

# FAUST

Magazin der bayerischen Jusos



**REFORMBAUSTELLE**

**DEUTSCHLAND**

**WAS ZU TUN IST.**



Liebe Genossinnen und Genossen,

mit dieser Faust wollen wir Euch einen Überblick über die aktuellen Reformdebatten geben. Ob im Gesundheitswesen, auf dem Arbeitsmarkt, im Steuersystem oder der Wirtschaftspolitik – überall stehen wichtige Entscheidungen an. Dabei bietet sich erstmals seit langem wieder die Möglichkeit, klassisch sozialdemokratische Projekte wie Mindestlohn, Bürgerversicherung oder eine gerechte Steuerreform vorzubringen. Die Bedingungen dafür sind besser als noch vor einigen Monaten. Doch eines ist auch klar: Mindestlohn oder Bürgerversicherung sind keine Selbstläufer. Es ist unsere Aufgabe, diese Projekte gegen den Widerstand des politischen Gegners, aber auch gegen die zögerliche Haltung mancher in der eigenen Partei zu verfolgen.

André Pöhler  
stellvertretender Juso-Landesvorsitzender

SEITE

- A U S D E M I N A L I T
- 3 ► **MEPHISTO**
  - 4 ► Bildung ist keine Ware, deshalb: Nein zu Studiengebühren
  - 5 ► **BÜRGERVERSICHERUNG CONTRA KOPFPAUSCHALE**
  - 7 ► **DAS GESUNDHEITSSYSTEM IN DEUTSCHLAND**
  - 10 ► **INTERVIEW mit MdB Horst Schmidbauer**
  - 12 ► Flächentarifvertrag im Wandel
  - 14 ► Gesetzlicher Mindestlohn
  - 15 ► *Warum der Staat kein Geld hat*
  - 16 ► **STEUERPOLITISCHE KONTROVERSE**
  - 19 ► **DAS KÖNNT IHR BEI DEN JUSOS BAYERN BESTELLEN**
  - 20 ► **Politik ohne Alternative?**
  - 24 ► *Für einen Aufbruch in der Finanzpolitik*
  - 26 ► **"DIE CHINESEN NEHMEN UNS DIE ARBEITSPLATZE WEG!"**
  - 28 ► MEHR MARKT! DIE PERMANENTE DEREGULIERUNG DES EUROPÄISCHEN BINNENMARKTS
  - 30 ► **FÖDERALISMUS** *Reform*
  - 32 ► **Faust auf Faust**
  - 34 ► Werte oder Interessen?
  - 36 ► **GRETTCHEN**

## IMPRESSUM

**Herausgeber und Redaktionsanschrift:** Jusos in der SPD - Landesverband Bayern; Markus Grill, Landesgeschäftsführer; Oberanger 38 III, 80331 München, Telefon 089 / 23 17 11-37, Fax 089 / 23 17 11-39, e-mail: buero@jusos-bayern.de; **Redaktionsleitung:** (V.i.S.d.P.) André Pöhler; **Gestaltung und Layout:** Grafik.Büro Gegensatz, Regensburg; **Druck:** Kartenhaus Kollektiv, Regensburg; **Auflage:** 3.500 Stück

**Bildnachweis:** Titelbild © 1aBilder W. Moreis; Seite 3 / 12 / 13 / 20 / 21 / 23 / 25 / 35 / 36 © ap; Seite 15 / 18 / 24 / 29 oben / 31 © Jusos; Seite 26 © R. Resch;

Mit Namen oder Namenszeichen gekennzeichnete Beiträge stellen die Meinung der betreffenden VerfasserIn dar. Weiterführende Literatur zu den einzelnen Themen bei der Redaktion.

# RECHTSEXTREMISMUS

*Nicht kuschen, sondern anpacken!*

Verwundert muss sich derjenige die Augen reiben, der die aktuelle Debatte um den richtigen Umgang mit Rechtsextremismus in Deutschland beobachtet. Da wird von vielen Akteuren so getan, als habe es Rechtsextremismus bis zu den erschreckend hohen Wahlergebnissen einschlägiger Parteien im letzten Jahr nicht gegeben. Das ist natürlich falsch. Dass es in Deutschland ein nach wie vor hohes Potential an rechtsextremen Einstellungsmustern gibt, haben viele Studien immer wieder herausgearbeitet. Dass es nur eine Frage der Zeit bzw. „günstiger“ Rahmenbedingungen ist, bis sich dieses Potential den Weg in die Parlamente bahnt, wurde auch vielfach warnend analysiert. So überrascht, wie sich die bundesrepublikanische Gesellschaft derzeit gibt, dürfte sie also eigentlich gar nicht sein.

Wie reagiert nun die politische Klasse auf neonazistische Umtriebe z.B. der NPD im sächsischen Landtag? Leider so, als ob sie aus den bisherigen Erfahrungen im Umgang mit Rechtsextremismus nichts gelernt hat. Wieder wird vielfach Rechtsextremismus als Phänomen der Ränder der Gesellschaft eingeordnet. Wieder scheint es alleiniges Ziel vieler Akteure zu sein, Rechtsextremismus notfalls mit Verboten und Einschränkung von Grundrechten wie der Versammlungsfreiheit aus dem Blickfeld der Öffentlichkeit zu entfernen, um anschließend zur Tagesordnung zurückkehren zu können. Wer aber nicht bereit ist zu begreifen, dass Rechtsextremismus ein gesamtgesellschaftliches Problem in der Mitte der Gesellschaft ist, wer nicht bereit ist, sich mit geänderten taktischen und strategischen Verhaltensmustern des rechten Lagers zu befassen, und wer stillschweigend in Kauf nimmt, dass sich rund ein Drittel der wahlberechtigten Bevölkerung im politischen System nicht mehr repräsentiert und mit seinen Interessen wahrgenommen fühlt, wird beim Kampf gegen Rechts zu kurz springen.



Der Kampf gegen Rechts muss zum dauerhaften Kampf um die Köpfe werden. Rechte Parolen und Vorurteile dürfen – auch und gerade dort, wo sie subtiler vorgebracht werden, als in Landtagsreden des Herrn Apfel – nicht unwidersprochen stehen bleiben, sondern bedürfen der aufklärerischen Antwort. Gerade die Sozialdemokratie trägt hierbei eine große Verantwortung, der gerecht zu werden auch unsere Aufgabe ist.

Kampf gegen Rechtsextremismus bedeutet aber auch, die Zusammenhänge aufzuzeigen zwischen dem nationalistischen Gerede so mancher Politiker der konservativen Parteien und den Parolen der rechten Rattenfänger. Ist es etwa weniger bedenklich, wenn Markus Söder von einer „nationalen Bevölkerungspolitik“ spricht oder das Absingen der Nationalhymne forcieren möchte, wie wenn die gleichen missglückten Beiträge von Apfel & Konsorten kommen? Wo verläuft die Grenze zwischen der „Das Boot ist voll“-Mentalität eines Günther Beckstein und den NPD-Plakaten „Gute Heimreise“? Wer die Verantwortung der bürgerlichen Parteien, die meist aus durchsichtigem wahltaktischen Kalkül heraus rechten Argumentationsmustern zur Salonfähigkeit verhelfen, aus der Analyse ausblendet, wird im Umgang mit Rechtsextremismus auf halber Strecke stecken bleiben.

Jedes Mal, wenn Edmund Stoiber, Norbert Geis, Markus Söder oder Günther Beckstein tief in die Mottenkiste ausländerefeindlicher und nationalistischer Klischees greifen, ebnen sie den Hetzern von DVU und NPD ein Stück weit mehr den Weg. Auch auf diese Zusammenhänge müssen und werden wir hinweisen.

Die aktuelle Ausgabe der FAUST befasst sich schwerpunktmäßig mit den anstehenden bundespolitischen Reformfeldern. Die SPD hat eine realistische Chance, die Bundestagswahl 2006 zu gewinnen. Wahrnehmen können wir diese Chance nur, wenn wir in den zentralen Politikfeldern echte sozialdemokratische Alternativen zum neoliberalen Einheitsbrei von CDU, CSU und FDP präsentieren. Angesichts der bei weiten Teilen unserer ehemaligen StammwählerInnen verbreiteten Enttäuschung über so manche unsoziale und ökonomisch widersinnige Entscheidung der letzten Jahre, wird es nicht ausreichen, lediglich im Wahlprogramm einige Duftmarken zu hinterlassen. Die SPD muss, um als Sozialdemokratie und nicht nur als Kanzlerwahlverein erfolgreich zu bleiben, die Zeit bis zur Bundestagswahl nutzen, um echte sozialdemokratische Reformprojekte auf den Weg zu bringen. Dazu gehört ein Kurswechsel in der Steuerpolitik genauso wie die zügige Einführung der solidarischen Bürgerversicherung und eines gesetzlichen Mindestlohns.

Zu diesen und anderen Themen wollen wir mit diesem Heft den aktuellen Stand der Debatte aufzeigen und Anforderungen aus jungsozialistischer Sicht skizzieren. Wir hoffen, dass uns dies wieder adäquat gelingen ist.



**Thomas Goger**

Regensburg/Oberpfalz

Wissenschaftlicher  
Mitarbeiter

Funktion:  
seit April 2004 Juso-Landes-  
vorsitzender  
1998 – April 2004 stellv.  
Juso-Landesvorsitzender  
Mitglied des SPD-Landes-  
vorstandes

# Bildung ist keine Ware deshalb: Nein zu Studiengebühren



**Thomas Goger**

Regensburg/Oberpfalz

Wissenschaftlicher  
Mitarbeiter

Funktion:  
seit April 2004 Juso-Landes-  
vorsitzender  
1998 – April 2004 stellv.  
Juso-Landesvorsitzender  
Mitglied des SPD-Landes-  
vorstandes

**Vor wenigen Wochen hat das Bundesverfassungsgericht das von der SPD errichtete bundesweite Verbot von Studiengebühren für nicht erklärt. Der Bund habe (derzeit) nicht die Kompetenz, ein solches Verbot im Hochschulrahmengesetz festzuschreiben.**

Der Entscheidung liegt eine sehr enge aber vertretbare Interpretation des Art. 72 Abs. 2 des Grundgesetzes zu Grunde. Nach dieser Vorschrift hat der Bund im fraglichen Bereich nur dann die Gesetzgebungskompetenz, wenn dies „zur Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse erforderlich“ ist. Von einer „Herstellung“ könne nach Ansicht der Verfassungsrichter aber nur dann gesprochen werden, wenn entweder bereits ungleichwertige Lebensverhältnisse in den einzelnen Ländern vorliegen oder aber diese ungleichwertigen Lebensverhältnisse unmittelbar drohen.

Ob im Falle der Einführung von Studiengebühren in einzelnen Ländern ungleichwertige Lebensverhältnisse drohen, war letztlich der Knackpunkt der Entscheidung. Die Richter waren dabei der Auffassung, dass nicht genügend für die Annahme spräche, die Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse sei in einer Qualität berührt, die ein Eingreifen des Bundesgesetzgebers rechtfertigen würde. Allerdings stellen sie auch ausdrücklich klar, dass sich diese Entscheidung nur auf den gegenwärtigen Erkenntnisstand stützt, dass also – sollten sich die von den BefürworterInnen des Gebührenverbotes befürchteten ungleichwertigen Lebensverhältnisse tatsächlich einstellen – eine Gesetzgebungskompetenz des Bundes durchaus in Zukunft entstehen kann.

Soweit die rechtliche Seite des Ist-Zustandes. Auf der politischen Bühne haben mehrere Unions-geführte Bundesländer, darunter auch und an erster Stelle Bayern, angekündigt ihre Studierenden mit Studiengebühren ab dem 1. Semester abkassieren zu wollen, sollte ihnen das Verfassungsgericht hierfür die Möglichkeit eröffnen. Auch wenn beinahe täglich sich widersprechende Vorstellungen der Staatsregierung kolportiert werden, kristallisiert sich mittlerweile heraus, dass wohl rund 500 EUR pro Semester fällig werden. Dazu kommen dann noch die sonstigen Kosten für ein Studium und nicht zuletzt auch die von Bayern bereits jetzt erhobenen Verwaltungsgebühren bei der Rückmeldung. Die Befürchtung, dass damit künftig noch weniger Studierende aus weniger begütertem Elternhaus in den Hörsälen anzutreffen sein werden, als dies ohnehin schon der Fall ist, hat also durchaus ihre Berechtigung.

Die CSU kündigt zwar regelmäßig einen wie auch immer gearteten sozialen Ausgleich an, mal ist von einem Stipendien-, mal von einem Darlehenssystem die Rede, wie dieser allerdings letztlich aussehen soll, weiß noch nicht einmal der Wissenschaftsminister. Dreist hat sich Goppel jetzt sogar mit dem Vorschlag zu Wort gemeldet, eigentlich müsse der Bund z.B. im Rahmen des BAFÖG für diesen Ausgleich sorgen. Es offenbart sich hierbei, dass er das Urteil des Verfassungsgerichts, das er so jubelnd zum Kenntnis genommen hat, scheinbar nicht einmal gelesen hat. Die Richter geben nämlich unmissverständlich den Ländern den Auftrag, den sozialen Ausgleich herzustellen, wenn sie schon Studiengebühren einführen wollen.

Die Diskussion um den sozialen Ausgleich ist jedoch weitestgehend müßig. Alle internationalen Erfahrungen zeigen, dass es letztlich keinem der Studiengebührenmodelle gelungen ist und gelingen kann, die mit Studiengebühren errichteten Zugangshemmschwellen für Studierende mit einem weniger gutem finanziellen Hintergrund wieder zu kompensieren. Studiengebühren werden immer dazu führen, dass Bildung noch stärker vom Geldbeutel der Eltern abhängen wird, als dies jetzt bereits der Fall ist. Sozial gerechte Studiengebühren gibt es nirgends, und es kann sie auch nicht geben.

Studiengebühren stellen einen weiteren gewichtigen Schritt hin zu einer ausgrenzenden und nur noch den vermeintlichen gesellschaftlichen Eliten dienenden Ausrichtung des Bildungssystems dar. So richtig es auch ist, dass selbst die derzeitige Gebührenfreiheit nicht dazu geführt hat, dass z.B. Studierende aus ArbeitnehmerInnenhaushalten entsprechend ihrem Anteil an der Bevölkerung an den Hochschulen studieren, so richtig bleibt auch, dass sich diese Situation mit der Einführung von Studiengebühren noch verschärfen wird.

Die Position der Jusos Bayern in Sachen Studiengebühren ist also klar und unmissverständlich. Wir lehnen Studiengebühren gleich welcher Form und gleich welchen Namens ab. Die Finanzierung von Bildung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe – übrigens nicht nur an den Hochschulen. Bildung ist keine Ware, sondern ein Menschenrecht. Diese Einsicht der Aufklärung scheint im intellektuellen Weltbild der CSU leider verloren gegangen oder nie angekommen zu sein.



# BÜRGERVERSICHERUNG

## CONTRA KOPFPAUSCHALE

**Kopfpauschale oder Bürgerversicherung? Seit Monaten wird diskutiert und gestritten. In und zwischen Parteien, Gewerkschaften, Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbänden, Krankenkassen, Ärzteverbänden... Man könnte die Liste beliebig fortsetzen. Einigkeit herrscht nur über eins: Das deutsche Krankenversicherungssystem ist reformbedürftig. Zunehmend wird klar, dass Ulla Schmidts Reformen am Leistungskatalog und bei den Zuzahlungen an den eigentlichen Problemen der gesetzlichen Krankenkassen völlig vorbei gehen und sie nicht mal im Ansatz lösen können und es nun einer großen Strukturreform bedarf.**



Doch schon bei der Diskussion um die Gründe des Reformbedarfs klaffen die Meinungen wieder weit auseinander. Schnell werden Argumentationsmuster hervorgeholt, die schon bei so mancher Reforminitiative erhalten mussten: So ist von der durch die Globalisierung begründete Notwendigkeit zu lesen, die Lohnnebenkosten zu reduzieren, damit Unternehmer nicht ins billigere Ausland abwandern. Deshalb soll der Beitrag zur Krankenversicherung gesenkt werden und der Arbeitgeberanteil eingefroren werden. Gerne wird auch von einer Kostenexplosion im Gesundheitswesen gesprochen, die wie bei der Praxisgebühr suggeriert, dass immer mehr Menschen ohne Grund zum Arzt gingen und unnötige Medikamente verschrieben bekämen.

### **Das Einnahmeproblem der Krankenversicherung**

Der weitaus triftigere Grund zur Reform ist aber, dass die Einnahmen der Krankenversicherung immer mehr wegbrechen: Das Kapital entzieht sich in der globalisierten Welt immer mehr aus der Verantwortlichkeit, öffentliche Güter und Dienstleistungen des Staates mitzufinanzieren und das Sozialversicherungssystem aufrecht zu erhalten. Durch die zunehmende Arbeitslosigkeit müssen immer weniger Beschäftigte immer mehr Sozialausgaben finanzieren. Geringe Zuwächse bei Löhnen und Gehältern und die Zunahme prekärer Beschäftigungsverhältnisse senken den Anteil der Löhne und Gehälter am Volkseinkommen; seit Jahren entwickelt sich der Lohn unterproportional zum Bruttoinlandsprodukt. Folge dieser Entwicklung ist, dass der Faktor Arbeit immer mehr zur Finanzierung des Sozialstaats herangezogen wird. Und die hohe Arbeits-

losenrate bedeutet weniger Sozialversicherungs-Einzahler und mehr Sozialversicherungs-Empfänger. So müssen die Beiträge weiter ansteigen. Gleichzeitig werden die sozialen Leistungen immer mehr gekürzt. Besserverdienenden und Selbständigen wird die gesetzliche Krankenversicherung zunehmend zu teuer und sie nutzen die Möglichkeit, zu einer privaten, einkommensunabhängigen Krankenversicherung zu wechseln. Damit müssen noch weniger Geringverdiener die Versicherungsausgaben tragen. Der Ruf nach einer Reform der Finanzierung hat für uns also hauptsächlich verteilungspolitische Gründe und wendet sich gegen die vorherrschende soziale Schieflage. So werden arbeitsunabhängige Einkommen wie Miet- und Zinserträge gar nicht belastet. Derzeit werden zwei grundsätzliche Reformalternativen diskutiert. Die beiden Modelle sind heute weitgehend unter den Begriffen „Bürgerversicherung“ und „Kopfpauschale“ bekannt.

### **Kopfpauschale: Jeder zahlt gleichviel**

Die SPD spricht sich für eine Bürgerversicherung aus, bei der alle Einkommensarten einen gleichen Anteil zur Krankenversicherung beitragen müssen. Die CDU favorisiert eine Kopfprämie, bei der alle Bürger den gleichen Beitrag zahlen.

Das Kopfpauschalenmodell der CDU bedeutet im Kern eine Entkoppelung der Finanzierung von den Löhnen. Alle Bürger sind versicherungspflichtig und zahlen eine einheitliche Prämie (ca. 180 Euro/Monat). Der bisherige Arbeitgeberanteil zur gesetzlichen Krankenversicherung wird mit dem Lohn ausgezahlt – faktisch eine Lohnerhöhung- und versteuert. Dem Fiskus fließt dann auch mehr Geld zu. Bisher wird nämlich der Arbeitgeberanteil für die Krankenversicherung nicht versteuert. Übersteigen die Prämienkosten einen bestimmten Anteil des Haushaltseinkommens, soll die öffentliche Hand einen sozialen Ausgleich gewähren. Nach aktuellen Berechnungen übersteigt der Finanzierungsaufwand der Sozialtransfers die zusätzlichen Steuereinnahmen um ca. 7 Mrd. Euro. Um diese Lücke zu schließen, wird vorgeschlagen, den Mehrwertsteuersatz um etwa einen Prozentpunkt zu erhöhen oder an anderer Stelle staatliche Ausgaben zu kürzen. Beide Möglichkeiten treffen auf jeden Fall wieder Geringverdiener überproportional.



**Angela Greulich**

München/Oberbayern

Studentin der  
Volkswirtschaftslehre

Funktion:  
Stellvertretende  
Juso-Landesvorsitzende





Im Kern bedeutet die Kopfpauschale: Der einheitliche Beitrag zur Krankenversicherung ist zu zahlen vom Millionär wie von seinem Chauffeur. Gutverdiener werden entlastet, der Mittelstand wird zusätzlich belastet. Verlierer sind Familien, Geringverdiener und Rentner.

Die CSU wollte ursprünglich die gesetzliche Krankenversicherung aufrecht erhalten und eine Reform innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung suchen, sowie den sozialen Ausgleich durch eine gestaffelte Prämienhöhe innerhalb des gesetzlichen Krankenversicherungssystems gewährleisten. Mittlerweile hat sie aber vor den Vorschlägen der CDU gekuscht und sich einem angeblichen Kompromiss unterworfen: Nach der neuen Variante bleiben die Arbeitgeber mit im Boot, wenn auch ihr Anteil bei 6,5 Prozent gedeckelt wird. Jetzt soll jeder gesetzlich versicherte Erwachsene eine Krankenkassenpauschale von 109 Euro aus eigener Tasche bezahlen, die so genannte persönliche Prämie. Für Versicherte, für die dies mehr als sieben Prozent ihres Einkommens bedeuten würde, ist ein Sozialausgleich vorgesehen. Kinder sind beitragsfrei mitversichert. Auch die Kinder von privat Versicherten sollen mit einbezogen werden. Letztlich sollen 169 Euro pro Kopf bei den Krankenkassen ankommen. Somit bleibt die Prämie einkommensunabhängig.

### **Bürgerversicherung:**

#### **Jeder zahlt nach seiner Leistungsfähigkeit**

Die Grundidee der Bürgerversicherung ist die Beteiligung aller Bürgerinnen und Bürger an der solidarischen Finanzierung der Gesundheitsvorsorge nach ihrer ökonomischen Leistungspflicht und Ausgestaltung des Krankenversicherungsmarktes nach einheitlichen Bedingungen.

Mit der Bürgerversicherung soll also die solidarische Finanzierung weiterhin bestehen bleiben. Der Kern der Bürgerversicherung ist die Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze. Alle Bürgerinnen und Bürger sollen in der Bürgerversicherung versichert sein, unabhängig vom Einkommen. Die Beiträge sollen sich nach der Leistungsfähigkeit gemäß der Erwerbs- und Kapitaleinkommen der Versicherten richten; das Prinzip der Umlagefinanzierung soll weiterentwickelt werden.

Lohnbezogene Beiträge sollen auch im Rahmen der Bürgerversicherung weiterhin paritätisch finanziert werden, d.h. Arbeitgeber und Arbeitnehmer zahlen je zur Hälfte den anfallenden Beitrag.

Für den Einbezug der Kapitaleinkommen zur Finanzierung der solidarischen Krankenversicherung liegen zwei Vorschläge vor: das 2-Säulen Beitragsverfahren und das Kapital-Steuer Modell. Der Unterschied der beiden Modelle liegt darin, dass in Ersterem Versicherungsbeiträge auf das Zins- und Kapitaleinkommen gezahlt werden müssen, in Zweiterem werden diese besteuert. Weiterhin neu ist, dass sowohl gesetzliche als auch private Versicherungen die Bürgerversicherung zu gleichen Konditionen anbieten können und müssen. So wird der private Krankenversicherungssektor nicht eliminiert, aber es entsteht auch bei der privaten Versicherung in Zukunft ein Kontrahierungszwang. D.h. jeder muss ohne Gesundheitsprüfung aufgenommen werden, die Beiträge sind unabhängig vom Krankheitsrisiko und es muss für alle der gleiche Leistungskatalog gelten.

Auf den ersten Blick ist bereits klar, dass nur die Bürgerversicherung die 3 Prinzipien Solidarität, Nachhaltigkeit und Leistungsfähigkeit erfüllt. Das Kopfpauschalensmodell der CDU/CSU weist eine gravierende zusätzliche Belastung Armer und Kranker auf.

Wir fordern daher mit Nachdruck, die Einführung der Bürgerversicherung zügig voranzutreiben und die Bevölkerung nicht auf das Wahljahr 2006 zu vertrösten, sowie die Beitragsbemessungsgrenze zumindest auf das Niveau der Rentenversicherung (5100 Euro monatliches Bruttoeinkommen) anzuheben und langfristig ganz abzuschaffen.





„Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheiten und Gebrechen.“

# DAS GESUNDHEITSSYSTEM IN DEUTSCHLAND

Unser Gesundheitssystem ist derzeit in aller Munde. Schlagworte wie Kopfpauschale, Bürgerversicherung, Grund- und Wahlleistungen geistern durch die Lande. Ziel unseres Gesundheitssystems ist die Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit sowie die Linderung von Leiden. Die Gesundheit ist auch ein Zeichen des Sozialstaats.

Um sich aber ein genaueres Bild unseres Gesundheitssystems zu machen ist es notwendig unser Gesundheitssystem zunächst in seinen Grundzügen zu betrachten. Die Struktur der Versorgung besteht im Wesentlichen aus drei Säulen; der Primärversorgung, der Akutversorgung und der Rehabilitation bzw. Nachsorge.

**1. Säule: Primär-Versorgung durch niedergelassene Ärzte**  
Die niedergelassenen Ärzte sind für die ambulante Versorgung der Patienten zuständig. Die Hausärzte (Allgemeinmediziner) und Fachärzte stellen so die Grundversorgung sicher. Wenn die Primärversorgung an ihre Grenzen stößt, d.h. die ambulante Behandlung von Patienten nicht mehr ausreicht, veranlassen die niedergelassenen Ärzte bei Bedarf die Einweisung in Krankenhäuser der Akut-Versorgung.

**2. Säule: Akut-Versorgung in Krankenhäusern**  
Im deutschen Gesundheitswesen gibt es ca. 2.250 Krankenhäuser zur Akutversorgung. Dabei unterscheidet man zwischen allgemeinen Krankenhäusern und Krankenhäusern der Maximalversorgung, wobei in letzteren der Schwerpunkt auf spezialisierten Fachabteilungen liegt.

**3. Säule: Nachsorge / Rehabilitation**  
Im Anschluss an die Akutversorgung kann eine Nachsorge, die so genannte Rehabilitation notwendig werden. Diese findet in Reha-Kliniken statt.

## KRANKENVERSICHERUNG

Diese medizinische Versorgung muss natürlich auch finanziert werden. In Deutschland gibt es dafür ein Pflichtversicherungssystem, das nach dem Solidarprinzip funktioniert. Ein Großteil der Bundesbürger unterliegt der Versicherungspflicht. Sie müssen sich im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung bei einer der zahlreichen Krankenkassen versichern. Durch die Mitgliedschaft in einer Krankenkasse haben die Versicherten einen Anspruch auf die optimale Versorgung. Es werden u.a. Leistungen zur Vorbeugung und Früherkennung von Krankheiten sowie deren Behandlung gezahlt. Zur Finanzierung der GKV zahlt jeder Versicherte entsprechend seiner wirtschaftlichen Leistungsfähigkeiten in die Krankenkasse ein. Arbeitgeber zahlen für ihre Angestellten die Hälfte des gebotenen Betrags. Allerdings wird durch diesen Beitrag nicht alles abgedeckt. Bei Inanspruchnahme von bestimmten Leistungen werden noch Zuzahlungen fällig, beispielsweise bei Arzneimitteln, Krankenhausaufenthalten etc.



**Kathrin Abele**

München/Oberbayern

Juristin bei einer Krankenversicherung

Funktion:  
Mitglied des  
SPD-Landesvorstandes





Zusätzlich zur GKV gibt es noch die Private Krankenversicherung. In der privaten Krankenversicherung können sich u. a. Beamte, Selbständige und diejenigen versichern, die nicht versicherungspflichtig sind. Die Versicherungspflicht richtet sich nach der so genannten Beitragsbemessungsgrenze. Wer überhalb dieser Beitragsbemessungsgrenze verdient kann sich freiwillig in der GKV weiterversichern oder privatversichern. Konsequenz dieser Regelung ist, dass Gutverdienende oft aus der GKV ausscheiden und in die Private Krankenversicherung wechseln. Mit jedem Mitglied, welches die gesetzliche Krankenkassen als so genannter freiwillig Versicherter verlässt, verliert die Gesetzliche Krankenkasse nach Berücksichtigung der Kosten des Mitglieds etwa 3.500 Euro jährlich. Gutverdienende, Selbstständige und Beamte, die so genannten „guten Risiken“ können sich dem System entziehen, um sich privat zu versichern. Dies schwächt die GKV zusätzlich.

Bei der Privatversicherung richtet sich der Versicherungsbeitrag nicht nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit, sondern nach der Ausgestaltung des jeweiligen Versicherungsvertrages. Für die Privatversicherung gibt es verschiedene Pakete mit verschiedenem Leistungsumfang. Die Beiträge sind nach dem Wert des Versicherungsschutzes bemessen und damit unabhängig vom Einkommen; sie richten sich vor allem nach Faktoren wie dem Erkrankungsrisiko. Derzeit sind etwa 10% der Bevölkerung privat versichert.



## ABRECHNUNG

Die stationären und ambulanten Kosten werden bei den Krankenkassen unterschiedlich abgerechnet. Die Besonderheit liegt in der Abrechnung der Primärkosten. Seit 08.12.1931 schließen Praxisärzte keine Einzelverträge mehr mit den Krankenkassen ab. Die Praxisärzte werden von der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) vertreten. Die Krankenkassen zahlen für ihre Versicherten Pauschalen an eine der bundesweit 23 kassenärztlichen Vereinigungen, in denen die Ärzteschaft organisiert ist. Die KV ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts und ist für die Abrechnung der Behandlungskosten zuständig. Die Leistungen werden nach einem bestimmten Punkteschlüssel berechnet. Die Punktezahlen werden an die KV übermittelt und dort auf die jeweiligen Fachgruppen aufgeteilt. Die KV legt also fest wie viel jede einzelne Fachgruppe erhält. Die einzelnen Ärzte erhalten wiederum aus diesem Budget das ihnen zustehende Geld, das sich aus dem Punktwert errechnet. Dadurch hat jede Fachgruppe in jeder KV einen definierten Rahmen, wie viele Punkte pro Patient pro Quartal abgerechnet werden dürfen. Alles, was über diese Punktezahl an Leistungen hinausgeht, wird nicht vergütet.



Die kassenärztliche Vereinigung ist vielfacher Kritik ausgesetzt. Sie wird als bürokratischer Wasserkopf oder als Selbstbedienungsladen für Ärzte bezeichnet. Tatsächlich war es auch das ursprüngliche Ziel der Bundesregierung, die Monopolstellung der Kassenärztlichen Vereinigung zu kippen. Es geht vor allem darum, mehr Transparenz und Übersicht in das Gesundheitssystem zu bringen. So weiß heute weder der Versicherte noch die jeweilige Krankenkasse, welche Leistungen der Arzt abrechnet hat. Da auch nicht der Arztbesuch jedes Patienten einzeln abgerechnet wird, sondern der Arzt quartalsweise sämtliche Behandlungskosten, die in diesen drei Monaten angefallen sind, meldet, bleibt völlig im unklaren wie viel pro Patient abgerechnet wird. Eine Kontrolle von Seiten des Patienten kann daher nicht stattfinden. Von einem transparenten System kann also nicht die Rede sein. Auch schlechte Leistungen von Ärzten können so nicht aufgedeckt werden. Nach dem derzeitigen Stand der Reformen wird sich an der Stellung der Kassenärztlichen Vereinigung nichts ändern.

## KRANKHEITEN DES GESUNDHEITSWESENS



In der stationären Versorgung werden künftig durch die „Diagnosis related groups“ Behandlungen pauschal vergütet. Durch die Abrechnung mit DRGs soll sich die Bezahlung der Kliniken nicht mehr an der Aufenthaltsdauer des Patienten orientieren, sondern an der konkreten Behandlung. Für eine Blinddarmoperation etwa bekommt eine Klinik danach einen Pauschalbetrag - egal ob der Patient fünf oder neun Tage behandelt wird. Ziel des Systemwechsels: Durch eine einheitliche Bezahlung für eine bestimmte medizinische Leistung soll der Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern angeregt werden.

Unterschiedliche Umsorgung durch beispielsweise mehr Pflegepersonal findet keine Berücksichtigung. Eine umgestaltete „patientenorientierte Vergütung“ ist eine Möglichkeit, den Weg hin zu einer qualitätsgesicherten Behandlung zu beschreiten. Dies sollte jedoch gleichermaßen bei Allgemein- wie Fachärzten und auch ambulanten Operationen geschehen. Eine Möglichkeit hierzu sind Fallpauschalen, die jedoch ggf. notwendige Zusatzbehandlungen und die Qualität der individuellen Behandlung (bzw. Praxis) miteinbeziehen müssen.



Unser Gesundheitswesen krankt an einigen Ecken. Eine Effizienzverbesserung zugunsten der Patienten wäre notwendig. Im Gesundheitswesen bestehen Wirtschaftlichkeitsreserven in etwa 10 bis 18 % gemessen an den Leistungsausgaben der GKV. Probleme der Über-, Unter- und Fehlversorgung innerhalb unseres Gesundheitssystems sind bislang nicht gelöst worden. Es gibt viele Beispiele für eine fehlerhafte Versorgung. So hielt 1999 die Deutsche Röntgengesellschaft 50% der Röntgenuntersuchungen für überflüssig. Ebenso sind wohl 50 % der Kaiserschnitte in Deutschland unnötig. Für die Leitenden Krankenhauskardiologen waren 24% der 1996 durchgeführten Ballondilatationen überflüssig.

Vor allem chronisch kranke Patienten leiden oft an Unterversorgung. Diese Unterversorgung hat für die Patienten teilweise schlimme Folgen, so könnten unter Umständen bei einer ordnungsgemäßen Versorgung u.a. Amputationen bei Diabetikern vermieden werden.

Durch die Tatsache, dass es im deutschen Gesundheitswesen sowohl die private Krankenversicherung als auch die gesetzliche Krankversicherung gibt, kommt es zu einer gravierenden Überversorgung der so genannten Privatpatienten. Private Krankenversicherungen zahlen für die gleiche Leistung besser als die GKV. Dies hat natürlich zur Folge, dass diese Patienten aufwendiger behandelt werden.

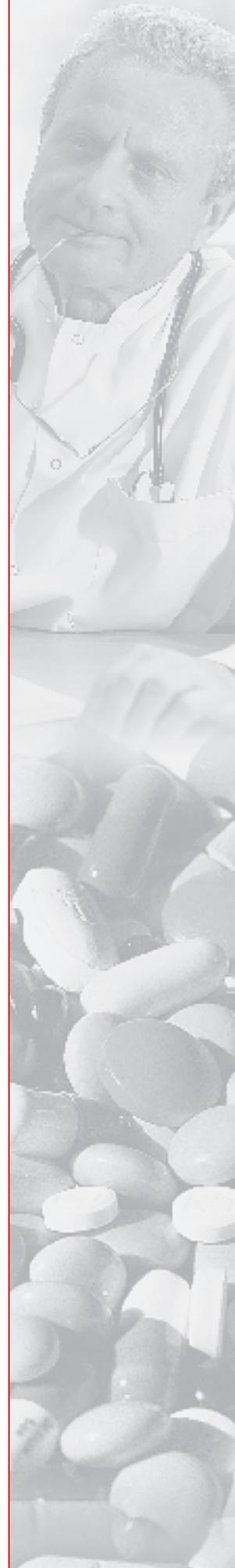
So sind von 1992 bis 2001 die Leistungsausgaben pro Vollversicherten der privaten Krankenversicherung um 43 % gestiegen. Im Gegensatz dazu sind die Leistungsausgaben der gesetzlich Versicherten um 29 % gestiegen.

Um die Qualität und die Effizienz im Gesundheitswesen zu steigern müsste sich einiges ändern. Die Abläufe im Gesundheitswesen müssen patientenbezogen gestaltet werden. Die starren Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung müssen aufgehoben werden. Die Verknüpfung von Leistungen niedergelassener Ärzte und Krankenhäuser wäre sinnvoll, dadurch könnten Synergieeffekten genutzt werden. Dies führt zu einer Verminderung von Mehrfachdiagnosen, fehlender Therapiekoordination usw.

Dazu gehören aber auch die Installation und die Stärkung des Hausarztes/der Hausärztin als Lotse im Gesundheitsbereich. Das Hausärztesystem ist effektiver und verhindert Doppel- und Mehrfachuntersuchungen.

Die Errichtung von „Gesundheitszentren“, in denen Allgemein- und Fachärzte mit anderen Heilberuflern und Gesundheitsdienstleistern zusammenarbeiten (nach dem Vorbild der „Polikliniken“) eröffnet sowohl für Patienten die Möglichkeit einer verbesserten, integrierten Versorgung als auch Perspektiven für junge Ärztinnen und Ärzte und andere Gesundheitsdienstleister.

Eine gute Versorgung für Kranke und vor allem auch der Schutz gesund zu bleiben oder zu genesen sind die zentralen Punkte unserer Lebensqualität. Gesundheitliche Leistungen sind keine Güter auf die man verzichten kann. Es geht also auch in Zukunft darum unser Gesundheitswesen weiterzuentwickeln.



# INTERVIEW

## mit MdB Horst Schmidbauer



**Thomas Goger**

Regensburg/Oberpfalz

Wissenschaftlicher  
Mitarbeiter

Funktion:  
seit April 2004 Juso-Landes-  
vorsitzender  
1998 – April 2004 stellv.  
Juso-Landesvorsitzender  
Mitglied des SPD-Landes-  
vorstandes



**Horst  
Schmidbauer**

Nürnberg/Mittelfranken

Funktion:  
Bundestagsabgeordneter,  
Mitglied im Bundestagsaus-  
schuss für Gesundheit und  
Soziale Sicherung,  
gesundheitspolitischer  
Sprecher der bayerischen  
SPD-Landesgruppe

**FAUST:** Die Gesundheitspolitik hat in den letzten beiden Jahren für viel Unruhe und Unmut in der SPD gesorgt. Praxisgebühr, höhere Zuzahlungen und Ausgliederung von Leistungen sind die Stichworte, die vielen in der Partei sauer aufgestoßen sind. Jetzt soll mit der Bürgerversicherung endlich wieder die Idee der Solidarität in die Gesundheitspolitik der SPD Einzug halten. Welche Ideen stecken hinter dem Schlagwort Bürgerversicherung?

**Horst Schmidbauer:** Mit der Bürgerversicherung wird der Solidarcharakter der Krankenversicherung ausgebaut, da die Bürgerversicherung für alle Bürgerinnen und Bürger – auch für Beamte und Selbständige – gelten wird. Dadurch werden die Lasten auf mehr und breitere Schultern verteilt. Die Nachhaltigkeit wird gestärkt, indem auch andere Einkunftsarten aus Kapital für die Beitragserhebung zugrunde gelegt werden. Das bedeutet das Ende der einseitigen Finanzierung durch Löhne und Gehälter. Die ungerechte Finanzierung, in der sich die Bezieher von Kapitaleinkommen bei der Finanzierung der solidarischen Krankenversicherung nicht beteiligen, wird beendet. Wenn dies nicht geschehen würde, müssten bei der stark sinkenden Lohnquote die Beitragssätze steigen. Durch das Zwei-Säulen-Modell würden dagegen die Beitragssätze um 1,8 % für alle sinken. Durch die Bürgerversicherung wird die Krankenversicherung demografiefest. Das Totschlagargument „demografischer Wandel“ zieht nicht mehr. Trotz Alterung der Bevölkerung blieben die Beitragssätze in der Bürgerversicherung bei voraussichtlich unter 15 % im Jahre 2030!

Die Bürgerversicherung stärkt die Wahlfreiheit zwischen privaten und gesetzlichen Krankenkassen und schafft die Zwei-Klassen-Medizin ab. Die Bürger können unabhängig von Geldbeutel und Status zwischen dem Bürgerversicherungs-Tarif der Privaten Krankensicherer und dem der gesetzlichen Krankenkassen frei wählen und jede Kasse ihrer Wahl muss sie aufnehmen. Die Zwei-Klassen-Medizin liegt bisher darin, dass Ärzte für die gleiche Leistung bei privat Versicherten ein höheres Honorar abrechnen können. Dieses System schadet allen. Sozial Schwache können unterversorgt werden, privat Versicherte übertersorgt werden, und die ehrlichen Ärzte sind die dummen.

**FAUST:** Das Konzept der SPD-Kommission lässt noch einige Fragen offen. So wird darauf verzichtet, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung in die Bemessungsgrundlage einzubeziehen. Sachlich ist das nur schwer zu begründen. Gibt es wirklich keine Möglichkeiten, auch diese Einkünfte zur Finanzierung unserer Gesundheitssystems heranzuziehen?

**Schmidbauer:** Die Einbeziehung von Einkünften aus Vermietung und Pacht ist keine „Glaubensfrage“. Es ist für mich

nur schwer nachvollziehbar, warum die Projektgruppe Bürgerversicherung beim SPD-Parteivorstand davon abkommen ist. Die Vorbehalte wurden von den Finanzfachleuten, mit dem Hinweis formuliert, dass Aufwand und Ertrag in einem unwirtschaftlichen Verhältnis stehen.

**FAUST:** Die Praxisgebühr hat im letzten Jahr dazu geführt, dass die Zahl der Arztbesuche und insbesondere der Facharztbesuche deutlich zurückgegangen ist. Die Bundesgesundheitsministerin nennt dies einen Erfolg der Gesundheitsreform. Sollte es – auch unter dem Gesichtspunkt Prävention – nicht eher nachdenklich stimmen, wenn medizinisch gebotene Arztbesuche gerade auch bei jungen Menschen aus finanziellen Gründen unterbleiben?

**Schmidbauer:** Meine ablehnende Haltung zum Thema Zuzahlungen hat sich nicht geändert. Im Gegenteil: meine Befürchtungen bestätigten sich.

Zuzahlungen sind in erster Linie ein Finanzierungsbeitrag. Zuzahlungen und Praxisgebühr haben keinerlei „steuernde Wirkung“. Fest steht, der sparsamere Umgang mit Ressourcen kann so nicht erreicht werden. Man muss sogar von einer Fehlsteuerung durch Zuzahlungen sprechen. Bereits vorliegende Untersuchungen zeigen, dass Geringverdiener und sozial Schwache den Gang zum Arzt seit Inkrafttreten des GMG mehr meiden als die Gutverdiener. Dies ist volkswirtschaftlich der größte Humbug, denn letztendlich zahlen die sozial Schwächeren mit ihrer Gesundheit und die Solidargemeinschaft mit steigenden Kosten. Es liegt auf der Hand, dass ein Kranker, der auf die notwendige Behandlung beim Arzt verzichten muss, später durch lange und teure Krankenhausaufenthalte viel mehr Kosten verursacht. Durch präventive Maßnahmen und rechtzeitige Arztbesuche können hohe Kosten vermieden werden - nicht durch steigende Zuzahlungen.

**FAUST:** Trotz Bürgerversicherung soll es bei Praxisgebühr und Ausgliederung von Zahnersatz und Krankengeld bleiben. Die Jusos haben im Dezember auf ihrer Kleinen Landeskongress dafür plädiert, diese Maßnahmen im Rahmen der Einführung der Bürgerversicherung wieder zu korrigieren. Siehst du hierfür Spielräume?

**Schmidbauer:** Bisher gibt es keine Festlegung, ob Krankengeld und Zahnersatz wieder in die paritätische Finanzierung kommen. Mit der Bürgerversicherung muss eine Wiedergutmachung stattfinden. Die Ausgliederung des Krankengelds und des Zahnersatzes muss wieder rückgängig gemacht werden, da die Arbeitgeber nicht aus der Verantwortung entlassen bleiben dürfen. Dies mit gutem Grund, denn selbst mit einer Aufnahme in die solidarische Finanzierung

kann der Beitragssatz auch für die Arbeitgeber um 1,8 % gesenkt werden. Untersuchungen zeigen eindeutig, dass der Zeitraum der gesetzlichen bzw. tariflichen Lohnfortzahlung im Krankheitsfall nicht ausreichend ist, um den Gesundheitszustand gerade dieser Erkrankten wiederherzustellen. Sieht man sich die Krankheitsverläufe und die Krankheitsbilder der Menschen an, die Krankengeld in Anspruch nehmen müssen, so sieht man, dass die Ursache ihrer Erkrankung oft am Arbeitsplatz zu suchen ist.

Auch beim Zahnersatz ist klar, er muss fester Bestandteil einer ganzheitlichen Gesundheitsversorgung sein. Ich finde es unerträglich, wenn darüber immer in einer Art und Weise diskutiert wird, als ginge es um ein Luxusgut.

**FAUST:** *Die Bürgerversicherung setzt in erster Linie auf der Einnahmeseite des Gesundheitssystems an. Es scheinen sich jedoch alle Experten einig zu sein, dass auch auf der Anbieterseite echte Strukturreformen dringend geboten wären. Was müsste in deinen Augen auf der Seite der Leistungserbringer im Gesundheitswesen kurzfristig passieren?*

**Schmidbauer:** Die Bürgerversicherung schließt Effizienzverbesserung nicht aus. Wäre das der Fall, müssten wir uns den Vorwurf gefallen lassen, dem Ruf der Pharmaindustrie und der Ärzteschaft zu folgen, man müsse nur mehr Geld in das System pumpen und alles liefe von alleine. Deshalb ist es notwendig, die Qualitätslücken zu schließen. Es ist immer noch so, dass Deutschland die zweithöchsten Gesundheitsausgaben in Europa aufweist, direkt nach der Schweiz. Die Versorgungsqualität befindet sich im europäischen Vergleich jedoch nur im Mittelfeld. So sterben in Deutschland mehr Menschen an den Folgen von Herzinfarkten, Schlaganfällen, Krebserkrankungen und der Zuckerkrankheit als in den jeweils besten Ländern. Aus diesem Grund muss zuallererst der Wettbewerb gestärkt werden und zwar einhergehend mit einer Steigerung der Qualität. Wenn die gesamte Bevölkerung die Wahlmöglichkeit zwischen gesetzlichen und privaten Bürgerversicherungen hätte, und es keine Nachteile mehr für solche Krankenkassen gäbe, die sich auf die Versorgung chronisch kranker Menschen spezialisieren, würden die Voraussetzungen für einen Qualitätsschub in der deutschen Medizin geschaffen.

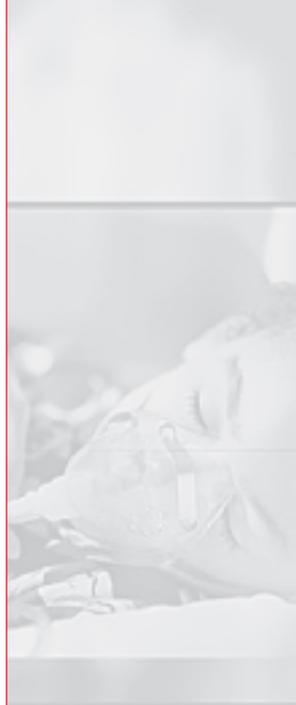
**FAUST:** *Die Union hat sich mehr oder weniger auch auf einen Vorschlag zur Neuordnung des Gesundheitssystems verständigt. Als bürokratisch, teuer und unsozial gilt die „Murks-Pauschale“ selbst in weiten Teil von CDU und CSU. Wie erklärst Du den Menschen, warum die Bürgerversicherung der SPD die überzeugendere Alternative ist?*

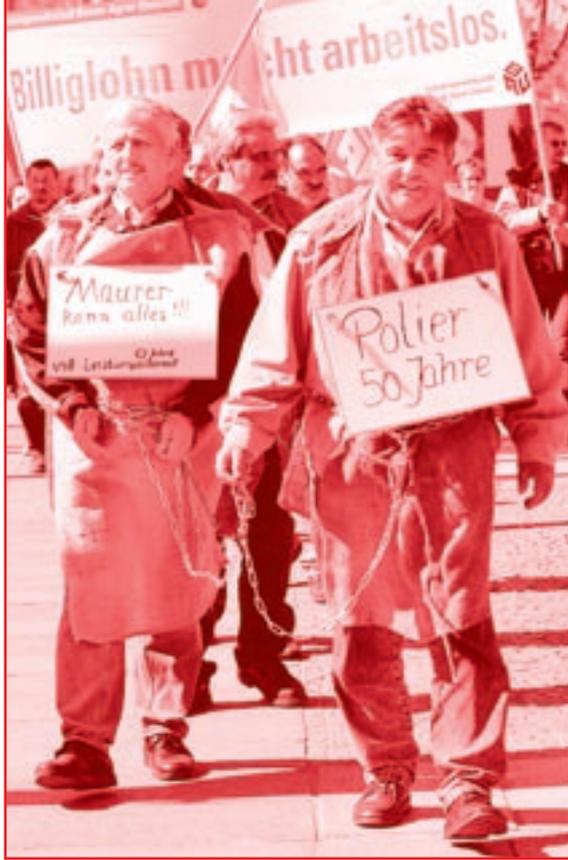
**Schmidbauer:** Die Kopfpauschale von insgesamt 169 Euro täuscht eine Vollversicherung nur vor. Tatsächlich wird die Krankenversicherung auf eine Grundversicherung heruntergefahren, was zur Folge hätte, dass die Menschen sich zusätzlich privat versichern müssten, um ihr derzeitiges Leistungsniveau zu halten. Untersuchungen belegen, dass Frau Merkel und Herr Stoiber mit den 169 Euro die Leistungen um ganze 22 Milliarden kürzen würden. Das wäre, als wenn auf einmal keine Arzthonorare mehr bezahlt würden. Das System der Union ist also nicht durchdacht und massiv unterfinanziert. Berechnungen zeigen, dass im System der Kopfpauschale eine Finanzierungslücke von 14 Milliarden

Euro klappt, die nur durch Kürzungen von Leistungen und massive Beitragserhöhungen (der Sachverständigenrat spricht von einer Verdoppelung der Beiträge bis 2030!) sowie einer Bezuschussung von 94 Milliarden Euro geschlossen werden kann. Hinzu kommt, dass wir bereits heute die Situation einer wachsenden Zwei-Klassen-Medizin haben. Diese äußert sich beispielsweise darin, dass privat Versicherte den Chefarzt im Krankenhaus ohne Umwege aufsuchen dürfen. Gesetzlich Versicherte hingegen dürfen im Krankenhaus entweder überhaupt nicht ambulant behandelt werden oder stehen Wartelisten machtlos gegenüber. Es liegt auf der Hand, dass unter diesem System vor allem die Behinderten und Einkommensschwachen leiden, die sich in der Regel nicht privat versichern können. Die Union würde mit ihrer Kopfpauschale die Zwei-Klassen-Medizin noch weiter ausbauen. Letztendlich hätten wir dann sogar vier Klassen: Die privat versicherten Beamten und Selbständigen, die weiterhin in der ersten Klasse rangieren. Dann diejenigen, die sich zur Kopfpauschalen-Versicherung eine ergänzende Zusatzversicherung leisten müssten, um den bisherigen Umfang der Leistung weiterhin halten zu können. Die dritte Klasse, würde diejenigen umfassen, die mit einem unterschiedlichen prozentualen Anteil an ihrem Lohn und Gehalt mit den Grundleistungen ihrer Krankenkasse über die Runden zu kommen versuchen. Schlussendlich die vierte Klasse, die Holzklasse, in der die BezieherInnen kleiner Einkommen in einem bürokratischen Verfahren versuchen, bei der „Clearingstelle“ jenes Geld zurück zu bekommen, das die sieben Prozent Einkommensbelastung durch den KV-Betrag übersteigt. Etwa zwei Drittel aller RentnerInnen würden dazu gehören und zu BittstellerInnen werden. Die Bürgerversicherung dagegen schafft eine gleichberechtigte Versicherungsgemeinschaft! Die „Gleichheit“, die Frau Merkel meint, bedeutet: Um in den Genuss des selben Krankenversicherungsschutzes zu gelangen müsste, wer viel hat, künftig weniger zahlen, wer wenig hat, in Zukunft mehr! Auf den Punkt gebracht heißt das: Die Kopfpauschale ist der Einstieg in den Fürsorgestaat amerikanischer Prägung – die Bürgerversicherung bedeutet die Stärkung des Wohlfahrtsstaates. Die Bürgerversicherung orientiert sich immer an der Leistungsfähigkeit des Einzelnen. Bei der Kopfpauschale hingegen, müsste der Pförtner dieselben Beiträge leisten wie der Generaldirektor. Hinzu kommt – und das vergisst die Union sehr gerne – dass die Bürgerversicherung zu einer Senkung des Arbeitgeberanteils führt, wohingegen die Kopfpauschale den Arbeitgeberanteil lediglich einfriert.

**FAUST:** *Was muss in den nächsten Monaten geschehen, damit die Bürgerversicherung schnell Realität wird?*

**Schmidbauer:** Erfolgreich wird die Bürgerversicherung nur sein, wenn wir sie durch glaubhaftes Verhalten zeitnah umsetzen. Wir brauchen auf dem Parteitag im Herbst dieses Jahres ein beschlussreifes Papier, um dann im Jahr 2006 mit der parlamentarischen Umsetzung zu beginnen. Jeder, der meint, wir könnten die Bürgerversicherung über den Wahltermin 2006 hinaus schieben, beraubt die SPD ihres Erfolgskonzeptes und gleichzeitig auch ihrer Glaubwürdigkeit! Wie genau die parlamentarische Umsetzung aussehen wird, ob es ein Eckpunktepapier oder bereits ein Gesetzentwurf sein wird, darüber kann man sprechen. Aber, 2006 muss auf jeden Fall mit der Umsetzung begonnen werden!





*Nahezu alle Parteien, Verbände, Institute und die vielen selbsternannten „Experten“ aus der Professorenriege, fordern eine stärkere Flexibilisierung der Tarifverträge. Die Gegner des deutschen Tarifsystems, das Deutschland zum Exportweltmeister und Wohlstand geführt hat, sehen ihre historische Chance zum Abbau tarifvertraglich geregelter Leistungen und Arbeitsbedingungen. Selbst der sozialdemokratische Bundeskanzler, Gerhard Schröder, forderte bei seiner Agenda-Rede im März 2003, dass in den Tarifverträgen ein „flexibler Rahmen“ geschaffen werden müsse. Damit können sich die Gewerkschaften mittlerweile auch nicht mehr auf die SPD als „Bündnispartner“ bei der Verteidigung des Flächentarifvertrags verlassen.*

# Flächentarifvertrag im Wandel



**Bernhard Stiedl**

München/Oberbayern

**Funktion:**  
Bezirkssekretär der IG Metall Bayern und  
Vorsitzender der DGB-Jugend Bayern

Sind die bestehenden Tarifverträge also zu unflexibel? Hat der Flächentarifvertrag keine Zukunft mehr? Das Betriebspanel des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) aus dem Jahre 2001 stellt bei einer repräsentativen Befragung von knapp 16.000 Betrieben eine gegenteilige Entwicklung fest. Die meisten Betriebe setzen weiterhin darauf, mit den Gewerkschaften etwa die Entgelte und die Arbeitszeit tarifvertraglich zu regeln. So beträgt die Tarifbindung der Beschäftigten im Westen 71 Prozent und im Osten immerhin 56 Prozent.

Bereits heute haben die Tarifparteien auch tarifvertragliche Regelungen flexibilisiert und Kompetenzen auf die betriebliche Ebene verlagert: In bestimmten Fragen, wie zum Beispiel der Arbeitszeit, geben Tarifverträge einen Rahmen vor, der den betrieblichen Akteuren erhebliche Handlungsoptionen einräumt. Öffnungsklauseln für betriebliche Regelungen haben dafür gesorgt, dass mehr Vereinbarungen, die zuvor einer tarifvertraglichen Regelung vorbehalten waren, auf der Ebene einzelner Unternehmen abschließend geregelt werden. Durch diese Entwicklung geht ein größerer Teil der Regulierungsarbeit und -verantwortung von den Gewerkschaften auf die Betriebsräte über.

Bisher ist die Verlagerung der Tarifvertragspolitik unter der Beteiligung und mit der Zustimmung der Tarifvertragsvertragsparteien gelaufen. Der aktuelle Entwicklungstrend geht aber in eine andere Richtung. Die Arbeitgeberseite neigt offenbar aus gutem Grund dazu, die Verhandlungse-

benen möglichst klein und lokal begrenzt halten zu wollen. Nur allzu leicht kann der Unternehmer den Betriebsrat mit Totschlagargumenten wie „Schließung des Standorts“ oder „unvermeidliche Kündigungen“ gefügig machen. Der Betriebsrat wird angebunden an Überlebensfragen des Betriebes, und es wird immer schwieriger für ihn, Gewerkschaftspolitik im Betrieb umzusetzen. Denn wo es ums Überleben geht, werden dem Betriebsrat sehr leicht tarifvertragliche Standards abgerungen. Es wird schwieriger für Betriebsräte, sich vom unmittelbaren Betriebsinteresse, vom unmittelbaren Erhalt der Arbeitsplätze loszulösen.

Der Betriebsrat ist jedoch keine Einrichtung, die Entgelthöhen abschließt, Arbeitszeiten festlegt, Tarifregelungen erfindet. Das ist mit gutem Grund Aufgabe der Gewerkschaften, die nicht nur den Branchenüberblick haben, sondern auch gegen Repressionen einzelner Unternehmer resistent sind. Der Betriebsrat ist geschaffen worden, die Bestimmungen, die im Gesetz und auf Tarifvertragsebene geschaffen wurden, umzusetzen, anzuwenden und zu kontrollieren.

Die Betriebsräte sind in ihrer überwiegenden Mehrheit auch nicht daran interessiert, in Zukunft selbst Tarifverhandlungen zu führen. Dies belegt die Betriebs- und Personalrätebefragung des Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Instituts (WSI) aus dem Jahre 2002. Branchenübergreifend wurden mehr als 1.900 Betriebsräte befragt. 38 Prozent bewerteten eine weitere Dezentralisie-