

sozial

wahl

2 0 0 5

Sozialpolitische Informationen

**Daten / Fakten / Hintergründe
2. Halbjahr 2004**

**Mit den aktuellen Änderungen zur
Besteuerung der Alterseinkünfte,
bei der Rente und bei Altersteilzeit!**

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

Wilma Henneberg

Dr. Horst Riesenberg-Mordeja

Wolfgang Schelter

Ralf Stegmann

Ulrike Teske

Gastautoren:

Dr. Karin Schulze Buschoff

Norbert Fröhler (Promotionsstipendiat der

Hans-Böckler-Stiftung)

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, meldet sich bitte bei: sopo@verdi.de

Stand: Juli 2004



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

vor der Sommerpause haben die gesetzgebenden Organe weitreichende sozialpolitische Neuregelungen auf den Weg gebracht, die zu einem Großteil die Alterssicherung betreffen.

Nach dem 2. und 3. SGB VI-Änderungsgesetz, mit dem die kurzfristigen Maßnahmen zum 01.01.2004 umgesetzt wurden, werden zum 01.01.2005 das Alterseinkünfte- und das Rentenversicherungs-Nachhaltigkeitsgesetz in Kraft treten. Dahinter verbergen sich der Systemwechsel im Rahmen der Besteuerung von Alterseinkünften und Aufwendungen zur Alterssicherung, Eingriffe in die Rentenformel durch den von uns heftig bekämpften Nachhaltigkeitsfaktor, aber auch Verbesserungen und Vereinfachungen bei der betrieblichen Altersversorgung und der Riester-Rente. In der Konsequenz werden diese Reformen insbesondere bei den Rentnerinnen und Rentnern, aber auch bei den heute noch im Erwerbsleben stehenden Personen dazu führen, dass das im Alter zur Verfügung stehende Einkommen sinkt.

Weithin unbemerkt von der Öffentlichkeit wurde die Organisationsreform in der Gesetzlichen Rentenversicherung vorbereitet und auf den Gesetzgebungsweg gebracht. Hier konnten wir dafür sorgen, dass die Rechte der Beschäftigten sowie der Selbstverwalterinnen und Selbstverwalter erhalten bleiben.

Die gewerkschaftlich wichtigen Sozialwahlen, das maßgebende Ereignis für den gesamten Bereich der Selbstverwaltung in der Jahresmitte 2005, rücken näher. Neben den Listenaufstellungen und zahlreichen weiteren technischen Vorbereitungen für die gesamte Organisation versuchen wir als zuständiger Bereich, bereits heute diese wichtigen Wahlen in das Blickfeld unserer Kolleginnen und Kollegen zu rücken. An der Wahlbeteiligung und dem Einsatz für die Sozialwahlen wird das Interesse an einer selbstverwalteten Sozialversicherung deutlich werden!

Auch sonst war es ein turbulentes sozialpolitisches erstes Halbjahr 2004: Der Gewerkschaftsrat hat am 04./05.03.2004 beschlossen, dass der Bereich Sozialpolitik unter Beteiligung der Fachbereiche 1, 3 und 4 eine gemeinsame Kommission zur Weiterentwicklung der beschlossenen Eckpunkte bildet. Die Vorbereitungen haben bereits stattgefunden, die Kommission ist eingesetzt. Wir werden im 2. Halbjahr durch konkrete Vorschläge und insbesondere durch die im Oktober/November anstehenden Parteitage genügend politischen Diskussionsstoff, aber auch Gelegenheiten bekommen, unsere Positionen der Politik nahe zu bringen.

Im Rahmen der Arbeitsmarktpolitik wird im 2. Halbjahr in erster Linie die geplante Umsetzung „Zusammenlegung von Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe“ in der politischen Diskussion bleiben.

Schwerpunkte in der Arbeits- und Gesundheitsschutzpolitik waren und sind insbesondere die Themen betriebliche Gesundheitspolitik und Prävention. Im Bereich Arbeitsschutz und Unfallverhütung bahnt sich aus Bayern kommend eine neue Welle des Abbaus sozialer Standards an. Hier gilt es, mit aller Kraft politisch gegenzusteuern!

Alle sozialpolitischen Publikationen können nun auf unseren neu gestalteten Intra- und Internetseiten heruntergeladen werden.

Mit dieser nunmehr 6. Ausgabe der Sozialpolitischen Informationen hoffen wir, wie bisher über aktuelle sozialpolitische Aktivitäten kompetent zu informieren, aber auch – durch einen Input von Fachwissen – die sozialpolitische Diskussion und Auseinandersetzung sach- und fachlich fundiert anzustoßen und zu begleiten.

Christian Zahn
Mitglied des Bundesvorstandes

Judith Kerschbaumer
Leiterin des Bereichs Sozialpolitik/Gesundheitspolitik

Inhalt

A. Allgemeine Sozialpolitik

I. Wissenswertes zu Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenzen	7
II. Zahlen in der Sozialversicherung	9
1. Bezugsgröße	9
2. Durchschnittliches Bruttoentgelt	9
3. Werte in der betrieblichen Altersversorgung	10
4. aktueller Rentenwert und Rentenanpassung	10
5. Rentenrechtliche Auswirkungen des Umzugs des Arbeitsplatzes von West nach Ost	11
6. Existenzminimum	11
III. Beitragssätze in der Sozialversicherung	12
1. Gesetzliche Rentenversicherung	12
2. Arbeitslosenversicherung	13
3. Soziale Pflegeversicherung	13
4. Gesetzliche Krankenversicherung	14
IV. Teilhabe behinderter Menschen in der Gesellschaft	17
1. Novellierung des SGB IX	17
2. Ein Rahmen für integrierte Ansätze betrieblicher Prävention	17
3. Rechtliche Grundlagen	22
V. Altersteilzeit	26

B. Alterssicherung

I. Überblick über die aktuellen Reformmaßnahmen	34
1. Pflegeversicherung der RentnerInnen	34
2. Krankenversicherung der RentnerInnen	34
3. Aussetzung der Rentenanpassung – „Nullrunde“	35
4. Verschiebung des Auszahlungszeitpunktes für Neurenten	35
5. Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrag auf Betriebsrenten	35
6. Gesetzesänderungen im Bereich der Rehabilitation	36
II. Das RV-Nachhaltigkeitsgesetz	37
1. Der Nachhaltigkeitsfaktor	38
2. Die Neuregelung der Bewertung der Ausbildungszeiten	40
3. Die Kürzungseffekte	41
4. ver.di-Positionen zu den aktuellen Reformmaßnahmen zur Rente/Alterssicherung	42
III. Organisationsreform in der Gesetzlichen Rentenversicherung	46
IV. Das Alterseinkünftegesetz	58
1. Einleitung	58
2. Das bis zum 31.12.2004 geltende Recht	59
3. Das ab dem 01.01.2005 geltende Recht, der Übergang und die Auswirkungen der Neuregelungen	60
4. Die Neuregelungen im Zusammenhang mit der betrieblichen und privaten Altersvorsorge	68
V. Betriebliche Altersversorgung	71
1. Grundsätzliches	71

2. Portabilität	72
3. Riester-Rente	72
4. Sonderrolle der betrieblichen Altersversorgung im Öffentlichen Dienst	74
VI. Grundsätzliche Infos zur Rente	76
1. Wann in Rente?	76
2. Wie hoch ist meine Rente?	79
3. Hinzuverdienstgrenzen für RentenbezieherInnen	81
C. Bürgerversicherung/Erwerbstätigenversicherung	
I. Weiterentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung	82
1. Gesundheitsprämien	83
2. Bürger- bzw. Erwerbstätigenversicherung	87
II. Die Position(en) von ver.di	100
D. Arbeitsmarktpolitik	
I. Jobcenter	106
II. ver.di-Forderungen zu Jobcentern	108
III. Aktuelle Situation	110
E. Arbeits- und Gesundheitsschutzpolitik	
I. Initiative „Neue Qualität der Arbeit“ (INQA)	113
II. Expertenkommission „Betriebliche Gesundheitspolitik“	115
III. Deutsches Forum für Prävention und Gesundheitsförderung und Präventionsgesetz	117
F. Arbeitsschutz und Unfallverhütung	
I. Betriebssicherheit	120
II. Arbeitsstätten	121
III. Gefahrstoffe	121
IV. Biologische Arbeitsstoffe	123
V. Berufsgenossenschaften	123
VI. Deregulierung/Entbürokratisierung	124
VII. Gesetzliche Unfallversicherung	127
G. Soziale Selbstverwaltung/Sozialwahlen 2005	
I. Listenaufstellung/Verfahren	128
II. KandidatInnen-Richtlinien	135
H. Veröffentlichungen des Bereichs Sozialpolitik/Gesundheitspolitik	141

Anmerkung in eigener Sache:

Die AutorInnen unterstützen grundsätzlich die Verwendung weiblicher und männlicher Sprachformen, haben sich aber zugunsten der Verständlichkeit darauf geeinigt, soweit möglich die „In“-Form, ansonsten die im Duden genannte Form des Plurals zu verwenden.

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 sogenannten **Beitragsbemessungsgrenze (BBG)***. Für die Beiträge zur Bundesanstalt für Arbeit (Arbeitslosenversicherung) gilt die BBG der Rentenversicherung. Für die Kranken- und Pflegeversicherung gelten niedrigere BBGen. Bei Entgelten über der BBG bleiben die Arbeitnehmer 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.

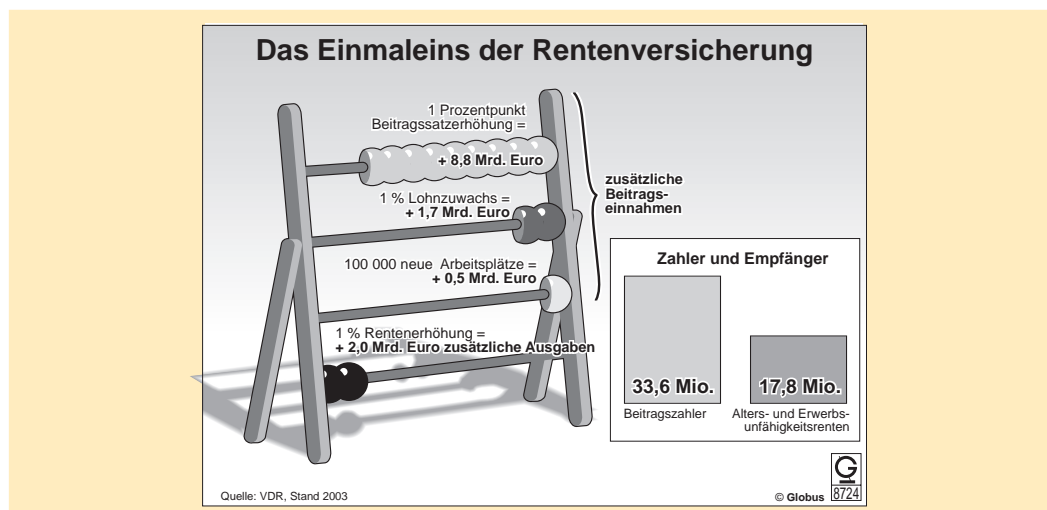
In 2004 gelten folgende Grenzen:

	Renten- und Arbeitslosenversicherung		Kranken- und Pflegeversicherung
	alte Bundesländer	neue Bundesländer	bundesweit
Versicherungspflichtgrenze Jahr 2004	61.800,00 €	52.200,00 €	46.350,00 €
Versicherungspflichtgrenze Monat	5.150,00 €	4.350,00 €	3.862,50 €
BBG Jahr 2004	61.800,00 €	52.200,00 €	41.850,00 €
BBG Monat	5.150,00 €	4.350,00 €	3.487,50 €

Beitragsbemessungsgrenze in der Knappschaft:

West:	jährlich: 76.200,00 €	Ost:	jährlich: 64.200,00 €
	monatlich: 6.350,00 €		monatlich: 5.350,00 €

Sonderzahlungen (wie Weihnachtsgeld oder Urlaubsgeld 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, die ansonsten ein Entgelt unterhalb der BBG haben, wobei die unterschiedlichen BBGen zu beachten sind, ein erhöhter Abzug an Sozialversicherungsbeiträgen. Diese Bestimmungen, die durch das „Gesetz zur Neuordnung 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. Zahlen in der Sozialversicherung

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 gilt, soweit im Einzelfall nichts anderes bestimmt ist, das Durchschnittsentgelt der gesetzlichen Rentenversicherung im vorangegangenen Kalenderjahr, aufgerundet auf den nächst höheren, durch 840 teilbaren Betrag.

		Alte Bundesländer		Neue Bundesländer	
		€	DM	€	DM
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	
Jahr 2001	Jährlich	27.487,05	53.760,00	23.192,20	45.360,00
	Monatlich	2.290,59	4.480,00	1.932,68	3.780,00

2. Durchschnittliches Bruttoentgelt*

Vorläufiges Durchschnittsentgelt für 2004	29.428,00 €
Vorläufiges Durchschnittsentgelt für 2003	29.230,00 €
Durchschnittsentgelt für 2002	28.626,00 €
Durchschnittsentgelt für 2001	55.216,00 DM
Durchschnittsentgelt für 2000	54.256,00 DM
Durchschnittsentgelt für 1999	53.507,00 DM

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

3. Werte in der betrieblichen Altersversorgung

Die Beiträge nach § 1a BetrAVG zur Entgeltumwandlung 2004:

4 % der BBG in der Rentenversicherung als Obergrenze (beachte: zzgl. 1.800 € im Rahmen des § 3 Nr. 63 EStG, siehe dazu B.V.1.)	2472,00 €
1/160 der Bezugsgröße als Mindestumwandlungsbetrag	181,13 €

Die Förderbeträge im Rahmen der Riester-Rente

	Grundzulage	Kinderzulage	Mindesteigenbeitrag	Sockelbetrag
2004	76,00 €	92,00 €	2 % des Brutto, max. 1.050,00 €	45,00 € ¹ 38,00 € ² 30,00 € ³
2005	76,00 €	92,00 €	2 % des Brutto, max. 1.050,00 €	60,00 € ⁴
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 €

¹ Sockelbetrag ohne zulagenberechtigte Kinder

² Sockelbetrag mit einem zulagenberechtigten Kind

³ Sockelbetrag mit zwei oder mehr zulagenberechtigten Kindern

⁴ einheitlicher Sockelbetrag ab 2005, eingeführt durch das Alterseinkünftegesetz

4. 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 B.VI.2., 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 erfolgt keine Anpassung der Renten – es kommt zu einer „Nullrunde“. Dies ist die Auswirkung der aktuellen Rentenmaßnahme (siehe dazu B.I.).

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 Rentner 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 %).

5. Rentenrechtliche Auswirkungen des Umzugs des Arbeitsplatzes von West nach Ost

Während es hinsichtlich der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung unerheblich ist, ob in den neuen oder alten Bundesländern die Arbeitsleistung erbracht wird, kann sich dies bei Beiträgen zur Renten- und Arbeitslosenversicherung auswirken (§ 228a SGB VI). Dabei bestimmt § 9,10 SGB IV, dass die Beitragsbemessungsgrenze des Gebietes maßgebend ist, in dem die Beschäftigung tatsächlich ausgeübt wird. Dabei gehört der Teil Berlins, in dem vor der Wiedervereinigung das Grundgesetz nicht galt, zum Beitrittsgebiet, also Ost. So wird z.B. der Umzug vom Potsdamer Platz (West) zum Ostbahnhof (Ost) rententechnische Veränderungen für zahlreiche Beschäftigte von ver.di mit sich bringen.

An einem Beispiel verdeutlicht bedeutet dies:

Verdienst von brutto 29.428 €, das entspricht dem Durchschnittsverdienst.

In West erhält man dafür 1 EP (Entgeltpunkt). In Ost wird 1 EP nach Anlage 10 zum SGB VI in der Zeit vom 1.1.2003-31.12.2004 mit dem Faktor 1,1949 höher bewertet, das entspricht damit 1,1949 EP. Multipliziert mit den jeweiligen aktuellen Rentenwerten (siehe Vorseite 4.) (1.7.2003-30.6.2005) ergibt dies folgende Monatsrente:

West: 1 EP x 26,13 € = 26,13 €
Ost: 1,1949 EP x 22,97 € = 27,45 €

(Anmerkung: Nach Ende des Angleichungsprozesses liegen die Rentenanwartschaften (Ost) für Beiträge im Jahr 2004 rd. 20% über den Rentenanwartschaften für gleiche Beiträge (West).)

Die monatlichen Beitragsbemessungsgrenzen betragen in 2004:

West: 5.150,00 € Ost: 4.350,00 €

Wer also ein monatliches sozialversicherungspflichtiges Bruttoarbeitsentgelt im Bereich zwischen 4.350,00 € und 5.150,00 € erzielt, wird bei einem Wechsel zwischen West und Ost Auswirkungen verspüren. Wer konkret in West für 5.150,00 € Beiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung entrichtet hat, muss dies nach dem Wechsel nur noch bis zu 4.350,00 € tun. Dies ergibt eine Beitragsersparnis jeweils für ArbeitnehmerIn und ArbeitgeberIn von monatlich 104,00 €.

Werden für einen geringeren Betrag (4.350,00 EUR statt für 5.150,00 EUR) Beiträge entrichtet, mindern sich natürlich auch die Rentenanwartschaften. Heutige Werte in dem Beispielfall (Monatsentgelt brutto 5.150,00 EUR) unterstellt ergibt sich für jedes Jahr „im Osten“ eine monatliche Rentenminderung von 6,18 EUR.

6. Existenzminimum

Die Bundesregierung hat nach dem Beschluss des Deutschen Bundestages vom 02.06.1995 alle zwei Jahre einen Bericht über die Höhe des Existenzminimums von Erwachsenen und Kindern vorzulegen.

Gegenstand des 5. Existenzminimumsberichtes vom 05.02.2004 ist die Darstellung der maßgebenden Beträge für die Bemessung der steuerfrei zu stellenden Existenzminima, denn nach der

Rechtssprechung des Bundesverfassungsgerichtes (vgl. BVerfGE 87, 153 [169]) muss dem Steuerpflichtigen nach Erfüllen seiner Einkommensteuerschuld von seinem Erworbenen zumindest soviel verbleiben, wie er für Bestreitung seines notwendigen Lebensunterhalts und – unter Berücksichtigung von Art. 6 Abs. 1 GG – desjenigen seiner Familie bedarf (Definition des Existenzminimums).

Jahreswerte in 2005:

	Alleinstehende	Ehepaare	Kinder
Regelsatz	4.164 €	7.488 €	2.688 €
Kosten der Unterkunft	2.592 €	3.984 €	804 €
Heizkosten	600 €	768 €	156 €
Sächliches Existenzminimum	7.356 €	12.240 €	3.648 €
Steuerlicher Freibetrag	7.664 €	15.329 €	3.648 €

Freibeträge für das sächliche Existenzminimum sowie den Betreuungs- und Erziehungs- oder Ausbildungsbedarf eines Kindes in 2005:

Freibetrag für das sächliche Existenzminimums	3.648 €
Freibetrag für den Betreuungs- und Erziehungs- oder Ausbildungsbedarf	2.160 €
Summe dieser Freibeträge:	5.808 €

Die Existenzminimumberichte können bei www.bundestag.de im Rahmen der BT-Drucksachen heruntergeladen werden:

Datum	Berichtsjahr	BT-Drucksache
02.02.1995	1996	13/381
17.12.1997	1999	13/9561
04.01.2000	2001	14/1926 ; 14/2770
04.12.2001	2003	14/7765 (neu)
05.02.2004	2005	15/2462

(J. K)

III. Beitragssätze in der Sozialversicherung

Grundsätzlich gilt:

Aufwendungen zur Gesetzlichen Renten-, Arbeitslosen-, Kranken- und Pflegeversicherung tragen ArbG und ArbN (grundsätzlich noch) je zur Hälfte. Die Aufwendungen zur Gesetzlichen Unfallversicherung trägt der ArbG alleine.

1. Gesetzliche Rentenversicherung (GRV)

Der Beitragssatz der Gesetzlichen Rentenversicherung beträgt ab 01. Januar 2004 weiterhin **19,5 %**. Die gleichen Beitragssätze gelten auch für das Beitrittsgebiet.

	Alte Bundesländer	Neue Bundesländer
Beitragsatz	19,5 %	19,5 %
Mindestbeitrag für freiwillig Versicherte (monatlich)	€ 78,00	€ 78,00
Höchstbeitrag für freiwillig Versicherte (monatlich)	€ 1.004,50	€ 1.004,50
Höchstbeitrag für Pflichtversicherte	€ 1.004,50	€ 848,26
Regelbeitrag für (rentenvers.pfl.) Selbständige * (einschließlich Handwerker)	€ 470,93	€ 395,85
Halber Regelbeitrag für Selbständige (in den ersten drei Kalenderjahren nach Aufnahme der selbständigen Tätigkeit)	€ 235,46	€ 197,93

* Möglichkeit einer geringeren Beitragsentrichtung, wenn das laufende Einkommen abnimmt (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 Beitragsatz des zurückliegenden Zeitraums.

2. Arbeitslosenversicherung (ArbIV)

Der Beitragsatz in der Arbeitslosenversicherung bleibt im Jahr 2004 unverändert bei **6,5 %**. Dieser Beitragsatz gilt auch in den neuen Bundesländern.

3. Soziale Pflegeversicherung (PflIV)

Für alle (freiwillig und Pflicht-) Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung, also bei den Erwerbstätigen, 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 Arbeitsentgelts als Pflegeversicherungsbeitrag zu übernehmen.)

Achtung:

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

Hinweis:

Zum Thema „Zukunft der Pflege“ hat der Bereich Sozialpolitik eine Informations- und Diskussionsbroschüre herausgegeben, die im Bereich angefordert werden kann.



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 entsprechen zu ermäßigen. Hier werden der Übersichtlichkeit halber nur die allgemeinen Beitragssätze abgedruckt. Die Beitragssätze können im Internet unter www.gkv-ag.de unter Grundlagen eingesehen werden.

Soweit hauptberuflich selbständige Erwerbstätige krankenversichert sind und die Beiträge wegen nachweislich niedriger Einnahmen gemessen an der Beitragsbemessungsgrenze nach der Mindestbemessungsgrundlage bemessen werden, beträgt diese Mindestbemessungsgrundlage im gesamten Bundesgebiet 1.811,25 € (§ 240 Abs.4 SGB V). 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 werden. Dies ist typischerweise dann der Fall, wenn durch Eintritt in die Altersteilzeit das sozialversicherungspflichtige Entgelt unter die Beitragsbemessungsgrenze fällt.

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	13,9 %
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	14,4 %
Hamburg-Münchener Krankenkasse	HaMü	14,7 %
Hanseatische Krankenkasse	HEK	14,3 %
Handelskrankenkasse Bremen*	HKK	13,5 %

* geöffnet in Bremen u. Niedersachsen

d. Die aktuellen Beitragssätze der Innungskrankenkassen (IKK):

Baden-Württemberg	14,9 %	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 %	Saarland	12,7 %
Hessen	15,2 %	Sachsen	13,1 %
IKK Direkt*	12,9 %	Schleswig-Holstein	14,5 %
IKK gesund plus**	13,9 %	Thüringen	13,5 %
Mecklenburg-Vorp.	14,9 %	Weser-Ems	13,6 %
		Westfalen	13,9 %

* Direktkrankenkasse ohne Geschäftsstellen

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

e. Die aktuellen Beitragssätze der Bundesknappschaft*:

ohne Mehrleistungen	12,6 % (ab 1.10.2004: 12,4 %)
mit Mehrleistungen**	14,0 % (ab 1.10.2004: 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	14,2 %	Hoechst	14,2 %	SBK	14,7 %
Bayer	14,4 %	Hypovereinsbank	13,7 %	Securita	13,5 %
Bertelsmann	12,9 %	Kaiser's	14,4 %	SEL	14,6 %
BKK 24	13,3 %	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	14,5 %	Spar	13,7 %
Continental	14,3 %	Mannesmann	14,4 %	Taunus**	13,8 %
DBV-Winterthur	13,8 %	Metro AG Kaufhof	14,9 %	TUI	13,3 %
Deutsche BKK	14,3 %	Neckermann	12,9 %	Victoria	13,5 %
Dr. Oetker	12,9 %	Novitas Vereinigte	13,9 %	WMF	14,5 %
Essanelle**	13,5 %	Gothaer VuD	13,9 %		

* aufgelistet sind nur betriebsübergreifende und bundesweit geöffnete BKKen

**Fusion im 1. Halbjahr 2004

(N. F.)



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 (Gleitzoneenregelungen) werden die arbeitsrechtlichen Bestimmungen und sozialpolitischen Überlegungen zum Umgang mit diesen Beschäftigungsverhältnissen angesprochen.

IV. Teilhabe behinderter Menschen in der Gesellschaft

1. Zur Novellierung des SGB IX

Das Sozialgesetzbuch Neun (SGB IX) wurde – nicht einmal drei Jahre alt – mit Wirkung vom 1. Mai 2004 erneut geändert (BGBl. I, S. 606-613). Mit Hilfe der Gesetzesänderung soll insbesondere die Bereitschaft der Arbeitgeber zur Ausbildung und Beschäftigung behinderter und schwerbehinderter Jugendlicher gefördert werden. Aber auch der Ausbau von Beschäftigungsmöglichkeiten für schwerbehinderte Menschen und die Sicherung bestehender Arbeitsverhältnisse ist das Ziel der Gesetzesänderung.

Die im Vorfeld der Novellierung von ver.di eingebrachten Änderungsvorschläge wurden nur teilweise berücksichtigt. Zum Beispiel konnte die allgemeine Gültigkeit der Beschäftigungspflichtquote für alle Betriebe und Branchen (§ 73 SGB IX) erhalten werden. Eine Ausnahme von der Beschäftigungspflicht für einzelne Branchen, wie z.B. der Lufthansa, konnten wir verhindern. Die Forderung nach einer Ausbildungsquote für schwerbehinderte Jugendliche scheiterte jedoch am massiven Widerstand des Bundesrates und findet sich im Gesetz nicht wieder [*]. Auch bleibt es bei der dauerhaft abgesenkten Beschäftigungspflichtquote von 5 % – zumindest bis zum 30.06.2007. Dann berichtet die Bundesregierung über die Auswirkungen der abgesenkten Quote und schlägt gegebenenfalls Änderungen vor (vgl. § 160 SGB IX).

Obwohl wir uns nicht mit allen Forderungen durchsetzen konnten und nach wir vor Kritik an dem Gesetz üben sehen wir einzelne Änderungen im SGB IX als geeignet an, die Situation behinderter und schwerbehinderter Menschen auf dem Arbeits- und Ausbildungsmarkt zu verbessern. Hierzu bedarf es jedoch der klaren Bereitschaft der Arbeitgeber, sich daran zu beteiligen.

Dem Ausbau der innerbetrieblichen Prävention (Kündigungsprävention) mit dem Ziel der Beschäftigungssicherung und Beschäftigungsförderung messen wir einen hohen Stellenwert zu. Mit Hilfe des neugefassten § 84 Abs. 2 SGB IX in Zusammenhang mit den erweiterten Regelungen für den Abschluss von Integrationsvereinbarungen (§ 83 SGB IX) sollen die betrieblichen Akteure Maßnahmen entwickeln (können), um Arbeitsverhältnisse zu sichern und Beschäftigung zu fördern (Betriebliche Prävention).

Der folgende Beitrag zeigt einen Weg auf, wie sich Schwerbehindertenvertretungen und Betriebs- / bzw. Personalräte oder Mitarbeitervertretungen dieser Aufgabe nähern können.

[*] Eine Synopse aller Änderungen im SGB IX ist zu finden unter:

http://admin.integrationsaemter.de/uploads/534/geaenderteSYNOPSE_zum_SGBIX_070604.pdf

2. Ein Rahmen für integrierte Ansätze betrieblicher Prävention

Das Instrument der Integrationsvereinbarung schafft nach der letzten Gesetzesänderung rein theoretisch die Voraussetzung, gesundheitsbedingte Beschäftigungsprobleme durch Prävention abzubauen. Im hinzugefügten Absatz 2a Punkt 5 des § 83 Sozialgesetzbuch IX heißt es dazu: *„In der Vereinbarung können insbesondere Regelungen getroffen werden >zur Durchführung der betrieblichen Prävention (betriebliches Eingliederungsmanagement) und zur Gesundheitsförderung<“*.

Damit gesundheitsbedingte Beschäftigungsprobleme nicht zum Jobkiller werden, sollen „möglichst frühzeitig“ präventive Maßnahmen eingeleitet werden. Der Änderung im § 84 SGB IX zur Folge muss dies geschehen, wenn „Beschäftigte innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig“ (vgl. Anhang I) sind.

Gesundheitsbedingte Beschäftigungsprobleme sollen rechtzeitig, d.h. vorbeugend gelöst werden, um in der Folge Kündigungen vermeiden zu können. Bei 500.000 krankheitsbedingten Kündigungen pro Jahr besteht eindeutiger Handlungsbedarf (vgl. DGB 2003). Betriebliche Prävention und Gesundheitsförderung als Ansatz der Teilhabeförderung und –sicherung im Rahmen eines zu entwickelnden betrieblichen Eingliederungs- bzw. Rehamanagements ist das langfristige Ziel.

Um dieses Ziel allerdings auf Dauer zu ermöglichen, ist es notwendig:

1. Ein handhabbares Konzept konkreter Zwischenschritte zu entwickeln, das flankierend durch kollektive Regelungen in der Integrationsvereinbarung günstige Voraussetzungen schafft, die individuellen Problemlagen im Sinne der Betroffenen und der Unternehmen zu lösen.
2. Gleichzeitig gilt es, die Arbeit der Schwerbehindertenvertretung im Rahmen der Aufgaben des § 84 „Prävention“ verstärkt in die vorhandenen Strukturen der betrieblichen Gesundheitspolitik zu integrieren.

Ein Rahmen für die langfristige Orientierung bietet das folgende Schema:

Betriebliche Gesundheitspolitik:

Gesundheitsförderung	Klassischer Arbeits- und Gesundheitsschutz	Betriebliche Prävention & Rehamanagement – SGB IX
Gesundheitsexperten	Betriebsarzt	Arbeitgebervertreter
Betriebliche Akteure des Arbeits- und Gesundheitsschutzes	Fachkraft für Arbeitssicherheit	Schwerbehindertenvertretung
Krankenkassen	Betriebs- bzw. Personalrat (Schwerbehindertenvertretung)	Betriebsarzt (Betriebs- bzw. Personalrat)
Gesundheitsdienste	Berufsgenossenschaften	Integrationsämter & -fachdienste
	Gewerbeaufsicht	Arbeitsamt

(vgl. auch iqpr 2004)

Aus diesem Schema ergibt sich eine Arbeitsteilung, die durchaus Sinn macht und aufrecht erhalten werden sollte.

Es skizziert unterschiedliche Verantwortungsbereiche, denen sich Personen zuordnen lassen. Gleichzeitig macht es Schnittmengen einer „integrierten, betrieblichen Gesundheitspolitik“ deutlich, die zunehmend aufeinander abgestimmt werden müssen.

Für die Arbeit der Schwerbehindertenvertretung und die der Betriebs- bzw. Personalräte ergibt sich daraus einmal mehr die Verpflichtung, gemeinsam die Interessen von behinderten und von Behinderung bedrohter Menschen wahrzunehmen.

Dies macht der § 84 Abs. 2 SGB IX nochmals deutlich – der Rechtsänderung entsprechend sollen nicht mehr nur schwerbehinderte Menschen, sondern alle Beschäftigte erfasst werden, die länger als sechs Wochen innerhalb eines Jahres arbeitsunfähig sind.

Durch diese Änderung ist der Betriebs- bzw. Personalrat verstärkt in der Pflicht, sich an der Entwicklung und Umsetzung präventiver Maßnahmen zu beteiligen. Am besten wird ihm dies gelingen, wenn er eng mit der Schwerbehindertenvertretung zusammenarbeitet.

Um diesen Prozess zu befördern, kann es hilfreich sein, mit Fragen zu beginnen, die die Ausgangssituation für die beschriebene Zusammenarbeit erfassen, um daran anknüpfend den Aufbau bzw. Ausbau der Zusammenarbeit voranzutreiben:

1. Gibt es im Betrieb Ansätze betrieblicher Prävention und Gesundheitsförderung?
2. Folgen diese Ansätze dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse? (vgl. dazu z.B. Anhang II)
3. Welche betrieblichen Erfahrungen wurden bisher gesammelt? Welche positiven Erfahrungen gibt es? Welche Schwierigkeiten haben sich bisher in der Umsetzung gezeigt? Wie wird damit umgegangen?
4. Werden die vorhandenen Ansätze den Anforderungen gerecht oder müssen diese effizienter gestaltet werden?
5. Welche betrieblichen Akteure und Institutionen der betrieblichen Gesundheitspolitik gibt es? Wie arbeiten diese? Wo gibt es Querschnittsaufgaben und wie sind diese aufeinander abgestimmt und verzahnt? Kann die Kooperation noch verbessert werden?
6. Welche überbetrieblichen Institutionen unterstützen diesen Prozess? Welche könnten bzw. sollten verstärkt einbezogen werden?

ver.di-Broschüren:

„Tipps für neu- und wiedergewählte Schwerbehindertenvertretungen“ und „Die Integrationsvereinbarung“

Als Leitfäden bieten sie betrieblichen Praktikern eine erste Orientierung zu den Anforderungen des SGB IX. Während die erste Broschüre einen Überblick über das Aufgaben- und Handlungsfeld der Schwerbehindertenvertretung inklusive rechtlicher Grundlagen und Durchsetzungsmöglichkeiten vermittelt, widmet sich die zweite Broschüre ausführlich einem Kernelement des neuen Gesetzes: Der Integrationsvereinbarung.



Sowohl Schwerbehindertenvertretungen als auch Betriebs- und Personalratsgremien sowie Mitarbeitervertretungen finden hier eine Vielzahl praktischer Anregungen, die ihre Arbeit einfacher machen.

Zu bestellen sind die Broschüren für je 12,00 € unter folgender Adresse:

Verlag Meinhardt

65510 Idstein/Taunus

Tel.: 06126/58 86 88

Tel.: 06126/58 86 89

E-Mail: info@meinhardt-kommunikation.de

Außerdem gibt es eine kleine Broschüre, die sich direkt an erwerbstätige Menschen mit Behinderung wendet:

„15 Tipps für behinderte ArbeitnehmerInnen“

Auf wenigen Seiten und in aller Kürze werden dort folgende Fragen erörtert:

Wie bekomme ich den geeigneten Arbeitsplatz?

Wie setze ich meine Rechte durch?

Wie komme ich zu einer Reha-Maßnahme?

Behindert und arbeitslos – Wie bekomme ich einen Job?

Zu beziehen ist die für 0,25 € Broschüre bei:

IVB Direktmarketing GmbH

Kontaktperson – Frau Lange

Ruhweg 21

67307 Göllheim

Tel.: 06351-132524

Email: ver.di@ivb-gmbh.de


7. Werden in diesen Zusammenhängen, die Interessen bzw. der Bedarf von behinderten und von Behinderung bedrohter Menschen mitgedacht bzw. folgen daraus konkrete Maßnahmen?

Betriebliche Prävention im Sinne des SGB IX und unter Berücksichtigung des oben beschriebenen Ansatzes einer integrierten Gesundheitspolitik verlangt zudem eine Konkretisierung der Fragen, die Betriebs- bzw. Personalräte und Schwerbehindertenvertretung zusammen beantworten sollten:

1. Wie ist die Gesundheitssituation der Beschäftigten im Betrieb? Wie ist die Belastungssituation? Werden arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren erfasst? Wie wirkt sich die Situation auf behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen aus?
2. Wird über die o.g. Themen im Betrieb informiert [Betriebs- und Abteilungsversammlungen, Schwarzes Brett, Betriebszeitung, Intranet, Gewerkschaft]? Werden Zusammenhänge zwischen Arbeit, Wohlbefinden und Gesundheit aufgezeigt?
3. Besteht ein betriebliches Frühwarnsystem? Welche Aspekte werden dabei berücksichtigt [Analyse von Fehlzeiten, Arbeitszufriedenheit, Arbeitsqualität, Sonstiges]?

Wenn ja, wie werden die einzelnen Aspekte zueinander in Beziehung gesetzt?

4. Gibt es Regelungen bzw. Vereinbarungen zur stufenweisen Wiedereingliederung?
5. Werden im Betrieb ganzheitliche Gefährdungsanalysen durchgeführt, in denen auch die Situation von behinderten und von Behinderung bedrohter Menschen berücksichtigt wird?
6. Gibt es Ansätze der betrieblichen Gesundheitsförderung, die speziell für behinderte und von Behinderung bedrohter Menschen gedacht sind?
7. Wie arbeiten Schwerbehindertenvertretung und Betriebsrat bzw. Personalrat zusammen, um die Interessen des oben genannten Personenkreises zu fördern und zu sichern?

- 
8. Bestehen Ansätze für ein aufeinander abgestimmtes Vorgehen von Gesundheitsexperten, Arbeitsschützern, betrieblicher Interessenvertretung und Schwerbehindertenvertretung?
 9. Gibt es Ansätze für eine integrierte betriebliche Gesundheitspolitik [z.B. integrierte Arbeitsschutz- und Gesundheitsmanagementsysteme]?

Natürlich erhebt die Zusammenstellung der Fragen keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sie dient vielmehr zur Anregung und zur Entwicklung eigener Fragestellungen. Letztlich sollen sie alle nur dem einen Ziel dienen, die betriebliche Ist-Situation zu erfassen, um den Rahmen für ein gemeinsames Vorgehen und Handeln näher bestimmen zu können.

Je konkreter die wesentlichen Aspekte der betrieblichen Situation anhand von Fragen ermittelt werden, desto erfolgreicher wird sich die gemeinsame Wahrnehmung der Interessen behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen gestalten können.

Gleichzeitig soll damit nochmals in Erinnerung gebracht werden, wie wichtig es ist, Querschnittsaufgaben zu erkennen und zu definieren, damit letztlich eine enge Zusammenarbeit im Interesse der Betroffenen zustande kommt.

In einem integrierten Ansatz münden die Bestrebungen, wenn langfristig folgende Bereiche der betrieblichen Gesundheitspolitik besser aufeinander abgestimmt werden:

1. Der Bereich der betrieblichen Prävention im Sinne der §§ 83 Abs. 2a Punkt 5 und 84 des SGB IX.
2. Der Bereich des klassischen Arbeits- und Gesundheitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung im Sinne einer umfassenden betrieblichen Gesundheitspolitik, vertreten durch die Akteure des Arbeitsschutzes [Fachkraft für Arbeitssicherheit, Betriebs- bzw. Werksarzt, Gesundheitsexperten, Betriebs- bzw. Personalräte, Schwerbehindertenvertretung]
3. Der Bereich betrieblicher Regelungen und Mitbestimmung im Rahmen von Betriebs-, Dienst- und Integrationsvereinbarungen vor dem Hintergrund überschneidender und überlappender Zielsetzungen unterschiedlicher Gesetze [z.B. Arbeitsschutzgesetz und SGB IX]; d.h. die konsequente Ausgestaltung der Regelungsbereiche durch Arbeitnehmervertretung und Arbeitgebervertretung mit Zielvereinbarungen und wirksamen Kontrollmechanismen der Umsetzung.
4. Der Bereich der überbetrieblichen Kooperation mit externen Institutionen und Sachverständigen – mit Schwerpunkt auf die „begleitenden Hilfen im Arbeitsleben“ [u.a. durch Zusammenarbeit mit Integrationsämtern, -fachdiensten, Bundesagentur für Arbeit, Krankenkassen, Unfallversicherungsträgern].

In der Summe handelt es sich dabei natürlich um Querschnittsbereiche mit entsprechenden Querschnittsaufgaben, die nicht von einem Tag auf den anderen aufeinander abgestimmt werden können. Sie müssen schrittweise – ausgehend von der jeweiligen betrieblichen Situation – in handhabbare Konzepte umgesetzt werden.

Dabei sollte am Anfang die Devise stehen: „Weniger ist mehr“ – sofern das Wenige durchdacht und gründlich ist – d.h. sich das Wenige an den beschriebenen Grundsätzen der Koordination und Kooperation orientiert und damit die langfristige Perspektive einer integrierten, betrieblichen Gesundheitspolitik verfolgt wird.

Der Erfolg der Arbeit wird sich letztlich daran bemessen, ob gesundheitsbedingte Beschäftigungsprobleme im Interesse der betroffenen Personen gelöst, d.h. ihre Beschäftigung durch vorbeugende Maßnahmen gesichert werden können; oder ob verkürzte Konzepte, wie es sie verein-

zelt in der Praxis gibt, Schule machen und den eigentlichen Sinn der §§ 83 und 84 SGB IX in Frage stellen. In diesen Konzepten wird der „präventiv“ gedachte Kündigungsschutz zur Vorbereitung von Kündigungen instrumentalisiert. Das wird immer dann geschehen, wenn betriebliche Gesundheitspolitik und insbesondere betriebliches Rehabilitationsmanagement zu einseitig auf Krankenrückkehrgespräche und kurzfristige Krankenstandssenkung zielt.

3. Rechtliche Grundlagen

Die wesentlichen rechtlichen Grundlagen für eine umfassende Gesundheitspolitik im Betrieb sind im Sozialgesetzbuch IX, im Arbeitsschutzgesetz sowie im Betriebs- bzw. Bundespersonalvertretungsgesetz enthalten, zu interpretieren und mit Phantasie umzusetzen.

Allgemein gilt als Grundsatz – und darüber ist eine Verständigung zu erzielen:

< Die Schwerbehindertenvertretung ist bei der Verfolgung ihrer Ziele – Teilhabeförderung und –sicherung von Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohter Menschen im Arbeitsleben – auf die Mitbestimmungsrechte der Betriebs- bzw. Personalräte angewiesen und soll es auch bleiben >.

Denn zwei unterschiedliche Mitbestimmungsinstanzen im Betrieb vertragen sich in der Regel nicht und laufen Gefahr, gegeneinander ausgespielt zu werden. Die notwendige Kooperation zwischen Schwerbehindertenvertretung und Betriebs- bzw. Personalrat würde ggf. unterlaufen und wäre kontraproduktiv im Hinblick auf die Umsetzung einer umfassenden betrieblichen Gesundheitspolitik.

Um der Arbeit von Schwerbehindertenvertretungen – insbesondere im Bereich der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung aber auch im Arbeitsschutz – Nachdruck zu verleihen, bedarf es der engen Kooperation mit den Betriebs- bzw. Personalräten. Ihre Mitbestimmungsrechte können helfen, präventive und gesundheitsfördernde Regelungen auf einen festen Boden zu stellen.

Beim Abschluss von Integrationsvereinbarungen empfiehlt sich daher, diese in der Form von Betriebs- bzw. Dienstvereinbarungen abzuschließen. Wobei zu klären ist, ob es sich um „freiwillige Betriebsvereinbarungen“ oder um Betriebsvereinbarungen mit „mitbestimmungspflichtigen Inhalten“ handelt.

Zum Beispiel sind Regelungen über die Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten sowie über den Gesundheitsschutz im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften oder Unfallverhütungsvorschriften mitbestimmungspflichtig (vgl. § 87 Abs. 1 Nr. 7 BetrVG). Für Integrationsvereinbarungen mit vergleichbaren Regelungsinhalten würde die Mitbestimmungspflichtigkeit demzufolge ebenfalls bestehen.

Für den Fall, dass es zwischen dem Arbeitgeber und dem Betriebsrat in den oben genannten Fällen zu keiner Einigung kommt, bestünde für eine der Betriebsparteien die Möglichkeit, die Einigungsstelle anzurufen. Diese hätte dann rechtsverbindlich zu entscheiden. (vgl. M. Schwarzbach, 2003, S. 39)

Im Anwendungsbereich des BPersVG, (vgl. § 75 Abs. 3 Nr. 11 BPersVG) besteht das Mitbestimmungsrecht des Personalrates – anders als das des Betriebsrates nach § 87 Abs. 1 Nr. 7 BetrVG – nicht nur „im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften....“ sondern darüber hinaus auch dann, wenn der Dienststellenleiter aus freiem Entschluss eine Maßnahme des Gesundheitsschutzes beabsichtigt. Dementsprechend kann auch der Personalrat aufgrund seines Initiativrechtes nach

§ 70 Abs. 1 BPersVG über den Rahmen der gesetzlichen Vorschriften hinausgehende Maßnahmen vorschlagen. (vgl. Altvater, BPersVG, 5. Aufl. 2004, S. 743 ff).

Literatur

Altvater/Hamer/Ohnesorg/Peiseler: Bundespersonalvertretungsgesetz, Kommentar für die Praxis, 5. Aufl., 2004, Bund-Verlag

BIH [Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen]: Integrationsvereinbarungen – konkret, klar und realistisch, 2004, H:\PDF\Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen – Integrationsvereinbarung – Konkret klar und realistisch!.html

DGB [Deutscher Gewerkschaftsbund]: Gesundheits- und alterngerechte Arbeit / Ein zentrales Ziel für eine Reform des SGB IX, 26.11.2003, Berlin.

IQPR [Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation]: Prävention und Rehabilitation zur Verhinderung von Erwerbsminderung /2. Entwurf, 2004, Köln.

Kossens/von der Heide/Maaß: Praxiskommentar zum Behindertenrecht (SGB IX), 2002, München.

Knittel: SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen / Kommentar, 2001, Starnberg.

Schwarzbach: Die Vertretung schwerbehinderter Menschen, 2003, Frankfurt.

Anhang I

§ 83 und § 84 SGB IX – (Stand: 01.05.04)

§ 83 Integrationsvereinbarung

- (1) Die Arbeitgeber treffen mit der Schwerbehindertenvertretung und den in § 93 genannten Vertretungen in Zusammenarbeit mit dem Beauftragten des Arbeitgebers (§98) eine verbindliche Integrationsvereinbarung. Auf Antrag der Schwerbehindertenvertretung wird unter Beteiligung der in § 93 genannten Vertretungen hierüber verhandelt. Ist eine Schwerbehindertenvertretung nicht vorhanden, steht das Antragsrecht den in § 93 genannten Vertretungen zu. Der Arbeitgeber oder die Schwerbehindertenvertretung können das Integrationsamt einladen, sich an den Verhandlungen über die Integrationsvereinbarung zu beteiligen. Der Agentur für Arbeit und dem Integrationsamt, die für den Sitz des Arbeitgebers zuständig sind, wird die Vereinbarung übermittelt.
 - (2) Die Vereinbarung enthält Regelungen im Zusammenhang mit der Eingliederung schwerbehinderter Menschen, insbesondere zur Personalplanung, Arbeitsplatzgestaltung, Gestaltung des Arbeitsumfelds, Arbeitsorganisation, Arbeitszeit sowie Regelungen über die Durchführung in den Betrieben und Dienststellen. Bei der Personalplanung werden besondere Regelungen zur Beschäftigung eines angemessenen Anteils von schwerbehinderten Frauen vorgesehen.
- (2a) In der Vereinbarung können insbesondere auch Regelungen getroffen werden
1. zur angemessenen Berücksichtigung schwerbehinderter Menschen bei der Besetzung freier, frei werdender oder neuer Stellen,
 2. zu einer anzustrebenden Beschäftigungsquote, einschließlich eines angemessenen Anteils schwerbehinderter Frauen,

- 3. zu Teilzeitarbeit,
 - 4. zur Ausbildung behinderter Jugendlicher,
 - 5. zur Durchführung der betrieblichen Prävention (betriebliches Eingliederungsmanagement) und zur Gesundheitsförderung,
 - 6. über die Hinzuziehung des Werks- oder Betriebsarztes auch für Beratungen über Leistungen zur Teilhabe sowie über besondere Hilfen im Arbeitsleben.
- (3) In den Versammlungen schwerbehinderter Menschen berichtet der Arbeitgeber über alle Angelegenheiten im Zusammenhang mit der Eingliederung schwerbehinderter Menschen.


§ 84 Prävention

- (1) Der Arbeitgeber schaltet bei Eintreten von personen-, verhaltens- oder betriebsbedingten Schwierigkeiten im Arbeits- oder sonstigen Beschäftigungsverhältnis, die zur Gefährdung dieses Verhältnisses führen können, möglichst frühzeitig die Schwerbehindertenvertretung und die in § 93 genannten Vertretungen sowie das Integrationsamt ein, um mit ihnen alle Möglichkeiten und alle zur Verfügung stehenden Hilfen zur Beratung und mögliche finanzielle Leistungen zu erörtern, mit denen die Schwierigkeiten beseitigt werden können und das Arbeits- oder sonstige Beschäftigungsverhältnis möglichst dauerhaft fortgesetzt werden kann.
- (2) Sind Beschäftigte innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig, klärt der Arbeitgeber mit der zuständigen Interessenvertretung im Sinne des § 93, bei schwerbehinderten Menschen außerdem mit der Schwerbehindertenvertretung, mit Zustimmung und Beteiligung der betroffenen Person die Möglichkeiten, wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden werden und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann (betriebliches Eingliederungsmanagement). Soweit erforderlich wird der Werks- oder Betriebsarzt hinzugezogen. Die betroffene Person oder ihr gesetzlicher Vertreter ist zuvor auf die Ziele des betrieblichen Eingliederungsmanagements sowie auf Art und Umfang der hierfür erhobenen und verwendeten Daten hinzuweisen. Kommen Leistungen zur Teilhabe oder begleitende Hilfen im Arbeitsleben in Betracht, werden vom Arbeitgeber die örtlichen gemeinsamen Servicestellen oder bei schwerbehinderten Beschäftigten das Integrationsamt hinzugezogen. Diese wirken darauf hin, dass die erforderlichen Leistungen oder Hilfen unverzüglich beantragt und innerhalb der Frist des § 14 Absatz 2 Satz 2 erbracht werden. Die zuständige Interessenvertretung im Sinne des § 93, bei schwerbehinderten Menschen außerdem die Schwerbehindertenvertretung, können die Klärung verlangen. Sie wachen darüber, dass der Arbeitgeber die ihm nach dieser Vorschrift obliegenden Verpflichtungen erfüllt.
- (..)
- (4) Die Rehabilitationsträger und die Integrationsämter können Arbeitgeber, die ein betriebliches Eingliederungsmanagement einführen, durch Prämien oder einen Bonus fördern.

Anhang II – Beispiel für neuere wissenschaftliche Erkenntnisse

Initiative „Neue Qualität der Arbeit“

Dauerstress kann der Auslöser chronisch-degenerativer Krankheiten sein. Hierzu zählen Krebs, Muskel- und Skeletterkrankungen, Herz- und Kreislaufbeschwerden und Depressionen. Schätzungen zufolge sind in der EU 16 Prozent der Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Männern und 22 Prozent bei Frauen auf Stress am Arbeitsplatz zurückzuführen. Auch Störungen des Immunsystems



und verhaltensbezogene Probleme, die sich beispielsweise in erhöhtem Alkoholkonsum und Aggressivität ausdrücken können, werden mit Stress in Verbindung gebracht.

Internationale Forschungsergebnisse zeigen, dass das Risiko des Herzinfarkts in dem Maße steigt, in dem die Handlungsspielräume zur Bewältigung des Zeit- und Leistungsdrucks für den einzelnen Beschäftigten abnehmen. Diese Tendenz verstärkt sich noch bei fehlender sozialer Unterstützung durch Vorgesetzte bzw. fehlendem Verständnis der KollegInnen. Auch mangelnde Bestätigung der eigenen Arbeit kann sich negativ auf die Gesundheit auswirken.

Zahlreiche Studien verdeutlichen die Größenordnung des Problems „Stress im Arbeitsleben“. Eine repräsentative Erhebung unter Erwerbstätigen in der Bundesrepublik Deutschland, die das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) und das Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) 1998/1999 durchgeführt haben, zeigt, dass die Hälfte der befragten Arbeitnehmer häufig unter Termindruck arbeitet. 46 Prozent gaben an, dass Stress und Arbeitsdruck in den letzten zwei Jahren erheblich zugenommen haben. In Branchen, die stark von Umstrukturierung und Rationalisierung geprägt waren wie z.B. die Bahn, die Post und die Telekommunikation (durch Privatisierung) lagen die Werte diesbezüglich deutlich höher.

Eine Zusammenfassung der Ergebnisse zur Arbeitssituation, Tätigkeits- und Qualifikationsstruktur finden Sie im Internet unter – Ausführliche Befragungsergebnisse zu den Arbeitsbelastungen – in der Publikation von Werner Dostal, Rolf Jansen, Klaus Parmentier (Hrsg.) „Wandel der Erwerbsarbeit“ Arbeitssituation, Informatisierung, berufliche Mobilität und Weiterbildung (Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung Nr. 231), Nürnberg 2000.

Sie ist auch unter <http://www.iab.de/> zu bestellen.

Eine vergleichbare Untersuchung auf europäischer Ebene aus dem Jahr 2000, durchgeführt von der Europäischen Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen in Dublin kam zu ähnlichen Ergebnissen. Die Umfrage steht Ihnen hier als pdf-Datei, und die Zusammenfassung der Ergebnisse als pdf-Datei zum Herunterladen zur Verfügung.

Quelle: <http://www.inqa.de/themen/folgen.cfm>

(C.D. und R.S.)

V. Altersteilzeit

Durch das Dritte Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt vom 23.12.2003 (BGBl. I S. 2848), das sogenannte Hartz III -Gesetz wurden **mit Wirkung zum 01.07.2004** Bestimmungen des Altersteilzeitgesetzes geändert. Im Wesentlichen wurde das Regelarbeitsentgelt als neue Berechnungsgrundlage für den Aufstockungsbetrag und die zusätzlichen Rentenversicherungsbeiträge eingeführt und die Insolvenzsicherung bei Altersteilzeitarbeit im Blockmodell näher ausgestaltet.

Durch das RV-Nachhaltigkeitsgesetz (näheres dazu unter B.II.), wird das Renteneintrittsalter bei Inanspruchnahme der „Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeit“ angehoben. Nachfolgender Aufsatz aus der Juni-Ausgabe 2004 von „Arbeitsrecht im Betrieb“ (AiB), den wir hier mit freundlicher Genehmigung des AiB-Verlages auch deshalb abdrucken, da der aus dem Bereich Sozialpolitik/Gesundheitspolitik stammt, informiert über die ab 01.07.2004 geltenden Neuregelungen und die inhaltlich dazu gehörenden Änderungen durch das RV-Nachhaltigkeitsgesetz.

Für den Bereich des **öffentlichen Dienstes** und der **Beamtinnen und Beamten** wird in „Der Personalrat“ im Juli 2004 ebenfalls ein Aufsatz zu den Neuregelungen speziell für den genannten Bereich zu finden sein.

Nach heutigen Prognosen wird die Altersteilzeit zum Ende 2009 auslaufen. Als „Nachfolgemodell“ werden dann Langzeitarbeitszeitkonten ggf. die Funktion der Altersteilzeit hinsichtlich eines vorzeitigen Ausstiegs aus dem Erwerbsleben übernehmen. Damit sind in sozialpolitischer Hinsicht spannende Fragen insbesondere zur sozialen Absicherung verbunden. Der Bereich Sozialpolitik wird dieses Thema im 2. Halbjahr 2004 aufnehmen und hier die Verknüpfung von Altersteilzeit, Zeitguthaben und betrieblicher Altersversorgung informieren. (J.K.)

Neuregelungen zur Altersteilzeit ab dem 1. Juli 2004



Das neue Gesetz für moderne Arbeitsplätze am Arbeitsmarkt vom 25. 12. 2003 hat auch Auswirkungen auf das Altersteilzeitgesetz. Die Neuregelungen treten am 1. 7. 2004 in Kraft.

Durch das Dritte Gesetz für moderne Arbeitsplätze am Arbeitsmarkt vom 25. 12. 2003 (BGBl. I S. 2649), das in seinem Satz 14-Gesetz, wurde mit Wirkung vom 1. 7. 2004 die Neuregelungen des Altersteilzeitgesetzes geändert. Im Wesentlichen wurde das Regelungsgehalt als neue Beschäftigungsgrundlage für den Arbeitsvertrag und die zusätzliche Altersversicherungspflicht eingeführt und die Arbeitsvertrag bei Alterssteilzeit im Rückblick wieder angepasst.

Die weitere gesetzliche Neuregelung wird sich auf die Alterssteilzeit unmittelbar auswirken für durch das Gesetz zur Sicherung der rechtlichen Beschäftigungsgrundlage der gesetzlichen Altersversicherung (Bf-Verfahrensgesetz) angepassten rechtlichen

Arbeitsvertrag werden die Dauer und Lage der Alterssteilzeit wesentlich beeinflusst. Deshalb werden in diesem zweiten Teil diese Neuregelungen kurz dargestellt.

Die Neuregelungen im Altersteilzeitgesetz (ATZ) gelten für Alterssteilzeitverhältnisse, die nach dem 18. 6. 2003 begonnen. Maßgebend ist nicht der Vertragsabschluss, sondern der rechtsverbindliche Beginn der Alterssteilzeit.

§ 113 Abs 1 bestimmt, dass für Alterssteilzeit, die vor dem 1. 7. 2004 begonnen wurde, die Vorschriften der bis zum 30. 6. 2004 geltenden Fassung des ATZ mit Ausnahme des § 15 Abs 1 (Voraussetzungen für die Alterssteilzeit) weiterhin anzuwenden sind. Somit ist insbesondere das Arbeitsverhältnis und insbesondere die mit dem Arbeitgeber eine Al-

terssteilzeitvereinbarung vor dem 1. 7. 2004 geschlossen und die Alterssteilzeit begonnen haben, ihre Alterssteilzeit nach den bisherigen Regelungen planungssicher abschließen können. Alterssteilzeitverträge, die im Hinblick auf die Aufhebung des Dienstverhältnisses im Bf-Verfahrensgesetz vom 11. 12. 2003 abgeschlossen wurden, sind davon befreit nach dem § 1. 2004 liegt, falls unter der neuen Rechtslage.

Arbeitgeber haben die Möglichkeit, auf Antrag – auch bei bereits laufendem Freistellungsverfahren – von dem neuen Regelungen Gebrauch zu machen. Dies betrifft aber ausschließlich die Verhältnisse zwischen Arbeitgeber und der Frau. Entsprechend für Arbeit für das laufende Freistellungsverfahren.

Nach wie vor gilt, dass Alterssteilzeit vor dem Beginn zu vereinbaren ist. Die Vereinbarung muss so abgefasst sein, dass der Alterssteilzeitbeschäftigte mindestens so lange dauert, bis eine Alterssteilzeit durch eine gesetzliche Anspruchsgründung gemindert werden kann. Ausdrücklich werden die vollständigen Bestimmungen des § 113 Abs 1.

Auch wenn das ATZ eine Rahmenregelung ist, das Ansprüche zwischen der Bundesagentur für Arbeit (BA) und dem Arbeitgeber regelt, ist es wichtig, darauf zu achten, wenn der jeweilige Arbeitgeber keine Freistellungsleistungen der Bundesagentur für Arbeit beantragt, dass Alterssteilzeit im Sinne des ATZ vorliegt. Liegt keine Alterssteilzeit vor, können z. B. die „Alterssteilzeit wegen Arbeitslosigkeit“ sowie die gleichzeitigen – und unterschiedlichen – rechtlichen Vorteile der Alterssteilzeit nicht in Anspruch genommen werden.

Im folgenden werden die Neuregelungen ab dem 1. 7. 2004 dargestellt.

Die Neuregelungen des ATZ haben, wenn und solange eine entsprechende Dienstvereinbarung z. B. in einem Tarifvertrag oder in einer Betriebsvereinbarung besteht, keinen Einfluss auf die Arbeitsverhältnisse und Arbeitsvertrag in Al-

werden. Ist z. B. im Tarifvertrag festgeschrieben, dass alle Regelarbeitszeit- und Jahressonderurlaubstage automatisch werden, dann gilt dies auch für Einzelabteilungen, die nach einem Rechtsstreit nicht mehr zum Regelarbeitszeitplan gehören.

Bereits im Vorfeld der geplanten Änderungen haben Arbeitgeber gegenüber den Tarifvertrags- und Betriebsräten den Wunsch geäußert, z. B. alle Jahressonderurlaube in monatlichen Raten anzurufen, um so auch für diesen Betrag die Fixierung von der Bundesagentur für Arbeit zu erhalten. Diese Forderung obliegt den Tarifvertrags- und Betriebsräten.

1. Teil Änderungen im Alterszeitlosgesetz

Das Regelarbeitsentgelt als neue Berechnungsgrundlage

Das Regelarbeitsentgelt als zentrale Bezugsgröße für die Zulassung wird in § 4 Abs. 1 Abs. 1 neu definiert. Dabei handelt es sich um das auf einen Monat aufzulegende von Arbeitgeber regelmäßig zu zahlende unterverrechnungspflichtige Arbeitsentgelt, soweit es die Beitragsbemessungsgrenze (BBG) des § 10a SGB IV für 2024 als Bundesländer monatlich 5.290,00 (Osterr Bundesländer 5.110,00 €) nicht übersteigt, ist Regelarbeitsentgelt, das nicht laufend gezahlt werden, und nicht berücksichtigungspflichtig. Bei z. B. variablen Lohnbestandteilen ist das Regelarbeitsentgelt grundsätzlich jedes Monat neu festzusetzen. Dabei darf sich hier die monatliche Beitragsbemessungsgrenze im SGB IV nicht überschreiten werden.

Bei vorübergehender Abminderung ist die Fixierung der tatsächlichen Abminderung und der Fremdbildung das in dem jeweiligen Zeitraum fällig laufende Arbeitsentgelt als Regelarbeitsentgelt maßgebend.

Zum Regelarbeitsentgelt gehören neben dem laufenden Arbeitsentgelt z. B. Fortzahlungsgeldern Leistungen, Prämien und Zulagen, Zuschläge für Sonntags-,

Feiertags- und Nacharbeiten, Nachbeträge und sonstige geldwerte Vorteile, wie Jahressonderurlaube, Krankentagegeldzahlung zum privaten Lebensjahr des Arbeitnehmers.

Arbeitsentgelt, das monatlich (z. B. Jahressonderurlaube) oder nicht für die vereinbarte Arbeitszeit (z. B. Mehrarbeitsvergütung) gezahlt werden, bleiben unberücksichtigt. Einzelabteilungen, die arbeitsrechtlich zulässig in jedem Kalendermonat zu einem Zwölftel ausgestellt werden, verlieren ihren Charakter als Einzelabteilung, die entsprechenden Beiträge erfüllen das laufende Regelarbeitsentgelt.

Zulagen gehören zum Regelarbeitsentgelt, wenn sie für bestimmte Arbeiten gezahlt werden, die nach dem Arbeitsvertrag regelmäßig (monatlich) zu leisten sind und auch laufend durch den Arbeitnehmer abgedeckt werden sollen. Hierzu gehören zum Beispiel Schichtzulagen, Leistungs- und Existenzminimierung und Zulagen für Haftversicherung. Einschließlich ist, wenn der Arbeitnehmer die Zulagen begründende Tätigkeit in mehreren Monaten tatsächlich nicht ausübt.

Zum regelmäßig zu zahlenden unterverrechnungspflichtigen Arbeitsentgelt gehören auch solche Zulagen, deren Inhalt nicht von vornherein feststeht, wenn eine rückwirkende Betrachtung

liegt, dass sie tatsächlich nicht regelmäßig gezahlt werden sind. Hierfür ist Monat für Monat, in welchem jeweils eine unterverrechnungspflichtige Zulage gezahlt werden ist, herauszufinden, ob diese Zulage in dem jeweiligen zurückliegenden drei Monaten durchgehend als unterverrechnungspflichtiger Teil der Lohnbestandteile gezahlt ist. Ist dies der Fall, zählt die im jeweiligen Abrechnungsmonat zu zahlende Zulage zum Regelarbeitsentgelt, andernfalls nicht. Sofern einer Abminderung des Arbeitnehmer (Hilfslos, Krankheit) werden bei der Festlegung des jeweiligen Referenzzeitraumes von drei Monaten ausgeklammert.

Selbstverständlich kann der Arbeitgeber (auf freiwilliger Basis) auch unregelmäßig zu zahlende Zulagen ansetzen.

Der Gesetzgeber hat in der Begründung zum „Hartz III-Gesetz“ die Einführung des Regelarbeitsentgelts damit begründet, dass der bisher von Arbeitgeber und Arbeitnehmer zu leistende hohe Arbeitsaufwand bei der Ermittlung der zu zahlenden unterverrechnungspflichtigen Verdienste wird, die Arbeitsentgelte, die ständig oder nicht regelmäßig gezahlt werden, für die Ermittlung der unterverrechnungszustände unberücksichtigt bleiben.

Zum Regelarbeitsentgelt gehören kein können gehören:

Zu	Nicht
<ul style="list-style-type: none"> ▶ laufendes Arbeitsentgelt ▶ Fortzahlungsgeldern/Leistungen ▶ Prämien ▶ Zuschläge für Sonntags-, Feiertags- und Nacharbeit ▶ geldwerte und sonstige geldwerte Vorteile, wie Jahressonderurlaube, Krankentagegeldzahlung zum privaten Lebensjahr ▶ Zulagen, wenn sie für bestimmte Arbeiten gezahlt werden, die nach dem Arbeitsvertrag regelmäßig (monatlich) zu leisten sind und auch laufend vom Arbeitnehmer abgedeckt werden sollen (z. B. Schichtzulagen, Leistungs- und Existenzminimierung, Zulagen für Haftversicherung), einschließlich ist, wenn der Arbeitnehmer die Zulagen begründende Tätigkeit in mehreren Monaten tatsächlich nicht ausübt ▶ Einzelabteilungen, die arbeitsrechtlich zulässig in jedem Monat zu einem Zwölftel ausgestellt werden 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Einzelabteilungen (z. B. Jahressonderurlaube) ▶ Mehrarbeitsvergütung

Anrechnung des Entgelts auf der Rentenversicherungsbeiträge

Vorauslage der Anrechnung ist, dass das Regelentgelt nicht über 200 € netto wird. Das Regelentgelt selbst angesetzt, kann jedoch werden die Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung angesetzt. Die Anrechnungsbeträge sind steuer- und sozialversicherungslos (siehe unten).

Es unterscheiden ist das Regelentgelt von Altersruheentgelt, Regelruheentgelt, die nicht zum Regelentgelt gehören, jedoch z. B. tariflich vereinbart sind und auf die ein Beitragsanspruch besteht, sind Teil des Altersruheentgelts. Für die Anrechnung maßgeblich ist jedoch das Regelentgelt.

Sonderverdienstbeiträge sind dann maßgebend für die Berechnung der Beiträge für Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung in den jeweils üblichen Arbeitsentgelt. Das ist in der Regel 90 % des tatsächlichen Entgelts, das über die Altersruheentgelt hinausgegangen wäre. Die Differenz ist zusätzlich Sonderverdienstbeiträge tragen Arbeitgeber und Arbeitnehmer je zur Hälfte. Entgeltbestandteile, die nicht zum tatsächlichen Entgelt gehören, werden je nach steuerrechtlicher tariflicher oder betrieblicher Regelung unterschiedlich behandelt. So können Sonderleistungen zu 100 % in der Beitragsphase gewährt werden, aber auch eine Anrechnung auf Arbeits- und Krankheitsentgelt ist denkbar. Davon zu unterscheiden ist das der Berechnung der Sozialversicherungsbeiträge zu Grunde zu legende Regelentgelt.

Mit der Änderung in § 1 Abs. 1 Nr. 1 Alt wird neben der Ermittlung des Regelentgelts als neue Berechnungsgrundlage die Anrechnungsbetrag und monatliche Rentenversicherungsbeiträge Abstrich vom Mindestentgelt generieren. Während bisher die Arbeitsentgelt für die Altersruheentgelt von mindestens 20 €, jedoch mindestens auf 70 € gewesen um Mindestentgelt-

trag abzunehmen war, gilt nunmehr, dass das Regelentgelt bei der Altersruheentgelt von mindestens 50 € angesetzt wird, wobei die Anrechnung auch weitere Entgeltbestandteile umfassen kann. Die Gesetzesbegründung führt aus, dass das ursprüngliche Schutzziel einer ausreichenden Einkommenssicherung auf Grund regelmäßig höherer betrieblicher Jubiläumsgeldlagen verfallen ist. Eine Anrechnung von 20 % hat weiterhin zu erfolgen. Allerdings ist nicht mehr das verminderte bisherige Arbeitsentgelt, sondern das Regelentgelt mit dem der neu geltenden § 1 Abs. 1 Alt anzusetzen. Das hat sich die Mindestentgeltzahl erhöht.

Berechnungsbeispiel zur Anrechnung des Entgelts

Regelentgelt	1.500,00 €
10 % des Regelentgelts	150,00 €
Der Abstrichbetrag ist Altersruheentgelt	
Der tatsächliche Betrag zum Regelentgelt	1.500,00 €
als Beitrag verrechnet	1.500,00 €
reg. Steuer und sozialversicherungsbeiträge	200,00 €
Summe abstr.	1.700,00 €
mit der Anrechnung oder eine Sonderleistung, die einen höheren Aufschlagbetrag werden, gilt diese. Dies wird in der Regel der Fall sein.	

Auch bei der Anrechnung der monatlichen Rentenversicherungsbeiträge nach

§ 1 Abs. 1 Nr. 1 b Alt in eine Anrechnung erfolgt.

Kann der Arbeitgeber zusätzlich Beiträge zur Gesetzlichen Rentenversicherung einretten in Höhe des Beitrags zu erreichen, der auf 60 % des Regelentgelts bei der Altersruheentgelt, bezogen auf den Durchschnittsbetrag zwischen 90 % der monatlichen Regelentgeltsumme und dem Regelentgelt erfüllt, während bis zur Beitragsentgeltsumme. Die Gesetzesbegründung führt dazu aus, dass die Ermittlung der Rentenversicherungsbeiträge durch die Neuregelung vereinfacht würde, da vollständig umgehend vom Regelentgelt die Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung von 60 % angesetzt werden. Das bisherige Anrechnungsbetrag von mindestens 50 € bleibt im Ergebnis bestehen.

Berechnungsbeispiele zur Anrechnung der Rentenversicherungsbeiträge

Hier sind zwei Schritte zu beachten:

- Für 60 % des Regelentgelts müssen vom Arbeitgeber die weiteren Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung (in 2004: 19,5 %) gezahlt werden.
- Insgesamt wird dieser Betrag auf die Differenz von 90 % der tatsächlichen BRG und dem Regelentgelt, während bis zur BRG.

Beispiel 1: Regelentgelt 1.500,00 €

BRG 1: 60 % von 1.500,00 € =	900,00 €
BRG 2: 60 % BRG plus 19,5 % = 1.080,00 € =	1.080,00 €
Da der Betrag in Zeile 2 höher als der Betrag in Zeile 1 ist, wird die Beitragsentgelt nicht von. Der Arbeitgeber zahlt zusätzliche Beiträge in Höhe von 19,5 % von 1.080,00 € zur gesetzlichen Rentenversicherung. Das sind 210,60 €.	
Das heißt, von dem Altersruheentgelt werden Arbeitgeber und Arbeitnehmer 19,5 % zu zahlen. Das macht für beide 196,35 €.	
Es zahlen auf dem:	
Neu Arbeitnehmer	196,35 €
Neu Arbeitgeber 196,35 € = 196 € =	196,35 €
Dieser Betrag ist der Abstrichbetrag werden vom Beitrag in Höhe von 200,00 € gegengewährt.	

Beispiel 1: „Lohn des B“ (Beispiel 1)

Annahme: eine unbefristete, für den Arbeitnehmer günstige zum Vergleich übernehmene, einjährige in Höhe des Vertragsverhältnisses, aber auf dem Vertragsabschluss zwischen B und der Arbeitgeberin (von der Arbeitgeberin) und dem Arbeitnehmer, die die Arbeitszeit auf 200, Stunden bei der 2000

Arbeitszeit von der Arbeitgeberin	1.000,00 €
12,5 % auf den Vertragsabschluss von 20 % von 2.000,00 € = 2.000,00 € und eine Arbeitszeit von 2000 € = 2.000,00 €	1.000,00 €
2.000,00 €	

Annahme: es gibt ein gleiches Einkommen nach einer Vertragsübernahme.

Beispiel 2: Regulararbeitsvertrag 2.700,00 €

Lohn 1 20 % von 1.350,00 € =	2.700,00 €
Lohn 2 20 % von 2.700,00 € = 2.700,00 € =	2.700,00 €

Wie geht die Vergütung des Vertrags zum Beispiel 2, der niedriger als der Betrag aus Beispiel 1 ist. Der Arbeitgeber wird nicht für Beiträge in Höhe von 20 % von 2.700,00 € von dem Arbeitnehmer, der mit 207,00 €.

Der vollständige Arbeitsvertrag zur Abrechnung über die Arbeitgeberin.

Wie geht aus dem Arbeitsvertrag über die Arbeitgeberin und Arbeitnehmer 207,00 € von 2.700,00 € in der Höhe, die nach der Höhe 207,00 €.

Es sollte sich durch

von Arbeitnehmer	207,00 €
von Arbeitgeber 207,00 € = 207,00 € =	207,00 €

Das Einkommen der Arbeitnehmerin würde nach Beispiel 2 in Höhe von 207,00 € gesichert sein.

Der Betrag, den der Arbeitgeber zusätzlich im Rahmen der Abrechnung des Arbeitnehmerin zahlt, wird in sozialversicherungsrechtlicher Hinsicht als zusätzliche Beitragspflichtige Stunden im Sinne des § 10 Abs. 1 Satz 1 SGB VI angesehen. Diese Aufhöhung ist unabhängig davon, ob der Arbeitgeber diese Aufhöhung von der Bundesagentur erwidert bekommt, d.h., ob er rückbezahlt oder nicht. Im Übrigen ist dies nicht aus der Verbilligung der sozialen Dienstleistungen regulatorische gebührende Teil – ebenso wie der Aufhöhungsbetrag – nach § 2 Nr. 16 Einkommensteuergesetz (EStG) steuerlich (Anhang über die) Progressionsvorschrift und ist sozialversicherungsrechtlich. Dies gilt auch, wenn der Arbeitgeber auf Grund einer Vereinbarung oder einer Betriebsvereinbarung einen höheren Betrag an die Gesetzliche Krankenversicherung zahlt (§ 10 Abs. 1 Satz 1 der Einkommensteuergesetz).

(II) Die monatliche vor dem Übergang in die übersteuert vergleichbare Arbeitszeit ist niedriger als der jeweilige Durchschnittswert der letzten 24 Monate:

Beispiel: Wie zur Beispielrechnung festgelegt werden können werden keine Angaben zur Arbeitszeit der Arbeitnehmerin vor, sondern dessen Gehalt der einzelnen Arbeitsverhältnisse

Niveau der Arbeitszeit: 1. 2000 (es soll von 2000 Stunden nicht verändert werden)	
Arbeitszeit	2000 (es soll von 2000 Stunden nicht verändert werden)
Arbeitszeit und „gleich“ (Arbeitszeit)	
- von 1. 2000 - 11. 7. 2000 (12 Monate)	20 (20) Arbeitszeit
- von 1. 2. 2000 - 11. 7. 2000 (12 Monate)	20 (20) Arbeitszeit
monatliche Arbeitszeit im Durchschnitt der letzten 24 Monate	
$[(11 \times 20) + (11 \times 20) + 20] / 24 =$	20 (20) Arbeitszeit

Es ist übersteuert keine mehr von 20 (20) Arbeitszeit festgelegt werden. Die Übergangspunkte für die Zeit nach der Übergangspunkte für die Beförderung der Arbeitszeit, die monatlich vor Beginn der Arbeitszeit monatlich und „gleich“ Arbeitszeit im Beispiel über 20 (20) Arbeitszeit als Mitarbeiterin ist nicht übersteuert in Arbeitszeit gearbeitet werden, auch wenn es nicht mehr von Arbeitszeit im Sinne des Gesetzes mit der Höhe, dass nicht die Arbeitszeit festgelegt ist, ist nicht mehr übersteuert, nach der geringsten neuen und sozialversicherungsrechtlichen Normen der Arbeitszeit im Vergleich gemacht werden können.

Im Rahmen der Vertragsübernahme wird einmündig geschäftliche Arbeitszeit bei der Durchführung der sozialen Krankenversicherungsbeiträge gemäß nicht in Betracht.

Im Rahmen der Arbeitszeit erfolgt keine reduzierte Beitragszahlung auf Grund der Regelungen zur Gesetzes (§ 20 Abs. 1 SGB VI). Diese Regelungen gelten bei Arbeitsübernahme keine Anwendung.

Wichtige wirtschafliche Arbeitszeit

§ 6 Abs. 1 SGB VI bestimmt, dass die tägliche wirtschafliche Arbeitszeit die wirtschafliche Arbeitszeit insgesamt zu legen ist, die von dem Arbeitnehmer vor dem Übergang in die Arbeitsübernahme vereinbart war. Aufgrund es liegt in Betracht der Arbeitszeit, die im Durchschnitt der letzten 24 Monate vor dem Übergang in die Arbeitsübernahme vereinbart war.

Die wirtschafliche wirtschafliche Arbeitszeit kann auf die nächsten volle Stunde gerundet werden.

Beachte: muss (wichtig) nach Vollzeitarbeitsvertrag unterschieden werden

Beschäftigte, die im Rahmen von Arbeitszeiterweiterungsmaßnahmen des Arbeitnehmers arbeiten haben, aber keine der ursprüngliche – Vollzeit – Arbeitszeit als Grundlage der Arbeitszeit verwenden dürfen, sollten folgende beachten:

Dies ist die Arbeitszeit mit 40 bis einschließlich eintragen zu können, wenn 24 Wochen vor Beginn der Arbeitszeit die Arbeitszeit wieder auf 40 bis einschließlich fest auf die gesamte Dauer 40 bis eingetragene nicht noch geändert werden.

(2) Die monatliche vor dem Übergang in die Arbeitszeit vereinbarte Arbeitszeit ist höher als der vereinbarte Durchschnittswert der letzten 24 Monate.

Beispiel:
Beginn der Arbeitszeit 1.8.2006
Vereinbarte Arbeitszeit am 31.7.2006: 30 bis wöchentlich
Arbeitszeit und „gültige“ Arbeitszeit
– von 1.8.2001 – 31.7.2005 (12 Monate) 30 bis wöchentlich
– von 1.8.2001 – 30.7.2005 (24 Monate) 30 bis wöchentlich
– von 1.8.2004 – 31.7.2005 (12 Monate) 30 bis wöchentlich
vereinbarte und „gültige“ Arbeitszeit bei Durchbruch der letzten 24 Monate
30 bis wöchentlich
30 bis wöchentlich
30 bis wöchentlich
Ergebnis
Obwohl die vereinbarte vor dem Übergang in die Arbeitszeit vereinbarte und „gültige“ Arbeitszeit 40 bis wöchentlich betragen hat, können die folgende Arbeitszeit nur 30 bis wöchentlich, obwohl die durchschnittliche Arbeitszeit der letzten 24 Monate signifikant höher war.
Die vereinbarte durchschnittliche Arbeitszeit kann gemäß § 4 Abs. 2 Satz 1 ArbZ auf die vereinbarte Arbeitszeit geändert werden, in diesem Fall kann die Arbeitszeit in der Monatszeit 30 oder 37 bis wöchentlich betragen.

Als dem 1.7.2006 gemäß nur Satz 1 des § 6 Abs. 1 ArbZ, der festlegt, dass bei der Ermittlung der durchschnittlichen Arbeitszeit Arbeitnehmer, die die vereinbarte regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit überschritten haben, nicht einzurechnen sind. Das bedeutet, dass die folgende wöchentliche Arbeitszeit ausschließlich von der Regelung der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit in einem Tarifvertrag ist.

Arbeitszeiterweiterung

Ein wesentlicher Bestandteil der Steuerung ist die Vereinbarung über die Vertragsdauer der im Blockmodell beschriebenen Arbeitszeiterweiterung in Arbeitsverträgen bei laufende der Arbeitgeber (§ 8a ArbZ). Vereinbarte Arbeitgeber und Arbeitnehmer Arbeitsvertrag, in der ein Vertragsdauer angegeben wird,

die der Bezug des deutschen Regelarbeitszeiterweiterung im Sinne des § 6 Abs. 1 ArbZ einschließlich der darauf entfallenden Arbeitgeberbeiträge zur Sozialversicherungsversicherung übersteuert, so ist der Arbeitgeber häufig verpflichtet, die Vertragsdauer in geeigneter Weise gegen Kündigung abzusichern. Die Verpflichtung zur Absicherung besteht mit der ersten Kündigung, d.h., ab dem Zeitpunkt, in dem der so genannte Anspruch auf das in der Vertragsphase (beim Blockmodell) über in der Vertragsdauerphase) unterbreitete Arbeitsangebot besteht.

Das Gesetz enthält keine Aussage, was es unter „geeignete Arbeitszeiterweiterung“ versteht. Es kann jedoch arguirt ab und bestimmt, dass Mindesteinkünfteleistungen (z.B. Altersgeld) gegenüber Dienstverpflichteten, insbesondere Dienstverpflichteten, Fortwärtigungen oder

Schuldbeiträge, keine geeigneten Arbeitszeiterweiterung darstellen.

In der Praxis wurden eine Vielzahl unterschiedlicher Arbeitszeiterweiterungsmodelle, insbesondere in Tarifverträgen, entwickelt. Dies sind Beschäftigten, Absicherungen im Wege desgleichen Absicherungen (z.B. Verpfändung von Wertpapieren, insbesondere Fonds) zugunsten der Arbeitnehmer, bestimmte Versicherungsmodelle der Vertragsdauerentscheidung über das Modell der doppelbündigen Vertragsdauer. Da der Gesetzgeber eine positive Ablehnung vermeiden hat, ist zu betonen, dass insbesondere in nicht tariflich gebundenen Betrieben und Kleinunternehmen eine vollständige Arbeitszeiterweiterung nicht Bestandteil der Verpflichtung des Arbeitgebers ist. Erst dann, wenn der Arbeitgeber keine Arbeitszeiterweiterung kann oder explizit im Vertrag als nicht geeignet beschriebene Arbeitszeiterweiterung enthält, kann der Arbeitnehmer ein in Abs. 4 beschriebenes Verhalten einleiten.

§ 8a Abs. 1 ArbZ bestimmt, dass bei der Ermittlung der 100% der in unterschiedlichen Vertragsdauern eine Arbeitszeiterweiterung nach § 1 Abs. 1 bis 1a und b ArbZ und § 1 Abs. 2 ArbZ nicht zulässig ist. Eine Vereinbarung von Steuer- und Beitragsentlastungsleistungen im Sinne des § 187a SGB VI mit den Beitragspflichtigen Ehegatten und Vertragsdauern ist nicht zulässig.

Die Gesetzesbegründung weist darauf hin, dass die Beitragsentlastungen der Arbeitnehmer an die Sozialversicherungsbeiträge nur auch im Ausnahmefall verboten gesehen werden und so Beitragspflichtigen die Arbeitszeiterweiterung in Arbeitsverträgen nicht mehr erreichen können. Auch nach diesen Vertragsdauern nicht vollständig möglich, in welchem Maße die Vertragsdauern im Verhältnis zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer auszuweisen ist. Dies betrifft nicht nur die laufende der Arbeitszeit, sondern auch die Fälle der vorzeitigen Kündigung auf Grund von Arbeitsunfähigkeit, Kündigung von

§ 94 Abs. 3 Alt. 1 BGB bestimmt, dass der Arbeitgeber gegenüber dem Arbeitnehmer vornehmlich mit der ersten Versicherung und anschließend alle sechs Monate die zur Sicherung des Wertgehaltens erforderliche Maßnahme zu treffen ist (insb. von § 121b EGB nachträglich bis 01.12.2018 schließt mit der Versicherung einen neuen Vertrag der Lebens-, aber nichtrentenfähige Erhöhung).

Der Arbeitgeber muss dem Arbeitnehmer entsprechende Unterlagen zur Verfügung stellen. Dadurch erhält der Arbeitnehmer die Möglichkeit, die Höhe der Ausgaben des Arbeitgebers zu überprüfen. Hierfür informiert Heilmann die Unterrichtungsstellen des Arbeitgebers gegenüber dem Bundesrat nach § 90 Abs. 1 Nr. 5b. Die Betriebsräte können neben der Festsetzung eine andere gleichzeitige Art und Form der Versicherungsvereinbarung.

Beim Abschluss dieser Verpflichtung nicht nur sind die nachgeordneten Maßnahmen nicht gegeben und wenn es auf schädliche Aufforderung des Arbeitnehmers nicht innerhalb eines Monats eine geeignete Versicherung der bestehenden Vertragsverhältnisse in Form nach, kann der Arbeitnehmer verlangen, dass die Arbeit in Höhe der bestehenden Wertgehaltens geändert wird. Diese Sicherbestimmung kann dann nur durch Stellung eines qualifizierten Bürger oder Rückzahlung von Geld oder sonstigen Wertgegenstand, die nach § 121 Abs. 1 und Abs. 2 EGB zur Arbeitsübertragung geeignet sind, erfüllt werden. Das Gesetz über den Arbeitnehmer durch ein Wahlrecht hinsichtlich bestimmter wichtiger Arten der Arbeitsübertragung.

§ 94 Abs. 3 Alt. 2 BGB bestimmt, dass die gesetzliche Versicherungsobligations des Arbeitgebers oder eine Vereinbarung, die von Nachteil des in Altersrentenfähigkeit beschäftigten Arbeitnehmers von den Bestimmungen der Versicherung abweicht, verbindlich sind.

§ 94 Abs. 4 Alt. 1 BGB wird die Versicherungsobligations gegenüber dem Bund, den Ländern, den Gemeinden, Körperschaften, Stiftungen und Anstalten des öffentlichen Rechts, über deren Verträgen die Erfüllung eines Versicherungsbeitrags nicht zulässig ist, ausgeschlossen. Weiterhin ist eine Versicherungsobligationspflicht bei juristischen Personen des öffentlichen Rechts, bei denen der Bund, ein Land oder ein Gemeinde heißt, hinsichtlich der Zahlungspflicht nicht, nicht notwendig.

2. Teil: Geplante rentenrechtliche Änderungen, die die Altersrenten betreffen

Der 65-Nachbegriffsgesetz regelt den Beginn der Inanspruchnahme der „Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeit“ von den 65-jährigen des vorzeitigen Zugang in diese Rentenart. Für diejenigen Versicherten, die Versicherungszeiten genießen, bis es kein höheres Recht. Der Versicherungszeit soll zum Zeitpunkt zufließen, die vor dem 1. 1. 1992 geboren sind und vor dem 1. 1. 2004 rechtsverbindlich über eine Vereinbarung ihrer Arbeitsverhältnissen disponieren haben, also einen Altersaufwertung abgebrochen haben, oder an diesem Tag arbeiten waren.

Für Personen, die nicht von Versicherungszeiten erfasst werden, entweder vor oder nach dem 30. 11. 1991 geboren sind oder bis zum 31. 12. 2003 keine Disposition getroffen haben, wird bei Inanspruchnahme der „Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeit“ die Beitragsentlastung angeordnet.

Das 65-Nachbegriffsgesetz wurde am 11. 1. 2004 in zweiter und dritter Lesung im Bundestag verabschiedet.

Beim Abschluss der Bundesform 1991 wurde die Altersrente bei der „Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeit“ auf die 65. Lebensjahre angehoben. Für vorzeitig Inanspruch-

nahme dieser Rente ist bis alle bis zum 31. 12. 1991 geborenen Versicherten mit max. 18 % Abschlägen zulässig und ab dem 1. 1. 1992 geborenen Versicherten werden diese Abschläge abgeschafft und können nicht mehr – auch nicht mit Abschlägen – in Anspruch genommen werden.

Folgende Personengruppen lassen sich unterscheiden:

- Geboren vor dem 1. 1. 1992
Für vor dem 1. 1. 1992 geborene Versicherte ergeben sich durch die Neuregelungen keine Änderungen.
- Geboren im Zeitraum 1. 1. 1992 bis 31. 12. 1991
Liegen Versicherungszeiten vor, die eine rentenfähige Leistung und es bleibt bei der Möglichkeit der Inanspruchnahme der „Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeit“ zulässig mit max. 18 % Abschlägen.
- Geboren im Zeitraum 1. 1. 1992 bis 31. 12. 1991
Für diese Versicherten wird die Altersrente für die Inanspruchnahme der „Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeit“ nicht ausgeschlossen.
- Geboren nach dem 31. 12. 1991
Für diese Versicherten wird die Altersrente für die Inanspruchnahme der „Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeit“ nicht ausgeschlossen. Damit können nicht nur Versicherte rentenfähig (bzw. ab dem 65. Lebensjahr), sondern auch bis zum 65. Lebensjahr die „Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeit“ in Anspruch nehmen. Es werden auch die Versicherten geschätzt, denen der Anspruch auf die

Absenzer wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersruhegeld auch werden kann, also die §§ 101 XI-III-Gen, bei denen am 31.12.1979 bis 31.12.2000 die Beschäftigungsvoraussetzungen vollständig vorliegen.

Hilfsbeihilfe wird auch die Altersgrenze von 64 Jahren für Beschäftigte im Bergbau, wenn die letzte wegen Arbeitslosigkeit über den vorherigen Bezug von Altersruhegeld in Anspruch genommen wird.

Liegt keine Versicherungsbeziehung vor, wird die Altersgrenze der Absenzerin wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersruhegeld bei vorzeitiger Inanspruchnahme, also bei Vollendung des 60. Lebensjahres, nicht herabgesetzt.

Die Befreiung erfolgt nach den in § 217 Abs. 1 SGB II festgelegten Kriterien.

Nur in allen die Absenzerin wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersruhegeld nicht die einzige Rentnerin, die zu einer Rente führt, führen der Absenzerin wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersruhegeld können bei Vollendung der Versicherungszeit auch andere Rentnerinnen in Anspruch genommen werden, und die Höhe der Rente hat die Art der in Anspruch genommenen Absenzerin keinen unmittelbaren Einfluss, für die Berücksichtigung nur die Anzahl der versicherten Ehegatten und die versicherungsrechtlichen Zeiten maßgebend.

Dabei spielt es keine Rolle, ob die letzte Eheverbindung in Italien, Völs, oder in Absenzerin verbracht wurde, auch bei Absenzerin kann eine andere Rentnerin als die Absenzerin wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersruhegeld in Anspruch genommen werden.

Die folgenden Absenzerinnen sind von der geplanten Freizeigebung nicht befreit:

Deutsch sollte geprüft werden, weil die weitere Rentnerin – unabhängig von der arbeitslosenrechtlichen Gestaltung der letzten Eheverbindung – in Anspruch genommen werden kann:

► **Regelabsenzerin § 25 SGB VI**
Sie kann mit vollendetem 60. Lebensjahr in Anspruch genommen werden, wenn fünf Jahre versicherungspflichtig und gearbeitet wurde hat, fünf Jahre Pflichtbeitragszeiten vorliegen.

► **Absenzerin für langjährig Versicherte §§ 36, 37a SGB VI**

Diese Absenzerin kann abschlaglos mit Vollendung des 60. Lebensjahres, wenn sie mit dem 60. bzw. 62. Lebensjahr mit Beitragsentlohnungen in Anspruch genommen werden (siehe Berücksichtigungsvoraussetzungen Nr. 7), Pensionierung in das Verlangen einer Witwenrente von 55 Jahren.

► **Absenzerin für schwerbehinderte Menschen §§ 17, 18a SGB VI**

Schwerbehinderte Menschen können abschlaglos mit vollendetem 60. Lebensjahr mit Beschäftigten höherem als vollendetem 60. Lebensjahr in Bezug geben, wenn sie bei Beginn der Rente als schwerbehinderte Menschen (§ 1 Abs. 1 SGB IX mit einem Grad von 50) anerkannt sind und die Witwenrente von 55 Jahren erhalten.

Ebenfalls gilt es einen weiteren Versicherungsfallbestand, schwerbehinderte Menschen, die bis zum 18. 11. 1990 geboren sind, und am 16. 11. 2000 schwerbehindert, bereits oder vorübergehend waren, können nach Abschlagfrei mit 60 in Bezug geben.

► **Absenzerin für Frauen § 137 a SGB VI**

Diese Kategorie bilden Frauen, die zwischen dem 1. 1. 1945 und dem 31. 12. 1991 geboren sind und nach Vollendung des 60. Lebensjahres mehr als 10 Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung sowie

15 Jahre Witwenrente versichert, mit max. 10% Beitragsentlohnung in Anspruch nehmen. Für Frauen, die nach dem 31. 12. 1991 geboren sind, wurde diese Rentnerin ebenfalls durch die Rechtsnovelle 1992 abgeschafft.

Die vorgenannten Rentnerinnen können auch nach einer Absenzerin in Anspruch genommen werden.

Wer eine Verhinderung nicht mehr vor dem 31. 12. 2001 abschließen konnte, oder im Zeitraum vom 1. 1. 1945 bis zum 31. 12. 1991 geboren ist, sollte prüfen, ob er/sie andere Absenzerinnen mit Vollendung des 60. Lebensjahres in Anspruch nehmen kann (z. B. für Frauen oder schwerbehinderte Menschen, siehe oben).

Deshalb keine Versicherungsbeziehung, wird die Absenzerin für eine Absenzerin wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersruhegeld angebunden (siehe Tabelle unten). Dies gilt für Rentnerinnen, die in der Zeit vom 1. 1. 1945 bis zum 31. 12. 1991 geboren sind. Dennoch sollte jeder prüfen, ob er/sie er eine andere Absenzerin mit Vollendung des 60. Lebensjahres in Anspruch nehmen kann (z. B. für Frauen oder schwerbehinderte Menschen, siehe oben).

5. Geburt ab dem 1. 1. 1952

Wer 1992 und danach geboren ist, kann nur noch folgende Absenzerin in Anspruch nehmen:

- **Regelabsenzerin**
- **Absenzerin für schwerbehinderte Menschen**
- **Absenzerin für langjährig Versicherte**

Die geplanten Freizeigebungen beruhen diesen Personenkategorie nicht.

Prof. Dr. Ingrid Mauerer,
Lehrstuhl Rechtssozialwissenschaft, Berlin

B. Alterssicherung

I. Überblick über die aktuellen Reformmaßnahmen



Neuregelungen in der Gesetzlichen Rentenversicherung für Rentnerinnen und Rentner insbesondere durch Änderungen im 2. und 3. SGB VI-Änderungsgesetz:

1. Pflegeversicherung der RentnerInnen

Bislang teilen sich **versicherungspflichtige** RentnerInnen und die Rentenversicherungsträger die aus der Rente zu zahlenden Beiträge zur Pflegeversicherung. Ab dem **01.04.2004** fällt die Beteiligung des Rentenversicherungsträgers weg. Die RentnerInnen müssen dann ihren Beitrag zur Pflegeversicherung in voller Höhe allein tragen. Der Beitrag zur Pflegeversicherung beträgt 1,7 Prozent der Rente. Für RentnerInnen, die **freiwillig** in der Pflegeversicherung versichert sind, wird der Beitragszuschuss ab 01.04.2004 gestrichen.

2. Krankenversicherung der RentnerInnen

Beitragssatzveränderungen in der Krankenversicherung sollen ab **01.01.2004** deutlich schneller an die Rentner weitergegeben werden. Nach bisherigem Recht galt der am 1. Januar maßgebende

de Beitragssatz der Krankenkasse jeweils vom 01. Juli des laufenden Kalenderjahres bis zum 30. Juni des folgenden Kalenderjahres.

Nach der Neuregelung wirken sich Beitragssatzveränderungen der Krankenkassen, insbesondere die erwarteten Beitragssenkungen, künftig schon nach drei Kalendermonaten auf die Beitragsbemessung bei **versicherungspflichtigen RentnerInnen** aus. Das bedeutet: Ein zum 01.01.2004 veränderte Beitragssatz einer Krankenkasse ist bereits ab 01.04.2004 zu berücksichtigen.

Für **freiwillig** in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Rentner ist ab 01.01.2004 nicht mehr der durchschnittliche **allgemeine** Beitragssatz aller Krankenkassen maßgebend, sondern vielmehr der **individuelle** Beitragssatz, der für den RentnerIn zuständigen Krankenkasse. Der Beitragszuschuss wird jetzt ebenfalls mit einer Verzögerung von drei Monaten angepasst.

RentnerInnen, die bei einem **privaten Krankenversicherungsunternehmen** versichert sind, erhalten weiterhin einen Zuschuss unter Berücksichtigung des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen.

Dieser wird zum 1. März eines Jahres festgestellt und gilt vom 01. Juli des jeweiligen Kalenderjahres bis zum 30. Juni des folgenden Kalenderjahres.

3. Aussetzung der Rentenanpassung – „Nullrunde“

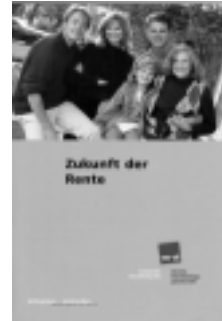
Die zum 01.07.2004 anstehende Anpassung der Renten wird ausgesetzt. Die Rentenhöhe bleibt also ab dem 01.07.2004 unverändert. Als nächster Anpassungstermin ist der 01.07.2005 vorgesehen. Da die RenterInnen ihren Beitrag zur Pflegeversicherung alleine tragen müssen und eventuelle Beitragssenkungen der Krankenkassen diese Belastung nicht ausgleichen werden, kommt es faktisch zur einer Rentenkürzung ab dem 01.04.2004. Vorsorglich hat der Gesetzgeber bestimmt, dass **Widersprüche hiergegen, keine aufschiebende Wirkung** haben werden.

4. Verschiebung des Auszahlungszeitpunktes für Neurenten

Für Neurenten wird ab April 2004 die Rentenauszahlung auf das Monatsende verschoben. Die Rente, die zum Beispiel am 1. April 2004 beginnt wird daher erst am 30. April auf dem Konto des/der Berechtigten eingehen. Für RenterInnen, deren Renten **vor** dem 1. April 2004 am Monatsersten begonnen hat, **verändert sich nichts**. Hinterbliebenenrente werden nur dann zum Monatsersten ausgezahlt, wenn auch die Versichertenrente zum Monatsersten gezahlt wurde. Das kann zukünftig zu der Fallkonstulation führen, dass die eigene Rente zum Monatsletzten (Rentenbeginne ab 01.01.2004), die Witwen-/Witwerrente aber zum Monatsersten gezahlt wird.

5. Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrag auf Betriebsrenten

Durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz wurden die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung aus Betriebsrenten zum 01.01.2004 neu geregelt. Das bedeutete für einen Großteil der RentnerInnen, dass der Auszahlungsbetrag ihrer Betriebsrenten zum 01.01.2004 gekürzt



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.

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.

Wirkungen der Kurzfristmaßnahmen (2./3. SGB VI-ÄndG) nach dem Gesetzentwurf

	Beitragssatz- wirkung	Einspar- volumen
Aussetzung der Rentenanpassung am 1.7.04 „Nullrunde“	0,1 Punkte	0,7 Mrd. €
Absenkung der Schwankungsreserve auf 20 % einer Monatsausgabe	0,5 Punkte	4,7 Mrd. €
Vollständige Zahlung des PflV-Beitrages durch die RentnerInnen zum 1.4.2004	0,1 Punkte	1,2 Mrd. €
Zeitnahe Weitergabe von Beitragssatzänderungen	0,0 Punkte	0,2 Mrd. €
Verschiebung des Rentenauszahlungstermins	0,1 Punkte	0,6 Mrd. €
Summe	0,8 Punkte	7,4 Mrd. €

wurde. ver.di führt Musterverfahren zu den in Streit stehenden Problemen durch. Ein Musterwiderspruchsformular haben wir bereits in den „Sozialpolitischen Informationen“ für das 1. Halbjahr 2004 auf Seite 49 abgedruckt. Nachstehender Kasten gibt den derzeitigen Stand der eingeleiteten Verfahren wieder.

Im gewerkschaftlichen Rechtsschutz von ver.di und DGB werden zur Zeit 10 Verfahren geführt. Diese betreffen die Beitragsbemessung nach dem allgemeinen Beitragssatz, für Angehörige einer Versicherungs-/Versorgungsreinrichtung, die Einbeziehung von Kapitalleistungen in die Beitragspflicht und die Streichung des Altersprivilegs nach § 240 Abs. 3a SGB V. Einige Rechtsstreitigkeiten befinden sich zur Zeit noch im Widerspruchsverfahren. Sozialgerichtliche Entscheidungen der ersten Instanz liegen noch nicht vor. Eine höchstrichterliche Entscheidung wird vermutlich noch mehrere Jahre auf sich warten lassen.

6. Gesetzesänderungen im Bereich der Rehabilitation

Im Bereich der Rehabilitation sind folgende Änderungen eingetreten:

Durch das Dritte Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt (Hartz III) erhalten Rehabilitanden nach neuem Recht eine Entfernungspauschale in Höhe von 0,40 € je Kilometer erstattet. Nach altem Recht betrug die Erstattung 0,28 € je Kilometer.

In Bezug auf die Zuzahlungen zu Rehabilitationsmaßnahmen wurde infolge des Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (GMG) für Rehabilitanden ab 1.1.2004 die tägliche Zuzahlung für stationäre Rehabilitationsleistungen leicht von 9,- auf 10,- € erhöht. Die Zuzahlung ist für längstens 42 Tage, im Falle der Anschlussheilbehandlung höchstens 14 Tage zu leisten. Für Kinderrehabilitationen und ambulante Maßnahmen bleibt es bei der vollständigen Zuzahlungsfreiheit. Härtefälle bleiben weiterhin von der Selbstbeteiligung ausgenommen.

Eine weitere Änderung erfolgt durch das 4. Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt (Hartz IV) ab dem 1.1.2005. Demgemäß werden Bezieher des neuen Arbeitslosengeldes II grundsätzlich in der gesetzlichen Rentenversicherung versicherungspflichtig. Diese gesetzliche Neuregelung wird den anspruchsberechtigten Personenkreis für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erweitern, da nun Personen, die bisher Hilfe zum Lebensunterhalt, also Sozialhilfe bezogen haben, nach bereits sechs Monaten die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Rehabilitationsleistungen erfüllen. Unter Umständen können sich daran auch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben anschließen.

Ebenfalls ab 1.1.2005 können Versicherte, die unmittelbar vor Beginn der Reha-Leistung bzw. einer vorangegangenen Arbeitsunfähigkeit das neue Arbeitslosengeld II beziehen, unterhaltssichernde Leistungen in Form von Übergangsgeld während der Dauer einer medizinischen Rehabilitation erhalten.

Das trägerübergreifende persönliche Budget (§ 17 SGB IX) wird durch eine Neuregelung im SGB XII aufgewertet. Um stationäre Betreuung so weit wie möglich zu vermeiden, sollen kranke, behinderte und pflegebedürftige Menschen künftig eine regelmäßige Geldleistung zur Verfügung gestellt bekommen, die es ihnen ermöglichen soll, bestimmte Betreuungsleistungen selbst zu organisieren und zu bezahlen. Dabei werden erstmals budgetfähige Leistungen gesetzlich definiert. Dies sind Leistungen, die sich auf alltägliche, regelmäßig wiederkehrende und regiefähige Bedarfe beziehen und als Geldleistung oder in Form eines Gutscheines erbracht werden können. Dies stärkt die Autonomie des Versicherten.

Des Weiteren wird künftig die Teilnahme an einer stufenweisen Wiedereingliederung die Weiterzahlung des Übergangsgeldes auslösen, wenn diese im unmittelbaren Anschluss an eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation erforderlich ist. Damit ist die BfA als Leistungsträger einer vorangegangenen medizinischen Rehabilitation künftig auch für die nachfolgende Wiedereingliederung zuständig. Ein Trägerwechsel tritt nicht mehr ein.

Darüber hinaus wurde die betriebliche Prävention im SGB IX teilweise neu geregelt. Beim Auftreten längerer Arbeitsunfähigkeiten können Arbeitgeber, Arbeitnehmer und mit ihrem Einverständnis die betrieblichen Interessenvertretungen sowie die Werks- und Betriebsärzte gemeinsame erforderliche Hilfen zur Überwindung der Arbeitsunfähigkeit und Verbesserung der betrieblichen Wiedereingliederung beraten. Diese Neuregelung ist zu begrüßen, weil sie die Möglichkeiten der frühzeitigen Intervention zum Erhalt der Erwerbstätigkeit stärken.

Die Integrationsämter werden bei der Wahrnehmung und Umsetzung des Schwerbehindertenrechts aufgewertet. Künftig sollen die Integrationsämter noch stärker als Ansprechpartner für Arbeitgeber fungieren, sie über Aufgaben der Integrationsfachdienste aufklären und über die Möglichkeiten der begleitenden Hilfen im Arbeitsleben zugunsten der Schwerbehinderten informieren. Diese Aufwertung der Integrationsämter ist vor dem Hintergrund zu sehen, dass die Bundesagentur für Arbeit ab 1.1.2005 die Verantwortung für die Integrationsfachdienste komplett auf die Integrationsämter verlagern wird. (J.K.)

II. Das RV-Nachhaltigkeitsgesetz

Mit dem zustimmungsfreien „Gesetz zur Sicherung der nachhaltigen Finanzierungsgrundlagen der Gesetzlichen Rentenversicherung“ (RV-Nachhaltigkeitsgesetz) wurde unter dem Stichwort „Langfristmaßnahmen“ im Wesentlichen der Nachhaltigkeitsfaktor in die Rentenformel eingefügt. Weitere Kürzungen gab es im Bereich der rentenrechtlichen Zeiten.

Das Gesetz wurde parallel als Fraktionsentwurf (BT-Drucksache 15/2149) und Regierungsentwurf (BT-Drucksache 15/2562, 15/2591) eingebracht. Die Beschlussempfehlung sowie der Bericht des GS-Ausschusses ist als BT-Drucksache 15/2678 veröffentlicht. Der Deutsche Bundestag hat am 16.06.2004 das RV-Nachhaltigkeitsgesetz gegen den Einspruch des Bundesrates mit Kanzlermehrheit verabschiedet. Es tritt ebenfalls zum 01.01.2005 in Kraft.

Die wesentlichen Kerninhalte des Gesetzes sind:

- die Modifizierung der Rentenanpassungsformel und Einführung eines Nachhaltigkeitsfaktors,
- die Anhebung der Altersgrenzen für die frühest mögliche Inanspruchnahme der „Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeit“ (s. hierzu detailliert A.V.),
- die Neuregelung der Bewertung der Zeiten schulischer und beruflicher Ausbildung und
- die Ausrichtung der Schwankungsreserve auf eine „Nachhaltigkeitsrücklage“

Einige Daten zur GRV:

Beitragseinnahmen 2003 in der Arbeiterrenten- und Angestelltenversicherung:

rund 168 Mrd. € (Steigerung zum Vorjahr um 4 Mrd. = 2,4 %). Der Zuwachs beruht fast ausschließlich auf der Anhebung des Beitragssatzes von 19,1 auf 19,5 % und der BBG (s. A 1).

Die Zahlungen der Bundesagentur für Arbeit an die GRV betragen 10 Mrd. € (9,4 % mehr als im Vorjahr). Weiterhin sind in den Einnahmen 11,9 Mrd. € Beiträge des Bundes für Kindererziehungszeiten enthalten sowie rund 3,3 Mrd. € Beiträge von der Kranken-, Pflege- und Unfallversicherung u.a.

Die Bundeszuschüsse beliefen sich im Jahr 2003 auf insgesamt 53,9 Mrd. €, das waren 24,1 % der Einnahmen bzw. 25,7 % der Rentenausgaben.

Gegenüber dem Vorjahr erhöhten sich die Bundeszuschüsse um 4,6 Milliarden €, davon 2,3 Milliarden € aus der letzten Stufe der Ökosteuer.

Die Bundeszuschüsse setzen sich wie folgt zusammen:

- 36,6 Mrd. € allgemeiner Bundeszuschuss, der in den alten Bundesländern an die Entwicklung der Löhne und des Beitragssatzes gekoppelt ist – erhöhte sich in 2003 um 1,8 Mrd. €
- 8,2 Mrd. € zusätzlicher Bundeszuschuss, der vom Aufkommen der Mehrwertsteuer abhängig ist – erhöhte sich in 2003 um 0,5 Mrd. €
- 9,1 Mrd. € Erhöhungsbetrag zum zusätzlichen Bundeszuschuss, der sich aus der Ökosteuer speist

Ausgaben 2003:

Renten: 210 Mrd. € = 93 % (einschließlich Anteil der GRV zur Kranken- und Pflegeversicherung der RentnerInnen) = 5,8 Mrd. € Zuwachs. Dieser Zuwachs gliedert sich wie folgt:

- 3,5 Mrd. € für die Rentenanpassung Juli 2002 (2,16 % alte Bundesländer; 2,89 % neue Bundesländer).
- Rentenanpassung Juli 2003: 1,04 % aBl, 1,19 % nBl ergibt gesamt 3,5 Mrd. €.
- Weitere 2,3 Mrd. € Erhöhung der Ausgaben resultieren aus der steigenden Lebenserwartung.

Zur Info: Fernere Lebenserwartung bis 2030: 22,6 Jahre für Frauen und 18,4 Jahre für Männer. Die Annahme der erwerbstätigen Bevölkerung im 2030 wurde um 2,4 Mio. auf 37,8 Mio. nach unten korrigiert. Nach der Finanzschätzung der Bundesregierung zur wirtschaftlichen Entwicklung soll die Zahl der Beschäftigten in 2004 um 0,4 % auf 31,7 Mio. zurückgehen und die Zahl der Arbeitslosen im Jahresdurchschnitt bei mehr als 4,35 Mio. liegen.

(Zahlen des VDR vom Juni 2004)

Zu den Regelungen im Detail:

1. Der Nachhaltigkeitsfaktor

Der Nachhaltigkeitsfaktor soll erstmals im Jahr 2005 angewendet werden. Für sich betrachtet führt der Nachhaltigkeitsfaktor zu einer jährlichen Minderung der Rentenanpassung um etwa 0,5 Prozentpunkt.

Mit dem Nachhaltigkeitsfaktor wird bei der Bestimmung der Anpassungssätze insbesondere die demografische Entwicklung berücksichtigt. Verlängert sich die Lebenserwartung (wie zu erwarten ist) und steigt deshalb die Zahl der RentnerInnen an, mindert sich die Anpassung. Würde dagegen die Zahl der ArbeitnehmerInnen ansteigen, würde sich der Bremseffekt des Nachhaltigkeitsfaktor verringern (was derzeit nicht absehbar ist).

Nebenstehende Tabelle zeigt, dass sich die modifizierte Anpassungsformel mit dem neuen Nachhaltigkeitsfaktor – wie von deren Erschaffern beabsichtigt – am stärksten auswirkt. Sie allein dämpft das Bruttorentenniveau um

Rentenanpassung –Zeittafel –	
Bis 1957	Keine Rentenanpassung; bei Bedarf Sonder- oder Teuerungszulagen oder Aufwertung alter Beitragszeiten
1957-1991	Bruttoanpassung; allerdings in einzelnen Jahren Aussetzung oder Verschiebung bzw. willkürliche Bestimmung der Anpassungssätze
1992-1999	Nettoanpassung (der 1997 beschlossene Demographiefaktor, der ab 1999 gelten sollte, ist nie wirksam geworden)
2000	Inflationsanpassung
2001-2003	Modifizierte Bruttoanpassung
2004	Aussetzung
Ab 2005	Modifizierte Bruttoanpassung mit Nachhaltigkeitsfaktor

Tipp: eine detaillierte Historie der GRV und der Entwicklung einzelnen Maßnahmen sind am Ende der Broschüre „Zukunft der Rente“ abgedruckt.

2,8 Prozentpunkte. Auf der anderen Seite führt sie auch dazu, dass der Beitragssatz um 1,7 Prozentpunkte weniger ansteigt.

Mit der Neuausrichtung der Besteuerung der Alterseinkünfte hin zur nachgelagerten Besteuerung ist für jeden Renteneintrittsjahrgang eine unterschiedliche Festsetzung des Prozentsatzes der Rente, der der Steuer unterworfen wird verbunden. Das Nettorentenniveau kann nicht mehr als Maßstab für das Sicherungsniveau angewendet werden. Künftig wird das Sicherungsniveau der Gesetzlichen Rente ein steuerbereinigtes Nettorentenniveau sein bzw. ein Rentenniveau vor Steuer. Folgende Tabelle verdeutlicht die unterschiedlichen Messgrößen:

Messgröße:	<u>Verhältnis von</u> zu
Nettorentenniveau:	<u>Nettostandardrente</u> durchschnittliches Nettoeinkommen
Bruttorentenniveau:	<u>Bruttostandardrente</u> durchschnittliches Bruttoeinkommen
Steuerbereinigtes Nettorentenniveau bzw. Rentenniveau vor Steuern:	<u>Bruttostandardrente minus Sozialversicherungsbeiträge</u> durchschnittliches Bruttoeinkommen minus Sozialversicherungsbeiträge

Das steuerbereinigte Nettorentenniveau liegt derzeit bei 53 %. Im Rahmen eines Prüf- und Berichtsauftrages (§ 154 SGB VI) greift diese Prüf- und Berichtspflicht bei Unterschreiten dieser Grenze bis 2020 von 46 % und bis 2030 von 43 % ein.

Gesamtwirkungen der aktuellen Reformmaßnahmen*				
Beitragssätze in der GRV-AnV/ArV (in %)				
Rechtsstand/Jahr	2004	2010	2020	2030
1. Geltendes Recht (Dez. 2003)	20,5	19,8	21,6	24,3
2. nach dem 2.73. SGB VI – ÄndG	19,5	19,3	21,0	23,8
Differenz zum geltenden Recht	-1,0	-0,5	-0,6	-0,5
3. mit allen Maßnahmen nach 2. und RV-Nachhaltigkeitsgesetz	19,5	18,6	20,0	22,0
Differenz zum geltenden Recht	-1,0	-1,2	-1,6	-2,3
Kenngröße				
	2005	2010	2020	2030
Wirkung der modifizierten Rentenanpassung (in %)				
Beitragssatz	0,0	-0,6	-0,8	-1,7
Bruttorentenniveau	-0,1	-1,0	-1,8	-2,8
Nettorentenniveau	-0,2	-1,8	-3,0	-4,9
Rentenniveau vor Steuern	-0,1	-1,3	-2,1	-3,5
Wirkung der übrigen Reformelemente (in %)				
Beitragssatz	0,0	-0,2	-0,3	-0,2
Bruttorentenniveau	0,0	-0,2	-0,1	-0,1
Nettorentenniveau	0,0	-0,4	-0,3	-0,1
Rentenniveau vor Steuern	0,0	-0,3	-0,2	-0,1
Gesamtwirkung (in %)				
Beitragssatz	0,0	-0,8	-1,1	-1,9
Bruttorentenniveau	-0,1	-1,2	-1,9	-2,9
Nettorentenniveau	-0,2	-2,2	-3,3	-5,0
Rentenniveau vor Steuern	-0,1	-2,3	-2,3	-3,6

* Quelle: Entwurf RV-Nachhaltigkeitsgesetz, BT-Drucksache 15/2149, Seite 35

Quelle: VDR, Pressekontaktseminar 2004

Diese Zahlen zeigen die stark dämpfende Wirkung des Nachhaltigkeitsfaktors, der durch das RV-Nachhaltigkeitsgesetz eingeführt wurde.

2. Die Neuregelung der Bewertung der Ausbildungszeiten

Im RV-Nachhaltigkeitsgesetz ist – relativ unbemerkt – auch die Neuregelung der Bewertung von Zeiten schulischer und beruflicher Ausbildung vorgesehen.

Beitragsfreie Zeiten schulischer Ausbildung werden für **Rentenneuzugänge** ab 2009 nicht mehr rentensteigernd bewertet, sofern die Ausbildung an allgemein bildenden Schulen oder Hochschulen erfolgt. Die Bewertung wird für Zugänge ab 2005 in einer vierjährigen Übergangsfrist abgeschmolzen. Für die Ausbildung an Fachschulen und für berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen bleibt es dem gegenüber bei der Bewertung von 3 Jahren. Diese Unterscheidung ist kaum begründbar und macht diese Regelung angreifbar. Für die Betroffenen kann die Neuregelung im Vergleich zum geltenden Recht zu erheblichen Minderungen ihrer Rentenanwartschaften um bis zu 2,25 Entgeltpunkten führen. Dies entspricht derzeit einer Bruttorente von rund 59 € pro Monat in den alten bzw. 52 € in den neuen Bundesländern. Eine Rentenanwartschaft von 45 Entgeltpunkten bzw. 1.175,85 € würde um 5 % gekürzt. Zur Information: Im Rentenzugang 2002 enthielten knapp 20 % der Versichertenrenten Anrechnungszeiten wegen Schul-, Fachschul- oder Hochschulausbildung mit durchschnittlich 1,1 zusätzlichen Entgeltpunkten. Diese Änderungen führen nach Angaben des VDR langfristig zu einer Ausgabenminderung von 1,5 bis 2,0 Mrd. €.

Ausgenommen von dieser Kürzung sind Ausbildungszeiten nach dem 17. Lebensjahr an Fachschulen, in berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen sowie Zeiten der tatsächlichen Berufsausbildung. Dies betrifft vorwiegend Ausbildungsberufe wie beispielsweise LogopädIn, ErzieherIn, Hebamme oder mediz.-technische AssistentIn.

Die Neuregelung betrifft die rentenerhöhende Bewertung von Zeiten der Ausbildung. Die Anrechnungszeiten für die Schul-, Fachschul- oder Studienzeiten werden jedoch weiterhin als so genannte rentenrechtliche Zeiten auf dem Versicherungskonto verbucht. Mit dieser Entscheidung ist zumindest sichergestellt, dass eine schulische Ausbildung von bis zu 8 Jahren nicht zu einer Rentenlücke führt. Diese Zeiten zählen weiterhin mit für die Wartezeit von 35 Jahren, erhöhen aber die Rente in ihrem Zahlbetrag nicht. (J.K.)

Tipp: Jede Lehrzeit beweisen!

Bislang galten die ersten 36 Kalendermonaten mit Pflichtbeiträgen vor dem 25. Geburtstag pauschal als Zeiten der beruflichen Ausbildung. Die Folge hiervon war, dass diese Zeiten auf 100 % des Durchschnittsverdienstes angehoben worden.

Diese Pauschale wird bei Rentenbeginn ab 1.1.2009 gestrichen. Bis dahin wird die Pauschale noch angewandt.

Durch die Streichung der Pauschale sind vor allem ältere Versicherte betroffen, die tatsächliche keine Lehre gemacht haben oder ihre Nachweise über die Lehrzeit (nicht zu Verwechseln mit den Beitragsnachweisen) wie z. B. Lehrvertrag und Gesellenbrief oder Ausbilderzeugnis verloren haben. Deshalb lohnt es sich, um keine Nachteile bei der späteren Rentenberechnung zu haben, **jede Lehrzeit nachzuweisen**. Eine nachgewiesene Lehrzeit ist im Versicherungsverlauf nicht nur als „Pflichtbeitrag“ sondern als „Pflichtbeiträge für Berufsausbildung“ bezeichnet. Wenn kei-

ne Unterlagen mehr vorhanden sind, kann u. U. die Lehrlingsrolle der Handwerkskammer bzw. der Industrie- und Handelskammer weiterhelfen. Lehrzeiten ab 1.1.1992 werden im Rahmen der Datenübermittlung an die Rentenversicherungsträger bereits als solche gemeldet. (D.S.)

Zur Information: Rentenrechtliche Zeiten bestimmen die Höhe der Rente. Man unterscheidet Beitragszeiten, beitragsfreie Zeiten und Berücksichtigungszeiten, die unterschiedlich bewertet werden. Wartezeit ist die Mindestversicherungszeit, die erfüllt sein muss – neben den anderen Anspruchsvoraussetzungen – damit eine Rente gewährt wird. Eine Wartezeit von 35 Jahren ist notwendig für eine Altersrente für langjährig Versicherte und für schwerbehinderte Menschen.

3. Die Kürzungseffekte

Die im vergangenen Jahr beschlossenen Reformmaßnahmen, wie das 2. und 3. SGB VI-Änderungsgesetz und die Reformen im Bereich der Arbeitsmarktpolitik, die so genannten Hartz III und IV-Gesetze, sowie die im RV-Nachhaltigkeitsgesetz vorgesehenen Neuregelungen haben eine **erhebliche Minderung der sonst zu erwartenden Rentenhöhe und des Renteniveaus** zur Folge, was die folgenden beispielhaften Erwerbsbiografien verdeutlichen:

■ „Normal“-Akademiker mit vollständiger Erwerbsbiografie, Rentenbeginn 01.11.2030 mit Alter 65

Die Rentenminderung in heutigen Werten beträgt hier **191 €**, das sind rd. **9,8 % weniger Rente** als nach geltendem Recht. Diese Minderung wird zum einen durch die Modifizierung der Rentenanpassungsformel und zum anderen durch den gänzlichen Wegfall der Schul- und Hochschulausbildung verursacht.

Bei Rentenbeginn 2040: Die Rentenminderung in heutigen Werten beträgt hier 241,17 €, das sind rd. **12,4 % weniger Rente** als nach geltendem Recht. Diese Minderung wird zum einen durch die Modifizierung der Rentenanpassungsformel und zum anderen durch den gänzlichen Wegfall der Schul- und Hochschulausbildung verursacht.

■ Moderner Erwerbsverlauf mit Lücken durch selbständige Tätigkeit und Zweitausbildung, Rentenbeginn 1.1.2030 mit Alter 65

Hier kommt es u.a. durch die weder in der Gesetzlichen Rentenversicherung noch privat abgesicherten Zeiten einer selbständigen Tätigkeit, den Wegfall der Bewertung der Schul- und Hochschulausbildung und dem Wegfall der Höherbewertung der Zweitausbildung zu einer Renteminderung in heutigen Werten von **197 €**. Das bedeutet rd. **16,5 % weniger Rente**.

Bei Rentenbeginn 2040: Hier kommt es u.a. durch die weder in der Gesetzlichen Rentenversicherung noch privat abgesicherten Zeiten einer selbständigen Tätigkeit, den Wegfall der Bewertung der Schul- und Hochschulausbildung und dem Wegfall der Höherbewertung der Zweitausbildung zu einer Renteminderung in heutigen Werten von 225,48 €. Das bedeutet rd. **19 % weniger Rente**.

■ Facharbeiter, der mit 53 Jahren arbeitslos wird, Rentenbeginn 1.1.2030 mit Alter 65

Dieser Facharbeiter muss eine Rentenminderung in heutigen Werten von **87 €** und damit rd. **7 % weniger Rente** hinnehmen, die u.a. aus der auf 1 Jahr verkürzten Zahlung von Arbeitslosengeld resultiert.

Bei Rentenbeginn 2040: Dieser Facharbeiter muss eine Rentenminderung in heutigen Werten von 183,48 € und damit rd. **17,7 % weniger Rente** hinnehmen, die u.a. aus der auf 1 Jahr verkürzten Zahlung von Arbeitslosengeld resultiert.

Diese Beispiele zeigen sehr deutlich das Zusammenspiel der Reformen. Würden diese Personen dann noch mit Vollendung des 62. Lebensjahres als langjährig Versicherte vorzeitig in Rente gehen, kämen nochmals 10,8 % Abschläge hinzu. (J.K.)

4. ver.di-Positionen zu den aktuellen Reformmaßnahmen zur Rente/Alterssicherung

Unterrichtungsvorlage des Bundesvorstandes vom 19.02.2004

Mit der Rentenreform 2001 ging die Bundesregierung und die sie tragenden Parteien von der ausgabenorientierten Einnahmepolitik zur einnahmeorientierten Ausgabenpolitik über, was nichts anderes bedeutet, dass nunmehr der Grundsatz gilt: Wie viel Rente können wir uns von einem Beitrag, der bis 2020 bei max. 20% liegt, noch leisten? Gerade bei einer langfristigen Rentenreform muss jedoch die Frage, welches Sicherungsniveau erreicht werden soll und welche Maßnahmen notwendig sind, im Vordergrund stehen. ver.di hält fest, dass die Gesetzliche Rentenversicherung mehr als „armutsvermeidende Leistungen“ erbringen muss.

Das Niveau der Rente aus der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) darf nicht weiter sinken. Die erste und für die meisten Versicherten wichtigste Säule der Alterssicherung muss eine auskömmliche Versorgung im Alter garantieren. ver.di widersetzt sich der Einführung eines Nachhaltigkeitsfaktors in der Rentenformel und spricht sich gegen eine Absenkung des Rentenniveaus auf eine Grundsicherung aus. Das heutige Leistungsspektrum der GRV muss erhalten bleiben, insbesondere auch die Hinterbliebenenabsicherung. Andernfalls wäre Frauenaltersarmut ein weitverbreitetes Phänomen.

ver.di fordert die Einführung einer Niveausicherungsklausel in die Rentenformel, um eine Absenkung des Renteniveaus nach unten zu begrenzen.

Weiterhin halten wir eine Nullrunde bei der Rentenanpassung für nicht vertretbar, ebenso wie die Belastung der Rentner mit dem vollen Beitragssatz in der Pflegeversicherung ab 01.04.2004.

ver.di ist der Auffassung, dass im Rahmen einer Diskussion um eine nachhaltige Altersvorsorge zuerst eine Antwort auf die Frage: „Welches Niveau soll künftig das gesamte Alterssicherungssystem, bestehend aus drei Säulen, gewährleisten?“ gefunden werden muss, bevor die Frage „Welche Aufgabe bzw. welches Sicherungsniveau kommt dabei der ersten Säule, der Gesetzlichen Rentenversicherung, zu?“ beantwortet werden kann.

Die Delegierten des ersten ver.di Bundeskongresses haben im Oktober 2003 im Leitantrag „Alterssicherung sozial gestalten“ festgelegt, dass das Alterssicherungssystem in Deutschland zum Ziel hat, Erwerbstätigen ein Einkommen zu sichern, das den Lebensunterhalt in der Nacherwerbsphase in ausreichendem Maße garantiert, d. h. ver.di spricht sich gegen eine wie immer auch gestaltete Grundsicherung aus.

ver.di geht davon aus, dass die erste Säule der Alterssicherung, die im Umlageverfahren paritätisch finanzierte und mit sozialen Ausgleichselementen ausgestattete Gesetzliche Rentenversi-

cherung, weiterhin tragende Bedeutung bei der Alterssicherung zukommen muss. Ihr Niveau muss dazu führen, dass eine in Bezug auf die erzielten Arbeitsentgelte auskömmliche Rente garantiert ist. Auskömmlich ist eine Rente unserer Ansicht nach dann, wenn sie deutlich mehr als armutsvermeidend jedoch noch nicht lebensstandardsichernd ist.

Als rentenrechtliche Gestaltungselemente kommen derzeit im Wesentlichen folgende Ansatzpunkte in Betracht:

- Anhebung der Beiträge, Absenkung des Rentenniveaus, Anhebung des Renteneintrittsalters und/oder eine Aufstockung der Bundeszuschüsse als langfristige und nachhaltige Reformationen, die die Finanzierung sichern sollen, sowie
- Einbeziehung weiterer Personenkreise in die Gesetzliche Rentenversicherung als eine Reformation, die aus sozialpolitischen Gerechtigkeitsgesichtspunkten sinnvoll sein kann, aber nicht der nachhaltigen Sicherung der Finanzierung dient, da langfristig betrachtet aus erworbenen Anwartschaften Leistungsansprüche resultieren.

Auskömmliche Rente bedeutet, dass keinesfalls weiter in das Rentenniveau eingegriffen wird. Nach einer Absenkung durch die Riester-Reform auf ein Bruttorentenniveau von etwa 42 % halten wir eine weitere Absenkung durch einen Nachhaltigkeitsfaktor auf unter 40 % für nicht hinnehmbar. Letztlich führt ein Nachhaltigkeitsfaktor zu einem nach unten offenen Rentenniveau. ver.di fordert deshalb eine Niveausicherungsklausel, die das Rentenniveau und damit sich aus der Rentenformel ergebende Absenkungen nach unten begrenzt.

In diesem Zusammenhang hält ver.di fest, dass der bereits in der Rentenreform 2001 festgeschriebene Beitragssatz von 20 % bis 2020 und von 22 % bis 2030 keine absolute Begrenzung nach oben darstellen darf.

Eine Niveausicherungsklausel ist aber auch erforderlich, um dem/der Versicherten einen Rahmen zur Planbarkeit seiner/ihrer erforderlichen zusätzlichen Altersvorsorge zu geben. Nur wenn man zumindest in etwa das im Alter aus der Gesetzlichen Rentenversicherung zu erwartende Leistungsniveau kennt, kann man rational abschätzen, in welchem Umfang man zusätzlich, also kapitalgedeckt, vorsorgen muss.

Das Äquivalenzprinzip darf nicht aufgegeben werden. Ein erfülltes Arbeitsleben mit entsprechender Beitragszahlung muss zu einer auskömmlichen Rente führen, sonst steht die Glaubwürdigkeit und damit die Existenzberechtigung unserer Gesetzlichen Rentenversicherung auf dem Spiel.

Richtig und wichtig ist die Absicherung unsteter Erwerbsverläufe. Dies betrifft vor allem Frauen, die aufgrund von Erziehungs- und Pflegeleistungen gebrochene Rentenbiographien vorweisen. Eine Umverteilung der Kosten innerhalb der Versichertengemeinschaft lehnt ver.di ab. Da hier in erster Linie gesamtgesellschaftliche Aufgaben anerkannt werden, muss diese Anerkennung – und auch nur diese – durch Steuern finanziert und ausgeglichen werden.

Den Umstieg in eine steuerfinanzierte Grundsicherung lehnt ver.di ab. Auch hält ver.di die Wiedereinführung der „Rente nach Mindesteinkommen“ für nicht zielführend: Diese Funktion hat die bedarfsorientierte Grundsicherung, die von ver.di begrüßt wurde, übernommen. Die Armutsvermeidung im Alter kann, soweit sie sich nicht auf sozialversicherungspflichtige Erwerbstätigkeit bezieht, nicht zur Aufgabe der Gesetzlichen Rentenversicherung gemacht werden.

Die Einbeziehung weiterer Personenkreise führt langfristig dazu, dass aus erworbenen Anwartschaften Rentenansprüche erwachsen. Deshalb muss begründet werden, aus welchen Motiven und mit welcher Zielsetzung die Einbeziehung gefordert wird.

ver.di ist der Ansicht, dass in erster Linie das Sicherheitsbedürfnis Motiv für die Einbeziehung sein sollte. Deshalb sollten unserer Ansicht nach Selbständige, die nicht durch ein (z. B. berufständisches) Pflichtversicherungssystem erfasst sind, in die Gesetzliche Rentenversicherung einbezogen werden.

Im Hinblick auf die Alterssicherung der BeamtInnen weist ver.di darauf hin, dass strukturelle Unterschiede beider Alterssicherungssysteme nicht ignoriert werden dürfen. Es muss die Leistung eines „fiktiven“ Beitrags der aktiven Beamten zu ihrer Altersvorsorge anerkannt werden, indem diese auf Teile ihrer Bruttobezüge verzichten, die der Dienstherr eigentlich dazu verwenden müsste, eine kapitalgedeckte Versorgungsrücklage für die späteren Pensionen zu bilden. Die Rücklagen wurden aber in der Vergangenheit nicht gebildet, bis auf vereinzelte Ansätze in einigen Kommunen und dem Versuch des Gesetzgebers, ab 1999 0,2 % jeder Bezügeerhöhung als sog. Versorgungsrücklage einzubehalten. Diese Versorgungsrücklage leisten im übrigen aktive Beamte wie Beamtenpensionäre in gleicher Weise. Fehlende Rücklagen sind ein wesentlicher Grund für die immensen „nicht gedeckten“ Versorgungskosten, die auf die Haushalte von Bund und Ländern in den nächsten Jahren und Jahrzehnten zukommen werden.

Beamtenbezüge – die der aktiven Beamten wie die der Pensionäre – werden ausschließlich über die öffentlichen Haushalte, also aus Steuermitteln finanziert. Die Beamtenversorgung ist – anders als die gesetzliche Rentenversicherung – keine klassische Versicherung, sondern Ausdruck der Alimentationspflicht des Dienstherrn gegenüber seinen aktiven und pensionierten Beamten sowie deren Familien und Hinterbliebenen. Die Alimentierung ist eine „Vollversorgung“ (also Regel- und betriebliche Zusatzversorgung zugleich = 1. und 2. Säule) und „Gegenleistung“ für die Verpflichtung des Beamten zur vollen Hingabe zum Beamtenberuf und seiner besonderen Verpflichtungen, die aus dem lebenslangen besonderen Dienst- und Treueverhältnis entstehen.

Zum Vorschlag einer abschlagsfreien Altersrente mit mindestens 44 Versicherungsjahren muss angemerkt werden, dass die Vielzahl der künftigen RentnerInnen diese Versicherungsjahre nicht mehr aufweisen können.

Im Rentenbestand des Jahres 2002 können folgende Personen (in Prozent) 45 und mehr Versicherungsjahre aufweisen:

■ Männer alte Bundesländer	38,5 %
■ Männer neue Bundesländer	61,0 %
■ Frauen alte Bundesländer	3,6 %
■ Frauen neue Bundesländer	10,2 %

Sollte eine solche Altersrente für Versicherte mit 44 und mehr Versicherungsjahren durch Umverteilung innerhalb der Versichertengemeinschaft finanziert werden, wäre diese Rentenart ein Sponsoring der Frauen zugunsten der Männer. Dies lehnt ver.di ab. Zudem wäre ein solcher Rentenzugang ein tiefgreifender Eingriff in das Äquivalenzprinzip.

ver.di fordert eine Verbesserung der rentenrechtlichen Anerkennung von Familienleistungen, unabhängig vom Bestehen einer Ehe. Die Aufstockung und Neuausrichtung einer eheunabhängigen Erziehungs- und Pflegeleistungskomponente ist auch im Hinblick auf diese gesamt-

gesellschaftlich gewünschten und benötigten Leistungen und auf den Sicherungsbedarf einer steigenden Anzahl von Alleinerziehenden, in der Regel Frauen, die Erziehungs- und Pflegeleistungen erbringen, dringend notwendig.

Familienpolitische Ansätze kommen ganz überwiegend Frauen zugute. Frauen sind in der Mehrzahl der Fälle für die Kindererziehung und Pflege von Familienangehörigen zuständig. Ihre Leistungen sind sinnvoll und wichtig für die Gesellschaft. Jeder Schritt zu einer eigenständigen und sozialen Absicherung von Familienleistungen ist damit auch ein Schritt zur eigenständigen Alterssicherung von Frauen. Unbestritten ist, dass Familien unter den derzeitigen Rahmenbedingungen durch die Erziehung von Kindern und die Pflege von Familienangehörigen besonders belastet werden, durch die zeitliche Einschränkung in der Erwerbsphase und folgend durch geringere Renten in der Nacherwerbsphase.

Weiterhin tritt ver.di auch deshalb für eine Stärkung der Gesetzlichen Rentenversicherung ein, da sie zum einen paritätisch finanziert und zum anderen mit sozialen Ausgleichselementen versehen ist.

Ein Systemwechsel vom Umlageverfahren zum Kapitaldeckungsverfahren löst die demografischen Probleme der Rentenfinanzierung nicht. So sind die Schwankungen von Kapitalmärkten stärker als konjunkturelle Schwankungen und deshalb mit größeren Risiken für die Anleger behaftet. ver.di will nicht, dass Rentnerinnen und Rentner den Turbulenzen des Kapitalmarktes ausgesetzt werden. Auch ist das Kapitaldeckungsverfahren nicht grundsätzlich weniger anfällig für Veränderungen in der Bevölkerungs- und Erwerbstätigenstruktur als das Umlageverfahren. Ver.di sieht deshalb in kapitalgedeckten Altersvorsorgesystemen der zweiten und dritten Säule der Alterssicherung eine ergänzende Möglichkeit, die bereits erfolgten Absenkungen des Absicherungsniveaus in der gesetzlichen Rentenversicherung zu kompensieren. Der Aufbau der kapitalgedeckten Altersversorgung darf aber nicht dazu missbraucht werden, das Niveau in der Gesetzlichen Rentenversicherung noch weiter abzusenken.

In diesem Zusammenhang muss eine grundsätzliche Frage beantwortet werden, wie die Gewerkschaften zur Frage der Sozialversicherungsfreiheit bei Entgeltumwandlung nach 2008 stehen?

Mit der Beibehaltung der Sozialversicherungsfreiheit nach 2008 würde zwar die betriebliche Altersversorgung attraktiv bleiben, jedoch zu Lasten der Gesetzlichen Rentenversicherung. Wenn, wie bereits gefordert (und im Beschluss des DGB-BV vom 02.12.2003 auch verabschiedet), noch mehr als 4 % der Entgelte sozialversicherungsfrei umgewandelt werden können, wird das Niveau der Gesetzlichen Rentenversicherung nochmals drastisch abgesenkt werden. Mit dieser Absenkung wird auch ein weiterer Akzeptanz- und Vertrauensverlust einhergehen.

(J.K.)

III. Organisationsreform in der Gesetzlichen Rentenversicherung

Übergangsregelungen bis 2011

Das Bundeskabinett hat am **26. Mai 2004** auf Vorschlag von Bundessozialministerin Ulla Schmidt den **Entwurf eines Gesetzes zur Organisationsreform in der gesetzlichen Rentenversicherung beschlossen**. (Der Gesetzentwurf ist im Internet unter www.bmgs.bund.de – Gesetze zu finden).

Für die weitere **parlamentarische Behandlung** dieses Gesetzes gibt es folgenden Zeitplan:

Bundesrat Stellungnahme:	9. Juli 2004
Bundestag 1. Lesung:	9. oder 10. September 2004
Bundestag 2. und 3. Lesung:	1. Oktober 2004
Bundesrat 2. Durchgang:	5. November 2004

Die relevanten Änderungen beziehen sich auf die Namensgebung, auf die Bildung von Trägerausschüssen in der Deutschen Rentenversicherung Bund und auf die Genehmigungspflicht aller Haushalte der Rentenversicherungsträger Bundesversicherungsamt/BMGS (statt Beanstandung).

ver.di und der DGB werden ihre Stellungnahmen zum RVOrgG aktualisieren.

Nachstehend wird die Pressemeldung vom 16.06.2004 des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) zur Organisationsreform in der gesetzlichen Rentenversicherung abgedruckt:

„Der im Bundeskabinett verabschiedete Gesetzentwurf zur Organisationsreform stellt aus Sicht der Selbstverwaltung eine insgesamt tragfähige Grundlage für die Neugestaltung der Organisationsstrukturen der Rentenversicherung dar“. Dies machte der stellvertretende Vorstandsvorsitzende des VDR, Dr. Erich Standfest, auf der Mitgliederversammlung des Verbandes am 16. Juni 2004 in Bochum deutlich. „Im Gesetzentwurf finden sich die Ziele und Kernelemente wieder, die in den vergangenen Jahren von den Sozialpartnern, von der Rentenversicherung und von einer Arbeitsgruppe der zuständigen Staatssekretäre des Bundes und der Länder erarbeitet wurden“, so Standfest. Die Selbstverwaltung habe ihre Aufgabe in Fragen der Organisationsreform sehr ernst genommen und eine Vielzahl wichtiger Impulse gesetzt.

Den Entwurf eines „Gesetzes zur Organisationsreform der gesetzlichen Rentenversicherung“ hatte das Bundeskabinett nach intensiven Vorabstimmungen zwischen Bund und Ländern am 26. Mai 2004 verabschiedet. Das Gesetz soll am 1. Januar 2005 in Kraft treten.

Nach Standfests Worten werde sich die Zuordnung der Versicherten zu den Rentenversicherungsträgern dem Gesetzentwurf zufolge ab dem 1. Januar 2005 nicht mehr nach der überkommenen Unterscheidung zwischen Arbeitern und Angestellten richten, sondern nach einer im Gesetz festgelegten Quote. 55 Prozent erhielten die Regionalträger, 40 Prozent die Deutsche Rentenversicherung Bund, die aus einem Zusammenschluss von BfA und VDR hervorgehe, und 5 Prozent der zweite Träger auf Bundesebene, die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See. Er erläuterte, dass über ein so genanntes Ausgleichsverfahren die Quote von 55:45 Regional- zu Bundesebene innerhalb eines Zeitraums von 15 Jahren auch für die Bestandsversicherten der Jahrgänge ab 1945 erreicht werden soll. Standfests Einschätzung nach würden die Regelungen insgesamt zu einer stabilen und verwaltungspraktikablen Versichertenverteilung führen und auch die breite Akzeptanz der Versicherten finden. An der überkomme-

nen und in anderen Rechtsbereichen längst überwundenen Unterscheidung zwischen Arbeitern und Angestellten habe man nicht länger festhalten können.

Standfest wies darauf hin, dass die Veränderung der Organisationsstruktur und der Versicherungsverteilung auch eine Änderung des Beitragseinzugs bedinge. „Weil die Unterscheidung zwischen Arbeitern und Angestellten entfällt, können die Arbeitgeber in Zukunft den Rentenversicherungsbeitrag einheitlich an die Einzugsstellen abführen. Insbesondere müssen sie keine Kennzeichnung danach vornehmen, welchem Rentenversicherungsträger der Versicherte – und damit der Beitrag – zuzuordnen ist“, sagte Standfest. Die Einzugsstellen zögen die Beiträge ohne Differenzierung ein und verteilten sie nach einem von der Deutschen Rentenversicherung Bund jährlich bekannt zu gebenden Schlüssel auf die Rentenversicherungsträger. „Dieses neue Verfahren entlastet die Arbeitgeber und die Einzugsstellen“, betonte er.

Der Deutschen Rentenversicherung Bund werde im Gesetzentwurf eine Doppelfunktion zugewiesen, unterstrich Standfest. Zum einen betreue sie – wie die anderen Rentenversicherungsträger auch – die ihr zugewiesenen Versicherten und Rentner. Zum anderen sei sie zuständig für die Grundsatz- und Querschnittsaufgaben, die die gesamte Rentenversicherung betreffen. „Der Gesetzgeber hat sich – einem gemeinsamen Vorschlag der Rentenversicherung folgend – dazu entschlossen, die Deutsche Rentenversicherung Bund mit einheitlichen Selbstverwaltungsgremien auszustatten, die Entscheidungen in Trägerangelegenheiten aber besonderen Ausschüssen der Vertreterversammlung bzw. des Vorstandes vorzubehalten“, so Standfest.

In diesem Zusammenhang wies er besonders darauf hin, dass die Selbstverwaltungsorgane der Deutschen Rentenversicherung Bund in Grundsatz- und Querschnittsangelegenheiten Entscheidungen treffen könnten, die alle Rentenversicherungsträger binden. Diese verbindlichen Entscheidungen seien wegen ihres Normcharakters im Amtlichen Mitteilungsblatt der Deutschen Rentenversicherung Bund zu veröffentlichen. Er führte aus, dass die wichtigen Grundsatz- und Querschnittsaufgaben im Gesetz beispielhaft genannt seien. Sofern die Notwendigkeit bestehe, diesen Katalog ausdrücklich zu erweitern, bedürfe das eines Beschlusses der Gremien der Deutschen Rentenversicherung Bund. „Damit ist aufgrund der Mehrheitserfordernisse sichergestellt, dass die Erweiterung nur im Einvernehmen zwischen Bundes- und Landesebene erfolgen kann“, sagte Standfest.

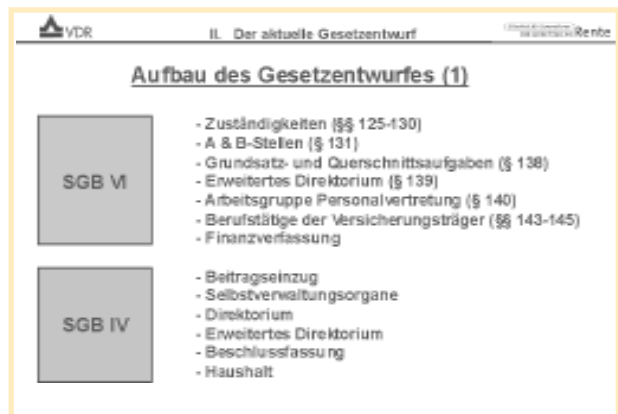
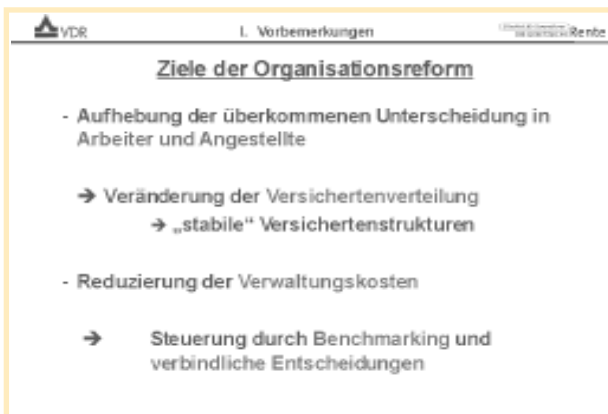
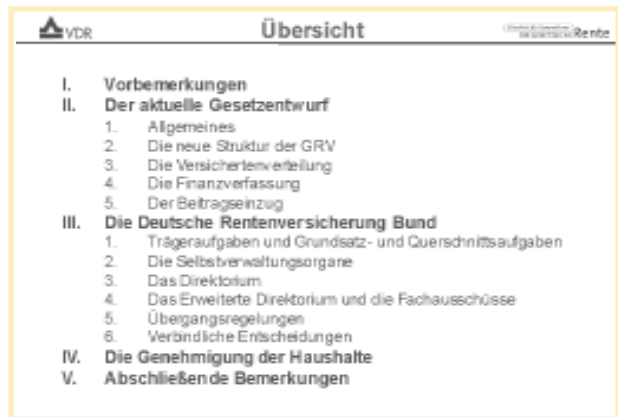
Neben der Geschäftsführung werde bei der Deutschen Rentenversicherung Bund ein „Erweitertes Direktorium“ gebildet. Es bestehe aus dem Direktorium der Deutschen Rentenversicherung Bund, aus fünf Geschäftsführern der Regionalträger und aus einem der Geschäftsführer der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See. Der Gesetzentwurf weise dem Erweiterten Direktorium eine Vielzahl von Aufgaben im trägerübergreifenden Bereich zu, vor allem im Bereich der Steuerung der Finanzausstattung und -verwaltung. Hinsichtlich der verbindlichen Entscheidungen stellte Standfest fest, dass die Stellung des Erweiterten Direktoriums in dem vom Kabinett beschlossenen Gesetzentwurf allerdings in überaus problematischer Weise gestärkt worden sei, ohne dass dies vorher abgestimmt oder auch nur diskutiert worden sei. Seiner Einschätzung nach schränke die Ausweitung der Kompetenzen des Erweiterten Direktoriums die Rechte der Selbstverwaltungsorgane und die Kompetenzen der Fachausschüsse, in denen – anders als im Erweiterten Direktorium – die Geschäftsführer aller Rentenversicherungsträger repräsentiert sind, über Gebühr ein.

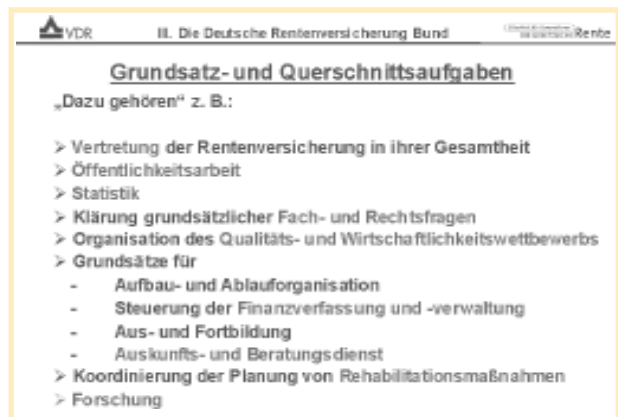
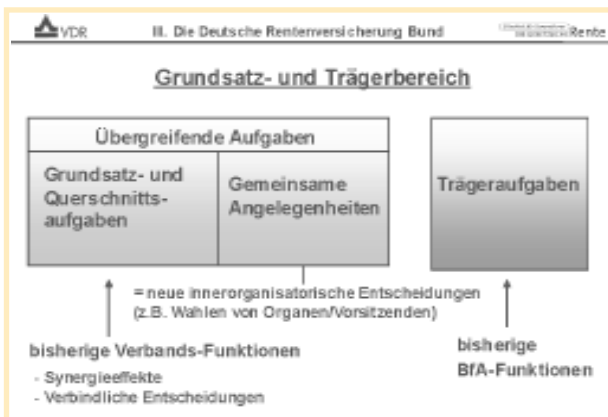
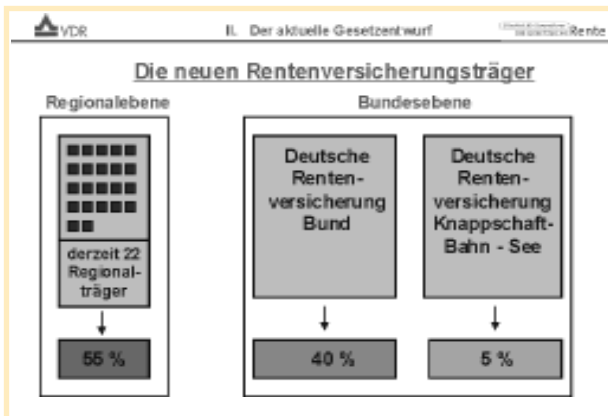
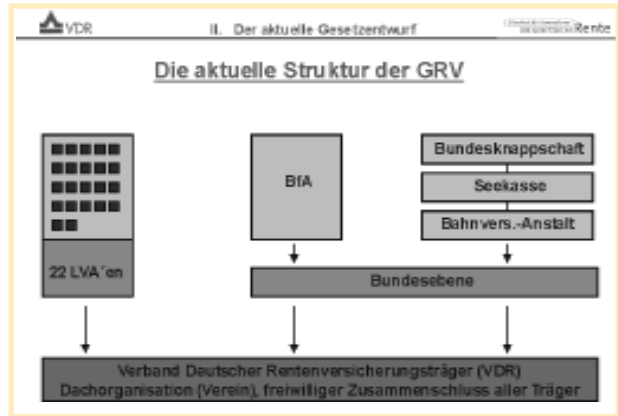
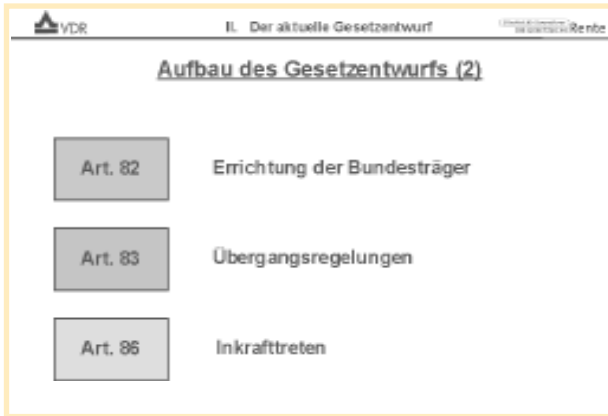
Mit Entschiedenheit wendete sich Standfest ferner gegen das Genehmigungserfordernis für die Haushalte aller Rentenversicherungsträger. „Warum im aktuellen Entwurf für alle Renten-

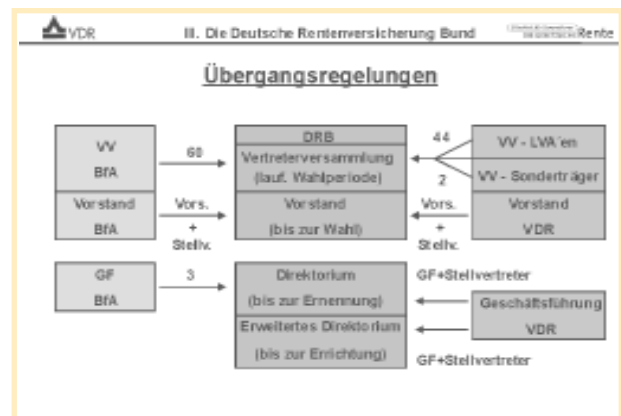
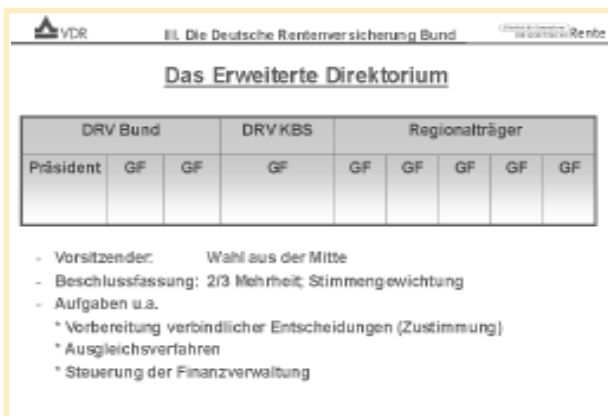
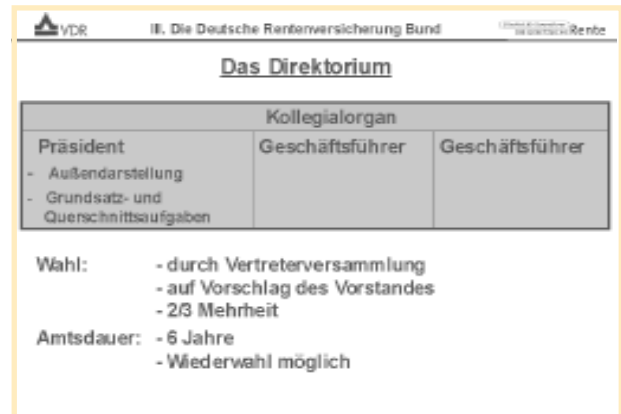
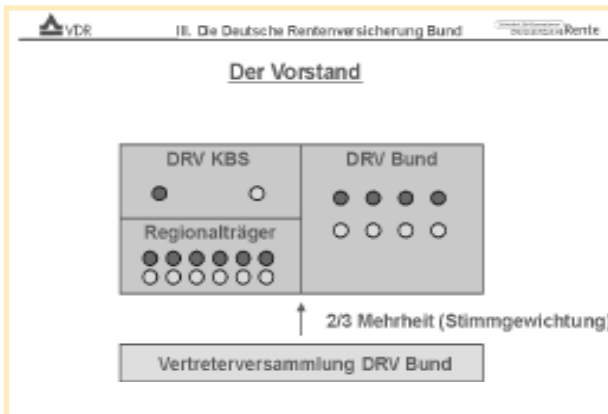
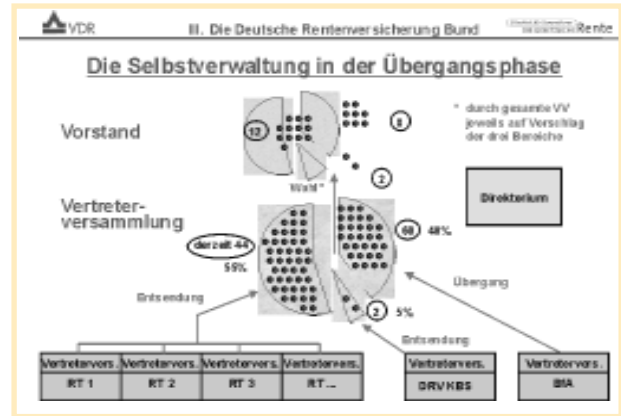
versicherungsträger ein Genehmigungserfordernis bestehen soll, ist nicht nachvollziehbar. Die Beratung und Feststellung des Haushalts ist ein elementares Recht der Selbstverwaltung, das Genehmigungserfordernis ein schwerwiegender und nicht akzeptabler Eingriff in ihre Kompetenzen“, sagte er. Während der Gesetzgeber auf der einen Seite das Ziel verfolge, durch Verschlankeung der Verwaltungsabläufe Einspareffekte zu erzielen, kompliziere er an dieser Stelle mit dem Genehmigungserfordernis das Verfahren, ohne dass dazu eine Notwendigkeit oder auch nur ein Anlass bestünde.

Standfest hob dennoch hervor, dass sich die Selbstverwaltung der gesetzlichen Rentenversicherung der Herausforderung stelle, die Steuerung und Koordinierung mit Hilfe der neuen Instrumente effizient zu gestalten und die internen Abläufe weiter zu verschlanken. Sie werde so dazu beizutragen, dass die geplanten Einsparungen von 350 Millionen € in den ersten fünf Jahren erzielt werden können. „Im Gegenzug erwarten wir allerdings vom Gesetzgeber, dass er seine sonstigen Appelle zum Vorrang der Selbstverwaltung ernst nimmt und ihn nicht durch Genehmigungsvorbehalte und ähnliche Einschränkungen konterkariert“, sagte Standfest.

Die nachfolgend abgedruckten Folien wurden uns freundlicherweise vom VDR zum Abdruck überlassen:

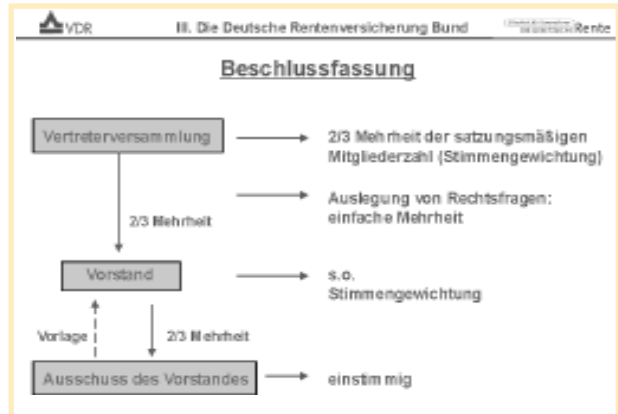








II. Die Deutsche Rentenversicherung Bund 		
Vorbereitung	Erweitertes Direktorium → Zustimmung (Fachausschüsse unterstützend)	§ 138 IV SGB VI
Beschlussfassung	Vertreterversammlung ↓ Vorstand ↓ Ausschuss des Vorstandes	§ 138 II, III SGB VI
Beteiligung der Arbeitsgruppe Personalvertretung		§ 140 SGB VI
Veröffentlichung	Amtliches Mitteilungsblatt	§ 138 V SGB VI
Bindungswirkung		§ 138 II 1 SGB VI



II. Die Deutsche Rentenversicherung Bund 	
Funktionale Selbstverwaltung	
BVerfG (Beschluss v. 5.12.2002)	
<ul style="list-style-type: none"> • Kein Erfordernis lückenloser personeller Legitimation • Voraussetzungen: <ul style="list-style-type: none"> - Aufgaben und Handlungsbefugnisse der Organe ausreichend vorherbestimmt - Aufsicht durch personell demokratisch legitimierte Amtswalter - angemessene und ausgewogene Berücksichtigung der betroffenen Interessen 	
→ Anforderungen sind gewahrt	

IV. Die Genehmigung der Haushalte 			
	Genehmigungsvorbehalt	Beanstandungsrecht	Anmerkung
geltendes Recht	BK _n	BfA LVA _n	Grund: Defizitdeckungsverfahren BK _n
Arbeitsentwurf	DRV KBS DRV Bund	Regionalträger	
Referentenentwurf	DRV KBS	DRV Bund Regionalträger	wie geltendes Recht
aktueller Entwurf	DRV KBS DRV Bund Regionalträger		

ver.di: Die Sozialversicherungswahlen 2005 finden noch nach derzeitiger Rechtslage statt.

Gang der Diskussion seit 1999:

- 19. Mai 1999 Diskussionsgrundlage der Sozialpartner
- Anfang 2003 Organisationsmodell der GRV
- 26. Juni 2003 Billigung des Gemeinsamen Konzepts der Staatssekretäre durch Bundeskanzler und Regierungschefs der Länder
- Dezember 2003 Arbeitsentwurf RVOrgG
- 26. März 2004 Referentenentwurf

Zum **Referentenentwurf** fand am 23. 4. 2004 eine Besprechung mit Gewerkschaften und Verbänden im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung in Bonn statt.

ver.di: „Das von der Bundes- und den Landesregierungen im Juni 2003 gebilligte „Gemeinsame Konzept zur Organisationsreform der Gesetzlichen Rentenversicherung“ wird nach unserer Auffassung durch den „Referentenentwurf eines Gesetzes zur Organisationsreform in der gesetzlichen Rentenversicherung – RVOrgG“ vom **26.3.2004** im Großen und Ganzen in sachgerechter Weise umgesetzt.“

Anmerkung:

Die ver.di-Darstellung bezieht sich noch auf die Bezeichnungen, die im Referentenentwurf aktuell waren. Im Kabinettsbeschluss ist wieder der Name Deutsche Rentenversicherung Bund aufgenommen worden wie zuvor schon im Arbeitsentwurf.

Die Vereinigungen von Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung sollen zum 1. Oktober 2005 erfolgen und deshalb sind Änderungen in Form von Übergangsregelungen in der Zusammensetzung der Selbstverwaltungsorgane bis zu den nächsten Sozialwahlen im Jahre 2011 vorgesehen.

Alle Träger der deutschen Rentenversicherung auf Bundes- und auf regionaler Ebene werden als Körperschaften des öffentlichen Rechts mit paritätischer Selbstverwaltung ausgestattet.

Eine **eingleisige Selbstverwaltung** in der Bundesversicherungsanstalt für Alterssicherung trifft in ihrer Gesamtheit verbindliche Entscheidungen für die gesamte deutsche Rentenversicherung und entscheidet in ihrer trägerspezifischen Zusammensetzung über Trägeraufgaben. ver.di hatte es in ihrer Stellungnahme begrüßt, dass der Referentenentwurf nunmehr im § 64 Abs. 4 und 5 SGB IV regelt, dass die Selbstverwaltungsorgane der Bundesversicherungsanstalt für Alterssicherung Beschlüsse über Trägerangelegenheiten alleine fassen. Am Montag, 26.4.2004 ist im Lenkungsausschuss des VDR vereinbart worden, bezogen auf die Selbstverwaltung des Bundesträgers einen von allen Beteiligten getragenen Formulierungsvorschlag zu erarbeiten.

Gem. Referentenentwurf § 43 SGB IV haben die Vertreterversammlungen der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung jeweils höchstens 30 Mitglieder. DGB und ver.di haben dagegen gesprochen. So heißt es in der DGB-Stellungnahme: „Wir schlagen vor, die Entscheidung über die

Verkleinerung der Vertreterversammlungen bei den Rentenversicherungsträgern ebenfalls den Selbstverwaltern zu überlassen. Dadurch kann flexibel auf den jeweiligen Bedarf reagiert werden – beispielsweise kann eine etwas größere Vertreterversammlung (bis höchstens 60 Mitglieder) Fusionen bei den Regionalträgern erleichtern. Zudem muss bedacht werden, dass bei der Bundesversicherungsanstalt für Alterssicherung eine höhere Zahl als 30 Mitglieder aufgrund des großen Versichertenkollektivs angemessen sein kann.“

In der ver.di- Stellungnahme heißt es: „ver.di vertritt die Auffassung, dass eine Festschreibung auf die Zahl 30 für die Vertreterversammlung der Bundesversicherungsanstalt für Alterssicherung zum einen verkennt, dass die für Trägerangelegenheiten durch Wahl der Versicherten und Arbeitgeber bestimmten Mitglieder der Vertreterversammlung künftig 40% des Versichertenbestandes vertreten und zum anderen, dass bei Zusammenlegungen von Trägern eine – vorübergehende – Erweiterung der Vertreterversammlung unmöglich wird. Die Anzahl der Mitglieder in der VV sollte deshalb per Satzung geregelt werden.“

Auszüge aus dem Entwurf und der Begründung:

- Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung stellen ihrem Namen die Bezeichnung „**Deutsche Rentenversicherung**“ voran.
- Alle Träger der deutschen Rentenversicherung auf Bundes- und auf regionaler Ebene werden als Körperschaften des öffentlichen Rechts mit **paritätischer Selbstverwaltung** ausgestattet..
- Nach Artikel 84 werden in einem „Gesetz zur Errichtung der Bundesversicherungsanstalt für Alterssicherung und der Bundesversicherungsanstalt Knappschaft-Bahn-See“ gem. §§ 1 und 2 die BfA und der VDR zur Bundesversicherungsanstalt für Alterssicherung zusammengeschlossen. Gem. §§ 4 und 5 werden Bundesknappschaft, Bahnversicherungsanstalt und Seekasse zur Bundesversicherungsanstalt Knappschaft-Bahn-See vereinigt. Aufgrund dieses Zusammenschlusses und der Zuweisung neuer Versicherter an die Bundesversicherungsanstalt Knappschaft-Bahn-See ist deren Struktur nicht mehr mit der bisherigen Bundesknappschaft vergleichbar. Zahlreiche Sonderregelungen zur Selbstverwaltung, z. B. zur disparitätischen Besetzung der Selbstverwaltungsorgane, können daher aufgehoben werden.
- Die **Zahl der Bundesträger** wird von vier auf zwei durch Verschmelzung von Bundesknappschaft, Bahnversicherungsanstalt und Seekasse reduziert. Im Bereich der **Regionalträger** sind ebenfalls Zusammenschlüsse vorgesehen.
- Bundesträger sind die Bundesversicherungsanstalt für Alterssicherung und die Bundesversicherungsanstalt Knappschaft-Bahn-See. Die Bundesversicherungsanstalt für Alterssicherung nimmt auch die **Grundsatz- und Querschnittsaufgaben** und die gemeinsamen Angelegenheiten der Träger der Rentenversicherung wahr.
- Für die Erfüllung der **Aufgaben der Rentenversicherung** sind in der allgemeinen Rentenversicherung die Regionalträger, die Bundesversicherungsanstalt für Alterssicherung und die Bundesversicherungsanstalt Knappschaft-Bahn-See zuständig.
- Für sämtliche **Auskunfts- und Beratungsstellen** sollen künftig allein die Regionalträger zuständig sein. Die Bundesversicherungsanstalt erhält die Kompetenz, Grundsätze für die Organisation und Aufgabenzuweisung der Auskunfts- und Beratungsstellen zu entwickeln.
- Die Unterscheidung zwischen Arbeiterrentenversicherung und Angestelltenversicherung wird aufgegeben und durch einen **einheitlichen Versichertenbegriff** ersetzt.

- Die **Zuordnung der Versicherten** erfolgt im Rahmen der Vergabe der Versicherungsnummer nach einer Quote von 55% (Regionalträger) zu 40% (Bundesversicherungsanstalt für Alterssicherung) zu 5% (Bundesversicherungsanstalt Knappschaft-Bahn-See). (Die künftige Bundesversicherungsanstalt Knappschaft-Bahn-See erhält die bisher nach Branchen zugeordneten Versicherten der Bundesknappschaft, der Bahnversicherungsanstalt und der Seekasse sowie ein bestimmtes Kontingent aus der Quote der Bundesträger...Zur Stabilisierung der Arbeitsmengen ist darüber hinaus ein Ausgleichsverfahren zur Anpassung der Verteilungsquote für den vorhandenen Versichertenbestand vorgesehen).
- Bei der neuen Bundesversicherungsanstalt für Alterssicherung wird eine **neue Selbstverwaltungsstruktur** geschaffen. Die Regionalträger und die Bundesversicherungsanstalt Knappschaft-Bahn-See sind in die Entscheidungsgremien eingebunden, da sie an die verbindlichen Beschlüsse der BfA gebunden werden.
- Entsprechend der besonderen Aufgabenstellung der Bundesversicherungsanstalt für Alterssicherung, die nicht mit anderen Sozialversicherungsträgern vergleichbar ist, erhält dieser Träger eine **besondere Struktur der Selbstverwaltung**. Der Aufbau entspricht grundsätzlich der im SGB IV vorgesehenen Struktur: Vertreterversammlung, Vorstand und Geschäftsführung (die Geschäftsführung wird vom Direktorium der Bundesversicherungsanstalt für Alterssicherung wahrgenommen). Bei der Zusammensetzung der Selbstverwaltungsorgane und Entscheidungsstruktur sind jedoch Abweichungen erforderlich
- Durch die Ausgestaltung der Beschlussverfahren wird sichergestellt, dass sowohl die bundesunmittelbaren Rentenversicherungsträger als auch die Regionalträger einen ihrer **Versichererquote** entsprechenden Einfluss auf die Entscheidungen der Bundesversicherungsanstalt für Alterssicherung erhalten. Unter dem Begriff „Regionalträger“ werden – dem Gemeinsamen Konzept folgend – im Gesetz die Landesversicherungsanstalten zusammengefasst.
- In der Vertreterversammlung der Bundesversicherungsanstalt für Alterssicherung erhalten die Bundesträger einen **Stimmanteil** von 45% und die Landesversicherungsanstalten von 55%. Dabei werden die Vertreter der Bundesversicherungsanstalt für Alterssicherung unmittelbar durch die Sozialwahlen von den Versicherten und Arbeitgebern gewählt. Die Regionalträger und die Bundesversicherungsanstalt Knappschaft-Bahn-See entsenden Vertreter. Die Selbstverwaltung wird paritätisch je zur Hälfte aus Versicherten- und Arbeitgebervertretern gebildet. Entscheidungen über die eigenen Trägeraufgaben werden mit der Mehrheit der Stimmen der durch Wahl der Versicherten und Arbeitgeber der Bundesversicherungsanstalt für Alterssicherung hervorgegangenen Mitglieder der Vertreterversammlung gefasst.

Der Artikel 85 enthält Übergangsregelungen:

Bundesversicherungsanstalt Knappschaft-Bahn-See

Bei der erstmaligen Bildung der Selbstverwaltungsorgane bei der Bundesversicherungsanstalt Knappschaft-Bahn-See sind neben dem SGB IV die **Übergangsbestimmungen** der §§ 6 bis 10 ergänzend zu beachten. Die Übergangsbestimmungen sind erforderlich, da **die Vereinigung Bundesknappschaft, Bahnversicherungsanstalt und Seekasse erst nach den Sozialversicherungswahlen 2005 in Kraft** tritt. Von daher ist es sachgerecht, die Besonderheiten bei der Zusammensetzung der Selbstverwaltungsorgane (Disparität bei der Bundesknappschaft, ein Vertreter der Arbeitgeber bei der Bahnversicherungsanstalt) für eine **Übergangsphase bis zu den Sozialversicherungswahlen im Jahre 2011** im Wesentlichen beizubehalten.

Zu § 6:

Die Vorschrift bestimmt die Modalitäten **zur Bildung und Zusammensetzung der Vertreterversammlung der Bundesversicherungsanstalt Knappschaft-Bahn-See**. Im Hinblick auf die Kürze der Zeit zwischen den Sozialversicherungswahlen 2005 und dem Inkrafttreten der Vereinbarung ist es sachgerecht, die Zusammensetzung der Vertreterversammlung gesetzlich vorzugeben.

In der Begründung zu Abs. 1 wird darauf hingewiesen, dass der Vertreterversammlung insgesamt **61 Mitglieder** angehören. Das geringfügige Überschreiten der Höchstgrenze von 60 Mitgliedern in der Vertreterversammlung kann im Hinblick auf die Zielsetzung der Vorschrift und die Modalitäten zur Zusammensetzung der Vertreterversammlung für eine Übergangsphase bis 2011 hingenommen werden. Für die Wahlperiode ab 2011 bestimmt die Satzung der Bundesversicherungsanstalt Knappschaft-Bahn-See die Zahl der Mitglieder der Vertreterversammlung, wobei dann die Höchstgrenze wieder zu beachten ist (43 Abs. 1 SGB IV Viertes Buch Sozialgesetzbuch).

Der Absatz 2 regelt die Modalitäten zur Zusammensetzung der Vertreterversammlung der Bundesversicherungsanstalt Knappschaft-Bahn-See. Die Mitglieder der Vertreterversammlung werden von den aus den Sozialversicherungswahlen 2005 resultierenden Vertreterversammlungen der Bundesknappschaft, der Bahnversicherungsanstalt und der Seekasse durch Wahl bestimmt.

- Die Vertreterversammlung der Bundesknappschaft wählt wegen der in der Übergangsphase weiterhin gültigen Disparität 30 Versichertenvertreter und 15 Arbeitgebervertreter,
- die **Vertreterversammlung der Bahnversicherungsanstalt** bestimmt 9 Versichertenvertreter und den Arbeitgebervertreter, wobei dieser wie bisher über die gleiche Anzahl an Stimmen wie die 9 Versichertenvertreter verfügt, und
- die **Vertreterversammlung der Seekasse** wählt je drei Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber.

Die zahlenmäßige Zusammensetzung sowie die Stimmenverteilung in der Vertreterversammlung

(Bundesknappschaft = 45 Mitglieder, 45 Stimmen,
Bahnversicherungsanstalt = 10 Mitglieder, 18 Stimmen,
Seekasse = 6 Mitglieder, 6 Stimmen)

orientiert sich an den Zahlen der Wahlberechtigten (Pflichtversicherte und Rentner). Von den gesamten Versicherten- und Rentnerzahlen des Jahres 2003 der fusionierenden Träger entfallen auf die Bundesknappschaft 66 %, die Bahnversicherungsanstalt 26 % und die Seekasse 8 %.

Absatz 3 legt in Anlehnung an das bisherige Recht fest, dass zur Gewährleistung der Stimmenparität der von der Vertreterversammlung der früheren Bahnversicherungsanstalt bestimmte Arbeitgebervertreter grundsätzlich nur über jeweils soviel Stimmen verfügt, wie stimmberechtigte Bahnversicherte anwesend sind.

Im Hinblick auf die Tatsache, dass die Vereinigung von Bundesknappschaft, Bahnversicherungsanstalt und Seekasse zum 1. Oktober 2005 wirksam wird, und zur Gewährleistung der Handlungsfähigkeit der Bundesversicherungsanstalt Knappschaft-Bahn-See legt Absatz 4 fest, dass die **Wahl der Vertreterversammlung spätestens am 30. September 2005 zu erfolgen hat**.

Absatz 5 bestimmt ergänzend, dass die Vertreterversammlung spätestens am 31. Oktober 2005 zusammentritt. Im Übrigen wird klargestellt, dass die Vorschriften der Wahlordnung für die Sozialversicherung entsprechend anzuwenden sind.

Zu § 7:

Absatz 1 gibt den gesetzlichen Rahmen für **die Zusammensetzung des Vorstandes der Bundesversicherungsanstalt Knappschaft-Bahn-See** vor. Bei der konkreten Zusammensetzung des Vorstandes hat die Vertreterversammlung die Verhältniszahlen der Stimmenverteilung in der Vertreterversammlung zu berücksichtigen. Im Übrigen gelten für die Wahl des Vorstandes die allgemeinen Vorschriften des Vierten Abschnitts des Vierten Buches Sozialgesetzbuch.

Nach Absatz 2 nimmt der am 30. September 2005 amtierende Vorstand der Bundesknappschaft übergangsweise die Aufgaben des Vorstandes der Bundesversicherungsanstalt Knappschaft-Bahn-See wahr.

Zu § 8:

Absatz 1 bestimmt, dass die Selbstverwaltungsorgane der Bundesversicherungsanstalt Knappschaft-Bahn-See **für eine Übergangszeit zwei stellvertretende Vorsitzende wählen**. Hierdurch wird es ermöglicht, dass alle von der Fusion erfassten Träger im Vorsitz der Selbstverwaltungsorgane angemessen vertreten sein können.

Im Hinblick auf die disparitätische Zusammensetzung der Selbstverwaltungsorgane verhindert Absatz 2 ein Überstimmen der Arbeitgeberseite durch die Arbeitnehmerseite. Die Vorschrift entspricht der bisherigen Regelung im § 65 Abs. 2 Viertes Buch Sozialgesetzbuch.

Die Selbstverwaltungsorgane der Bundesversicherungsanstalt Knappschaft-Bahn-See werden infolge der Fusion von drei Rentenversicherungsträgern Mitglieder haben, die von den Belangen der knappschaftlichen Krankenversicherung oder der ehemaligen Bahnversicherungsanstalt Abteilung B nicht tangiert sind. Von daher können nach Absatz 3 durch Satzungsregelungen sachgerechte Entscheidungswege geschaffen werden.

Zu § 9:

Absatz 1 stellt klar, dass die **Amts-dauer der Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane** der fusionierenden Träger mit dem erstmaligen Zusammentritt der Vertreterversammlung der Bundesversicherungsanstalt Knappschaft-Bahn-See **endet**.

Absatz 2 bestimmt, dass die Versichertenältesten der Bundesknappschaft, die im Rahmen der Sozialwahlen des Jahres 2005 gewählt worden sind, ihr Mandat behalten. Darüber hinaus wird die Möglichkeit eröffnet, weitere Versichertenälteste zu wählen.

Zu § 10:

Die Vorschrift legt fest, dass die am 30. September 2005 amtierende Geschäftsführung der Bundesknappschaft übergangsweise die Aufgaben der Geschäftsführung der Bundesversicherungsanstalt Knappschaft-Bahn-See wahrnimmt.

Bundesversicherungsanstalt für Alterssicherung

Zu § 11:

Die Vorschrift bestimmt, dass bei der erstmaligen Bildung der Selbstverwaltungsorgane bei der Bundesversicherungsanstalt für Alterssicherung neben den allgemeinen Regeln zur Selbstverwaltung des Vierten Abschnitts des Vierten Buches Sozialgesetzbuch die Übergangsbestimmungen der §§ 12 bis 14 ergänzend zu beachten sind. Die Übergangsbestimmungen sind erforderlich, da die Vorschriften über die Errichtung der Bundesversicherungsanstalt für Alterssicherung erst nach den Sozialversicherungswahlen 2005 in Kraft treten.

Zu § 12:

Die Sozialwahlen werden im Jahr 2005 bei der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte durchgeführt. Da die BfA zum 1. Oktober 2005 in die Bundesversicherungsanstalt für Alterssicherung übergeht, ist eine **Übergangsregelung zur Bildung einer Vertreterversammlung** erforderlich.

Bis zu den nächsten Sozialwahlen setzt sich die Vertreterversammlung der Bundesversicherungsanstalt für Alterssicherung aus den Mitgliedern der Vertreterversammlung der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte und den gemäß § 44 Abs. 5 des Vierten Buches Sozialgesetz bestimmten Vertretern der Regionalträger und der Bundesversicherungsanstalt Knappschaft-Bahn-See zusammen.

Absatz 2 legt fest, dass die Vertreterversammlung **spätestens am 31. Oktober 2005** erstmals zusammentritt. Im Übrigen wird klargestellt, dass die Vorschriften der Wahlordnung für die Sozialversicherung entsprechend anzuwenden sind.

Absatz 3 stellt klar, dass die **Amtsdauer der Mitglieder der Vertreterversammlung der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte** mit dem erstmaligen Zusammentritt der Vertreterversammlung der Bundesversicherungsanstalt für Alterssicherung endet.

Zu § 13:

Die Vorschrift legt fest, dass der Vorsitzende und der stellvertretende Vorsitzende des Vorstandes der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte und der Vorsitzende und der stellvertretende Vorsitzende des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger übergangsweise die Aufgaben des Vorstandes der Bundesversicherungsanstalt für Alterssicherung wahrnehmen. Dabei übernehmen jeweils der Vorsitzende und stellvertretende Vorsitzende des Vorstandes diese Aufgabe, die am 30. September 2005 das jeweilige Amt ausüben.

Zu § 14:

Die Vorschrift legt fest, dass die am 30. September 2005 amtierende **Geschäftsführung** der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte zusammen mit dem am 30. September 2005 amtierenden Geschäftsführer und stellvertretenden Geschäftsführer des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger übergangsweise die Aufgaben der Geschäftsführung der Bundesversicherungsanstalt für Alterssicherung wahrnehmen.

Zu § 15:

Die Vorschrift legt fest, dass der am 30. September 2005 amtierende **Geschäftsführer** und der am 30. September 2005 amtierende stellvertretende Geschäftsführer des **Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger** übergangsweise **die Aufgaben des Erweiterten Direktoriums** der Bundesversicherungsanstalt für Alterssicherung wahrnehmen.

Satzungsrecht der Bahnversicherungsanstalt

Zu § 16:

Die Vorschrift trifft Regelungen zur Überleitung des Satzungsrechts der Bahnversicherungsanstalt. Die Bahnversicherungsanstalt erbringt derzeit auf der Grundlage satzungsrechtlicher Vorschriften Leistungen der Zusatzversorgung. Die Vorschrift gewährleistet, dass diese Leistungen im gleichen Umfang von der Bundesversicherungsanstalt Knappschaft-Bahn-See erbracht werden.

(W.H.)

IV. Das Alterseinkünftegesetz – Neuordnung der einkommensteuerrechtlichen Behandlung von Altersaufwendungen und Altersbezügen

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).

Auf der ver.di-Fachtagung mit Herrn Prof. Dr. Dr. Rürup am 14.04.2003 wurde das „ver.di-Modell“ vorgestellt und in der Folgezeit in einer breiten Öffentlichkeit diskutiert. Im Rahmen einer Anhörung im Finanzministerium am 12.11.2003 haben wir unser Modell erläutert. Der DGB hat das ver.di-Modell in seiner Stellungnahme im Rahmen einer öffentlichen Anhörung des federführenden Finanzausschusses am 28. Januar 2004 übernommen. Der Bericht des Finanzausschusses sowie die Beschlussempfehlung sind als BT-Drucksache 15/3004 und 15/2986 veröffentlicht und können im Internet auf den Seiten des Bundestages eingesehen werden. Am 29. April 2004 stimmte der Deutsche Bundestag in 3. Lesung über den Entwurf des Alterseinkünftegesetzes ab. Die Regierungsparteien stimmten für das Gesetz, die Opposition dagegen. Das zustimmungspflichtige Gesetz wurde am 14. Mai 2004 im Bundesrat behandelt. Nach Ablehnung des Bundesrates und Einschaltung des Vermittlungsausschusses stimmte der Bundesrat am 11. Juni 2004 dem Alterseinkünftegesetz zu. SPD und Bündnis 90/Die Grünen waren im Vermittlungsausschuss auf die Forderung der Union eingegangen, Kapital-Lebensversicherungen weniger stark zu belasten als ursprünglich geplant.

Für Verwirrung und Überraschung sorgte das Verhalten der Union, die im Bundesrat über eine Mehrheit verfügt. Vor der Sitzung am 11.06.2004 kündigte der bayerische Ministerpräsident Edmund Stoiber (CSU) die Ablehnung der Union an. Ein solches Veto hätte die Gesetzesvorlage zu Fall gebracht. Bei der Abstimmung votierte zwar eine Mehrheit der Unions-Länder gegen das Gesetz, die CDU-regierten Länder Sachsen und Hamburg, sowie das sozialliberale Rheinland-Pfalz stimmten aber dafür und verhalfen dem Gesetz damit zur Mehrheit. Bayern verlangte daraufhin eine 2. Abstimmung, die wiederum zu Gunsten des Gesetzes ausfiel.

Das Alterseinkünftegesetz kann nun – wie vorgesehen – zum 01.01.2005 in Kraft treten. 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).

Auf den Inter- und Intranetseiten der Sozialpolitik haben wir 18 Folien eingestellt, die die folgenden Ausführungen grafisch unterstützen. Sie sind neben dem Text abgedruckt und können als PDF-Datei (farbig) heruntergeladen werden. Die Folien folgen im Wesentlichen dem nachfolgenden Text.



Die Tagungsdokumentation 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.

Der Gesetzgeber hat sich 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 derzeit geltende Ertragsanteilsbesteuerung bei Renten geht davon aus, dass in der Erwerbsphase die Altersvorsorgeaufwendungen überwiegend aus versteuertem Einkommen geleistet und in der Rentenphase teilweise versteuert werden. Dazu bestimmt die Tabelle in § 22 Einkommensteuergesetz (EStG), abhängig vom Lebensalter, in dem die Rente erstmals bezogen wird, die maßgeblichen Ertragsanteile. Z.B.: Bei einem Renteneintritt mit 60 Jahren beträgt der Ertragsanteil 32 %, bei Renteneintritt mit 65 Jahren 27 %. Der Ertragsanteil soll den Anteil der Rentenzahlung erfassen, der „Zinseinkommen“, also den Ertrag darstellt. Dieser Anteil der Rente wurde dann der Steuer unterworfen.

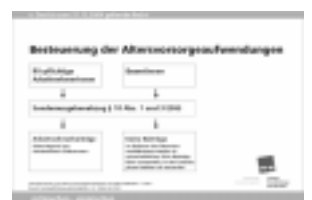
Nachgelagerte Besteuerung bedeutet dagegen, dass in der Erwerbsphase die Altersvorsorgeaufwendungen steuerfrei bleiben und später in der Rentenbezugsphase in vollem Umfang steuerpflichtig werden. Dies hat neben einer zeitlichen Verschiebung, einem Steuerstundungseffekt, auch den Vorteil, dass durch die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

Nach dem 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 zuerst 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.

2. Das bis zum 31.12.2004 geltende Recht

Die Ertragsanteilsbesteuerung, die nicht bei heute bereits nachgelagert besteuerten Beamtenpensionen, sondern nur bei Renten gilt, führt dazu, dass nur ein Teil der Rente steuerrechtlich bewertet wird. Bereits in der Vergangenheit ging der Gesetzgeber davon aus, dass RentnerInnen gegenüber Pensionären und Beziehern anderer Alterseinkünfte steuerrechtlich privilegiert wurden. Der Gesetzgeber hat deshalb vor Jahrzehnten bereits einen Ausgleich im Gesetz festgeschrieben: Zum einen den Versorgungsfreibetrag für Bezieher von Pensionen sowie Werkspensionen und zum anderen den Altersentlastungsbetrag für Bezieher anderer Einkünfte, sobald sie das 65. Lebensjahr erreicht haben. Außerdem gestand man den Pensionären den Abzug des eigentlich für Arbeitnehmer gedachten Arbeitnehmer-Pauschbetrag zu, obwohl sie nicht mehr arbeiteten. Diese Regelungen verlieren künftig nun ihre Rechtfertigung, daher werden auch sie schrittweise abgebaut. Dies verdeutlicht nachstehende Tabelle:



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



3. Das ab dem 01.01.2005 geltende neue Recht, der Übergang und die Auswirkungen der Neuregelungen

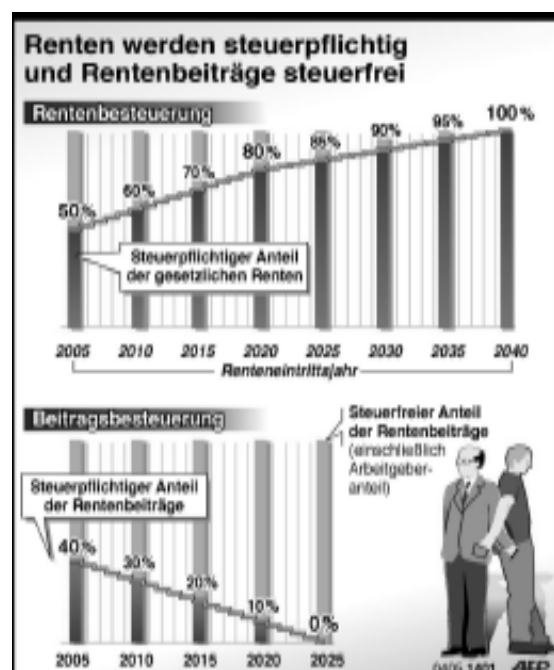
a. Die Besteuerung der Vorsorgeaufwendungen

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

aa. Renten aus der 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 Gesetzge-



ungsverfahren kritisiert, dass der Arbeitgeberanteil, der tatsächlich immer steuerfrei war, in diese Berechnung mit einfließt. Dies hat zur Folge, dass pflichtversicherte Arbeitnehmer, 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.

Nebenstehendes Berechnungsbeispiels 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

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**, d.h. Personen, die Ende 2004 bereits Rentner 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.

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 jeden Rentner 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 fest-

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

Jährlicher persönlicher Rentenfreibetrag = Jahresbetrag der Rente mal (100 % minus Besteuerungsanteil in % des jeweiligen Zugangjahres)

Prozentanteile der Rente, die der Steuer unterworfen werden, in Abhängigkeit vom Renteneintrittsjahr

Jahr des Renteneintritts	Prozentanteil
2005	50
2006	52
2007	54
2008	56
2009	58
2010	60
2011	62
2012	64
2013	66
2014	68
2015	70
2016	72
2017	74
2018	76
2019	78
2020	80
2021	81
2022	82
2023	83
2024	84
2025	85
2026	86
2027	87
2028	88
2029	89
2030	90
2031	91
2032	92
2033	93
2034	94
2035	95
2036	96
2037	97
2038	98
2039	99
2040	100

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.

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 Zweifachbesteuerung 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 Beträge 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 allein stehender 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 allein stehenden 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 RentempfängerInnen 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 RentempfängerInnen wären bei Anwendung des alten Rechts 2005 2,0 Millionen RentnerInnen steuerbelastet. Von diesen sind 0,3 Millionen RentempfängerInnen mit Nebeneinkünften und 1,7 Millionen RentnerInnen mit überwiegend anderen Einkünften. Das bedeutet, dass derzeit RentempfängerInnen ohne andere Einkünfte, also ausschließlich aus der Gesetzlichen Rente nicht steuerbelastet sind.

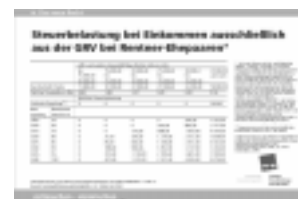
Nach dem neuen Recht wird es erstmals RentnerInnen geben, die allein aufgrund ihrer (hohen) Rente Steuern zahlen müssen. Von den 5,1 Millionen RentnerInnen ohne Nebeneinkünfte wird dies rund 0,3 Millionen betreffen. Die Zahl der RentnerInnen, die Nebeneinkünfte haben und deshalb steuerbelastet sind,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

tionen. 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:

Steuerbelastung bei Einkommen ausschließlich aus der GRV bei Rentner-Ehepaaren*

		GRV- und andere steuerpflichtige Renten in € pro Jahr					
		bis 15.000,00	15.000,00 bis 20.000,00	20.000,00 bis 25.000,00	25.000,00 bis 30.000,00	30.000,00 bis 35.000,00	35.000,00 und mehr
Durchschnittl. Rente		11.800,00	18.100,00	22.900,00	27.900,00	34.200,00	50.800,00
Zahl der Haushalte in Mio		0,84	1,08	1,07	0,81	0,50	0,16
		Jährliche Steuerbelastung					
Geltende Regelung**		0	0	0	0	0	200,00
Neuregelung	Besteuerter Anteil in %						
2005	50	0	0	0	0	264,00	1.955,00
2010	60	0	0	0	206,00	866,00	3.171,00
2015	70	0	0	124,00	688,00	1.569,00	4.474,00
2020	80	0	21,00	476,00	1.239,00	2.351,00	5.838,00
2025	85	0	85,00	682,00	1.540,00	2.761,00	6.543,00
2030	90	0	188,00	900,00	1.857,00	3.177,00	7.264,00
2035	95	0	319,00	1.130,00	2.185,00	3.601,00	7.999,00
2040	100	0	473,00	1.372,00	2.521,00	4.030,00	8.750,00



* Zur Lesart dieser und der nachfolgenden Tabelle: 1,08 Mio. Haushalte von Rentner-Ehepaaren erhalten GRV-Renten in der Spanne von jährlich 15.000,00 € bis 20.000,00 €. In dieser Einkommensgruppe beläuft sich die durchschnittliche Jahresrente auf 18.100,00 €. Würde im Jahr 2005 bereits die steuerliche Belastung für Rentenzugänge aus dem Jahr 2015 gelten (70 % der Rente sind steuerbar), würden nach wie vor keine Steuern erhoben werden. Im Vergleichsfall des Rentenzugangsjahres 2020 (80 % der Renten sind steuerbar) würden 21 € Steuern im Jahr darauf bezahlt werden müssen, im Falle des Rentenzugangsjahres 2030 188,00 € (90 % der Rente sind dann steuerbar) und im Vergleichsfall des Rentenzugang 2040 (100 % der Rente sind steuerpflichtig) 473,00 €.

**Angenommen wird ein durchschnittlicher bester Anteil von 30 % der Rente

Quelle: Berechnung des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung (RWI), Essen, auf Basis der Einkommens- und Verbrauchsstichproben 1998, aus : RWI-Materialien, Heft 6

Steuerbelastung bei Einkommen ausschließlich aus der GRV bei allein stehenden RentnerInnen*

		GRV- und andere steuerpflichtige Renten in € pro Jahr					
		bis 7.500,00	7.500,00 bis 10.000,00	10.000,00 bis 15.000,00	15.000,00 bis 20.000,00	20.000,00 bis 25.000,00	25.000,00 und mehr
Durchschnittl. Rente		5.600,00	9.100,00	12.700,00	17.600,00	22.600,00	31.700,00
Zahl der Haushalte in Mio		0,50	0,68	1,87	1,51	0,50	0,29
		Jährliche Steuerbelastung					
Geltende Regelung**		0	0	0	0	0	306,00
Neu- regelung	Besteuerter Anteil in %						
2005	50	0	0	0	153,00	624,00	1.736,00
2010	60	0	0	38,00	474,00	1.141,00	2.576,00
2015	70	0	0	179,00	851,00	1.702,00	3.464,00
2020	80	0	4,00	398,00	1.296,00	2.287,00	4.400,00
2025	85	0	26,00	524,00	1.487,00	2.588,00	4.885,00
2030	90	0	66,00	657,00	1.708,00	2.896,00	5.382,00
2035	95	0	122,00	796,00	1.934,00	3.209,00	5.890,00
2040	100	0	238,00	999,00	2.123,00	3.482,00	6.209,00

* Zur Lesart dieser Tabelle siehe vorstehende Tabelle

**Angenommen wird ein durchschnittlicher besterter Anteil von 30 % der Rente

Quelle: Berechnung des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung (RWI), Essen, auf Basis der Einkommens- und Verbrauchsstichproben 1998, aus : RWI-Materialien, Heft 6



Steuerbelastung bei Einkommen aus der GRV und zusätzlichen Einkommensarten (z.B. Mieteinnahmen oder Betriebsrente bei Rentner-Ehepaaren*

Steuerbelastung von Verheirateten (alle Angaben in €) mit zusätzlichen Einkünften nach geltendem Recht und nach dem Neuordnungsmodell im Jahr 2005

Jahresrente	Zusätzliche Einkünfte	Einkommensteuer zzgl. Soli eines Rentners nach		Differenz zum geltenden Recht
		geltendem Recht	neuem Recht	
10.000,00	3.000,00	0	0	0
	5.000,00	0	0	0
	10.000,00	0	0	0
	15.000,00	0	272,00	272,00
15.000,00	3.000,00	0	0	0
	5.000,00	0	0	0
	10.000,00	0	0	0
	15.000,00	154,00	632,00	478,00
20.000,00	3.000,00	0	0	0
	5.000,00	0	0	0
	10.000,00	0	130,00	130,00
	15.000,00	194,00	1.030,00	836,00

* Berechnungen mit dem ESt-Tarif 2005 – Quelle: Bundesministerium für Finanzen



Steuerbelastung bei Einkommen aus der GRV und weiteren Einkommensarten (z.B. Mieteinnahmen oder Betriebsrente) bei alleinstehenden RentnerInnen*

Steuerbelastung von alleinstehenden RentnerInnen (alle Angaben in €) mit zusätzlichen Einkünften aus Vermietung nach geltendem Recht und nach dem Neuordnungsmodell im Jahr 2005

Jahresrente	Zusätzliche Einkünfte	Einkommensteuer zzgl. Soli eines Rentners nach		Differenz zum geltenden Recht
		geltendem Recht	neuem Recht	
5.000,00	3.000,00	0	0	0
	5.000,00	0	0	0
	10.000,00	193,00	403,00	210,00
	15.000,00	1.320,00	1.634,00	314,00
10.000,00	3.000,00	0	0	0
	5.000,00	0	0	0
	10.000,00	357,00	837,00	480,00
	15.000,00	1.570,00	2.189,00	619,00
15.000,00	3.000,00		29,00	29,00
	5.000,00	0	243,00	243,00
	10.000,00	536,00	1.405,00	869,00
	15.000,00	1.812,00	2.765,00	953,00
20.000,00	3.000,00	0	383,00	383,00
	5.000,00	0	645,00	645,00
	10.000,00	730,00	1.953,00	1.223,00
	15.000,00	2.059,00	1.030,00	1.029,00

* Berechnungen mit dem ESt-Tarif 2005
Quelle: Bundesministerium für Finanzen



4. 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 B.V.). 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 12jähriger 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.)

Anmerkung:

Das Dilemma – Noch im Jahr 2004 eine kapitalgedeckte Lebensversicherung abschließen?

Die Neuregelung zur Besteuerung von Kapital-Lebensversicherungen löst sicherlich eine große Nachfrage nach Lebensversicherungsverträgen bei den Versicherungsgesellschaften aus. Macht es Sinn, noch kurz vor Toresschluss die steuerlichen Vorteile der Kapital-Lebensversicherung mitzunehmen?

Wie bei allen Geldgeschäften ist Eile ein schlechter Ratgeber. Bevor man sich zum Abschluss einer Kapital-Lebensversicherung noch im Jahr 2004 entschließt, sollte man die Vor- und Nachteile bedenken.

Was ist eigentlich eine Kapital-Lebensversicherung?

Eine Kapital-Lebensversicherung besteht eigentlich aus zwei Teilen: Einem Sparvertrag für den Vermögensaufbau und einer kleinen Risiko-Lebensversicherung für den Fall des Todes.

Für wen lohnt sich die Kapital-Lebensversicherung?

Eine Kapital-Lebensversicherung lohnt sich für diejenigen, die das Lebensrisiko bequem mit einer Sparanlage verbinden wollen und als Beamtin/Beamter oder Selbständige/r den steuerlichen Altersvorsorgebetrag noch nicht voll ausgenutzt haben. Wegen der hohen Verluste bei vorzeitiger Vertragsauflösung lohnt sich die Kapital-Lebensversicherung auch für alle diejenigen, die eine Rücklage für das Alter haben möchte, die sie in wirtschaftlichen Notzeiten nicht auflösen wollen bzw. müssen.

Sollen Eltern eine Kapital-Lebensversicherung abschließen, um die Kinder im Todesfall versorgt zu wissen?

Nein. Der beste und günstigste Schutz für den Fall, das die Kinder Waisen werden, ist die günstigere Risiko-Lebensversicherung. Hierdurch sollte zumindest die/der Hauptverdiener/in abgesichert sein. Die Witwen-/Witwerrente bzw. Halb-/Vollwaisenrente aus der Gesetzlichen Rentenversicherung reicht meist nicht aus, den finanziellen Verlust der/des Hauptverdiener(s)in voll zu ersetzen.

Welche Alternativen zur Kapital-Lebensversicherung gibt es?

Eine allgemeine Aussage ist nicht möglich. Bezogen auf die persönlichen Lebensumstände und steuerliche Situation, kann man statt einer Kapital-Lebensversicherung zur Absicherung des Lebens- und Erwerbsminderungsrisiko eine Risiko-Lebensversicherung und eine private Berufsunfähigkeitversicherung (Insbesondere wichtig für diejenigen, die nach dem 01.01.1961 geboren sind) abschließen. Zum Aufbau von (Alters-) Vermögen kann man auf Investmentfonds und festverzinsliche Wertpapiere setzen. Hierbei darf man jedoch die steuerliche Belastung bei Auszahlung der Kapitalanlagen nicht außer Acht lassen! Neben Banken und Versicherungen beraten zu diesem Thema auch die Verbraucherzentralen (www.verbraucherzentrale.de).

(D.S.)

V. Betriebliche Altersversorgung

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

1. Grundsätzliches

In Bezug auf die betriebliche Altersversorgung enthält des 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 Förder Volumens 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 BGG) 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 BGG – 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).

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.*“

Aufwendungen nach § 3 Nr. 63 EStG

Betrag	Sozialversicherung	Steuer
max. 4 % der BGG, 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	

2. 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. Hier sind unterschiedliche Übertragungsmöglichkeiten zu unterscheiden:

- **Freiwillig**, d.h. im Einvernehmen des ehemaligen mit dem neuen Arbeitgeber sowie dem Arbeitnehmer können nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses **Direktzusagen** und **U-Kassen**-Anwartschaften, also Anwartschaften in den internen Durchführungswegen, übertragen werden. Der neue Arbeitgeber erteilt dann eine wertgleiche Zusage. Der Übertragungswert entspricht bei den beiden genannten internen Durchführungswegen (Direktzusage und U-Kasse) dem Barwert der nach § 2 BetrAVG bemessenen künftigen Versorgungsleistung im Zeitpunkt der Übertragung. § 4 Absatz 5 BetrAVG bestimmt dazu, dass bei der Berechnung des Barwertes die Rechnungsgrundlagen sowie die anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik maßgebend sind.
- Wird die betriebliche Altersversorgung in einem externen Durchführungsweg durchgeführt, also im Rahmen einer **Pensionskasse**, einer **Direktversicherung** oder eines **Pensionsfonds**, hat der Arbeitnehmer einen **Rechtsanspruch** innerhalb 1 Jahres nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses von seinem ehemaligen Arbeitgeber den Übertragungswert auf den neuen Arbeitgeber verlangen zu können. Weitere Voraussetzung ist, dass der Übertragungswert die Beitragsbemessungsgrenze in der GRV (Werte siehe A.I.) nicht übersteigt. Der Anspruch richtet sich gegen den Versorgungsträger, wenn der ehemalige Arbeitgeber die betriebliche Altersversorgung im Rahmen einer Pensionskasse oder einer Direktversicherung durchführt. Der neue Arbeitgeber ist verpflichtet, eine dem Übertragungswert wertgleiche Zusage zu erteilen und über einen Pensionsfonds, eine Pensionskasse oder eine Direktversicherung durchzuführen. Für die neue Anwartschaft gelten die Regelungen über Entgeltumwandlung entsprechend. In diesem Falle entspricht der Übertragungswert dem gebildeten Kapital im Zeitpunkt der Übertragung. Dieser Anspruch des Arbeitnehmers gilt nach § 30 b BetrAVG nur für Zusagen, die nach dem 31.12.2004 erteilt werden.

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.

3. 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

Das BMGS hat unter

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

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

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 Altersvorsorgeverträge, 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 Portfoliostruktur, 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 ge-

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%ige 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)

brachten 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 ausgezahlten Zulage. (J.K.)

4. Sonderrolle der betrieblichen Altersversorgung im Öffentlichen Dienst


Die Bundesregierung liebt sie nicht, die erst vor wenigen Jahren gründlich reformierte betriebliche Altersversorgung im öffentlichen Dienst. Etliche der im Alterseinkünftegesetz vorgesehenen Regelungen benachteiligen die Alterssicherungssysteme im öffentlichen Dienst gegenüber Privatversicherungen und gefährden ihre Zukunftsfähigkeit.

Bekanntlich wird die betriebliche Altersversorgung des öffentlichen Dienstes noch überwiegend umlagefinanziert, d. h. die laufenden Beiträge werden sofort als Renten wieder ausgezahlt. Im bei Privatversicherungen üblichen Kapitaldeckungsverfahren wird die spätere Rente durch verzinsliche Anlage der Beiträge innerhalb der Anwartschaftszeit angespart.

Die Bundesregierung sieht im Alterseinkünftegesetz eine unterschiedliche Behandlung dieser beiden Verfahren vor: Bei der kapitalgedeckten betrieblichen Altersversorgung sind die Beiträge steuerfrei und werden die Betriebsrenten besteuert (nachgelagerte Besteuerung), während bei der umlagefinanzierten betrieblichen Altersversorgung die Umlagen besteuert werden und die Renten weitgehend steuerfrei sind (vorgelagerte Besteuerung). Dies führt dazu, dass der Aufwand für Arbeitgeber und Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die bei den Zusatzversorgungskassen bzw. bei der VBL beteiligt bzw. versichert sind, während des Arbeitslebens deutlich höher ist. Damit kann sich die Flucht aus diesen Systemen fortsetzen, was langfristig zu einer Austrocknung des Versichertenbestandes führen kann.

Tragfähige Gründe für die unterschiedliche Behandlung liegen nicht auf der Hand. Es liegt allerdings nahe, dass es sachfremde, weil fiskalische Erwägungen waren, die die Bundesregierung zu dieser Regelung bewogen haben. Der Ausfall von Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen für die Umlagen der Alterssicherung im öffentlichen Dienst (rund 1,6 Mrd. €/Jahr Steuern; 3 Mrd. €/Jahr Sozialversicherungsausfälle) hat die Bundesregierung offensichtlich weit mehr geschreckt, als der Vorwurf der Ungleichbehandlung innerhalb der betrieblichen Altersversorgung.

Damit erhält ein Drittel der betrieblichen Altersversorgung in Deutschland eine Sonderrolle. Diese Sonderrolle kann auch nicht durch eine Überlegenheit eines kapitalgedeckten Systems gegenüber einer Umlagefinanzierung gerechtfertigt werden. Eine solche Überlegenheit gibt es nämlich nicht. Die häufig als Nachteil für ein Umlageverfahren angeführte demografische Entwicklung betrifft gleichermaßen die kapitalgedeckte Altersversorgung. Die oft behauptete höhere Sicherheit der kapitalgedeckten Altersversorgung kann angesichts der Ausschläge auf dem Kapitalmarkt wohl auch als widerlegt angesehen werden.



Für den Bereich der umlagefinanzierten betrieblichen Altersversorgung wird es aber voraussichtlich auch künftig bei der vorgelagerten Pauschalbesteuerung verbleiben. Grundsätzlich sind Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer auch für die Umlagen, die der Arbeitgeber entrichtet, steuerpflichtig. Es ist einzuräumen, dass die Pauschalsteuer eine – wenn auch unzureichende – Förderung beinhaltet. Einmal durch den im Vergleich zur individuellen Lohnbesteuerung günstigeren pauschalisierten Steuersatz und zum anderen durch die Übernahme der Pauschalsteuer der auf den Arbeitgeber entfallenden Umlage bis zu einem Betrag von monatlich 89,48 € durch den Arbeitgeber.

Etliche Zusatzversorgungseinrichtungen erheben bereits teilweise Beiträge im Kapitaldeckungsverfahren (Hybridverfahren). Bei getrennter Verwaltung und Abrechnung sind diese Beiträge weiter steuerfrei.

Ebenfalls steuerfrei – da kein Arbeitslohn – sind Sanierungsgelder für Zusatzversorgungseinrichtungen des öffentlichen Dienstes, wie sie in den Altersversorgungstarifverträgen vereinbart wurden.

Im Alterseinkünftegesetz wird nun die bisherige Auffassung der Steuerverwaltung gesetzlich fixiert, dass Gegenwertzahlungen, die beim Ausstieg aus der Zusatzversorgung anfallen, steuerpflichtiger Arbeitslohn sind.

Insgesamt wäre es sachgerecht gewesen, auf eine Sonderrolle der umlagefinanzierten Altersversorgung zu verzichten. Vor überstürzten Fluchtreflexen aus diesen Einrichtungen muss trotzdem gewarnt werden. In jedem Einzelfall bedarf es einer Prüfung, die insbesondere auch die Konsequenzen eines Ausstiegs für die Beschäftigten berücksichtigt. Durch das Alterseinkünftegesetz, das sicher auch die Gerichte beschäftigen wird, ist die Entscheidungsgrundlage zunächst nicht sicherer geworden. (W.S.)

VI. Grundsätzliche Infos zur Rente

1. Wann in Rente?

Bereits durch das Rentenreformgesetz 1992 wurden die Altersgrenzen für Altersrenten angehoben. Nach dem bis zum 31.12.1991 geltenden Recht konnte eine Rente wegen Alters entweder ab dem 60., 63. oder 65. Lebensjahr in Anspruch genommen werden. Wegen der demographischen Entwicklung war bereits damals erkennbar, dass ein künftiges Aufrechterhalten der Altersgrenze von 60 bzw. 63 Jahren bei bestimmten Altersrenten ohne Abschläge in der Rentenhöhe nicht mehr finanzierbar sein würde. Ziel des Anhebens der Altersgrenzen war es daher, die mit dem veränderten Altersaufbau verbundene Belastung der Rentenversicherung zu vermindern. Neben der Abschaffung der Altersrente für Frauen und der Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeit ab dem Geburtsjahrgang 1952 konnten gerade durch die Beharrlichkeit der Gewerkschaften im Rahmen des parlamentarischen Gesetzgebungsverfahrens zur Rentenreform 2000/2001 für schwerbehinderte Menschen noch weitergehende Vertrauensschutzregelungen durchgesetzt werden.

Grundsätzlich ist zu unterscheiden:

- Der Zeitpunkt, wann eine Rente (frühestens) in Anspruch genommen werden kann, d.h. der frühestmögliche Rentenbeginn und
- ob Rentenabschläge zu erwarten sind.

Achtung:

Die seit der Rentenreform 1992 bestehende Rechtslage hat sich in vielen Fällen noch nicht in der Bevölkerung herumgesprochen!

Den Zeitpunkt des Eintritts in die Rente bedeutet den Zeitpunkt zu ermitteln, zu dem die Voraussetzungen erfüllt sind, um **überhaupt** eine Rente beanspruchen zu können, d.h.: „Wann öffnet sich die Tür zur Rente?“

Das Rentenrecht, das im VI. Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) geregelt ist, sieht grundsätzlich drei Arten von Renten vor:

- **Renten wegen Alters** (abhängig vom Erreichen einer Altersgrenze),
- **Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit** (Erwerbsminderungsrente), einschließlich der seit der Rentenreform 2000 auslaufenden Berufsunfähigkeitsrente, unabhängig vom Alter (siehe hierzu unter 6. Rentenrechtliche Änderungen bei Erwerbsminderung),
- **Rente wegen Todes** (z.B. Witwen-/ Waisenrente) unabhängig vom Alter und von der Erwerbsfähigkeit (siehe hierzu unter 5. Rentenrechtliche Änderungen bei Kindererziehung und für Hinterbliebene).

Das SGB VI unterscheidet die **Renten wegen Alters** in die Regelaltersrente und fünf weitere Altersrenten, die bei Vorliegen besonderer Voraussetzungen vor dem 65. Lebensjahr in Anspruch genommen werden können. Die **Regelaltersrente** (§ 35 SGB VI) erhält jede/r ab vollendetem 65. Lebensjahr, wenn die allgemeine Wartezeit von 60 Monaten (5 Jahren) erfüllt sind. Weitere Altersrenten sind:

- **Altersrente für Frauen** (§ 237a SGB VI)
- **Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeit** (§ 237 SGB VI)

– Vorsicht – hier sind Änderungen durch das Nachhaltigkeitsgesetz geplant; siehe ausführlich dazu unter A.V.

Wichtig!

Sowohl die **Altersrente für Frauen**, als auch die **Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeit** gibt es ab dem Geburtsjahrgang 1952 nicht mehr. Diese Rentenart kann dann auch nicht mehr mit Abschlägen in Anspruch genommen werden. Das bedeutet, dass Frauen, die ab dem 01.01.1945 bis 31.12.1951 geboren sind, mit 60 in Rente gehen können, allerdings mit einem Abschlag von 18 %. Versicherte, die ab 01.12.1941 bis zum 31.12.1951 geboren sind, können die Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeit nach den geplanten Änderungen mit 60 bzw bis 63 in Anspruch nehmen allerdings ebenfalls unter Inkaufnahme eines Abschlages. Für alle ab 1952 und danach Geborenen gibt es sowohl die Altersrente für Frauen als auch die Altersrente wegen Arbeitslosigkeit und nach Altersteilzeit nicht mehr! Siehe auch 3. geplante rentenrechtliche Änderungen, Seiten 43-46

Weitere Rentenarten sind:

- Die **Altersrente für langjährig Versicherte** (Voraussetzung : 35 Jahre Wartezeit), kann dann wie folgt in Anspruch genommen werden:
 - Langjährig Versicherte, die ab 01.01.1939 bis 31.12.1947 geboren sind, können entweder mit vollendetem 65. Lebensjahr in eine ungekürzte oder mit vollendetem 63. Lebensjahr in eine gekürzte Rente gehen. Der Abschlag beträgt dann max. 7,2 %.
 - Langjährig Versicherte, die zwischen dem 01.01.1948 und 31.12.1949 geboren sind, können ungekürzt mit vollendetem 65. Lebensjahr Rente beanspruchen. Vorzeitig kann zwischen dem 62. und 63. Lebensjahr mit Abschlag die Rente beansprucht werden. Der Abschlag berechnet sich aus einem Basiswert von 7,2 % und einem Zusatzwert für alle 2 Monate, die zwischen dem 01.01.1948 und dem Geburtsmonat liegen, von 0,3 % (z.B. geboren Juni 1949 dividiert durch 9 x 0,3 % = 2,7 % + 7,2 % = 9,9 % Abschlag).
 - Langjährig Versicherte die ab dem 01.01.1950 geboren sind, können mit vollendetem 65. Lebensjahr in eine ungeminderte, ab vollendetem 62. Lebensjahr in eine um max. 10,8 % geminderte Altersrente gehen).
 - Für langjährig Versicherte, die vor dem 01.01.1942 geboren sind und 45 Jahre Pflichtbeitragszeiten erworben haben, gilt im Rahmen der Vertrauensschutzregelung eine langsamere Anhebung der Altersgrenzen.
- Im Rahmen der Neuregelungen im Gesetz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, das am 16.11.2000 in dritter Lesung im Bundestag verabschiedet wurde und zum 01.01.2001 in Kraft trat, wurde auch das Rentenzugangsalter für **Altersrenten für Schwerbehinderte** auf das 63. Lebensjahr angehoben. Diese Änderung hatte die Regierung, die bis 1998 im Amt war, bereits beschlossen. Neu ist nun, dass die Anhebung nur für schwerbehinderte Menschen gelten wird, die bei Verabschiedung der Reform, also am 16.11.2000 das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten. Für ältere Schwerbehinderte gilt die unten unter TIPP genannte Sonderregelung!
Versicherte haben Anspruch auf **Altersrente für Schwerbehinderte**, wenn sie das 63. Lebensjahr vollendet haben, bei Beginn der Altersrente als Schwerbehinderte (§ 1 SchwbG) anerkannt sind und die Wartezeit von 35 Jahren erfüllt haben.
 - Die vorzeitige Inanspruchnahme einer solchen Altersrente nach Vollendung des 60. Le-

bensjahres ist möglich. Für jeden Monat der vorzeitigen Beendigung wird die Rente um 0,3 %-Punkte gekürzt, also für drei Jahre maximal 10,8 %-Punkte.

- Vertrauensschutz genießen Personen die bis zum 31.12.1940 geboren sind. Eine weitere Vertrauensschutzregelung betrifft die Personen, die vor dem 01.01.1942 geboren sind und 45 Jahre mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben.
- Für diese Personengruppen wird die Altersgrenze von 60 Jahren nicht angehoben. Die Feststellung als Schwerbehinderter und die Wartezeit von 35 Jahren müssen jedoch erfüllt sein.

Tipp: Gute Nachrichten für Versicherte, die am 16.11.2000 schwerbehindert, berufs- oder erwerbsunfähig und an diesem Tag 50 Jahre oder älter waren!

Wer am 16.11. 2000 schwerbehindert, berufs- oder erwerbsunfähig war und an diesem Tag das 50. Lebensjahr vollendet hat oder älter war, für den gilt eine besondere Vertrauensschutzregelung: An diesem Stichtag (16.11.2000) muss eine Schwerbehinderung im Sinne des § 2 Absatz 2 SGB IX oder aber Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit nach den bis zum 31.12.2000 geltenden Vorschriften vorgelegen haben. Maßgeblich sind die Verhältnisse am Stichtag! Die verwaltungsmäßige Feststellung der jeweiligen Leistungseinschränkung kann jedoch später erfolgen und muss sich auf den Stichtag beziehen. Deshalb: Bist du der Ansicht, dass diese Beeinträchtigung am 16.11.2000 bereits vorlag, hast diese aber – egal aus welchen Gründen – nicht anerkennen lassen, solltest du so schnell als möglich eine Feststellung beantragen. Die Wartezeit von 35 Jahren muss zu Rentenbeginn erfüllt sein. Die Gleichstellung beim Arbeitsamt mit einem Schwerbehinderten reicht nicht aus!

Solltest du Fragen haben, wende dich an deine ver.di Geschäftsstelle oder den zuständigen Rentenversicherungsträger. Die Versichertenberater der BfA und die Versichertenältesten der Landesversicherungsanstalten beraten gerne und individuell – auch zu Hause. Die Adressen der zuständigen Versichertenberater/ Versichertenältesten erfährst du bei der ver.di-Geschäftsstelle oder bei den Rentenversicherungsträgern.

- Altersrente für langjährig unter Tage beschäftigte Bergleute (§ 40 SGB IV).

Folgende Tabelle verdeutlicht die Altersgrenzenanhebung in Deutschland:

Altersrentenarten und Altersgrenzen		Rentenbeginn										
		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013 u.später
Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeit	Altersgrenze für frühest möglichen Rentenbeginn ohne Abschläge	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	Diese Rentenarten gibt es nicht mehr
	Altersgrenze für frühest möglichen Rentenbeginn mit Abschlägen	60	60	60	60 auf 61	61 auf 62	62 auf 63	63	63	63	63	
Altersrente für Frauen	Altersgrenze für frühest möglichen Rentenbeginn ohne Abschläge	63 auf 64	64 ohne 65	65	65	65	65	65	65	65	65	Kein Sondervertrauensschutz mehr
	Altersgrenze für frühest möglichen Rentenbeginn mit Abschlägen	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	
Altersrente für Schwerbehinderte	Altersgrenze für frühest möglichen Rentenbeginn ohne Abschläge	62 auf 63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63
	Altersgrenze für frühest möglichen Rentenbeginn mit Abschlägen	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
Altersrente für langjährig Versicherte	Altersgrenze für frühest möglichen Rentenbeginn ohne Abschläge	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65
	Altersgrenze für frühest möglichen Rentenbeginn mit Abschlägen	63	63	63	63	63	63	63	63 auf 62 1/2	63 auf 62	62	62

Erstellt am 2007, Statistiken des Sozialtarifs zum Rentnerversicherungsbericht 2007 auf Ergänzungen

Zur Anhebung der Altersgrenzen kann bei der BfA die Broschüre „Anhebung der Altersgrenzen“ mit ausführlichen Erläuterungen bestellt werden unter Service-Telefon: 0800/333 19 19 (zum Nulltarif), per Telefax: 030-865 27 379, per Internet: www.bfa.de oder per e-mail: bfa@bfa.de.

(J.K.)

2. Wie hoch ist meine Rente?

Renteninformation – und nun?

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, s. hierzu die Neuregelungen ausführlich unter A 5.) 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.

Ausgleich der Rentenabschläge bei vorzeitiger Inanspruchnahme der Altersrenten

in der Zeit vom 1. Juli bis 31. Dezember 2003*
Berechnungsbeispiele (Rundungsdifferenzen möglich)

* Quelle: LVA Oberbayern

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.1.d 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.

Renten aus der GRV sind **beitragsbezogen**, d.h. sie errechnen sich aus den Beträgen, die im Laufe eines Erwerbslebens verbeitragt 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 2004) 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 (29.428,00 € pro Jahr) 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. 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.4. Aktueller Rentenwert) (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 hier raus resultierende Renteninformation auch falsch.

Hier sollte man/frau auf Nummer Sicher gehen, um bei der späteren Rentenberechnung keine böse Überraschung zu erleben. Von seinem Rentenversicherungsträger fordert man statt einer Renten*information* 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 Hinterbliebenenrentenansprüchen und Ansprüchen auf die verschiedenen Altersrentenarten. (D.S.)

3. Hinzuverdienstgrenzen für RentenbezieherInnen

Beachte: Die Hinzuverdienstgrenze z.B. bei Vollrenten vor Vollendung des 65. Lebensjahr betrug bisher dieselbe Größe wie die Geringfügigkeitsgrenze. Seit 01.04.2003 gilt eine **neue flexible Hinzuverdienstgrenze** von 1/7 der monatlichen Bezugsgröße und beträgt in 2004 **345,00 €** (§§ 34, 96a, 302a, 313 SGB VI).

Rentenarten	Hinzuverdienstgrenze in € / Monat	
Altersrenten		
Regelaltersrente ab dem 65. Lebensjahr	keine Einschränkung	
Bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres	alte Bundesländer	neue Bundesländer
Vollrente	345,00	345,00
Teilrente von 2/3	458,58 457,28*	403,12 401,98*
Teilrente von 1/2	685,91	602,96
Teilrente von 1/3	913,24 914,55*	802,80 803,95*
Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (bei Rentenbeginn ab 2001)		
Rente wegen voller Erwerbsminderung	alte Bundesländer	neue Bundesländer
in voller Höhe	345,00	345,00
in Höhe von 3/4	611,44	537,50
in Höhe von 1/2	811,34	713,22
in Höhe von 1/4	1011,23	888,94
Renten wegen teilweiser Erwerbsminderung	alte Bundesländer	neue Bundesländer
in voller Höhe	811,34	713,22
in Höhe von 1/2	1011,23	888,94
(bei Rentenbeginn vor 2001)		
Erwerbsunfähigkeitsrente	alte Bundesländer	neue Bundesländer
	345,00	345,00
Berufsunfähigkeitsrente	alte Bundesländer	neue Bundesländer
in voller Höhe	685,91	602,96
in Höhe von 2/3	914,55	803,95
in Höhe von 1/3	1143,19	1004,94

* bei Rentenbeginn vor 2000 – (Zahlen entnommen : Pressemitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung vom 20. 06.2003)

Mit Ausnahme der auf 345,00 € festgesetzten Hinzuverdienstgrenzen handelt es sich um allgemeine Hinzuverdienstgrenzen, bis zu denen **mindestens** hinzuverdient werden kann. Darüber hinaus gibt es **individuelle Hinzuverdienstgrenzen**, die vom zuletzt versicherten Entgelt abhängen. (J.K.)

C. Bürgerversicherung/Erwerbstätigenversicherung


I. Weiterentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung

Finanzierung und Finanzierbarkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind mittlerweile zu gesundheitspolitischen Dauerthemen und zum Gegenstand andauernder heftiger Kontroversen geworden. Das deutsche Gesundheitssystem ist etwa ein Viertel bis ein Drittel teurer als der europäische Durchschnitt, ohne dass dem ein entsprechender Spitzenplatz bei der Qualität gegenüberstehen würde.¹ Zudem hat sich der Finanzierungsaufwand in den letzten 30 Jahren beständig erhöht. In diesem Zeitraum stiegen die Beiträge zur GKV trotz diverser gesetzgeberischer Spar-Initiativen von durchschnittlich 9% auf über 14%.

Diese Beitragssatzsteigerungen sind sowohl auf **steigende Ausgaben** als auch auf **sinkende Einnahmen** zurückzuführen. Lange Zeit wurde allerdings vielfach bestritten, dass die GKV überhaupt ein nennenswertes **Einnahmeproblem** habe. Die steigenden Beitragssätze wurden vielmehr fast ausschließlich der vermeintlichen „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen zugeschrieben, der man mit einer fortgesetzten Politik der Kostendämpfung zu begegnen versuchte – vor allem in der Gestalt von Leistungseinschränkungen, der Einführung bzw. Erhöhung von Selbstbeteiligungen sowie weiteren Verschiebungen in der paritätischen Finanzierung zu Lasten der Beschäftigten. Der wachsende finanzielle Druck verstärkte auch bei den Finanzierungsträgern und Leistungserbringern die Neigung, das medizinisch Notwendige zunehmend restriktiv zu interpretieren. Vorläufig letztes Glied in der langen Kette entsprechender gesetzgeberischer Aktivitäten ist das im Konsens von Regierungsparteien und Union verabschiedete und Anfang 2004 in Kraft getretene Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG).

Inzwischen jedoch beginnt sich die Erkenntnis durchzusetzen, dass das gegenwärtige Finanzierungssystem einer grundsätzlichen, die Einnahmeseite mit einschließenden, Reform bedarf, wenngleich Problembefunde, Ziele und Wege freilich weiterhin umstritten bleiben. So beauftragte die rot-grüne Regierung im Vorfeld des GMG eine Kommission mit Sachverständigen aus Wissenschaft, Politik, Gewerkschaften und anderen Verbänden damit, Reformvorschläge für die „Nachhaltigkeit“ in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme zur erarbeiten. In Bezug auf die GKV beschloss die so genannte „Rürup-Kommission“, der Bundesregierung ein zweistufiges Konzept vorzulegen. Dabei wurden konkrete Empfehlungen nur für kurzfristige Maßnahmen zur Senkung der Sozialbeiträge gegeben, von denen viele sich im GMG wiederfanden und inzwischen umgesetzt sind. Bezüglich der Langfristperspektive 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 zurückdelegiert.

¹ Die Gesamtausgaben des Gesundheitssystems in Deutschland belaufen sich nach OECD-Erhebungen (2001) auf einen Anteil von 10,7% am Bruttoinlandsprodukt (BIP) (zum Vergleich: Finnland 7%, Spanien, Großbritannien und Japan ca. 7,5%, Frankreich 9,6%). Hingegen nimmt Deutschland nach einer WHO-Studie (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.



Diese hat inzwischen ihre Wahl getroffen: Die CDU hat sich mit ihrem Parteitagbeschluss Anfang Dezember 2003 in Leipzig für die Gesundheitsprämie entschieden, die SPD auf ihrem Bochumer Parteitag Mitte November des selben Jahres für die Bürgerversicherung. Für letztere hatte kurz zuvor auch der Parteirat von Bündnis 90/Die Grünen votiert, die Bundesdelegiertenkonferenz soll noch dieses Jahr das grüne Modell beschließen. Damit sind wohl die grundsätzlichen Positionen bezogen, mit denen Regierung und Opposition in den Wahlkampf 2006 ziehen werden.

Auch die Gewerkschaften haben sich positioniert, und zwar für die „Reformoption“ Bürgerversicherung – vorbehaltlich einer genauen Überprüfung ihrer konkreten Umsetzungsmöglichkeiten und deren Implikationen. Das Gesundheitsprämienmodell in seinen bisherigen Formen wird von ihnen hingegen einhellig abgelehnt, weil es die Ziele gewerkschaftlicher Gesundheitspolitik, eine umfassende, solidarische und gerechte, mit sozialen Ausgleichselementen ausgestattete und die ArbeitgeberInnen zu gleichen Teilen einbeziehende Gesundheitsvorsorge für alle BürgerInnen zu schaffen, nicht gewährleistet.

Die derzeitige Diskussion ist neben der erwähnten Polarisierung vor allem durch eine Reihe von Unklarheiten und Undifferenziertheiten geprägt, die sich schon in der unterschiedlichen Verwendung und inhaltlichen Füllung der zentralen Begrifflichkeiten zeigt. Bisweilen nimmt die Auseinandersetzung trotz (oder wegen?) der erkennbaren Unausgereiftheit der Konzepte deutliche Formen eines Glaubenskrieges an. Selten werden die hinter den verschiedenen Konzepten steckenden Inhalte und Einzelelemente sachlich diskutiert und insbesondere in Bezug auf ihre sozial-, verteilungs- und beschäftigungspolitischen Implikationen und Auswirkungen analysiert. Spätestens im Herbst, wenn die nächsten Parteitage anstehen und mit neuen, konkreteren Modellvorschlägen zu rechnen ist, wird sich die öffentliche Diskussion verstärken und zuspitzen. Bereits Mitte Juli wird Bert Rürup eine überarbeitete, „sozial abgefederte“ Variante seines Gesundheitsprämienmodells vorstellen. Es bleibt zu hoffen, dass die öffentliche Debatte in Folge dieser Ereignisse auch an Qualität zunehmen wird. Mit der folgenden Darstellung der unterschiedlichen Modellvarianten wollen wir einen kleinen Beitrag dazu leisten. Durch sachliche und fachliche Information soll eine gute Grundlage für die – nicht zuletzt auch in ver.di – anstehende Detaildiskussion geschaffen werden.

Bevor im folgenden die Gesundheitsprämie kurz und die Bürgerversicherung etwas ausführlicher vorgestellt wird, sei jedoch noch angemerkt, dass diese beiden Modelle keinesfalls alternativlos sind. Sowohl die Wahrung des Status quo, die Steuerfinanzierung des Gesundheitswesens oder ein Mischsystem (Beibehaltung des Status quo und teilweise Steuerfinanzierung; Gesundheitsprämienmodell als Bürgerversicherung) wären weitere denkbare Entwicklungsperspektiven.

1. Gesundheitsprämien²

Der Vorschlag, Kopfpauschalen zur Finanzierung der GKV einzuführen, ist keineswegs neu. In der Bundesrepublik wurde er bereits in den 60er Jahren diskutiert, konnte sich damals allerdings nicht durchsetzen. Auf die aktuelle politische Agenda rückte er vor allem, als 1996 die Schweiz mit der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKPV) als weltweit erstes (und bisher einziges) Land eine Gesundheitsprämie einführte, und eben durch die „Rürup-Kommission“. Unmittelbar nach deren Abschlussbericht legte die von der CDU beauftragte so genannte „Herzog-Kommission“ gleichfalls einen Bericht über die Zukunft des deutschen Sozialstaats vor, in dem die Bürgerversicherung abgelehnt und das Modell der Kopfpauschalen favorisiert wird.

² Auch „Kopfpauschalen“, „Kopfprämien“, „Pauschalprämien“ oder „pauschale Gesundheitsprämien“ genannt.

Die Vorschläge beider Kommissionen ähneln sich weitgehend (siehe Tabelle). Die Grundidee besteht in der Einführung einer pauschalen Gesundheitsprämie, die für alle Versicherten zunächst gleich hoch ist. 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 Gesundheitsprämienmodelle sind durch folgende **Kerngedanken** gekennzeichnet:

- Alle bisher gesetzlich krankenversicherten Bürger sind versicherungspflichtig.
- Der Ausschluss von BeamtInnen und Selbständigen aus der Versicherungspflicht bleibt ebenso erhalten wie die Versicherungspflichtgrenze (VPfG) und die Unterscheidung in GKV und PKV. Allerdings wird die Durchlässigkeit und damit auch der Wettbewerb zwischen den beiden Kassenarten durch die freie Wahl der Krankenkasse erhöht.
- Jede/r Versicherte zahlt für den Versicherungsschutz an ihren/seinen Versicherungsträger einen (kassenspezifischen) Einheitstarif, unabhängig von Einkommen, Alter, Geschlecht oder Krankheitsrisiko. Dieser Betrag ist für alle Mitglieder derselben Krankenkasse gleich hoch, kann jedoch von Kasse zu Kasse – je nach Versicherungs- und Ausgabenstruktur – differieren. Diese Differenz ist politisch gewollt: die Möglichkeit, die Höhe der Gesundheitsprämie frei zu gestalten, soll den Wettbewerb zwischen den Kassen garantieren und verstärken.
- Die Gesundheitsprämie beträgt zum Zeitpunkt ihrer Einführung im Rürup-Konzept durchschnittlich 210 €, im Herzog-Bericht 264 €³. Sie ergibt sich aus einer rechnerischen Verteilung des geschätzten jährlichen Einnahmebedarfs der GKV auf die Gesamtzahl der Versicherten.
- Anders als bei einigen in der wissenschaftlichen Diskussion erörterten Prämienmodellen – und auch anders als in der Schweiz, wo auch für Kinder (reduzierte) Prämien gezahlt werden müssen – beschränken beide Kommissionen die Prämienpflicht auf Erwachsene (ab 18 Jahren). Kinder wären also mitversichert, nicht jedoch nicht erwerbstätige EhepartnerInnen; es sei denn sie können Zeiten der Kindererziehung oder der Pflege von Angehörigen nachweisen.
- Der Arbeitgeberanteil wird in einer an einem Stichtag festgelegten Höhe fixiert und an die Versicherten ausbezahlt. Als Lohnbestandteil unterliegt er fortan der Steuerpflicht sowie der Beitragspflicht zur gesetzlichen Renten-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung.
- Die Aufgabe des „sozialen Ausgleichs“ wird auf das Steuersystem übertragen. Der Staat gewährt BezieherInnen niedriger Einkommen einen individuellen Zuschuss, wenn die Prämie einen bestimmten Anteil des Haushaltseinkommens übersteigt. Im Gespräch ist ein zumutbarer Eigenanteil zwischen 13% und 16% des Bruttoeinkommens.
- Die Finanzierung des staatlichen Zuschusses soll über Steuermittel erfolgen. Der Zuschussbedarf ist erheblich: Die „Rürup-Kommission“ errechnet bei einem Eigenanteil von 13,3% (Variante 1) ein Volumen von 28,4 Mrd. €, bei einem einkommensgestaffelten Eigenanteil zwi-

³ Der Unterschied ergibt sich überwiegend aus dem unterschiedlichen Zeitpunkt der Einführung der Gesundheitsprämie. Im Herzog-Konzept erfolgt die Einführung erst im Jahr 2013. Bis dahin soll ein kollektiver Kapitalstock in der GKV angespart werden, der dann die risikoäquivalent höheren Prämien für ältere Versicherte ausgleichen soll. Mit der Umstellung auf Prämien ist hier also der Übergang zu einem kapitalgedeckten System verbunden. Bis 2012 bleibt die GKV in ihrer jetzigen Form bestehen, allerdings wird zum Aufbau der Altersrückstellungen die Beitragsbemessungsgrundlage erweitert: alle Einkünfte der Versicherten werden bis zur Bemessungsgrenze herangezogen. In die Bestimmung der Versicherungspflicht gehen diese Einkünfte aber nicht ein, so dass Versicherte mit Zusatzeinkünften in der Folge nicht vermehrt die Versicherungspflichtgrenze überschreiten und die GKV verlassen können.

schen 13,3 und 16% und einem Freibetrag in Höhe von 210 € (Variante 2) ein Volumen von 22,6 Mrd. €. Der Zuschussbedarf soll durch die Versteuerung des ehemaligen Arbeitgeberanteils gegenfinanziert werden, wobei eine Finanzierungslücke von 4,4 bis 10,2 Mrd. € entstehen würde. Wie diese Finanzierungslücke geschlossen werden und damit der „soziale Ausgleich“ dauerhaft garantiert werden soll, bleibt allerdings weitgehend offen.

Die in Wissenschaft und Politik diskutierten Gesundheitsprämienmodelle unterscheiden sich insbesondere hinsichtlich der Prämienhöhe, der Grenze der zulässigen Höchstbelastung, dem Umfang und der Finanzierung der staatlichen Zuschüsse sowie dem zu finanzierenden Leistungsumfang. Einige Modelle gehen aber auch von einer vollständig risikoäquivalenten Kalkulation der dann individuell je nach Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand etc. differierenden Kopfpauschalen aus. Andere wiederum sehen eine Ausweitung des versicherungspflichtigen Personenkreises auf die gesamte Bevölkerung vor und nähern sich so der Idee einer Bürgerversicherung auf Basis von Kopfpauschalen an, wie sie beispielsweise im Schweizer Modell verwirklicht ist. Eine kurze Übersicht über die prominentesten Ansätze bietet die nachstehende Tabelle:

Gesundheitsprämienmodelle				
	Schweiz	„Rürup-Kommission“ (Rürup, Wagner)	„Herzog-Kommission“	CDU
Versicherte	alle BürgerInnen	bislang GKV-Versicherte	sozialversicherungspflichtig Beschäftigte und ihre nicht erwerbstätigen Familienangehörigen	bislang GKV-Versicherte
Beitragshöhe (bei Einführung)	kantonweiter kassenspezifischer Einheitstarif; aktueller Durchschnittsbeitrag: 179 € (bei Einführung 1996: 110 €); Ermäßigungen für unter 25-jährige; obligatorische jährliche Selbstbeteiligung bis 157 €; Beitragssenkung durch Wahl von zusätzlichem Selbstbehalt (267-1.000 €) möglich; umfangreiche Bonusmodelle	ca. 210 € monatlich pro Erwachsener; Kinder beitragsfrei	265 € monatlich je sozialversicherungspflichtig Beschäftigtem (Einführung ab 2013, bis dahin Fortbestand der GKV in ihrer jetzigen Form); lebenslange Garantie des Beitrags in Höhe des Einstiegstarifs; Kinder beitragsfrei; Ehegattensplitting bei Mitversicherung von nicht erwerbstätigen EhepartnerInnen	200 € pro Erwachsener; 90 € pro Kind (vollständiger Ausgleich über Kindergeld bzw. steuerfinanzierte Familienkasse)
Beitragsbemessungsgrenze	entfällt, da Beitrag einkommensunabhängig; sozialer Ausgleich, wenn Beiträge 10% des Bruttohaushaltseinkommens übersteigen (trifft mittlerweile auf rd. 30% der Versicherten zu)	entfällt, da Beitrag einkommensunabhängig; sozialer Ausgleich bei 13-16% des Bruttohaushaltseinkommens	entfällt, da Beitrag einkommensunabhängig (bis 2013 Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlage um alle Einkünfte der Versicherten zum Aufbau von Altersrückstellungen); sozialer Ausgleich bei 14% des Bruttohaushaltseinkommens	entfällt, da Beitrag einkommensunabhängig; sozialer Ausgleich bei 14% des Bruttohaushaltseinkommens
Arbeitgeberbeitrag	existiert nicht	Fixierung an Stichtag; Auszahlung an Beschäftigte als steuerpflichtiger Lohn- und Gehaltsbestandteil	Deckelung bei 6,5 %; davon werden 5,4 % steuerfrei mit dem Gehalt ausgezahlt und 1,1 % zur Finanzierung des Krankengeldes verwendet	6,5 % werden als steuerpflichtiger Lohn- und Gehaltsbestandteil an Beschäftigte ausgezahlt

	Schweiz	„Rürup-Kommission“ (Rürup, Wagner)	„Herzog-Kommission“	CDU
Leistungs-katalog	Grundsicherung mit definiertem Leistungskatalog (ohne Zahnbehandlung und -ersatz, Sterbe- und Entbindungsgeld, Unfallfolgen u.a.); freiwillige Zusatzversicherungen	Abwahl von Leistungen möglich; separate Absicherung von Krankengeld	Ausgliederung von Zahnbehandlung und -ersatz, Krankengeld sowie Leistungen bei privaten Unfällen (private Pflichtversicherung); Streichung oder Umfinanzierung versicherungsfremder Leistungen	Wahltarife
Beziehung zwischen GKV und PKV	Wahlfreiheit; Kontrahierungszwang	Status quo	Status quo	Status quo

Das Gesundheitsprämienmodell 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 Verteilungswirkungen von Kopfpauschalen, aber auch die Organisation des „sozialen Ausgleichs“ über das Steuersystem bzw. über Steuererhöhungen. Die wichtigsten **Kritikpunkte** in Kürze:

- Kleinere und mittlere Einkommen sowie Familien müssten trotz staatlicher Transfers gegenüber dem bestehenden System mit Mehrbelastungen rechnen. Besonders hart träfe es die RentnerInnen: ihre Beiträge würden sich um etwa 50% erhöhen. Entlastet würden vor allem Besserverdienende und Alleinstehende.
- Durch die Aufhebung der paritätischen Finanzierung werden Unternehmen weitgehend aus ihrer Verantwortung entlassen. Dies vermindert nicht nur erheblich die vorhandenen Anreize für eine gesundheitsgerechte Gestaltung der Arbeitsplätze, sondern führt auch zu Ungleichverteilungen zwischen den Arbeitsmarktparteien: UnternehmerInnen werden entlastet, abhängig Beschäftigte belastet.
- Kopfpauschalen wirken besonders negativ auf die öffentlichen Haushalte in Zeiten wirtschaftlicher Schwäche. Durch die steigende Arbeitslosigkeit und die schwache Konjunktur steigt dann die Zahl der Haushalte, die Anspruch auf staatliche Zuschüsse haben. Gleichzeitig sinken die Steuereinnahmen. Die Folgen wären entweder Steuererhöhungen (etwa bei der Mehrwertsteuer) oder Beitragserhöhungen oder Einschränkungen des Leistungskatalogs bzw. der staatlichen Zuschüsse. Es besteht die Gefahr einer „Gesundheitspolitik nach Kassenlage“.
- KritikerInnen gehen davon aus, dass dem Modell insbesondere Beitragserhöhungen geradezu „immanent“ sind. Sie berufen sich dabei u.a. auch auf die Erfahrungen in der Schweiz. Seit der Einführung der Krankenpflegeversicherung haben sich dort die durchschnittlichen Beiträge beständig erhöht: von 110 sFr in 1996 auf 179 sFr in 2003 – mithin also um rund 62% in nur 7 Jahren!⁴
- Die Aufteilung in Regel- und Wahlleistungen mit unterschiedlichen Selbstbehaltstarifen in einigen Gesundheitsprämienmodellen lässt aber auch eine Umwandlung der GKV in ein Grundversicherungsmodell und damit eine Verstärkung der 2-Klassen-Medizin erahnen.

⁴ Die Schweiz hat zudem das – nach den USA – zweitbeste Gesundheitswesen der OECD-Staaten. Rund 11% des Bruttoinlandsproduktes fließen in das eidgenössische Gesundheitswesen.

- Im Wettbewerb der Krankenkassen sind weitere Verzerrungen zu befürchten. Der durch gute Risikostrukturen bedingte Wettbewerbsvorteil einiger Kassen würde zementiert.
- Kopfpauschalen sind auch keineswegs, wie vielfach behauptet, „demographieresistenter“ als das bisherige Beitragsverfahren. Auch hier führen etwaige steigende „demographische Lasten“ zu höheren Beiträgen, die aufgrund der degressiven Wirkung der Gesundheitsprämie Klein- und Mittelverdienende stets am stärksten trafen.
- Die Systemumstellung würde hohe Transaktionskosten mit sich bringen. Und auch die Verwaltungskosten sind hoch: ausgehend von den Schweizer Erfahrungen ist mit Kosten von ca. 434 Mio. € pro Jahr zu rechnen.

Die **CDU** hatte sich mit ihrem Leipziger Parteibeschluss zunächst weitgehend auf das Herzog-Modell verständigt, inzwischen aber unter dem Eindruck öffentlicher Kritik einige Nachbesserungen vorgenommen. So wurde von der Idee einer 10-jährigen Vorlaufphase zur Bildung von Altersrückstellungen Abstand genommen und eine sofortige Einführung von Kopfpauschalen favorisiert. Die Prämienhöhe sollte zunächst bei 200 € liegen und einen Vorsorgebeitrag von 20 € enthalten, um damit eine Kapitalreserve zum Ausgleich demographischer Entwicklungen aufzubauen. Diese Idee wurde inzwischen aufgegeben, die Prämie soll jetzt keinen Vorsorgebeitrag mehr enthalten und bei 180 € liegen. Kinder sollen zwar beitragsfrei mitversichert sein, die GKV dafür aber einen Ausgleich von 90 € pro Kind aus einer steuerfinanzierten Familienkasse erhalten. Statt einer Ausgliederung von Leistungen auf private Pflichtversicherungen werden nun Wahltarife für die Versicherten favorisiert.

Doch auch diese Änderungen haben das CDU-Modell nicht aus der öffentlichen Kritik bringen können. Nach wie vor sind viele Fragen offen. Schleierhaft bleibt insbesondere, wie die CDU die bei den staatlichen Zuschüssen für untere Einkommen auftretenden Finanzierungslücken schließen will. Sie müsste dazu wohl ihre groß angekündigten Steuerreformpläne ändern und die Steuerentlastungen weit geringer ausfallen lassen. Im Gespräch ist u.a., den Spitzensteuersatz von 36% bereits bei einem Jahreseinkommen von 40.000 € statt den bislang geplanten 45.000 € greifen zu lassen. Doch selbst dann würden immer noch 7 Mrd. € zur Finanzierung der Kopfpauschale fehlen ...

Nicht nur deswegen ist die **CSU** in Sachen Gesundheitsprämie auf deutliche Distanz zur Schwesterpartei gegangen und hat ein eigenes Konzept zur Finanzierungsreform des Gesundheitswesens vorgelegt. Sie betrachtet einkommensunabhängige Prämien als „unsozial“ und lehnt einen sozialen Ausgleich über das Steuersystem ab. Statt dessen soll die Finanzierung der Kopfpauschalen innerhalb des Systems der GKV verbleiben, der soziale Ausgleich wie bisher über unterschiedliche Versicherungstarife finanziert werden. Geringverdienende sollen erheblich niedrigere Kassenbeiträge zahlen als Wohlhabende. Dabei setzt die CSU auf einen Stufentarif mit insgesamt bis zu zehn Beitragsklassen. Als Mindestbeitrag sind 50 € monatlich im Gespräch, Topverdienende sollen 500 € zahlen. Die bislang geltende kostenlose Mitversicherung nicht berufstätiger EhepartnerInnen soll entfallen. Dafür soll Mann und Frau das gemeinsame Haushaltseinkommen jeweils nur zur Hälfte zugerechnet werden, ähnlich wie beim Ehegattensplitting im Steuerrecht.

Auch die **FDP** mag sich bislang den Unionsplänen nicht anschließen. Sie plädiert für ein kapitalunterlegtes Versicherungsmodell, das auf einkommensunabhängigen Prämienzahlungen basiert, und will damit nichts weniger als den kompletten Umbau der gesetzlichen in eine private Krankenversicherung. Das bisherige umlagefinanzierte System soll durch frei wählbare und kalkulierte Tarife abgelöst werden. Die gesetzlichen Kassen sollen zu Privatversicherern werden, jeder Versicherte seine Versicherung frei wählen können. Die Versicherungen sollen verpflichtet werden, eine Basisversorgung für eine ausreichende Absicherung im Krankheitsfall anzubieten. Der Arbeitgeberzuschuss soll mit dem Lohn ausbezahlt werden.

2. Bürger- bzw. Erwerbstätigenversicherung

a. Begriff und Idee

Auch die Idee der Bürgerversicherung ist nicht neu. Unter dem Begriff der *Volksversicherung* existieren entsprechende Finanzierungssysteme seit längerem in etlichen europäischen Ländern wie Dänemark, Schweden, Norwegen, den Niederlanden oder der Schweiz – und zwar nicht nur in Bezug auf die jeweiligen Gesundheitssysteme, sondern auch auf

andere Sozialversicherungsbereiche wie Pflege, Unfall und vor allem Rente. Unter dem gemeinsamen Begriff verstecken sich dabei recht unterschiedliche konkrete Ausgestaltungen. Es existieren steuer- oder beitragsfinanzierte Systeme oder Mischsysteme aus beidem; die Beitragserhebung erfolgt paritätisch oder wird ausschließlich von den Versicherten bzw. den UnternehmerInnen geleistet; sie bieten eine Vollversorgung oder nur eine Grundsicherung; usw.

Ihnen allen liegt jedoch ein gemeinsamer Leitgedanke zugrunde: die Anknüpfung von Beitragspflichten und Leistungsrechten am BürgerInnenstatus⁵, im Unterschied zum deutschen („Bismarckschen“) Modell der *Sozialversicherung*, das an den Status des abhängig Beschäftigten gebunden ist. Der Unterschied ist folgenreich. In einer dem deutschen Modell folgenden Sozialpolitik verbleiben vertikale – einkommensklassenbezogene – und horizontale – lebenslaufbezogene – Umverteilungen innerhalb der abhängig Beschäftigten und unter ihnen noch innerhalb eines klar abgegrenzten Korridors von Beitragsbemessungsgrenzen (BBG). Weitergehende Umverteilungsaufgaben werden auf das Einkommenssteuersystem verschoben, das seinem Grundverständnis nach die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Steuerpflichtigen berücksichtigen soll. Demgegenüber neigen Systeme der Bürger- oder Volksversicherung zu einer stärkeren internen Umverteilung.

Was gegenwärtig in Deutschland unter dem Begriff der Bürgerversicherung diskutiert wird, ist im Grunde genommen eine *Erwerbstätigenversicherung* (wie sie zum Beispiel in Österreich existiert), denn die Versicherungspflicht macht sich hier nicht am Bürger- oder EinwohnerInnenstatus fest, sondern bleibt weiterhin an eine Erwerbstätigkeit geknüpft – nur eben jetzt nicht mehr ausschließlich an eine unselbständige. Da sich in der allgemeinen Diskussion inzwischen der Begriff der Bürgerversicherung etabliert hat, wird dieser im folgenden synonym zum Begriff der Erwerbstätigenversicherung verwendet. Diese Gleichsetzung ist im Bezug auf eine Erwerbstätigenversicherung in der GKV auch insofern weniger problematisch, als über die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen bzw. die entsprechenden Einkommensersatzleistungen (Rente, Arbeitslosengeld, Sozialhilfe etc.) de facto nahezu alle BürgerInnen einbezogen wären.

Die im Rahmen der Bürgerversicherung diskutierten Einzelelemente sind für sich genommen zum Teil schon seit Jahrzehnten Bestandteil der gesundheitspolitischen und nicht zuletzt auch der gewerkschaftlichen Reformagenda. Es blieb jedoch den Grünen vorbehalten, diese Einzelelemente zu einem Gesamtpaket zu bündeln und den Begriff der Bürgerversicherung mit ihrem 2002 neu formulierten Grundsatzprogramm explizit in der Öffentlichkeit zu etablieren. Kurz darauf übernahm die „Rürup-Kommission“, vor allem auf Betreiben ihres Mitglieds Karl Lauterbach, den Auftrag, die Realisierungsmöglichkeiten einer Bürgerversicherung für den Bereich der GKV zu prüfen. Inzwischen kursieren eine Reihe unterschiedlicher Varianten und haben nach den Grünen auch SPD, PDS und DGB erste eigene Überlegungen vorgestellt. Obwohl einige dieser Beiträge explizit auch die Pflege- und Rentenversicherung mit einbeziehen (so zum Beispiel das Konzept der Grünen oder das vorwiegend von den Gewerkschaften getragene Minderheitenvotum zum Abschlussbericht der „Rürup-Kommission“), konzentriert sich die Diskussion deutlich auf die Reform der GKV. Die weitere Darstellung von Zielen, Kernelementen, kursierenden Ausgestaltungsvarianten und offenen Fragen einer Bürgerversicherung folgt dieser Schwerpunktsetzung.

⁵ Hier weniger verstanden als eine an die Staatsangehörigkeit geknüpfte StaatsbürgerInnenenschaft, sondern vielmehr als EinwohnerInnenenschaft. Der BürgerInnenstatus umfasst also auch die „ausländische“ Bevölkerung. Insofern wäre der Begriff der *Einwohnerversicherung* eigentlich der treffendere.

b. Ziele

Den unterschiedlichen Vorschlägen, die unter dem Begriff einer Bürgerversicherung subsumiert werden können, liegt die gemeinsame Problemwahrnehmung zugrunde, dass die Finanzierung der Sozialversicherung überwiegend durch wegbrechende Einnahmen gefährdet ist: Die hohe und andauernde Erwerbsarbeitslosigkeit, die rückläufige Lohnquote, der steigende RentnerInnenanteil (bei überproportional sinkendem Rentenniveau) und der Umstand, dass ein wachsender Teil des Volkseinkommens in Einkommen fließt, die nicht der Versicherungspflicht bzw. der Beitragsbemessung unterliegen, führe zu einer ausgeprägten Wachstumsschwäche der Finanzierungsgrundlagen der GKV.⁶ Obgleich der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt seit Jahren relativ konstant sei (seit 1990 zwischen 6 und 6,5%), seien die Beitragssätze und die finanzielle Gesamtbelastung der Versicherten beständig gestiegen.⁷ Die GKV habe sich in dieser Zeit im gewissen Sinne zu einem System der „Solidarität der sozial Schwächeren“ entwickelt, weil sich Gutverdienende, Selbständige und BeamtenInnen systematisch entziehen könnten, um sich privat zu versichern. Da Gesundheit in Deutschland wie in allen anderen Industrieländern mit Bildung und Einkommen korreliere, verliere die GKV damit insbesondere jene Mitglieder, die gleichzeitig einkommensstärker und gesünder als der Durchschnitt sind.⁸

Ziel einer Bürgerversicherung ist deshalb die Verbesserung der Einnahmeseite der GKV mittels einer **Ausweitung des Versichertenkreises** (Einbezug der „guten Risiken“) und einer **Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlage durch Einbeziehung weiterer Einkommensarten**. Jede/r Bürger/in soll für ihren/seinen Versicherungsschutz nach ihrer/seiner finanziellen Leistungskraft bezahlen. Die Versicherungen sollen auf einem gemeinsamen Markt unter einheitlichen Bedingungen um die Mitglieder konkurrieren, um eine bestmögliche Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung im Interesse der Versicherten zu erreichen.

Angestrebt wird damit in der Regel weniger die Gewinnung zusätzlicher finanzieller Ressourcen, etwa zur Ausdehnung des Leistungsangebots, sondern die langfristige Konsolidierung des Gesundheitssystems und die Erhöhung seiner „Demographiefestigkeit“. Es geht also nicht darum, mehr Geld in ein in Teilen ineffizientes und ineffektives Gesundheitssystem fließen zu lassen; allerdings sollen die Leistungseinschnitte der letzten Jahre gestoppt, in einigen Modellvarianten auch rückgängig gemacht werden. Dabei ist den ProtagonistInnen einer Bürgerversicherung in der Regel klar, dass keine Finanzierungsform – auch nicht die Bürgerversicherung – die notwendige Re-

⁶ Hinzu kommen die so genannte „Verschiebepbahnhöfe“: staatlicherseits verfügte Entlastungen anderer Sozialversicherungszweige und des Bundeshaushaltes zulasten der GKV. So sind z.B. die Bemessungsgrundlagen für Arbeitslosengeld und -hilfe stark abgesenkt worden. Die Gewerkschaften fordern deshalb seit längerem, die Rechtslage wieder herzustellen, wonach sich die Krankenversicherungsbeiträge für Erwerbsarbeitslose nach der Höhe des ehemaligen Arbeitsentgeltes richten.

⁷ Für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) blieben, laut Jahresgutachten 2003 des „Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“, zwischen 1980 und 2000 die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied um 31% hinter dem Bruttoinlandsprodukt (BIP) je Erwerbstätigen zurück. Ähnliches gilt seitdem für die neuen Länder und generell auch für die Rentenversicherung. Strukturell heißt dies, dass die Sozialversicherungsabgaben auf einen immer kleineren Teil des verfügbaren Einkommens der privaten (Arbeitnehmer-) Haushalte erhoben werden. Praktisch heißt das allein für die GKV, dass sie bei einer vergleichbaren Beitragsbasis wie im Jahr 1980 im Jahr 2000 fiktive Mehreinnahmen von fast 43 Mrd. DM bzw. heute gut 22 Mrd. € erzielt hätte, und dies ohne wesentliche Mehrausgaben. Damit läge der heutige durchschnittliche Beitragssatz zur GKV bei knapp 11,6 % – und nicht bei etwa 14,4 %.

⁸ Nach Berechnungen verliert die GKV mit jedem Mitglied, das in die PKV abwandert, nach Abzug der von ihm verursachten Kosten ca. 3.500 € jährlich.

form der Steuerungsstrukturen der GKV ersetzen kann. Denn die eigentlichen Probleme und Herausforderungen im Gesundheitswesen, nämlich die Erhöhung von Qualität, Effektivität und Effizienz der Versorgung, liegen nach wie vor nicht auf der Einnahme- sondern auf der Leistungs- bzw. Ausgabenseite.

Ein gemeinsames Ziel ist auch die Ausweitung des Prinzips der solidarischen Finanzierung des Gesundheitssystems und der Beitragsgerechtigkeit. Die Beiträge sollen sich am Prinzip der Leistungsfähigkeit orientieren, Kopfpauschalen werden abgelehnt. Die Beitragshöhe soll sich weiterhin aus einem allgemeinen prozentualen Abschlag vom Einkommen errechnen. Dieses soll nicht mehr nur das Erwerbseinkommen umfassen, sondern alle Einkommensarten. Des Weiteren sollen nicht nur die abhängig Beschäftigten beitragspflichtig sein, sondern auch alle anderen Erwerbstätigen.

Schließlich geht es in den Vorschlägen zur Bürgerversicherung nicht zuletzt immer auch um eine Entlastung des „Faktors Arbeit“, also um eine Senkung der Beitragssätze und der Lohnnebenkosten, um die Konjunktur zu fördern und somit den „Standort Deutschland“ im globalen Wettbewerb besser zu platzieren. Die Grünen plädieren sogar dafür, alle durch die Bürgerversicherung erzielten Mehreinnahmen ausschließlich zur Senkung der Beitragssätze zu verwenden.

c. Kernelemente

Die Idee einer Bürgerversicherung umfasst im Wesentlichen vier Kernelemente:

- den **Einbezug weiterer Gruppen von Erwerbstätigen** neben den unselbständig Beschäftigten (BeamtenInnen, Selbständige, LandwirtInnen, UnternehmerInnen⁹)
- die **An- bzw. Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze** (Einbezug von „Besserverdienenden“)
- eine **Erweiterung der Bemessungsgrundlage um weitere Einkommensarten** (Unternehmensgewinne, Miet- und Pachteinnahmen, Zinsgewinne)
- die **An- bzw. Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze**

Dies impliziert, wie bereits angedeutet, das Ende der privaten Krankenversicherung in ihrer jetzigen Form, denn deren Klientel wäre dann in die Bürgerversicherung einbezogen. Gemeinsamer Markt und gleiche Wettbewerbsbedingungen aber schließen ein Nebeneinander unterschiedlicher Kalkulationskonzepte der Versicherungen wie Kapitaldeckung und Umlagefinanzierung, einkommensabhängige und -unabhängige Beiträge, Beiträge mit oder ohne Arbeitgeberbeteiligung etc. aus. Über die zukünftige Rolle der PKV existieren unterschiedliche Vorstellungen, von denen gleich noch die Rede sein wird. Die Bürgerversicherung soll darüber hinaus eine Vollversicherung sein, die alle medizinisch notwendigen Leistungen auf der Höhe des medizinisch-technischen Standes umfasst.

Weitgehende Einigkeit besteht auch darin, dass der Bürgerversicherung eine Umlagefinanzierung zugrunde liegen soll – zumindest im Bereich der Krankenversicherung. Auch die im Hinblick auf die demographische Entwicklung häufig in der öffentlichen Debatte geforderte Einführung von Teilelementen der Kapitaldeckung wird zurückgewiesen. Begründet wird diese Zurückweisung damit, dass das Ausmaß der Folgen des demographischen Wandels an sich für die GKV deutlich überschätzt würde, dass trotz Kapitaldeckung die Beiträge in der PKV in den letzten 10 Jahren

⁹ Einbezogen werden sollen ferner auch Parlamentsabgeordnete und SozialhilfeempfängerInnen sowie alle übrigen Gruppen, die sich bislang „freiwillig“ in der GKV versichern konnten.

noch stärker gestiegen seien als in der GKV (und das, obwohl die privat Versicherten im Durchschnitt gesünder sind), dass eine echte demographische Reserve sich auch in der PKV nicht habe aufbauen lassen (durchschnittlich nur etwa 10.000 € für jeden jetzt dort Versicherten), dass die Risiken auf den Kapitalmärkten nicht unerheblich seien oder dass eine Umstellung mit extrem hohen Kosten, gerade zu Lasten der „mittleren Generation“, verbunden wäre.

Neben diesen Konstanten bleiben jedoch etliche Fragen ungeklärt bzw. umstritten: etwa die nach der Ausgestaltung des ArbeitgeberInnenanteils, nach der Mitversicherung von Familienangehörigen oder nach der zukünftigen Rolle der Selbstverwaltung. Und auch die Kernelemente bedürfen einer näheren Definition. Zu ihrer Realisierung sind verschiedene Ausgestaltungsvarianten denkbar, die sich im Wesentlichen darum drehen, Art, Ort und Umfang des „sozialen Ausgleichs“ zu bestimmen sowie verbindliche Vorgaben für die Beitragsgestaltung der Krankenversicherungen festzulegen. Dabei handelt es sich, wie sich gleich zeigen wird, keineswegs nur um mehr oder weniger leicht zu lösende Detailfragen, sondern um recht unterschiedliche Auffassungen, die sich noch immer unter dem gemeinsamen Begriff der Bürgerversicherung verstecken.

Eine kurze Übersicht über die prominentesten Ansätze zur Bürgerversicherung bietet die nachstehende Tabelle. Durch die vielen offenen und noch zu klärenden Fragen, gibt sie nur vorübergehende Überlegungen wider, die zudem auch innerhalb der einzelnen Organisation umstritten sein können.

Bürgerversicherungsmodelle (Vorläufiger Diskussionsstand Juni 2004)

	„Rürup-Kommission“ (Lauterbach)	SPD	Grüne	DGB
Versicherte	Ausdehnung der Versicherungspflicht auf alle BürgerInnen; Aufhebung der VPfG, Bestandschutz für bestehende PKV-Verträge	alle Bürger; stufenweiser Umbau der GKV zur Bürgerversicherung (Prüfung sozial-, wettbewerbs-, kartell- und verfassungsrechtlicher Aspekte)	Ausdehnung der Versicherungspflicht auf alle BürgerInnen; Aufhebung der VPfG, Bestandschutz für bestehende PKV-Verträge	schrittweise Anhebung der VPfG; Wahlrecht für Selbstständige und neu eingestellte BeamtInnen
Familienausgleich	beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen oder negatives Ehegattensplitting	beitragsfreie Mitversicherung von Kindern	beitragsfreie Mitversicherung von Kindern	Beibehaltung der beitragsfreien Mitversicherung von Familienangehörigen, bis eine sozial gerechte Finanzierung –familienpolitischer Leistungen gefunden ist
Erweiterung der Bemessungsgrundlage	Einbeziehung anderer Einkommensarten	Einbeziehung anderer Einkommensarten	Einbeziehung aller Einkommensarten	Einbeziehung anderer Einkommensarten
Beitragsbemessungsgrenze	Anhebung für alle Einkünfte auf das Niveau der GRV in Westdeutschland (z.Zt. 5.150 €)	Anpassung; evtl. eigenständige zweite Säule der Beitragsbemessung mit Freibetrag	keine An- oder Aufhebung	stufenweise Anhebung ab 2010; evtl. eigenständige zweite Säule der Beitragsbemessung mit Freibetrag

	„Rürup-Kommission“ (Lauterbach)	SPD	Grüne	DGB
Beitragshöhe	prozentual nach Einkommen bis zur BGG	prozentual nach Einkommen bis zur BGG	prozentual nach Einkommen bis zur BGG; zusätzliche Einnahmen sollen zur Senkung der Beitragssätze dienen	prozentual nach Einkommen bis zur BGG
ArbeitgeberInnenbeitrag	keine Auszahlung des ArbeitgeberInnenanteils	kein Einfrieren des ArbeitgeberInnenanteils, Beteiligung an der Finanzierung der GKV	Prüfung: prozentuale Deckelung des ArbeitgeberInnenanteils bis hin zum Einfrieren	keine Fixierung auf dem gegenwärtigen Stand, keine Auszahlung des ArbeitgeberInnenanteils
Leistungskatalog	alle medizinisch notwendigen Leistungen	alle medizinisch notwendigen Leistungen	bisheriges Niveau	alle medizinisch notwendigen und wirksamen Leistungen
Beziehung von GKV und PKV	Zwei Optionen: 1. PKV konzentriert sich auf Zusatzversicherungen (Luxusmedizin, Wellness-Angebote, medizinisch nicht notwendige Verfahren); 2. Einbezug der PKV unter gleichen Bedingungen (Kontrahierungszwang, Beiträge nur in Abhängigkeit vom Einkommen, Risikostrukturausgleich)	„fairer“ Wettbewerb bei gleichzeitiger Anpassung des Risikostrukturausgleichs	PKV kann Bürgerversicherung anbieten; Voraussetzung: Kontrahierungszwang, Einbeziehung in Risikostrukturausgleich	neuer Wettbewerb unter „fairen Bedingungen“

d. Varianten und offene Fragen

Ausweitung des Versichertenkreises

In Bezug auf die Ausweitung des Versichertenkreises besteht weitgehende Einigkeit darin, die Versicherungspflichtgrenze vollständig aufzuheben und alle Gruppen von Erwerbstätigen und von BezieherInnen von Einkommensersatzleistungen in die Bürgerversicherung einzubeziehen. Damit würden auch die verschiedenen, und zum Teil öffentlich geförderten, Formen von prekärer Beschäftigung von Ich-AGs und Mini-Jobs bis hin zu Werkverträgen und Freischaffenden erfasst.

Allerdings stellen sich hier eine Reihe von rechtlichen Fragen, insbesondere ob die Einbeziehung von Personen, die zum Zeitpunkt der Einführung der Bürgerversicherung Mitglied der PKV oder anderer Systeme sind, mit der Verfassung in Einklang zu bringen ist. Vieles spricht dafür, dass diese Personen und ihre Krankenversicherungsverträge Eigentums- und Vertrauensschutz genießen. Es wird deshalb im Allgemeinen davon ausgegangen, dass die Bürgerversicherung nur schrittweise auf alle Erwerbspersonen ausgedehnt werden kann. Zunächst könnten nur die neu hinzukommenden BeamtInnen, Selbständigen und Besserverdienenden einbezogen werden. Den anderen bliebe der Weg des freiwilligen Beitritts. Allerdings würden sie dann ihre individuellen Altersrückstellungen verlieren. Gleichzeitig erscheint ein generelles Rückkehrrecht in die GKV andererseits aber auch als unsolidarisch, da damit auch ältere Versicherte, die im Verlaufe ihres Arbeitslebens mögliche Vorteile der privaten Absicherung nutzen konnten, nun auf Kosten aller gesetzlich Versicherten die Vorteile, die sich möglicherweise aus der Einführung der Bürgerversiche-

ung ergeben (zum Beispiel niedrigere Beiträge), nutzen könnten. Lauterbach will daher ein Rückkehrrecht nur denjenigen einräumen, die die GKV in den letzten 5 Jahren vor Umsetzung der Bürgerversicherung verlassen haben.

Der oftmalige Hinweis hingegen, dass insbesondere die Einbeziehung der BeamtInnen verfassungsrechtliche Schwierigkeiten mit sich bringen würde, ist unter Betrachtung der gültigen Rechtsprechung in dieser Frage wohl unbegründet. Das Bundesverfassungsgericht hat in einem Urteil von November 2002 klargestellt, dass die Grundsätze des BerufsbeamtInnentums – Fürsorgepflicht und Alimentationsprinzip – nicht beeinträchtigt werden, wenn der Umfang der Beihilfe auf das Niveau der PatientInnen der GKV begrenzt wird.¹⁰ Für neue und für freiwillig in der GKV versicherte BeamtInnen müssten die öffentlichen Dienststellen einen dem ArbeitgeberInnenbeitrag entsprechenden Lohnzuschlag zahlen. Dieser würde die bisherigen Beihilfezahlungen – 50% der anfallenden Behandlungskosten (Erhöhung je nach Kinderanzahl auf 60 bis 80%) – ersetzen, könnte zunächst aber deutlich höher liegen als diese. Zudem wären für eine Übergangszeit zugleich Beihilfezahlungen für „BestandsbeamtInnen“ und die Beitragssätze für die neuen BeamtInnen zu finanzieren. Bund und Länder hätten dadurch zunächst Zusatzkosten in Höhe von ca. 11% der bisherigen Beihilfeausgaben. Werden die BeamtInnen älter, kehrt sich der anfängliche Verlust jedoch in einen Gewinn um. Denn für ältere BeamtInnen steigen die Kosten von Jahr zu Jahr, während sich der dem ArbeitgeberInnenbeitrag entsprechende Lohnanteil nicht verändern würde. Weitere Einsparungen ergäben sich aus dem Wegfall der privaten Abrechnung ärztlicher Leistungen, die im Durchschnitt das 2,3-fache der in der GKV festgelegten Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) beträgt.¹¹ Ein von den Grünen in Auftrag gegebenes Gutachten des Instituts für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) in Berlin errechnet langfristige Entlastungen der öffentlichen Haushalte um 10%.

Folgen für die Selbstverwaltung

Die Ausweitung des Versichertenkreises hätte Auswirkungen auf die bisherige Organisation der Selbstverwaltung. Es wäre nur schwer zu legitimieren, BeamtInnen, Selbständige, LandwirtInnen, Haus- und KapitaleignerInnen sowie die anderen Gruppen aus den aktiven wie passiven Wahlen zur VertreterInnenversammlung bzw. zum Verwaltungsrat auszuschließen. Somit stellt sich die Frage, wie die neuen Personengruppen in die Selbstverwaltungsgremien zu integrieren sind und welche Auswirkungen dies auf die Parität in den Selbstverwaltungsgremien hat. Hierbei wäre zunächst zu klären, ob die diesbezüglich bereits bestehenden Regelungen für freiwillig GKV-Versicherte im SGB IV ausreichend bzw. zielführend sind.

Erweiterung der Bemessungsgrundlage um weitere Einkommensarten

Das Einkommenssteuerrecht kennt sieben verschiedene Einkommensarten: Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb, selbständiger Arbeit, nichtselbständiger Arbeit, Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung sowie sonstige Einkünfte. Prinzipiell wäre eine Ausdehnung der Beitragsbemessung von der nichtselbständigen Arbeit auf alle diese Einkommensarten

¹⁰ Als wesentliche Gründe dafür gelten, dass das Beihilfesystem für BeamtInnen erst in relativ jüngerer Vergangenheit ausgebildet worden ist, die Fürsorgepflicht des Dienstherrn durchaus unterschiedliche Ausgestaltungen erfahren kann und die Zuschussregelungen zur GKV in der Umsetzung unproblematisch sind.

¹¹ In den letzten beiden Jahrzehnten lagen die Kostensteigerungen in der Beihilfe deutlich über denen in der GKV – und das, obwohl BeamtInnen überwiegend zu den „guten Risiken“ zählen.

möglich. Die Diskussion um die Einbeziehung weiterer Einkommensarten im Rahmen der Bürgerversicherung konzentriert sich jedoch auf Miet- und Pacht- sowie Zins- und Kapitaleinkünfte. Explizit den Einbezug *aller* Einkommensarten fordern nur die Grünen. Allerdings plädiert auch niemand explizit für den Ausschluss bestimmter Einkommensarten. So bleibt bis auf Weiteres unklar, ob es sich hier um differierende Positionen handelt oder nur um begriffliche Ungenauigkeiten.


Grüne, PDS und DGB sprechen sich nach bisherigem Diskussionsstand für eine Einbeziehung weiterer Einkommensarten aus, während die SPD diese erst noch prüfen möchte. Umstritten ist ferner die konkrete Ausgestaltung bzw. Umsetzung der Einführung dieser Regelung.

Im Rürup-Gutachten plädiert Lauterbach für eine sofortige Einbeziehung weiterer Einkommensarten. Beiträge aus Miet-, Pacht-, Zins- und Kapitaleinkünften würden danach in vollem Umfang bis zur BBG verbeitragt. Dies wirft jedoch eine Reihe von verteilungspolitischen Probleme auf. Bei gleichzeitiger Beibehaltung der BBG würden jene Personen überproportional belastet, die Erwerbseinkommen unterhalb der BBG beziehen und zugleich Miet- oder Zinseinkünfte haben. Erwerbseinkommen oberhalb der BBG würden hingegen nicht zusätzlich belastet. Kleine und mittlere Einkommen würden stärker zur Finanzierung herangezogen, besser Verdienende müssten hingegen keinen höheren Solidarbeitrag leisten. Dieses Problem ließe sich durch eine Abschaffung der BBG lösen, die jedoch auf Akzeptanzprobleme stoßen und somit Widerstände gegen die Bürgerversicherung in der Öffentlichkeit provozieren (siehe unten) könnte. Eine Anhebung der BBG, etwa auf das Niveau der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV), hingegen, würde das Verteilungsproblem nur auf die mittleren Einkommen zwischen der alten und der neuen BBG verschieben. Höhere Einkommen würden auch hier nicht zusätzlich belastet.

Um dieses Verteilungsproblem zu lösen, könnten für die nicht aus Erwerbsarbeit resultierenden Einkommen besondere **Freibeträge** vorgesehen werden, ähnlich wie bisher schon im Steuerrecht. Nach Vorstellungen des DGB sollte die Freibetragsregelung 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. Er schlägt ein Zwei-Säulen-Modell der Beitragsbemessung vor: In der ersten Säule würden Arbeits- und daraus abgeleitete Einkommen wie bisher verbeitragt. Daneben würde eine zweite Säule für die weiteren Einnahmen mit einem SparerInnenfreibetrag eingeführt. Allerdings müssten hier zunächst Praktikabilität und Umsetzbarkeit dieser Idee geprüft werden. Zum Beispiel stellt sich die Frage, ob dann noch eine einheitliche, einkommensübergreifende BBG beibehalten oder ob für die weiteren Einkommensarten eine getrennte BBG eingeführt werden soll. Diese könnte dann dieselbe Höhe haben wie die BBG für Erwerbseinkommen, sie könnte aber auch nach oben bzw. nach unten abweichen. Letztlich ist auch diese Frage wohl nur unter verteilungspolitischen Gesichtspunkten zu beantworten. Zudem wäre eine Reihe von rechtlichen Fragen zu klären.

Ungeklärt ist bislang auch die organisatorische Bewältigung der **Beitragserhebung** auf die weiteren Einkommensarten. Lauterbach schlägt vor, die Beiträge direkt vom Finanzamt einzuziehen zu lassen und den Krankenkassen über den Risikostrukturausgleich zuzuführen. Denkbar wäre hierbei eine Abführung über die Einkommenssteuererklärung ohne so genannten horizontalen Verlustausgleich.¹² Käme es in Zukunft zu einer Pauschalsteuer auf die genannten Einkünfte, wäre

¹² Dieses Verfahren wurde bis 2002 für freiwillig versicherte RentnerInnen in der GKV angewandt, hat aber, da die beitragsergebenden Krankenkassen bei der Durchführung auf die Auskunftsbereitschaft der Versicherten angewiesen waren, zu einer problematischen Ungleichbehandlung der BeitragszahlerInnen geführt.



auch ein pauschaler Beitrag zur Krankenversicherung denkbar. Wer bereits Beiträge auf Löhne und Gehälter gezahlt hat, bekäme diese auf Antrag vom Finanzamt zurückerstattet. Ein weiterer Vorschlag geht dahin, die Beitragsberechnung und gegebenenfalls auch die Einziehung der Krankenkassenbeiträge gleich komplett bei den Finanzämtern durchführen zu lassen, was dort natürlich mit einem entsprechenden Mehraufwand verbunden wäre, zugleich aber die Verwaltungskosten von Krankenkassen und ArbeitgeberInnen deutlich senken würde.

An- bzw. Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze

Der Umgang mit Beitragsbemessungsgrenzen in der Bürgerversicherung ist der wohl bislang umstrittenste Teilbereich. Einige DiskutantInnen (so die PDS, die hessische SPD und die IG BAU) plädieren für eine vollständige Aufhebung der BBG, um die Idee der solidarischen Finanzierung des Gesundheitssystems nach Leistungsfähigkeit – und damit die Kernidee der Bürgerversicherung – konsequent umzusetzen. Hingegen sind die Grünen gegen die An- bzw. Aufhebung der BBG und plädieren für die Beibehaltung auf jetzigen Niveau. Sie verweisen darauf, dass es bei der Bürgerversicherung gerade nicht um die Gewinnung neuer finanzieller Ressourcen ginge und eine Anhebung der BBG zu einer weiteren Belastung des „Faktors Arbeit“ und insbesondere zu höheren Lohnnebenkosten führe.

Auch Lauterbach ist für die Beibehaltung einer BBG. Da bei ihrer Abschaffung Beiträge von mehreren hunderttausend Euro möglich wären und die Bürgerversicherung dann wie eine zusätzliche Steuer wirken würde, sieht er dadurch die gesellschaftliche Akzeptanz der Bürgerversicherungsidee gefährdet. Statt dessen schlägt er eine Anhebung der BBG für alle Einkünfte auf das Niveau der GRV in den alten Bundesländern (z.Zt. 5.150 €) vor. Sollte diese Anhebung zunächst mit sofortiger Wirkung geschehen, so ist er in seinen neueren Überlegungen inzwischen davon abgerückt. Grund dafür ist vor allem, dass eine kurzfristige Senkung noch vor der Erweiterung des Versichertenkreises und der Einbeziehung aller Einkommensarten die Gesamtbelastung für den „Faktor Arbeit“ erhöhen würde, weil deutlich mehr Beschäftigte von den neuen Beitragsbemessungsgrenzen betroffen wären als RentnerInnen und somit der Anteil der Gesamtkosten an der Bürgerversicherung, der von den Beschäftigten – und damit auch von den Unternehmen – getragen wird, steigen würde. Als Alternative schlägt er deshalb eine schrittweise Erhöhung der BBG auf das GRV-Niveau von 2010 bis 2030 vor, um damit die Zeit des stärksten demographischen Übergangs abzufedern. Durch die sofortige Einbeziehung aller Einkommensarten und die schrittweise Einbeziehung anderer Erwerbstätiger würden die Mehrbelastungen der Unternehmen durch die Anhebung der BBG kompensiert werden.

Eine schrittweise Erhöhung der BBG erscheint einigen DiskutantInnen aber auch deshalb ratsam, weil dadurch die Wirkung der starken Grenzbelastung derer mit Einkommen zwischen der neuen und der alten BBG gemildert würde, womit etwaigen Akzeptanzproblemen der BezieherInnen mittlerer Einkommen und auch rechtlichen Problemen („Überlastverbot“) entgegengewirkt werden könnte. Aus den gleichen Gründen werden auch beim DGB Überlegungen angestellt, die Einführung der Bürgerversicherung zeitlich zu strecken. Vor der Erweiterung der Einkommensbasis sollte demzufolge zunächst der Versichertenkreis ausgeweitet und die dadurch erzielten Mehreinnahmen zu Beitragssatzsenkungen herangezogen werden. Auch die später erfolgende Anhebung der BBG solle von einer parallelen Senkung des Beitragssatzes flankiert werden.

Insgesamt fehlt es in der Frage des Umgangs mit Beitragsbemessungsgrenzen in der Bürgerversicherung an konkreten und detaillierten Berechnungen der verteilungspolitischen Wirkungen der

¹³ Auf ähnliche Werte kommt auch das IGES-Gutachten.

verschiedenen Variablen, um die bislang doch recht spekulativ geführte Diskussion auf eine fundiertere Basis stellen und je nach Interessenlage konkret Stellung beziehen zu können.

Beitragshöhe

Ob und in welchem Maße der Beitragssatz durch die Bürgerversicherung stabilisiert oder gesenkt werden kann, ist von vielen Variablen abhängig: vor allem von der Höhe der BGG und der Frage der Beitragsbemessung für andere Einkommensarten, aber auch davon, wie schnell der Versichertenkreis erweitert werden kann und wie der Familienausgleich gestaltet wird. Zudem prägen wirtschaftliche und gesamtgesellschaftliche Entwicklungen die Einnahmeseite der Krankenversicherung. Und auch die Entwicklungen auf Leistungs- und Ausgabenseite wirken sich stark auf die Beitragshöhe aus. Entsprechende Vorhersagen müssen deshalb notwendigerweise spekulativ bleiben und sind mit einiger Vorsicht zu genießen.


Ein Gutachten von Christhart Bork errechnet bei der Umsetzung der Lauterbach-Variante unter heutigen Gegebenheiten eine mögliche Absenkung des Beitragssatzes von derzeit durchschnittlich 14,4% auf 12,4%. Davon entfallen 0,5 Prozentpunkte auf die Einbeziehung aller Einkommensarten, 0,8 Prozentpunkte auf die Anhebung der BGG (auf 5.150 €) und 0,7 Prozentpunkte auf die Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze sowie die Einbeziehung anderer Personengruppen.¹³ Bei der kompletten Umsetzung der durch das GMG in Gang gesetzten Strukturveränderungen sei sogar eine Beitragssatzsenkung auf unter 11% in 2007 zu erzielen. Für das Jahr 2030 errechnet er – unter Berücksichtigung der bis dahin zu erwartenden Alterung der Bevölkerung und dem damit einhergehenden Anstieg der Kosten – einen Beitragssatz von rund 15%. Diese Berechnung berücksichtigt allerdings noch nicht den Umstand, dass derzeit privat Versicherte niedrigere Leistungsausgaben verursachen als derzeit gesetzlich Versicherte. Durch ihren Einbezug in die Bürgerversicherung ergeben sich zusätzlichen Einspar- und Beitragssenkungspotentiale. Eine weitere Senkung des Beitrages könnte außerdem durch Strukturreformen des Gesundheitssystems auf der Leistungs- und Ausgabenseite erzielt werden.

IGES errechnet bei der Umsetzung des Grünen-Modells (ohne Anhebung der BGG) ein Absenkungsvolumen von 1,4 Prozentpunkten; davon entfallen 0,6 Prozentpunkte auf die Erweiterung des Personenkreises und 0,8 Prozentpunkte auf die Einbeziehung weiterer Einkommen. Den stärksten Effekt auf den Beitragssatz erzielt das Modell der hessischen SPD. Bei einer Aufhebung der BGG wird hier mit einer zukünftigen Senkung des Beitragssatzes auf etwa 9% gerechnet.

ArbeitgeberInnenbeitrag

Die Grünen schlagen die prozentuale Deckelung des ArbeitgeberInnenanteils vor, um so einen Anstieg der Lohnnebenkosten dauerhaft zu verhindern. Der Vorstoß ihres Außenministers Joschka Fischer, der neben der Fixierung auch die Auszahlung des ArbeitgeberInnenanteils als Lohnbestandteil favorisiert und auch sonst deutliche Sympathien für das Gesundheitsprämienmodell aufzeigt, wurde vom Parteirat hingegen zunächst ausgebremst.

Lauterbach spricht sich gegen eine Fixierung des ArbeitgeberInnenbeitrages aus, weil dadurch Entlastungen für die Unternehmen nur unter der Voraussetzung entstünden, dass es erstens auch in Zukunft zu fortgesetzten Beitragssteigerungen käme, und zweitens die Beschäftigten nicht in der Lage seien, diese nunmehr ausschließlich von ihnen zu tragenden Kosten durch entsprechende tarifliche Forderungen zu kompensieren. Kann letzteres mit Blick auf die Reallohnentwicklung der letzten 20 Jahre durchaus mit Berechtigung angenommen werden, so stellt die Vermeidung der ersten Voraussetzung ja gerade einen zentralen Gegenstand der Bürgerversicherungsidee dar. Eine nachhaltige Senkung der Beitragssätze mittels Bürgerversicherung und weite-



rer Strukturreformen, so Lauterbachs Argumentation, würde zu einer stärkeren Entlastung des „Faktors Arbeit“ führen, als die Festschreibung des ArbeitgeberInnenanteils auf dem heutigen Stand.

Aus völlig anderem Grund plädiert auch der DGB vehement für die Beibehaltung der Verpflichtung der ArbeitgeberInnen zur hälftigen Übernahme der Beiträge aus Arbeitsentgelten. Damit soll nicht zuletzt das Interesse der ArbeitgeberInnen an Qualität und Wirtschaftlichkeit der gesundheitlichen Versorgung aufrecht erhalten sowie ihrer Verantwortung für eine gesundheitsgerechte Gestaltung der Arbeitswelt Rechnung getragen werden. Vorstellbar wäre für den DGB hingegen, dass der ArbeitgeberInnenbeitrag künftig die Hälfte des jeweiligen GKV-Beitrags im Durchschnitt aller Krankenkassen beträgt. Würde dadurch doch der Anreiz für die ArbeitgeberInnen entfallen, Einfluss auf die Kassenwahlentscheidung der Beschäftigten zu nehmen.

Finanzielle Auswirkungen auf die Versicherten und auf die ArbeitgeberInnen

Durch die Ausweitung des Versichertenkreises und die Erweiterung der Beitragsbemessungsbasis würden die Einkommen von Versicherten mit Einkommen oberhalb der bisherigen BBG (ab 41.850 € Jahreseinkommen) stärker zur Beitragszahlung herangezogen. Sie müssten im Lauterbach-Modell mit Mehrbelastungen von durchschnittlich bis zu 2,4% ihres Gesamteinkommens rechnen. Davon entfallen 1% auf die Erweiterung der Bemessungsbasis und 1,4% auf die Ausweitung des Versichertenkreises. Erwerbspersonen mit einem Einkommen unterhalb der bisherigen BBG würden hingegen um durchschnittlich 0,6% entlastet. Davon entfallen 0,1% auf die Erweiterung der Bemessungsbasis und 0,5% auf die Ausweitung des Versichertenkreises. Durch die Beibehaltung einer (wenn auch erhöhten) BBG nimmt die prozentuale Mehrbelastung ab einem Jahreseinkommen von etwa 100.000 € wieder ab. Mögliche Beitragssenkungen sind dabei noch nicht berücksichtigt.

Differenziert man diese Werte nach sozialer Stellung, so würden Selbständige, BeamtInnen und Pensionäre im Vergleich zum Status quo deutlich belastet, und zwar bereits ab relativ niedrigen Einkommen. In Bezug auf den Familienstand ergeben sich hingegen keine signifikanten Differenzierungen: Mehrpersonenhaushalte werden durch die Einführung der Bürgerversicherung nicht grundsätzlich besser gestellt als Einpersonenhaushalte. Mehrpersonenhaushalte mit geringem Einkommen werden (geringfügig) entlastet, solche mit hohem Einkommen (zum Teil relativ deutlich) belastet.

Diese Berechnungen bestätigen die gerade in Gewerkschaftskreisen geäußerte Befürchtung, dass durch das Lauterbach-Modell vor allem diejenigen Einkommen belastet werden, die zwischen der alten und der neuen BBG liegen und damit auch die Gruppe der gutverdienenden FacharbeiterInnen und Angestellten. Der DGB fordert deshalb, dass durch die Einführung der Bürgerversicherung BeziehenderInnen kleiner und mittlerer Einkommen nicht zusätzlich belastet werden dürfen (siehe oben).

Die **ArbeitgeberInnen** können durch die möglichen Beitragssatzsenkungen grundsätzlich mit – teils erheblichen – finanziellen Entlastungen rechnen. Allerdings ergeben sich zum Teil Gegeneffekte durch die Anhebung der BBG. Unternehmen mit durchschnittlichen Löhnen oberhalb der jetzigen BBG würden durch die Anhebung belastet. Gerade aber die Unternehmen im Hochlohnbereich mit hohen Forschungs- und Entwicklungskosten, etwa in der pharmazeutischen Industrie oder der Informationstechnologie, stehen überdurchschnittlich stark im internationalen Wettbewerb, der nicht zuletzt auch über Löhne und Lohnnebenkosten geführt wird. Die Anhebung der BBG kann also dem erklärten Ziel, mit der Bürgerversicherung auch den „Standort Deutschland“ im globalen Wettbewerb besser zu platzieren, entgegen stehen. Nicht zuletzt deshalb plädieren die Grünen ja auch für eine Beibehaltung der BBG auf dem jetzigen Niveau.

Den gegenteiligen Effekt hätte eine Anhebung der BBG hingegen auf jene Unternehmen, deren durchschnittliche Löhne unterhalb der bisherigen BBG liegen. Sie würden zusätzlich entlastet. Solche Unternehmen befinden sich häufig im Dienstleistungsbereich, in der Bauindustrie und im Genuss- und Gaststättengewerbe. Lauterbach verspricht sich für diese Zweige deutliche Konjunktur- und Arbeitsmarkimpulse durch sein Modell der Bürgerversicherung.

Familienausgleich

Der Umgang mit dem Schutz der Familienangehörigen spielt in der Debatte um die Bürgerversicherung bislang eine eher untergeordnete Rolle. Einig ist man sich bislang darin, dass Kinder auch weiterhin beitragsfrei mitversichert sein sollen. Unklar ist hingegen, wie nicht erwerbstätige EhepartnerInnen einbezogen werden sollen. Vier Modelle stehen hier bislang zur Auswahl: 1. beitragsfreie Mitversicherung wie bisher, 2. Einführung eines negativen Ehegattensplittings, 3. Einführung eines „partiellen“ negativen Ehegattensplittings, 4. Einführung eines Mindestbeitrags für mitversicherte EhepartnerInnen.

1. Die Beibehaltung der **beitragsfreien Mitversicherung** nicht erwerbstätiger EhepartnerInnen wäre sicher die einfachste Lösung. Allerdings ist sie geschlechter- und familienpolitisch sehr umstritten, da sie in der Realität eine Alimentierung der „Hausfrauenehe“ darstellt und Frauen einen Leistungsanspruch nur in Abhängigkeit von ihrem Ehepartner gewährt. Zudem widerspricht sie der Grundidee einer gerechten, solidarischen und an der individuellen Leistungsfähigkeit orientierten Finanzierung der Krankenversicherung. Zum einen benachteiligt sie nichteheliche Lebensgemeinschaften zugunsten von ehelichen. Zum anderen werden aber auch Zweiverdienerhepaare gegenüber Einverdienerhepaaren benachteiligt – zumindest dann, wenn an der Existenz einer BBG festgehalten wird: Wegen des degressiven Effekts der BBG hat bei gleichem oder sogar geringerem Gesamteinkommen oberhalb der BBG ein Zweiverdienerhepaar einen höheren – im Grenzfall den doppelten – Krankenkassenbeitrag zu entrichten als ein Einverdienerhepaar.
2. Mit der Einführung eines **negativen Ehegattensplittings** würden diese Beitragsunterschiede aufgehoben. Bei diesem Verfahren wird das beitragspflichtige Haushaltseinkommen halbiert und jeweils auf beide Teile der Krankenversicherungsbeitrag erhoben. Dadurch werden Haushaltseinkommen oberhalb der BBG quasi unter die BBG „geholt“ und einbezogen. Dies würde zu Mehreinnahmen in der Krankenversicherung führen, die zu Beitragssatzsenkungen herangezogen werden könnten. Das IGES-Gutachten errechnet eine mögliche Beitragssatzsenkung von 1,9 Prozentpunkten gegenüber dem Status quo. Gegen ein negatives Ehegattensplitting bestehen jedoch verfassungsrechtliche Bedenken, da es zu einer Schlechterstellung von verheirateten Paaren gegenüber nichtehelichen Lebensgemeinschaften führen würde. Außerdem könnten sich Schwierigkeiten bei der konkreten Umsetzung ergeben, wenn die EhepartnerInnen bei unterschiedlichen Kassen versichert sind. Es wäre dann zu klären, welche Kasse welchen Anteil der gemeinsamen Beitragsleistung erhält.
3. Eine **familienpolitische Variante des negativen Ehegattensplittings** wäre, dieses nur für Ehepaare einzuführen, die nicht mindestens ein Kind erziehen. Dadurch würden Familien von den negativen finanziellen Auswirkungen des Splitting-Verfahrens ausgenommen. Dies beträfe allerdings nur Familien, bei denen ein Einkommen oberhalb der BBG von vorrangig einem/r PartnerIn erwirtschaftet wird, weil sich das negative Ehegattensplitting allein bei dieser Konstellation negativ auswirkt. Dies bedeutet aber auch, dass bei den Ehepaaren mit Kindern und einem Einkommen oberhalb der BBG weiterhin Zweiverdienerhepaare stärker mit Beiträgen belastet werden als Einverdienerhepaare. IGES errechnet für diese Variante eine mögliche Beitragssatzsenkung um 1,6 Prozentpunkte gegenüber dem Status quo.

4. Schließlich könnte auch ein fixierter **Mindestbeitrag** für mitversicherte EhepartnerInnen eingeführt werden. Diese Pauschalprämie würde aber zu neuen Abweichungen vom Prinzip der horizontalen Gleichbehandlung führen: Nun würden Einverdienerehepaare mit einem Einkommen unterhalb der BGG höhere Beiträge zahlen müssen als Zweiverdienerehepaare mit gleichem Gesamteinkommen. Auch hier ergäben sich Beitragssatzsenkungspotentiale gegenüber dem Status quo, deren Volumen mit der Höhe des Mindestbeitrags variiert.

Als weitere familienfreundliche Variante wäre zum Beispiel die Einführung eines **Kinderfreibetrags** auf das zu verbeitragende Gesamteinkommen denkbar oder auch ein **Familienplitting**: danach würde das Familieneinkommen, unabhängig davon, wer dieses erzielt, nach einem (bedarfsorientierten) Schlüssel auf die Familienmitglieder verteilt, wobei der Anteil, der auf die Kinder entfällt, beitragsfrei bliebe.

Im Minderheitenvotum zum Abschlussbericht der „Rürup-Kommission“ plädieren die gewerkschaftlichen Kommissionsmitglieder dafür, die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen zumindest solange nicht aufzuheben, bis eine sozial gerechte Finanzierung familienpolitischer Leistungen gefunden ist. Die anderen ProtagonistInnen der Bürgerversicherung haben sich diesbezüglich noch nicht eindeutig positioniert.

Verhältnis von GKV und PKV

Über die zukünftige Rolle der PKV existieren unterschiedliche Vorstellungen, von der Einbeziehung in die Bürgerversicherung „unter fairen Wettbewerbsbedingungen“ bis hin zu einer Reduktion auf Zusatzleistungen. Lauterbach stellt beide Optionen zur Auswahl. Die über 50 zur Zeit bestehenden privaten Kassen müssten sich entscheiden, ob sie sich in Zukunft ganz auf das „Zusatzgeschäft“ („Luxusmedizin“, „Wellness“-Angebote, medizinisch nicht notwendige Verfahren) konzentrieren oder ob sie vollständig in die Bürgerversicherung integriert werden wollen. Voraussetzung dafür wäre, dass sie alle Interessierten aufnehmen (Kontrahierungszwang), Beiträge nur in Abhängigkeit vom Einkommen des Versicherten erheben, das gesundheitliche Risiko des Einzelnen hingegen nicht berücksichtigen, am Risikostrukturausgleich (RSA) teilnehmen und von Kapital- auf Umlagefinanzierung umstellen. Voraussetzung wäre weiterhin ein einheitlicher Leistungskatalog, ein einheitliches Vergütungssystem sowie die gleiche Möglichkeit zu Vertragsbeziehungen mit den LeistungserbringerInnen. Außerdem sollte der RSA in Richtung einer Morbiditätsorientierung weiterentwickelt werden. Der Unterschied zur GKV bestünde dann einzig und allein noch darin, dass die privaten Kassen auch Gewinne erzielen könnten. Das bereits angesparte Kapital der PKV würde ebenso wenig angetastet wie die (aus-)laufenden PKV-Verträge, die Bestandsschutz genießen.

In der Diskussion zeichnet sich bislang eine klare Mehrheit für die zweite Option ab. SPD, Grüne und auch der DGB favorisieren einen „fairen Wettbewerb“ zwischen gesetzlichen und privaten Kassen „unter gleichen Bedingungen“. Dem DGB geht es dabei vor allem darum, die Qualität für die PatientInnen und Versicherten zu verbessern und Einsparungen durch mehr Wirtschaftlichkeit zu erreichen. Bislang jedoch fehlen praktikable Vorschläge zu der Frage, wie dieser Wettbewerb konkret gestaltet werden kann.

e. Fazit

Insgesamt zeigt sich an den vielen offenen Fragen und an den unterschiedlichen Positionen deutlich, dass die Diskussion um die konkrete Ausgestaltung der Bürgerversicherung erst begonnen hat. Um hier zu einer fundierten Meinungsbildung zu kommen, ist es unumgänglich, die vertei-

lungspolitischen und auch die beschäftigungspolitischen Wirkungen der verschiedenen Varianten und Modellvorschläge bis ins Detail zu analysieren und zu beurteilen. Dabei ist auch eine Reihe von rechtlichen Fragen zu klären. Der DGB hat deshalb mehrere Gutachten in Auftrag gegeben, die bis zum Herbst vorliegen sollen. Bis dahin ist auch mit konkreteren Vorschlägen von SPD und Grünen zu rechnen. (N.F.)

II. Die Position(en) von ver.di

ver.di hat die Problematik der gesundheitlichen Versorgung auf ihrem letzten Bundeskongress aufgegriffen (s.a. Kongressbeschlüsse B 342 und B 354 (1)). ver.di fordert mehr Qualität in der gesundheitlichen Versorgung und den Abbau der „Verschiebebahnhöfe“ mit denen zum einen die öffentlichen Haushalte auf Kosten der Beitragszahler in der Sozialversicherung entlastet wurden, und zum anderen die Renten- und Arbeitslosenversicherung auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung.

Fragen der Finanzierung der Krankenversicherung ließ der Kongress bewusst offen, die vielschichtigen Interessenlagen der ver.di-Mitgliedschaft sollten nochmals intensiv beraten und dem Gewerkschaftsrat für eine Meinungsbildung vorgelegt werden. Galt es doch, nicht nur die Interessen der Krankenkassenmitglieder sondern auch die der privat versicherten Beschäftigten und die der beihilfeberechtigten BeamtInnen zu berücksichtigen. Auch durften die Auswirkungen auf die Beschäftigten im Gesundheitsdienst und auf die MitarbeiterInnen der gesetzlichen als auch der privaten Krankenkassen nicht unbeachtet bleiben.

Der nachstehend abgedruckte Beschluss des ver.di – Gewerkschaftsrates vom 5. März 2004 macht die Unterschiede in den Interessenlagen deutlich und weist durch Prüfaufträge auf die vielen derzeit noch ungeklärten Fragen zu einer Weiterentwicklung der Finanzierungsgrundlagen für die Krankenversicherung hin.

Übereinstimmung besteht in ver.di in der Ablehnung von Gesundheitsprämienmodellen und der grundsätzlichen Zustimmung zur Bürgerversicherung.

Übereinstimmung besteht auch darin, dass die **paritätische Finanzierung** des Versicherungsschutzes durch Arbeitnehmer- und ArbeitgeberInnen **beibehalten** werden muss. ver.di will die ArbeitgeberInnen weiterhin durch einen hälftigen Beitrag aus dem Arbeitsentgelt an dem Gesundheitsschutz ihrer Beschäftigten beteiligen. Die Abkoppelung der Beiträge vom Arbeitsentgelt bedeutet auch die „Abkoppelung“ der ArbeitgeberInnen vom Risiko der arbeitsbedingten Erkrankungen – ein glatter Verstoß gegen das Verursacherprinzip. Statt dessen muss wieder zu einer echten Parität zurückgekehrt werden, die durch Zuzahlungen und Praxisgebühr schon jetzt nicht mehr vollständig ist und durch die zukünftige Ausgliederung von Zahnersatz und Krankengeld noch stärker beschädigt wird.

Übereinstimmung besteht schließlich darin, dass die **Selbstverwaltung** in der Sozialversicherung **erhalten** bleiben muss. Die Krankenkassen als Träger der gesetzlichen Krankenversicherung sind als Körperschaften öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung organisiert, um „die Lösung auch von Aufgaben möglich zu machen, denen die Staatsgewalt allein in gleichem Umfang nicht gewachsen sein würde“ (Kaiserliche Botschaft von 1881!). Die damit verbundenen Gestaltungsrechte der Versicherten dürfen nach Auffassung von ver.di nicht eingeschränkt werden.

Unterschiedliche Vorstellungen bestehen insbesondere in Bezug auf die **Zukunft der privaten Krankenversicherung**. Während die Mehrheit in ver.di nicht erkennen kann, wie der Status quo des Nebeneinanders zwischen GKV und PKV mit einer Bürgerversicherung zu vereinbaren wäre,

strebt die Minderheit genau ein solches geregeltes Nebeneinander und einen Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV an. Sie schlägt vor, dass künftig auch die privaten Kassen eine Grundversicherung für alle anbieten, die dem Leistungsumfang der GKV entspricht und für die Kontrahierungszwang ohne Risikozuschläge besteht. Die Risikoselektion in der PKV soll abgebaut werden, die Mitnahme von Altersrückstellungen soll bei einem Wechsel innerhalb der PKV möglich sein.

Aus diesen grundsätzlich unterschiedlichen Positionen ergeben sich differierende Vorstellungen auch zu Einzelelementen einer Bürgerversicherung:

- Während die Mehrheit für eine Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze und eine Ausweitung der gesetzlichen Versicherungspflicht auf alle Erwerbstätigen ist, lehnt die Minderheit dieses ab.
- Die Mehrheit in ver.di tritt für den Einbezug weiterer Einkommensarten in die Beitragsbemessung und eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze ein. Dabei sollen mögliche Akzeptanzprobleme beachtet werden und ein angemessenes Verhältnis von (Höchst-)Betrag zu Versicherungsleistung gewahrt bleiben. Die Minderheit will prüfen lassen, ob beides möglich bzw. nötig ist. Hingegen herrscht Einigkeit darin, dass die Beitragsbemessungsgrenze an die Entwicklung der Arbeitsentgelte aus Vollzeitbeschäftigung angepasst werden soll.

Zahlreiche **Prüfaufträge** auch auf Seiten der Mehrheitsposition machen deutlich, dass der Diskussionsprozess im Hinblick auf ein ver.di-Modell zur Bürgerversicherung noch längst nicht abgeschlossen ist. Zu prüfen ist:

1. inwieweit in Bezug auf „kleine“, zwar formal, aber ökonomisch nicht wirklich Selbständige deren Auftraggeber einen „Arbeitgeberanteil“ 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 FragenDabei 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 Lebenspartner 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. (N.F./K.G.)

Gewerkschaftsratsbeschluss zur Erwerbstätigenversicherung vom 04./05.03.2004

Die großen Parteien haben zu Fragen der Personenkreise, die in den Schutz einer Krankenversicherung einbezogen werden sollen und wie die Beiträge für diesen Schutz aufgebracht werden sollen, für die Wahlkampfauseinandersetzung im Jahre 2006 ihre Grundsatzpositionen bezogen. Diese sehr unterschiedlichen Positionen bergen ein großes Konfliktpotenzial. ver.di sieht die Gefahr, dass in der Auseinandersetzung über Systemfragen die Interessenlage der Versicherten sowohl als BeitragszahlerInnen, im stärkeren Maße, jedoch als (potentielle) LeistungsbezieherInnen auf der Strecke bleibt.

Gerechtigkeit und Solidarität sind für ver.di unverzichtbare Merkmale unseres Gesundheitswesens und einer sozialen und solidarischen Krankenversicherung. Das 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 (Gesundheitsprämien) steht hierzu in einem grundsätzlichen Widerspruch und werden deswegen von ver.di abgelehnt. Ankündigungen, diesen sozialen Ausgleich über das Steuersystem herzustellen, sind sowohl angesichts der Pläne, die Steuern weiter zu senken, als auch angesichts der zurückgehenden Ressourcen, eine Fiktion. Eine in diesem Zusammenhang ins Gespräch gebrachte Erhöhung der Mehrwertsteuer würde im Wesentlichen gerade den Personenkreis belasten, der aus dem Mehraufkommen von der Krankenversicherungs-Kopfpauschale entlastet werden soll.

Die CDU-Überlegungen, die gesetzliche Krankenversicherung als ArbeitnehmerInnen-Versicherung mit Pflichtversicherungsgrenze durch langfristige Einführung eines versicherungsmathematisch begründeten Prämiensystems mit Altersrückstellung neu zu gestalten, führen sie in die Nähe der Privatversicherung.

Die SPD hingegen strebt eine „Bürgerversicherung“ an, bei der am „Nebeneinander“ von gesetzlichen Kassen und privaten Krankenversicherungen festgehalten werden soll. Entsprechendes erklären VertreterInnen der BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Derzeit ist jedoch nicht ersichtlich, ob eine Systemkonkurrenz mit einer Bürger- oder einer Erwerbstätigenversicherung vereinbar ist. Weder aus den Vorschlägen der Politik noch aus den sehr unterschiedlichen Positionen der Unternehmen der privaten Krankenversicherung ist zu entnehmen, wie die PKV in ein solches System einbezogen werden kann.

ver.di wird sich im Interesse ihrer Mitglieder auf der Basis nachfolgender Eckpunkte in die Diskussion einschalten. Es gilt, die finanzielle Grundlage des Gesundheitswesens und insbesondere die der solidarischen Krankenversicherung und ihrer solidarischen und paritätischen Finanzierung zu sichern als auch den Schutz der gesamten Bevölkerung gegen das Risiko der Krankheit zu gewährleisten.

Eine breitere Beitragsbasis ist für die Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung, z.B. durch mehr Prävention und Integration zu nutzen. Sie ist zugleich notwendig, um die paritätische Finanzierung bei Krankengeld und Zahnersatz zu erhalten, Zuzahlungen abzubauen sowie die Beiträge zu stabilisieren oder sogar zu senken. Ineffizienzen dürfen nicht gefördert werden. Gute Qualität ist zu stärken.

Daraus leiten sich die folgenden Forderungen ab mit denen ver.di in die politische Diskussion zur Finanzierung der KV gehen wird, ohne zu verschweigen, dass es Minderheitsmeinungen in ver.di gibt:

1. Wir wollen die Ausweitung der Versicherungspflicht auf alle Erwerbstätigen.

Ein erster unumgänglicher Schritt zur Sicherung der gesetzlichen Krankenversicherung ist die Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze für ArbeitnehmerInnen.

Neue Formen der Selbständigkeit – häufig nur zuvor im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses geschuldete Leistungen, die aus den Arbeitsabläufen ausgegliedert wurden – sind für die Betroffenen mit Risiken behaftet, die eine umgehende Einbeziehung in die Versicherungspflicht gebieten. Zu prüfen ist, inwieweit Auftraggeber, z.B. nach dem Modell der Künstler-sozialversicherung, einen „Arbeitgeberanteil“ erbringen können.

Diese Ausweitung der Versicherungspflicht berührt nicht die bestehenden Versicherungsverträge mit Unternehmen der privaten Krankenversicherung (Bestandsschutz).

2. Wir wollen, dass Beamtinnen und Beamte, die neu in den öffentlichen Dienst eintreten, unter Gewährung eines Zuschusses des Dienstherrn in Höhe des halben Krankenversicherungsbeitrages in das System der solidarischen Krankenversicherung einbezogen werden. Die umfassende Versorgungsverpflichtung des Dienstherrn bleibt unberührt.

Analog dieser Regelung übernimmt der Dienstherr den hälftigen Beitrag auch für Beamtinnen und Beamte, die bereits Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung sind. Der Bestand der beamtenrechtlichen Regelungen und bisherige Verträge in der Privaten Krankenversicherung ist zu gewährleisten. Ebenso bleibt die Mitgliedschaft in der Postbeamtenkrankenkasse von diesen Vorschlägen unberührt. (s.a. Berliner Erklärung)

3. Wir wollen, dass die Arbeitgeber zur hälftigen Übernahme der Beiträge aus Arbeitsentgelten verpflichtet bleiben. Damit bleibt ihr Interesse an Qualität und Effizienz der GKV erhalten und sie bleiben zugleich in der Verantwortung für die Gesundheit ihrer Beschäftigten.

Der Beitragsanteil des Arbeitgebers an der Krankenversicherung hat seinen guten Sinn, wirken sich doch Arbeitsbedingungen und Arbeitsumfeld nicht unbeträchtlich auf den Gesundheitsstatus der Beschäftigten aus. Darüber hinaus müssen die Arbeitgeber gesellschaftspolitisch Verbündete der Versicherten in den Bemühungen um mehr Qualität und mehr Effizienz im Gesundheitswesen bleiben. Das schließt eine Abschaffung des Arbeitgeberanteiles durch einmalige Anhebung der Bruttoarbeitsentgelte oder ein „Einfrieren“ dieses Anteiles auf einen bestimmten Zahlbetrag aus.

4. Wir wollen, dass die Beitragsbemessungsgrenze zur Erweiterung der Finanzbasis und zur Senkung der Beitragssätze angehoben und an die Entwicklung der Arbeitsentgelte aus Vollzeitbeschäftigung angepasst wird. Das Unterlaufen der Parität durch Leistungsausgrenzung und Selbstbeteiligung muss zurückgeführt werden.

Jeglichem Versuch im Zusammenhang mit einer Erwerbstätigenversicherung den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung auf eine „Grundversicherung“ zu reduzieren wird ver.di entschiedenen Widerstand entgegensetzen.

Die Fortschreibung der Beitragsbemessungsgrenze nach der Entwicklung der Durchschnittsentgelte sozialversicherungspflichtiger ArbeitnehmerInnen spiegelt durch die sozial- und familienpolitisch gewollte erfolgreiche Förderung der Teilzeitarbeit nicht mehr die Entwicklung der Entgelte der Vollzeitbeschäftigten wider. Andererseits sind bei der Festsetzung der Beitragsbemessungsgrenze Gründe der Akzeptanz zu beachten. Der Gerechtigkeitsaspekt erfordert zudem auch ein angemessenes Verhältnis von (Höchst-) Beitrag zu Versicherungsleistung.

5. Wir wollen, dass weitere Einkünfte bei der Erhebung der Krankenkassenbeiträge berücksichtigt werden. Hierbei sind sowohl die Fragen von Freibeträgen, die Auswirkung einer Einbeziehung steuerrechtlicher Gesichtspunkte als auch die mit dem Einzug der Beiträge verbundenen Fragen zu prüfen.

Das Arbeitsentgelt oder vergleichbare Einkommen sowie die daraus abgeleiteten Einkommen (Lohnersatzleistungen, Rente etc.) werden auch in Zukunft die überwiegende Beitragsbemessungsgrundlage der gesetzlichen Krankenversicherung bleiben. Darüber hinaus ist zu prüfen, wie auch andere Einkommensarten in die Beitragsbemessung der gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen werden sollen und inwieweit dabei einseitige Belastungen der Versicherten kompensiert werden müssen. Überlegungen, wie eine besondere Beitragsbemessungsgrenze für Vermögenserträge und Einführung einer Wertschöpfungsabgabe sind in die Prüfung einzubeziehen. Dabei ggf. auftretende rechtliche und verfahrensmäßige Fragen sind so zu lösen, dass Arbeitnehmerinkommen nicht gegenüber anderen Einkommen benachteiligt werden und dass der bürokratische Aufwand gering ist.

6. Wir wollen, dass die Versicherung gegen das Risiko Krankheit den Schutz der Familie gewährleistet.

Der soziale Ausgleich innerhalb der Versichertengemeinschaft gehört weiterhin unverzichtbar zum Wesen einer sozialen Krankenversicherung. Dazu gehört insbesondere die (beitragsfreie) Mitversicherung von Kindern.

In Bezug auf den Familienlastenausgleich sollte geprüft werden, ob die Lasten der Mitversicherung nicht erwerbstätiger Ehe- oder Lebenspartner durch sozial verträgliche Mindestbeiträge oder ein Einkommenssplitting mit entsprechender Verbeitragung gemindert werden könnte, wird doch, wenn beide Ehepartner erwerbstätig sind, auch das Familieneinkommen verbeitragt. Es wären Übergangsregelungen erforderlich, z.B. für ältere Partner, bei denen eine Erwerbstätigkeit nicht realistisch ist. Für Personen, denen wegen der Erziehung kleiner Kinder eine Erwerbstätigkeit nicht möglich ist, könnten Beiträge vom Staat entrichtet werden.

Der Bereich Sozialpolitik wird aufgefordert, unter Beteiligung der FB 1, 3 und 4 eine gemeinsame Kommission zur Weiterentwicklung der beschlossenen Eckpunkte zu bilden.

In der ver.di wird aber auch folgende Meinung vertreten:

1. Es sollte auch zukünftig ein geregeltes Nebeneinander der weit überwiegend genutzten gesetzlichen Krankenkassen und privater Krankenversicherungen geben. Dabei müssen sich alle entweder gesetzlich oder privat krankenversichern. Dafür ist erforderlich, dass die privaten Krankenversicherungen allen eine Grundversicherung anbieten, die im Leistungsumfang dem der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht; die bestehenden Wettbewerbsvorteile sind abzubauen, z. B. keine Risikoselektion, Mitnahme der Altersrückstellung bei Versicherungswechsel.
2. Die paritätische Finanzierung der Krankenversicherung muss aufrecht erhalten werden, damit die Arbeitgeber ein Interesse an Qualität und Effizienz der Versicherung und des Gesundheitswesens haben. Dies beinhaltet, dass alle notwendigen Leistungen im Leistungskatalog der Krankenversicherung bleiben.
3. Die Beitragsbemessungsgrenze soll der Entwicklung der Einkommen aus der Vollzeitbe-

schäftigung folgen. Zu prüfen ist, ob eine darüber hinausgehende Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze zur Erweiterung der Finanzbasis und zur Senkung der Beitragsätze erforderlich ist.

4. Es muss geprüft werden, ob weitere Einkünfte bei der Erhebung der Krankenkassenbeiträge einbezogen werden können.

Ergänzende Erläuterung:

Diese Forderungen stehen in einem engen Kontext mit der Beschlusslage (Bundeskongress, Berliner Erklärung) und den weiteren Aussagen von ver.di zur Finanzsituation in der GKV, die wie folgt zusammengefasst werden.

Die aktuelle Diskussion, die die Lohnnebenkosten und damit die Kosten der sozialen Sicherung der ArbeitnehmerInnen zur wesentlichen Ursache der wirtschaftlichen Stagnation macht, rüttelt an den Grundfesten eines solidarischen Versicherungsschutzes. Entsolidarisierung soll der Öffentlichkeit mit positiv besetzten Begriffen schmackhaft gemacht werden: Eigenverantwortung, Gesundheitsprämie, Wahlfreiheit. Da die sachgerechten Lösungsansätze für eine finanzierbare Krankenversicherung, mehr Qualität und Effizienz im Gesundheitswesen bei diesen Forderungen unbeachtet bleiben, unterstützt ver.di hingegen alle Politikansätze, die die sozialen Sicherungssysteme auf eine solide finanzielle Grundlage stellen wollen und den Übergang von einem dreigeteilten Krankheitsschutzsystem für BeamtenInnen, privat Versicherte und gesetzlich Versicherte zu einem gegliederten Sozialsystem schaffen wollen.

Demgegenüber werden weitere Einschnitte in das soziale System der solidarischen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung allein die Folge haben, dass „zur Heilung oder Linderung einer Krankheit“ notwendige Leistungen nicht oder nicht mehr in vollem Umfang erbracht werden. Gesamtwirtschaftlich werden dadurch keine Anreize gesetzt. Im Gegenteil, die mit der Kürzung notwendiger Leistungen zwangsläufig verbundene Belastung der Verbraucher schwächt die Binnenmarktnachfrage und belastet damit den Arbeitsmarkt zusätzlich.

Vergleichbare Wirkungen gehen von einheitlichen Kopf- oder Gesundheitsprämien aus. Die Bevölkerungskreise mit der höchsten Sparquote werden dadurch am stärksten entlastet, Personenkreise mit niedrigem Einkommen durch zusätzliche Belastungen in ihren Möglichkeiten des Konsums begrenzt.

Festzustellen ist, dass keineswegs zu hohe Lohn- oder Lohnnebenkosten oder zu viel Sozialstaat der Grund für die wirtschaftliche Schwäche und die anhaltende Massenarbeitslosigkeit sind, sondern die schwache Entwicklung der inländischen Nachfrage. Durch die Politik des Abbaus sozialer Leistungen und der direkten und indirekten Lohnsenkung – und nichts anderes ist die Privatisierung bisher paritätisch finanzierter Sozialversicherungsleistungen – wird diese Schwäche noch verstärkt und die Arbeitslosigkeit damit nicht gesenkt, sondern vergrößert.

Letztlich ist hervorzuheben, dass insbesondere die „Verschiebepbahnhöfe“, die politischen Entscheidungen zur Entlastung der öffentlichen Haushalte, die die Krankenkassen direkt (z.B. bei familienpolitischen Leistungen) oder indirekt (z.B. durch Beitragskürzungen für EmpfängerInnen von Arbeitslosengeld und -hilfe) belasten, ein wesentliches Finanzproblem der gesetzlichen Krankenversicherung sind. Entsprechend fordert ver.di, dass diese Politik rückgängig gemacht werden muss (s.a. Kongressbeschlüsse B 342, 354 (1) und Berliner Erklärung).

D. Arbeitsmarktpolitik

I. Jobcenter

Mit der Beschlussfassung des Vierten Gesetzes für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt werden die bisherigen Leistungen der Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe zu einer Grundsicherung für Arbeitsuchende (Arbeitslosengeld II) zusammengeführt. Auch ver.di hat sich – der Empfehlung der Hartz-Kommission folgend – für eine Zusammenlegung der beiden Leistungssysteme ausgesprochen, dabei jedoch ausdrücklich Leistungsminderungen abgelehnt.

ver.di begrüßt die Intention des Gesetzgebers, dass Hilfen „aus einer Hand“ und die Vermeidung von Doppelstrukturen und -zuständigkeiten eine intensivere Unterstützung der Hilfebedürftigen bei der Eingliederung in Arbeit gewährleisten sollen. Dazu sollen die Kapazitäten und Kompetenzen der Agenturen für Arbeit und der Sozialhilfeträger zusammengeführt werden. Dass die neue Leistung in der Organisationsstruktur in Kooperation von BA und kommunalen Trägern im „Jobcenter“ erbracht werden soll, wird auch von ver.di unterstützt.

Das Gesetz sieht zwar eine Zusammenlegung vor, jedoch werden die Mittel, die für die betroffenen Personenkreise bislang zur Verfügung standen, gekürzt. Die geplante Reduzierung der Fallzahlen auf 1:75 bzw. 1:140 stellt zwar einen wichtigen Schritt für eine bessere Leistungsqualität dar, jedoch müssen die Mitarbeiterinnen den Leistungsberechtigten auch Angebote machen können. Die Zusammenführung der beiden Leistungssysteme wird zur Sanierung öffentlicher Haushalte instrumentalisiert.

Ab dem 1. Januar 2005 wird den Sozialhilfeträgern die Option eingeräumt, die vollständige Verantwortung für die Leistungserbringung nach SGB II zu übernehmen. Die Umsetzung soll in einem Optionsgesetz geregelt werden, das derzeit noch im Vermittlungsausschuss geprüft wird.

Die wichtigsten Aufgaben, die in einem Jobcenter erledigt werden müssen, sind nach Meinung von ver.di:

- Sicherung des Lebensunterhaltes auf einem Niveau, das eine Teilhabe am sozialen und kulturellen gesellschaftlichen Leben sichert, bis zur Aufnahme einer neuen Erwerbstätigkeit, von der man ohne in Armut zu geraten leben kann;
- Orientierung der Arbeitsvermittlung und der Qualifizierung an den branchenspezifischen, über kommunale Grenzen hinausgehenden Strukturen des Arbeitsmarktes;
- Berücksichtigung von individuellen Besonderheiten (Qualifikationen, Einschränkungen, Behinderungen etc.)

Einigkeit besteht bei allen Fachleuten darin, dass keiner der beiden Träger – Kommunen und BA – in der Lage ist, die Aufgabe alleine zu bewältigen. Eine Kooperation muss daher die Grundlage für alle möglichen Modelle sein.

Die Stärken der Kommunen (soziale Dienste) und der Arbeitsagenturen (Arbeitsvermittlung) sollen unter einem Dach zusammengebracht und verknüpft werden. Sie müssen ab dem Zeitpunkt der ersten Arbeitslosmeldung für eine differenzierbare Verwendung zur Verfügung stehen. Eine gemeinsame, gleichberechtigte Trägerschaft von Kommunen und Arbeitsagenturen sichert eine durchgängige, ganzheitliche und zugleich spezifizierbare Betreuung aller Arbeitssuchenden. Sie

kann der Ausgrenzung von Erwerbslosen entgegen wirken und den gleichberechtigten Zugang zu einer sachlich angemessenen Inanspruchnahme der aktiven arbeitsmarktpolitische Fördermaßnahmen des SGB III durch alle Arbeitssuchenden eröffnen.

Aus Sicht von ver.di sind nur Kooperationsmodelle, die eine gemeinsame und gleichberechtigte Verantwortung von Kommunen und Arbeitsagenturen zur Grundlage haben, geeignet um eine neue und bessere Dienstleistungsqualität zu erreichen.


Die Gründe dafür sind:

- Die Arbeitsmarktpolitik für den immer größer werdenden Kreis der Langzeitarbeitslosen gehört in den Zuständigkeitsbereich des Bundes, weil er über die wichtigsten wirtschaftspolitischen (makroökonomischen) Steuerungsinstrumente verfügt.
- Es käme bei kommunaler Zuständigkeit zu einer noch stärkeren faktischen Segmentierung der Erwerbslosen in eine Gruppe mit größeren und eine mit kleineren Vermittlungschancen, (.B. in EmpfängerInnen von Arbeitslosengeld I, Arbeitslosengeld II, BerufsrückkehrerInnen und andere arbeitssuchende Nicht-LeistungsempfängerInnen), wobei letztere dann von den optierenden Kommunen zu betreuen wären.
- So entstünden Arbeitsämter oder Jobcenter 1. und 2. Klasse, wodurch wiederum die Klienten dieser beiden Einrichtungen dann eventuell stigmatisiert würden.
- Die Vermittlung von Langzeitarbeitslosen wäre faktisch auf den lokalen Wirkungskreis der optierenden Kommune beschränkt, so dass eine (über-)regionale und bundesweite, Vermittlung erschwert würde.
- sogenannte Arbeitsgelegenheiten stellen keine Vermittlung in den ersten Arbeitsmarkt dar, sichern keinen Lebensunterhalt für die Erwerbslosen und sprechen nicht für eine Kommunalisierung der Arbeitsmarktpolitik. Derartige Arbeiten, die von der Kostenseite her kaum zu unterbieten sind, drohen öffentliche Dienstleistungen und (kleine) Unternehmen zu verdrängen und neue Arbeitslosigkeit zu erzeugen.

Ein Optionsgesetz muss sicherstellen, dass auch in einer derartig angelegten Struktur eine gleichberechtigte Zusammenarbeit von Kommune und Arbeitsagentur unter einem Dach gewährleistet ist. Zugleich ist eine intensive Kommunikation und Zusammenarbeit mit den Arbeitsagenturen in der Region und der Bundesagentur zu gewährleisten (einschließlich der technischen Mittel). Optierende Kommunen würden sich sonst bei einer einseitig begrenzten Trägerstruktur eine hohe arbeitsmarktpolitische Verantwortung für die Bekämpfung der Langzeitarbeitslosigkeit aufladen, ohne über geeignete Instrumente der Gegensteuerung zu verfügen.

Notwendige Bedingung für eine tragfähige Umsetzung der Arbeitsgemeinschaft sind klare Regelungen zur Rechtsform, zu den Zuständigkeiten und der Finanzverantwortung der Träger sowie die Absicherung der tariflichen Grundlagen und Mitspracherechte der Beschäftigten. Derzeit verursacht die neue Gesetzeslage Umsetzungsrisiken und zusätzliche konzeptionelle Herausforderungen.

Dies gilt vor dem Hintergrund der derzeit noch ausstehenden Regelungen durch das angekündigte Optionsgesetz natürlich insbesondere auch für das Optionsmodell. Die mit dem Optionsmodell verbundene Spaltung der Zuständigkeiten für AlgI- und AlgII-Empfänger auf die BA bzw. auf die kommunalen Träger wird von ver.di kritisiert. Diese Spaltung leistet einer „Zwei-Klassen-Auftei-



lung“ von Arbeitslosen Vorschub und widerspricht dem Grundgedanken der Reform, Leistungen aus einer Hand zu gewähren – im übrigen auch für Arbeitssuchende, die streng genommen nicht zum Kreis der Leistungsempfänger gehören -, und Parallelstrukturen zu vermeiden.

Sowohl bei der Arbeitsgemeinschaft als auch beim Optionsmodell besteht die Gefahr, dass durch (drohende) Privatisierung von Leistungen der Druck auf die Beschäftigten erhöht wird. Andererseits besteht aber durch die nicht per Gesetz geregelten offenen Fragen für die lokalen Akteure auch ein Spielraum, der die Chance zur Berücksichtigung von lokalen Gegebenheiten bei der Umsetzung eröffnet. Diese Chance gilt es zu nutzen und noch vor der Regelung von Zuständigkeiten zu klären, wie die Arbeitsorganisation im Jobcenter sachgerecht gestaltet werden kann.

In der Diskussion um Jobcenter ist die konkrete Ausgestaltung der Arbeitsabläufe aus dem Blickfeld geraten. Die Aufmerksamkeit der beteiligten Akteure richtet sich allein auf die Regelung der Zuständigkeiten, zugespitzt auf den Streit um die Varianten Arbeitsgemeinschaft vs. Optionsmodell. Für ver.di, die die Interessen der Beschäftigten in den beteiligten Organisationen, den Kommunen und der Arbeitsverwaltung, sowie die Interessen der Erwerbslosen vertritt, sind arbeitsorganisationsrelevante Aspekte von hoher Bedeutung. Und dies – nicht zuletzt im Sinne der Erwerbslosen – weil von der konkreten Gestaltung der Arbeitsabläufe der Reformerfolg etwa der Ziele „Effektivität“ und „Bürgernahe“ unmittelbar abhängt.

ver.di ist der Ansicht, dass es zunächst sinnvoll ist, dass die Arbeitsgemeinschaft kein eigenes Personal hat, sondern das benötigte qualifizierte Personal von den Arbeitgebern Bundesagentur und Kommune abgeordnet wird.

Wenn dieser Weg nicht beschritten wird, dann ist für ver.di eine sorgfältige und umfassende tarifpolitische Flankierung von zentraler Bedeutung. Um die Umsetzungsrisiken für die beteiligten Beschäftigtengruppen in den Kommunen und der Arbeitsverwaltung zu minimieren, sollte bereits jetzt ein Einstieg in die tarifpolitische Auseinandersetzung erfolgen.

II. ver.di-Forderungen zu Jobcentern

1. Jobcenter müssen für alle Arbeitslosen, ungeachtet ihres Leistungsbezugsstatus (Alg I, Alg II oder kein Leistungsbezug) so ausgestaltet werden, dass von ihrer organisatorischen Ausgestaltung oder räumlichen Ansiedlung keine unterschiedlichen bzw. benachteiligenden Wirkungen auf die Vermittlung in Arbeit ausgehen. Die Kosten für die Nicht-Leistungsempfänger müssen beim Finanzierungskonzept mit einbezogen werden. Es müssen bundeseinheitliche fachliche Standards geschaffen werden um zu einer einheitlichen Leistungsqualität zu kommen.
2. Die Jobcenter müssen ihre Arbeit, Vermittlung und Betreuung, an den Leitlinien von Chancengleichheit für Frauen und Gender-Mainstreaming ausrichten.
3. Nur der Abbau von derzeit bestehenden Parallelstrukturen führt zu einer ganzheitlichen Betreuung der Leistungsberechtigten und Arbeitssuchenden. Für eine bessere Dienstleistungsqualität braucht man jedoch weitere Qualitätsstandards für Vermittlung, Betreuung, Eingliederungsleistungen. Ziel muss eine bundeseinheitliche Leistungsqualität mit fachlich fundierten Standards sein.
4. Zwischen BA und Kommunen ist eine faire und gleichberechtigte Zusammenarbeit sicherzustellen. Dies erfordert auch Klarheit über die finanziellen Rahmenbedingungen der Kooperation (Fallpauschalen, Verrechnungsmodalitäten, etc.).

5. Die Kompetenzen der Kommunen sind ein notwendiger Faktor für die Effizienz und Effektivität der Jobcenter. Die Einbindung der Kommunen trägt dazu bei, dass die Jobcenter flexibel auf lokale Anforderungen reagieren und ihre Strategien dem Bedarf vor Ort besser anpassen können. Bei der Variante „Arbeitsgemeinschaft“ ist die Verantwortung und der Entscheidungsspielraum der Kommunen zu stärken bzw. sicherzustellen. Dabei müssen die bereits vorhandenen Kompetenzen einen höheren Stellenwert bekommen. Bei der Option sind die Kommunen zu verpflichten, die Agenturen für Arbeit mit arbeitsmarktbezogenen Dienstleistungen zu beauftragen.
6. Die vertrauensvolle Zusammenarbeit unter Nutzung der unterschiedlichen Kompetenzschwerpunkte ist prinzipiell am besten geeignet, zu einer effektiven Integration zu führen. Eine Trennung der Leistungsberechtigten nach SGB III und SGB II läuft dem Reformziel „Leistungen aus einer Hand“ und „Abbau von Parallelstrukturen“ zuwider.
7. Eine Entscheidung darüber, welche Variante vor Ort als Grundlage zur Bildung des Jobcenters dienen soll, ist jedoch auch von den gewachsenen lokalen Beziehungen und Bedingungen abhängig. D.h., sie muss auf den Potentialen und politischen Leitbildern der Organisationen und Akteure vor Ort aufsetzen.
8. Die DienststellenleiterInnen sind aufgefordert, ihre Personalräte mit umfassenden Informationen zu versorgen, damit diese von ihren Mitbestimmungsrechten Gebrauch machen können. Es müssen Formen der Zusammenarbeit der verschiedenen Interessenvertretungen geschaffen werden. Dazu wird ver.di Vorschläge unterbreiten und Unterstützung anbieten.
9. Die Arbeitsgemeinschaft sollte in öffentlich-rechtlicher Basis Trägerschaft geschaffen werden, auch um demokratische Einflussmöglichkeiten zu sichern. Eine Ausgründung in eine privatrechtliche Organisation sollte vermieden werden.
10. Die Beschäftigten eines Jobcenters, insbesondere in Form einer Arbeitsgemeinschaft, sollten von ihren bisherigen Arbeitgebern Kommune und Bundesagentur für Arbeit abgeordnet werden.
11. Sollte die Arbeitsgemeinschaft in Form einer neu zu gründenden Rechtsgemeinschaft mit eigenem Personal gebildet werden, sind die jeweils geltenden tariflichen Standards, ggf. durch einen Überleitungstarifvertrag, für die Beschäftigten der BA und der Kommunen zu gewährleisten. Dies muss auch für zukünftig Beschäftigte angestrebt und abgesichert werden.
12. Im Falle der Bildung von Arbeitsgemeinschaften ist die Tarifbindung vor dem – geschlechtergerechten und diskriminierungsfreien – Übergang des Personals in die Arbeitsgemeinschaft zu regeln. Die in den Dienststellen vertretenen Gewerkschaften und die Personalräte müssen die abgebenden Arbeitgeber verpflichten, sich mit den jeweiligen Vertragspartnern der Arbeitsgemeinschaften auf Arbeitsschutzbestimmungen und Tarifverträge zu einigen. Sollte dies nicht gelingen ist es an ver.di, die Durchsetzung durch geeignete Mittel voranzutreiben.
13. Sichergestellt werden muss, dass Vermittlung, Eingliederungsmaßnahmen und Maßnahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik öffentlich rechtliche Aufgaben sind. Einer weiteren Privatisierung in diesem Bereich wird ver.di mit allen politischen Mitteln entgegen wirken.
14. Durch die Verbesserung des Dienstleistungsangebotes wird eine höhere Wirkung in der Integrationsleistung erzielt. Hierfür sind Qualitätskriterien (Fallzahlen, Leistungstiefe etc.) zu be-

nennen und im Rahmen von begleitender wissenschaftlicher Wirkungsforschung regelmäßig zu evaluieren.

15. Leistungsberechtigte bzw. Hilfebedürftige und Arbeitgeber müssen auf stabile Träger- und Dienstleistungsstrukturen treffen.
16. Für die Mittelverwendung muss es verbindliche Standards geben. Es darf nicht sein, dass der jeweilige Träger weitgehend freie Hand bei der Verwendung von Mitteln hat. Dass Personalkosten und Eingliederungsmittel pauschaliert werden, darf nicht dazu führen, dass die Aufgabenträger Einsparpotentiale zu Ungunsten der Bedürftigen und Arbeitssuchenden ohne Leistungsbezug nutzen. Es sollte festgelegt werden, dass nicht verausgabte Mittel nicht bei den Aufgabenträgern verbleiben.
17. Ein abgestimmtes Kontraktmanagement und Zielvereinbarungen müssen sich an den Zielen der Reform – Effektivität und Bürgernähe – orientieren.
18. Für eine ganzheitliche Fallbearbeitung und die Berichterstattung im Rahmen der Statistik und der Eingliederungsbilanz ist eine einheitliche bzw. kompatible IT-Infrastruktur notwendig.
19. Die Weiterbildung des Personals, insbesondere im Fallmanagement, sollte für Beschäftigte der Kommunen und der BA gemeinsam durchgeführt werden. Die Weiterbildung des Personals muss diskriminierungsfrei und gendergerecht durchgeführt werden. Das Personal ist auch auf dem Handlungsfeld Gender-Mainstreaming in der Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik zu schulen bzw. weiterzubilden.
20. Für die neu einzurichtende Stellen für Fallmanager müssen bei dem neuen Arbeitgeber unverzüglich Arbeitsplatzbeschreibungen vorgenommen und Eingruppierungsmerkmale beschrieben werden.
21. ver.di fordert, dass dafür Sorge getragen wird, einen gründlich vorbereiteten Einstieg in die Leistungsgewährung nach SGB II zu ermöglichen. Ein starres Festhalten am Zeitplan kann die beteiligten Institutionen in eine Situation bringen, in der die Einführung scheitern muss.

III. Aktuelle Situation

Aufgrund der notwendigen organisatorischen Vorbereitungen ist das Inkrafttreten von Kernbestandteilen von Hartz IV auf den 01. Januar 2005 verschoben worden.

Gemäß § 6a SGB II sind die Einzelheiten der Option in einem Bundesgesetz zu regeln. Dieses „Gesetz zur optionalen Trägerschaft von Kommunen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch“ (Kommunales Optionsgesetz) ist am 29. April zwar vom deutschen Bundestag verabschiedet worden. Der Bundesrat hat am 14. Mai jedoch beschlossen, erneut den Vermittlungsausschuss einzuberufen. Er fordert eine Überarbeitung, insbesondere unter folgenden Gesichtspunkten:

- a) Die Konstruktion der Organleihe wird abgelehnt. Mit der Option für die Kommunen, sich für die Trägerschaft des Arbeitslosengeldes II zu entscheiden, muss das eigenverantwortliche Gestaltungsrecht der Kommunen bei der Aufgabenwahrnehmung verbunden sein. Eine Erklärungsfrist von 4 Monaten nach Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens soll den Kommunen Zeit zur Prüfung geben, ob sie die Aufgabe tatsächlich bewältigen wollen.
- b) Die den Kommunen im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum Vierten Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt versprochene Entlastung von 2,5 Mrd. € ist sicherzustellen.

Der Bundestag hat am 02.07. 2004 dem zwischen Regierung und Opposition vereinbarten Kompromiss bei der Zusammenlegung von Arbeitslosen- und Sozialhilfe zugestimmt. Mit den Stimmen von SPD, Grünen und einem großen Teil der Unions-Abgeordneten verabschiedete das Parlament am Freitag die Einigung zum Optionsgesetz. FDP und PDS lehnten das Gesetz ab. Nachdem der Bundesrat am 09.07.2004 dem Optionsgesetz zugestimmt hat, sind alle parlamentarischen Hürden genommen und das Gesetz tritt zum 01.01.2005 in Kraft. Der Bund verpflichtet sich im Optionsgesetz, einen Teil der Unterkunftskosten zu übernehmen. Dafür stellt die Bundesregierung 3,2 Milliarden € im Jahr 2005 zur Verfügung. Außerdem dürfen sich 69 Städte und Gemeinden bis Mitte September darum bewerben, ab dem nächsten Jahr allein die Betreuung der Langzeitarbeitslosen zu übernehmen.

Die neuen Regeln für das Arbeitslosengeld II

Wesentlicher Inhalt des Vierten Gesetzes für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt (Hartz IV) sind die Neuregelungen zum Arbeitslosengeld II. An die Stelle der Arbeitslosenhilfe, die sich am früheren Einkommen orientiert, werden ab Januar 2005 Pauschalen in Höhe der Sozialhilfe, das sogenannte Arbeitslosengeld II (Alg II) treten. Alg II erhalten grundsätzlich alle erwerbsfähigen Empfänger von Sozialhilfe und alle Langzeit-Arbeitslosen – zusammen mit Kindern und Lebenspartnern sind das rd. 5 Mio Menschen.

Ab 19.07.2004 werden umfangreiche Fragebögen an Langzeitarbeitslose verschickt, die bis zum 01.01.2005 bearbeitet sein müssen. Ab dann gibt es für diejenigen, die mehr als 12 Monate arbeitslos sind und Alg I bekommen (für über 55jährige gelten 18 Monate) Alg II, das der heutigen Sozialhilfe entspricht.

Die Rahmenbedingungen:

■ Die Leistungen im Überblick:

Pauschale Mindestleistung

	Alleinstehende/r oder Alleinerziehende/r	Lebenspartner	jedes Kind bis 14 Jahren	jedes Kind zwischen 15 und 18 Jahren
West	345 €	311 €	207 €	276 €
Ost	331 €	298 €	199 €	265 €

Zuschläge in den ersten beiden Jahren*

1. Jahr	160 €	160 €	60 €	60 €
2. Jahr	80 €	80 €	40 €	40 €

Zusätzliche Leistungen:

Miete bzw. Unterkunft, Heizkosten, Erstausrüstung mit Kleidung, Möbeln und Haushaltsgeräten; Beiträge zur gesetzlichen Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung; Mehrbedarf für Schwangerschaft, Alleinerziehung oder Behinderung; Klassenfahrten

* Maximalbeträge, tatsächliche Höhe abhängig vom vorherigen Einkommen

■ **Schonvermögen**

200 € pro Lebensjahr plus 200 € pro Lebensjahr für private Altersvorsorge; angemessenes Wohneigentum und Auto können behalten werden, wenn der Alg II-Bezieher in der Lage ist, sie zu finanzieren;

z.B.: ein 55jähriger Alg II-Bezieher kann 11.000,00 € Vermögen und 11.000,00 € bspw. aus einer privaten Lebensversicherung behalte; liegt die LV über dieser Summe, muss diese vorzeitig aufgegeben werden; hier droht ein hoher Verlust, da der Rückkaufswert relativ gering ist; sollte innerhalb der letzten 10 Jahre eine Schenkung erfolgt sein, muss diese rückgängig gemacht werden;

Ausnahme: Riester-Rente, sie darf behalten werden;

■ **Miete**

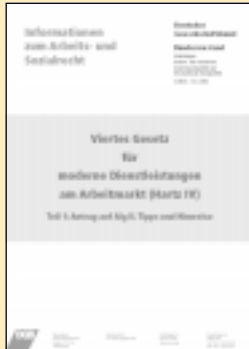
6 Monate wird die bisherige Miete weitergezahlt, auch wenn die hoch ist, in der Hoffnung, dass der/die Arbeitslose wieder einen Job findet; danach wird Druck entstehen eine billigere Wohnung zu finden, ggf. erfolgt eine Reduzierung des Mietzuschusses; Miete und Heizkosten finanziert das Jobcenter (bei angemessenem Wohneigentum die laufenden Kosten und Zinsen, nicht die Tilgung).

■ **Hinzuverdienst**

Bezieher von Alg II dürfen mehr hinzu verdienen, als dies bei Sozialhilfe möglich war.

Einkommen	Anrechnung auf Alg II
bis unter 400,00 €	15 %
400,00 € bis unter 900,00 €	30 %
900,00 € bis 1.500,00 €	15%

(Dr.K.Sch.B.und J.K.)



Eine Übersicht über die Leistungen des Alg II sowie Hinweise und Tipps, die beim Ausfüllen des Antragsfragebogens Alg II helfen, hat der DGB in einer Broschüre zusammengestellt.

Eine aktualisierte und erweiterte Fassung dieser Broschüre, die zusätzlich einzelne Vorschriften erläutert und rechtlich bewertet, erscheint im August. Die Broschüren können zu einem Unkostenbeitrag von 0,50 € (zuzüglich Versandkosten) für die erste Broschüre und 1,- € für die zweite Broschüre beim DGB-Bundesvorstand, Berlin, per Fax 030/240 60 761 oder telefonisch 030/240 60 265 bestellt werden.

E. Arbeits- und Gesundheitsschutzpolitik

Zum Themenbereich Arbeit und Gesundheit ist ver.di an Initiativen im politischen Raum beteiligt, um auf die Gestaltung der inhaltlichen Arbeit dieser Gremien Einfluß zu nehmen, indem unsere Anliegen eingebracht werden und ver.di für die Tagesarbeit im Arbeits- und Gesundheitsschutz Nutzen daraus ziehen kann.

Im folgenden werden diese Initiativen vorgestellt:

I. Initiative „Neue Qualität der Arbeit“ (INQA)

Die INQA wurde auf dem A+A – Kongress 2001 vom ehemaligen Arbeitsminister Rießer angeregt u. a. als Reaktion auf die vom Europäischen Rat im Dezember 2000 in Nizza verabschiedeten Europäischen Sozialpolitischen Agenda, in der es heißt:

„Bis zum Jahr 2010 wollen wir die Europäische Union gemeinsam zum wettbewerbsfähigsten und dynamischsten wissensbasierten Wirtschaftsraum der Welt machen. Wir wollen ein dauerhaftes Wirtschaftswachstum mit mehr und besseren Arbeitsplätzen und einem größeren sozialen Zusammenhalt.“

INQA wird vom jetzigen Bundesminister für Wirtschaft und Arbeit weitergeführt. Hier liegt die Federführung. Beteiligt sind neben dem Bund, die Länder, Sozialversicherungsträger, Sozialpartner und Unternehmen.

Ziel ist die Förderung einer neuen Qualität der Arbeit in der Verbindung von positiven gesundheits- und persönlichkeitsförderlichen Arbeitsbedingungen mit der Notwendigkeit wettbewerbsfähiger Arbeitsplätze nach der Maxime: „Gemeinsam handeln, jeder in seiner Verantwortung“.

Die Herausforderungen, auf die reagiert werden muß, reichen von der Globalisierung der Märkte bis zur älter werdenden Erwerbsbevölkerung, vom Anstieg psychischer Belastungen bis zu seit Jahren unbestrittenen Nr. 1 der Volkskrankheiten: den Muskel und Skeletterkrankungen.

Das Anliegen INQA ist, eine neue Qualität der Kooperation unterschiedlicher Partner nachhaltig zu realisieren. Alle Initiatoren (Bund, Länder, BDA, BDI, DGB, Einzelgewerkschaften, Unfallversicherungsträger, verschiedene Krankenkassen) haben sich in einer gemeinsamen politischen Handlungsplattform darauf verständigt, Wettbewerbsfähigkeit und Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz durch gemeinsam getragene Projekte zu fördern.

Es gibt drei strategische Handlungsfelder in INQA:

- Vereinbarungen zu praxisrelevanten branchenbezogenen Aktivitäten,

Tipp zum Thema Arbeits- und Gesundheitsschutz

Neues Arbeitszeitgesetz

Als Reaktion auf die durch den Europäischen Gerichtshof erzwungene Anerkennung von Bereitschaftsdiensten als Arbeitszeit ist zum 1.1.2004 ein geändertes Arbeitszeitgesetz in Kraft getreten. Einigen positiven Veränderungen stehen aber auch eine ganze Reihe von Verschlechterungen für ArbeitnehmerInnen gegenüber. Zur Erläuterung der neuen Rechtslage hat ver.di eine Broschüre mit umfangreicher Materialsammlung auf CD-Rom herausgegeben.

Sie erschien im Februar unter dem Titel "Bereitschaftsdienst ist Arbeitszeit – Arbeitsschutz hat Vorrang" und kann zum Preis von 14,50 EUR bezogen werden über die

ver.di gmbh, Potsdamer Platz 10, 10785 Berlin.

Bestellungen per Fax unter 030/ 6956-3160

(bei privaten Bestellungen bitte unter Angabe einer Telefonnummer) oder per e-mail an

martina.miksis@verdigmh.de.

- branchenübergreifende Aktivitäten zur Gestaltung der Arbeit und eine
- breite gesellschaftliche Debatte zum Thema „Wie wollen wir morgen arbeiten?“ – Hierzu hat ver.di in 2002 gemeinsam mit dem BMA eine kleine Zukunftswerkstatt für den Bereich der Medienwirtschaft organisiert.

Neben der Diskussion im Initiatorenkreis von INQA zu dem auch ver.di gehört, haben sich thematische Initiativkreise (TIK's) gebildet, als eine Möglichkeit, die organisatorischen Voraussetzungen zu schaffen, innerhalb der Personen und Institutionen, die die INQA Leitvorstellungen unterstützen, themenbezogene Aktivitäten entwickeln können. Aufgaben der Initiativkreise sind:

- den Austausch von Erkenntnissen und Gestaltungswissen unter den Beteiligten zu intensivieren,
- aktivierend zu wirken,
- Projekte von der Idee bis zur Umsetzung zu begleiten,
- einen themenbezogenen Beitrag zum INQA-Arbeitsplan zu leisten,
- themenbezogene Nachnutzungskonzepte zu entwickeln und
- die durchgeführten Aktivitäten zu evaluieren.

Bereits bestehende Initiativkreise, an denen ver.di mitwirkt sind:

- Neue Qualität der Büroarbeit
- Repräsentativbefragung von Arbeitnehmern zur „Qualität der Arbeit“
- Älterwerden im Betrieb bzw. Gesundes Altern im Erwerbsleben
- Gesunde Pflege ohne Stress
- Traumatisierende Ereignisse – Prävention und Nachsorge und der
- Kooperationskreis betriebliche Gesundheitsförderung der gleichzeitig einen thematischen Schwerpunkt im Rahmen des Deutschen Forums für Prävention und Gesundheitsförderung bearbeitet (Federführung).

In all diesen Initiativkreisen geht es ver.di darum, die Probleme im Gesundheitsschutz in den Betrieben und Verwaltungen des ver.di -Organisationsbereiches einzubringen, um über Anregungen und auch über einzurichtende Projekte Lösungen zu finden und gleichzeitig werden auch Positivbeispiele aus dem Dienstleistungsbereich eingebracht. So sind diese entstehenden Netzwerke ein Geben und Nehmen für das Ziel: bessere Arbeitsbedingungen in den verschiedenen Fachbereichen von ver.di.

Da die Initiativkreise sich erst ab 2003 nach und nach konstituierten und zunächst mit einer Bestandsaufnahme von Problemfeldern und Positivbeispielen begannen, liegen bisher wenige Ergebnisse vor, die für Betriebe handlungsorientierend sind wie z. B. der Sammelband des Initiativkreises INQA-Büro: Die Zukunft der Büroarbeit – bewerten, vernetzen, gestalten – Beitrag zu einer Konvention „Neue Qualität der Büroarbeit“ im Rahmen der A+A 2003, der als Sonderschrift der Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin und INQA Anfang 2004 erschien.

Unter anderem findet sich hierin ein Beitrag über die Handlungsmöglichkeiten von Betriebs- und Personalräten im Rahmen der Neuen Qualität der Büroarbeit von Ulrike Teske, Referatsleiterin für Arbeits- und Gesundheitsschutzpolitik in ver.di.

Über die Arbeit von ver.di im Rahmen der Initiative „Neue Qualität der Arbeit“ wird weiter berichtet.

Weitere Informationen über INQA sind zu finden unter: www.inqa.de.

II. Expertenkommission „Betriebliche Gesundheitspolitik“

Die Expertenkommission „Betriebliche Gesundheitspolitik“ nahm unter Federführung von Hans-Böckler-Stiftung und Bertelsmann-Stiftung 2001 ihre Arbeit auf und erzielte in vier Arbeitsgruppen Ergebnisse zu verschiedenen Themen:

- AG 1: Wandel der Arbeitswelt
- AG 2: Gesundheitliche Folgen und Herausforderungen
- AG 3: Auftrag, Problemverständnis und Handlungsschwerpunkte überbetrieblicher Akteure
- AG 4: Auftrag, Problemverständnis und Handlungsschwerpunkte betrieblicher Akteure,

die in die Reformvorschläge der Kommission für eine aktive betriebliche Gesundheitspolitik einfließen.

Beteiligte sind Bund, Länder, Sozialversicherungsträger, Sozialpartner, Fachleute aus Wissenschaft und Politik, Wirtschaft und (Berufs-)Verbände, Gesundheitliche Institutionen (z. B. Krankenkassen) und Berufsgenossenschaften.

Ziel war es, Anforderungen an eine zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik zu formulieren und Reformen in den Unternehmen anzustoßen.

Im Mittelpunkt der Arbeit und der jetzt vorliegenden Vorschläge der Expertenkommission „Betriebliche Gesundheitspolitik“ steht die Aufwertung der betrieblichen Gesundheitspolitik und die Stärkung ihres vorbeugenden Charakters sowie die Erhöhung der Selbstverantwortung der Unternehmen auf diesem Gebiet.

Dem präventiven Handeln wird dabei höchste Priorität eingeräumt. Es muß zur Führungsaufgabe werden, systematisch geplant sein und das Wissen über neue Belastungsformen und –ursachen berücksichtigen.

Gemeinsam mit den Beschäftigten sind deren Gesundheit und Wohlbefinden zu fördern.

Die Expertenkommission „Betriebliche Gesundheitspolitik“ fordert Unternehmen, Verwaltungen und Dienstleistungsorganisationen auf, mit einer aktiven betrieblichen Gesundheitspolitik mehr Verantwortung für die Gesundheit ihrer Beschäftigten zu übernehmen. Ihr Leitbild ist: Gesunde Arbeit in gesunden Organisationen.

Zu dieser neuen Politik gehören folgende Aspekte:

- Gesundheitliche Probleme müssen an ihrer Wurzel bekämpft werden. Dabei spielt die Arbeitswelt eine herausragende Rolle. Denn der „lange Arm der Arbeit“ reicht weit ins Privatleben und Freizeitverhalten hinein.
- In der Art und Weise, wie sich Menschen in den Unternehmen, Verwaltungen und Dienstleistungsorganisationen begegnen, liegt die zentrale Herausforderung, um gesunde Arbeit leisten zu können. Die Qualität der Menschenführung, die Qualität der sozialen Beziehungen und die Unternehmenskultur beeinflussen maßgeblich das gesundheitliche Wohlbefinden der Mitarbeiter und ihrer Arbeitsleistung.

- Führungskräfte, Experten und Mitarbeiter müssen für neue gesundheitliche Probleme sensibilisiert und dafür qualifiziert werden, ihnen vorzubeugen und sie zu beseitigen. Zu diesen Problemen gehören beispielsweise Mobbing, Burnout und die innere Kündigung.
- Der wirtschaftliche Wert gesundheitsförderlicher Investitionen muss neu definiert werden. Das vorrangige Motiv dafür sollte die soziale Verantwortung für die Mitarbeiter sein. Darüber hinaus dienen gesundheitsförderliche Investitionen – wenn sie professionell betrieben werden – auch dem Unternehmenszweck.
- Der Staat sollte den erforderlichen Kurswechsel zu gesunder Arbeit in gesunden Organisationen anstoßen, begleiten und fördern.
- Eigentlicher „Motor“ einer neuen betrieblichen Gesundheitspolitik müssen die Sozialpartner sein.
- Wenn es darum geht, die neue Politik umzusetzen, spielen auch die überbetrieblichen Akteure eine wichtige Rolle. Die Berufsgenossenschaften, Krankenkassen, Rehabilitationsabteilungen der Rentenversicherung und die Arbeitsmarktbehörden müssen sich zu einer aktiven betrieblichen Gesundheitspolitik verpflichten.

Aktive betriebliche Gesundheitspolitik fördert Wohlbefinden, Gesundheit und Motivation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, verbessert die Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft, hilft Reformblockaden zu überwinden und stabilisiert die sozialen Sicherungssysteme. Sie ist eine Antwort auf die Herausforderungen durch eine erweiterte Europäische Union und eine globalisierte Wirtschaft.

Um den erforderlichen Politikwandel zu fördern, setzt die Kommission insbesondere auf folgende Instrumente und Vorgehensweisen:

- Vollzug von Normen und Standards
- Qualifizierung von Führungskräften, Experten und Beschäftigten
- Professionelles Gesundheitsmanagement
- Anreize für Unternehmen, Verwaltungen und Dienstleistungsorganisationen
- Vernetzung der überbetrieblichen Akteure
- Überzeugungsarbeit

Als Endprodukt der Arbeit der Expertenkommission kann neben den „Vorschlägen zur zukunftsfähigen betrieblichen Gesundheitspolitik“ an die unterschiedlichen Akteure in diesem Bereich auch eine gemeinsame Erklärung von BDA und DGB zur „Zukunft einer zeitgemäßen betrieblichen Gesundheitspolitik“, genannt werden, die ebenfalls auf der Abschlussveranstaltung Ende April 2004 der Öffentlichkeit zur Kenntnis gebracht wurde.

Dies ist für ver.di und andere Gewerkschaften eine weitere Hilfe, um in den Betrieben und Verwaltungen die Entwicklung in Richtung betriebliche Gesundheitsförderung und integrierte Gesundheitsmanagementsysteme einzufordern und zu entwickeln.

Dieser Weg, der u. a. mit den Ergebnissen des ver.di Projektes „Effiziente Organisations- und Führungsformen zur betrieblichen Gesundheitsförderung“ beschritten wurde, kann so mit einem weiteren Schub weitergegangen werden.

Die Expertenkommission hat allerdings nach den abschliessenden Empfehlungen ihre Arbeit nicht eingestellt. Es wird weiterhin einen Initiativkreis „Betriebliche Gesundheitsförderung von Hans-Böckler-Stiftung und Bertelsmann-Stiftung geben, zur Mediation der Sozialpartner, Restrukturierung des Akteursgeflechtes, Qualitätsentwicklung und Lösung der Transferprobleme.

Auch ein dreijähriges Projekt wird folgen, das in einer Region die besonderen Probleme von Klein- und Mittelbetriebe aufgreifen soll und auch das Thema ältere Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen.

Weitere Informationen über www.bertelsmann-stiftung.de/verlag.

Hier können die Vorschläge der Expertenkommission „Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik“ als Broschüre zum Preis von 16,00 € inklusive CD-ROM bestellt werden (1. Aufl. 2004, 118 Seiten, ISBN 3-89204-743-X).

III. Deutsches Forum für Prävention und Gesundheitsförderung und Präventionsgesetz

Das Deutsche Forum wurde im Sommer 2002 auf Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung gegründet. Ver.di war bereits bei den Arbeiten des „Runden Tisches“ und der angegliederten „Arbeitsgruppe Prävention“ beteiligt.

Zu den inzwischen 66 Mitgliedern gehören nicht nur Spitzenverbände und Organisationen aus dem Gesundheitswesen, sondern auch weitere Institutionen und Verbände aus allen Bereichen der Prävention und der Gesundheitsförderung in Deutschland und den Ministerien, die einen Beitrag zur Prävention leisten können.


(ggf. hier im Kasten die Mitglieder des Forums abdrucken – siehe Anlage)

Ziel des „Deutschen Forums für Prävention und Gesundheitsförderung“ ist die Verankerung und präventive Ausrichtung der Aktivitäten im deutschen Gesundheitswesen und allen Politik- und Lebensbereichen. Prävention und Gesundheitsförderung müssen als grundlegende Aufgabe in allen Interventionsfeldern etabliert werden. Prävention und Gesundheitsförderung zu stärken heißt:

- Gesundheit und Lebensqualität bewahren,
- die Entstehung von Krankheiten verhindern,
- Krankheiten frühzeitig erkennen,
- Krankheiten bewältigbar machen,
- gesunde Lebensbedingungen schaffen,
- Beschäftigungsfähigkeit erhalten,
- vorzeitige krankheitsbedingte Verrentung verhindern,
- Pflegebedürftigkeit verhindern bzw. hinauszögern.

Es wird erwartet, dass der Ausbau der Prävention und Gesundheitsförderung schließlich auch zu einer Kostendämpfung im Gesundheitswesen beiträgt – Krankheiten, die gar nicht erst entstehen, sind die beste Entlastung für das System.

Das Forum versteht sich als entscheidende Plattform, auf der gemeinsame Ziele, Inhalte, Massnahmen und Instrumente der Prävention und Gesundheitsförderung vereinbart, veranlasst und kommuniziert werden.



Neben der Koordinierungsgruppe als Bindeglied zwischen dem Plenum und der Geschäftsstelle hat das Forum vier Arbeitsgruppen eingerichtet:

- AG 1: Gesunde Kindergärten und Schulen (Leitung: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)
- AG 2: Betriebliche Gesundheitsförderung (Leitung: Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit) – Hier ist ver.di beteiligt.
- AG 3: Gesund altern (Leitung Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung)
- AG 4: Organisation und Recht (Leitung: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung) – Hier ist der DGB beteiligt.

Die Arbeitsgruppe betriebliche Gesundheitsförderung war schon im Rahmen des BMAs aktiv und hat deshalb die Federführung erhalten. Hier wird eng mit INQA zusammengearbeitet, weil es viele Überschneidungspunkte gibt.

Im Deutsche Forum für Prävention und Gesundheitsförderung sollen die Grundlagen für eine auf Dauer angelegte Organisationsstruktur zur Akquirierung von Mitteln zur Prävention geschaffen werden. In diesem Zusammenhang wird derzeit über die Entwicklung eines Präventionsgesetzes und über eine Stiftung diskutiert.

Gemeinsam mit dem DGB wurden Anforderungen an ein Präventionsgesetz formuliert, mit denen sich der DGB für ein zukunftsfähiges Sozialversicherungssystem einsetzt, das die gesellschaftlichen und sozialen Risiken erfolgreich bewältigt und die vorhandenen Defizite überwindet.

Damit Prävention und Gesundheitsförderung einen zentralen Stellenwert erhält, ist neben der Sicherung der Finanzierungsgrundlagen und der Verbesserung der Qualität der Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung eine breite Beteiligung aller Präventionsträger an der Sicherstellung der Finanzierung erforderlich.


In den Anforderungen wird sich mit der Definition auseinandergesetzt, was Prävention ist, die besondere Bedeutung der Arbeitswelt wird hervorgehoben, die Notwendigkeit eines nationalen Aktionsplanes Prävention wird herausgestellt mit den Voraussetzungen von nationalen Gesundheitszielen, einer Bestandsaufnahme der Prävention, der Erstellung eines Prioritätenkataloges und einer Gesundheits- und Präventionsberichterstattung.

Es werden auch Anforderungen an die Finanzierung gestellt, wobei näher auf die Vorstellungen zu einer Stiftung Prävention in der Sozialversicherung eingegangen wird, auf Bund, Länder, die private Krankenversicherung und weitere private Mittel.

Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, deren Finanzierung die Gesamtverantwortung der Gesellschaft widerzuspiegeln hat. Modelle zur Finanzierung der Prävention in allen gesellschaftlichen Bereichen, die sich allein oder überwiegend aus Beiträgen der Versicherten in der Sozialversicherung schöpfen, werden abgelehnt. An der Finanzierung der Prävention haben sich in Zukunft die öffentliche und die private Hand in gleichem Maße wie die Beitragszahler zu beteiligen.

Zur Zeitschiene des Entstehens eines Präventionsgesetzes sind Prognosen immer wieder von der realen Entwicklung überholt worden. Ob in diesem Jahr noch etwas abschließendes entsteht, bleibt abzuwarten. Immerhin kommen die Arbeiten aus Sicht des BMGS aber gut voran:

In Übereinstimmung für eine ziel- und ergebnisbezogene Stärkung und Weiterentwicklung von Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland verständigten sich die Spitzenverbände der



Gesetzlichen Krankenversicherung und das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung auf Eckpunkte, in denen u. A. festgelegt ist, daß die Krankenkassen auch in Zukunft für individuelle und betriebliche Gesundheitsförderung zuständig sind und diese Aufgaben nicht Gegenstand einer künftigen Stiftung „Gesundheitsförderung und Prävention“ werden.

Die im Gesetz vorgesehenen Mittel für Gesundheitsförderung und Prävention sollen vollständig ausgeschöpft werden. Die Spitzenverbände der Krankenkassen erklären, daß sie sich gegenüber ihren Mitgliedern hierfür nachhaltig einsetzen.

Der Bundesgesetzgeber wird die rechtlichen Voraussetzungen zur Gründung einer Stiftung als gemeinsame Einrichtung der Spitzenverbände der Rentenversicherung, Unfallversicherung, der Pflegeversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung schaffen.

Über die Entwicklung wird weiter berichtet.

Weitere Informationen über: www.forumpraevention.de und über www.bmgs.bund.de

(U.T.)

F. Arbeitsschutz und Unfallverhütung

I. Betriebssicherheit


Der Ausschusses für Betriebssicherheit (ABS) hat sich die Aufgabe gestellt, ein völlig neues Regelwerk zu erarbeiten. Dieses soll sich nicht mehr primär an Arbeitsplätzen oder Arbeitsmitteln, sondern an bestimmten, davon ausgehenden Gefährdungen orientieren und den Stand der Technik nur noch allgemein und beispielhaft beschreiben. Von daher ist der derzeitige Arbeitsschwerpunkt des ABS, die Struktur für solch ein Regelwerk und erste Technische Regeln von grundsätzlicher Bedeutung zu erarbeiten.

Bereits hier offenbaren sich deutliche Meinungsverschiedenheiten. ver.di vertritt, dass solch allgemeines Regelwerk branchenspezifisch durch BG-Regeln ergänzt und konkretisiert werden muss und dass die Arbeitsgrundlage hierfür das erst vor einem Jahr von BMWA, Ländern und Berufsgenossenschaften vereinbarte Leitlinienpapier ist. Ein Teil der Ausschussmitglieder meint dagegen, dass eine weitere Konkretisierung nicht erforderlich sei und die Unfallversicherungsträger deshalb im Regelungsbereich der BetrSichV nur noch Informationsmaterialien erstellen sollen.

Der erste vorliegende Musterentwurf einer Technischen Regel (Quetsch- und Scher- und Einzugsstellen) bestätigt unsere Bedenken: die Schutzziele und die erforderlichen Maßnahmen werden nur noch so allgemein beschrieben, dass sie in der betrieblichen Anwendung kaum noch handhabbar sind.

Ein weiterer vorgelegter Entwurf, die Grundregel 1001 zum Aufbau einer technischen Regel, birgt ebenfalls erhebliches Konfliktpotential. In vergleichbaren technischen Grundregeln anderer Verordnungen sind bisher immer sehr klar die Anforderungen an den Arbeitgeber genannt worden: dass er z. B. von einer Technischen Regel nur dann abweichen kann, wenn er gleichwertige Maßnahmen trifft und diese Gleichwertigkeit der zuständigen Behörde auf Verlangen nachweist. Und weiter heißt es z. B. bei den biologischen Arbeitsstoffen in der TRBA 001: „Der Arbeitgeber kann bei Anwendung einer TRBA davon ausgehen, dass die Bestimmungen der Verordnung in diesen Punkten eingehalten sind.“

Im Entwurf der TRBS 1001 soll der Arbeitgeber nun bei Anwendung gleichwertiger Maßnahmen die Vermutung der Einhaltung der Vorschriften der BetrSichV für sich geltend machen können. Das bedeutet nicht mehr und nicht weniger eine Umkehr der Beweislast. Der Arbeitgeber bestimmt die Gleichwertigkeit der getroffenen Maßnahmen und kann damit die Einhaltung der gesamten Verordnung für sich geltend machen. Die Aufsichtsbehörde ist dann in der Pflicht, die nicht gegebene Gleichwertigkeit nachzuweisen. Das wird erhebliche Auswirkungen bei der Anordnung von Maßnahmen haben und in der Praxis dazu führen, dass die Arbeitgeber die Technischen Regeln einseitig zu ihrem Gunsten und unter rein wirtschaftlichen Gesichtspunkten auslegen. Das wird aber zwangsläufig zu einem Anstieg von arbeitsbedingten Erkrankungen und Arbeitsunfällen – und den daraus resultierenden Ausfallzeiten – führen, wenn die in Jahrzehnten gesammelten arbeitswissenschaftlichen Erkenntnisse nicht mehr klar und konkret benannt sind. Ein weiterer Effekt wird sein, dass die rechtliche Auslegung und Konkretisierung dieser abstrakten Vorschriften im Wesentlichen durch die Rechtsprechung selber erfolgen wird. Ob durch eine umfangreiche Kommentierung allgemein formulierter Schutzziele das Vorschriftenwerk tatsächlich einfacher handhabbar und besser lesbarer wird, sei dahingestellt; fest steht aber, dass die damit verbundenen Haftungsrisiken der Unternehmen deutlich steigen werden.



Des Weiteren ist eine TRBS „Befähigte Personen“ vorgelegt und im ABS beschlossen worden. ver.di hat angeregt, für die befähigten Personen ein Nachteilsverbot wie bei den Sicherheitsbeauftragten und Sicherheitsfachkräften zu verankern. Der ABS hat dem zugestimmt und das BMWA gebeten, die hierfür erforderlichen Umsetzungsschritte rechtlich zu prüfen.

II. Arbeitsstätten

Bereits im Mai 2003 hatte das BMWA einen Entwurf für eine Novellierung der Arbeitsstättenverordnung vorgelegt und diesen in der Öffentlichkeit als Musterbeispiel für die geplante Deregulierung und Entbürokratisierung im Sinne des „Masterplans Bürokratieabbau“ dargestellt. Begründet wurde der Entwurf damit, dass insbesondere Klein- und Mittelbetriebe mit der Fülle der Detailvorschriften völlig überfordert seien und deshalb entlastet werden müssten. Von ver.di wurde dieser Entwurf und die dahinter stehende „Philosophie“ scharf kritisiert, weil die Schutzziele nur noch allgemein beschrieben und zahlreiche konkrete Arbeitgeberpflichten nicht mehr benannt werden.

Im März 2004 hat der Bundesrat mit den Stimmen der CDU/CSU-Länder einen weiteren Entwurf zur Novellierung der Arbeitsstättenverordnung beschlossen, der ganz im Sinne der bayerischen Deregulierungskommission weitere „Entlastungen“ für die Arbeitgeber bringen soll. So enthält der Entwurf in seinen acht Paragraphen keine ausdrücklichen Bestimmungen über die Gefährdungsbeurteilung und Unterweisung mehr, Schutzstandards werden abgesenkt, und bei Abweichungen von den technischen Regeln soll die Beweisspflicht auf die Behörden übertragen werden.

Wie zu befürchten war, hat das Bundeskabinett dann am 26. Mai einen Entwurf beschlossen, welcher dem Bundesratsentwurf entgegenkommt und ebenfalls keine Ausführungen mehr zur Gefährdungsbeurteilung und Unterweisung enthält. Das ist nicht verwunderlich, weil die Novellierung der Arbeitsstättenverordnung zustimmungspflichtig ist und Bundesminister Clement die Novellierung der Arbeitsstättenverordnung von Anfang an mit besonders hoher Priorität versehen hat.


Diese Art der Entbürokratisierung wird allerdings dazu führen, dass die Betriebe, und insbesondere die Klein- und Mittelbetriebe, bei der Durchführung und Umsetzung der Anforderungen des Arbeitsschutzgesetzes völlig überfordert sein werden, wenn dieses lediglich auf der Basis allgemeiner Vorschriften erfolgen soll. Denn gerade der hohe Konkretisierungsgrad der jetzigen Regelungen hinsichtlich der Beschreibung des Standes der Technik und der erforderlichen Schutzmaßnahmen gewährleistet den Betrieben ein großes Maß an Rechtssicherheit bei der Umsetzung der Rechtsvorschriften.

Für eine Übergangszeit sollen die jetzigen Arbeitsstättenrichtlinien noch so lange weitergelten, bis sie durch neue Technische Regeln abgelöst werden. Diese sollen durch einen beim BMWA einzurichtenden Ausschuss, in dem die Gewerkschaften mit drei Sitzen vertreten sein sollen, erarbeitet werden. Es wird dann vor allem darauf ankommen, dass die technischen Regeln die Schutzziele so konkret beschreiben, dass sie im Betrieb umsetzbar sind.

III. Gefahrstoffe

Am 12. Mai 2004 hat das Bundeskabinett den Entwurf einer novellierten Gefahrstoffverordnung beschlossen. Die Beratung im Bundesrat soll am 9. Juli 2004 erfolgen, sodass noch in diesem Herbst mit der Verabschiedung im Bundestag zu rechnen ist.

Wenngleich eine Reihe von Forderungen der Gewerkschaften nicht aufgegriffen wurden, zum Beispiel bei Verbot und Substitution von krebserzeugender Stoffe mit besonders hohen Risiken,



so ist der Entwurf im Vergleich zur Arbeitsstättenverordnung besser durchdacht, besser handhabbarer und er schafft ein geeignetes Instrumentarium zur Ermittlung und Bewertung der Gefährdungen und zur Festlegung der erforderlichen Maßnahmen. Positiv ist auch anzumerken, dass sich die erforderlichen Schutzmassnahmen nicht wie bisher primär an den Grenzwerten orientieren, sondern dass sie in Abhängigkeit vom Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung durchzuführen sind. Die jährliche Wiederholung der Gefährdungsbeurteilung ist allerdings unverständlicher Weise nicht mehr vorgesehen.

Ausgesprochen negativ ist weiterhin, dass die vorgesehene Beteiligung der Betriebs- und Personalräte an der Gefährdungsbeurteilung in der Endfassung wieder gestrichen wurde. Zwar greifen die Mitbestimmungsrechte überall dort, wo Gestaltungsspielräume bestehen, und dieses nimmt tendenziell zu, aber sie können nur im speziellen Fall geltend gemacht und durchgesetzt werden. Über die Initiativrechte muss der Betriebsrat den Umfang und Gegenstand der Beteiligung sehr konkret beschreiben, einfordern und in einer Betriebsvereinbarung regeln. Es ist unmittelbar einleuchtend, dass dieser Weg sehr aufwendig und konfliktreich ist und von daher eher die Ausnahme als die Regel darstellen wird. Ein Beteiligungsgebot, wie dies zur Zeit noch in der Biostoff-Verordnung vorgeschrieben ist, verpflichtet dagegen den Arbeitgeber, den Betriebs- oder Personalrat umfassend bei der Gefährdungsbeurteilung zu unterrichten und zu beteiligen. Aber gerade dieses ist nicht gewollt, der Arbeitgeber soll wieder alleine zum „Wohle des Betriebes“ entscheiden können. Von daher ist es leider nur konsequent, dass im Artikel 9 des Verordnungsentwurfes die Beteiligungspflicht in der Biostoffverordnung ebenfalls gestrichen wird.


Eine weitere Kritik betrifft die Aufbewahrung der in § 15 Abs. 5 eingeführten Vorsorgekartei, die wesentliche Expositionsdaten und Ergebnisse der Gefährdungsbeurteilung und von arbeitsmedizinischen Untersuchungen enthalten sollen, wenn besondere Gefährdungen vorliegen. Diese erhält der Beschäftigte beim Ausscheiden aus dem Betrieb, wohingegen der Betrieb nur eine Kopie „wie Personalunterlagen“ aufzubewahren hat, wofür aber keine Frist vorgegeben ist. Bei einer Betriebsauflösung sollen die Unterlagen auch nicht mehr der zuständigen Unfallversicherung zur Aufbewahrung und Archivierung übergeben werden. Der Versicherte ist somit auch alleine für deren Vollständigkeit und Pflege verantwortlich, was sich im Falle einer späteren Berufskrankheit eher zu seinem Nachteil auswirken wird.

Der Ausschuss für Gefahrstoffe (AGS) soll ebenso wie die Anzahl der Unterausschüsse deutlich verringert werden. Im AGS sind 4 Sitze für die Gewerkschaften vorgesehen.

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. Im Februar 2004 wurde die Federführung dem Umweltausschuss übertragen.

Während von der Industrieseite die zusätzlichen Kosten zur Datenermittlung bei den Altstoffen bemängelt wurden, hat ver.di darauf hingewiesen, dass bessere Kenntnisse zu den Wirkungen der Chemikalien vor allem dem Arbeitsschutz dienen, da die erforderlichen Schutzmaßnahmen gezielter eingesetzt werden können.

Der Exekutivausschuss des Europäischen Gewerkschaftsbundes (EGB) hat in seiner Sitzung am 17.-18. März 2004 eine EntschlieÙung angenommen, welche wesentliche ver.di-Positionen enthält. Darin wird die REACH-Verordnung ausdrücklich als bedeutendes Reformprojekt bezeichnet und über den Entwurfstext hinaus angeregt, auch für die ca. 20.000 Stoffe, die in jährlichen Mengen zwischen 1 und 10 Tonnen hergestellt werden, zusätzliche Verpflichtungen einzuführen.



Auf einer Konferenz des europäischen Umweltbüros am 24. März in Brüssel wurde von ver.di auf die Folgekosten für Betriebe und Gesellschaft hingewiesen, die zumindest unter anderem auf die Kenntnisdefizite zu Chemikalien und deren Gefährdungen zurückzuführen ist. So fallen nach Daten der Berufsgenossenschaften für Haut- und Atemwegserkrankungen allein in Deutschland rund 300 Mio. € jährlich an Entschädigungsleistungen an. Auf das Europa der 15 Staaten hochgerechnet wären das rund 1,5 Mrd. €. Hierbei werden aber nur die finanziellen Ausgleichsleistungen für den Körperschaden und die verminderte Arbeitsfähigkeit erfasst. Nicht erfasst sind weder die betrieblichen Ausfallzeiten noch die bei der Kranken- und Rentenversicherung anfallenden Kosten, weil nur ein Teil der Erkrankungen von der Unfallversicherung anerkannt und entschädigt wird, und weil die anerkannten Berufskrankheiten oft schon eine jahrelange Krankengeschichte haben.

Der Vortragstext ist in den Arbeit & Ökologie-Briefen Nr. 5/2004 veröffentlicht.

IV. Biologische Arbeitsstoffe

Die Konstituierung der vier Unterausschüsse des Ausschusses für biologische Arbeitsstoffe (ABAS) ist erfolgt; ver.di ist zur Zeit in drei Unterausschüssen vertreten.

Im Rahmen der Novellierung der Gefahrstoffverordnung soll die geltende Biostoffverordnung in mehreren Punkten wie der Beteiligung der Betriebs-/Personalräte und der arbeitsmedizinischen Vorsorge angeglichen werden. Auch weicht der Verordnungsentwurf in einigen Punkten noch von Beschlüssen des ABAS ab, sodass eine weitere Anpassung erforderlich ist.

Die Nadelstichbroschüre (siehe SopolInformation 1/2004) ist aufgrund der sehr hohen Nachfrage bereits in der 3. Auflage aufgelegt. Sie kann auch von der Internetseite des Bereiches Sozialpolitik herunter geladen werden.

Im Bundesarbeitsblatt ist in zwei Aufsätzen eine kontroverse rechtliche Bewertung der TRBA 250 „Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege“, insbesondere der Ersatzpflicht von Spritzen, Kanülen etc. durch stichsichere Arbeitsgeräte vorgenommen worden. Die Erwiderung im zweiten Aufsatz stammt vom Leiter des Fachausschusses, in welchem die TRBA 250 erarbeitet wurde.

V. Berufsgenossenschaften

Nach der BGV A1 „Grundsätze der Prävention“ (siehe SopolInformation 1/2004) hat die Mitgliederversammlung 1/2004 des HVBG am 4. Juni 2004 auch der zweiten Grundsatzvorschrift, der BGV A2 „Rahmenbedingungen für die betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung“

zugestimmt und die Berufsgenossenschaften aufgefordert, nach dem Vorliegen der Genehmigungsfähigkeit die Beratungen zur jeweiligen Umsetzung schnell aufzunehmen.

In der BGV A2 werden die derzeit geltenden Unfallverhütungsvorschriften BGV A6 und BGV A7 zusammengefasst. Insbesondere soll die Regelbetreuung für Betriebe bis zu zehn Beschäftigten neu geregelt werden, weil die jetzigen Einsatzzeitenregelungen in Kleinstbetrieben wenig praktikabel sind. Vorgeschlagen ist, dass sich der Betreuungsumfang auf der Grundlage der Gefährdungsbeurteilung an der jeweiligen Gefährdungssituation des Betriebes ausrichtet. In einer Anlage 1 zu § 2 Abs. 2 der BGV A2 wird der Umfang der zu erbringenden betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung weiter konkretisiert. Für Betriebe mit mehr als 10 Beschäftigten sollen die bisherigen Festlegungen zur Regelbetreuung fortgelten, bis auf eine Ausnahme: in Verwaltungsbereichen soll der Betreuungsumfang vereinheitlicht und die Betreuungszeiten der Verwaltungs-BG (0,2 Stunden pro Beschäftigten und Jahr für die betriebsärztliche und 0,3 Stunden für die sicherheitstechnische Betreuung) übernommen werden.

Weiterer wesentlicher Tagesordnungspunkt der MV 2/2004 war die Diskussion über eine mögliche Neuordnung der Berufsgenossenschaften. Dahinter verbirgt sich die Forderung von Ministerien, politischen Parteien und Verbänden, die Zahl der Unfallversicherungsträger deutlich zu verringern.

Seitens ver.di wurde mehrfach darauf hingewiesen, dass Fusionen allein unter kurzfristigen Kostengesichtspunkten wenig Sinn machen, weil nur 10 % der Umlagebeiträge überhaupt beeinflussbar sind. Vielmehr muss die Diskussion unter dem Gesichtspunkt der Leistungen und Effizienz, dem Ausbau der Prävention und der Beseitigung von Doppelzuständigkeiten und Abgrenzungsproblemen geführt werden.

Auf der bereits genannten Mitgliederversammlung wurde ein Beschluss gefasst, in welchem

- das öffentlich-rechtliche und branchenorientierte System der gesetzlichen Unfallversicherung betont wird,
- die intensive Diskussion in Politik, Industrie und Verbänden gesehen wird,
- hervorgehoben wird, dass die gew. Berufsgenossenschaften durch ihre Selbstverwaltungen ihren Entwicklungsprozess stets eigenverantwortlich gestaltet haben und dies auch zukünftig tun werden; so haben sie beispielsweise ihre Verantwortung und Handlungsfähigkeit bei der jüngst beschlossenen Fusion der acht Berufsgenossenschaften der Bauwirtschaft bewiesen,
- bekräftigt wird, auf der Grundlage eines Verfahrenskonzeptes und/oder in bilateralen Verhandlungen die Neustrukturierung der Träger aus eigener Kraft weiter fortzuführen.


Das genannte Verfahrenskonzept beschreibt die erforderlichen Regularien für die gemeinsamen Diskussionsprozesse, an denen sich alle Berufsgenossenschaften beteiligen sollen. Es lässt allerdings auch die nötigen Freiheiten, für die einzelnen Berufsgenossenschaften, den Sachstand gewissenhaft aufzuarbeiten und denkbare Zusammenschlüsse ergebnisoffen zu beraten. ver.di ist der Meinung, dass hierbei keine vorschnelle Festlegung auf die Zahl der möglichen Träger erfolgen darf und dass auch über Verwaltungsgemeinschaften die Zusammenarbeit verbessert und optimiert werden kann, und dass ausreichend Zeit für diese Prozesse erforderlich ist, um optimale Ergebnisse zu erzielen.

VI. Deregulierung/Entbürokratisierung

Am 21. April 2004 hat Bundeswirtschaftsminister Clement im Bundeskabinett insgesamt 34 Vorschläge „für Wirtschaftswachstum und Beschäftigung durch Deregulierung und Entbürokratisierung“ erläutert und sich hierbei auf Ergebnisse aus den drei Innovationsregionen Bremen, Ostwestfalen-Lippe und Westmecklenburg bezogen.

Bei den 34 Vorschlägen handelt es sich aber nicht um eine wirkliche Zusammenfassung der Ergebnisse. Vielmehr wurde die Vorschläge aufgegriffen, die das BMWA für besonders wichtig erachtet und diese durch eigene Vorschläge angereichert. Wichtig ist auch zu wissen, dass die Trägergesellschaften der Testregionen durch die Industrie- und Handelskammern dominiert werden und dass die Unternehmensberatung Roland Berger „zur Identifizierung der von den Wirtschaftsverbänden und von anderen Initiatoren eingereichten Vorschläge ... beauftragt wurde“ (Bundestagsdrucksache 15/3277 vom 10.06.2004). Wichtig deshalb, weil fast ausschließlich die Wirtschaftsinteressen in die Meinungsbildung eingeflossen sind.

Drei Wochen später am 12. Mai hat das Bundeskabinett von den 34 Vorschlägen 29 als Verfahrensregelungen beschlossen, um, so Clement, „größeren Freiraum für unternehmerisches Enga-



gement“ zu schaffen und die „Wettbewerbsfähigkeit der Betriebe zu erhöhen“, da dieses das „allmählich anziehende Wachstum stützt und für mehr Arbeit in unserem Lande sorgt“. Zur weiteren Umsetzung dieser 29 Vorschläge wurde der Wirtschaftsausschuss des Bundestages am 25. Mai durch das BMWA unterrichtet.

Übertragung von Vollzugsaufgaben im Arbeitsschutz

Das BMWA behauptet, dass der Dualismus von Gewerbeaufsicht und Unfallversicherungsträgern im Vollzug des Arbeitsschutzes die Betriebe übermäßig belastet und will deshalb die Vollzugsaufgaben der Länder vollständig auf die Unfallversicherungsträger übertragen.

Die immer wieder behaupteten Doppelkontrollen in den Betrieben entbehren allerdings jeglicher Realität. Im Durchschnitt wird jeder Betrieb nur alle 10 Jahre einmal von der Unfallversicherung und einmal von der Gewerbeaufsicht kontrolliert; dabei mitgerechnet sind die Untersuchungen von Arbeitsunfällen.

Eine Konzentration von Kontrollen gibt es allerdings, und das zu recht, in besonderen Problembereichen oder besonders problematischen Betrieben. Denn immer noch gibt es mehr als eintausend tödliche Arbeitsunfälle im Jahr. Und unterlassene oder reduzierte Schutzmaßnahmen werden zwangsläufig zu weiteren Erkrankungen, Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten und den daraus resultierenden Folgekosten führen. Die Betroffenen werden dann keine Chance mehr haben, das Rentenalter gesund zu erreichen. Die gegenwärtigen Diskussionen um eine Erhöhung des Rentenzugangalters sind vor diesem Hintergrund besonders zynisch.

Mit dem Arbeitsschutzgesetz von 1996 wurden die zuständigen Landesbehörden und die Unfallversicherungsträger zur Zusammenarbeit verpflichtet und das bis dahin geltende Nebeneinander beseitigt. Seitdem hat sich das Zusammenwirken kontinuierlich entwickelt und wurde in dem sog. Leitlinienpapier vom April 2003 zwischen BMWA, Ländern und Unfallversicherungsträgern weiter konkretisiert. Mit der BGV A1 können die Unfallversicherungsträger seit dem 1.1.2004 in einem erheblichen Umfang auch staatliches Arbeitsschutzrecht mit überwachen. Im Gegenzug wurden eine Vielzahl von Unfallverhütungsvorschriften aufgehoben, um Doppelregelungen zum staatlichen Recht zu beseitigen.

In der gegenwärtigen Diskussion muss auch betont werden, dass die Arbeitsunfälle mit dem jetzigen System seit Jahren rückläufig sind und auch die Umlagebeiträge für die gesetzliche Unfallversicherung seit Jahren konstant, bzw. sogar leicht rückläufig sind. Das ist zweifelsfrei ein Beleg für die hohe Effizienz des Dualen Arbeitsschutzsystems.

Trotz dieser insgesamt positiven Entwicklung muss die Zusammenarbeit zwischen Gewerbeaufsicht und Unfallversicherung weiter optimiert werden, um die vorhandenen Ressourcen möglichst effektiv einzusetzen. Das betrifft nicht nur die gegenseitige Information, sondern auch gemeinsame Absprachen und Schwerpunktsetzungen und die konkrete Abstimmung der Revisionstätigkeiten. Um diese Zusammenarbeit möglichst wirksam und dauerhaft zu entwickeln, eignet sich vor allem das Instrument der Vereinbarung nach § 21 Abs. 3 ArbSchG. Um so unverständlicher ist es, dass eine von den Ländern und Unfallversicherungsträgern erarbeitete Novellierung der „Allgemeinen Verwaltungsvorschrift“ zur Verbesserung der Zusammenarbeit derzeit vom BMWA blockiert wird.

Eine Aufgabenübertragung nach § 21 Abs. 4 bietet sich nur in den Bereichen an, in denen die Gewerbeaufsicht nicht präsent ist, und wo sie über die Selbstverwaltung des Unfallversicherungsträgers und letztlich auch über die Rechtsaufsicht durch das zuständige Sozialministerium die

Prävention mit Steuern kann. In diesem Sinne gibt es bereits einige Vereinbarungen mit öffentlichen Unfallkassen und landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften, die sich durchaus bewährt haben.

Eine vollständige Übertragung von Vollzugsaufgaben nach § 21 Abs. 4, ArbSchG wie es das BMWa derzeit favorisiert, ist dagegen nicht zielführend.

Erstens müssten die Unfallversicherungsträger das entsprechende Personal der Länder übernehmen, wenn sie nicht einen wesentlich größeren Aufgabenbereich mit dem gleichen Personal bearbeiten und damit wesentliche Defizite in der Prävention in Kauf nehmen wollen. Dies hätte im übrigen zur Folge, dass die Arbeitgeber die jetzt steuerfinanzierten Aufgaben alleine tragen müssen. Eine Finanzierung der übertragenen Aufgaben durch die Länder, nach § 30 Abs. 2 SGB IV, ist dagegen kaum denkbar.

Zweitens ist wenig wahrscheinlich, dass die Länder ihre Aufgaben im Arbeitsschutz einschließlich des gesamten sozialen Arbeitsschutzes komplett übertragen würden, weil der Staat nicht nur eine besondere Fürsorgepflicht hat, sondern nach § 21 Abs. 1 ArbSchG *„die Einhaltung dieses Gesetzes und der auf Grund dieses Gesetzes erlassenen Rechtsverordnungen zu überwachen hat“* und hierfür natürlich auch das entsprechende Personal benötigt. Dazu kommt, dass die Beschäftigten gemäß Arbeitsschutzgesetz nicht deckungsgleich sind mit dem Versichertenkreis der Unfallversicherungsträger nach dem SGB VII.

Drittens bleiben Doppelzuständigkeiten sowieso bestehen, weil nur maximal rund 15 % der Aufgaben überhaupt übertragbar sind und die Länder weiterhin z. B. für Marktaufsicht, Verbraucherschutz und Umweltschutz und sozialen Arbeitsschutz zuständig sein werden. Auch leiten sich wichtige Rechtsvorschriften wie z. B. die GefStoffV nicht nur aus dem ArbSchG ab, sodass wesentliche Teile wie die Kennzeichnung und das Inverkehrbringen weiterhin von den Ländern überwacht würden. Das wird dann allerdings ohne jegliche Abstimmung mit der Unfallversicherung geschehen, weil unterschiedliche Zuständigkeitsbereiche bearbeitet werden und demzufolge unkoordinierte Überwachung wieder die Regel sein wird.

Allerdings sind auch die Länder gefordert, die erworbene Qualität im Arbeitsschutz zu erhalten und nicht, wie dies zur Zeit erfolgt, Kapazitäten abzubauen, in andere Aufgabenbereiche zu verlagern oder im Rahmen einer Kommunalisierung zu zersplittern.

Viertens ist keineswegs von einem einheitlichen Handeln der Länder auszugehen. Vor diesem Hintergrund ist die Drohung des BMWa, die Bundesregierung müsse politischen Druck auf die Unfallversicherungsträger und Staatskanzleien der Länder ausüben, um die *„Widerstände der Fachebene“* zu überwinden, gegen die Selbständigkeit der Länder und gegen das Föderalismusprinzip gerichtet. Auch kommt hierbei ein nicht gerechtfertigtes, generelles Misstrauen der Hausleitung gegenüber den Fachbehörden deutlich zum Vorschein.

Und fünftens ist eine Übertragung der Verhandlungsverantwortung allein auf den Spitzenverband der Berufsgenossenschaften abzulehnen, weil dieser ausschließlich im Auftrage seiner Mitglieder tätig ist.

Zusammengefasst heißt das, dass wir eine bessere und effektivere Zusammenarbeit von Unfallversicherung und Gewerbeaufsicht wollen, hierfür allerdings Verwaltungsvereinbarungen auf der Basis des § 21 Abs. 3 ArbSchG als geeignetes Instrument anstreben. Demgegenüber würden die Vorschläge des BMWa zu einer erheblichen Schwächung der Vollzugskompetenz der Länder führen, ohne die Unfallversicherung dabei wirklich zu stärken. In der Konsequenz würde das massive

Verschlechterungen im Arbeits- und Gesundheitsschutz zur Folge haben und die Beschäftigten müssten die Auswirkungen im wahrsten Sinne des Wortes erleiden.

VII. Gesetzliche Unfallversicherung

Monopol der Unfallversicherung ist Europarechtskonform

Das Bundessozialgericht hat in letzter (nationaler) Instanz entschieden, dass das Monopol der gesetzlichen Unfallversicherung nicht gegen europäisches Wettbewerbsrecht verstößt (B 2 U 16/03 R).

Behandelt wurde die Klage eines griechischen Staatsbürgers gegen die zwangsweise Erhebung von Pflichtbeiträgen in die gesetzliche Unfallversicherung. Das BSG hat klargestellt, dass das Wettbewerbsrecht nur für Unternehmen gelte, die sich wirtschaftlich am Markt betätigen. Dieses treffe aber gerade für die gesetzliche Unfallversicherung nicht zu, denn

- sie verfolgt erstens mit der Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten und der Wiederherstellung der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit zweifelsfrei soziale Zwecke,
- sie gestaltet zweitens die Finanzierung solidarisch und funktioniert nach dem Umlagesystem und nicht, wie eine private Versicherung, nach dem Kapitaldeckungsverfahren,
- und sie unterliegt drittens auch der staatlichen Aufsicht.

Das Gemeinschaftsrecht lässt nach der ständigen Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes den Mitgliedsstaaten die Freiheit zur Ausgestaltung ihrer sozialen Sicherungssysteme. Deshalb spielt es auch keine Rolle, dass die Aufgaben, die der deutsche Gesetzgeber den Berufsgenossenschaften übertragen hat, in anderen Ländern von privaten Versicherungsgesellschaften wahrgenommen werden. In so fern ist es konsequenter Weise auch untersagt, vergleichbare Leistungen in anderen Mitgliedsstaaten zu beschaffen.

Bei einem möglichen Gang des Klägers zum Europäischen Gerichtshof werden die Erfolgsaussichten als sehr gering eingeschätzt, sodass man davon ausgehen kann, dass die vorliegende Ausgestaltung der gesetzlichen Unfallversicherung Europarechtskonform ist. (Dr. H.R.-M.)

G. Soziale Selbstverwaltung/Sozialwahlen

Wahlen in der Sozialversicherung 2005

I. Listenaufstellung zu den Wahlen der Vertreterversammlungen (und Vorständen) bei den Trägern der Renten- und Unfallversicherung sowie den Verwaltungsräten bei den Trägern der Krankenversicherung

Mitglieder/Stellvertreter Zusammensetzung, Wahl und Verfahren der Selbstverwaltungsorgane,

Nachbenennung/Ergänzungsverfahren

Die Wahlvorbereitungen treten jetzt in eine neue Phase.

ver.di beteiligt sich an den Sozialwahlen in der Sozialversicherung auf Vorschlagslisten des DGB und mit eigenen Vorschlagslisten.

Die KandidatenInnen-Vorschläge für bundesweite Sozialversicherungsträger sind den „Zuständigen Stellen“ (Listenträger) in der ver.di- Bundesverwaltung übermittelt worden und werden dort entsprechend unserer KandidatenInnen- Richtlinie zu internen Vorschlagslisten zusammengestellt. Gemäß unserem ver.di- internen Terminplan werden die Vorschlagslisten zunächst im Bundesvorstand beraten und später verabschiedet. Die Vorschlagslisten werden nach Beratung im Beirat dem Gewerkschaftsrat zur Beschlussfassung vorgelegt.

Für die regionalen Sozialversicherungsträger liegt die Zuständigkeit für die Zusammenstellung der Vorschläge zu einer Liste beim Landesbezirk.

Wenn die internen Beratungen und Beschlussfassungen erfolgt sind, werden die Vorschlagslisten von der für die Zusammenstellung zuständigen Stelle (Bundesebene/Landesebene) bei dem jeweiligen Träger der Sozialversicherung entsprechend den einschlägigen Vorschriften der Wahlordnung für die Sozialversicherung eingereicht. Dafür werden die ver.di- Listen auf amtlichen Vordrucken (Anlagen zur Sozialversicherungswahlordnung) erstellt und von den „Zuständigen Stellen in ver.di“, die zugleich Listenträger sind, fristgerecht (**bis zum 18.11.2004**) beim jeweiligen Sozialversicherungsträger eingereicht.

Neu für die Sozialwahlen 2005 ist die Begrenzung der StellvertreterInnen. (§ 43 Abs. 2 Satz 2 in der Fassung des 2. SGB IV-ÄndG vom 10.8.2003).

Alle Paragraphen des SGB IV sind im Internet unter www.bma.bund.de/download/gesetze abrufbar.

Zu § 43 SGB IV: Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane

„(1) Die Zahl der Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane wird durch die Satzung entsprechend der Größe des Versicherungsträgers bestimmt und kann nur für die folgende Wahlperiode geändert werden. Die Vertreterversammlung hat höchstens 60 Mitglieder; der Verwaltungsrat der in § 35a Abs. 1 genannten Krankenkassen hat höchstens dreißig Mitglieder“.

Der § 43 Abs. 2 Satz 2 in der Fassung des 2. SGB IV-ÄndG vom 10.8.2003 **begrenzt die Zahl der Stellvertreter.**



Wörtlich heißt es im **§ 43 Abs. 2** Satz 1: „Ein Mitglied, das verhindert ist, wird durch einen Stellvertreter vertreten“ Satz 2 heißt neu: „**Stellvertreter sind die als solche in der Vorschlagsliste benannten und verfügbaren Personen in der Reihenfolge ihrer Aufstellung bis zu einer Zahl, die die der Mitglieder um vier übersteigt; Mitglieder, die eine persönliche Stellvertretung nach Satz 3 haben, bleiben hierbei unberücksichtigt.**“

Folglich heißt der Satz 3 jetzt: „Anstelle einer Stellvertretung nach Satz 2 können für einzelne oder alle Mitglieder des **Vorstandes** sowie für einzelne oder alle Mitglieder des **Verwaltungsrates** der in § 35a Abs. 1 genannten Krankenkassen in der Vorschlagsliste ein erster und ein zweiter persönlicher Stellvertreter benannt werden“.

Im Handbuch der BfA „Wahlordnung für die Sozialversicherung (SVWO) und Auszug aus dem Vierten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV) mit **Erläuterungen von Herbert Düker und Martin Kerwat** heißt es dazu: „Die Anzahl der Stellvertreter darf die Anzahl der Mitglieder maximal um vier übersteigen“.

Aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung wird die Zahl der Stellvertreter auf diese Größenordnung begrenzt, so dass bei der Wahl der Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane nicht mehr alle in der Vorschlagsliste benannten Stellvertreter als gewählt gelten. Aber für jedes ausscheidende Mitglied oder stellvertretende Mitglieder eines Selbstverwaltungsorgans kann der Listenträger Nachfolger vorschlagen

§ 46 SGB IV: Wahl der Vertreterversammlung

Unterschieden wird dabei zwischen **Unmittelbarer Wahl** und **Wahl ohne Wahlhandlung**.

Bei der unmittelbaren Wahl werden die Mitglieder der Vertreterversammlung oder des Verwaltungsrates **unmittelbar**, d.h. in **Urwahl** von den Versicherten und Arbeitgebern gewählt. Dadurch unterscheidet sich dieses Wahlverfahren grundsätzlich von dem Verfahren für die Wahl des Vorstandes, der Versichertenältesten und der Vertrauenspersonen

Die Wahl der Mitglieder der Vertreterversammlung bzw. des Verwaltungsrats ist keine Persönlichkeitswahl. Durch das System **der Listenwahl** kann sich der Wähler nur für eine von mehreren Listen entscheiden; d.h. er kann mit seiner Stimme weder Einfluss auf die Vorschläge bezüglich der Bewerber selbst noch Einfluss auf deren Reihenfolge ausüben. (Sonderregelung für Bundesknappschaft).

Bei der **Wahl ohne Wahlhandlung** unterbleibt ein förmliches Wahlverfahren mit Wahlhandlung. Dies ist der Fall, wenn nur eine Liste eingereicht worden ist. Das gleiche gilt bei mehreren Listen, wenn in ihnen insgesamt nur so viele Bewerber benannt sind, wie Mitglieder zu wählen sind.

Bei einer Wahl ohne Wahlhandlung gelten die Vorgeschlagenen mit Ablauf des Wahltags als gewählt.

§ 53 SGB IV: Wahlorgane

Zur Durchführung der Wahlen werden als Wahlorgane Wahlbeauftragte, **Wahlausschüsse** und Wahlleitungen bestellt. Sie üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus.

Zu den Aufgaben der Wahlausschüsse gehören u.a. die **Bekanntgabe der Wahlergebnisse an**

die gewählten Bewerber und an den Listenvertreter (§§ 61, 62, 72 SVWO) und die Feststellung und öffentliche Bekanntmachung des endgültigen Wahlergebnisses (§79 Abs. 3 SVWO).

In § 72 SVWO Abs. 1 heißt es: „ Der Wahlausschuss stellt unverzüglich das Wahlergebnis fest und macht es öffentlich bekannt. Dabei sind neben den Angaben aus der Niederschrift Familienname, Vorname, Geburtsjahr und Anschrift der **gewählten Mitglieder der Vertreterversammlung und ihrer Stellvertreter anzugeben.**

In § 61 SVWO Abs. 2 heißt es: „Der Wahlausschuss benachrichtigt die gewählten Bewerber und teilt ihnen mit, dass sie **zu der ersten Sitzung der Vertreterversammlung oder des Verwaltungsrates** mindestens einen Monat vorher geladen werden“:

In den Erläuterungen von Düker/Kerwat heißt es ergänzend: „Bei der Benachrichtigung der Stellvertreter, die zwar nicht ausdrücklich vorgeschrieben, aber zweckmäßig ist, sollte der Hinweis nicht fehlen, dass sie u. U. zu der Sitzung geladen werden, wenn **wegen der Verhinderung eines zum Mitglied gewählten Bewerbers dieser durch einen Stellvertreter vertreten wird** (§ 43 Abs. 2 SGB IV).

In den Erläuterungen Düker/Kerwat zu § 43 Abs. 2 heißt es u.a.: „Verhinderte Mitglieder der Vertreterversammlung werden nach Abs. 2 von Personen vertreten, die in der Vorschlagsliste als Vertreter aufgeführt sind. Die **Vertretung erfolgt stets durch die in der Stellvertreterliste an erster Stelle stehende Person.** Erst wenn diese verhindert ist oder zwei ordentliche Mitglieder zu vertreten sind, kommt der zweite Stellvertreter zum Zuge. Diese Form der „unpersönlichen“ Stellvertretung hat sich bewährt, da insbesondere bei stärkeren Fraktionen fast regelmäßig ein Mitglied verhindert ist, wodurch der erste Stellvertreter de facto zum „ständigen“ Mitglied der Vertreterversammlung wird; ein Tatbestand, der **ihn verpflichtet, sich wie ein ordentliches Mitglied über die anstehenden Entscheidungen ständig auf dem laufenden zu halten.** Die Anzahl der Stellvertreter darf die Anzahl der Mitglieder maximal um vier übersteigen (Abs. 2 Satz 2).“

„Dem Grundsatz der Gewaltenteilung folgend, bestimmt § 43 Abs. 3 Satz 1 SGB IV den **Ausschluss einer gleichzeitigen Mitgliedschaft in Vertreterversammlung und Vorstand** desselben Versicherungsträgers. Gem. § 59 Abs. 1 Nr. 2 **endet die Zugehörigkeit zur Vertreterversammlung kraft Gesetzes, sobald ein Mitglied der Vertreterversammlung in den Vorstand gewählt wird** – und umgekehrt“.

Anmerkung ver.di:

Ausdrücklich weisen Düker/Kerwat darauf hin: „**Organmitglieder und deren Vertreter brauchen im Falle ihres Ausscheidens nicht durch Personen ersetzt werden, die in der ursprünglichen Liste als Stellvertreter benannt worden waren. Die vorschlagsberechtigte Stelle (Organisation = Listenträger) ist somit in der Lage, die im Zeitpunkt des Ausscheidens am geeignetsten erscheinende Person als Nachfolger zu nominieren.** (siehe hierzu auch die Ausführungen zu § 60 SVWO **Ergänzung der Selbstverwaltungsorgane** und § 79 SGB IV **Bekanntmachung**)“

In den KandidatenInnen- Richtlinien von ver.di heißt es unter 3.3.1 Ergänzung der Liste zur Vertreterversammlung nach der Vorstandswahl bei den Trägern der Rentenversicherung und der Unfallversicherung: „Für die aus der Vertreterversammlung durch Wahl in den Vorstand ausscheidenden Mitglieder benennt die „Zuständige Stelle in ver.di“ die den gewählten Mitgliedern folgenden KandidatenInnen in der Reihung der Vorschlagsliste“

§ 52 SGB IV: Wahl des Vorstandes

Die **Vertreter der Versicherten** und der Arbeitgeber **in der Vertreterversammlung wählen** auf Grund von **Vorschlagslisten** getrennt die Vertreter ihrer Gruppe **in den Vorstand**.

Die **Vorschlagslisten müssen von zwei Mitgliedern der Gruppe der Vertreterversammlung**, für die sie gelten soll, **unterzeichnet sein**.

Wahl durch die Vertreterversammlung

In ihren Erläuterungen weisen Düker/Kerwat darauf hin, dass die Mitglieder des – ehrenamtlichen – Vorstandes von den Versicherten und Arbeitgebern nicht in Urwahl, sondern von der Vertreterversammlung gewählt werden. Die Versicherten und Arbeitgeber wählen für sich getrennt die Vertreter ihrer Gruppe.

In der Sozialversicherungswahlordnung (SVWO) ist vorgeschrieben, **dass die Wahl des Vorstandes in der ersten Sitzung der Vertreterversammlung erfolgen muss**. (§ 73 Abs. 3 Nr. 2 SVWO).

Vorschlagslisten für die Wahl des Vorstandes

Ebenso wie die Mitglieder der Vertreterversammlung werden auch die Mitglieder des – ehrenamtlichen – Vorstandes auf Grund von Vorschlagslisten **gewählt**. **Die Organisationen, denen gem. § 48 für die Wahl der Vertreterversammlung unmittelbar das Vorschlagsrecht eingeräumt ist, können bei der Wahl des Vorstandes nur mittelbar auf den Inhalt der Vorschlagslisten Einfluss nehmen**. **Die Vorschlagslisten, die von zwei Mitgliedern der Vertreterversammlung der jeweiligen Gruppe unterzeichnet sein müssen, sind nur gültig, wenn ein Listenvertreter und sein Stellvertreter benannt sind** (s. § 77 Abs. 3 Satz 2 und 3 SVWO).

Wählbare Personen

In den Erläuterungen zu § 52 SGB IV heißt es bei Düker/ Kerwat:

„Zur Wahl als Mitglied des – ehrenamtlichen – Vorstandes können **Mitglieder der Vertreterversammlung, aber auch andere – wählbare – Personen vorgeschlagen werden**. Wird ein Mitglied der Vertreterversammlung zum Vorstandsmitglied gewählt, verliert es Kraft Gesetzes mit dem Erwerb dieses Amtes die Mitgliedschaft in der Vertreterversammlung (§ 59 Abs. 1 Nr. 2 i. V. m. § 43 Abs. 3 Satz 1).

Die Wahl einer anderen Person hat den praktischen Vorteil, dass nach erfolgter Wahl keine Ergänzung der Vertreterversammlung nach § 60 notwendig wird.“

§ 79 SVWO Bekanntmachung

„(1) Der **Vorsitzende der Vertreterversammlung** oder des Verwaltungsrates teilt dem Wahlausschuss das Ergebnis der Wahl der Vorsitzenden der Vertreterversammlung oder des Verwaltungsrates und der Wahl des Vorstandes mit.

Der **Vorsitzende des Vorstandes** teilt dem Wahlausschuss das Ergebnis der Wahl der Vorsitzenden des Vorstandes mit.

Bei abwechselndem Vorsitz sind die Zeiträume mitzuteilen, in denen die Gewählten den Vorsitz führen. „

„(2) **Eine durch die Wahl des Vorstandes erforderlich gewordene Ergänzung der Vertreterversammlung** (§ 60 Abs. 1 in Verbindung mit § 59 Abs. 1 SGB IV) ist unverzüglich durchzuführen. Der Vorsitzende des Vorstandes teilt dem Wahlausschuss das **Ergebnis des Ergänzungsverfahrens** mit.“

Auf Grund dieser Mitteilungen stellt der Wahlausschuss unverzüglich das **endgültige Wahlergebnis fest und macht es öffentlich bekannt**.

Dazu Düker/Kerwat: „ Einzubeziehen ist auch die **durch die Wahl des Vorstandes notwendig gewordene Ergänzung der Vertreterversammlung** (vergl. Abs. 2).“

Die Erläuterungen zu § 59 Abs. 1 Nr. 2 SGB IV besagen: „Wird nach einer Sozialversicherungswahl ein Mitglied der Vertreterversammlung in den Vorstand gewählt, so ist – nach der konstituierenden Sitzung des Vorstandes, § 58 Abs. 1 Satz 1 – die erforderlich gewordene **Ergänzung der Vertreterversammlung** unverzüglich durchzuführen (§ 79 Abs. 2 Satz 1 SVWO). Erst danach stellt der Wahlausschuss das endgültige Wahlergebnis fest.“

§ 60 SGB IV: Ergänzung der Selbstverwaltungsorgane

Im § 60 Abs. 1 SGB IV heißt es:

„Scheiden **Mitglieder oder stellvertretende Mitglieder eines Selbstverwaltungsorgans** vorzeitig aus, fordert der Vorsitzende des Vorstandes die Stelle, die die Vorschlagsliste der Ausgeschiedenen eingereicht hat (Listenträger), unverzüglich auf, innerhalb zweier Monate Nachfolger vorzuschlagen.

Sind in einer Liste Stellvertreter in ausreichender Zahl vorhanden und hält der Listenträger weitere Stellvertreter nicht für erforderlich, kann der Vorstand zulassen, dass von einer Ergänzung abgesehen wird, wenn die in § 48 Abs. 6 Satz 2 vorgeschriebene Reihenfolge gewahrt ist“

Dazu Düker/ Kerwat: „Organmitglieder und deren Vertreter brauchen im Falle ihres Ausscheidens nicht durch Personen ersetzt werden, die in der ursprünglichen Liste als Stellvertreter benannt worden waren. Die vorschlagsberechtigte Stelle (Organisation = Listenträger) ist somit in der Lage, die im Zeitpunkt des Ausscheidens am geeignetsten erscheinende Person als Nachfolger zu nominieren“

„Wird als Ersatz für das ausgeschiedene Mitglied oder dessen Vertreter ein Stellvertreter aus der ursprünglichen Liste benannt, braucht die dadurch entstehende Lücke – vorbehaltlich der Zustimmung des Vorstandes – nicht geschlossen zu werden, wenn der Listenträger die Zahl der verbleibenden Stellvertreter, die jeweils einen Platz aufrücken, für ausreichend hält“.

Anmerkung ver.di:

Das **Ausscheiden eines Mitgliedes** der Vertreterversammlung oder des Verwaltungsrates hat ein Ergänzungsverfahren gem. § 60 SGB IV zur Folge. Der **Gewerkschaftsrat hat in den KandidatenInnen- Richtlinien unter 3.3.2 bestimmt**, dass der **Listenträger** (Zuständige Stelle in ver.di gem. 1.3. der Richtlinie) die Vorschlagsliste und ihre Reihung zu beachten hat. Bei zwingend gebotenen Abweichungen ist das Gremium, das nach 3.2.3 dieser Richtlinie über die Listenzusammensetzung entschieden hat, umgehend zu unterrichten.

Wie eingangs zu § 43 Abs. 2 SGB IV ausgeführt, **„sind Stellvertreter die als solche in der Vorschlagsliste benannten und verfügbaren Personen in der Reihenfolge ihrer Aufstellung bis zu einer Zahl, die die der Mitglieder um vier übersteigt; ...“**

Angenommen, ver.di hat eine Liste für die Vertreterversammlung eines Trägers in der Renten- oder Unfallversicherung eingereicht und ist nach der Wahl (Wahl mit Wahlhandlung (Urwahl) oder Wahl ohne Wahlhandlung (Friedenswahl) mit 10 Mitgliedern in der Vertreterversammlung vertreten, so ist gem. § 43 Abs. 2 SGB IV die Stellvertreterliste auf 14 begrenzt.

Im Kommentar Becher/ Fuchs , Wegweiser für die Wahlen der Sozialversicherung, 10. Auflage, heißt es im Überblick über die Rechtsänderungen (M 1): „Bei der Wahl der Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane gelten nicht mehr alle in der Vorschlagsliste benannten Stellvertreter als gewählt. Aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung wird ihre Zahl auf eine angemessene Größenordnung begrenzt.....“

Also wissen wir (ver.di) erst nach der Wahl, wie viele der in unserer ver.di- Vorschlagsliste benannten Stellvertreter als gewählt gelten.

Konsequenzen für ver.di-Listen

Scheiden dann Mitglieder oder stellvertretende Mitglieder aus (z. B., weil sie in den Vorstand gewählt worden sind oder aber im Laufe der Amtsperiode aus einem anderen im § 59 SGB IV genannten Grund), fordert der Vorsitzende des Vorstandes die Stelle, die die Vorschlagsliste der Ausgeschiedenen eingereicht hat (in dem genannten Beispiel: „Zuständige Stelle in ver.di als Listenträger) auf, Nachfolger vorzuschlagen. **Bei der durch § 43 Abs. 2 SGB IV begrenzten Zahl der Stellvertreter sollten die „Zuständigen Stellen in ver.di“ als Listenträger künftig nicht nur für ausscheidende Mitglieder in den Selbstverwaltungsorganen Nachfolger vorschlagen, sondern auch für ausscheidende Stellvertreter, damit wir die höchstmögliche Größenordnung auf der Stellvertreterliste ausschöpfen.**

Nach § 40 SGB IV üben die Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane 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**.

Düker/Kerwat erläutern: „Die Stellvertreter haben die Rechte und Pflichten eines Mitglieds nicht nur für die Zeit, in der sie die Mitglieder vertreten; seit dem In-Kraft-Treten des SGB IV ausdrücklich auch dann, wenn sie andere ihnen übertragene Aufgaben wahrnehmen, z. B. als Mitglied eines Ausschusses ...“

SV-Wahl-Infos: Wegweiser für die Wahlen in der Sozialversicherung

In Vorbereitung auf die Sozialwahlen hat das Ressort 12, Bereich Sozialpolitik/Soziale Selbstverwaltung Sozialwahlen die SV-Wahl-Info-Reihe veröffentlicht:

(Sie dient in erster Linie den hauptamtlichen GewerkschaftssekretärenInnen als Arbeit- und Argumentationshilfe).

SV-Wahl-Info 01	Sozialwahlen 2005
SV-Wahl-Info 02	Sozialwahlen in der Gesetzlichen Rentenversicherung
SV-Wahl-Info 03	Sozialwahlen in der Gesetzlichen Unfallversicherung
SV-Wahl-Info 04	Betriebskrankenkassen
SV-Wahl-Info 05	Unfallversicherung – Aufgaben und Leistungen der Gewerblichen Berufsgenossenschaften
SV-Wahl-Info 06	Wahltermin
SV-Wahl-Info 07	Vorschlagsberechtigung
SV-Wahl-Info 08	Vorschlagslisten-Stützunterschriften-Zeitplan
SV-Wahl-Info 09	Aufruf an KandidatenInnen
SV-Wahl-Info 10	Intranet-Internet
SV-Wahl-Info 11	Arbeitshilfen-Kommentar von Clemens Becher
SV-Wahl-Info 12	Fusion von Arbeiterersatzkassen im AEV
SV-Wahl-Info 13	Soziale Selbstverwaltung
SV-Wahl-Info 14	Wahlkalender
SV-Wahl-Info 15	Organisationsreform in der Gesetzlichen Rentenversicherung Bedeutung für die Sozialwahlen
SV-Wahl-Info 16	BV: Wahlkampfkonzeption und neuer ver.di- interner Terminplan
SV-Wahl-Info 17	Selbstverwaltung in den BGen am Beispiel der BGW
SV-Wahl-Info 18	OrgReform RV Übergangsregelungen bis 2011
SV-Wahl-Info 19	Listenaufstellung-Nachbenennung-Ergänzungsverfahren
SV-Wahl-Info 20	Einreichung von Vorschlagslisten
SV-Wahl-Info 21	Mitteilungen der Versicherungsträger
SV-Wahl-Info 21A	Wahl zum Verwaltungsrat bei den Krankenkassen
SV-Wahl-Info 21B	Wahl zur Vertreterversammlung bei den Trägern der Unfallversicherung
SV-Wahl-Info 21C	Wahl zur Vertreterversammlung bei den Trägern der RV
SV-Wahl-Info 22	Stützunterschriftenlisten
SV-Wahl-Info 23	in Vorbereitung

Für alle Hauptamtlichen sind die Infos und weitere Arbeitshilfen wie Vordrucke und Formulare im **Intranet** eingestellt.

Sobald der Beirat und der Gewerkschaftsrat über die ver.di-internen KandidatenInnen-Vorschlagslisten Beschluss gefasst haben, wird ver.di ihr **Internetportal** für die Wahlwerbung nutzen.

(W.H.)

II.

WAHLEN IN DER SOZIALVERSICHERUNG 2005

KANDIDATEN/INNEN-RICHTLINIEN

zu den Wahlen der Vertreterversammlungen (und Vorständen)
bei den Trägern der Renten- und Unfallversicherung sowie den
Verwaltungsräten bei den Trägern der Krankenversicherung 2005

(Beschluss des Gewerkschaftsrats vom 26./27. November 2003)

sozial

wahl

2005

I. WAHL ZU DEN VERTRETERVERSAMMLUNGEN UND VERWALTUNGSRÄTEN

1. Zuständigkeit

1.1. Vorschlagsrecht bei bundesweiten Trägern

Auf Bundesebene haben bei den bundesweiten Trägern der Sozialversicherung das Vorschlagsrecht der Bundesvorstand/die Fachbereiche und die Landesbezirke.

1.1.2. Vorschlagsrecht bei regionalen Trägern

Ein Vorschlagsrecht bei den regionalen Trägern der Sozialversicherung haben die Landesbezirke/Fachbereiche.

1.1.3. Nicht vorschlagsberechtigte Stellen

Es bleibt den vorschlagsberechtigten Ebenen/Gliederungen unbenommen, auch nicht vorschlagsberechtigte Stellen (z. B. Bezirke, Ortsgruppen und Betriebsgruppen, Personengruppen) in das Nominierungsverfahren einzubeziehen.

Die Richtlinien der Fachbereiche und Personengruppen bleiben unberührt.¹

1.2. Zusammenstellung der Vorschläge zu einer Vorschlagsliste

1.2.1. Bundesebene

Für bundesweite Sozialversicherungsträger erfolgt auf Bundesebene die Zusammenstellung der Vorschläge zu einer Vorschlagsliste.

Soweit die Zuständigkeit der Bundesebene (Ressort/ Fachbereich) vorliegt, reicht der Landesbezirk/die Landesbezirke gem. ver.di-internem Zeitplan seine/ihre Vorschläge an diese weiter.

¹ z.B. „Richtlinien für MeisterInnen, TechnikerInnen, IngenieurInnen“

Die Bundesebene kann die Zuständigkeit für die Zusammenstellung der Liste an einen Landesbezirk delegieren.

1.2.2. Landesebene

Für regionale Sozialversicherungsträger liegt die Zuständigkeit für die Zusammenstellung der Vorschläge zu einer Liste beim Landesbezirk.

Erstreckt sich der Zuständigkeitsbereich über einen Landesbezirk hinaus, stellt der Landesbezirk die Vorschlagsliste zusammen, in dem der Sozialversicherungsträger seinen Sitz hat. Die übrigen Landesbezirke sind vorschlagsberechtigt.

Für die Betriebskrankenkassen, die keinem Unternehmen zuzuordnen sind, ist der Landesbezirk zuständig, in dem die BKK ihren Sitz hat (s. BKK-Handbuch), gleiches gilt für die IKKs und die Landesverbände der Innungs- und Betriebskrankenkassen. Die übrigen Landesbezirke sind vorschlagsberechtigt.

1.2.3. Entscheidung des Gewerkschaftsrates

Über die „Zuständige Stelle in ver.di“ für die Listenaufstellung bei den Sozialversicherungsträgern (siehe Anhang) entscheidet der Gewerkschaftsrat.

Für den Fall dass es bei der Zusammenstellung der Vorschläge zu einer Vorschlagsliste zwischen den Landesbezirken zu Streitigkeiten kommt, entscheidet der Gewerkschaftsrat über die Zusammenstellung der Vorschlagsliste.

1.3. Listeneinreichung

ver.di beteiligt sich an den Sozialwahlen in der Sozialversicherung mit Kandidaten/innen auf Vorschlagslisten des DGB und mit eigenen Vorschlagslisten.

Die Vorschlagslisten werden von der für die Zusammenstellung zuständigen Stelle bei dem jeweiligen Träger der Sozialversicherung entsprechend den einschlägigen Vorschriften der Wahlordnung für die Sozialversicherung eingereicht.

1.3.1. Listenträger

Die ver.di-Vorschlagslisten sind entsprechend der einschlägigen Vorschriften der Wahlordnung für die Sozialversicherung (SVWO) in Verbindung mit § 42 Abs. 1 und 3 der ver.di-Satzung durch den Bundesvorstand (jeweils 2 Mitglieder des Bundesvorstandes gemeinschaftlich) zu unterzeichnen.

Ist der ver.di-Landesbezirk Listeneinreicher, unterzeichnet gemäß § 35 Satz 5 der ver.di-Satzung als Bevollmächtigte/r die Landesbezirksleiterin/der Landesbezirksleiter – im Verhinderungsfall sein/ihr Stellvertreter/in die Vorschlagslisten.

1.3.2. Listenvertreter/in

Die Stelle, die für die Listeneinreichung zuständig ist (Bundesebene/Landesbezirk) bestimmt in der Regel eine/n hauptamtliche/n Mitarbeiter/in zum/r Listenvertreter/in sowie eine/n weitere/n hauptamtliche/n Mitarbeiter/in zu deren/dessen Stellvertreter/in. Die von ver.di beim Sozialversicherungsträger eingereichte Vorschlagsliste wird gegenüber dem Wahlausschuss durch die/den „Listenvertreter/in“ vertreten.

Die Erklärungen des Listenvertreters/der Listenvertreterin gegenüber dem Wahlausschuss sind für ver.di verbindlich. Die Listenvertreter bleiben im Amt und sind bis zur konstituierenden Sitzung

- des Selbstverwaltungsorgans (Verwaltungsrat),
- der Selbstverwaltungsorgane (Vertreterversammlung und Vorstand)

alleinige Ansprechpartner des Wahlausschusses.

2. Grundsätze für die Auswahl der Kandidaten und Kandidatinnen

2.1. Voraussetzung der Wählbarkeit

Die Kandidatin/der Kandidat muss grundsätzlich die Wählbarkeitsvoraussetzungen als Versicherte/r nach § 51 SGB IV für die gesamte Amtsperiode erfüllen. Das gilt auch für Kolleginnen und Kollegen, die sich für eine weitere Amtsperiode zur Wiederwahl stellen.

2.2. Versicherteneigenschaft/Beauftragung

Damit ver.di bei jedem Sozialversicherungsträger ihres Interessenbereiches mit mindestens einer/einem hauptamtlichen Gewerkschaftssekretär/in in der Selbstverwaltung vertreten ist, werden bei den

- Ortskrankenkassen,
- Landesversicherungsanstalten,
- Berufsgenossenschaften,
- Betriebskrankenkassen,
- Innungskrankenkassen,
- und ggf. Arbeitersatzkassen

Beauftragte benannt.

Für die Besetzung der Selbstverwaltungsorgane der Verbände gilt entsprechendes.

2.3. Gewerkschaftliche Mitarbeit und Beitragsehrlichkeit

Der Wahlbewerber/ die Wahlbewerberin muss für ein Amt in der Selbstverwaltung qualifiziert sein und sich durch Mitarbeit in ver.di bzw. in einer der Gründungsgewerkschaften bewährt haben.

Es dürfen keine Zweifel bestehen, dass die aktive Mitarbeit in ver.di auch in Zukunft fortgesetzt wird.

Der Kandidat/ die Kandidatin verpflichtet sich, sein/ihr Mandat zurückzugeben, wenn er/sie seine/ihre Gewerkschaftszugehörigkeit aufgibt oder aus ver.di ausgeschlossen wird.

Die Beitragsehrlichkeit des Wahlbewerbers oder der Wahlbewerberin ist unabdingbare Voraussetzung.

2.4. Soziale Kompetenz

2.4.1. Kontinuität gewerkschaftlicher Arbeit in der Selbstverwaltung

Um die Kontinuität der gewerkschaftlichen Arbeit in der Selbstverwaltung langfristig zu gewährleisten, sollten auf jeder Vorschlagsliste selbstverwaltungserfahrene Kollegen/innen und solche, die erstmals kandidieren und noch eingearbeitet werden müssen,

aber die Gewähr bieten, Erfahrungen und Kenntnisse zumindest in die nächste Wahlperiode weiterzutragen, in einem angemessenen Verhältnis zueinander stehen.

2.4.2. Betriebsbezug

ver.di erachtet es für wünschenswert, dass Wahlbewerber/innen in der Regel auf eine starke betriebliche Verankerung verweisen können.

2.4.3. Bereitschaft zur Zusammenarbeit

Wahlbewerber/innen müssen sich verpflichten zur Zusammenarbeit

- mit anderen Fraktionen in der Selbstverwaltung,
- mit hauptamtlichen Geschäftsführern/innen bzw. Vorständen
- sowie zur aktiven Zusammenarbeit mit den ver.di- Betriebs- und Fachgruppen des jeweiligen Trägers.

2.4.4. Bereitschaft zur Weiterbildung

Wahlbewerber/innen müssen bereit sein, sich in Schulungen, auf Tagungen usw. weiterzubilden und kontinuierlich die aktuelle sozialpolitische Diskussion und Entwicklung, insbesondere in dem für ihre Sozialversicherung relevanten Bereiche, zu verfolgen.

2.5. Hauptamtliche Kollegen und Kolleginnen

2.5.1. Besondere Aufgaben

Hauptamtliche Kollegen/innen haben insbesondere die Aufgabe, ggf. zusammen mit dem gewerkschaftsseitigen Vorsitzenden des Gremiums,

- für gewerkschaftsseitige Betreuung der SV-Vertreter zu sorgen, das schließt eine regelmäßige Berichtspflicht über die aktuellen Entwicklungen in der jeweiligen Selbstverwaltung gegenüber der entsenden Gewerkschaft und gegenüber den Mitgliedern und stellvertretenden Mitgliedern der jeweiligen Selbstverwaltungsorgane ein.
- Vorbereitungen zu den Gremiensitzungen zu organisieren,
- die Diskussion zwischen Selbstverwaltung und den jeweils zuständigen Gewerkschaftsgremien zu organisieren,
- und, wo erforderlich, externe Beratung für die gewerkschaftlichen Vertreter/innen in den jeweiligen Selbstverwaltungsorganen zu organisieren,
- Kontaktpflege und Organisation des Austausches mit den jeweiligen Betriebsgruppen und mit den Fachgruppen bzw. Personalräten.
(Bei Verbänden ggf. mit den Betriebsräten).

2.6. Berücksichtigung von Frauen

Bei der Aufstellung der Vorschlagslisten für die Sozialwahlen ist § 20 Abs. 3 der ver.di-Satzung anzuwenden.²

² Frauen müssen in allen Organen, Beschlussgremien und bei Delegiertenwahlen mindestens entsprechend ihrem Anteil an der jeweils repräsentierten Mitgliedschaft vertreten sein. Wenn die Frauenquote nicht zu erfüllen ist, ist dies zu begründen und zur Entscheidung dem Bundesvorstand vorzulegen.

2.7. Kreis der Wahlbewerber/innen

Diese Auswahlkriterien der Ziffer 2. gelten in gleicher Weise für die BfA-Versichertenberater/innen und LVA-Versichertenälteste und Knappschaftsälteste sowie Mitglieder in den Renten- und den Widerspruchsausschüssen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger.

3. Grundsätze für die Zusammenstellung der Listen

3.1. Aufstellung von Vorschlägen

Bei der Aufstellung von Vorschlägen sind folgende Punkte zu beachten:

- 3.1.1.** Soweit mehr als ein Vorschlag gemacht wird, sind die Kandidatinnen und Kandidaten in eine Reihenfolge zu bringen.
- 3.1.2.** Für die Nominierung und Listenplatzierung von Wahlbewerberinnen gilt 2.6. dieser Richtlinie.
- 3.1.3.** Zwischen haupt- und ehrenamtlichen Wahlbewerbern/innen soll ein ausgewogenes Verhältnis hergestellt werden.
- 3.1.4.** Die Vorschläge sollen den besonderen regionalen und/oder fach-/berufsspezifischen Gegebenheiten des Trägers Rechnung tragen.

3.2. Zusammenstellung der Vorschläge zu Listen zu den Wahlen der Vertreterversammlungen bei den Trägern der Renten- und Unfallversicherung sowie den Verwaltungsräten bei den Trägern der Krankenversicherung

Die zuständige Stelle im Sinne von 1.2. in Verbindung mit der Anlage „Zuständige Stelle in ver.di im Sinne der ver.di-Kandidaten/innen-Richtlinie“ fasst die ihr vorliegenden Vorschläge und ggf. ihre eigenen Vorschläge zu einer Vorschlagsliste gem. SGB IV zusammen.

- 3.2.1.** Die Vorschlagslisten sollten regelmäßig genauso viele Wahlbewerber/innen enthalten, wie Versichertenvertreter/innen für die Vertreterversammlung zu wählen sind
Das gilt nicht, soweit wahltaktische Gründe dagegen sprechen oder aber Vereinbarungen mit anderen Gruppierungen getroffen sind.
Für jede Vorschlagsliste ist gem. SGB IV eine angemessene Zahl von Stellvertreter/innen zu benennen
- 3.2.2.** Die „Zuständige Stelle in ver.di“ ist an die Reihenfolge der Kandidatinnen und Kandidaten der einzelnen Vorschläge gebunden. Sie kann hiervon nur abweichen, wenn sonst die Grundsätze nach 3.1. verletzt würden.
- 3.2.3.** Die Vorschlagsliste ist dem zuständigen Landesbezirksvorstand zur Beschlussfassung vorzulegen.
Soweit die Listenzusammenstellung in der Zuständigkeit der Bundesebene (Ressort/ Fachbereich) liegt, trifft auf Vorschlag des Bundesvorstandes nach Beratung im Beirat der Gewerkschaftsrat die endgültige Entscheidung.

3.2.4. Nach der Beschlussfassung nach 3.2.3. werden die Landesbezirke und die Fachbereiche durch den Bundesvorstand durch Zusendung von Abschriften der endgültigen Vorschlagsliste darüber informiert, welche ihrer Vorschläge Eingang in die Liste gefunden haben.

Die Landesbezirke und die Fachbereiche der Bundesebene sind gehalten, den von ihnen vorgeschlagenen Kandidaten und Kandidatinnen eine Abschrift der endgültigen Vorschlagsliste auszuhändigen.

II. WAHL ZU DEN VORSTÄNDEN IN DER RENTEN- UND UNFALLVERSICHERUNG

3.3. Für die Kandidaten und Kandidatinnen der durch die jeweilige Vertreterversammlung zu wählenden Mitglieder des Vorstandes gelten die Grundsätze unter I. entsprechend.

III. NACHBENENNUNG

3.3.1. Ergänzung der Liste zur Vertreterversammlung nach der Vorstandswahl

Nach der Wahl des Vorstandes bei den Trägern der Rentenversicherung und der Unfallversicherung:

Für die aus der Vertreterversammlung durch Wahl in den Vorstand ausscheidenden Mitglieder benennt die „Zuständige Stelle in ver.di“ die den gewählten Mitgliedern folgenden Kandidaten/innen in der Reihung der Vorschlagsliste.

3.3.2. Ergänzung von Verwaltungsrat, Vertreterversammlung und Vorstand während der laufenden Legislaturperiode

Das Ausscheiden eines Mitgliedes der Vertreterversammlung oder des Verwaltungsrates hat ein Ergänzungsverfahren gem. § 60 SGB IV zur Folge.

Der Listenträger (Zuständige Stelle nach 1.3. dieser Richtlinie) hat die Vorschlagsliste und ihre Reihung zu beachten.

Bei zwingend gebotenen Abweichungen ist das Gremium, das nach 3.2.3. dieser Richtlinie über die Listenzusammensetzung entschieden hat, umgehend zu unterrichten.

IV. FUNKTIONÄRSDATEI

4. Die für die Zusammenstellung und Einreichung der Listen „Zuständige Stelle in ver.di“ hat die neu- und wiedergewählten Organmitglieder nach Konstituierung der Selbstverwaltungsorgane in die Funktionsdatei einzugeben. Die Daten sind fortlaufend zu pflegen.

4.1. Entsprechendes gilt für die Versichertenältesten der LVAen für die BfA-Versichertenberater/innen und die Mitglieder in den Rentenausschüssen und Widerspruchsstellen der Unfallversicherungsträger.

ANHANG

Sozialversicherungsträger mit „Zuständiger Stelle in ver.di“

HINWEIS:

Die Liste der „Zuständigen Stellen in ver.di“ wird weiter fortgeschrieben und ist in der jeweils aktuellen Fassung im ver.di-Intranet eingestellt.

Die Kandidaten/innen-Richtlinien sind ebenfalls im Intranet eingestellt.

(W.H.)

H. Veröffentlichungen des Bereichs Sozialpolitik/ Gesundheitspolitik

Übersicht der Materialien aus dem Bereich Sozialpolitik/Gesundheitspolitik (Stand Juli 2004)

I. Regelmäßige Veröffentlichungen

- Sozialpolitische Informationen / Januar 2002
- Sozialpolitische Informationen / Juli 2002
- Sozialpolitische Informationen / Daten/Fakten/Hintergründe 1. Halbjahr 2003
- Sozialpolitische Informationen / Daten/Fakten/Hintergründe 2. Halbjahr 2003
- Sozialpolitische Informationen / Daten/Fakten/Hintergründe 1. Halbjahr 2004
- Sozialpolitische Informationen / Daten/Fakten/Hintergründe 2. Halbjahr 2004

II. Broschüren

- Altersvermögensergänzungsgesetz – AVmEG / Info rund um die Neuregelungen zur Rente
- Die betriebliche Altersvorsorge / Leitfaden zur Umsetzung im Betrieb
- Neuregelungen bei den geringfügigen Beschäftigten – 400 € Minijob 1.– 4. Auflage/ zuletzt April 2004
- Drehbuch für erfolgreiche Projekte zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement
- Tagungsdokumentation der Fachtagung zur Besteuerung von Alterseinkünften am 14.04.2003 in Berlin
- Tagungsdokumentation für ver.di Vertreterinnen und Vertreter in den Selbstverwaltungsgremien der gesetzlichen Rentenversicherung am 29./30. April 2003 in Dortmund
- Tagungsdokumentation Fachtagung ver.di für einen umfassenden und ganzheitlichen Arbeits- und Gesundheitsschutz in den Betrieben und Verwaltungen 20./21. Januar 2003 in Berlin
- Zukunft der Pflege
- Zukunft der Rente
- Vorsicht Nadelstiche! Informationen für Beschäftigte im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege

III. Flyer

- Das neue Altersvermögensgesetz und was sie davon haben
- Was bringt die neue betriebliche Altersvorsorge Frauen?
- Wer sind die Gewinner, wer sind die Verlierer der „Reformen“?

IV. 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
- Besteuerung von Alterseinkünften Nr. 02/2003
- Hartz-Kommission und die gesetzliche Umsetzung Nr. 03/2003
- Themen-Tipps-Termine ver.di und die BGW Nr. 04/2003
- Sachverständigenkommission zur Neuordnung der steuerlichen Behandlung Nr. 05/2003
- 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
- (noch nicht benannt) Nr. 12/2003
- (noch nicht benannt) Nr. 13/2003
- Selbstverwaltung in den gewerblichen Berufsgenossenschaften Nr. 14/2003
- Sonderinfo Altersteilzeit Nr. 15/2004
- Behinderteninfo SGB IX Nr. 16/2004

V. Informationen zur Sozialpolitik / Gesundheitspolitik (sopo-aktuell)

- Gefahrstoffnovelle in Sicht Nr. 01/2002
- Was gibt es Neues zum Thema Arbeit und Gesundheit Nr. 01/2003
- Sozialpolitischer Stammtisch/Grundsicherung Nr. 02/2003
- Arbeitszeitliche Belastung der Beschäftigten Nr. 03/2003
- Rückschritt beim Strahlenschutz Nr. 04/2003
- Rundschreiben G1 – Projekt Nr. 05/2003
- Unfallkasse des Bundes gegründet Nr. 06/2003
- Stellungnahme ver.di zur Einführung einer Rechtsaufsicht Nr. 07/2003
- Masterplan Bürokratieabbau –BMW 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
- Aktuelles zu Altersteilzeit und Vorruhestand Nr. 22/2003
- Gesetzentwurf Altersteilzeit und Vorruhestand Nr. 23/2003
- Bayerisches Projektmanagement – Deregulierung – Nr. 24/2003
- Neue aus „Entbürokratistan“ ver.di zu den Vorschlägen des Bundeskabinetts zum Bürokratieabbau im Arbeitsschutz Nr. 25/2004

Informationen zur Sozialwahl siehe G.I.

Internet-Präsentation unter

www.verdi.de/Sozialpolitik