„Solidarisch und gerecht -
Eine Bürgerversicherung für Alle“

in der gesetzlichen Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung

Katholische Arbeitnehmer-Bewegung
Diözesanverband Köln

Sehen

Folgt man der Berichterstattung in den Medien und den Aussagen von verschiedenen Politikern/Innen bleibt nur ein Schluss: „Die gesetzliche Sozialversicherung ist nicht mehr finanzierbar und überholt. Allein die kapitalgedeckte und privat finanzierte Versicherung kann ausreichenden Schutz vor den sogenannten Wechselfällen des Lebens Alter, Krankheit und Pflegebedürftigkeit sicherstellen."

Die bisherigen Steuerzuschüsse an die gesetzlichen Sozialversicherungsträger reichen nicht aus, um die jetzt schon vorhandenen versicherungsfremden Leistungen zu finanzieren, hier sind beispielhaft zu nennen:

- Im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung die Anerkennung von weiteren Kindererziehungszeiten und die beabsichtigte formale Angleichung der Ostrenten an das Niveau der Westrenten,
- im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung insbesondere die Familienversicherung.

Weitere kostenträchtige Entscheidungen werden durch die politisch verantwortlich Handelnden bereits heute in den Blick genommen.

Diese sind im Grundsatz zu begrüßen und werden zum Teil von der KAB seit Jahren gefordert, wie z.B. die Einführung einer Mindestrente. Den Sozialversicherungen und damit den Beitragszahlern werden dadurch neue Lasten aufgebürdet, die ausschließlich aus Beitragsmitteln erbracht werden müssen, weil die Gegenfinanzierung nicht aus Steuermitteln erfolgt.
Gleichzeitig halten die politischen Entscheider/innen ein weiteres Absinken des Rentenniveaus insgesamt aus finanziellen Gründen für unvermeidbar.

In der gesetzlichen Krankenversicherung haben systematische Eingriffe dazu geführt, dass ein erheblicher Anteil der Kosten (Krankengeld) der Versichertengemeinschaft als Zusatzbeitrag übertragen oder auch frühere Versicherungsleistungen aus dem Leistungskatalog (z. B. Sehhilfen) gestrichen und die Leistungshöhe (Zahnersatz) erheblich gemindert wurden.

Die gesetzliche Pflegeversicherung war bereits von ihrem Ursprungskonzept nie als „Vollkaskoversicherung" angelegt. Was sich nicht erst heute als eklatanter Fehler erweist! [1]

Festzuhalten ist, dass die Politik sowohl Leistungsänderungen zu Lasten der Beitragszahler herbeiführt und gleichzeitig konstatiert, dass eine Belastungsgrenze für Beitragszahler (Versicherte und Unternehmen) erreicht ist.

Die Soziale Frage in unserer Wohlstandsgesellschaft hat sich nicht erledigt, sondern stellt sich immer wieder neu und verändert. Zunehmend bleiben mehr und mehr Menschen von der gerechten Teilhabe und Teilnahme durch zu geringe Leistungssätze im Rentenrecht und von einer umfassenden Gesundheitsvorsorge und bedarfsorientierten Leistung in der Pflege ausgeschlossen.

[1] „Um in Würde alt werden zu können, muss die Pflege eine „Vollkasko"- und paritätisch finanzierte Versicherung werden!" Vergleiche auch Beschluss des Diözesantages der KAB Köln 2014: „Wieder Sozial Denken und Handeln" Seite 10 „Pflegeversicherung

Dabei wird die Schere zwischen Arm und Reich zunehmend größer.
Im Jahr 2016 besaß ein Prozent der Bevölkerung mehr Vermögen als der Rest der Welt, d.h., dass das reichste Prozent der Weltbevölkerung mehr besessen hat, als die restlichen 99 Prozent.
Für Deutschland sind die Zahlen vergleichbar. Allein die fünf reichsten Deutschen besitzen so viel wie 40% der restlichen Bevölkerung!
Oxfam Deutschland e.V. rechnete vor, dass das Vermögen des wohlhabendsten Prozentes unseres Landes ausreichen würde, die deutschen Staatsschulden komplett zu bezahlen, für den Bundeshaushalt 2014 aufzukommen und dann noch genug Geld übrig bliebe, um ein Jahr lang die gesetzliche Krankenversicherung vollständig zu finanzieren. [2]

Vor allem dank hoher Unternehmensbewertungen und dem anhaltenden Boom am Immobilienmarkt ist das Vermögen der 500 reichsten Deutschen in den vergangenen zwölf Monaten nach Angaben des manager magazins um 5,9 Prozent auf insgesamt 692,25 Milliarden Euro gewachsen. Das ist mehr als das Bruttoinlandsprodukt der Niederlande im Jahr 2015, die unter den größten Volkswirtschaften der Welt Platz 17 belegt. [3]

Durch die jahrzehntelange Meinungsmache durch Politik und Medien in Deutschland hat sich in der bundesrepublikanischen Bevölkerung der Eindruck manifestiert, dass unser Sozialstaat nicht mehr finanzierbar ist.

Statt über alternative Finanzierungsmöglichkeiten nachzudenken und diese umzusetzen, Vorschläge dafür lagen lange schon auf dem Tisch, wurde seitens der Politik die Entsolidarisierung vorangetrieben und die private Vorsorge zur „Pflichtaufgabe" erklärt. Unter dem Titel „Stärkung der Eigenverantwortung" wurde, bei gleichzeitigen Leistungskürzungen im Bereich der gesetzlichen Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung, dringend zum Abschluss von privaten Versicherungsverträgen geraten. Mit anderen Worten: „Wenn die Leistungen der gesetzlichen Sozialversicherung keinen ausreichenden Versicherungsschutz mehr bieten, bist Du zur Eigenvorsorge verpflichtet!"

Die Notwendigkeit oder auch die Pflicht zur privaten Vorsorge ist dabei eigentlich nur eine verdeckte bzw. verschleierte Beitragserhöhung, die darüber hinaus einseitig nur von den Versicherten zu tragen ist.

Ein wesentliches Argument für die Kürzungen im Leistungsbereich der gesetzlichen Sozialversicherungen und die Aufforderung zur privaten Eigenvorsorge war, die Arbeitskosten zu verringern und die Wettbewerbsfähigkeit des Wirtschaftsstandortes Deutschland zu stärken. Dabei wurde aber nicht der Wirtschaftsstandort Deutschland gestärkt, sondern eine weitere erhebliche Umverteilung „von unten nach oben" in die Wege geleitet. Dies wird auch durch die Veränderungen in den Besitzverhältnissen, wie sie oben kurz dargestellt wurden, belegt.

Darüber hinaus sind gerade die einkommensschwachen Schichten, die auf die solidarische Finanzierung angewiesen sind, oft nicht in der Lage die Kosten einer ergänzenden privaten Vorsorge zu tragen.

[2] www.oxfam.de
[3] manager magazin Ausgabe Oktober 2016

Einschlägige Statistiken belegen, dass Menschen mit niedrigem Einkommen eine deutlich verringerte Lebenserwartung haben! [4]
Mit zunehmender Dringlichkeit stellen auch die gesetzlichen Krankenkassen fest, dass es in der Bundesrepublik eine „Zweiklassenmedizin" gibt. Dies betrifft nicht nur die Wartezeiten bei der Terminvergabe von Fachärzten, sondern auch den Zugang zu Gesundheitsleistungen. Von der Politik wird das bestätigt, ohne dass hieraus nachhaltige Konsequenzen gezogen werden.

Die derzeit gesetzlichen Regelungen, insbesondere in der Krankenversicherung, führen u.a. dazu, dass die ärmeren Bevölkerungsgruppen zu ihren Lasten noch ärmere Bevölkerungsgruppen mitfinanzieren müssen.
So stehen den von den Jobcentern an die gesetzlichen Krankenversicherungen überwiesenen monatlichen 90,– EUR, eine durchschnittliche Leistungsausgabe pro Alg II-Empfänger/in von monatlich 136,– EUR gegenüber. Die Differenz wird nicht etwa aus Steuermitteln, sondern ausschließlich durch die Beitragszahler (Versicherte und Arbeitgeber) finanziert.
Für die AOK Rheinland/Hamburg bzw. für deren Beitragszahler bedeutet dies eine Finanzierungslücke von 200 Mio. Euro pro Jahr, dies entspricht ca. 0,4 % Beitragssatzpunkte.
Alle Versicherten in den privaten Krankenversicherungen oder in berufsständigen Versorgungseinrichtungen finanzieren diese Deckungslücke nicht mit!

Durch die Aufsplitterung der Krankenversicherung in ein gesetzliches und privatrechtliches Versorgungssystem wird eine Risikoselektion ermöglicht, die dazu führt, dass gerade die sozial Schwächsten höhere Lasten zu tragen haben, als die sozialstärkeren Bevölkerungskreise.

Konkret wirkt sich das Bestehen zweier unterschiedlicher Sozialversicherungssysteme so aus, dass die sogenannten guten Risiken (Gutverdienende und Gesunde) in die private Versicherungswirtschaft abwandern und damit die Versichertengemeinschaft in der gesetzlichen Versicherung einen deutlich höheren Anteil an Leistungen zu erbringen hat, weil die durchschnittlichen Leistungsausgaben pro Versicherten höher ausfallen.

Nicht zuletzt durch politische Entscheidungen steigen die Ausgaben für beide Versicherungssysteme insbesondere dadurch, weil die Honorierung der Ärzte in den letzten Jahren überproportional angehoben worden ist.[5]

Dies und die Niedrigzinsphase wirken sich vor allem auf die Privatversicherten aus, mit der Folge, dass die Beiträge zum Jahresanfang 2017 teilweise über 10% angestiegen sind. Diese stetig zunehmenden Kosten führen dazu, dass immer mehr privatversicherte Rentner sich der Armutsgrenze annähern.

Trotz der bestehenden Versicherungspflicht in der Bundesrepublik Deutschland in der gesetzlichen bzw. privaten Krankenversicherung sind zwischen 80.000 und 128.000 Personen in Deutschland nicht krankenversichert, davon sind ca. 1/3 Selbstständige ohne angestellte Mitarbeiter/innen (vergleichbar der früheren „Ich-

[4] Laut Spiegel.de liegt die Lebenserwartung von Männern mit unterem Einkommen fast elf Jahre unter der von Top-Verdienern. Bei Frauen beträgt die Differenz rund acht Jahre. Vergleiche auch Beschluss des Diözesantages der KAB Köln 2014. „Wieder Sozial Denken und Handeln" Seite 5, Zeile 48.
[5] Durchschnittsbruttoeinkommen der Ärzte vor Einkommensteuer: 2007 = 193.000 Euro, 2011 = 234.000 Euro (Zunahme 21%).

AG"). Die nicht versicherten Selbstständigen sind häufig nicht in der Lage die erforderlichen Krankenversicherungsbeiträge aufzubringen.

Der Pflegenotstand in den Kranken-, Alten- und Pflegeeinrichtungen wird immer drängender! Leidtragende sind nicht nur die Patienten/innen oder die zu Pflegenden, sondern verstärkt auch das Pflegepersonal. Die zunehmende Arbeitsverdichtung, die zu Überbelastungen führt und die geringen Einkommen der in den Pflegeberufen Beschäftigten führen dazu, dass vor allem in den Großstädten hauptamtliche Pflegekräfte in alternative Berufe abwandern.

Die Finanznot der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung führt zu einem erheblichen Kostendruck auf Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen. Viele von ihnen stehen vor dem finanziellen Aus, weil sie diesem Kostendruck nicht mehr standhalten und diesen auch nicht mehr durch Einsparungen auffangen können. Dadurch wird eine wohnortnahe Versorgung dauerhaft nicht mehr gewährleistet sein.

Im Bereich der Rente sinkt die Leistungsfähigkeit (Rentenniveau) beständig und verschärft somit die Gefahr der Altersarmut. Alleine aus Beitragsmitteln und den bisherigen Steuerzuschüssen wird dieser Trend nicht aufzuhalten sein.

Die jetzt schon absehbaren Veränderungen in der Arbeitswelt werden die Situation noch verschärfen. Stichworte sind hier die zunehmende Digitalisierung (Arbeit 4.0) sowie die wachsende Anzahl Einzelselbstständiger ohne Angestellte.

Urteilen

Für die KAB steht als eine der wichtigsten gesellschaftspolitischen Forderungen die Einführung einer gesetzlichen Bürgerversicherung in der Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung auf der Tagesordnung.

Es geht um soziale Gerechtigkeit, wobei die Jüngeren für die Älteren, die Gesunden für die Kranken einstehen und die Leistungsstarken die Einkommensschwachen in der Finanzierung mittragen. Es geht darum, alle Einkunftsarten für die solidarische Finanzierung heranzuziehen. Die Einbeziehung der weiteren Einkunftsarten bedeutet die grundsätzliche Abkehr von der reinen Lohn- (und Lohnersatzleistung) bezogenen Beitragserhebung.
Damit sollen alle Bürgerinnen und Bürger in den Versichertenkreis einbezogen werden, also auch Gutverdienende, Selbstständige, Freiberufler, Beamte, Abgeordnete, Minister. "[6]

Die Überführung der bestehenden Sicherungssysteme in eine Bürgerversicherung für Alle, würde aufgrund einer deutlich höheren Einnahmebasis zu mehr sozialer Gerechtigkeit und verstärkter Leistungsfähigkeit führen.

Die Heranziehung aller positiven Einkunftsarten, Einnahmen z.B. aus Vermietung und Verpachtung, Erbschaften und sonstigen Vermögenszuwächsen sowie Kapitalerträgen jeglicher Art zur Finanzierung der Sozialversicherung würden die Bei-

[6] Vergleiche auch: „Konzept der KAB für ein solidarisches Gesundheitssystem mit Zukunft". Beschlossen vom KAB Bundesausschuss im März 2005.

tragseinnahmen steigern und die bisherigen Beitragszahler (Versicherte und Unternehmen mit hohem Personalbestand) entlasten.

Wiederholt wird als Argument gegen die Einführung einer Bürgerversicherung vorgetragen, dass zum Beispiel im Bereich der Krankenversicherung Ärzte und Kliniken auf Privatpatienten angewiesen seien und ohne deren Versicherungsleistungen sie nicht existieren könnten.

„In der öffentlichen Wahrnehmung besteht ein krasses Missverhältnis, was die Finanzierung unseres Gesundheitssystems anbelangt. Statt der generellen Auffassung, dass die privat Versicherten im erheblichen Umfang das System finanzieren, wird unser System durch die gesetzlich Versicherten getragen. Nur wenige Arztpraxen und Kliniken sind in der Lage ausschließlich und alleine aufgrund der Inanspruchnahme durch Privatpatienten zu existieren. So erzielen Allgemeinmediziner beispielsweise 80% ihrer Einnahmen durch die Inanspruchnahme von gesetzlich Versicherten." (Quelle: Gesundheit und Gesellschaft – Das AOK Forum für Politik, Praxis und Wissenschaft Ausgabe 3/14, 17. Jahrgang)

Durch die Einführung einer Bürgerversicherung für Alle würden also keineswegs die Leistungsanbieter geschwächt, sondern das gesamte System gestärkt. Darüber hinaus würden alle versicherten Personen einen gleichen und angemessenen Leistungsanspruch erwerben. In der Krankenversicherung würde somit die „Zwei-Klassen-Medizin" der Vergangenheit angehören.

Bezugnehmend auf wesentliche eigentums-, verfassungs- sowie europarechtliche Fragen zur Krankenversicherung kann dem Gutachten von Prof. Dr. Andreas Fisahn, Universität Bielefeld, von September 2013 [7] entnommen werden,

- dass der Eingriff in das Berufsbild der Ärzte im Hinblick auf die Zielsetzung der Bürgerversicherung, nämlich Stabilität und Finanzierbarkeit der Sozialversicherung in Deutschland zu gewährleisten, hinten an zu stellen ist,
- dass, wenn bestehende Altersrückstellungen privat Krankenversicherter in eine Bürgerversicherung „mitgenommen" werden (Portabilität), Eigentumsrechte nicht verletzt sind,
- dass die Einbeziehung der Beamten in die Bürgerversicherung im Bereich der Krankenversicherung nicht gegen Art. 33 Abs. 5 des Grundgesetzes, das Berufsbeamtentum zu regeln und fortzuentwickeln, verstößt und dass das Alimentationsprinzip und die Fürsorgepflicht durch die Umstellung auf die Bürgerversicherung nicht grundsätzlich verletzt sind,
- dass die Einführung einer Bürgerversicherung auch europarechtlichen Regelungen im Hinblick auf die Wettbewerbsfreiheit von Unternehmen und der freien Berufswahl von Versicherungskaufleuten nicht entgegensteht.

Handeln

Es ist nicht hinnehmbar, dass in einer zunehmend reicher werdenden Gesellschaft die schon überwunden geglaubte Altersarmut sich weiter ausweitet und eine „Zwei-Klassen-Medizin" sich verfestigt.

[7] Siehe: „Eine Bürgerversicherung ist rechtens." Eine Untersuchung zu den verfassungsrechtlichen Problemen bei der Einführung einer Bürgerversicherung in Deutschland von Prof. Dr. Andreas Fisahn (Universität Bielefeld) im Auftrag des Hugo Sinzheimer Instituts für Arbeitsrecht, Frankfurt 2013.

Wir fordern daher die Einführung einer Bürgerversicherung in den Bereichen Rente, Krankheit und Pflege als gesetzliche Pflichtversicherung für **Alle** in Deutschland lebenden Einwohner/innen, mit folgendem Ziel:

- die Finanzierbarkeit und damit die Stabilität der sozialen Sicherung in Deutschland zu verbessern,
- einen sozialen Ausgleich zwischen wirtschaftlich Starken und Schwachen herbeizuführen,
- einen gleichberechtigten und am persönlichen Bedarf orientierten Zugang zu den Sozialversicherungsleistungen zu ermöglichen.

Unabdingbar ist die Einführung einer gesetzlichen Mindestrente, die unabhängig von gebrochenen Erwerbsarbeitsverläufen ein menschenwürdiges Auskommen im Alter absichert und die sich am Grundsicherungsbedarf orientiert.

Die grundsätzliche Forderung bleibt bestehen, dass Fremdleistungen in allen Sozialversicherungsbereichen aus Steuermitteln zu finanzieren sind, weil dann die gesamte Gesellschaft und nicht nur die Beitragszahler die Kosten tragen.

Wenn, wie zuvor gefordert, alle Erwerbsarbeitseinkommen zur Beitragsleistung in die gesetzliche Sozialversicherung unter Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze herangezogen werden, kann das im Umkehrschluss nicht bedeuten, dass in gleicher Weise die Rentenansprüche anwachsen. Aus diesem Grund ist eine gesetzliche Regelung einzuführen, die in eine „Höchstrente" mündet. Der Rentenhöchstbetrag könnte nach dem derzeit geltenden Modus zur Festlegung der jährlichen Beitragsbemessungsgrenze errechnet werden.

Hierzu ist als ergänzende gesetzgeberische Maßnahme das Äquivalenzprinzip in der gesetzlichen Rentenversicherung in Teilen aufzuheben; in der Kranken- und Pflegeversicherung findet dies ohnehin keine Anwendung. [8]

Durch die Einführung einer solidarischen Bürgerversicherung werden entgegen vieler Annahmen die Arbeitgeberbeiträge nicht hinfällig. Sie sind viel mehr durch gesetzgeberische Maßnahmen so zu verändern, dass sie als Wertschöpfungsabgabe erhoben werden und damit gerechter als bisher auf beschäftigungs- und kapitalintensive Unternehmer verteilt werden.

Anmerkung:

Auch angesichts der sich ändernden Arbeitswelt, als Stichworte sind hier die zunehmende Einzelselbstständigkeit ohne Angestellte und die zunehmende Digitalisierung (Arbeit 4.0) beispielhaft aufgezählt, ist die derzeitige Arbeitslosenversicherung in einem weiteren Schritt in eine Arbeits- bzw. Erwerbstätigenversicherung umzuwandeln und in die Bürgerversicherung zu integrieren.

[8] Das Äquivalenzprinzip: Im Rahmen der Deutschen Sozialversicherung gilt es allein für die Rentenversicherung und beinhaltet das Verhältnis zwischen der Höhe der gezahlten Beiträge und den Leistungen, die ein Versicherter erhält. Grundsätzlich richten sich die Leistungen nach der Höhe der in der Erwerbsphase gezahlten Beiträge.