescheide o.ä. herangezogen werden. Für den ersten Personenkreis sind die ArbeitgeberInnen für die korrekte Abführung der Beiträge verantwortlich. Regelmäßige Betriebsprüfungen stellen dies sicher.

Mögliches Verfahren des Beitragseinzugs in einer BürgerInnenversicherung

In einer BürgerInnenversicherung müssen die Beiträge aller Erwerbspersonen erhoben werden. Zudem müssen weitere Einkunftsarten wie Zins- und Kapitaleinkünfte verbeitragt werden.

Die Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze sollte dazu führen, dass für *alle* abhängig Beschäftigten die ArbeitgeberInnen für die Beitragsabführung zuständig sind. Für Selbstständige und BeamtInnen kann das bisherige bei einer freiwilligen Mitgliedschaft dieser Personengruppen greifende Verfahren weitergeführt werden.

Die Krankenkassen sind durchaus in der Lage, auch die weiteren Einkünfte ihrer Versicherten durch Selbstauskunft zu ermitteln. Hierfür ist ein gesondertes Verfahren erforderlich, da eine Bei-

³ Die Stellungnahme wurde von Jürgen Wolthausen, Fachbereich 4, Bundesfachgruppe gesetzliche Krankenkassen, erarbeitet.



tragsabführung durch die ArbeitgeberInnen oder den Dienstherrn hierbei nicht in Frage kommt. Die Selbstauskunft des Mitgliedes an die Krankenkasse oder Versicherung, bei der die Mitgliedschaft aufgrund der Beschäftigung oder anderen Gründen besteht, würde unter Vorlage von Steuerbescheiden bzw. anderen, die Bezüge nachweisenden Unterlagen, zu einer ordnungsgemäßen Beitragserhebung führen.

Für die gesetzlichen Krankenkassen ist zukünftig die Konzentration des Beitragseinzugsverfahrens mit den ArbeitgeberInnen auf wenige Einzugsstellen geplant. Für die Ersatzkassen wäre zum Beispiel der Verband der Angestelltenkrankenkassen (VdAK) als Einzugsstelle zuständig. Sollte dieses Verfahren umgesetzt werden, ist in den Krankenkassen ausreichend Personalkapazität vorhanden, um die zusätzlichen Datenerhebungen für die Beitragserhebung auf weitere Einkunftsarten zu bewältigen.

Der Einzug von Beiträgen für andere Einkunftsarten durch den Fiskus führt zu einer versichertenunabhängigen Zuteilung der Mittel an die jeweilige Krankenkasse. Die Möglichkeiten zur Verwendung dieser Einnahmen durch den Bund oder die Länder für andere Zwecke sind unzweifelhaft vorhanden. Hingegen würde die Abführung der Beiträge an die jeweils zuständige Krankenkasse den Zufluss der Beiträge an die richtige Stelle sicherstellen. Der Einzug der Beiträge für andere Einkunftsarten sollte daher in jedem Fall der für den Versicherten zuständigen Krankenkasse zugeordnet werden.

3. Stellungnahme zum Prüfauftrag „Mitversicherung nicht erwerbstätiger Ehe- und LebenspartnerInnen“⁴

Der frauenpolitische Ziel-Grundsatz von ver.di lautet: eigenständige Existenzsicherung für Frauen. Das betrifft auch die soziale Sicherung.

Wir folgen nicht dem Modell der scheinbaren Wahlfreiheit zwischen Beruf und Familie, welches in der konkreten Umsetzung auf die Versorgerehe zuführt, in der die Frau nicht erwerbstätig ist oder geringfügig hinzuverdient. Die Alimentierung der Hausfrauenehe ist insbesondere aus der Sicht von Frauen ein Auslaufmodell!

Die Frauenpolitik von ver.di verfolgt den Grundsatz der Vereinbarkeit, bei der die (versicherte) Berufstätigkeit von Frauen selbstverständlicher Bestandteil ist und eine eigenständige soziale Sicherung gewährleistet. Dabei ist besonders darauf zu achten, dass der eigenständige Zugang nicht nachteiliger ausgestaltet wird, als der über die Versorgerehe abgeleitete Zugang zu den Sozialversicherungssystemen.

Grundsätzlich sollte deshalb auch jede Frau einen eigenen Zugang zur Krankenversicherung haben.

In unsere Positionsbestimmung zur Krankenversicherung muss jedoch unbedingt die Wirkung traditioneller und neuerer Familien- und Bildungspolitik sowie Arbeitsmarkt- und Beschäftigungspolitik für Frauen einbezogen werden. Diese führen unter anderem dazu, dass die Frauenerwerbsquote mittlerweile bei 60% liegt, Erwerbstätigkeit jedoch überwiegend in Teilzeit und geringfügiger Beschäftigung stattfindet und somit nicht regelmäßig zur eigenständigen sozialen Sicherung führt. Und Erwerbs- bzw. Vermittlungswünsche weder durch ArbeitgeberInnen noch durch die Agentur für Arbeit erfüllt werden. Die betroffenen Personenkreise sind Mütter und Väter in der Kinderphase und danach, Erwachsene in der Pflegephase und danach, geringfügig Be-

⁴ Die Stellungnahme wurde von Ute Brutzki und Hannelore Buls, Ressort 2, Frauen und Gleichstellung, erarbeitet.

schäftigte, arbeitslose Mitglieder der Familie bzw. Bedarfsgemeinschaft ohne Leistungsbezug, sowie die so genannte „stille Reserve“.

Folgende Aspekte sollten grundsätzlich immer berücksichtigt werden:

1. Grundsatz: Jede/r BürgerIn sollte grundsätzlich eine eigene Krankenversicherung haben, d.h. auch einen eigenen Beitrag zahlen. Solange sozialversicherte Beschäftigung vorliegt, ergibt sich weder im jetzt vorhandenen System noch in einem der derzeit diskutierten Modelle ein Problem.
2. Für Kinder muss die Familienmitversicherung erhalten bleiben. Diese Beiträge bzw. Lasten für die Sozialversicherung können aus Steuermitteln oder aus einer Familienkasse finanziert werden.
3. Erwachsene, die Familienarbeit leisten (Kindererziehung, Pflegeleistung) dürfen hierfür nicht zu einem eigenen Beitrag herangezogen werden. Erziehungs- und Pflegeleistung gelten als gesellschaftlich wertvolle Leistungen und sind keine Privatsache, für die die Einzelperson oder die Familie die Kosten zu tragen hätte. Die daraus entstehenden Lasten für die Sozialversicherung können ebenfalls aus Steuermitteln und aus der Pflegekasse oder aus einer Familienkasse finanziert werden. Die Kosten für diese gesellschaftlichen Leistungen sollten auch nicht länger der Versichertengemeinschaft (hier der Krankenversicherung) auferlegt werden.
Zur Konkretisierung der Definition von Pflege in der Familie und der notwendigen Definition von Altersgrenzen für Kindererziehung sollten mindestens die aktuellen gesetzlichen Vorgaben (z.B.: Pflegegesetz und JHSchG) eingehalten werden.
4. Da Familienarbeit die Arbeitsmarktchancen auch nach Beendigung einer Familienphase nachhaltig negativ beeinflusst, ist diesem Personenkreis in einer BürgerInnenversicherung eine andere Zugangsart zu Krankenversicherungsleistungen zu ermöglichen. Laut Erhebungen des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) von 1999 sind geschätzte 1,9 Mio. Personen, dies sind mehrheitlich Frauen, in der „stillen Reserve“.
Zu bedenken ist: Sollten arbeitslose NichtleistungsempfängerInnen einen Zugang zur Krankenversicherung über die Arbeitslosmeldung erhalten, so könnte hier ein verstärkter Zugang von Personen erzeugt werden, die bis jetzt wegen erkannter Aussichtslosigkeit in der „stillen Reserve“ verbleiben.
5. Da während und nach der Familienphase die sozialversicherungsfreie Beschäftigung von großer Bedeutung ist und jetzt auch für Arbeitslose zusätzlich staatlich befördert wird, muss die Sozialversicherungsfreiheit wieder abgeschafft bzw. auf den bereits früher geforderten Kleinstbetrag reduziert werden, denn Minijobs basieren auf dem „Versorgtsein“ durch die Familienmitversicherung.
6. Für Arbeitslose, die künftig unter das SGB II fallen und aufgrund der Anrechnung von Partnerschaftseinkommen keine Leistungen von der Agentur für Arbeit erhalten, ist es nicht zumutbar, einen eigenen Krankenversicherungsbeitrag selbst finanzieren zu müssen bzw. durch ihre/n Ehefrau/mann finanzieren zu lassen. (Laut Schätzung des Sozialverbands Deutschland (SoVD) sind dies 959.000 durch Anrechnung zusätzlich aus dem Leistungsbezug ausscheidende Personen. Das Verhältnis ist zur Zeit 1/3 Männer zu 2/3 Frauen.)
Lösung: Da die Unterhaltspflicht hier staatlich auferlegt wird, stellt die Agentur für Arbeit diesem Personenkreis eine eigenständige Sozialversicherung (Rentenbeiträge, Krankenversicherungsbeiträge). Dies ist insbesondere für Frauen eine wichtige Voraussetzung für einen gleichberechtigten und eigenständigen Zugang zu den Sozialversicherungssystemen.

7. Vor dem Hintergrund dieser arbeitsmarkt- und sozialpolitischen Situation könnte ein weiterer Lösungsansatz zur Berücksichtigung von nicht erwerbstätigen EhepartnerInnen in der Krankenversicherung die Einführung einer sozial gestaffelten Bemessungsgrundlage für das gesamte Familieneinkommen sein. Um die Höhe dieser Bemessungsgrundlage sozial ausgewogen gestalten zu können, sollten weitere Daten bez. der Einkommensstaffelung und der geschlechtsspezifischen Zuordnungen Berücksichtigung finden.

8. Gleiches gilt für unverheiratete Mitglieder einer Bedarfsgemeinschaft.

Aus der Familienmitversicherung entstehen zur Zeit nur deshalb „Lasten“, weil es sich hier um ein grundsätzliches und deshalb in nennenswertem Umfang angewandtes Konzept der sozialen Sicherung handelt. Wären es Einzelfälle, entstünden keine wirklichen Lasten für das System.

Folgende Aspekte sind dafür u.a. verantwortlich:

- Dem (sozial-) politischen Familienbild liegt die Versorgerehe zugrunde.
- Dieses Familienbild wird in der aktuellen Sparpolitik verfolgt und beispielsweise in der Arbeitsmarktpolitik umgesetzt – mit entsprechenden Folgen auch für die Krankenversicherung:
 - Die staatlich auferlegten Unterhaltspflichten werden ausgeweitet, damit in Verbindung die Notwendigkeit der Mitversicherung in der Familie.
 - Lösungsversuche für den Arbeitsmarkt basieren auf dem „Versorgtsein“ in der Familie (Ausschluss durch Partnereinkommensanrechnung und Ausweitung der geringfügigen Beschäftigung).
- Auch Lösungsversuche für die Familienpolitik basieren auf dem „Versorgtsein“. Frauen müssen ihre „Wahlfreiheit“ ausüben: Kinder oder Erwerbstätigkeit.
- Die Lösung von Vereinbarkeit von Beruf und Familie wird den Frauen in Form einer Beschäftigungspolitik der Teilzeitarbeit allein übertragen – mit entsprechenden Folgen für ihren beruflichen Werdegang, der häufig in der Erwerbslosigkeit endet oder zum sozialversicherungsfreien Mini-Job führt.
- Der männlich orientierten betrieblichen Einstellungs- und Beförderungspraxis wird politisch, vor allem gesetzlich, nichts entgegengestellt.
- Die Steuerpolitik begünstigt den Alleinverdiener mit der Steuerklasse III. Diesen Steuervorteil muss die Frau in Steuerklasse V sozusagen erst „zurückverdienen“, bevor ihr Einkommen lohnend wird. Die Steuerklasse III impliziert den sozialversicherungsfreien „Zuverdienst“ für die Frau.
- Ganz offensichtlich wird die Begünstigung des männlichen Ernährermodells, wenn beide, also auch die Frau, Vollzeit arbeiten. Dann geht der Zuwachs des Haushaltseinkommens sogar zurück.

Fazit: Die Sichtweise, dass nicht erwerbstätige Frauen, die zur Zeit keine Kinder erziehen, einen eigenen Beitrag in die Krankenversicherung leisten sollen, ist nochmals genau zu überdenken. Keinesfalls darf generell einer Annahme, dass es sich bei nicht erwerbstätigen Frauen um die „golfspielende Gattin von gut Verdienenden“ handele, gefolgt werden. Das ist allenfalls ein sehr kleiner Ausschnitt der Realität. Eine Abgrenzung ist sicher sehr schwierig und vielleicht am ehesten am Einkommen des Gatten bzw. an dessen Steuervorteilen festzumachen.

4. Offen gebliebene Fragen

Kein abschließendes Ergebnis konnte die Kommission zur Frage der Erweiterung der Bemessungsgrundlage um weitere Einkommensarten und zur Frage der Einführung einer Wertschöpfungsabgabe vorlegen.

a. Erweiterung der Bemessungsgrundlage um weitere Einkommensarten

Das Einkommenssteuerrecht kennt 7 verschiedene Einkommensarten: nichtselbstständige Arbeit, selbstständige Arbeit, Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb (*Arbeitseinkommen*), Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung, sowie sonstige Einnahmen (*Vermögenseinkommen*).

Vermögenseinkommen haben in den letzten Jahrzehnten gegenüber Arbeitseinkommen deutlich an Bedeutung gewonnen. Dieser Trend wird sich vermutlich in Zukunft noch verstärken. Will man die langfristige Finanzierung der GKV nachhaltig stabilisieren und die Versicherten nach ihrer tatsächlichen finanziellen Leistungsfähigkeit heranziehen, sollten diese Einkommen in einer BürgerInnenversicherung einbezogen werden. Eine unterschiedliche Zusammensetzung des individuellen Einkommens führt dann nicht mehr zu einer unterschiedlichen und damit auch ungerechten Beitragsbelastung.

Gleichzeitig wirft die Einbeziehung von Vermögenseinkommen aber auch eine Reihe von verteilungspolitischen Problemen auf. Bei gleichzeitiger Beibehaltung der jetzigen Beitragsbemessungsgrenze (3.487 € Bruttomonatseinkommen) würden jene Personen überproportional belastet, die Erwerbseinkommen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze beziehen und zugleich Miet- oder Zinseinkünfte haben. Erwerbseinkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze würden hingegen nicht zusätzlich belastet. Kleine und mittlere Einkommen würden stärker zur Finanzierung herangezogen, Wohlhabendere müssten hingegen keinen höheren Solidarbeitrag leisten.

Dieses Gerechtigkeitsproblem ließe sich durch eine komplette Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze lösen, die jedoch auf Akzeptanzprobleme stoßen könnte, weil ein angemessenes Verhältnis zwischen (Höchst-)Beitrag und Versicherungsleistung dann unter Umständen nicht mehr gegeben wäre. Eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze hingegen, etwa auf das Niveau der Gesetzlichen Rentenversicherung (5.150 € West bzw. 4.350 € Ost), würde das Verteilungsproblem nur auf die mittleren Einkommen zwischen der alten und der neuen Beitragsbemessungsgrenze verschieben. Höhere Einkommen würden auch hier nicht zusätzlich belastet.

Um die problematischen Verteilungswirkungen auf Versichertenseite zu lösen, könnten für die Vermögenseinkommen besondere Freibeträge vorgesehen werden, ähnlich wie bisher schon im Steuerrecht. Nach Vorstellungen von ver.di sollte die Freibetragsregelung auf jeden Fall so ausgestaltet sein, dass durchschnittliche Zins- oder auch Mieteinkünfte kleinerer und mittlerer Haushaltseinkommen nicht belastet werden und die Vorsorge für Alter, Pflegebedürftigkeit oder die Ausbildung der Kinder nicht beeinträchtigt wird.

In eine ähnliche Richtung gehen die Überlegungen von SPD und Grünen. Beide Modelle sehen einen Freibetrag für Kapitaleinkommen (nicht jedoch von Miet- und Pachteinkünften!) in Höhe des derzeitigen steuerrechtlichen SparerInnenfreibetrags (1.340 €) vor. Die SPD schlägt zur Umsetzung dieses Vorhabens ein Zwei-Säulen-Modell der Beitragsbemessung vor: In der ersten Säule würden Arbeits- und daraus abgeleitete Einkommen wie bisher verarbeitet. Daneben würde eine zweite Säule für die weiteren Einnahmen eingeführt, die den genannten SparerInnenfreibetrag enthält. Als Alternative dazu schlägt die SPD vor, auf die geplante Abgeltungssteuer einen Zuschlag von sieben Prozent zu erheben, der zweckgebunden in die Finanzierung der Bürgerversicherung fließt. Solange es nicht zu einer Abgeltungssteuer kommt, könnte der Zuschuss an die

Krankenversicherung auch im Rahmen der Kapitalertrags- und Zinsabschlagsteuer erbracht werden. Auch hier soll der SparerInnenfreibetrag gelten, eine Beitragsbemessungsgrenze würde dann jedoch nicht mehr existieren.

Gerade die letztgenannte Alternative hat einiges für sich: Ein Zuschlag auf die bereits existierende Zinsabschlagsteuer ist leicht zu erheben, umgeht die genannten verteilungspolitischen Probleme und würde in Verbindung mit einer dann möglichen Beitragssatzsenkung dazu führen, dass untere und mittlere EinkommensbezieherInnen unmittelbar entlastet würden (die SPD geht von einer kurzfristig zu erzielenden Beitragssatzsenkung um 1,6 Prozentpunkte aus). Frank Bsirske hat in einer ersten Reaktion nach Bekanntgabe des SPD-Modells durch die „Nahles-Kommission“ dann auch seine grundsätzliche Zustimmung zu dieser Lösung zum Ausdruck gebracht.⁵

Offen lässt dieser Vorschlag jedoch den Umgang mit Einkommen aus Vermietung und Verpachtung. Aus verteilungs- wie ordnungspolitischen Gründen und Zweifeln an der konkreten Umsetzbarkeit verzichtet die SPD in ihrem Bürgerversicherungsmodell gänzlich darauf, diese Einkommen in die Beitragserhebung einzubeziehen. Hingegen halten die Grünen an einer Verbeitragung von Miet- und Pachteinahmen fest, um die Beitragsgerechtigkeit unter den Versicherten zu erhöhen. Einen belastbaren Vorschlag zur konkreten Umsetzung dieses Vorhabens legen sie jedoch nicht vor.

Aufgrund der vielen offenen Fragen:

- Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze in welcher Höhe?
- Erweiterung der Bemessungsgrundlage nur um Kapitaleinkommen oder auch um Einkommen aus Vermietung und Verpachtung?
- Eine gemeinsame Beitragsbemessungsgrenze, eine zweite Säule mit eigener Beitragsbemessungsgrenze für Kapitaleinkommen, gar eine dritte Säule mit eigener Beitragsbemessungsgrenze für Miet- und Pachtekünfte?
- Freibeträge? Höhe des Freibetrags für Kapitaleinkommen? Höhe des Freibetrags für Einkommen aus Vermietung und Verpachtung?
- Umgang mit den ordnungspolitischen Problemen (Kollision mit dem Prinzip der Beitragsparität)?

konnte sich die Kommission nicht zu einer Stellungnahme durchringen. Diese Fragen sind unter der Maßgabe, dass durchschnittliche Zins- oder Mieteinkünfte kleinerer und mittlerer Haushaltseinkommen durch die BürgerInnenversicherung nicht belastet, sondern eher entlastet werden sollen, letztendlich nur vor dem Hintergrund detaillierter Berechnungen der jeweiligen Verteilungswirkungen der einzelnen Maßnahmen zu beantworten. Zudem müssen konkrete, rechtlich belastbare, ordnungspolitisch und auch verfahrenstechnisch machbare Lösungen zur Umsetzung der Maßnahmen gefunden werden. Solche Berechnungen und Lösungen stehen bislang nur in Ansätzen zur Verfügung. Der DGB hat deshalb über die Hans-Böckler-Stiftung drei wissenschaftliche Gutachten in Auftrag gegeben:

- „Finanzierungsalternativen der GKV: Einflussfaktoren und Optionen zur Weiterentwicklung“ (Inifes),

⁵ Siehe Presseinformation des ver.di-Bundesvorstands vom 27.8.2004: „Bsirske begrüßt SPD-Überlegungen zur Bürgerversicherung“.

- „Bürgerversicherung im Gesundheitswesen: Organisatorische Ausgestaltung und Umsetzung sowie einzelwirtschaftliche Konsequenzen“ (IGES) und
- „Gesamtwirtschaftliche Konsequenzen einer Bürgerversicherung im Gesundheitswesen“ (Prognos).

Mit ersten Ergebnissen ist im Laufe des Jahres 2005 zu rechnen. Wir erhoffen uns Aufschlüsse daraus auch für die ver.di-interne Diskussion, die dann diesbezüglich noch einmal – und auf besserer Grundlage – zu führen sein wird.

b. Einführung einer Wertschöpfungsabgabe

Hinter dem Begriff der „Wertschöpfungsabgabe“ verbirgt sich die Idee, die bislang ausschließlich an der Bruttolohnsumme orientierten ArbeitgeberInnenbeiträge zur GKV auf eine neue Bemessungsgrundlage umzustellen: neben den Löhnen sollen auch Gewinne, Abschreibungen, Fremdkapitalzinsen, Steuern, Mieten und Pachten auf ArbeitgeberInnenseite in die Beitragsbemessung einfließen.⁶

Mit dem Anknüpfen an die gesamte Wertschöpfung eines Betriebes wird die Bemessungsgrundlage breiter. Das Unternehmen wird als Ganzes gemäß seiner jeweiligen ökonomischen Leistungsfähigkeit – und zwar unabhängig von deren Quellen – an der GKV-Finanzierung beteiligt. Vor dem nachhaltig empirisch zu beobachtenden Rückgang der unternehmerischen Personalintensitäten (Anteil Personalaufwand an der Gesamtleistung eines Unternehmens) würde hierdurch die Finanzierung der GKV auf eine breitere Basis gestellt bzw. erweitert.

Dabei kann es aber nicht um eine so genannte substitutive Lösung gehen, bei der der bisherige Lohnsummenbezogene ArbeitgeberInnenbeitrag aufkommensneutral nur mit einer Umverteilung im Unternehmenssektor wirkt, sondern um eine additive Lösung. Diese könnte so umgesetzt werden, dass der Wertschöpfungsbeitrag zusätzlich zum bisherigen lohnbezogenen ArbeitgeberInnenbeitrag erhoben wird. Damit würden gleichzeitig personalintensive Betriebe entlastet und kapitalintensive Unternehmen relativ mehr belastet. Auf der Branchenebene käme es zu Entlastungen für Industrie, Gewerbe, Handel und den Bausektor, hingegen zu Belastungen für Energiewirtschaft, Banken, Versicherungen und Landwirtschaft.

Gegen die Einführung einer solchen additiven Wertschöpfungsabgabe werden von den ArbeitgeberInnenverbänden unter anderem eine Verteuerung des Kapitaleinsatzes, eine Diskriminierung von Investitionen, eine Verminderung der Produktivität sowie eine Verschlechterung der internationalen Wettbewerbsfähigkeit vorgetragen.

Dem stehen vor allem folgende Argumente gegenüber:

- eine größere Belastungsgerechtigkeit auf der ArbeitgeberInnenseite und eine entsprechende Orientierung an der Leistungsfähigkeit eines Unternehmens,
- eine Abgabentlastung des Produktionsfaktors Arbeit,
- ein Anreiz zur Schaffung von Arbeitsplätzen durch Verminderung des bestehenden Rationalisierungsdrucks bzw. der Beseitigung von positiven Anreizen für Kündigungen bzw. Entlassungen,

⁶ Die Wertschöpfungsabgabe wird mitunter auch als „Maschinensteuer“ bezeichnet. Dies ist insofern unzutreffend, als durch eine Wertschöpfungsabgabe zwar die Abschreibungen besteuert werden sollen, nicht aber einseitig Maschinenankäufe. Es geht also nicht um eine einseitige Belastung des Faktors Kapital, sondern um eine gleichmäßige Belastung aller Komponenten der Wertschöpfung.

- 
- eine positive Beschäftigungswirkung aufgrund der Stärkung personalintensiver Betriebe und Branchen gegenüber kapitalintensiven,
 - eine Stabilisierung der Einnahmehasis der GKV aufgrund des stärkeren Anstiegs der Wertschöpfung gegenüber der Lohnsumme infolge der anhaltend hohen Arbeitslosigkeit und der Umverteilung zugunsten der Kapitaleinkommen.

Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WidO) hat die finanziellen Auswirkungen einer Wertschöpfungsabgabe berechnet. Demnach ergäbe sich als zusätzliche Einnahme in der GKV eine Summe von rund 8,3 Mrd. €. Dieser Betrag hätte auf Basis des Jahres 1999 einem Volumen von 0,92 Beitragssatzpunkten entsprochen.

Die Debatte um eine Wertschöpfungsabgabe wurde in Deutschland vor allem in den 80er Jahren intensiv geführt. So hat zum Beispiel die Arbeitsgemeinschaft für Arbeitnehmerfragen in der SPD (AfA) 1985 ein ausgearbeitetes Modell für die Rentenversicherung vorgelegt. In der aktuellen Debatte um die Zukunft der GKV wird die Einführung einer Wertschöpfungsabgabe nur von PDS und Attac offensiv ins Feld geführt. Sie gehört jedoch auch zum traditionellen Bestand der gewerkschaftlichen Programmatik.

Die Aufnahme einer Wertschöpfungsabgabe in den ver.di-Forderungskatalog zur BürgerInnenversicherung wurde in der Kommission nur ansatzweise diskutiert. (N.F.)

VI. „BürgerInnenversicherung – Zukunft für Solidarität und Parität“ – Bericht von der ver.di-Fachkonferenz am 30. September 2004 in Berlin

Solidarität und Parität müssen nach den Worten des ver.di-Vorsitzenden Frank Bsirske Markenzeichen des Gesundheitswesens in Deutschland bleiben. ver.di werde dafür kämpfen, dass für die Finanzierung des Gesundheitswesens eine gerechte Lösung gefunden werde, sagte er vor den über 150 GewerkschafterInnen und Interessierten, die zu der Fachkonferenz „BürgerInnenversicherung – Zukunft für Solidarität und Parität“ am 30. September in die ver.di-Bundesverwaltung nach Berlin gekommen waren.

Die ver.di-Bundesvorstandsmitglieder Christian Zahn und Ellen Paschke hoben die Bedeutung der Diskussion um eine neue Finanzierung des Gesundheitswesens hervor. Zahn sagte: Die Finanzierung der Gesundheitsversorgung auf neue Füße zu stellen, sei die wichtigste sozialpolitische Aufgabe der kommenden Jahre. Paschke betonte in ihrem Schlusswort: „Es führt kein Weg an der BürgerInnenversicherung vorbei.“

Mit der Fachkonferenz wollte ver.di ihre Positionen zur künftigen Finanzierung des Gesundheitswesens verdeutlichen und ihre Forderungen mit Mitgliedern, unabhängigen Fachleuten und VertreterInnen der Parteien diskutieren. Frank Bsirske, Christian Zahn und Ellen Paschke vom Bundesvorstand diskutierten mit Prof. Rolf Rosenbrock als Mitglied des Sachverständigenrates im Gesundheitswesen, sowie mit Ralf Brauksiepe (CDU), Biggi Bender (Bündnis 90/Die Grünen) und Klaus Kirschner (SPD). Die Beiträge der beteiligten DiskutantInnen werden im Folgenden kurz vorgestellt.

Frank Bsirske: „Das Gesundheitswesen steht vor einer historischen Weichenstellung“

Das deutsche Gesundheitswesen steht nach Ansicht des ver.di-Vorsitzenden Frank Bsirske vor einer historischen Weichenstellung. Gleichgültig, was letztendlich umgesetzt werde, jeder der momentan in der Öffentlichkeit diskutierten Vorschläge habe gravierende Veränderungen zur Folge. Eine solche Umgestaltung dürfe deshalb nicht „nebenbei“ beschlossen werden, mahnte Bsirske: Jeder müsse sich über die Folgen der jeweiligen Veränderungen im Klaren sein. Der ver.di-Vorsitzende warnte zugleich davor, die Fortführung der notwendigen Strukturreformen im Gesundheitswesen zu vernachlässigen. „Eine BürgerInnenversicherung macht Strukturreformen nicht überflüssig“, betonte er. Trotz aller Debatten um die Einnahmeseite der Gesetzlichen Krankenversicherung sollte nicht vergessen werden, dass vor allem die vorhandenen Versorgungsdefizite, Unwirtschaftlichkeiten und überholten Organisationsstrukturen angegangen werden müssten, damit das Gesundheitssystem effizienter werde.

Nach Bsirskes Worten gibt es in Deutschland eine breite Übereinstimmung, dass die Finanzierung des Gesundheitswesens verändert werden müsse. Allerdings gingen die Meinungen über die Gründe für den Umbau und die daraus folgenden Reformvorschläge weit auseinander. Bsirske räumte ein, über Details des Konzepts der von ver.di, der SPD und den Grünen favorisierten BürgerInnenversicherung müsse noch diskutiert werden. So wollten zum Beispiel weite Teile der SPD an der Familienversicherung festhalten, während ver.di für EhepartnerInnen, die nicht berufstätig sind, keine Kinder erziehen und niemanden pflegen, einen eigenen Versicherungsbeitrag anstrebe.



Solidarität wird ausgehöhlt

Bsirske nannte drei Gründe, warum das Gesundheitswesen auf neue finanzielle Füße gestellt werden muss: So werde die ausschließliche Koppelung der Beiträge an das Arbeitseinkommen der Realität nicht mehr gerecht. Auch andere Einkünfte müssten in die Berechnung des Beitrags einbezogen werden. Ferner beteiligten sich nicht alle an der Solidarität. Mit einem Wechsel in die private Krankenkasse entzögen sich gut Verdienende dem Prinzip, dass Reiche für Arme einstünden. „Das ist nicht gerecht, Solidarität sollte alle angehen“, sagte Bsirske. Drittens würden von den Kranken immer mehr Zuzahlungen verlangt. Die Folge: „Die Solidarität wird ausgehöhlt, der solidarische Charakter innerhalb der Gesellschaft geschwächt.“



Scharf kritisierte der ver.di-Vorsitzende die Kopfpauschalen, die von der Union in die Diskussion eingebracht wurden.¹ Das Konzept, mit dem die Union den Sozialausgleich bei den Kopfpauschalen finanzieren wolle, bezeichnete er als unseriös. Je nach Schätzung klaffe eine Finanzierungslücke zwischen 20 und 100 Milliarden Euro pro Jahr.² Um diese Lücken zu schließen, würden vermutlich Leistungen aus dem Katalog der gesetzlichen Krankenkassen ausgegliedert.

Zudem müssten die Steuern erhöht werden. Bei einer Erhöhung der Mehrwertsteuer – wie es bereits diskutiert werde – werde der Personenkreis am stärksten zur Kasse gebeten, der eigentlich entlastet werden solle: „Das ist eine Umverteilung von unten nach oben.“ Mit Blick auf den vorgesehenen Sozialausgleich durch Steuern sagte er: Angesichts der leeren öffentlichen Kassen brauche es nicht viel Phantasie, um vorauszusagen, wie lange ein solcher Zuschuss Bestand haben werde.

Parität muss erhalten bleiben

Die Pläne der Union, den Arbeitgeberbeitrag zur Krankenversicherung einzufrieren, lehnt ver.di strikt ab. „Wir wollen, dass an der Parität festgehalten wird“, sagte Bsirske: „Wir wollen die Arbeitgeber weder aus der Verantwortung noch von den Kosten entlasten.“

Mit Blick auf die ver.di-Mitglieder, die bei den privaten Krankenkassen beschäftigt sind, verwies Bsirske darauf, dass der Gewerkschaftsratsbeschluss für eine BürgerInnenversicherung mehrheitlich gefasst wurde. Eine Minderheit – darunter Vertreter der Beschäftigten von privaten Krankenkassen – hatten sich für eine Weiterentwicklung des bestehenden Systems, eines Nebeneinanders von privater und gesetzlicher Krankenversicherung ausgesprochen.

¹ Hier und im Folgenden geht es um das von der CDU zum Zeitpunkt der Tagung favorisierte Konzept auf der Basis des Gutachtens der Professoren Rürup und Wille (siehe I.1.). Das aktuelle CDU/CSU-Kompromissmodell wurde erst Mitte November vereinbart, mithin also weit nach unserer Tagung.

² Im CDU/CSU-Kompromissmodell ist die Finanzierungslücke geringer, liegt aber immer noch bei ca. 15 Milliarden Euro (siehe I.3.).

Christian Zahn: „Arbeitgeberinnen und -geber nicht aus der Verantwortung entlassen“

Die Kopfpauschale bedeutet für ver.di-Vorstandsmitglied Christian Zahn schlicht Entsolidarisierung. Das sei ein Grund, warum sie für ver.di nicht in Frage komme. Der andere: Das Konzept der Kopfpauschale sehe vor, die Kosten der Krankenversicherung auf die Beschäftigten zu übertragen. „Wer sich von der paritätischen Finanzierung verabschiedet, hat kein Interesse an einem funktionierenden Gesundheitssystem und am Gesundheitsschutz im Betrieb“, sagte Zahn in Richtung derjenigen, die den Ausstieg der Arbeitgeberinnen und -geber aus der paritätischen Finanzierung der Krankenversicherung befürworteten. „Diese Auswirkungen dürfen wir nicht übersehen.“

Nicht nur die CDU wolle den ArbeitgeberInnenbeitrag zur Krankenversicherung deckeln. Auch unter den Grünen gebe es BefürworterInnen eines solchen Schritts. SozialpolitikerInnen, WissenschaftlerInnen und VertreterInnen der Krankenkassen warnten seit Jahren eindrücklich vor einer solchen Regelung. Sie befürchteten, dass die Politik dann nicht mehr unter Druck stünde, die Kosten des Gesundheitswesens einzudämmen. Die Folge: Eine Kostenexplosion. In der Schweiz, in der Kopfpauschalen gelten und wo die ArbeitgeberInnen bei Beitragserhöhungen sozusagen außen vor seien, würden die Versicherten unter ständig steigenden Beiträgen zur Gesundheitsvorsorge stöhnen.

Gut Verdienende profitieren von Kopfpauschalen

Zahn bezeichnete den Umbau der Finanzierungsgrundlage für die gesetzlichen Krankenkassen als die „wichtigste sozialpolitische Aufgabe der kommenden Jahre“. Die Diskussion über die Details einer BürgerInnenversicherung werde SozialpolitikerInnen sowie BürgerInnen noch einige Jahre beschäftigen. ver.di müsse die Entwicklung begleiten.

Er verwies darauf, dass es sowohl bei den Kopfpauschalen als auch bei der BürgerInnenversicherung GewinnerInnen und VerliererInnen gebe. Von der Kopfpauschale profitierten vor allem gut Verdienende; BezieherInnen kleiner und mittlerer Einkommen dagegen hätten das Nachsehen. Bei der BürgerInnenversicherung dagegen würden vor allem gut Verdienende zur Kasse gebeten.

Zahn warb besonders dafür, Selbstständige in die Gesetzliche Krankenversicherung einzubeziehen. Denn der Anteil der Menschen steige, die keine soziale Absicherung mehr hätten. Schätzungen zufolge seien heute schon 15 % der Ein-Personen-Selbstständigen weder kranken- noch rentenversichert.

ver.di schlägt vor, dass Selbstständige gemäß der Höhe ihres Einkommens in die gesetzliche Kranken- und Rentenversicherung einzahlen. Der ArbeitgeberInnenbeitrag für diese Gruppe soll weitgehend über KundInnenbeiträge finanziert werden.

Professor Rolf Rosenbrock: „Prävention muss bei sozial Benachteiligten ansetzen“

Für Rolf Rosenbrock, Leiter der Arbeitsgruppe „Public Health“ am Wissenschaftszentrum für Sozialforschung Berlin (WZB), wird die Krankenversicherung oft auf ihre Bezahlbarkeit reduziert. Dies sei eine irreführende Verkürzung der Probleme. Ziel der Gesundheitspolitik müsse es sein, dass jede/r Versicherte die Gesundheitsversorgung bekommt, die er/sie braucht.

Rosenbrock, seit 1999 Mitglied des Sachverständigenrates im Gesundheitswesen, macht verschiedene Entwicklungen für die Finanzmisere der Kassen verantwortlich. Er nannte die Zunahme der



chronischen Krankheiten wie Diabetes, Krebs und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. 80 % der Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen würden für die 20 % der Versicherten mit chronischen Leiden gebraucht – wobei überdurchschnittlich viele chronisch Kranke der unteren Sozialschicht angehören.

Ferner steige die Lebenserwartung und damit die Fälle der Mehrfacherkrankungen. Bemerkenswert dabei: Die sozial bedingte Ungleichheit hat zur Folge, dass Mitglieder der unteren sozialen Schicht weiterhin eine um sieben Jahre kürzere Lebenserwartung haben als der Durchschnitt der Bevölkerung. Wer die Ursachen von chronischen Krankheiten und Mehrfacherkrankungen angehen will, muss für Rosenbrock auf Prävention und integrierte Versorgung setzen. Präventionsangebote müssten dabei gezielt bei den sozial Benachteiligten ansetzen.



Bei ChronikerInnen-Programmen zählt Masse statt Klasse

Der Wissenschaftler warnte davor, von Präventionsmaßnahmen zu schnell vorzeigbare Ergebnisse zu erwarten. Prävention bringe den Krankenkassen erst langfristig eine finanzielle Entlastung. Mit einer qualitativ hochwertigen Versorgung der Kranken aber könne heute schon viel Geld gespart werden. Er verwies darauf, dass Schätzungen zufolge vier von zehn Röntgenuntersuchungen und eine von drei Herz-Katheteruntersuchungen überflüssig seien. Bei der Behandlung von Darmkrebs, Schlaganfall oder Brustkrebs belege Deutschland im Vergleich zu anderen europäischen Ländern einen der hinteren Plätze.

Als Ursache dafür sieht der Sachverständigenrat unter anderem die Fixierung auf die Akutmedizin in Deutschland, die Vernachlässigung der Prävention und Rehabilitation sowie die Tatsache, dass die PatientInnen als bloße EmpfängerInnen medizinischer Leistungen angesehen und unzureichend einbezogen werden.

Rosenbrock kritisierte zudem die Struktur der Gesundheitsversorgung in Deutschland: Neben Qualifikationsdefiziten bemängelte er die fehlende Ganzheitlichkeit in der Versorgung. Die einzelnen Versorgungsbereiche existierten nebeneinander. Chronisch Kranke stellten für die Krankenkassen außerdem die schlechteren Risiken dar. Es fehle damit der Anreiz, sich um die chronisch Kranken zu kümmern. Bei den ChronikerInnen-Programmen herrsche derzeit der Wettbewerb der großen Zahl, Masse zähle – nicht Klasse.

Rosenbrocks Fazit: „Diese Probleme sind nicht mit mehr Geld zu beheben.“ Er plädiert für einen Umbau des Risikostrukturausgleichs: Statt die Ausgaben der Kassen auszugleichen, müsse jede Kasse so viel Geld zu Verfügung haben, wie sie im Bundesdurchschnitt für die Versorgung aller ihrer Versicherten benötigt – der guten wie der schlechten Risiken unter ihnen.

Die Einnahmen sind das Problem – nicht die Ausgaben

Der Wissenschaftler verwies zudem darauf, dass die überwältigende Mehrheit – nämlich 80 Prozent – der Bevölkerung die Prinzipien der solidarischen Krankenversicherung – wie Ausgleich zwischen Jung und Alt, Arm und Reich, Gesund und Krank – schätzten. Und immerhin zwei Drittel der Bevölkerung befürworteten den Familienlastenausgleich.

Außerdem kann laut Rosenbrock von einer Kostenexplosion im Gesundheitswesen nicht die Rede

sein. Denn seit 1980 liege der Anteil der Kassenausgaben am Bruttoinlandsprodukt bei 6 beziehungsweise 6,5 %. Hier nicht mit eingerechnet sei jedoch der Umstand, dass die Haushalte in den vergangenen Jahren stärker mit Zuzahlungen belastet wurden, beziehungsweise Medikamente oder sonstige Leistungen nicht mehr von den Kassen übernommen wurden, sondern gänzlich von den Kranken bezahlt werden müssen.

Die Finanzprobleme der Kassen sind nach Rosenbrock die Folge der niedrigen Tarifabschlüsse, der Arbeitslosigkeit, der steigenden Zahl der atypischen Arbeitsverhältnisse und der Zunahme der frühen Verrichtung. Außerdem könnten sich Reiche aus der Solidarität verabschieden und in die private Krankenversicherung wechseln.

Kopfpauschale ist Umverteilung von unten nach oben

Bei der Frage „Kopfpauschale oder Bürgerversicherung?“ plädiert Rosenbrock eindeutig für die Bürgerversicherung. Denn sie sei die konsequente Weiterentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Bei der Kopfpauschale sei nach wie vor nicht geklärt, woher die Milliarden Euro für den sozialen Ausgleich kommen sollen. Es sei aber absehbar, dass die Beschäftigten, die weniger Wohlhabenden den Großteil der Summen aufbringen müssten. Dies komme einer Umverteilung von unten nach oben gleich. Außerdem bestehe bei der Kopfpauschale die Gefahr, dass die Kosten der Gesundheitsversorgung in Zukunft kräftig stiegen. Der Grund: Die ArbeitgeberInnen hätten kein Interesse mehr an einer Kostendämpfung. Die Zuschüsse für sozial Schwache nannte er „Versorgungsleistungen nach Kassenlage“. Schon in der Vergangenheit seien die gesetzlichen Krankenkassen als Verschiebebahnhöfe missbraucht worden.

Ralf Brauksiepe: „Steuerfinanzierung des Sozialausgleichs ist einfach und gerecht“

Der CDU-Bundestagsabgeordnete und Hauptgeschäftsführer der Christlich-Demokratischen Arbeitnehmerschaft (CDA), Ralf Brauksiepe, verteidigte die von der Union favorisierte Kopfpauschale. Brauksiepe verwies auf die hohe Arbeitslosigkeit und die demographische Entwicklung. Für ihn steht fest: Die Kosten für die Krankenversicherung dürfen nicht länger allein dem Faktor Arbeit aufgelastet werden. Und er betonte: „Wir werden unser Konzept daran messen lassen, ob wir damit Arbeit schaffen.“

Die Union habe deshalb in ihrem Leipziger Parteitagbeschluss vom 1. Dezember 2003 festgelegt, den ArbeitgeberInnenanteil bei 6,5 % zu deckeln. Der Betrag soll mit dem Lohn bzw. Gehalt ausgezahlt und von der/dem Beschäftigten versteuert werden. Nach Berechnungen der Union müsse dann jede/r Erwachsene eine Prämie von 200 € bezahlen – 180 € inklusive Krankengeld und Zahnersatz, sowie 20 € als Beitrag zur Ansparung eines Kapitalstocks, mit dem der demographischen Entwicklung Rechnung getragen werden solle. Die Beiträge der Kinder sollen aus Steuern bezahlt werden. Für eine Übergangszeit von vier Jahren werde niemand schlechter gestellt als derzeit. Danach solle kein Haushalt mehr als 15 % seines Einkommens für die Krankenversicherung aufbringen müssen.

Bezahlen will die Union die Umgestaltung mit dem Geld, das durch die Versteuerung des ausbezahlten ArbeitgeberInnenanteils von den ArbeitnehmerInnen zusätzlich gezahlt werden muss. Außerdem hoffe die Union auf ein Wirtschaftswachstum von zwei Prozent. Eine mögliche Deckungslücke soll nicht durch eine höhere Mehrwertsteuer geschlossen werden. Vielmehr solle darauf verzichtet werden, den Spitzensteuersatz zu senken, sagte Brauksiepe. Die Finanzierung des Sozialausgleichs aus dem Steuertopf bezeichnete er als „einfach und gerecht“.

Brauksiepe wies auch Vorwürfe zurück, wonach der Sozialausgleich aus Steuergeldern bei jeder Haushaltsberatung des Bundes auf dem Prüfstand stünde. „Auch Kindergeld wird aus Steuergeld bezahlt und steht nicht Jahr um Jahr zur Disposition“, sagte er. Seiner Ansicht nach ziehe auch das Argument nicht, dass bei Kopfpauschalen der Chefarzt so viel bezahlt wie die Sekretärin: „Die Solidarität hört heute bei 3.400 € im Monat auf. Der Chefarzt zahlt somit gar nicht in die gesetzliche Krankenkasse, er ist privat versichert.“

Biggi Bender: „Gerechtigkeit und Lohnnebenkosten im Blick behalten“

Für die Bundestagsabgeordnete und gesundheitspolitische Sprecherin der Grünen, Biggi Bender, stehen bei der Reform des Finanzierungssystems der gesetzlichen Krankenkassen Gerechtigkeit unter den BeitragszahlerInnen und die Entlastung des Faktors Arbeit im Zentrum der Überlegungen.

Zehn Prozent der Bevölkerung – die Gesünderen und besser Verdienenden – könnten sich ganz legal aus der Solidarität der Gesetzlichen Krankenversicherung verabschieden und zu einer privaten Kasse wechseln. Zudem hätten sich die Einkommensquellen in den vergangenen zwanzig Jahren verändert, die Finanzierungsbasis der Gesetzlichen Krankenversicherung aber sei gleich geblieben: „Es ist nicht einzusehen, dass jemand, der aufgrund einer Erbschaft seine Berufsarbeit um die Hälfte reduziert, nur noch 50 % seines bisherigen Beitrags für die Krankenversicherung bezahlt.“ Daneben blieben Reformen der Struktur der Gesundheitsversorgung auf der Tagesordnung.

Nach Benders Worten stehen einige Details einer Bürgerversicherung bei den Grünen derzeit noch nicht fest: „Wir haben das kommende Jahr über Zeit, das zu diskutieren“, betonte sie. Ihrer Ansicht nach sollten Einkünfte aus Mieten und Pachten sowie Kapitaleinkünfte für Krankenkassenbeiträge herangezogen werden. Allerdings habe sie noch kein schlüssiges Konzept dafür, wie diese Beiträge eingezogen werden sollten.

Bender hält es nicht für klug, die Beitragsbemessungsgrenze anzuheben. Sie befürchtet, dass dann zu viele Versicherte noch schnell zu einer privaten Kasse wechseln, bevor die Änderung in Kraft trete. Die Grünen wollten die Familienmitversicherung erhalten, erwägen aber die Einführung eines negativen Ehegattensplittings bei der Beitragserhebung. Bender räumte ein, dass Teile der Grünen die Parität auf den Prüfstand stellten.

Eine Bürgerversicherung könnte nach ihrer Darstellung zu einer deutlichen Senkung des Beitragssatzes führen: Nach derzeitigem Stand könnten die Beiträge um 1,6 Prozentpunkte sinken. Damit würden Versicherte und ArbeitgeberInnen entlastet. Mit Blick auf die Folgen einer Bürgerversicherung für die private Krankenversicherung sagte Bender: „Die privaten Kassen haben keinen Anspruch auf die Aufrechterhaltung ihrer Geschäftsfelder.“

Klaus Kirschner: „Die Kopfpauschale macht Millionen Menschen zu BittstellerInnen“

Der Vergleich Bürgerversicherung kontra Kopfpauschale fällt für den SPD-Bundestagsabgeordneten und Vorsitzenden des Bundestagsausschusses für Gesundheit und soziale Sicherung, Klaus Kirschner, eindeutig aus: Die Kopfpauschale ändert nichts an den bestehenden Ungerechtigkeiten zwischen den gesetzlichen und den privaten Krankenkassen. Stattdessen ermögliche sie eine Umverteilung von unten nach oben: Ein Single mit 15.000 € Bruttojahreseinkommen zahle bei Einführung der Kopfpauschale fast 600 € mehr im Jahr als heute, ein Single mit 40.000 € Bruttojahreseinkommen etwa 2.100 € im Jahr weniger.

Mit Blick auf den bei der Kopfpauschale vorgesehenen Sozialausgleich aus Steuergeldern verwies Kirschner auf die Schweiz, in der es solche Kopfpauschalen gibt: Gälte dieses System auch in Deutschland, so würden 22 bis 23 Millionen Menschen zu BittstellerInnen des Staates.



Kirschner befürchtet zudem, dass bei einer Kopfpauschale Haushaltszwänge die Gesundheitsversorgung bestimmen und nicht mehr Gesundheitsziele. Einkommensbezogene Beiträge dagegen begründeten einen Rechtsanspruch, der nicht jedes Jahr bei den Haushaltsberatungen des Bundestages zur Disposition gestellt werden könne.

Im Gegensatz zu den Kopfpauschalen sieht Kirschner die Bürgerversicherung auf finanziell soliden Füßen. Nach den vom SPD-Parteivorstand Ende August 2004 verabschiedeten Eckpunkten für eine solidarische Bürgerversicherung sollen sowohl die gesetzlichen wie auch die privaten Kassen eine Bürgerversicherung anbieten (können). Dieses Angebot sehe jeweils einen Pflichtversicherungskatalog vor, der das medizinisch Notwendige garantiere. Junge Leute könnten somit nicht Teile des Leistungskatalogs abwählen.

Außerdem sollen die jeweiligen Kassen, die die Bürgerversicherung anbieten, sich die Versicherten nicht aussuchen können. Sie sollen somit niemand ablehnen können, der schon krank ist oder ein hohes Risiko trägt, krank zu werden. Ferner solle das Sachleistungsprinzip gelten. Kirschner betonte, er halte an der Familienversicherung fest. Allerdings sollte der Risikostrukturausgleich künftig morbiditätsbezogen sein.



(J.B. und N.F.)



Weitere Fotos und Berichte von der Fachkonferenz auf unseren Seiten im Internet:
www.verdi.de/sozialpolitik/gesundheitspolitik_buergerversicherung

VII. DGB – Eckpunkte zur Bürgerversicherung

Der geschäftsführende Bundesvorstand des DGB hatte am 2. Dezember 2003 beschlossen, einen Arbeitskreis zur Bürgerversicherung einzurichten, der mit einer Positionsbestimmung beauftragt wurde. Der Bereich Sozialpolitik/Gesundheitspolitik in ver.di war an allen Treffen und Veranstaltungen beteiligt.

Die Debatte nahm ihren Auftakt am 3. Dezember 2003 mit einer Veranstaltung, die gemeinsam mit den PartnerInnenorganisationen im „Netzwerk Gesundheit“¹ durchgeführt wurde.² In den darauf folgenden drei Expertenanhörungen wurden drei Fragenkomplexe näher diskutiert:

- Wie sollen die Rollen von GKV und PKV in der Bürgerversicherung aussehen?
- Wie werden die Beitragsgrundlagen gestaltet und welcher Leistungskatalog wird der Bürgerversicherung zugrunde gelegt?
- Welche rechtlichen Fragen sind zu klären und in welchen Schritten kann die Umsetzung erfolgen?

Die Ergebnisse dieser Anhörungen sind dokumentiert in: Martin Pfaff/ Heinz Stapf-Finé (Hg.): Bürgerversicherung – solidarisch und sicher! Die Rolle von GKV und PKV, Beitragsgrundlagen, Leistungskatalog, rechtliche Umsetzung, Hamburg 2004 (VSA-Verlag). Sie lagen rechtzeitig vor, um die Beratungen in der SPD-Arbeitsgruppe zur Bürgerversicherung – der so genannten „Nahles-Kommission – beeinflussen zu können.

Am Ende der Beratungen des Arbeitskreises Bürgerversicherung und im Sozialpolitischen Ausschuss des DGB stand ein Beschlussvorschlag zu gemeinsamen Eckpunkten einer solidarischen Bürgerversicherung, dem der DGB-Bundesvorstand am 2. November 2004 einstimmig folgte (siehe unten). Vorausgegangen waren längere Diskussionen zwischen den Einzelgewerkschaften. Insbesondere die IG BCE stand dem Konzept der Bürgerversicherung lange Zeit skeptisch bis ablehnend gegenüber und warb für die Beibehaltung des jetzigen Systems. Um zu einer gemeinsamen Positionierung zu gelangen, mussten deshalb insbesondere auf Seiten derjenigen Einzelgewerkschaften, die sich eine stärkere Profilierung des DGB in der Bürgerversicherungsdebatte gewünscht hatten, Kompromisse nach der Methode des „kleinsten gemeinsamen Nenners“ gefunden werden.

Der DGB-Beschluss weicht in einigen Punkten vom ver.di-Modell einer BürgerInnenversicherung ab. So konnten sich die Einzelgewerkschaften im DGB zum Beispiel nicht auf eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze einigen. Auch will der DGB die Familienmitversicherung komplett erhalten, wenn auch perspektivisch vollständig über Steuermittel finanzieren. In den meisten Fragen konnten wir jedoch unsere Positionen geltend machen.

¹ Das Netzwerk Gesundheit setzt sich gemeinsam für eine gute und bezahlbare Gesundheitsreform für alle ein. Es wurde am 9. April 2003 gegründet und will als breites gesellschaftliches Bündnis mutige Reformen des Gesundheitswesens unterstützen. Eine ganze Reihe von Sozialverbänden, Wohlfahrtsverbänden und anderen namhaften Organisationen (Arbeiterwohlfahrt, BAGFW, AGS, DRK, KAB, SoVD, Volkssolidarität u.a.) hat sich gemeinsam mit den Gewerkschaften zusammengeschlossen. Ziele des Netzwerks Gesundheit sind: gerechte Finanzierung, bezahlbare Leistungen, Solidarität erhalten, Verschwendung beseitigen, gute Arbeitsbedingungen.

Näheres unter: <http://www.netzwerk-gesundheit-web.de/>

² Dokumentiert in: Ursula Engelen-Kefer (Hg.): Reformoption Bürgerversicherung. Wie das Gesundheitswesen solidarisch finanziert werden kann, Hamburg 2004 (VSA-Verlag)

DGB-Position für eine solidarische Bürgerversicherung

Zum Beschluss des DGB-Bundesvorstandes vom 2. November 2004

Zielsetzung des DGB

Die solidarische Bürgerversicherung hat das Ziel, die qualitativ hochwertige und solidarisch finanzierte Gesundheitsversorgung in Deutschland nachhaltig zu sichern. Dazu umfasst die Bürgerversicherung Lösungsansätze, um sowohl Einnahme- als auch Ausgabenprobleme der heutigen Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu beheben.

Kernelement der solidarische Bürgerversicherung ist ein neuer Qualitätswettbewerb auf der Basis einer gesamtgesellschaftlichen Finanzierung der Gesundheitsversorgung. Eine effiziente Steuerung und zukunftsgerichtete Erhebung des Beitragsaufkommens wird dazu beitragen, dass die Beiträge insgesamt sinken, ohne die Gesundheitsleistungen einzuschränken.

Die Trennung von Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung sowie die begrenzte Finanzierung allein durch Beiträge auf Arbeitseinkommen schränkt die Finanzierungsbasis der GKV ein. Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie beschäftigungsintensive Betriebe werden dadurch einseitig belastet. Diese Belastungen steigen sowohl aufgrund ineffizienter Versorgungsstrukturen als auch durch den Rückgang von sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnissen.

Die Politik hat in der Vergangenheit versucht, die Beitragssätze mit erhöhten Belastungen für die Patienten und Versicherten (Leistungsausgliederungen, Eigenbeteiligungen, Zuzahlungen und einseitige Beitragssatzsteigerungen zu Lasten der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer) zu senken. Durch die sinkende Massenkaufkraft weitet sich die ohnehin schwerwiegende Konjunkturschwäche im Inland aus und gefährdet einen Aufschwung auf dem Arbeitsmarkt.

Die Erfolglosigkeit der Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen zeigt, dass eine Weiterentwicklung der Krankenversicherung in Deutschland zur solidarischen Bürgerversicherung ohne Alternative ist. Das gilt auch für das Konzept der CDU zur Finanzierung der GKV über eine einheitlich Kopfpauschale. Die CDU will die Beiträge der Arbeitgeber von der Entwicklung der Gesundheitskosten abkoppeln und dafür das Solidarprinzip aufgeben. Dazu plant die CDU ein reines Umverteilungsmodell, das allein Arbeitgeber und Besserverdiener entlastet, ohne die bestehenden Einnahme- noch die Ausgabenprobleme zu lösen. Auch die Finanzierung des sogenannten Sozialausgleichs über Steuern ist bislang ungelöst. Mit der einseitigen Belastung der versicherten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, der Deckelung der Beiträge und der fehlenden Finanzierungsgrundlage zeigt sich, dass die von der CDU gewollte Entlastung der Arbeitgeber zu Lasten der Behandlungsqualität geht. Eine Tendenz zur weiteren Privatisierung von Gesundheitsleistungen ist damit vorgezeichnet.

Eckpunkte der solidarischen Bürgerversicherung

1. Wettbewerb und Wahlfreiheit

Bürgerinnen und Bürger können ihre Kasse in der Bürgerversicherung frei wählen. Zwischen privaten und gesetzlichen Krankenkassen wird ein Wettbewerb unter gleichen Bedingungen hergestellt. Diese Bedingungen sind einkommensabhängige Beiträge, ein einheitlicher Leis-

tungskatalog, Kontrahierungszwang, einheitliche Regelungen zur Vergütung der Leistungserbringer und ein morbiditätsorientierter Finanzausgleich zwischen den Kassen.

Das Wettbewerbsprinzip soll durch ein einheitliches Vertragsrecht ausgebaut werden. Neben der Möglichkeit, direkte Versorgungsverträge mit einzelnen Leistungsanbietern abzuschließen, soll allen gesetzlichen und privaten Krankenkassen erlaubt werden, qualitätsorientierte Vergütungen auszuhandeln. Weiterhin sollen die Integrierte Versorgung und spezielle Behandlungsprogramme ausgebaut werden, um bestmögliche Versorgung zu gewährleisten.

2. Eine Versicherung für alle Bürgerinnen und Bürger

Die Bürgerversicherung versichert alle Bürgerinnen und Bürger. Die Versicherungspflichtgrenze wird abgeschafft. Familienangehörige ohne eigenes Einkommen bleiben beitragsfrei mitversichert. Wer neu krankenversichert wird, kommt sofort in die Bürgerversicherung. Für bisher privat Versicherte wird Bestandsschutz gewahrt. Bestandsbeamte erhalten ein Wahlrecht, ob sie in die Bürgerversicherung eintreten oder in der Privaten Krankenversicherung (PKV) bleiben wollen.

3. Einkommensbezogene Finanzierung

Die Krankenversicherung soll weiterhin über einkommensabhängige Beiträge finanziert werden. Die Arbeitgeber bleiben durch paritätische Finanzierung der Beiträge auf Einkommen aus abhängiger Beschäftigung in der Verantwortung.

4. Zukünftige Finanzierungsbasis

Für die zukünftige Finanzierung hochwertiger Gesundheitsleistungen schlagen wir ein Zwei-Säulen-Modell vor. In der ersten Säule werden dabei Arbeitseinkommen und daraus abgeleitete Einkommen wie bisher verbeitragt. Daneben soll eine zweite Säule eingeführt werden, um Erträge anderer Einkommensarten in die Finanzierung der Bürgerversicherung einzubeziehen. Die Einnahmen aus diesem Anteil an einer Abgeltungssteuer auf Kapitalerträge sollen zweckgebunden in die Bürgerversicherung fließen und von allen Steuerpflichtigen erhoben werden. Durch angemessene Freibeträge wird sichergestellt, dass Sparer nicht überfordert werden und die Altersvorsorge nicht zusätzlich belastet wird. Im Rahmen dieser Steuerlösung entfällt eine Beitragsbemessungsgrenze für Einkünfte aus Kapitalvermögen. Dies ermöglicht eine sofortige Senkung der Beiträge zur Krankenversicherung auf Lohneinkommen.

5. Ausweitung der Steuerfinanzierung

Die Krankenkassen müssen von der Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben entlastet werden. Dazu gehört auch der Familienlastenausgleich, da von der Erziehungsarbeit der Eltern alle Bürger profitieren und nicht nur die Versicherten der GKV. Diese Leistungen sind über Steuermittel zu finanzieren, sie dürfen nicht weiter allein den Beitragszahlern aufgebürdet werden.

Der ausführliche Beschluss in seinem gesamten Wortlaut ist beim DGB als ISA – Informationen zur Sozial- und Arbeitsmarktpolitik 4/2004 erschienen, kann aber auch in der Sozialen Sicherheit 11/04, S. 366-371 nachgelesen und von unseren Seiten im Internet heruntergeladen werden:
http://www.verdi.de/sozialpolitik/gesundheitspolitik_buergerversicherung

(N.F.)



Dokumentation:

Die Krankenkassen und die neuen Versorgungsformen im Gesundheitswesen

Tagung von ver.di, IG Metall und DGB für die Selbstverwaltung in den Krankenkassen

Mit der letzten Gesundheitsreform, dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG), wurde das Thema „Integrierte Versorgung“ wieder aktuell: In den Jahren 2004 bis 2006 können jährlich rund 700 Millionen Euro aus den Budgets der Krankenhäuser und der Kassenärztlichen Vereinigungen für neue Versorgungskonzepte an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung aufgewendet werden. Grundlage dafür sind regionale Verträge zwischen Krankenkassen – oder deren Verbänden – und zugelassenen Leistungserbringern oder Managementgesellschaften.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen – die bisher weitgehend solche Versorgungsformen blockierten – dürfen nicht mehr Vertragspartnerinnen sein. Integrierte Angebote müssen mindestens zwei Versorgungssektoren verknüpfen und können sich neben ärztlicher Zusammenarbeit auch auf Medikamentenversorgung, Pflege, Therapien und sonstige Leistungen erstrecken.

Damit wurden vielfältige Möglichkeiten für den Abschluss Integrierter Versorgungsverträge geschaffen. Aber nicht jeder Vertrag, über dem „Integrierte Versorgung“ steht, erfüllt auch die Erwartungen nach Qualitätsverbesserung und einem effizienteren Einsatz der Beitragsmittel. Die Versichertenvertreter und -vertreterinnen in den Gesetzlichen Krankenkassen sind hier in besonderem Maße gefordert, darauf zu achten, dass die zur Verfügung stehenden Mittel umsichtig eingesetzt werden. Benötigt werden Verträge zwischen Kassen und Leistungserbringern, die einen Anreiz für die Gesunderhaltung der Versicherten und die bestmögliche Versorgung im Krankheitsfall bieten. Verträge, die nur zu Leistungsausweitungen ohne erkennbaren Nutzen für Versicherte und Patienten führen, sind aus gewerkschaftlicher Sicht abzulehnen.

ver.di hat deshalb in Kooperation mit der IG Metall und dem DGB eine Veranstaltung zu den neuen Versorgungsformen im Gesundheitswesen durchgeführt, die sich vor allem an die Versichertenvertreter und -vertreterinnen in der Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenkassen richtete. Sie fand am 22. Juni 2004 in den Räumen des BMGS in Berlin und unter Beteiligung der Bundesgesundheitsministerin, Ulla Schmidt, statt. Hierbei wurden die neuen Möglichkeiten aufgezeigt, gute Praxisbeispiele vorgestellt und über die Rolle der Selbstverwaltung in den gesetzlichen Krankenkassen diskutiert.

Der jetzt vorliegende Tagungsband dokumentiert die Vorträge und Diskussionen, die Vorstellung von wegweisenden Projekten, wie zum Beispiel der regionalen integrierten Versorgung psychisch Kranker in einem Landkreis oder von medizinischen Versorgungszentren mit ihrer engen Kommunikation zwischen verschiedensten Fachrichtungen und Berufsgruppen. Darüber hinaus enthält er zwei weitere Beiträge, die wichtige Hinweise zur Integrierten Versorgung bieten und eine Übersicht über die bestehenden Praxisansätze geben.

Die Dokumentation stellt ein überaus wichtiges und nützliches Arbeitsmittel in der Selbstverwaltung dar. Sie kann im Bereich Sozialpolitik/Gesundheitspolitik angefordert werden.

J. Aktuelle Veröffentlichungen der Sozialpolitik

Übersicht ausgewählter Materialien aus dem Bereich Sozialpolitik/Gesundheitspolitik
(Stand Januar 2005)

I. Regelmäßige Veröffentlichungen

- Sozialpolitische Informationen seit Januar 2002 zum 1. Januar und zum 1. Juli eines jeden Jahres
- Sozialpolitische Informationen / Daten/Fakten/Hintergründe 1. Halbjahr 2005
- Die **Jahrgänge 2003 und 2004** sind unter www.verdi.de/Sozialpolitik abrufbar

II. Broschüren

- Neuregelungen bei den geringfügigen Beschäftigten – 400 € Minijob, 1.– 4. Auflage/zuletzt April 2004
- Drehbuch für erfolgreiche Projekte zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement, Mai 2002
- Zukunft der Pflege, Oktober 2003
- Zukunft der Rente, September 2003
- Vorsicht Nadelstiche! Informationen für Beschäftigte im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege, 2. Auflage, Januar 2004
- Möglichkeiten und Grenzen des SGB IX – zur Verwirklichung betrieblicher Teilhabe behinderter Menschen, November 2004
- Kinder, Job und Kohle – Rententipps für Frauen, 1. Auflage 2003, 2. Auflage erscheint im 1. HJ 2005

III. Tagungsdokumentationen

- Tagungsdokumentation Fachtagung ver.di für einen umfassenden und ganzheitlichen Arbeits- und Gesundheitsschutz in den Betrieben und Verwaltungen 20./21. Januar 2003 in Berlin
- Tagungsdokumentation der Fachtagung zur Besteuerung von Alterseinkünften am 14.04.2003 in Berlin
- Tagungsdokumentation für ver.di-Vertreterinnen und -Vertreter in den Selbstverwaltungsorganen der gesetzlichen Rentenversicherung am 29./30. April 2003 in Dortmund
- Die Krankenkassen und die neuen Versorgungsformen im Gesundheitswesen. Dokumentation der Selbstverwaltertagung am 22. Juni 2004 in Berlin
- Integrationsvereinbarungen – Zeit für ein erstes Fazit und Perspektiven
Dokumentation der Tagung des Kooperationsprojektes:
Teilhabe behinderter Menschen und betriebliche Praxis am 09.09.2004, 1. Auflage 2004

IV. Flyer

- Betriebliche Altersversorgung und Riester-Rente, 2. Auflage Januar 2005
- Frauen und ihre Alterssicherung, 2. Auflage November 2004
- Wer sind die Gewinner, wer sind die Verlierer von Bürgerversicherung und Kopfpauschale?, September 2004

V. Informationen zur Sozialpolitik / Gesundheitspolitik (sopo)

- Sozialstaat gestalten Nr. 01/2002
- Grundsatzposition zur ges. Unfallversicherung Nr. 02/2002

- Selbstverwaltung / Sozialwahlen Träger der ges. UV Nr. 03/2002
- BGW-Selbstverwalter Nr. 04/2002
- Arbeitshilfe f. d. betrieblichen Gesundheitsschutz Nr.01/2003
- Hartz-Kommission und die gesetzliche Umsetzung Nr. 03/2003
- Themen-Tipps-Termine ver.di und die BGW Nr. 04/2003
- Vermittlung und Integration nicht Leistungskürzungen Nr. 06/2003
- Soziale Selbstverwaltung/Sozialwahlen- Arbeits- und Argumentationshilfen **I** Nr. 07/2003
- Soziale Selbstverwaltung/Sozialwahlen- Arbeits- und Argumentationshilfen **II** Nr. 08/2003
- Soziale Selbstverwaltung/Sozialwahlen- Arbeits- und Argumentationshilfen **III** Nr. 09/2003
- Soziale Selbstverwaltung/Sozialwahlen- Arbeits- und Argumentationshilfen **IV** Nr. 10/2003
- Umsetzung der Hartz-Ergebnisse Nr. 11/2003
- Selbstverwaltung in den gewerblichen Berufsgenossenschaften Nr. 14/2003
- Behinderteninfo SGB IX Nr. 16/2004
- Pflegereform in Form des Kinder-Berücksichtigungsgesetzes Nr. 18/2004

VI. Informationen zur Sozialpolitik / Gesundheitspolitik (sopo-aktuell)

- Was gibt es Neues zum Thema Arbeit und Gesundheit Nr. 01/2003
- Arbeitszeitliche Belastung der Beschäftigten Nr. 03/2003
- Rückschritt beim Strahlenschutz Nr. 04/2003
- Rundschreiben G1 – Projekt Nr. 05/2003
- Stellungnahme ver.di zur Einführung einer Rechtsaufsicht Nr. 07/2003
- Masterplan Bürokratieabbau –BMWA Nr. 08/2003
- Gesetz zur Änderung von Fristen und Bezeichnungen im SGB IX Nr. 09/2003
- Keine Deregulierung des Schwerbehindertenrechts Nr. 10/2003
- Für mehr Gesundheit im Gesundheitsdienst Nr. 11/2003
- Arbeitsunfähigkeitsdaten Nr. 12/2003
- Deregulierungskommission der Bayerischen Staatsregierung Nr. 13/2003
- Arbeits- und Argumentationshilfe V Gewerbliche Berufsgenossenschaften Nr. 14/2003
- Rentenversicherung, Position BDA Nr. 15/2003
- Arbeits- und Argumentationshilfe VI WfB, BGW-Forum 2003 Nr. 16/2003
- ver.di in der BGW-Selbstverwaltung, Prävention und Arbeitsschutz Nr. 17/2003
- Arbeitsschutz und Unfallverhütung, EU Chemiepolitik Nr. 18/2003
- Arbeits- und Argumentationshilfen VII, Unfallversicherung Nr. 19/2003
- SGB IV, Nr. 20/2003
- Hintergrundinfo zur geplanten Anhebung des Renteneintrittsalters bei Altersteilzeit und bei Vorruhestand Nr. 21/2003
- Bayerisches Projektmanagement – Deregulierung – Nr. 24/2003
- Neues aus „Entbürokratistan“ ver.di zu den Vorschlägen des Bundeskabinetts zum Bürokratieabbau im Arbeitsschutz Nr. 25/2004
- ver.di gegen Leistungstreue bei der gesetzlichen Unfallversicherung Nr. 26/2004
- Krankenstand auf historischem Tiefstand Nr. 27/2004
- Arbeitsstättenverordnung Nr. 28/2004
- Aktuelles zur Altersteilzeit Nr. 29/2005