

# Die Solidarische Bürgerversicherung/Attac

**„Keine kalte Berechnung der Balance der Macht sollte Menschen abschrecken können, die überzeugt sind, dass sie für eine gerechte Sache eintreten.“**

Howard Zinn, US-amerikanischer Historiker und Politologe, Jahrgang 1922

	Seite
<b>Inhaltsverzeichnis</b>	
Vorwort	2
Einleitend: Zur sozialen Lage	2
1. Wie funktioniert die Beitragserhebung für die Sozialversicherung?	6
2. Das Problem der Beitragsäquivalenz	9
3. Weitere Ursachen für die Finanzierungskrise der Sozialversicherung	10
3. 1. Sonderbehandlung der „Eliten“	10
3. 2. Lohnzentrierung und Lohnquote	11
3. 3. Arbeitslosigkeit, Prekarität und Schwarzarbeit	12
3. 4. Die Strategie von Lissabon und die Bolkestein-Richtlinie	13
4. Kopfpauschale gegen Bürgerversicherung	14
4.1. Die Grundprinzipien	14
4.2. Die Bürgerversicherung der SPD	16
4.3. Der Unionskompromiss einer „Gesundheitsprämie“	17
4.4. Zusammenfassende Kritik	20
5. Position zu den Lohnnebenkosten	20
6. Die „Solidarische Bürgerversicherung/Attac“	22
7. Zusammenfassung	27
8. Kleines Glossar	29
9. Literaturverzeichnis	29

**Februar 2005**

## **Vorwort**

Die Idee für das Konzept „Solidarische Bürgerversicherung/Attac“ stammt von dem hessischen Landessozialrichter Jürgen Borchert. Daraus ist inzwischen eine Gemeinschaftsarbeit entstanden, an der auch die Attac-AG Steuerflucht und Steuerpolitik ihren Anteil hat. Es ist hilfreich, den Text unvoreingenommen zu lesen, denn er bringt ungewohnte Sichtweisen; das betrifft insbesondere die Rolle der Arbeitgeber und der sogenannten Lohnnebenkosten.

Wir bemühen uns, schwierige ökonomische Zusammenhänge möglichst gut verständlich darzustellen.

## **Einleitend: Zur sozialen Lage**

Unser Sozialsystem steht unter heftigstem Beschuss. Immer mit der Begründung, es zum Wohle kommender Generationen umbauen zu müssen, wird es in seinen Grundfesten zerstört. Noch ist die gesamte Bevölkerung wie gelähmt, denn wer will schon Schuld sein am Unglück seiner Enkel und Urenkel?

Den Betroffenen wird mit stupiden Schlagworten eingehämmert, ihre Sozialversicherung (SV) sei zu teuer für den Standort Deutschland und müsse durch Opfer zukunftsfest gemacht werden. Sie sollen glauben, die Renten-, Kranken- Pflege- und Arbeitslosenversicherung sei so etwas wie eine gnädige Gabe vom Staat und vor allem von ihren Arbeit-„Gebern“.

In Wahrheit kommen die SV-Gelder zu rund 75 % aus schwer verdienten Arbeitnehmerentgelten, Renten, anderen Sekundäreinkommen und von freiwillig Versicherten in die SV-Kassen. Knapp ein Viertel wird vom Staat zugeschossen aus Steuermitteln. Aber auch diese stammen schließlich von den Bürgern.

Fazit: Für ihr SV-System sind die Versicherten selbst die Geldgeber! Trotzdem wird ihnen rein gar nichts zugestanden an Mitbestimmung über die Finanzierung des Systems! Alle „Reformen“ werden über ihren Kopf hinweg gemacht. Auch wenn Umfragen ergeben haben, dass 80 % der Bevölkerung eine konsequente Bürgerversicherung wollen – es kümmert die Politik nicht.

Das alles beim Namen zu nennen, werden viele Seiten als Provokation ansehen, und es soll auch provozieren! Denn es ist noch viel schlimmer. Die Betroffenen haben nicht einmal mehr eine Alternative bei Wahlen. Eine „Große Koalition“ aus Regierung und Opposition steuert in die gleiche Richtung. Die Politik lässt den Bürgern keine Wahl mehr!

Sie versucht sogar, durch unaufhörliche Vorschläge, durch kniffligste Varianten von Kopfpauschalen- und Bürgerversicherungs-Modellen die Wahlberechtigten zu verwirren und urteilsunfähig zu machen.

Katastrophal und für die Regierung entlarvend ist die neueste Position des DGB-Vorsitzenden Michael Sommer. In einem Spiegel-Interview vom 13. Februar sagte er: „Die Gewerkschaften verkennen nicht, dass die Politik in vielen Bereichen die

Entscheidung getroffen hat, die Sozialsysteme auf eine Grundversorgung zu reduzieren“, und: „Das können wir kritisieren, ändern werden wir es nicht mehr.“ (1)

Diese Position halten wir für grundfalsch! Solidarsysteme werden gerade in Krisenzeiten immer wichtiger. Sie sind lebensnotwendig gegen die großen Armutsrisiken, die durch Krankheit, Alter und Arbeitslosigkeit drohen. Zugleich sind sie die sicherste und erfolgreichste Lösung. Nicht Sozialabbau ist das Gebot der Stunde, sondern das Aufzeigen von Alternativen. Diese sollen den Fehlentwicklungen der letzten Jahrzehnte Rechnung tragen und das System zugunsten der Schwächsten ausbauen. Die „Reformen“ der letzten Jahre bewirken das Gegenteil.

Es gehört eigentlich zu unserer Zivilisation, Solidarität zu üben mit den Benachteiligten in dieser Gesellschaft. Das ist unentbehrlich auch für Reiche, denn es erhält den innergesellschaftlichen Frieden. Immer in der Geschichte hat es zu Konflikten und zu Systembrüchen geführt, wenn die Unterschiede zwischen Arm und Reich unerträglich wurden. Das gilt heute weltweit, es gilt ebenso innerhalb Deutschlands.

Es ist politischer Leichtsinn zu glauben, die Bevölkerung würde den breit angelegten Sozialabbau auf Dauer tolerieren. Wut und Demütigung können sich sehr wohl ein Ventil hin zum Rechtsradikalismus schaffen.

Man sollte auch nicht auf friedliche Implosionen wie im Herbst 1989 hoffen. Sie sind selten, und noch seltener bringen sie gesellschaftlichen Fortschritt, wenn nicht zuvor die Ziele und das Bewusstsein für entsprechende Alternativen erarbeitet wurden.

Solidarsysteme sind ein Teil solcher Alternativen. Sie sind (noch?) im kollektiven Bewusstsein verankert als etwas Kostbares.

Eine besondere Rolle im sozialen Gefüge spielt die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Weil hier das Solidaritätsprinzip wenigstens ansatzweise praktiziert wird zwischen Gesunden und Kranken, zwischen Gut- und Schlechtverdienenden, zwischen Singles und Familien mit Kindern. Das ist sogar (noch?) mehrheitsfähig unter denen, die in die GKV mehr einzahlen müssen, als es ihrem eigenen Bedarf entspricht.

Ist es Absicht, gerade diesen solidarisch angelegten SV-Zweig in die Krise zu zwingen? Warum läuft alles in eine solidarwidrige Richtung? Das „GKV-Modernisierungsgesetz“ (GMG), das als Bestandteil der Agenda 2010 vom 1. 1. 2004 bis 2007 in mehreren Stufen umgesetzt wird, zeigt in aller Deutlichkeit, wie vor allem Kranke und Einkommensschwache belastet werden.

Soll das modern sein?

Ebenso scheint es als modern zu gelten, Sozialabbau mit der zunehmenden Langlebigkeit und Kinderlosigkeit der Deutschen zu begründen. Das zieht sich durch die Agenda 2010 wie ein roter Faden. Nicht nur den Erwerbslosen und Kranken wird ein schlechtes Gewissen eingeredet, sondern auch denen, die alt werden. Und was wird seit Riesters Rentenreform als das moderne Allheilmittel verordnet? „Eigenverantwortung“, nämlich private Vorsorge zusätzlich zur gesetzlichen Rente.

Erstens wird fälschlich behauptet, die Erwerbstätigengeneration würde dadurch entlastet. Muss sie doch gleichzeitig den Generationenvertrag erfüllen und die erworbenen

Ansprüche aus der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) an die Älteren bezahlen. Es ist also eine Doppelbelastung entstanden.

Zweitens ist die private Rente abhängig von der Finanzmarktlage in fernen Jahrzehnten. Tritt dann nämlich ein Crash ein, der letzte ab März 2001 hatte bekanntlich riesige Kapitalverluste zur Folge, dann kann auch die private Rente verloren sein.

Drittens, und das ist nicht weniger verhängnisvoll, entstehen durch das Ansparen privater Renten mächtige Pensions- und Kapitalfonds. Sie müssen Rendite erwirtschaften für sich und ihre Anleger. Deswegen kaufen sie zum Beispiel Aktien von Kapitalgesellschaften und zwingen diese zur rücksichtslosen Profitmaximierung. Das können sie, weil sie die Geldgeber für die Aktiengesellschaften geworden sind, die Gläubiger. Was das heißt, hat gerade das Jahr 2004 gezeigt: Arbeitszeitverlängerung ohne Bezahlung, Lohnabbau, Entlassungen und alles unter der erpresserischen Drohung der Standortverlagerung in Länder, die besonders niedrige Löhne, Sozialabgaben und Steuern anbieten.

Es sind aber nicht nur die Fonds, sondern der Aktienkult insgesamt, der solche Folgen hat. Auch und nicht zuletzt, wenn viele Beschäftigte von großen Konzernen in den Aktienwerb eingebunden werden. Alle Aktienbesitzer üben entweder persönlich oder über ihre Fondsmanager Druck aus, um hohe Renditen zu erzielen. Das soll die Dividenden erhöhen und die Aktienkurse. Eben deshalb ist die Senkung der Sozialversicherungskosten auf der Agenda der Fondsmanager. Sie rangieren als „Lohnnebenkosten“ und sind dem Profit im Wege – sonst nichts!

Es ist ein absurder Wettlauf ins Verderben: Im selben Unternehmen kann ein Beschäftigter zugleich profitorientierter Aktienbesitzer und selbst vom Sozialabbau oder Arbeitsplatzverlust betroffen sein!

Erst wenn dafür das Bewusstsein geschärft worden ist, wenn die Bankkunden und Aktienbesitzer ihre Macht entsprechend einsetzen und die Fondmanager zur Vernunft bringen, könnten Profitexzesse gestoppt werden.

Zurück zur GRV: Hier gilt das Umlageverfahren, und das ist ökonomisch viel krisenfester als die Ansammlung von Geldern in privaten Fonds. Denn die GRV arbeitet unabhängig von Finanzmärkten und Banken. Sie muss keinen Profit für Private erzielen. Die eingenommenen Beiträge werden umgehend zur Rentenauszahlung verbraucht. Das wird landläufig meistens als besorgniserregend hingestellt. Das Gegenteil ist der Fall.

Nach dem 2. Weltkrieg war das noch im Bewusstsein der verantwortlichen Politiker. Der damalige Bundeskanzler Konrad Adenauer hat auch deshalb dem Umlageverfahren zugestimmt, weil er die ungeheure Macht der großen Fonds kannte und fürchtete.

Die wahren Gründe für unser demografisches Problem hat das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) mehrfach in seinen Urteilen vor Augen geführt. In der Bundesrepublik werden Familien, je mehr Kinder sie haben, umso konsequenter in die Armut gedrängt. Kinder sind ein echtes Armutsrisiko, sogar in den mittleren Einkommenschichten.

Eltern von mehreren Kindern können in der Regel weder ausreichend gesetzliche Rentenansprüche erwerben, noch privat vorsorgen. Und der Skandal: Das GRV-System ist

so konstruiert, dass es klüger ist, kinderlos zu bleiben und Karriere zu machen. Klüger, (und doch kurzsichtiger Egoismus) ist es, andere Leute unter großen Entbehrungen Kinder aufziehen zu lassen, die später als Erwachsene mit ihren GRV-Beiträgen die Renten der altgewordenen Singles bezahlen müssen. Ihre eigenen Eltern dagegen fallen nur allzu leicht im Alter unter die Armutsgrenze, besonders die Alleinerziehenden. Die Dimensionen lassen sich quantifizieren: Zwei Kinder kosten ihre Eltern im Durchschnitt etwa so viel wie die GRV-Beiträge, die für eine Standardrente in 45 Jahren Erwerbsleben zu zahlen sind (2). Und dabei hat eine Standardrente ein Niveau, das infolge der hohen Arbeitslosigkeit kaum noch erreicht wird. Kurzum, Kinder sind in Deutschland für ihre Eltern zu teuer, weil das System nicht stimmt.

Aber die Politik boykottiert die Aufträge des Bundesverfassungsgerichts!

Stattdessen wird die Agenda 2010 durchgezogen und bewirkt die fortschreitende Lastenverschiebung und Entsolidarisierung auf Kosten der Alten, der Kranken, der hilflosen Pflegebedürftigen und all derer, die eh das Wenigste haben; auch und vor allem der Kinder! Der konzentrierte Reichtum der sogenannten „Eliten“ wird von der Agenda 2010 nicht angesprochen. Das ist keine mutige Reform!

Wir wollen das Alternativkonzept einer konsequent solidarischen Bürgerversicherung vorstellen, das zur dringend notwendigen Verteilungsgerechtigkeit beitragen soll. Es ist das Bewusstsein dafür zu schärfen, dass die krassen Einkommens- und Vermögensunterschiede in der deutschen Gesellschaft ökonomisch kontraproduktiv sind und moralisch nicht berechtigt. Niemand ist hundert- oder tausendmal besser als andere! Und selbst wenn das so wäre, warum sollen tausendfache Einkommen das „Entgelt“ dafür sein?

Es geht nicht um Unzumutbares – nur sind die Zumutbarkeitsregeln der Agenda 2010 vom Kopf auf die Füße zu stellen. Es geht um Gemeinwohl. Unsicherheit, Angst und Repression können Kreativität nicht wecken. Die wird aber mehr gebraucht denn je! Und wie man gerade gegenwärtig sehen kann, schützen auch enorme Managergehälter nicht vor kläglichem Versagen. Sollte vielleicht auch hinter diesen privilegierten Managern die allgemeine Angst und Unsicherheit stehen? Immer droht der Absturz, wenn die allmächtige Reichtumsmaschinerie nicht zufrieden ist mit den Profiten.

Es ist an der Zeit, wirklich mutige Alternativen zur Diskussion zu stellen. Rechtzeitig muss durchdacht werden, wie auf sozialverträgliche Art und Weise die gegenwärtig ohne Not vorangetriebene Verarmung geheilt werden kann.

Da auch SPD und PDS ihre Vorschläge „Solidarische Bürgerversicherung“ genannt haben, soll unser Konzept durch seinen Namen deutlich erkennbar sein - quasi wie ein Markenzeichen. Deshalb haben wir es „**Solidarische Bürgerversicherung/Attac**“ genannt.

## 1. Wie funktioniert die Beitragserhebung für die Sozialversicherung?

Schon die Methode der Beitragserhebung ist den Versicherten kaum transparent zu machen und ist deshalb im Grunde als Erstes erneuerungsbedürftig. Denn oft wird von den Befürwortern des Sozialabbaus behauptet, wir hätten eine SV-Abgabenbelastung von mehr als 40 %!

Diese Behauptung ist falsch! Bezogen auf das Arbeitnehmerentgelt, das heißt auf die vollen Arbeitskosten, machen die Beiträge für Renten-, Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung rund ein Drittel aus.

Das folgende Schema soll Klarheit schaffen. Die Zahlen gelten für 2005.

<b>Ganze Säule:</b>	
<b>ARBEITNEHMERENTGELT</b>	
21 % Arbeitgeberbeitrag = 50 % des SV-Beitrags	
21 % Arbeitnehmerbeitrag = 50 % des SV-Beitrags	<b>Bruttolohn und –gehalt als Bemessungsgrundlage für SV-Abgaben und auch Steuern</b>
Nach Abzug von Lohnsteuern, Kirchensteuern und Solidaritätszuschlag verbleibt der Nettolohn	

Die Missverständlichkeit liegt in der Aufteilung des SV-Beitrags in sogenannte Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteile. Damit soll erstens eine paritätische (je 50%ige) Finanzierung der Sozialversicherung bewiesen werden. Und zweitens wird daraus die Berechtigung der Arbeitgeberfunktionäre abgeleitet, nicht nur in der SV-Selbstverwaltung ein paritätisches Mitbestimmungsrecht wahrzunehmen, sondern auch sich ständig in die „Reform“-Gesetzgebung mit einer Art Richtlinienkompetenz einzumischen. Schließlich geht es um makroökonomisch bedeutende Beträge. In 2002 waren es rund 350 Mrd. Euro SV-Beiträge (3).

Eine weitere Missverständlichkeit passiert in Deutschland durch die häufige Verwechslung von Bruttolohn und –gehalt mit dem Bruttoeinkommen, wie das Arbeitnehmerentgelt früher genannt werden konnte. Aber schon seit fast 10 Jahren ist in der EU die Bezeichnung Arbeitnehmerentgelt zur einheitlichen Verwendung festgelegt und definiert; und zwar im ESVG 95 (Europäisches System Volkswirtschaftlicher Gesamtrechnungen 1995) (4). Wir werden also konsequent von Arbeitnehmerentgelt sprechen.

Nur beim SV-Beitrag wird in Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeitrag aufgeteilt. Alle anderen relevanten volks- und betriebswirtschaftlichen Kennziffern beziehen sich allein

auf das gesamte Arbeitnehmerentgelt. So zum Beispiel die Lohnquote, die Lohnstückkosten sowie die Arbeitskosten. Und der Arbeitgeber führt den Gesamt-SV-Beitrag an die Kassen ab, ohne zu trennen.

Die SV-Beiträge werden auch als Lohnnebenkosten bezeichnet. Es soll suggeriert werden, dass diese Kosten nebensächlich und fast überflüssig seien. Und deshalb viel zu hoch, besonders aber der sogenannte Arbeitgeberanteil.

Für die Versicherten sind das keine **Neben**kosten des Lohns. Es handelt sich vielmehr um den existentiell notwendigen Schutz vor Armutsrisiken. Und das ist ebenso wichtig wie die Lohnanteile, die für Nahrung, Wohnung oder Kleidung ausgegeben werden müssen. Mehr noch: Häufig ermöglicht die Sozialversicherung überhaupt erst die anderen Ausgaben für die Grundlebenshaltung. Das gehört ja zu ihrem Sinn und Zweck; beispielsweise bei der Rente oder dem Arbeitslosengeld.

In Wahrheit gibt es auch theoretisch längst keine paritätische Finanzierung mehr. Sie wird zwar als Kulisse noch aufrecht erhalten, ist jedoch durch stets neue Reformtricks unterlaufen worden. (Dazu unsere Argumentation auf S. 17 und S. 21 ff. ) Faktisch ist der sogenannte Arbeitgeberanteil überhaupt ein Phantom. Denn alles, was zum Arbeitnehmerentgelt gehört, haben Beschäftigte erworben durch ihre Arbeitsleistung. Es gehört ihnen; über die Verwendung der anderen Bestandteile des Entgelts hat schließlich der Arbeitgeber auch nicht mitzubestimmen.

Heute begnügen sich die Apologeten des Sozialabbaus auch schon nicht mehr mit der Forderung, die „Lohnnebenkosten“ zu senken. Seit einigen Monaten wird (zunächst?) hinsichtlich der GKV-Finanzierung sogar die Losung verbreitet, die Kosten müssten „abgekoppelt“ werden vom Lohn bzw. von den Arbeitskosten. Abgekoppelt! Wohin denn? Auf ein Abstellgleis? Oder sollen sie als Steuern gezahlt werden? Wir werden zeigen, dass dies die falsche Operation nach verfehlter Diagnose wäre.

Zunächst jedoch weiter zur Art und Weise der SV-Beitragserhebung:

Ausgehend vom Bruttolohn und –gehalt als Bemessungsgrundlage gelten ab 1. Januar 2005 folgende Beitragssätze:

Krankenversicherung im Durchschnitt aller GKV-Kassen 14,2 % (vorläufig)

Pflegeversicherung 1,7 % bzw. 1,95 % für Kinderlose

Rentenversicherung 19,5 %

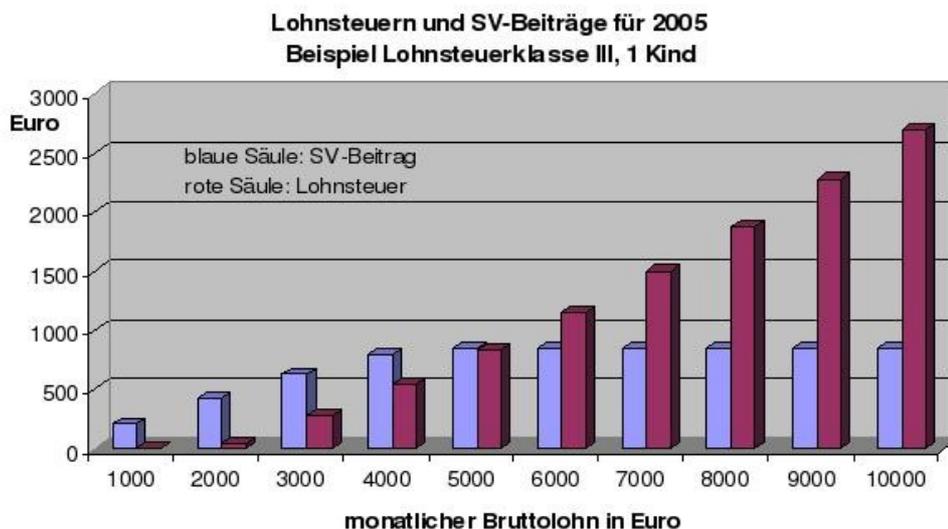
Arbeitslosenversicherung 6,5 %

Die einkommensbezogene und somit solidarische Belastung in der Beitragserhebung hört aber an der sogenannten **Beitragsbemessungsgrenze** vollständig auf. Die Folge ist: Je mehr ein Arbeitnehmer verdient, desto geringer ist der Prozentsatz, den er an die SV abzuführen hat.

Bei der Lohn- und Einkommensteuer dagegen wird ab einem Grundfreibetrag jeder eingenommene Euro versteuert, und zwar in progressiver Form; das heißt von einem niedrigen Eingangsteuersatz (15 % ab 1. 1. 2005) mit progressiv steigenden Sätzen bis zum Spitzensteuersatz (42 % ab 1. 1. 2005).

Zur Veranschaulichung die folgende Grafik als Beispiel.

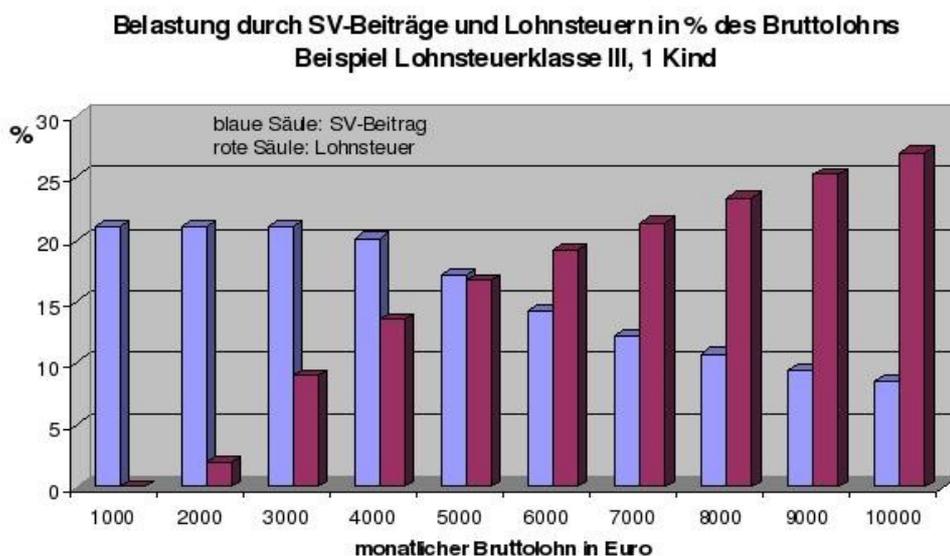
Abb. 1



Eigene Darstellung, SV-Angaben nach DATEV (5), Lohnsteuerberechnung nach (6)

Zur Verdeutlichung: Jeder Einkommenszuwachs über dem Grundfreibetrag wird mit einem etwas höheren Steuersatz versteuert, bis 52.000 Euro Jahreseinkommen erreicht sind. Von da an gilt der Spitzensteuersatz von 42 %. Effektiv sieht das aber viel gemäßigter aus: Der Spitzensteuersatz setzt bei 4.333 Euro Monatseinkommen ein. Aber die dann zu zahlenden Einkommensteuern liegen insgesamt nur zwischen 13,6 und 16,7 %. So ist das Prinzip, von dem es allerdings viele Abweichungen gibt. Trotzdem ist es ein gutes Prinzip, weil es anerkennt, dass die starken Schultern höher zu belasten sind als die schwachen.

Es ist jedoch üblich und viel aussagekräftiger, die Belastung in Prozente vom Bruttolohn umzurechnen. Dazu folgt die Abb. 2 in eigener Darstellung.



Ein erstaunliches Ergebnis: Die prozentualen Belastungen durch SV-Abgaben und Lohnsteuern verlaufen konträr, fast spiegelbildlich zueinander. Verursacht wird das einerseits durch die Beitragsbemessungsgrenze und auf der anderen Seite durch die

Progression der Lohnsteuer und den Freibetrag.

## **Unglaublich: Ausgerechnet die Sozialversicherung belastet niedrige Einkommen am härtesten!**

Unsere „Solidarische Bürgerversicherung/Attac“ will daraus Konsequenzen ziehen. Das Konzept sieht als charakteristisches Merkmal vor, die SV-Beiträge parallel zur Lohn- und Einkommenssteuer zu erheben, also ebenfalls progressiv ansteigend. Automatisch werden dann niedrige Einkommen bei voller Einbindung in die Sozialversicherung gänzlich von SV-Abgaben verschont. Und für die Besserverdienenden gibt es keinen Abschied aus der Solidargemeinschaft mehr. Denn dieser Abschied ist heute erlaubt und ganz legal. Obige Diagramme lassen nämlich noch außer Acht, dass in der GKV eine sogenannte Versicherungspflichtgrenze Einkommensbeziehern mit mehr als 3.900 Euro pro Monat gestattet, in die private Krankenversicherung (PKV) überzuwechseln. Das tun kluge Leute allerdings nur, wenn sie noch jung und gesund genug für die PKV sind und noch keine große Familie haben. Sonst müssten sie wesentlich mehr bezahlen als in der GKV. Derartiges gibt es allein in der Bundesrepublik! Und so trägt auch das zur Finanzierungskrise der gesetzlichen Krankenkassen bei. Gehen ihnen doch die sogenannten „guten Risiken“, also die besserverdienenden, jungen, gesunden, kinderlosen Beitragszahler verloren.

## **2. Das Problem der Beitragsäquivalenz**

Gegner einer Abschaffung von Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenzen behaupten, in der Sozialversicherung müsse es für gezahlte Beiträge auch annähernd äquivalente Leistungen geben. Es sei sozusagen juristisch anfechtbar, die Solidarität vor allem in der GKV zu weit zu treiben und diese Grenzen zu hoch anzuheben oder gar gänzlich fallen zu lassen. In der Renten- und Arbeitslosenversicherung herrsche doch auch weitgehende Beitragsäquivalenz.

Drei Gegenargumente seien hier aufgeführt:

1. Im gesamten Steuersystem gibt es keine Beitragsäquivalenz. Im Gegenteil: Steuern dürfen im Prinzip nicht zweckbestimmt erhoben werden.
2. Viel wichtiger noch: Mit seinen entsprechenden Urteilen zur Familiengerechtigkeit hat das BVerfG sich längst gegen die Beitragsäquivalenz entschieden, gerade in der Rentenversicherung. Das wird deutlich allein dadurch, dass in der Rentenberechnung die geldwerte Leistung für das Großziehen von 2 Kindern gleichbehandelt werden soll wie die Beitragsleistung für eine Standardrente (2).
3. Die entsprechenden Urteile des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) laufen darauf hinaus, dass solidarische Umverteilung allein in den nationalen SV-Beitragsystemen anerkannt wird. Nur hier toleriert das Wettbewerbsrecht die Existenz monopolartiger Systeme, wie es Sozialversicherungen sind (7).

Die „Solidarische Bürgerversicherung/Attac“ berücksichtigt auch dieses 3. Argument. Wenn die SV-Beiträge parallel zu einem gerechten Einkommensteuersystem

erhoben werden, dann sollen sie trotzdem ein selbständiges Beitragssystem bleiben, und die Gelder sollen direkt in die SV-Kassen fließen.

Damit wird zugleich klar, dass die Steuerfinanzierung von Sozialsystemen äußerst riskant ist. Sie bietet dem Fiskus zu viel Eingreifmöglichkeiten, und sie ist angesichts der heutigen EU-Realität ungeschützt, leichter zerstörbar!

Das gilt natürlich auch für das Vorhaben der CDU/CSU-Opposition, auf Kopfpauschalen überzugehen und den notwendigen sozialen Ausgleich steuerfinanziert herzustellen.

### **3. Weitere Ursachen für die Finanzierungskrise der Sozialversicherung**

#### **3. 1. Sonderbehandlung der „Eliten“**

Jürgen Borchert zitiert einleitend zu seinem Bürgerversicherungskonzept vom April 2004 die hessische Verfassung von 1946 mit ihrem Artikel 35:

„Es ist eine das ganze Volk verbindende Sozialversicherung zu schaffen. Sie ist sinnvoll aufzubauen .....“ Weiter schreibt er: „Die Länderverfassungen der Nachkriegszeit verraten, wo man damals die entscheidenden Versäumnisse erkannt hatte. Sie legen nämlich eine starke Betonung auf das Gleichheitsprinzip und die Verhinderung wirtschaftlicher Machtkonzentrationen ebenso wie sozialer Ungleichgewichte. Dass diese Einsicht auch das Bonner Grundgesetz (GG) von 1949 maßgeblich beeinflusste, zeigt sich daran, dass die Menschenwürde (Art. 1), Freiheit (Art. 2) und Gleichheit (Art. 3) im GG obenan gesetzt wurden.“ (7)

Die heutige Realität entspricht den Verfassungsgeboten nicht. Zahllose Sonderversorgungssysteme und damit verbundene Privilegien existieren neben der Sozialversicherung. Die GRV gilt nur für ca. 80 % der Bevölkerung und die GKV nur für ca. 90 %.

Als besonders anstößig wird es empfunden, wenn der Gesetzgeber, also die große Mehrheit der Bundestagsabgeordneten und auch die Regierungsmitglieder sich ihre eigenen, üppigen Absicherungen verschafft haben. Und vor diesem Hintergrund verordnen sie dem Volk die Agenda 2010.

Die SPD wird völlig unglaubwürdig, wenn sie eine Bürgerversicherung konzipiert und gleichzeitig für die Abgeordneten üppige Diätenerhöhungen durchsetzen will, damit diese ihre Pensionen privat absichern.

Es wird dadurch deutlich, dass die „Eliten“ von ihren „Reform“-Gesetzen nichts halten und versuchen, nicht selbst davon betroffen zu werden.

Deshalb gehört es zu den Hauptforderungen einer prinzipientreuen Bürgerversicherung, dass sie für alle im Lande gilt.

#### **3. 2. Lohnzentrierung und Lohnquote**

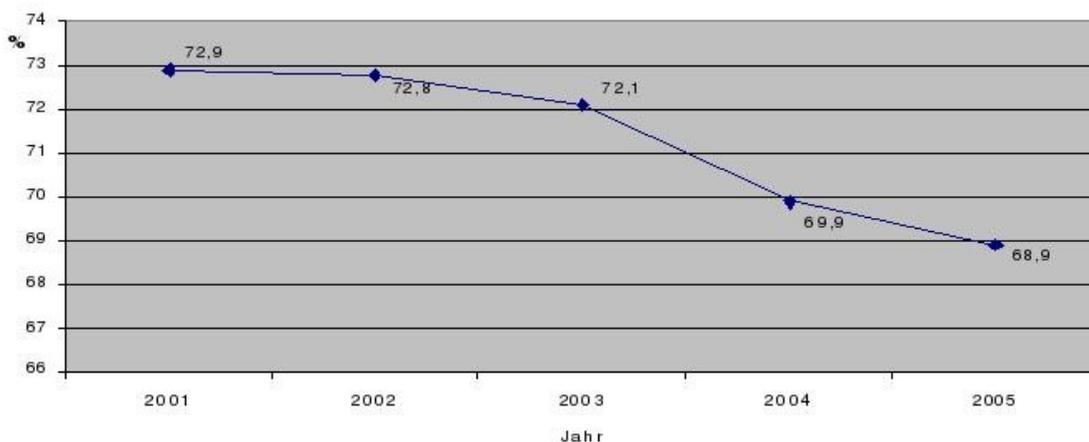
Aber es genügt nicht, allein alle Arbeitnehmerentgelte SV-abgabepflichtig

zu machen. Das wird als Lohnzentrierung der Sozialversicherung bezeichnet. Und weil die Lohnquote, also die Anteile der Löhne (Arbeitnehmerentgelte) am Volkseinkommen tendenziell zurückgeht, konzentriert sich die SV-Abgabenlast zunehmend auf eine relativ immer geringere Gesamtentgeltsumme. Die Folge war bisher entweder Beitragserhöhung oder Leistungsreduzierung. Besonders Letzteres wurde in unaufhörlichen „Reform“-Schritten praktiziert.

Aber es gibt noch einen anderen Ausweg. Zum Volkseinkommen gehören nämlich auf der anderen Seite die Einkommen aus Gewinnen und Vermögen. Das Bürgerversicherungsprinzip will **jedes** personengebundene Einkommen beitragspflichtig machen, also auch Zinsen, Dividenden, Mieten, Pachten, kurzum: Alle Einkommen.

Die folgende Grafik zeigt eindrucksvoll den Absturz der Lohnquote, prognostiziert von den Wirtschaftsforschungsinstituten, die die Bundesregierung beraten (8). Ursachen sind zweifellos die Lohnverzichtspolitik in 2004 und die Auswirkungen der Hartz-Gesetze in 2004/2005.

Abb. 3: Rückgang der Lohnquote von 2001 bis 2005



Eigene Darstellung

Was dazu noch zu beachten ist: Die Darstellung zeigt die Bruttolohnquote. Die Nettolohnquote berücksichtigt auch SV-Abgaben und Steuern. Jürgen Borchert gibt für 2003 eine Nettolohnquote von 43 % an (2).

Der große Unterschied zwischen Brutto- und Nettolohnquote ist kennzeichnend für die relativ hohen SV-Abgaben und Steuern auf den Bruttolöhnen bzw. die entsprechend niedrigen auf den Gewinn- und Vermögenseinkommen.

### 3. 3. Arbeitslosigkeit, Prekarisierung und Schwarzarbeit

Die Einnahmen der Sozialversicherung werden auch deshalb in Schwierigkeiten gebracht, weil die Zahl der Vollerwerbstätigen mit Tariflöhnen mehr und mehr reduziert wird. Es ist billiger für Unternehmer, bestehende Vollarbeitsplätze in Minijobs aufzuteilen, um SV-Abgaben zu sparen. Das hätte die Arbeitsmarktpolitik wissen können. Aber es war offenbar gewollt, weil die Arbeitgeberlobby lange genug ihre

Forderungen nach Niedriglohnsektoren gestellt hat. Überhaupt war 2004 das Jahr einer rücksichtslosen Offensive in die Richtung von Prekarisierung (Unsicherheit der Beschäftigungsverhältnisse) und Lohnraub. Das zeigte auch die Grafik auf Seite 11 mit ihrer Einschätzung zur Lohnquote. Zur Zeit sind von den rund 39 Millionen Erwerbstätigen nur noch 30 Millionen voll SV-pflichtversichert. Das alles konnte durchgezogen werden, obwohl die Wettbewerbsfähigkeit vor allem zahlreicher Konzerne in 2004 bestens war. Pro Kopf der Bevölkerung und absolut exportieren deutsche Unternehmen mehr als jedes andere Land der Welt, mehr als die USA! Und die Gewinne haben in 2004 um 11 % zugenommen (9). Dann taugt doch die Globalisierung nicht als Begründung für Prekarisierung und Sozialabbau!

In jedem Falle ist es volkswirtschaftlich wesentlich gesünder, gleichzeitig mit steigender Arbeitsproduktivität die Zahl der Arbeitskräfte zu halten und ihre Arbeitszeit zu reduzieren. Die Attac-Forderung einer 30-Stunden-Woche ist wichtig. Arbeitslosigkeit ist gesamtfiskalisch, d. h. gesamtvolkswirtschaftlich viel zu teuer. Das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (bei der Bundesagentur für Arbeit) hat die gesamtfiskalischen Kosten der Arbeitslosigkeit für 2003 auf fast 83 Mrd. Euro beziffert, davon nahezu 23 Mrd. Euro entgangene Sozialbeiträge (10). Es werden nicht nur Arbeitslosengelder verbraucht, sondern zugleich weniger Steuern und SV-Beiträge abgeführt.

Auch in diesem Zusammenhang spielt die Beitragsbemessungsgrenze der heutigen Sozialversicherung eine unguete Rolle. Wie schon beschrieben, führen hoch bezahlte Vollarbeitskräfte relativ wenig an die SV-Kassen ab. Würde man ihre Arbeitsplätze aufteilen, um Arbeitslosigkeit zu vermeiden, dann kämen nach heutigem System insgesamt mehr SV-Beiträge zusammen. Die Arbeitgeber wollen das nicht. Sie wollen niedrige Löhne und möglichst eine staatliche (ebenfalls niedrige) soziale Absicherung. Hartz IV mit dem steuerfinanzierten ALG II plus 1-Euro-Job ist geradezu das Ideale für Arbeitgeber!

Es bleibt eine Aufgabe ökonomischer Modellberechnungen, was günstiger ist: Das gegenwärtige SV-Finanzierungssystem, das die Arbeitslosigkeit vorantreibt oder eine 30-Stundenwoche, verbunden mit der „Solidarischen Bürgerversicherung/Attac“. Der dadurch entstehende 6-Stunden-Arbeitstag würde einen erheblichen Produktivitätsfortschritt bringen und infolgedessen wäre ein weitgehender Lohnausgleich auch betriebswirtschaftlich begründet. Zuverlässige soziale Absicherung zusammen mit dem 6- Stunden-Arbeitstag sind das Beste gegen Prekarisierung. Kreativität und Arbeitsfreude wären die Folge, und das sind nicht zu unterschätzende Gewinne!

Schwarzarbeit ist für die SV-Kassen das Schlimmste. Die Bezieher und Bezieherinnen von ALG II werden keine Hemmung haben, mit Schwarzarbeit ihre Armut zu lindern. Im Gegenteil, sie werden sich dazu moralisch berechtigt fühlen. Die Solidarische Bürgerversicherung/Attac würde einen wesentlichen Beitrag leisten, die Attraktivität der Schwarzarbeit zu vermindern, weil sie die SV-Beitragslast der unteren Einkommen nach oben umschichtet.

### **3. 4. Die Strategie von Lissabon und die Bolkestein-Richtlinie**

Deutschland ist als Mitglied der EU bei weitem nicht mehr souverän. Denn die Mehrheit der in Deutschland gültigen Gesetze sind von der EU vorgegeben. Andererseits wird diese Abgabe von Souveränität und die damit verbundene Akzeptanz marktradikaler Prinzipien von der deutschen Regierung maßgeblich vorangetrieben.

Im März 2000 haben sich die Staats- und Regierungschefs der damals 15 EU-Staaten in Lissabon getroffen, um die Strategie des Jahrzehnts festzulegen. Sie beschlossen, die EU bis zum Jahre 2010 zum wettbewerbsfähigsten und dynamischsten Wirtschaftsraum der Welt zu machen, das heißt, damit sogar die USA zu überholen.

Was von der Lissabon-Strategie tatsächlich zu halten ist, hat uns denn auch die 3 Jahre später folgende Agenda 2010 des Bundeskanzlers gezeigt. Dieses Sozialabbau-Programm hat seinen Namen mit Sicherheit von der Lissabon-Strategie abgeleitet.

Die letzte Regierungserklärung von Präsident Bush zeigt, dass auch die USA einen weiteren Abbau im sozialen Bereich planen. Damit wird ein Wettlauf auf diesem Gebiet fortgesetzt, der für sozial Schwache zur Katastrophe werden muss.

Die EU kontrolliert ihre Mitgliedsländer bei der Umsetzung der geplanten Ziele. Die Abgaben und Leistungen insbesondere des Gesundheits- und Rentensystems wurden nicht schnell genug „reformiert“, und das führte immer wieder zu Ermahnungen. Theoretisch gelten die Sozialsysteme bekanntlich noch als Angelegenheit, die national zu regeln ist, auch im GATS-Abkommen. (GATS steht für: General Agreement on Trade in Services.) Aber GATS, die EU-Harmonisierungsvorhaben und der EU-Verfassungsentwurf wurden quasi weg gewischt, als der Wettbewerbs-Kommissar Frits Bolkestein vom Europäischen Rat einen ganz neuen Auftrag bekam. Er sollte einen EU-Richtlinien-Entwurf vorlegen mit dem Ziel, alle noch bestehenden Hindernisse im grenzüberschreitenden EU-Dienstleistungsverkehr zu beseitigen.

Die SPD-Bundestagsabgeordnete Dr. Sigrid Skarpelis-Sperk schreibt dazu in einer Stellungnahme: „Dieser sog. Bolkestein-Entwurf ist die komplexeste, komplizierteste und in sich und mit dem existierenden europäischen Recht und der künftigen Verfassung widersprüchlichste Vorlage in der Geschichte der EU.“ (11)

Das wahrscheinlich Folgenreichste und zugleich Unsinnigste im Bolkestein-Entwurf ist das sogenannte Herkunftslandprinzip. „Die Unternehmen sollen allein den Gesetzen ihres Herkunftslandes folgen und dies, ohne andere oder zusätzliche Regelungen des Landes beachten zu müssen, in dem sie ihre Leistungen erbringen.“ (11) So Skarpelis-Sperk.

Margret Mönig-Raane, stellvertretende Ver.di-Vorsitzende, bestätigte auf unsere Anfrage, es sei dadurch auch möglich, dass deutsche Unternehmen auf dem Umweg einer (kleinen) Firmengründung in einem osteuropäischen EU-Land dessen niedrige SV-Standards bei ihren deutschen Arbeitnehmern anwenden können (12). Das bedeutet natürlich, dass die Betroffenen z. B. geringe GKV-Beiträge zahlen, aber mit den teuren Leistungen des deutschen Gesundheitswesens versorgt werden müssen. Eine weitere Katastrophe für die GKV!

Der Bundeskanzler hat zusammen mit seinem Arbeits- und Wirtschaftsminister Wolfgang Clement die Bolkestein-Richtlinie noch im November 2004 ausdrücklich unterstützt, trotz der scharfen Kritik aus anderen EU-Ländern, aus dem Bundesrat und von vielen Verbänden, ebenso von Attac (13).

Fazit: Der Kampf um unsere Sozialsysteme muss im EU-Rahmen geführt werden. Er hat zugleich globale Dimensionen, denn die Bolkestein-Prinzipien könnten global genutzt werden, wenn sie in das GATS aufgenommen werden. Das würde die WTO (World Trade Organization) mit Sicherheit gern tun.

#### **4. Kopfpauschale gegen Bürgerversicherung**

Mit den folgenden Betrachtungen soll deutlich werden, was auf die Bevölkerung

zukommt, wenn die SV-Konzepte der Regierung oder der CDU/CSU nach den Bundestagswahlen von 2006 praktiziert werden. Gegenwärtig ist die Finanzierung der Krankenkassen im Visier. Unseres Wissens wird für die anderen SV-Zweige Vergleichbares noch nicht diskutiert. Deshalb muss die kritische Beschreibung sich auf die Kontrastmodelle für die GKV beschränken.

##### **4. 1. Die Grundprinzipien**

Die Grundprinzipien beider Konzepte sind diametral verschieden.

##### **Bürgerversicherung hat folgende Grundprinzipien:**

Noch vor einem Jahr waren sich die Befürworter der Bürgerversicherung einig über die Grundprinzipien. So setzten sich die SPD, Bündnis90/Die Grünen, die PDS, Gewerkschaften und mehrere Sozialverbände dafür ein, auch Attac. Es gab die Zustimmung von 80 % der Bevölkerung.

1. Alle Bürger sind Mitglied.
2. Alle personengebundenen Einkommen sind beitragspflichtig mit gleich hohen Prozentsätzen.
3. Beitragsbemessungsgrenzen entfallen deshalb ebenso wie Versicherungspflichtgrenzen.
4. Kinder sind beitragsfrei familienversichert.
5. Die private Krankenversicherung (PKV) wird überflüssig. Hierzu gab es allerdings unterschiedliche Positionen oder gar keine.

Infolge dieser Grundprinzipien würden die unteren Einkommen geringer als jetzt und die oberen höher belastet. Gewinn- und Vermögenseinkommen würden erstmals beitragspflichtig.

Der neue Belastungsverlauf in Abhängigkeit vom Einkommen wird am deutlichsten in grafischer Darstellung. Das ist auf Seite 15 in Abb. 4 für Bürgerversicherung zu sehen. In Abb. 5 wird dann gezeigt, wie die Belastung durch eine Kopfpauschale mit zunehmendem Einkommen immer geringer wird.

## Belastungswirkung von unterschiedlichen GKV-Finanzierungssystemen, dargestellt als prozentualer Anteil vom monatlichen Bruttolohn

Abb. 4: Bürgerversicherung ohne Beitragsbemessungsgrenze

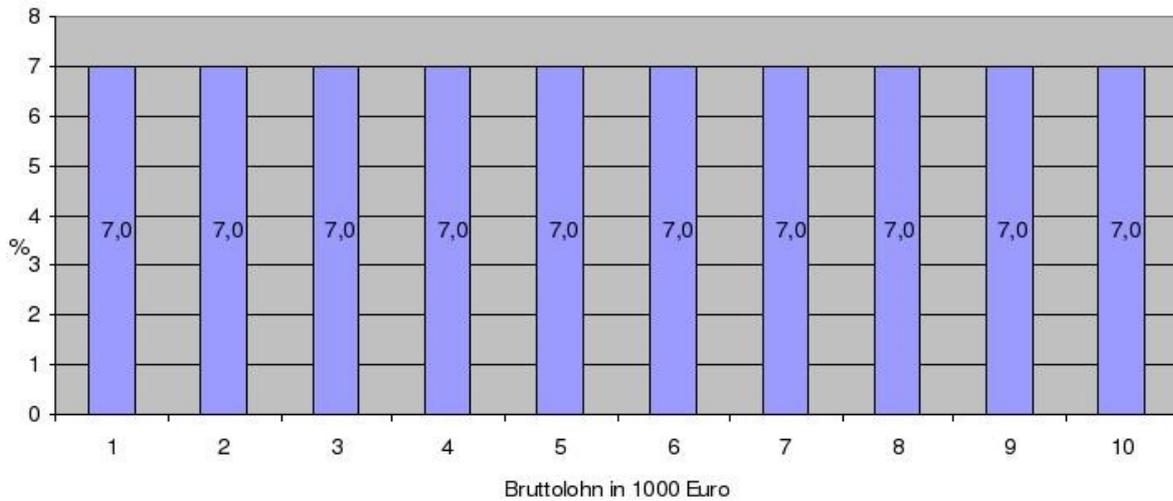
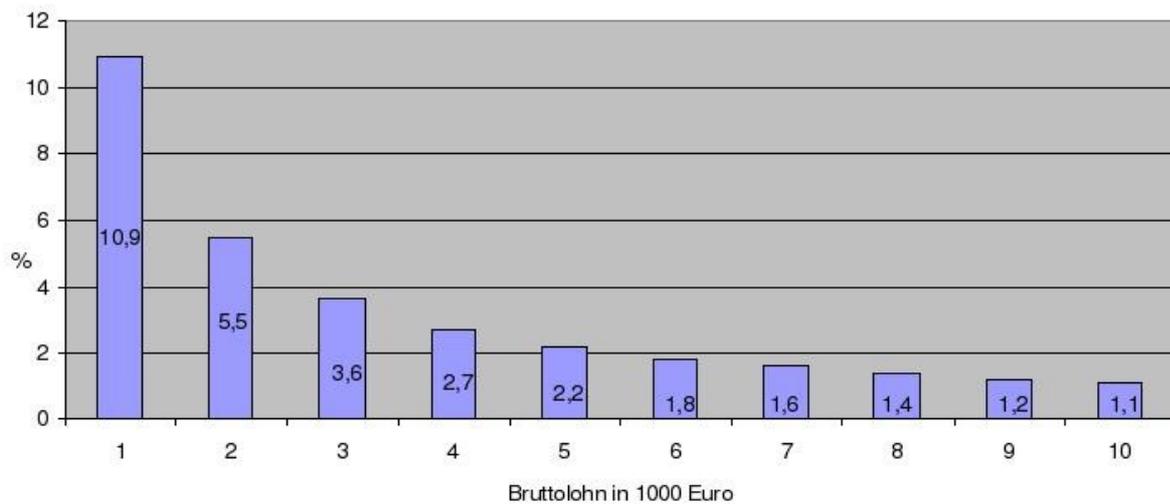


Abb. 5: Kopfpauschale 109 Euro (ohne Sozialausgleich für Bedürftige)



Eigene Darstellung

### **Die Grundprinzipien der Kopfpauschale sind folgende:**

1. Jedes GKV-Mitglied zahlt den gleich hohen Geldbetrag.
2. Auch für Kinder wird eine Kopfpauschale abgeführt.
3. Gewinn- und Vermögenseinkommen werden nicht beitragspflichtig.
4. Bisherige Sonderversorgungssysteme bleiben bestehen, auch die private Krankenversicherung.

## 4. 2. Die Bürgerversicherung der SPD

Die stellvertretende SPD-Vorsitzende Andrea Nahles hat eine Projektgruppe Bürgerversicherung geleitet. Im August 2004 wurde das Modell veröffentlicht. Wir zitieren in Kursivschrift, eigene Bemerkungen stehen in Normalschrift.

*„Kern der Bürgerversicherung wird ein „**Tarif Bürgerversicherung**“ zu dem alle Krankenkassen in Deutschland, also sowohl gesetzliche als auch private, zugelassen werden können. Private Krankenversicherungen können den Bürgerversicherungstarif zu gleichen Wettbewerbsbedingungen anbieten.*

*Der Tarif Bürgerversicherung wird durch folgende Mindestanforderungen gekennzeichnet:*

- **Sachleistungsprinzip:** Sachleistungsprinzip sorgt dafür, dass der Patient seine Behandlungen beim Arzt nicht vorfinanzieren muss, sondern der Arzt unmittelbar mit der Krankenkasse abrechnet. Wie heute in der GKV.
- **Kontrahierungszwang:** Jede Krankenkasse muss jeden Versicherten ohne Prüfung seiner Vorerkrankungen in den Tarif Bürgerversicherung aufnehmen. Wie auch heute in der GKV.
- **Einkommensbezogene Beiträge:** Bemessung der Beiträge erfolgt in Abhängigkeit von seiner Leistungsfähigkeit, das heißt seines Gesamteinkommens.
- **Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich:** Risikostrukturausgleich gleicht die Unterschiede des Erkrankungsrisikos der Versicherten zwischen Krankenkassen aus. Er sorgt dafür, dass eine Krankenkasse ihre Angebote nicht auf junge gesunde Versicherte abstellt, sondern auf die gesamte Breite der Bevölkerung, also auch Erkrankte und Alte. Morbiditätsorientiert war der Risikostrukturausgleich bisher nicht. Das ist ein Fortschritt.
- **Einheitlicher Leistungskatalog im SGB V:** Tarif Bürgerversicherung wird allen Bürgern den Zugang zu medizinisch notwendigen Leistungen sicherstellen.“

Und weiter:“ *Private Krankenkassen werden ausdrücklich nicht auf Zusatzversicherungen beschränkt, sondern können Vollversicherungen im Tarif Bürgerversicherung anbieten. Bestehende Altverträge in der PKV bleiben unangetastet, doch können die Versicherten freiwillig in den neuen Tarif wechseln. Für Neuverträge steht ausschließlich der Tarif Bürgerversicherung bei allen Krankenkassen zur Auswahl.*“ (14)

Mit dieser Beschreibung werden in erster Linie die Privaten Krankenversicherungen (PKV) von den neuen Wettbewerbsbedingungen informiert. Neu für alle Versicherten ist die Beitragsbemessung auf der Grundlage des Gesamteinkommens, was bekanntlich eins der Hauptmerkmale einer wirklichen Bürgerversicherung sein muss. Es stellt sich im weiteren Verlauf der Beschreibung aber heraus, dass dieses Prinzip keineswegs eingehalten wird. Denn sowohl für Arbeitnehmerentgelte als auch für Kapitaleinkünfte werden Beitragsbemessungsgrenzen eingebaut. In einer Variante entsprechen diese der Höhe von 2004, in anderen Varianten werden sie angehoben bis zur

Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung. Zusätzlich haben die Kapitaleinkünfte einen Freibetrag entsprechend dem Sparerfreibetrag. Nicht einmal Einkommen aus Mieten und Pachten sollen beitragspflichtig werden.

Obere Einkommen, insbesondere große Vermögen werden durch die Beitragsbemessungsgrenze ungerechtfertigt verschont.

Es ergibt sich gerade nicht die Lastenverschiebung auf starke Schultern, wie es das Grundprinzip einer echten Bürgerversicherung verlangt!

Und weshalb hat sich die SPD für eine solche Lösung entschieden? Das wird deutlich gesagt. Die Arbeitgeber sollen keine höheren „Lohnnebenkosten“ in Kauf nehmen müssen.

**Und deshalb bevorzugt die SPD unter allen Varianten diejenige, die überhaupt keine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze vorsieht.**

Das Ergebnis ist entsprechend kläglich: In der GKV sind von 14,1 Beitragspunkten gerade einmal 1,8 Punkte einzusparen. Werden zusätzlich Zahnersatz und Krankengeld aus dem Leistungskatalog gestrichen, so ließen sich insgesamt 2,9 Punkte einsparen.

Die letzte Aussage zeigt zugleich, was von dem eingangs in den „Mindestanforderungen“ aufgeführten SPD-Leistungskatalog zu halten ist, der doch allen Bürgern den Zugang zu medizinisch notwendigen Leistungen sicher stellen soll. Zahnersatz gehört offenbar nicht dazu.

Aber es gehört noch viel mehr nicht dazu, was im Laufe der Zeit und besonders durch das GMG aus dem Leistungskatalog ausgegliedert wurde, um den Anschein der paritätischen Finanzierung aufrecht zu erhalten und trotzdem die „Lohnnebenkosten“ zu senken.

**Faktisch existieren dadurch jetzt schon viele kleine und größere Kopfpauschalen zur Finanzierung der Krankheitskosten gesetzlich Versicherter. Alle Betroffenen zahlen jeweils gleich hohe Geldbeträge.**

**Für Kranke Kopfpauschalen zu erheben, das ist besonders schäbig!**

Jedenfalls ist die SPD keine Partei der sozialen Gerechtigkeit mehr. Aber es war auch nicht zu erwarten, dass sie es durch ihre Bürgerversicherung wieder werden würde.

#### **4. 3. Der Unionskompromiss einer „Gesundheitsprämie“**

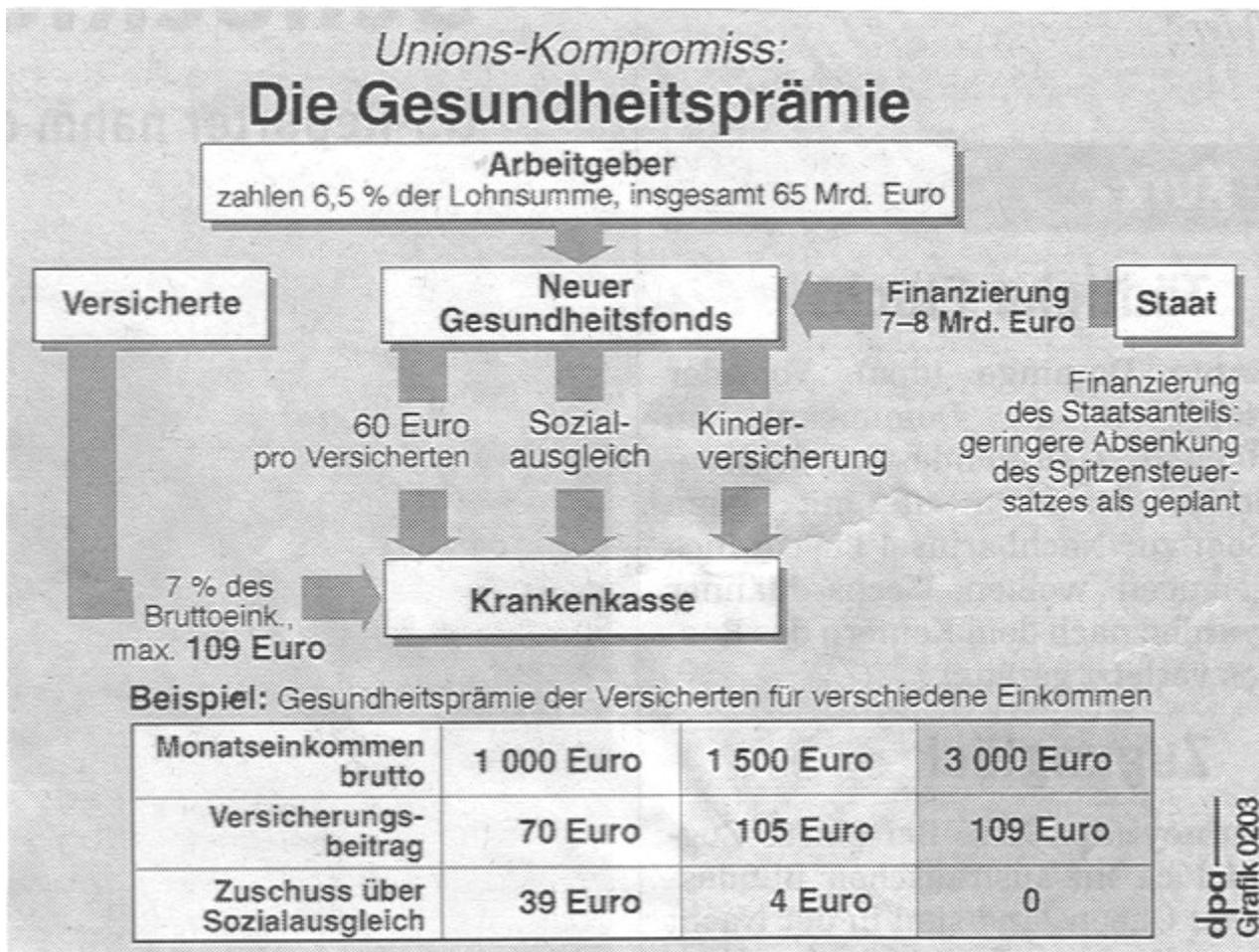
In der CDU/CSU-Koalition gab es, angefangen vom Herzog-Modell, das auf dem CDU-Parteitag im Dezember 2003 beschlossen wurde, eine Reihe von heftig umstrittenen Reformvorschlägen für die GKV-Finanzierung. Zuletzt stimmte die CSU dem sogenannten „Unionskompromiss“ zu, der wesentlich dem Willen von Angela Merkel entspricht. Ihre Kopfpauschale heißt „Gesundheitsprämie“!

Die Grundkonstruktion des Unionskompromisses zeigt die Abb. 6.

Das Modell löste allenthalben, angefangen vom Arbeitgeberlager bis hin zu den Sozialverbänden und Krankenkassen heftige Unzufriedenheit aus. So findet der Arbeitgeberpräsident Dieter Hundt das Versprechen (!) nicht eingelöst, die nur

eingefroren werden bei 6,5 % der Bruttolöhne und –gehälter.

Abb. 6



Quelle: (15)

Die Versicherten selbst haben die Tücken des Modells vermutlich noch nicht im vollen Umfang durchschaut. Danach sollen sie nämlich eine neue Bemessungsgrundlage akzeptieren. Die 7 %ige Kopfpauschale würden sich auf ihr gesamtes Haushaltseinkommen beziehen, nicht wie bisher nur auf den Bruttolohn. Das trifft die Niedriglöhne. Wenn neben niedrigem Arbeitnehmerentgelt noch andere Einkommen anfallen, z. B. durch die Vermietung eines Zimmers oder durch Zinsen auf Sparguthaben, dann werden diese auch mit in die Bemessung einbezogen. Und so entsteht der Skandal, dass zusätzliche Einkommen aus Nichterwerbsarbeit bei Niedrigverdienern beitragspflichtig würden, bei Erwerbseinkommen kurz über 1.500 Euro aber nicht mehr. Das ist genau das Gegenteil dessen, was wir wollen.

Und: Wenn bisher Ehefrauen familienversichert waren und keinen eigenen GKV-Beitrag zahlten, so fällt das beim Unionskompromiss weg. Auch für jedes Kind ist zunächst eine „Gesundheitsprämie“ vorgesehen.

Leichter zu durchschauen ist die Ungerechtigkeit einer „Gesundheitsprämie“, die aus einem gleich hohen Geldbetrag von 109 Euro für alle Erwachsenen besteht. Deshalb wird von der Union ein sozialer Ausgleich versprochen.

Es wird gesagt, niemand solle mehr als 7 % Beitrag leisten. Die Differenz aus 109 Euro und dem 7 %-Beitrag wird aus dem Bundeshaushalt zugeschossen. Man muss das nur beantragen und seine Bedürftigkeit nachweisen.

Ungefähr 20 Millionen Versicherte hätten Anspruch auf diesen sozialen Ausgleich. Der bürokratische Aufwand wäre so hoch wie bei der Beantragung des ALG II, und es würde diesmal noch viel mehr Leute betreffen, es wären ja auch die geringen Renten „bedürftig“. Und dazu kommt, dass die Antragstellung oft als zu entwürdigend empfunden wird, um sie durchzuführen.

Das ist jedoch nicht alles.

Für die Ausgleichszahlungen hätte der Bundeshaushalt 15 bis 20 Mrd. aufzubringen, zusätzlich 7 bis 8 Mrd., um die Kinderpauschale zu neutralisieren, denn Kinder sollen faktisch beitragsfrei versichert sein.

Jeder weiß, dass solche gewaltigen Beträge angesichts der angespannten Haushaltslage unmöglich aufgebracht werden können. Die Antwort der Union ist dementsprechend phantastisch. Der Spitzensteuersatz bei der geplanten Unions-Steuerreform soll nicht von jetzt 42 % auf 36 % sinken, sondern nur auf 39 %. Noch einmal in Worten: Durch Steuersenkung sollen so viel Mehreinnahmen erzielt werden, dass damit der soziale Ausgleich finanziert werden kann!

Diese Münchhausen-Geschichte kann die Union selber nicht glauben. Und so wird in der Realität alles darauf hinaus laufen, die Mehrwertsteuern zu erhöhen. Das würde auch wieder die Niedrigeinkommen besonders hart treffen, denn die Preise für die Grundlebenshaltung würden steigen. In jedem Falle, und das ist die Wahrheit, den sozialen Ausgleich sollen die Niedrigeinkommen selber mit finanzieren!

Horst Seehofer ist wegen dieses „Unions-Kompromisses“ von seinem Amt als Angela Merkels Stellvertreter der CDU/CSU-Fraktionsführung im Bundestag zurückgetreten und auch als Gesundheitssprecher der CSU.

Übrigens wird mit dem Kompromiss-Modell nicht einmal mehr der Anschein gewahrt, als handle es sich um eine paritätische Finanzierung. Denn jeder Versicherte soll 109 Euro zahlen, der Arbeitgeber jedoch nur 60 Euro pro Versicherten.

Auf die angedachte Weiterentwicklung lässt das Vorhaben der Union schließen, zwar die Versichertenbeiträge direkt an die jeweiligen Krankenkassen abzuführen, die 60 Euro der Arbeitgeber jedoch zusammen mit Steuermitteln in einen neu zu bildenden Gesundheitsfonds. Das steht im Gegensatz zum bisherigen Verfahren, wonach es keine Trennung der abgeführten GKV-Beiträge in sog. Arbeitgeber- und –nehmerbeiträge gibt. Es wurde von dem CDU-Gesundheitsexperten Andreas Storm in einer Sendung des Deutschlandfunks gesagt, dass im Laufe der Zeit diese 65 Mrd. Euro Arbeitgeberbeitrag dann auch durch Steuermittel ersetzt werden sollen, um die Arbeitskosten zu senken (16).

Im übrigen sind die 109 Euro nur als Durchschnittswert gedacht. Wessen Krankenkasse höhere Beiträge braucht, der muss mit entsprechend höheren Pauschalen rechnen. Entweder man geht dann in eine billigere Kasse oder man wählt einen Tarif mit weniger

Leistung. Tatsächlich ist es so vorgesehen!

Nach der Empörung, die der Unionskompromiss ausgelöst hat, ist das Papier ganz schnell aus der öffentlichen Diskussion genommen worden. Es liegt jetzt auf Eis.

Wir haben hiermit die veröffentlichten Reformabsichten der beiden großen Parteien vorgestellt und uns dabei so kurz wie irgend möglich gefasst. Letztlich stehen diese beiden zur Wahl; wobei erfahrungsgemäß nach der Wahl noch viel geändert wird, allerdings selten zum Besseren. Das könnte z. B. die FDP erreichen, die nur noch Privatversicherung will.

Aber auch und gerade die vor der Wahl verkündeten Absichten verdienen kräftigen Widerstand durch die Öffentlichkeit. Der sollte durch Attac und seine Bündnispartner organisiert werden.

#### **4. 4. Zusammenfassende Kritik**

Über die beiden beschriebenen Konzepte hinaus gibt es noch von vielen Verbänden, Gewerkschaften und anderen Parteien Varianten entweder zur Kopfpauschale oder (vor allem) zur Bürgerversicherung. Dafür gelten die folgenden Kritikpunkte:

1. Alle Varianten haben die jetzt schon vorhandenen Kopfpauschalen-Elemente der GKV als Grundstock beibehalten, die Modelle gehen nicht vom medizinischen Bedarf aus, obwohl das meistens behauptet wird.
2. Die Realisierung des GMG wird von allen Varianten weiter bis zur Endstufe 2007 vorausgesetzt, mit Ausnahme der PDS-Bürgerversicherung und einer SPD-Variante in Ansätzen.
3. Die hohen Einkommen werden durch Beitragsbemessungsgrenzen geschont. Vermögens- und Kapitaleinkünfte werden nicht oder unzureichend SV-beitragspflichtig
4. Niedrige Einkommen erfahren zu wenig Entlastung, bei der „Gesundheitsprämie“ im Unionskompromiss und bei der SPD-Bürgerversicherung sogar mehr Belastung als jetzt.
5. Es wird keine Familiengerechtigkeit hergestellt, wie es das Pflege-Urteil des Bundesverfassungsgerichts verlangt.
6. Die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes bleibt unbeachtet.
7. Die Gefahr für die SV-Kasse durch die geplante Bolkestein-Richtlinie wird nicht gesehen.
8. Der wichtigste Kritikpunkt ist unseres Erachtens der bereits fest verankerte Glaubenssatz, dass die „Lohnnebenkosten“, gemeint sind fast immer die sogenannten Arbeitgeberanteile an den SV-Kosten, den Unternehmen und dem Standort Deutschland schaden. Und dass ihre Senkung oberste Priorität haben müsse, damit Arbeitsplätze geschaffen werden können und mehr Wachstum entsteht.

## 5. Position zu den Lohnnebenkosten

Die im vorstehenden 8. Kritikpunkt genannten „Lohnnebenkosten“ stehen quasi im Zentrum der Sozial-„Reformen“. Fast nie wird dieses Reformmotiv hinterfragt. Es ist landläufig unbekannt, welche Rolle die „Lohnnebenkosten“ denn überhaupt im Gesamtkostengefüge der Betriebe spielen.

Dazu gibt es eine aktuelle Studie vom Oktober 2004. Das Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) in Berlin hat zusammen mit der Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung (BASYS) in Augsburg untersucht, welche Entlastung den Arbeitgebern durch das GMG entsteht.

Als Ausgangs- und Vergleichsbasis haben die Verfasser das Jahr 2000 zugrunde gelegt. (Neuere Zahlen wurden nicht genommen, weil die Studie auch internationale Vergleiche anstellt, und entsprechende Werte immer erst sehr spät zur Verfügung stehen.)

Es gab im Jahre 2000 rund 132 Mrd. Euro GKV-Ausgaben. Die Arbeitgeberanteile betragen 45,2 Mrd. Euro davon. Das entspricht **34,1%**! Hiermit ergibt sich zunächst eine ganz wichtige Aussage:

**Es gibt keine paritätische Finanzierung in der GKV ! Die Arbeitgeber zahlen nur rund ein Drittel, und auch das gehört zum Arbeitnehmerentgelt!**

Zwar kommt von den Arbeitgebern noch die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall, aber dieser Kostenfaktor rangiert außerhalb der SV-Systeme.

Durch das GMG sollen bis 2007 rund 8 Mrd. Euro vom Arbeitgeberbeitrag eingespart werden. Das geschieht durch weitere Zuzahlungen und Eigenleistungen aus dem Nettoeinkommen der Versicherten, also durch weitere Kopfpauschalen für Kranke. Der Arbeitgeberanteil würde dann noch rund 37 Mrd. Euro betragen, also nur noch 28 % der GKV-Kosten des Jahres 2000. Da diese aber bis 2007 ansteigen, ergeben sich dann noch weniger Prozente. Erstmals wird mit dem GMG zugegeben, dass Krankheitskosten allein von den Versicherten finanziert werden müssen, ohne Arbeitgeberanteil. Das betrifft Zahnersatz und Krankengeld, die ab 1. 7. 2005 bzw. 2007 GKV-Zusatzversicherungen erfordern.

Aber für die Unternehmen bedeutet die Einsparung in Höhe von 8 Mrd. Euro durch das GMG nur einen minimalen Effekt. Es werden damit nur 0,22 % der Kosten eingespart. Sie werden de facto auch nicht eingespart, sondern den Versicherten zusätzlich aufgebürdet, und an der Stelle sind sie wirklich belastend.

Die IGES-Studie zieht das Fazit: „Das heißt, dass die Arbeitgeber in Deutschland maximal um 1,2 % ihrer Gesamtkosten entlastet werden könnten, würden sie von ihrer Beitragspflicht komplett und ersatzlos entbunden werden.“ (17)

Gemeint ist die GKV-Beitragspflicht.

Es bleibt rätselhaft, weshalb vom Mainstream in Politik, Wirtschaftswissenschaft und Medien ausgerechnet und in erster Linie die „Lohnnebenkosten“ als maßgebend für die Wettbewerbsfähigkeit deutscher Standorte gehalten werden.

Und im Grunde zynisch ist es, das GMG nach einem Jahr Wirksamkeit als einen Erfolg

zu bezeichnen, weil die Arztbesuche und Medikamentenkosten zurückgegangen sind. Denn bei genauerem Hinsehen stellt sich heraus, dass es die Einkommensschwachen sind, die auf Arzt und Medikamente verzichten. Offenbar können sich unsere „Eliten“ nicht vorstellen, was Armut bedeutet. Und da hilft es wenig, wenn das GMG niemandem mehr Praxisgebühr und Zuzahlungen zumutet, als 2 %, (bei Chronikern 1 %) des Haushaltseinkommens. Die 2 bzw. 1 % muss man erst einmal vorschießen und akribisch die Belege dafür sammeln. Arme sind aus Erfahrung tief verunsichert, also wird nur allzu leicht verzichtet.

Das GMG ist aber nur der vorerst letzte Schritt, der den Kranken zugemutet wird. Vorausgegangen ist eine jahrelange Kette von solchen Zumutungen. Ständig haben die Zuzahlungen und Leistungsausgliederungen zugenommen und müssen aus den Nettolöhnen bezahlt werden. Das ist voll solidarwidrig.

Die Versicherten wollen das nicht! Lieber nehmen sie Beitragserhöhungen in Kauf als Leistungseinschränkungen! Insofern sind die geplanten Zusatzversicherungen für Krankengeld und Zahnersatz innerhalb der GKV ehrlicher, sie dürfen nur nicht durch die PKV erfolgen.

Und wie die IGES-Studie zeigt, ergeben die zunehmenden Belastungen der Kranken nur äußerst geringe Effekte für die Unternehmenskosten. **GMG ist auch in dieser Hinsicht einfach die falsche „Reform“!**

Eine solidarische Bürgerversicherung muss das rückgängig machen. Sie kann doch nicht auf Kopfpauschalen für Kranke basieren.

Einsparungen muss es auf der Ausgabenseite geben, wo durch Profitgier und Profitzwang die Versichertengelder falsch ausgegeben werden.

Wir wollen die doppelte Zerstörung des ursprünglichen Solidarprinzips nicht hinnehmen. Es lautete: 1. Gesunde zahlen mit für Kranke und 2. Einkommensstarke zahlen mit für die Einkommensschwachen.

Die Große Koalition aus Regierung und Opposition geht gemeinsam den Weg der Entsolidarisierung, und sie zerstört damit auf schleichende Weise die Akzeptanz des Systems.

Wir wollen das nicht! Und ehe das GKV-Solidarsystem vollends zerstört ist und nur noch den Wohlhabenden und Profiteuren dient, muss eine grundlegende Erneuerung stattfinden. Wenigstens das Bewusstsein dafür soll geschärft werden. Und deshalb schlagen wir auch vor, nicht mehr von „Lohnnebenkosten“ zu sprechen, sondern von Sozialversicherungskosten.

## **6. Die „Solidarische Bürgerversicherung/Attac“**

Unter den gegenwärtigen Machtverhältnissen muss mit Sicherheit um die „Solidarische Bürgerversicherung/Attac“ heftig und ausdauernd gekämpft werden. Aber erstens gibt es auch unvorhergesehene Chancen des Wandels, und dann sollen realisierbare Konzepte bereitliegen.

Zweitens können wir uns auf der Grundlage des Konzepts schon jetzt in die öffentliche Diskussion einmischen und den Betroffenen die eindeutigen Widersprüche und Ungerechtigkeiten des geltenden SV-Systems ebenso wie die der vielen „Reform“-Vorschläge vor Augen führen.

Drittens, und das ist vielleicht das Wichtigste, ist die „Solidarische Bürgerversicherung/Attac“ ein offenes System, das noch viel Bereicherung verträgt, also weiteres Nachdenken und ständiges „Dranbleiben“. Deshalb laden wir ein, mit kritischem und konstruktivem Sachverstand unsere Argumente zu prüfen; sie aber auch in der Diskussion zu verwenden, wenn sie überzeugt haben.

Unter diesen einleitenden Aspekten ist die „Solidarische Bürgerversicherung/Attac“ zu sehen. Sie erfüllt die auf Seite 14 aufgeführten Grundprinzipien einer Bürgerversicherung. Diese lauteten kurz gefasst: Jeder Bürger wird mit seinem gesamten Einkommen SV-beitragspflichtig und voll in die Solidargemeinschaft der Sozialversicherung einbezogen.

Die Solidarische Bürgerversicherung/Attac schlägt nun aber auch Neues vor. Das ist vor allem das linear-progressive Prinzip der Beitragserhebung parallel zum Einkommensteuersystem.

Da mindestens hinsichtlich gesetzlicher Renten- und Krankenversicherung die beschriebenen anspruchsvollen Alternativen verwirklicht werden sollen, reicht die in den allgemeinen Grundprinzipien beschriebene Beitragserhebung mit gleichen Prozentsätzen vom Einkommen nicht aus.

In der GKV müssen die Kosten für Praxisgebühren, Leistungseinschränkungen und –ausgliederungen ebenso wie die zahlreichen Zuzahlungen von den Nettolöhnen zurückgenommen und wieder durch Beiträge finanziert werden. Wir können nicht beziffern, wie hoch die Beitragssumme dadurch ansteigen müsste. Deshalb sind wir auf die Hilfe von Fachleuten angewiesen.

Zugleich wollen wir die Beitragslast von den unteren Einkommen zurücknehmen und nach oben verlagern.

Deshalb wollen wir den Vorschlag von Jürgen Borchert verwirklicht sehen. Danach erfolgt die Beitragserhebung parallel zu einem gerechten Einkommensteuersystem, also nach dem linear-progressiven Prinzip. Wir schlagen dazu die „Solidarische Einfachsteuer“ vor, die auf Anregung der Attac-AG „Steuerflucht und Steuerpolitik“ zusammen mit Fachleuten von Ver.di und der SPD entwickelt wurde (18). Inzwischen vertreten auch die IG Metall, die IG BAU sowie die GEW dieses Konzept. Besonderen Wert erhält es durch die kompetenten Vorschläge zur Verhinderung von Steuerflucht und –vermeidung.

Technisch bereitet die Parallelschaltung von Beitrags- und Einkommensteuererhebung keine Probleme. Es würde jeweils eine Quote der Einkommensteuer an die SV-Träger als Beitrag abgeführt. Diese Quote nennen wir, wie Jürgen Borchert vorgeschlagen hat, **sol**i. Wichtig ist dabei, dass dieser SV-Beitrag seinen spezifischen Charakter behält und zweckbestimmt zum Sozialsystem gehört. Er darf keine Steuer sein, und der Fiskus keinen Zugriff darauf haben.

Übrigens hat der Vorsitzende der 5 Wirtschaftsweisen, Finanz- und Sozialexperte Professor Bert Rürup einen Vorschlag gemacht, der dem Sozialsoli von Jürgen Borchert aus dem Jahre 2002 zum Verwechseln ähnlich sieht. Er hat im Oktober 2004 für Frau Merkels Gesundheitsprämie (sprich Kopfpauschale) einen „Gesundheitssoli“ für den sozialen Ausgleich vorgeschlagen. Auch der sollte eine Quote von der Einkommensteuer sein, allerdings nicht als GKV-Beitrag, sondern als Steuerzuschlag für die GKV (19). Es bleibt die Frage, weshalb überhaupt von der Union eine Kopfpauschale eingeführt werden muss, wenn sie dann durch den Gesundheitssoli wieder sozialverträglich gemacht werden soll. Warum so kompliziert und intransparent? Warum auch gegen die Rechtsprechung des EuGH? Das Gute an Rürups Vorschlag ist allerdings, dass er Jürgen Borcherts Sozialsoli im Bereich der Realpolitik akzeptiert hat!

Es wird aber nicht nur für die GKV mehr Umverteilung vom Reichtum hin zu den niedrigen und niedrigsten Pro-Kopf-Einkommen gebraucht, sondern auch im Rentensystem. Wie schon beschrieben, ist die Beitragsäquivalenz aus Sicht des BVerfG kein Tabu mehr. Es gehört lediglich Mut dazu, dies den Wohlhabenden zu sagen.

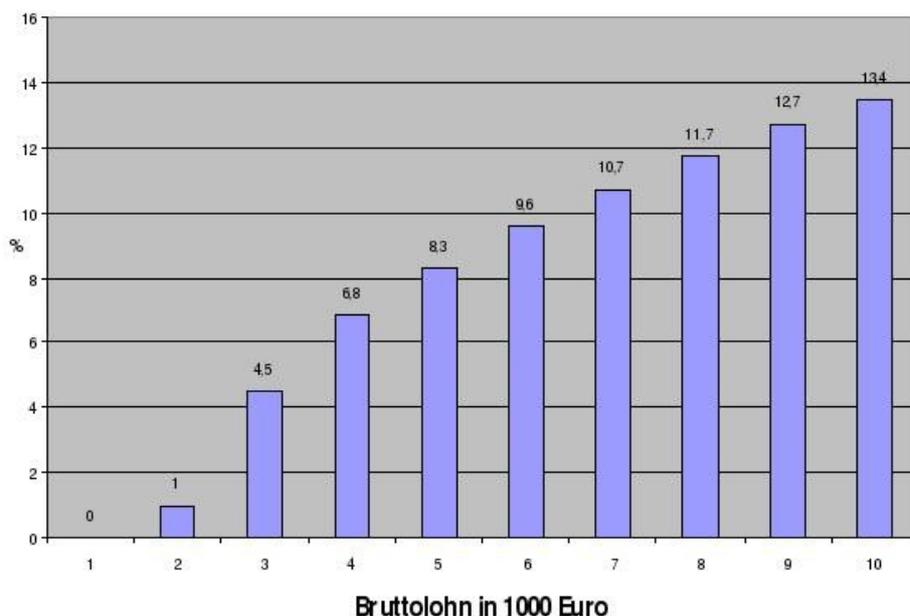
Und die „Solidarische Bürgerversicherung/Attac“ ist das geeignete Instrument zur notwendigen Umverteilung. Das Beispiel der gesetzlichen 1. Säule in der Rentenversicherung der Schweiz zeigt eindrucksvoll, dass ein Weg in diese Richtung gangbar ist. Dazu ist in Deutschland auch schon Vorarbeit geleistet worden; beispielsweise durch das Rentenkonzept der IG BAU (20) oder der PDS (21). Beide haben jedoch zur Familiengerechtigkeit im Rentensystem wenig beizutragen. Noch viel weniger hat für diesen Aspekt die Riestersche Rentenreform gebracht (22). Darauf haben wir schon im Jahre 2001 vor der Verabschiedung des entsprechenden Gesetzes in Fragen an die Bundesregierung (23) und in einem Brief an die Bundestagsabgeordneten hingewiesen (24).

Die „Solidarische Bürgerversicherung/Attac“ dient also nicht nur einer sozial gerechten SV-Beitragserhebung, sondern auch der alternativen Gestaltung innerhalb von Gesundheits- und Rentensystem.

Außerdem: Würden nun alle personengebundenen Einkommen ihren linear-progressiven Beitrag leisten für die Sozialversicherung, so entstünde eine vollkommen neue Belastungswirkung. **Es würde insbesondere für niedrige Einkommen eine enorme Entlastung entstehen. Und das bedeutet Kaufkraftzuwachs für Käufer, deren Bedarf noch lange nicht gedeckt ist.** Es würden also Gelder in den realen Wirtschaftskreislauf gelenkt, anstatt auf den globalen Finanzmärkten zu vagabundieren und Unheil anzurichten. **Kaufkraftzuwachs in den unteren Einkommenschichten würde die Inlandsnachfrage beleben, was die Volkswirtschaft dringend braucht.**

Abb. 7 zeigt, welche Wirkung die Solidarische Bürgerversicherung in dieser Richtung hätte.

**Abb. 7: Belastungswirkung durch linear-progressive GKV-Beitragsätze, dargestellt als prozentualer Anteil vom monatlichen Bruttolohn, Steuerklasse III, ein Kind**



Eigene Darstellung

Wir haben das Modell wiederum anhand des „interaktiven Steuerrechners“ berechnet, der vom Bundesfinanzministerium veröffentlicht ist (6). Es ist zu vergleichen mit den Abbildungen 4 und 5, wo die GKV-Beitragsätze nach Bürgerversicherungsprinzip dargestellt sind; (alle zahlen den gleichen Prozentsatz vom Bruttolohn) und nach Kopfpauschalenprinzip; (alle zahlen den gleich hohen Geldbetrag.)

Dargestellt sind auch in Abb. 7 die Versichertenbeiträge, (also die von Arbeitnehmern, Rentnern und Sonstigen).

Die GKV-Einnahmen sind mit gegenwärtig ca. 140 Mrd. Euro fast gleich hoch wie die Einnahmen aus der Einkommensteuer. Deshalb war die Berechnung für das Beispiel in Abb. 7 einfach. Es konnte der halbe Lohnsteuersatz für den Arbeitnehmerbeitrag angesetzt werden. Und so entsteht das Belastungsbild, wie es die „Solidarische Bürgerversicherung/Attac“ erzielen würde.

Die Beiträge von Arbeitgebern würden dazu kommen und ebenso hoch sein. Bemessungsbasis ist wie bisher der Bruttolohn. Einkommen aus Gewinnen und Vermögen würden logischerweise nicht paritätisch verbeitragt, sondern mit dem vollen Beitragssatz. Sie wären aber, sofern sie nur geringen Umfang haben, wegen der Freibeträge gar nicht oder sehr gering betroffen.

Die Beitragserhebung parallel zur Solidarischen Einfachsteuer würde das Bild ändern. Selbstverständlich müssen hierzu Modellberechnungen stattfinden. Das können nur Fachinstitute machen.

Trotzdem zeigt die Abb. 7 schon in aller Deutlichkeit das Grundprinzip der linear-progressiven Beitragserhebung.

Und wenn jemand einwendet, es würde doch eine erhebliche Mehrbelastung für die oberen Einkommen entstehen, dann ist das richtig und gewollt. Ungute Strukturen, die im Lauf von Jahrzehnten in der Bundesrepublik entstanden sind, sollen mutig korrigiert werden.

Wohlgemerkt: Es handelt sich um eine Wiedergutmachung! Vielleicht aber zugleich eine in mehrerer Richtungen. Denn auch den bisher Außenstehenden (z. B. kleinen Selbständigen) geht es im Grunde viel besser, wenn sie aufgenommen werden in ein Solidarsystem des ganzen Volkes, das sie befreit von existenziellen Risiken und Prekarität.

Es wäre zwar das Beste, das gesamte Arbeitnehmerentgelt als Bemessungsgrundlage für die Erhebung von SV-Beiträgen zu nehmen. Selbstverständlich würde auch dann nicht auf den Arbeitgeberanteil verzichtet.

Diese Lösung hätte den Vorteil, dass es ganz klar wird: Die lohnabhängig Beschäftigten waren schon bisher und sind auch weiter mit ihrem gesamten durch Erwerbsarbeit erzielten Einkommen beitragspflichtig. Deshalb ist es auch für alle anderen Einkommen keine Zumutung, voll beitragspflichtig zu sein. Die immer wieder auftauchende Frage: Aber für Vermögenseinkommen gibt es doch keinen Arbeitgeberanteil? Diese Frage wäre damit endgültig erledigt.

Der Nachteil ist folgender: Es entstünden unterschiedliche Bemessungsgrundlagen für SV-Beiträge und für Steuern, die ja auf den Bruttolohn erhoben werden, (siehe die Erklärung auf Seite 6.) Das ist bei einer Parallelschaltung unmöglich. Entsprechende Umstellungen wären zu kompliziert.

Die Einführung der „Solidarischen Bürgerversicherung“ soll technisch einfach sein. Deshalb muss zunächst wie bisher der Bruttolohn für lohnabhängig Beschäftigte die Bemessungsgrundlage bleiben. Und wie bisher umfasst das Arbeitnehmerentgelt den gesamten SV-Beitrag.

Unser Konzept hat deutlich gemacht, wer die Geldgeber für die 4 Sozialversicherungszweige sind: es sind die Versicherten selber!

Deshalb müssen die Versicherten und Patienten das Recht haben, sich an der Umgestaltung der SV-Systeme auf demokratische Weise zu beteiligen. Es geht vor allem auch um den sinnvollen Einsatz von Versichertengeldern. Wie schon gesagt, gegenwärtig sind es mehr als 350 Mrd. Euro, mehr als der gesamte Bundeshaushalt! Versicherte haben als Geldgeber das Interesse, dass ihre Beiträge optimal verwendet werden. Sie haben aber auch das Interesse von potentiellen Patienten und wollen medizinisch hochstehende Leistungen garantieren. Selbstverständlich wollen sie Kosten sparen durch Prävention und Gesundheitserziehung, durch Positivliste und vernünftige Honorarsysteme für Ärzte, Pflegepersonal und Krankenhäuser. Aber was heute an Zumutungen für die Beschäftigten im Gesundheitswesen praktiziert wird, das kann nicht zum Nutzen von Patienten sein.

Dürfen auf der Ausgabenseite monopolartige Strukturen, verbunden mit vorwiegend profitorientierten Anreizsystemen bestehen bleiben, oder soll hier Gemeinwohlorientierung den Vorrang haben?

Das mächtigste Gremium innerhalb der GKV ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Seine Träger sind die Spitzenverbände der Krankenkassen, die kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Der G-BA steuert den Leistungskatalog der GKV, bestimmt also, was von den Kassen bezahlt wird und was vom Patienten privat zu tragen ist. Methoden des medizinischen Fortschritts können nur vom G-BA in den GKV-Leistungskatalog aufgenommen werden. Das GMG hat zwar eine Patientenvertretung für den G-BA vorgeschrieben, aber diese hat keinerlei Mitentscheidungsbefugnis!

Die Vorsitzende Richterin am Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, Ruth Schimmelpfennig-Schütte beklagt, dass dieser G-BA weder demokratisch gewählt, noch rechtsstaatlich kontrolliert ist (25).

Und sogar die fachliche Kompetenz des G-BA wird von einer Insiderin infrage gestellt. Dr. Doris Pfeiffer vertritt als Vorstandsvorsitzende des VdAK selbst im G-Ba die Krankenkassen. Sie beschreibt die Strukturen und kritisiert „die schlechte Studienlage“, die sich nachteilig auf die Entscheidungsfindung des G-BA auswirkt. „Es gibt zu wenig gute und auch gesundheitsökonomische Studien.“ Sie bemängelt, dass objektivierbare Kriterien für den Entscheidungsprozess im G-BA erst geschaffen werden müssen (26).

Das Beispiel zeigt die Notwendigkeit einer demokratisch gewählten Vertretung der Versicherten und Patienten mit Kontroll- und Entscheidungsbefugnissen.

Oder: Die Versicherten selber sollen entscheiden, welche Bürgerversicherung sie finanzieren wollen. Für die Bürgerversicherung haben sich Anfang 2004 rund 80 % der Bevölkerung ausgesprochen (27). Aber damals waren die Prinzipien noch eindeutig und klar. Durch die inzwischen aufgetauchten, komplizierten Varianten ist die Zustimmung der Befragten zurück gegangen.

Und deshalb ist auch geduldige Aufklärung im Interesse der Versicherten unentbehrlich. Es darf nicht sein, dass auf der einen Seite der SPD-Parteitag das unsolidarische Bürgerversicherungskonzept der Nahles-Kommission beschließt, und trotzdem die Gesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) noch immer die alten solidarischen Grundprinzipien der Bürgerversicherung propagiert, als ob sie von der SPD verwirklicht werden sollen. Damit will sie in den Wahlkampf für die Bundestagswahl 2006 gehen (28). So entsteht Betrug an den Wählern.

## 7. Zusammenfassung

Es gibt Ungerechtigkeiten und Fehlentwicklungen in der heutigen Sozialversicherung. Deshalb braucht sie mutige Reformen, nicht wegen angeblich zu hoher „Lohnnebenkosten“!

Niedrige Einkommen werden am härtesten belastet, hohe können sich aus dem Solidarsystem verabschieden.

Die Versicherten sind die Geldgeber für jährlich rund 350 Mrd. Euro. Sie haben ein Recht auf demokratische Entscheidungsbefugnisse über den sinnvollen Einsatz dieses Geldes. 80 % der gesamten Bevölkerung wollen eine Bürgerversicherung für alle im Lande nach dem Prinzip: Jedes Einkommen soll entsprechend seiner Leistungsfähigkeit beitragspflichtig sein, und alle sollen Mitglied werden. Die hohe Wertschätzung der Sozialversicherung ist begründet. Denn von ihr wird ein zuverlässiger Schutz vor den großen Armutsrisiken erwartet, die durch Krankheit, Alter und Arbeitslosigkeit drohen.

Unter den 4 Sozialversicherungszweigen basiert die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in besonderem Maße auf dem Solidarprinzip; weil Gesunde mit für Kranke zahlen und Einkommensstarke mit für Einkommensschwache. Es wird in der vorliegenden Arbeit aufgezeigt, wie durch die Gesundheitspolitik der letzten Jahre und insbesondere durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) seit 1. 1. 2004 eine fortlaufende Lastenverlagerung auf die Kranken und Niedrigeinkommen stattfindet. Das geschieht durch Leistungsausgliederungen, Zuzahlungen, Praxisgebühr; sämtlich haben diese die Wirkung von **innerhalb des jetzigen GKV-Systems!** Alle Betroffenen müssen den gleich hohen Geldbetrag zahlen.

Als Begründung für derartige „Reformen“ liefert der Mainstream in Politik, Arbeitgeberlager, Medien und Wirtschaftswissenschaft das Argument, die sogenannten Lohnnebenkosten müssten sinken, damit der Standort Deutschland „wieder nach vorn“ kommt. Mit den „Lohnnebenkosten“ sind die Sozialversicherungsbeiträge gemeint, die doch in erster Linie aus dem Arbeitnehmerentgelt stammen und aus den Renten.

Im Rahmen der Gesamtkosten deutscher Unternehmen spielen diese Sozialversicherungskosten im großen Durchschnitt eine völlig untergeordnete Rolle. Sie nehmen mit steigender Arbeitsproduktivität ab. Das GMG bringt bis 2007 für Arbeitgeber nur eine Gesamtkostenentlastung von 0,22 %. Es lohnt sich deshalb nicht einmal für die Unternehmen, die Sozialsysteme zu zerstören.

Deshalb sollte man den Arbeitgeberfunktionären auch nicht mehr zugestehen, sich mit einer Art Richtlinienkompetenz in die Sozialpolitik einzumischen.

Wir zeigen zahlreiche weitere Ursachen, die zur Finanzierungskrise der Sozialversicherung beitragen. Das sind über Jahrzehnte angewachsene politische Versäumnisse und Fehlentscheidungen, wie die Massenarbeitslosigkeit; die sinkende Lohnquote und die damit verbundene enorme Reichtumskonzentration; die Abnahme der Arbeitsplätze mit voller Sozialversicherung, während die prekären Billigjobs rapide zunehmen; das demografische Problem, weil Familien mit Kindern krass benachteiligt werden; außerdem eine skandalöse Steuerpolitik zugunsten der Wohlhabenden.

Gerade im Gesundheitssystem wird sehr deutlich, dass die Versichertengelder nicht sorgsam ausgegeben werden. Profitgier und Profitzwang sind die falschen ökonomischen Anreize auf der Ausgabenseite. Ohne dementsprechende Alternativen ist auch die „Solidarische Bürgerversicherung/Attac“ auf Sand gebaut.

Das viele Geld soll dem Gemeinwohl dienen, und das ist möglich!

Die „Solidarische Bürgerversicherung/Attac“ entspricht im Gegensatz zu allen anderen öffentlich diskutierten Varianten als einzige dem Grundprinzip einer Bürgerversicherung. Wir zeigen die letztgültigen Konzepte der SPD und der Union. Diagramme machen die Belastungswirkung der verschiedenen Systeme anschaulich.

Unsere „Solidarische Bürgerversicherung/Attac“ hat das Ziel, die derzeit bestehenden Solidarwidrigkeiten zu beseitigen, wie zum Beispiel die schon bestehenden vielen großen und kleinen GKV-Kopfpauschalen oder die hohe Belastung der unteren Einkommensbezieher, insbesondere bei Familien mit Kindern. Das erfordert auch enorme Veränderungen im Rentensystem; etwa in Richtung der 1. Säule der Schweizer gesetzlichen Rentenversicherung.

Ein Charakteristikum der „Solidarischen Bürgerversicherung/Attac“ ist die Umgestaltung der SV-Beitragserhebung. Sie soll mit einem parallel erfolgen zur „Solidarischen Einfachsteuer“, entwickelt von Attac und Ver.di.

Die „Solidarische Bürgerversicherung/Attac“ ist eine Alternative, die noch viel Nachdenken und Bereicherung verträgt. Sie hat Zeit zum Ausreifen.

**Deshalb ist das Konzept eine Einladung zur kritischen und konstruktiven Mitarbeit.**

Berlin, Februar 2005

## 8. Kleines Glossar

**Arbeitgeberanteil:** 50 % des Sozialversicherungsbeitrages; siehe Seite 6.

**Arbeitnehmeranteil:** 50 % des Sozialversicherungsbeitrages; siehe Seite 6.

**Arbeitnehmerentgelt:** Bruttolohn- oder –gehalt plus Arbeitgeberanteil.

**Beitragsäquivalenz:** Bedeutet, dass die Leistung aus der Sozialversicherung annähernd den Beiträgen entspricht. Kann nicht gelten für gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung. Beitragsäquivalenz wird auch in der Renten- und Arbeitslosenversicherung nicht eingehalten, weil es hier große Steuerzuschüsse gibt.

**Beitragsbemessungsgrenze:** Betrifft diejenige Bruttolohnhöhe, ab der keine Beiträge zu den 4 Zweigen der Sozialversicherung mehr zu zahlen sind.

**Bruttolohn oder –gehalt:** Tarifvertraglich, einzelbetrieblich oder individuell im Arbeitsvertrag geregelte Bezahlung des Arbeitnehmers; Bemessungsgrundlage für die Abführung von Lohnsteuer, Solidarbeitrag, Kirchensteuer und Sozialversicherungsbeiträgen.

**BVerfG:** Bundesverfassungsgericht.

**EuGH:** Europäischer Gerichtshof

**GATS:** General Agreement on Trade in Services, soll den Welthandel mit Dienstleistungen regeln.

**GKV:** Gesetzliche Krankenversicherung

**GMG:** GKV-Modernisierungsgesetz

**GRV:** Gesetzliche Rentenversicherung

**Lohnquote:** Prozentualer Anteil der Arbeitsentgelte am Volkseinkommen, der andere Anteil besteht aus Gewinn- und Vermögenseinkommen.

**Lohnzentrierung:** Bezeichnet die ausschließliche Belastung der Arbeitnehmerentgelte durch Sozialversicherungsbeiträge.

**Paritätische Finanzierung:** Soll heißen, dass Arbeitgeber und Arbeitnehmer je die Hälfte der Sozialversicherungsbeiträge bezahlen.

**PKV:** Private Krankenversicherung, organisiert durch private, profitorientierte Versicherungsunternehmen.

**SV:** Sozialversicherung.

**VdAK:** Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. und AEv – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.

**Volkseinkommen:** Der jährlich für Arbeitsentgelte, sowie Gewinn- und Vermögenseinkommen verwendete Teil des Bruttoinlandsprodukts. Das waren in 2003 rund 74 %.

**WTO:** World Trade Organization, (Welthandelsorganisation.)

## 9. Literaturverzeichnis:

- (1) Der DGB-Vorsitzende Michael Sommer im Spiegel vom 13. 2. 2005
- (2) Borchert, Jürgen „Der `Wiesbadener Entwurf´ einer familienpolitischen Strukturreform des Sozialstaates“ Westdeutscher Verlag 2003, ISBN 3-531-13881-2
- (3) Sozialbericht/Sozialbudget der Bundesregierung 2002, aktualisiert im März 2004
- (4) Amtsblatt der EG Nr.L 310 vom 30. 11. 1996
- (5) Neues Deutschland vom 27. 12. 2004
- (6) <http://egov.bundesfinanzministerium.de/Steuerrechner/lst05.do>
- (7) Borchert, Jürgen und Eißel, Dieter „Bürgerversicherung jetzt - Gegen den marktradikalen Kahlschlag in der Sozialpolitik“ Hrsg.: DGB Hessen 2004
- (8) Prognose des Herbstgutachtens der Wirtschaftsforschungsinstitute vom November 2004 für die Jahre 2004 und 2005
- (9) Wirtschaftspolitik aktuell Nr.3/2005, [www.wipo.verdi.de](http://www.wipo.verdi.de)
- (10) Bundesagentur für Arbeit, IAB-Zahlenfibel, Übersicht 7.1.1 (Stand 26. 5. 2004)
- (11) Skarpelis-Sperk, Sigrid „Die EU-Dienstleistungsrichtlinie – Eine radikale Abkürzung auf dem Weg zu einem neoliberalen Europa“, Stellungnahme vom 25. 11. 2004
- (12) Diskussion, veranstaltet von der Parlamentarischen Linken im Deutschen Bundestag, Thema „EU-Dienstleistungsrichtlinie: Dimension einer Drohung“ mit Margret Mönig-Raane und Sigrid Skarpelis-Sperk
- (13) Newsletter/Rundbrief der attac-eu-ag Nr.6 vom August 2004, S. 24
- (14) „Modell einer solidarischen Bürgerversicherung“, Bericht der Projektgruppe Bürgerversicherung des SPD-Parteivorstandes, Berlin, 26. August 2004
- (15) dpa Grafik 0203
- (16) Andreas Storm/CDU im Deutschlandfunk, Dezember 2004
- (17) Ecker, Thomas; Häussler, Bertram und Schneider, Markus „Belastung der Arbeitgeber in Deutschland durch gesundheitssystembedingte Kosten im internationalen Vergleich“, 26. 10. 2004
- (18) Attac und ver.di „Konzept für eine `Solidarische Einfachsteuer´(SES)“, Mai 2004, unter [www.attac.de](http://www.attac.de)
- (19) „Gesundheitskosten – Von oben nach unten“, Spiegel Nr. 42/2004
- (20) „Konzeption der Industriegewerkschaft Bauen-Agrar-Umwelt für ein universelles System der gesetzlichen Alterssicherung“, 6. 7. 2000, [www.igbau.de](http://www.igbau.de)
- (21) PDS-Bundestagsfraktion „Rentenreform: Alternativen sind möglich, ein Diskussionsangebot“ vom 6. 6. 2000, [www.pds-online.de/bt](http://www.pds-online.de/bt)
- (22) Gesetz zur Reform der gesetzlichen Rentenversicherung und zur Förderung eines kapitalgedeckten Altersvorsorgevermögens (Altersvermögensgesetz – AVmG) vom 26. 1. 2001
- (23) Hähnchen, Barbara „Fragen an die Bundesregierung zur Rentenreform“, April 2001
- (24) Hähnchen, Barbara im Namen des Arbeitskreises „Ökonomie und Kirche“: „Brief an die Bundestagsabgeordneten“ vom 16. 1. 2001
- (25) Schimmelpfennig-Schütte „Gesundheitliche Leistungen - Einstieg in den Ausstieg aus der öffentlichen Sicherung der Versorgung“, Aktuelle Informationen des Deutschen Juristinnenbundes, Heft 4 2004
- (26) Pfeiffer, Doris „Weiterentwicklung der Versorgung – Steuerung durch die gemeinsame Selbstverwaltung – die Praxis des gemeinsamen Bundesausschusses“, Aktuelle Informationen des Deutschen Juristinnenbundes, Heft 4 2004
- (27) Karl Lauterbach in einem Vortrag zur Bürgerversicherung am 29. 3. 2004 im Willi-Brandt-Haus
- (28) Ulla Schmidt in einem Interview mit der Berliner Zeitung am 7. 2. 2005