

Wissenswertes

Dieses "Nachschlagewerk" von erläuternden Begriffen, Sachverhalten und Forderungen zu sozialpolitischen Themen, mit Erweiterungen allgemeinpolitisch Art,

wird, wenn notwendig, erweitert und ergänzt.

Vorschläge und Beiträge sowie Korrekturen bei unbeabsichtigten Sachfehlern sind ausdrücklich willkommen.

Bitte senden Sie Ihren Beitrag per e-mail an intgem@web.de

Bitte beachten Sie die rechtlichen Hinweise am Ende.

Aktuelle Version: 5.1.7 vom 27. November 2018 (Versionshinweise am Ende der Datei)

Klicken Sie auf ein Thema im nachfolgenden Inhaltsverzeichnis und Sie gelangen schnell und direkt zum gewünschten Beitrag.

Inhaltsverzeichnis:

[1. Altersversorgung](#)

[1.1. Ruhestandsversorgung der Politiker ohne Einzahlung](#)

[1.2. Pension für Beamte ohne Einzahlung](#)

[1.3. Ständeversicherung mit Einzahlung](#)

[1.4. Rente mit Einzahlung](#)

[1.4.1 Gesetzliche Rentenversicherung für sozialversicherungspflichtig, abhängig beschäftigte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer GRV](#)

[1.4.2. Die Plünderung der "Rentenkasse"](#)

[1.4.3 Versicherungs-fremde- und Transfer-Leistungen](#)

[1.4.4. Renteneintrittsalter](#)

1.4.5 Rentenformel / Rentenanpassungsformel /
Beitragsbemessungsgrenze / Eckrentner / "Maximalrentner"

1.4.5.1 Rentenformel

1.4.5.2 Rentenanpassungsformel

1.4.5.3 Beitragsbemessungsgrenze in der GRV

1.4.5.4 Eckrentner

1.4.5.5 „Maximalrentner“

1.4.6. Ost - West Niveau

1.4.7. Betriebliche Altersvorsorge bAV

1.4.8. Private Altersvorsorge Riester-Rente

1.4.9. Hinterbliebenen Rente

1.5. Die RICHTIGE Altersversorgungspolitik wie sie sein soll

2. Gesundheit

2.1. Private Krankenversicherung PKV

2.2. Gesetzliche Krankenversicherung GKV (Zwangsversicherung)

2.2.1. Mißbrauch der Krankenversicherungs-Karte. (Chipkarte)

2.2.2. Kassen(-zahn)ärztliche Vereinigungen

2.2.3. Der Gesundheitsfonds

2.2.4. "Das kranke Gesundheitswesen"

2.2.5. Die Einflußnahme der Lobbyisten auf die Politik

2.3. Medikamentenpreise in Deutschland

2.4. Mehrwertsteuer auf Arzneimittel und Medikamente

2.5. Die RICHTIGE Gesundheitspolitik, wie sie sein soll

3. Bildung

3.1. Frühförderung

3.2. Schule

3.2.1. Schulkleidung

3.3. Berufsausbildung

3.4. Hochschule

3.5. Die RICHTIGE Bildungspolitik wie sie sein soll

4. Begriffserklärungen

4.1. Das Österreichische Modell

4.2. Das Schweizer Modell

4.3. Bürgerversicherung

4.3.1. Bürgerversicherung (aus Sicht der aktuellen Politik)

4.3.2. Bürgerversicherung wie sie sein muss

4.4. Betriebliche Altersvorsorge

4.5. Private Altersvorsorge

4.4.1. Private Altersvorsorge (staatlich gefördert)

4.4.2. Risiken der privaten Altersversorgung (Geldanlage)

4.4.3. Die Rente und die Krise

4.6. Versicherungspflichtgrenze / Beitragsbemessungsgrenze

4.7. Das Umlageverfahren

4.8. Demografie

4.8.1. Demografie (in Deutschland)

4.8.2. Die furchtbaren Folgen einer katastrophalen demografischen
Entwicklung

4.9. Die „Staatliche Rente“

4.9.1. Die „Gesetzliche Rente“

4.9.2. Der „staatliche Zuschuss“ zur Rente

4.9.3. Der „Generationsvertrag“

5. Zweiklassensystem / NoGo's

5.1. Das Zweiklassensystem in der Bundesrepublik Deutschland

5.1.1. Besonders herausragende, eklatante Beispiele

5.2. NoGo's (Das geht überhaupt nicht!)

5.3. Forderungen zum Abbau des Zweiklassensystems

6. Demokratie

6.1. Der Begriff "Demokratie" im Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland

6.2. Die Demokratie (Begriffserklärung)

6.3. Die freiheitlich demokratische Grundordnung (Begriffserklärung)

6.4. Die "Auswüchse" des gesellschaftlichen Zusammenlebens

6.4.1. Demokratie

6.4.2. Oligarchi

6.4.3. Plutokratie

6.5. Die Stellung zur Demokratie und zur freiheitlich demokratischen Grundordnung

7. Sonstiges

7.1. Parteienfinanzierung

Rechtliche Hinweise / Versionshinweise:

1. Altersversorgung

1.1. Ruhestandsversorgung der Politiker ohne Einzahlung

Ein nur schwer durchschaubares Dickicht von gesetzlichen Vorschriften regelt die Alterspensionen und andere Versorgungsleistungen der Politiker. Für Abgeordnete wird nach neuem Recht für jedes Jahr der Mitgliedschaft im Bundestag einen Monat Übergangsgeld in Höhe der Diäten von derzeit 6.878 Euro gezahlt, maximal für 18 Monate. Der Höchstbetrag für länger gediente Parlamentarier liegt demnach bei 123.804 Euro. Vom 2. Monat nach Ausscheiden aus dem Parlament an werden jedoch darauf alle Erwerbs- und anderen Versorgungseinkünfte voll angerechnet.

Abgeordnete, die dem Bundestag schon Ende 1995 angehörten und die sich damals nicht für das neue Recht entschieden haben, erhalten pro Jahr der Mitgliedschaft 1 Monat Übergangsgeld in Höhe eines fiktiven Bemessungsbetrags von 5.301 Euro. Gezahlt wird in diesen Fällen aber bis zu 36 Monate lang. Die Höchstsumme beträgt daher 190.836 Euro. Angerechnet werden hierauf nach altem Recht ausschließlich Bezüge aus öffentlichen Kassen und nicht aus sonstigen Erwerbstätigkeiten.

Voraussetzung für den Anspruch auf Altersversorgung sind mindestens 8 Jahre im Bundestag und die Vollendung des 65. Lebensjahrs. Mit jedem weiteren Parlamentsjahr entsteht der Anspruch 1 Lebensjahr früher, frühestens ab dem 55. Geburtstag.

Nach neuem Recht beträgt die Abgeordnetenpension bei 8- Zugehörigkeit im Bundestag 24 Prozent der Diäten. Dies entspricht 1.651 Euro im Monat. Vom 9. bis 23. Bundestagsjahr erhöht sich die Pension um 3 Prozent pro Jahr auf maximal 69 Prozent der Diäten. Dies entspricht derzeit 4.746 Euro monatlich.

Für Abgeordnete, die noch vom alten Recht von vor 1996 Gebrauch machen, beträgt die monatliche Pension nach 8-Bundestags - Zugehörigkeit 2.158 Euro (35 Prozent des fiktiven Bemessungsbetrags von 6.165 Euro). Vom 9 bis 18 Jahr steigt sie um jeweils vier Prozent auf maximal 75 Prozent der Bemessungssumme. Die Höchstversorgung liegt demnach bei 4.624 Euro.

Kabinettsmitglieder und Parlamentarische Staatssekretäre haben neben dem Übergangsgeld Anspruch auf ein Ruhegehalt, wenn sie eine Amtszeit von mindestens 1 Jahr und 274 Tagen vorweisen können. Berücksichtigt werden dabei auch frühere Zeiten als Landesminister. Das Bundesminister- Ruhegehalt beträgt nach 4 Amtsjahren (ab 55. Lebensjahr) 29 Prozent des Amtsgehalts plus des Ortszuschlags. Danach steigt es mit jedem weiteren Jahr um 2,5 Prozent bis zum Höchstsatz von 75 Prozent.

Ein Minister, der etwa eine Wahlperiode von 4 Jahren im Amt war, bekommt mit 55 Jahren eine Pension von 3.720 Euro. Der Höchstbetrag wird nach 22,4 Jahren mit 9615 Euro im Monat fällig. Deutlich höhere Summen gelten noch für solche Minister, die schon vor 1990 im Amt waren.

Scheidet ein ehemaliges Kabinettsmitglied aus dem Bundestag aus, hat es Ansprüche nach dem Minister- und Abgeordnetengesetz. Miteinander verrechnet werden beide nur, wenn sie zusammen die Diäten übersteigen. Ist dies der Fall, wird die Abgeordnetenpension um die Hälfte des überschießenden Betrags gekürzt.

Nach den Berechnungen des Bundes der Steuerzahler erhält Helmut Kohl, der 2002 aus dem Parlament ausschied, als ehemaliger Kanzler ein Ruhegehalt von 12.800 Euro im Monat. Seine Abgeordneten- Versorgung (4.634 Euro) ruht daneben voll. Die Pension des früheren Arbeitsministers Norbert Blüm beläuft sich entsprechend auf 10.600 Euro monatlich. Die Ministerpension des Theo Waigel beträgt 7.230 Euro. Dazu kommt eine gekürzte Abgeordnetenrente von 1.780 Euro, was zusammen rund 9.000 Euro im Monat ausmacht.

Gerhard Schröder, der nach verlorener Wahl 2005 in den Ruhestand ging, hat laut Steuerzahlerbund unter Anrechnung aller früheren öffentlichen Tätigkeiten (Ministerpräsident in Niedersachsen, Bundestags- und Landtagsabgeordneter) einen Gesamtanspruch von 8.303 Euro. Sein Verteidigungsminister Rudolf Scharping liegt mit 8.536 Euro damit höher als Kanzler Schröder. Mit 11.635 Euro kam Finanzminister Hans Eichel von den damaligen Kabinettsmitgliedern auf den Spitzenwert. Für Außenminister Joschka Fischer ergaben die Berechnungen (ab 55. Geburtstag) für diesen Fall einen Gesamtanspruch von

8.301 Euro, gut 1.000 Euro mehr als der für die Beamtenversorgung des Bundes zuständige Innenminister Otto Schily (die Angaben der Pensionsbeträge basieren auf Berechnungen aus dem Jahr 2002)

[zurück zum Seitenanfang](#)

1.2. Pension für Beamte ohne Einzahlung

Der Eintritt in den Ruhestand, mit Anrecht auf Zahlung einer Pension kann erfolgen

- Wenn eine Dienstzeit von wenigstens 5 Jahren abgeleistet wurde.
- Wegen einer Dienstunfähigkeit, die infolge einer Beschädigung bei Ausübung oder aus Veranlassung des Dienstes und ohne grobes Verschulden des Beamten eingetreten ist, also namentlich durch einen Dienstunfall

Beamte, deren Beamtenverhältnis nicht durch Eintritt in den Ruhestand, sondern durch Entlassung endet, erhält kein Ruhegehalt, sondern wird in der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) nachversichert. Ruhestand ist allerdings auch der einstweilige Ruhestand, in den politische Beamte jederzeit versetzt werden können. Die Voraussetzungen des Ruhestands gehören zum Beamtenstatusrecht und sind deshalb in Bundesbeamtengesetz und Landesbeamtengesetzen ggf. unterschiedlich geregelt.

Nach derzeitiger Rechtslage steigert jedes volle Dienstjahr, in dem ein beamteter Beschäftigter zugleich Vollzeit gearbeitet hat, den individuellen Anspruch auf Ruhegehalt um den Wert 1,79375, so dass schon nach 40 Jahren der höchstmögliche Wert von 71,75 erreicht wird. Der so erreichte Wert stellt die Prozentzahl dar, mit der der aktuell gültige Bezügeanspruch eines aktiven Beamten derselben Besoldungsgruppe und Dienstaltersstufe multipliziert wird, um den zustehenden Anspruch zu errechnen. Soweit Teile eines Familienzuschlages zustehen, werden diese ungekürzt gezahlt. Zudem bestehen eine ganze Reihe an Zulagen und Anpassungszuschlägen, die aber nahezu alle aus früheren Reformen resultieren und als auslaufend zu betrachten sind.

Dem Missbrauch, dass eine Beförderung kurz vor dem Eintritt in den Ruhestand das Ruhegehalt erhöht, soll entgegenwirken, dass die neue Position nach mindestens 2 Jahre ausgeübt werden muss. Die Einführung einer 3-Jahres-Frist durch den Deutschen Bundestag hat das Bundesverfassungsgericht abgelehnt.

Um eine Mindestversorgung, der sog. Alimentationspflicht nachzukommen und so auch die Unabhängigkeit des Beamten zu stützen, sieht das Beamtenversorgungsgesetz ein Unfallruhegehalt und eine Mindestversorgung vor. Das kann ein Dienstunfall sein, der zur vorzeitigen Dienstunfähigkeit führt aber auch eine Dienstunfähigkeit ohne Dienstunfall (beispielsweise wegen Krankheit)

Der Höchstversorgungssatz, den Beamte nach 40 Dienstjahren erreichen, lag im Jahre 2001 bei maximal 75 Prozent des letzten Gehalts. Bis 2009 wird dieser Satz durch das (Versorgungsanpassungsgesetz 2001) auf 71,75 Prozent

gesenkt. Auch im Ruhestand befindliche Beamte sind von den Kürzungen betroffen. Das Bundesverfassungsgericht in Karlsruhe hat 2005 drei Klagen Betroffener gegen die Absenkung der Pensionen als unbegründet zurückgewiesen.

Der Pensionär erhält nach Erreichen der Altersgrenze bis zu 73,37 % seiner letzten Bezüge als Ruhegehalt (bezogen auf das Bruttogehalt, Stand 2006). Dieser volle Anspruch wird schon nach 40 Dienstjahren erreicht. Die Pensionen werden nach heutiger Rechtslage auf 71,75 % sinken

[zurück zum Seitenanfang](#)

1.3. Ständeversicherung mit Einzahlung

Berufsständische Versorgung im engeren Sinne ist die auf einer gesetzlichen Pflichtmitgliedschaft beruhende Altersversorgung für kammerfähige freie Berufe (Ärzte, Apotheker, Architekten, Notare, Rechtsanwälte, Steuerberater beziehungsweise Steuerbevollmächtigte, Tierärzte, Wirtschaftsprüfer und vereidigte Buchprüfer, Zahnärzte sowie Psychologische Psychotherapeuten und Ingenieure). Die berufsständische Versorgung wird durch auf landesrechtlicher Grundlage errichtete Versorgungseinrichtungen (i. d. R. rechtlich selbstständige Anstalten des öffentlichen Rechts, zum Teil auch Sondervermögen der jeweiligen Berufskammern) erbracht. Die berufsständische Versorgung ist stark durch die Selbstverwaltung durch die betroffenen Berufsstände geprägt und bietet ihren Mitgliedern eine umfassende Alters-, Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenenversorgung.

Die Leistungen der Versorgungswerke sind grundsätzlich beitragsabhängig. Zur Finanzierung der Leistungen werden kapitalbildende Verfahren eingesetzt, die auf die spezifischen Anforderungen des einzelnen Versorgungswerks zugeschnitten sind: das auch in der Lebensversicherung gebräuchliche Anwartschaftsdeckungsverfahren und das im berufsständischen Versorgungswesen weit verbreitete offene Deckungsplanverfahren, bei dem auch künftige Beiträge und Versorgungsansprüche in die versicherungsmathematische Kalkulation einbezogen werden.

Die berufsständischen Versorgungswerke erhalten (anders als die gesetzliche Rentenversicherung) keinerlei Zuschüsse von staatlicher Seite, sondern finanzieren sich alleine aus den Mitgliedsbeiträgen. Berufsständische Versorgungswerke unterliegen den gesetzlichen Kontrollinstanzen der jeweiligen Bundesländer.

Infolge der sehr stark eingegrenzten Mitgliedschaft auf einen kleinen Kreis von Berufsgruppen müssen keinerlei Versicherungsfremde Leistungen erbracht werden. Die Ständeversicherung beteiligt sich daher an keinerlei sozialen Aufgaben!

[zurück zum Seitenanfang](#)

1.4. Rente mit Einzahlung

„Verrenten“ - Bedeutungen / Historie:

- Finanzmathematik: die Umwandlung eines einzelnen Geldbetrags in eine Zahlungsreihe
- die Versetzung eines Arbeitnehmers in den Ruhestand

- 1889 - Bismarck führt die Rentenversicherung ein.
- 1957 - Bundeskanzler Konrad Adenauer führte eine erste Version des Umlageverfahrens ein.

Im Mai 1889 verabschiedet der Reichstag des Deutschen Reiches unter Führung Otto von Bismarcks das Gesetz zur Alters- und Invaliditätsversicherung. Alle Arbeiter zwischen 16 und 70 Jahren müssen nun in die gesetzliche Rentenversicherung einzahlen. Der Beitragssatz beträgt 1,7 Prozent und wird jeweils zur Hälfte von Arbeitgeber und Arbeitnehmer getragen.

Die Beiträge wurden in selbstverwalteten Landesversicherungsanstalten (LVA) eingezahlt und in reinen Kapitalanlagen angelegt, aus denen die "Renten" - "als Umwandlung des in der „Rentenkasse“ angesparten Geldbetrags in eine Zahlungsreihe" ausgezahlt wurden.

Daher stammen die heute immer noch irreführend verwendeten Begriffe wie "Rentenkasse" und "Rente", die nach der Reform Adenauers in das Umlageverfahren NICHT mehr zutreffen und richtig Altersvorsorge-Versicherung / Altersversorgung benannt werden müssen!

[zurück zum Seitenanfang](#)

1.4.1 Gesetzliche Rentenversicherung für sozialversicherungspflichtig, abhängig beschäftigte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer

Die gesetzliche, deutsche Rentenversicherung basiert auf dem sogenannten Generationenvertrag (Umlageverfahren). Die Idee, die hinter dem Generationenvertrag steckt, ist ganz einfach: Der Vertrag sieht vor, dass die jüngere Generation für die ältere Generation finanziell aufkommt. Die Gelder, die von den Beitragszahlern eingenommen werden, werden umgelegt und fließen direkt an die Rentner weiter.

Möglichst große Teile der Gesellschaft sollen finanziell abgesichert sein . Als Folge dessen wurde gesetzlich genau festgehalten, wer dazu verpflichtet ist, Rentenbeiträge zu bezahlen und welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen, um später selbst Rente beziehen zu können.

In den Anfängen schien das System perfekt zu sein. Schließlich gab es deutlich mehr Arbeitskräfte als Rentner, so dass die Beitragszahler noch nicht einmal tief in die Taschen greifen mussten, um die Renten der älteren Generation zu finanzieren. Doch mit der Zeit hat sich die Gewichtung zwischen Beitragszahlern und Rentenempfängern geändert. Die Regierungen verlagerten stetig soziale Aufgaben, die eigentlich von allen Steuerzahlern getragen werden müssten, in die Zahlungsverpflichtungen der Rentenversicherung. Daher wurde das System

der gesetzlichen Rentenversicherung im Laufe der Jahre immer wieder angepasst. Man spricht auch von sogenannten "Rentenreformen". Bisher hatten diese Reformen fast durchweg zur Folge, dass die Höhe der ausbezahlen Renten, im Verhältnis zu den aktuellen Löhnen und Gehältern, sich stetig verringerten, und das bei laufend steigenden Verbraucherpreisen, steigenden Beiträgen der Beschäftigten zur Rentenversicherung und für die Rentner langfristigeren Rentenanpassungen mit Minimalsteigerungen und späterem Renteneintrittsalter.

Die Altersrente des Eckrentners beträgt durchschnittlich 48 % des letzten Bruttoeinkommens. Die Altersrenten sinken voraussichtlich auf bis zu 40 % im Jahr. Der Nachhaltigkeitsfaktor erlaubt es von Jahr zu Jahr die Rente in Abhängigkeit vom Verhältnis Rentner/Beitragszahler zu kürzen.

[zurück zum Seitenanfang](#)

1.4.2. Die Plünderung der "Rentenkasse"

Der so viel zitierte Begriff "Rentenkasse", die geplündert wird, muss hier definiert und ganz kurz erklärt werden, um den sog. Experten, den "Raffelhüschens" nicht wieder Gelegenheit zu geben, mit ihrer überheblich, billigen Argumentation:

"Eine Kasse, die überhaupt nicht existiert kann man auch nicht plündern, also besteht das Problem überhaupt nicht und ist damit vom Tisch!"

diese Angelegenheit schamlos zu verharmlosen.

Mit der "Rentenkasse" ist ein "Topf", ein Schuhkarton, ein Konto oder sonst ein irgendwie geartetes "Behältnis" gemeint, in das die pflichtversicherten Beitragszahler einzahlen und aus dem die Leistungsempfänger also die Rentner ihre, ihnen zustehenden Leistungen, die Renten, ausbezahlt werden. Natürlich ist da am Schluss nichts mehr drin! (Umlageverfahren)

Aber selbst eine leere Kasse bleibt eine Kasse, die auch geplündert werden kann, indem man unbefugt etwas herausnimmt und damit die berechtigten Leistungsempfänger um die ihnen zustehende Beträge betrügt oder den Beitragszahlern unzulässig viel abverlangt, und dabei auch noch den angeblichen Generationenkonflikt unzulässig aufheizt!

Zu Zeiten in denen die Rentenkasse noch reichlich befüllt wurde, und die gesetzliche Rücklage von derzeit 1,5 "Monatsausgaben" höher lag und leicht erreicht wurde, wuchs die Begehrlichkeit der Politik, indem sie mehr und mehr "Leistungsempfänger" aus der staatlichen Finanzierung herausnahm und in die Rentenversicherung verlagerte. Das sind die sogenannten.

"Versicherungsfremden Leistungen", also Zahlungen an Personen, die selbst nie Rentenbeiträge gezahlt haben oder bezahlen konnten.

Dazu gehören von A wie Aussiedler-Renten bis Z wie Zwangsarbeiter-Renten (etwa 12 verschiedene Rentenarten - auch der Bestandsschutz für Ostrenten) Die Notwendigkeit dieser sozialen Leistungen in Form von Renten ist in einem Sozialstaat unbestritten, nur sollten Renten dieser Art steuerfinanziert werden, also von allen Staatsbürgern bezahlt und getragen werden und nicht nur von den sozialversicherungspflichtig, abhängig beschäftigten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern aufgebracht werden müssen, und damit bei den Renten fehlen. Der **Bundeszuschuss zur Rentenkasse** wird in diesem Jahr **ca. 60 Milliarden**

Euro betragen.

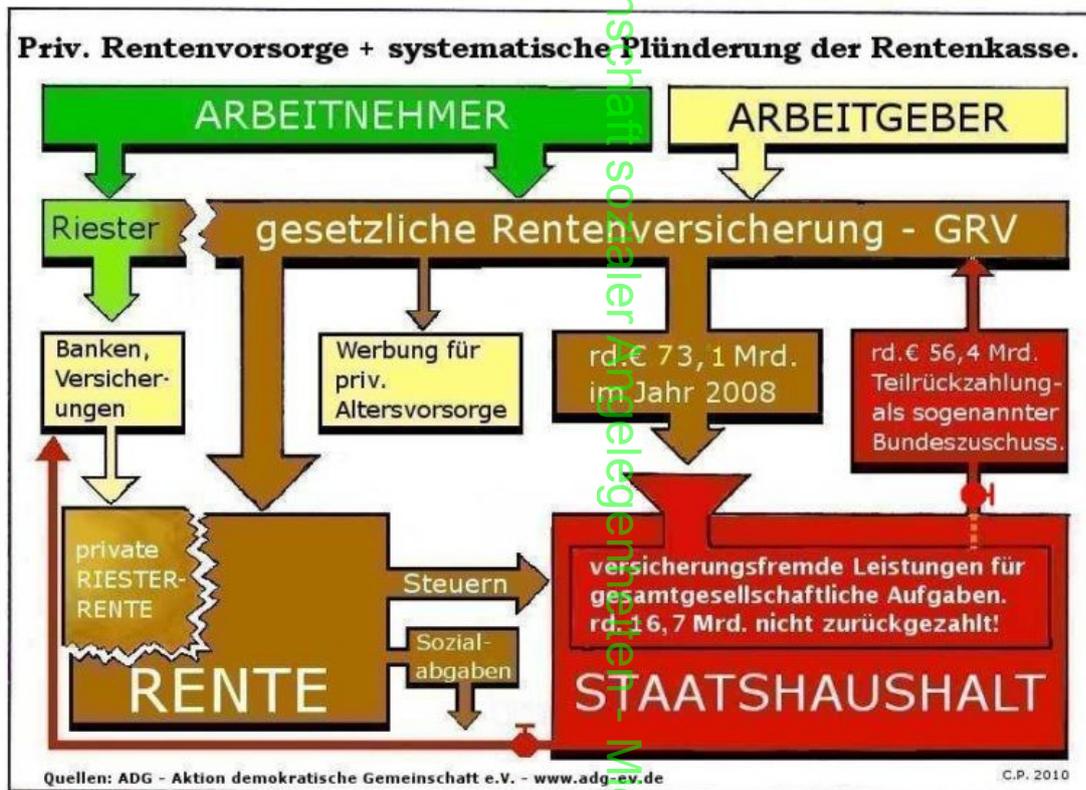
Die Höhe der **versicherungsfremden Leistungen** wird nicht veröffentlicht und man fragt sich, warum wohl nicht.

Sie betrug nach Expertenberechnung im Jahr 2003 ca. 84 Milliarden Euro und dürfte inzwischen bei **90 Milliarden Euro** gelandet sein.

Mit **ca. 30 Milliarden Euro** könnten die Renten erhöht oder der Beitragssatz verringert werden.

Noch einmal: Der steuerfinanzierte Zuschuss in die Rentenkasse, immer als "Wohltat des Staates" bezeichnete beträgt etwa 60 Milliarden Euro, die durch den Staat zwangsverordneten zusätzlichen Ausgaben betragen ca. 90 Milliarden! Ein Minus von rund 30 Milliarden!

Wenn das nicht eine klassische Plünderung genannt werden darf?



[zurück zum Seitenanfang](#)

1.4.3 Versicherungsfremde und Transfer-Leistungen

Im Zusammenhang mit der Rentenversicherung in Deutschland werden:

- als Transferleistungen alle die Leistungen bezeichnet, die aus den Mitteln der Deutschen Rentenversicherung DRV an jene Empfänger bezahlt werden, die in früheren Zeiten keine Beiträge einzahlten oder einzahlen konnten.

Da in der Regel der Staat diese "Renten" unter sozialen Gesichtspunkten gewährt, müsste auch der Staat die entsprechenden Mittel zu Verfügung stellen.

- als Versicherungsfremde Leistungen gelten die Leistungen wie spezielle Anrechnungszeiten, Ersatzzeiten, Fremdreten und durch die Wiedervereinigung entstandenen, besonderen Leistungen, die nicht durch Beiträge gedeckt sind und die Gesamtheit aller Steuerzahler (Staat) tragen

müsste.

Es handelt sich um einen Katalog von etwa 12 verschiedenen Rentenarten. Dazu gehören von A wie Aussiedler-Renten bis Z wie Zwangsarbeiter-Renten - auch der Bestandsschutz für Ostrenten, eingeführt durch die Regierung nach der Wiedervereinigung. Eine Aufzählung dieser Rentenarten im Einzelnen würde im Rahmen dieser Betrachtung zu weit führen. Die genaue Anzahl lässt sich ohnehin nicht genau ermitteln, wie deren genaue Höhe insgesamt. Der Gesetzgeber - die Regierungen haben noch nie genaue Zahlen vorgelegt. So muss man sich hier auf Schätzungen renommierter Institute verlassen. Den Schätzungen kann man aber insofern trauen, denn lägen sie zu hoch, hätte schon längst ein Politiker oder "Rentenexperte" dieses zum Anlass genommen genüsslich eine breit angelegte "Richtigstellungsdebatte" los zu treten.

Am 27.02.2018 beantwortete die Bundesregierung eine Anfrage einer Fraktion im Bundestag zu den Versicherungsfremden Leistungen in der Gesetzlichen Rentenversicherung mit der lapidaren Antwort:

“Die nicht beitragsgedeckten („versicherungsfremden“) Leistungen lassen sich nicht exakt beziffern, denn es gibt in Wissenschaft und Praxis keine eindeutige und konsensfähige Abgrenzung dieser Leistungen. Es existieren daher lediglich Abschätzungen von Orientierungsgrößen ... Es gibt somit weder eine Statistik zum Umfang der nicht beitragsgedeckten Leistungen, noch lassen sie sich dem Kontextrahmen der Träger der Deutschen Rentenversicherung entnehmen. Eine diesbezüglich differenzierte Aufstellung der Ausgabenpositionen im Rentenversicherungsbericht ist daher nicht möglich”

Das ist nachweislich Unwahr und absichtliche Verschleierungspolitik der Bundesregierungen, es bestehen diverse Veröffentlichungen zu diesem Thema:

[\[hier weiterlesen-Kurzinfo\]](#) [\[hier weiterlesen-Langinfo\]](#) [\[hier weiterlesen Neueste Studie April 2018 Hans-Böckler-Stiftung\]](#)

An dieser Stelle muss verdeutlicht werden: Die Notwendigkeit dieser sozialen Leistungen in Form von Renten ist in einem Sozialstaat unbestritten. Niemand verlangt diese einzuschränken oder gar abzuschaffen! Diese Art Renten müssen aber steuerfinanziert werden, also von allen Staatsbürgern bezahlt und getragen werden! Sie allein nur von den sozialversicherungspflichtig, abhängig beschäftigten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern tragen zu lassen ist ebenso unsozial, im höchsten Maße ungerecht und undemokratisch!

Herausragendes Beispiel für absolut Versicherungsfremde Leistungen:
1990 - Überführung der Rentenversicherung der DDR, einschließlich. Zusatz- und Sonderversorgungssystemen in die gesetzliche Rentenversicherung. **Die gesetzliche Rentenversicherung muss damit allein auch für die Renten aller Mitarbeiter des öffentlichen Dienstes der DDR (Ministerien, aller Behörden, Volkspolizei, nationale Volksarmee, Staatssicherheit, Schulen, Hochschulen, wissenschaftliche Institute usw.) aufkommen**, deren Nachfolger als Beamte selbstverständlich keine Beiträge mehr zahlen, die aber auf Grund der Zusatz- und Sonderversorgungssysteme hohe Rentenansprüche haben bzw. Renten beziehen.

[zurück zum Seitenanfang](#)

1.4.4. Renteneintrittsalter

Eine besonders perfide Argumentation der Politik zur Lösung des so genannten "demografischen Problems" (Verschiebung der Altersstruktur - immer mehr Alte / weniger Junge) ist es, vorzutäuschen, man wolle die Erfahrungen und Leistungsfähigkeit der älteren Berufstätigen besser ausnutzen, indem man das Eintrittsalter in die Rente schrittweise auf 67 Jahre - geplant wird schon 69 Jahre - erhöht.

Fakt ist, und jeder einigermaßen in der Realität beheimatete Politiker muss es wissen, dass kaum noch ein sozialversicherungspflichtig, abhängig beschäftigter Arbeitnehmer in der Bundesrepublik Deutschland die Chance hat, überhaupt bis zu seinem 65. Geburtstag seinen Arbeitsplatz zu behalten!

Da jeder Monat, den ein solcher Arbeitnehmer "früher in Rente geht" mit einem Abzug von 0,3% zu Buche schlägt, bedeutet diese "Wohltat" schlicht und ergreifend eine "Rentenkürzung"!

Rechenbeispiele:

Angenommen Herr Mustermann wurde gerade 65 Jahre alt und geht heute in den Ruhestand. Er bekommt 1000 Euro Rente im Monat. Wäre er schon mit 63 Jahren in Rente gegangen, also 24 Monate früher als das heutige Renteneintrittsalter von 65 Jahren, hätte er mit einem Rentenabzug von $24 \text{ mal } 0,3\% = 7,2\%$, also bei 1000 Euro Rente 72 Euro weniger, das sind 928 Euro verbleibender Rentenbezug im Monat, rechnen müssen! Noch mehr Rentenabzug würden entstehen, wäre Herr Mustermann schon mit 61 Jahren in Rente gegangen, nämlich dann $48 \text{ mal } 0,3\%$ gleich $14,4\%$ Abzug, also nur noch $1000 \text{ minus } 144$ gleich 856 Euro Rente im Monat! Das ist heute keine Seltenheit mehr, die Lage auf dem Arbeitsmarkt drängt immer mehr Arbeitnehmer dazu, frühzeitiger aus dem Arbeitsleben auszuscheiden!

Bei einer Anhebung des Renteneintrittsalters auf 67 oder 69 Jahre widerfährt Herrn Mustermann genau das gleiche! Nur mit dem Unterschied, dass Herr Mustermann bei einem Eintritt in die Rente mit 65 Jahren nur noch 928,- / 856,- Euro erhalten wird, obwohl er keinen Monat zu früh in Rente ging!

Stellen Sie sich nun noch vor, Herr Mustermann wäre auf Grund der heutigen Arbeitsmarktsituation wiederum gezwungen, schon mit 63 Jahren oder gar mit 61 Jahren seinen Rentenbezug zu beginnen. Dann würde er mit 63 Jahren schon nur noch 856,- / 784,- Euro, bei 61 Jahren gar nur noch 784,- / 712,- Euro im Monat an Rente erhalten. Das sind doch "höchst erfreuliche" Aussichten! Als Herr Mustermann mit 16 bis 18 Jahren sein Berufsleben begann und in die "Rentenversicherung eintreten durfte" hat man ihm noch etwas ganz anderes erzählt!

Irgend ein "werdender" Bundeskanzler in der Vergangenheit, der sich Gedanken

zur hohen (und immer noch anhaltenden) Arbeitslosigkeit Gedanken machen musste, hatte eine "wahnwitzige" Idee: Die älteren Arbeitnehmer früher in Rente zu schicken! Das ermögliche die frei werdenden Arbeitsplätze mit jungen Menschen zu besetzen, die dadurch eine Lebens-Perspektive zurückerhielten und motiviert würden. Finanzieren würde dieses sich weitgehend von selbst. Einsparung der hohen Kosten der sinnlosen "Arbeitslosigkeitsverwaltung" der Jungen Menschen sowie Mehreinnahmen in den Sozialversicherungen, und damit auch in der Rentenversicherung, durch Beiträge der dann arbeitenden und einzahlenden Jungen Arbeitnehmer. Noch nicht berücksichtigt und in die Rechnung einbezogen, die Einsparungen der volkswirtschaftlichen Schäden, verursacht infolge von Arbeits- und Perspektivlosigkeit der "herumhängenden" Jugendlichen. Eine nachdenkenswerte Idee!
(Rechenbeispiele basieren auf Zahlen aus 2004)

[zurück zum Seitenanfang](#)

1.4.5. Rentenformel / Rentenanpassungsformel / Beitragsbemessungsgrenze GRV / Eckrentne / „Maximalrentner“

1.4.5.1 Die Rentenformel:

Die Rentenformel bestimmt die Höhe der Monatsrente. Der Monatsbetrag der Rente ergibt sich, wenn die unter Berücksichtigung des Zugangsfaktors ermittelten persönlichen Entgeltpunkte der Rentenartfaktor und der aktuelle Rentenwert mit ihrem Wert bei Rentenbeginn miteinander vervielfältigt werden.

$$\text{Rente pro Monat} = E \times Z \times R \times A,$$

wobei E die erreichte Summe der Entgeltpunkte ist, Z der Zugangsfaktor, R der Rentenartfaktor und A der aktuell gültige Rentenwert in Euro ist. Aus der Multiplikation von E mal Z werden persönliche Entgeltpunkte ermittelt.

E = Persönliche Entgeltpunkte (auch Rentenpunkte genannt)

Die persönlichen Entgeltpunkte geben das Arbeitsleben des Versicherten wider. Für ihre Ermittlung sind zu berücksichtigen:

- Entgeltpunkte für Beitragszeiten (Lohn/Gehalts abhängig),
- Entgeltpunkte für beitragsfreie Zeiten und Zuschläge für Beitrags geminderte Zeiten
- Zuschläge oder Abschläge für Entgeltpunkte aus einem Versorgungsausgleich sowie
- Zuschläge aus der Zahlung von Beiträgen bei vorzeitiger Inanspruchnahme einer Rente wegen Alters
- Zuschläge für Beiträge aus versicherungsfreier geringfügiger Beschäftigung.

Solange die Einkommensverhältnisse in den alten und neuen Bundesländern

noch unterschiedlich sind, werden die niedrigeren Entgelte, die in den neuen Bundesländern erzielt werden, mit einem Faktor auf das Westniveau angehoben. Durch diese Anhebung werden Verdienste, die in den neuen Bundesländern erzielt werden, mit dem Durchschnittsentgelt vergleichbar

Die Berechnung des Durchschnittsverdienst aller deutschen Arbeitnehmer schliesst das Einkommen von "nicht" in die Rentenversicherung einzahlenden Personengruppen mit ein (Beamte, Geringverdiener) . Ausserdem werden Verdienste über der Beitragsbemessungsgrenze ebenfalls mitgerechnet . Dies verfälscht den Durchschnittsverdienst derjenigen, welche wirklich Beitragszahler der Rentenkasse sind . Sehr wahrscheinlich wird deshalb der Rechenparameter "Durchschnittsverdienst aller Deutschen" zu hoch ausfallen und in der nachfolgenden Berechnung des individuelle Entgeltpunktes ist dieser zu niedrig !
Beispiel:

Ein Arbeitnehmer hatte 2008 einen beitragspflichtigen Bruttoverdienst von 60168 Euro. Der Durchschnittsverdienst der Deutschen Arbeitnehmer lag 2008 bei 30084 Euro. Errechneter Entgeltpunkt = $(60168 / 30084)$ Euro, gleich 2 Entgeltpunkte (2 RP) . Dem Arbeitnehmer würden für 2008 seinem Rentenkonto 2 Entgeltpunkte (RP) gutgeschrieben!

Würde der Durchschnittsverdienst korrekt berechnet, also nur nach den in die Rentenkasse einzahlenden sozialversicherungspflichtigen, abhängig beschäftigten Arbeitnehmern - ohne die Gehältern von Beamten und Verdienern über der Beitragsbemessungsgrenze, müsste dieser Durchschnittsverdienst wesentlich geringer ausfallen und die gutzuschreibenden Entgeltpunkte damit höher ausfallen, was die später erreichbare Rentenzahlung positiv beeinflusste!

Aufwertungsfaktor (gilt nur für die neuen Bundesländer) :

In die Entgeltpunkte für Beitragszeiten eingerechnet wurde schon seit 1992; der sogenannte Aufwertungsfaktor. Dieser führt zu einer Aufwertung der sonst niedrigeren Ost-Renten. Unmittelbar nach der Wende war diese Aufwertung zwingend, um aus den niedrigen DDR-Löhnen überhaupt auskömmliche Renten zu errechnen. Jeder gezahlte Rentenbeitrag im Osten Deutschlands und der ehemaligen DDR ist damit mehr wert, und ergibt eine höhere Rente, als ein vergleichbarer Rentenbeitrag im Westen.

Z = Zugangsfaktor

Der Zugangsfaktor beträgt grundsätzlich 1,0. Er ist größer als 1,0, wenn eine Rente wegen Alters trotz erfüllter Wartezeit erst nach Erreichen der Regelaltersgrenze in Anspruch genommen wird. Der Zugangsfaktor ist kleiner als 1,0, wenn eine Rente vorzeitig in Anspruch genommen wird.

R = Rentenartfaktor

Der Rentenartfaktor ist ein fest gelegter Faktor für die Rentenberechnung und bestimmt das Sicherungsziel der Rentenart im Verhältnis zu einer Altersrente.

Der Rentenartfaktor beträgt für persönliche Entgeltpunkte bei

1. Renten wegen Alters 1,0
2. Renten wegen teilweiser Erwerbsminderung 0,5
3. Renten wegen voller Erwerbsminderung 1,0

4. Rente wegen Berufsunfähigkeit 0,6667
5. Rente wegen Erwerbsunfähigkeit 1,0
6. Erziehungsrenten 1,0
7. kleinen Witwen- beziehungsweise Witwerrenten bis zum Ende des dritten Kalendermonats nach dem Todesmonat 1,0 anschließend 0,25
8. großen Witwen- beziehungsweise Witwerrenten bis zum Ende des dritten Kalendermonats nach dem Todesmonat 1,0 anschließend 0,6 beziehungsweise 0,55
9. Halbwaisenrenten 0,1
10. Vollwaisenrenten 0,2

A = Aktueller Rentenwert

Der aktuelle Rentenwert ist der Betrag, der einer monatlichen Rente aus Beiträgen eines Durchschnittsverdieners für ein Jahr entspricht. Er wird durch die Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrats jeweils am 1.7. eines Jahres festgelegt. Durch die Erhöhung des aktuellen Rentenwerts wird zum Zeitpunkt des Rentenbeginns die Rente an die Veränderung der Löhne und Gehälter angepasst.

Ab 1.7.2018 gelten folgende Werte:

Alte Bundesländer: 31,03 Euro

Neue Bundesländer: 29,69 Euro

[zurück zum Seitenanfang](#)

1.4.5.2 Die Rentenanpassungsformel:

Anhand der Rentenanpassungsformel wird die Rate berechnet, mit der der aktuelle Rentenwert sowie der aktuelle Rentenwert und damit die Renten zum 1. Juli des jeweiligen Jahres angehoben werden. Prinzipiell steigen die Renten danach anhand der Bruttolöhne und -gehälter des Vorjahres. Der Anstieg folgt allerdings nicht strikt den Bruttolöhnen, sondern wird durch verschiedene Faktoren angepasst:

Die Faktoren, die das direkte Ansteigen der Renten nach den Bruttolöhnen / -gehältern NEGATIV beeinflussen - dämpfen sind:

1. **Der Riesterfaktor:** Dieser setzt sich aus dem Altersvorsorgeanteil, der so genannten Riestertreppe, sowie dem Beitragssatz zur allgemeinen Rentenversicherung zusammen.
2. **Der Nachhaltigkeitsfaktor:** Berücksichtigt das Verhältnis von Rentnern zu Beitragszahlern modifiziert um den Faktor α $\{\displaystyle \alpha\}$ α , der die Auswirkung aktuell auf ein Viertel mindert.
3. **Die Schutzklausel:** Diese verhindert, dass die Renten, aufgrund des Riesterfaktors, des Nachhaltigkeitsfaktors oder der Lohnentwicklung, absolut sinken dürfen; werden "Kürzungen" unterlassen, werden zukünftig Rentenerhöhungen so lange halbiert, bis die Kürzung nachgeholt ist.

$$aRW_t = aRW_{t-1} \cdot \underbrace{\frac{BE_{t-1}}{BE_{t-2} \cdot \frac{BE_{t-2}}{bBE_{t-2}} \cdot \frac{BE_{t-3}}{bBE_{t-3}}}}_{\text{Lohnkomponente}} \cdot \underbrace{\frac{100 - AVA_{t-1} - RVB_{t-1}}{100 - AVA_{t-2} - RVB_{t-2}}}_{\text{Riesterfaktor}} \cdot \underbrace{\left(\left(1 - \frac{RQ_{t-1}}{RQ_{t-2}} \right) \cdot \alpha + 1 \right)}_{\text{Nachhaltigkeitsfaktor}}$$

Hier eine Darstellung der

Rentenanpassungsformel mit Erklärungen

■ Anpassung der Bruttorenten in den alten Bundesländern, 1980 - 2015, in Prozent

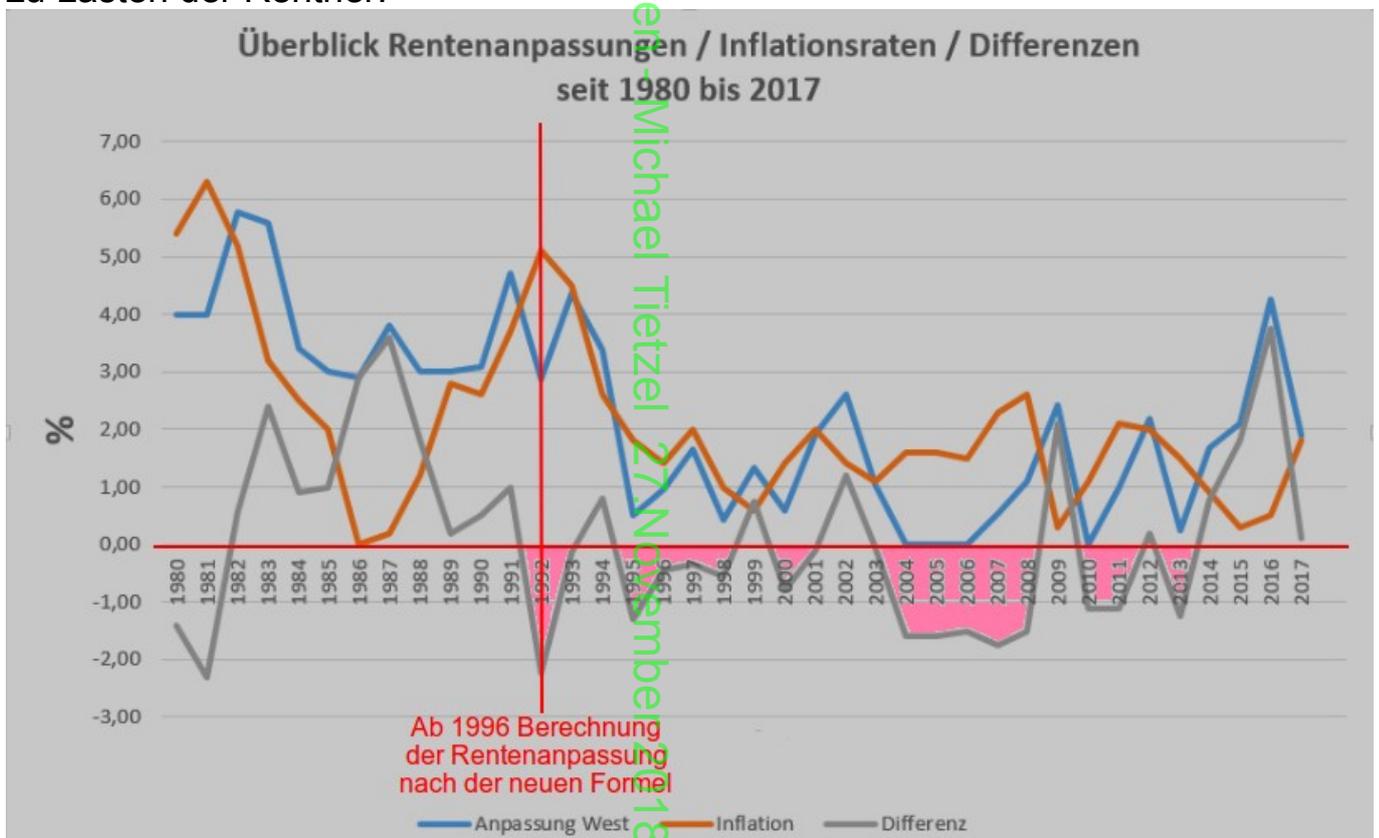


alte Länder: bis 1982 zum 01. Januar, ab 1991 zum 01. Juli des Jahres

Quellen: Deutsche Rentenversicherung Bund (2015a).
Lizenz: Creative Commons by-nc-nd/3.0/de.
Bundeszentrale für politische Bildung, 2016, www.bpb.de



Die „neue“ Rentenanpassungsformel wurde Mitte der 90-Jahre in einer der zahlreichen „Renten-Reform“ eingeführt. In der Abbildung sieht man die deutlichen, verheerenden Folgen dieser „Reform“ zu Lasten der Rentner:



Die Renten sind zwischen 1996 und 2017 inflationsbereinigt insgesamt um 3,07 % gestiegen,
das ergibt über einen Zeitraum von 21 Jahren eine reale Rentenanpassung von 0,15 % pro Jahr!

[zurück zum Seitenanfang](#)

1.4.5.3 Die Beitragsbemessungsgrenze GRV:

Vom Erreichen der Beitragsbemessungsgrenze an bleiben die absoluten Beiträge zur Renten-Versicherung konstant, sodass der prozentuale Anteil am Bruttoeinkommen sinkt.

Der Beitrag zur gesetzlichen Renten-Versicherung wird jeweils in einem Prozentsatz vom sozialversicherungspflichtigen Bruttolohn bemessen. Übersteigt der Bruttolohn die Beitragsbemessungsgrenze, wird der Versicherungsbeitrag höchstens von diesem Grenzbetrag erhoben.

Die Beitragsbemessungsgrenze wird jährlich von der Bundesregierung durch Rechtsverordnung angepasst, und zwar in dem Verhältnis, in dem die Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer (§ 68 Abs. 2 S. 1 SGB VI) im vergangenen zu den entsprechenden Bruttolöhnen und -gehältern im vorvergangenen Kalenderjahr stehen, aufgerundet auf das nächsthöhere Vielfache von 600.

Beitragsbemessungsgrenze beträgt in 2018 ab dem 1. Januar 6.500 Euro monatlich im Westen und 5.800 Euro im Monat in den ostdeutschen Bundesländern.

[zurück zum Seitenanfang](#)

1.4.5.4 Der Eckrentner:

Der Eckrentner ist eine fiktive Größe des deutschen Rentenrechts, mit deren Hilfe das durchschnittliche Rentenniveau berechnet wird. Synonym hierzu wird auch der Begriff der Standardrente verwendet. Mittels des Begriffes geht man davon aus, dass eine fiktive Person das 65. Lebensjahr vollendet hat und 45 Jahre lang, ununterbrochen in die gesetzliche Rentenversicherung eingezahlt hat. Der Verdienst entsprach dabei jeweils dem Durchschnittseinkommen aller Versicherten in der gesetzlichen Rentenversicherung in diesem Zeitraum. Die Eckrente ist eine abschlagsfreie, maximale Rente, die der Eckrentner mit dieser rein theoretischen Beitragsleistung erworben hätte.

Ab 1.7.2018 gelten folgende Werte:

Das wären für die „alten Bundesländer“:

$45 \times 1 \times 1 \times 31,03 = 1396,35$ Euro pro Monat Rente.

und für die „neuen Bundesländer“:

$45 \times 1 \times 1 \times 29,69 = 1336,05$ Euro pro Monat Rente.

Dagegen sind die tatsächlichen, durchschnittlichen Rentenbeträge teilweise bedeutend niedriger (Werte für 2017)

	Alte Bundesländer	Neue Bundesländer
Männer	1 078 Euro	1.171 Euro
Frauen	606 Euro	894 Euro

Grund hierfür: Ostdeutsche können meist auf eine längere Lebensarbeitszeit verweisen. Rentner in den neuen Ländern haben bei Eintritt in den Ruhestand im Schnitt 45,1 Jahre gearbeitet, im Westen 40,3 Jahre. Bei Rentnerinnen sind es 37 Berufsjahre im Osten, im Westen dagegen nur 26,1 Jahre.

Dieses wiederum liegt nicht daran, dass Westdeutsche tatsächlich weniger arbeiteten als ihre ostdeutschen Kollegen. In der früheren DDR gab es offiziell keine Arbeitslosigkeit und Schulungen, etc. gehörten zur Arbeitszeit! Im Westen hingegen zählen Zeiten, in denen man nicht erwerbstätig war, nicht für die Rente. Zeiten, wie z.B. für die Kindeserziehung eine längere "Jobpause" oder Arbeitslosigkeit, beides keine Seltenheit in den Lebensläufen der Westdeutschen, führen bei westdeutschen Bürgern zur Kürzung der Rente!

[zurück zum Seitenanfang](#)

1.4.5.5 Der „Maximalrentner“

Immer wieder tauchen in den Medien Berichte auf, nach denen Rentner/innen in der Bundesrepublik ansehnliche Renten-Beträge erreichen können.

So wird für das Jahr 2018 (nach der jährlichen Rentenanpassung zum 1.Juli) von Werten „bis zu 2740,50 Euro pro Monat“ berichtet.

Eine solche Rente ist nach der Rentenformel maximal zu errechnen, geht man davon aus, ein Beitragszahler bekäme vom Anfang bis zum Ende seines Arbeitslebens jedes Jahr die maximal zu erreichende Anzahl von zwei Rentenpunkten auf seinem „Rentenpunktkonto“ gutgeschrieben!

NUR mit einem monatlichen Verdienst, immer an oder über der jeweils gültigen Beitragsbemessungsgrenze, vom ersten bis zum letzten Tag vor dem Rentenbeginn, über 45 Jahre, ist rein utopisch, völlig realitätsfern, unmöglich und praktisch NICHT zu erreichen!

[zurück zum Seitenanfang](#)

1.4.6. Ost - West Niveau

Die so oft reklamierte Renten-Angleichung der "Ostrenten" an das Westniveau ist wohl ein klassisches Beispiel für den Blickwinkel.

Beispielhaft ist auch, dass hier noch immer die Begriffe "OST" und "WEST" Verwendung finden, natürlich mit dem "Hintergedanken der Assoziation": Ost=wenig, niedrig / West=viel, hoch.

Und sofort soll der Verdacht der Ungerechtigkeit aufkommen.

Da muss doch endlich, nach 25 Jahren, etwas getan werden!

Vielleicht ist das sogenannte Westniveau aber gar nicht das erstrebenswerte Ziel, wenn man einmal ganz nüchtern die Tatsachen bewertet!

So warnte Sachsen-Anhalts Ministerpräsident Wolfgang Böhmer (CDU) gegenüber der "Berliner Zeitung": "Es kann nicht sein, dass man die Renten-Angleichung der "Ostrenten" an das Westniveau will, ohne sich zu überlegen,

dass vielleicht die Betroffenen am Ende weniger haben als jetzt"

Sicht Ost - West:

Die verfügbare **Eckrente** (siehe dazu vorherigen Beitrag, Abschnitt "Eckrentner") bei durchschnittlichem Bruttojahresarbeitsentgelt und nach 45 anrechnungsfähigen Beitragsjahren liegt derzeit in den alten Bundesländern bei 1074,14 Euro und in den neuen Ländern bei 944,24 Euro, das entspricht einen Verhältniswert von 87,9 Prozent.

Sicht West - Ost:

Ostdeutsche bekommen bis zu 72 Prozent höhere Renten!

25.08.06 Hamburg (rpo). Noch nie zuvor waren die Renten ostdeutscher Arbeitnehmer, die mit 65 Jahren in den Ruhestand gehen, im Vergleich zu den westdeutschen so hoch wie im vergangenen Jahr. Bis zu 72 Prozent liegen die Renten in den neuen Ländern höher

Das berichtet die "Bild"-Zeitung unter Berufung auf Daten der Deutschen Rentenversicherung Bund. Demnach bekamen ostdeutsche Männer bei einem Renteneintritt von 65 Jahren im Vorjahr durchschnittlich eine Regelaltersrente von 1127 Euro ausgezahlt, während es bei westdeutschen Männern 781 Euro waren. Das ist ein Plus von 44,3 Prozent. Bei den Frauen habe der Abstand sogar 72,7 Prozent betragen.

Die möglichen Gründe:

Lebensarbeitszeit:

Offiziell gab es in der DDR keine Arbeitslosigkeit!

Dies führt zu mehr "für die Rente relevante" Zeiten.

Ostdeutsche können meist auf eine längere Lebensarbeitszeit verweisen, wie der Vorsitzende des Sachverständigenrates der Bundesregierung, Bert Rürup, in "Bild" betonte. "Rentner in den neuen Ländern haben bei Eintritt in den Ruhestand im Schnitt 45,1 Jahre gearbeitet, im Westen 40,3 Jahre." Bei Rentnerinnen seien es 37 Berufsjahre im Osten, im Westen dagegen nur 26,1 Jahre.

Im Westen hingegen zählen Zeiten in denen man nicht erwerbstätig war nicht für die Rente. Zeiten, wie z.B. für die Kindererziehung eine längere "Jobpause" oder Arbeitslosigkeit, beides keine Seltenheit in den Lebensläufen der Westdeutschen, führen bei westdeutschen Bürgern zur Kürzung der Rente.

Ein weiterer Grund für eine vergleichsweise hohe Regelaltersrente in Ostdeutschland liegt in dem DDR-Kinderbetreuungsangebot, so dass Mütter schon nach wenigen Monaten an ihren Arbeitsplatz zurückkehren konnten. So können 60 Prozent der ostdeutschen, aber nur 42 Prozent der westdeutschen Rentner 45 Beitragsjahre oder mehr vorweisen. Für Männer beträgt die Durchschnittsrente im Westen 967 Euro, im Osten 1043 Euro. Noch größer ist der Unterschied bei Frauen, die im Westen durchschnittlich 468 Euro, im Osten 669 Euro erhalten.

Aufwertungsfaktor:

Das Rentenrecht privilegiert die Ostdeutschen schon seit 1992; der sogenannte Aufwertungsfaktor führt zu einer Aufwertung der niedrigeren Ost-Renten. Unmittelbar nach der Wende war diese Aufwertung zwingend, um aus den niedrigen DDR-Löhnen überhaupt auskömmliche Renten zu errechnen. Und die Bevorzugung gilt fort: Jeder Euro Rentenbeitrag ist im Osten Deutschlands mehr wert als im Westen. Der Aufwertungsfaktor, der derzeit bei 1,1622 liegt, soll "die nachteilige Wirkung der noch immer geringeren Arbeitsverdienste in den neuen Ländern bei einer späteren Rente verhindern" - und damit Altersarmut vorbeugen.

Nach Berechnungen der Deutschen Rentenversicherung bekommt ein Arbeitnehmer mit 30 000 Euro Jahresgehalt für seine Beiträge im Westen einen Rentenwert von 27,02 Euro, im Osten nach der Aufwertung durch den Aufwertungsfaktor sogar von 27,59 Euro. Bei einem Jahresgehalt von 12 000 Euro kommt der Rentner im Westen auf 10,86 Euro, der Rentner im Osten aber auf 11,04 Euro. Die Ostdeutschen stehen sich also durchweg besser, als wenn für sie der West-Rentenwert gelten würde. Die Angleichung des Rentenrechts könnte insofern im Ergebnis zu Enttäuschungen führen, da der "Abstand" zwischen Ost- und Westrente nicht die im Buche stehenden 12 Prozentpunkte ausmacht.

Zusatzversicherung:

Eine Vielzahl von ostdeutschen Gutverdienern hat zudem eine freiwillige Zusatzrentenversorgung abgeschlossen, die es ab 1971 gab.

Derzeitiger Stand:

Momentan wird die Disbalance der Ost und West-Renten ausgeglichen durch den sogenannten Aufwertungsfaktor. Dieser hebt den Durchschnittsverdienst (welcher als Grundlage zur Berechnung der Rentenhöhe dient) bei der Rentenberechnung auf Westniveau an. Dies sorgt dafür dass jeder Euro der in Ostdeutschland verdient wird, mehr für die Rente einbringt als wenn ein westdeutscher Arbeitnehmer diesen Euro in die Rentenkasse einzahlt. Auch in der Gegenwart ist also ein Ausgleich vorhanden um in die Bürger in den neuen Bundesländern vor zu geringer Rente zu bewahren. Mit Wirkung: Laut der Bundeszentrale für politische Bildung sind niedrigere Ostrenten eher eine Seltenheit. Gravierend ist der Unterschied bei den Frauen. Lediglich 15,1 % Ostdeutscher Frauen erhielten 2003 eine Rente unter 450 Euro. Im Westen hingegen mussten 50,9 % aller Rentnerinnen eine Rente von 450 Euro oder weniger hinnehmen. Weniger gravierend aber dennoch deutlich ist der Unterschied bei den Männern. Auch hier erhalten die Mehrheit der Ostdeutschen Rentner eine höhere Rente als der Westrentner (Quelle: Bundeszentrale für politische Bildung).

Das sieht auch Rürup so: "Stellen sie sich vor: Sie haben ein Zwillingspärchen,

einer arbeitet in Frankfurt/Main, der andere in Frankfurt/Oder. Sie haben das gleiche Einkommen, zahlen die gleichen Beiträge und sie bekommen doch unterschiedliche Renten. Und zwar bekommt der in Frankfurt/Oder eine höhere Rente."

12. November 2008 - Stichworte:

Die Ministerpräsidenten der ostdeutschen Länder haben vor einer zu schnellen Angleichung der Renten in Ost und West gewarnt und kritisierten noch vor den Beratungen mit Bundeskanzlerin Angela Merkel (CDU) am heutigen Mittwoch, dass nicht alle der rund vier Millionen Rentner im Osten Deutschlands davon profitieren würden.

So sagte Sachsen-Anhalts Ministerpräsident Wolfgang Böhmer (CDU) gegenüber der "Berliner Zeitung": "Es kann nicht sein, dass man etwas will, ohne sich zu überlegen, dass vielleicht die Betroffenen am Ende weniger haben als jetzt". Bei einer sofortigen Anpassung der Rentenberechnung "werden viele schlechter dastehen als heute", kritisierte Böhmer. Denn bei der Rentenberechnung würden Ost-Löhne aufgewertet "aktuell um 18 Prozent" und dieser Hochrechnungsfaktor würde bei einer Angleichung der Rentenwerte wegfallen. Wenn es nach dem Willen der großen Koalition geht, soll eine Entscheidung darüber spätestens 2009 gefällt werden.

Desweiteren äußerten sich auch der Ministerpräsident von Mecklenburg-Vorpommern, Erwin Sellering (SPD) sowie auch Thüringens Ministerpräsident Dieter Althaus (CDU) kritisch über eine übereilte Ost-West-Angleichung.

Die Einwände der ostdeutschen Regierungschefs vor einer schnellen Angleichung der Rentenwerte und der Annahme, dass sich die Renten von Ostdeutschen dadurch verringern könnten, wies der Vorsitzende der Links-Fraktion, Gregor Gysi als "absurd" zurück. Immerhin habe der Gesetzgeber es in der Hand, den **Aufwertungsfaktor** nicht zu streichen.

(Anm.: Also die Vorteile beibehalten und die vermuteten Nachteile abbauen, dass ist unter "Angleichung zu verstehen?)

Zusammengefasst:

Der **Aufwertungsfaktor**, der in die Entgeltpunkte eingerechnet wird und zu einer Aufwertung der sonst niedrigeren Ost-Renten führt, weil er den damals im Osten Deutschlands, der ehemaligen DDR, gezahlten Rentenbeitrag höher bewertet als einen vergleichbaren Rentenbeitrag im Westen, ergibt eine **höhere Ost-Renten**.

Der aktuelle **Rentenwert**, der Betrag, der einer monatlichen Rente aus Beiträgen eines Durchschnittsverdieners für ein Jahr entspricht, jährlich an die Veränderung der Löhne und Gehälter angepasst wird und derzeit für die alten Bundesländer 27,20 Euro und die alten Bundesländer: 24,13 Euro misst, **verringert die Ost-Renten**

Welcher Faktor nun ein geringeres "Ostniveau" ausmachen könnte ist nur von den individuellen Voraussetzungen eines jeden, einzelnen Rentners in den

neuen Bundesländern abhängig. Auf gar keinen Fall ist aber ein eindeutiges, generelles, unterschiedliches und damit ungerechtes Rentenniveau zwischen "Ost" und "West", welches schnellstens "aus- oder angeglichen" werden muss, vorhanden!

Auch kann eine angeblich notwendige Angleichung an das Rentenniveau West nicht allein dadurch erfolgen, indem man nur den Negativ-Faktor "Rentenwert" angleicht, aber den Positiv-Faktor "Aufwertungsfaktor" unverändert beibehält, wie es zum Beispiel der "fuchsschlaue" Vorsitzende der Links-Fraktion, Gregor Gysi fordert!

[zurück zum Seitenanfang](#)

1.4.7. Betriebliche Altersversorgung (bAV)

Eine betriebliche Altersversorgung (bAV) ist der Sammelbegriff für alle finanziellen Leistungen, die ein Arbeitgeber seinem Arbeitnehmer zur Altersversorgung zusagt.

Je nachdem, wer die Beiträge bezahlt, spricht man von einer arbeitgeber- oder arbeitnehmerfinanzierten Versorgung. Mischformen sind möglich und im heutigen Betriebsverkehr üblich.

Fünf Arten der Betriebsrente

1. DIREKTVERSICHERUNG:

Arbeitnehmerfinanzierten Versorgung

Dabei handelt es sich um eine Rentenversicherung, die der Arbeitgeber für seinen Arbeitnehmer abschließt.

2. PENSIONS-KASSE:

Die Versorgungseinrichtung ist rechtlich selbstständig und unterliegt der Versicherungsaufsicht. Im Grunde funktioniert sie wie ein Versicherungsunternehmen.

3. PENSIONS-FONDS:

Die Anlagerichtlinien für die selbstständigen Pensionsfonds sind deutlich breiter gefasst als bei Versicherungen und orientieren sich meist am Kapitalmarkt.

4. DIREKTZUSAGE:

Bei der Direktzusage bzw. Pensionszusage verpflichtet sich der Arbeitgeber, dem Arbeitnehmer eine Rente zu zahlen. Dazu bildet er Rückstellungen in der Bilanz.

5. UNTERSTÜTZUNGSKASSE:

Ein rechtlich selbstständiges Versorgungsunternehmen zahlt im Auftrag des Arbeitgebers an den Arbeitnehmer eine Rente. Die Ausfinanzierung erfolgt über Rückdeckungsversicherungen.

1. Betriebliche Altersversorgung – Direktversicherung

Die offensichtlich schlechteste Art einer "betrieblichen Altersvorsorge" die genau besehen diesen Namen noch nicht einmal verdient

Arbeitnehmerfinanzierten Versorgung

Die Direktversicherung ist einer der fünf in Deutschland bekannten Durchführungswege in der „Betrieblichen Altersversorgung“.

Die Direktversicherung mit der Entgeltumwandlung eines Teiles des Arbeitnehmer-Lohn/Gehaltes ist aber im eigentlichen Sinne KEINE Betriebliche- Altersversorgung, da die Beiträge ausschließlich vom Arbeitnehmer geleistet werden, der Betrieb/Arbeitgeber/Firma leistet nur die organisatorische Abwicklung aber KEINEN materiellen Beitrag

Eine **Direktversicherung** ist nach dem deutschen genau besehen diesen Namen noch nicht einmal verdientchen Arbeits- und Steuerrecht ein Lebensversicherungsvertrag, den der Arbeitgeber als Versicherungsnehmer auf das Leben eines Arbeitnehmers (versicherte Person) bei einem in Deutschland zugelassenen Versicherer abschließt.

Bezugsberechtigt sind der Arbeitnehmer und/oder dessen Hinterbliebene.

Die **Entgeltumwandlung** ist dabei eine Finanzierungsmöglichkeit die NUR der Arbeitnehmer, die versicherte Person, leistet.

Der Arbeitgeber, der Versicherungsnehmer entscheidet über das Versicherungsunternehmen und leitet die Beiträge vom Brutto-Lohn/Gehalt des Arbeitnehmers **vor** dem Abzug der Einkommens-/Lohnsteuer und der Sozialabgaben an das Versicherungsunternehmen ab.

Dadurch verringert sich der/das Brutto-Lohn/-Gehalt, und als „Spareffekt“ die Einkommens-/Lohnsteuer sowie auch die Sozialabgaben (die Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung und zur gesetzlichen Krankenkasse).

Die Entgeltumwandlung wurde den Arbeitnehmern vor 2004 als durch den Staat geförderte „Vermögensbildende Leistung“ empfohlen. (Auch der Arbeitgeber/Betrieb/Firma spart bei diesem Modell die um den Versicherungsbeitrag verringerten paritätischen Arbeitgeberanteile der gesetzlichen Renten- und Krankenkasse)

Infolge aber einer "**Gesundheits-Reform**" im Jahre 2004,

zur "Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung" (GMG)

wurden die oben genannte Sparform der gesetzlich geförderten

„Vermögensbildende Leistung“ in der Form der Entgeltumwandlung

zur einer ganz normalen „Betrieblichen Altersvorsorge“ erklärt und damit, ebenso wie die klassischen arbeitgeberfinanzierten Betriebsrenten, beitragspflichtig in der Krankenversicherung der Rentner (KvDR)

Seither müssen auf alle Lebensversicherungen mit „Betriebsrenten-charakter“, bei der Auszahlung in Form einer monatlichen Rente, die vollen Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung gezahlt werden, und zwar sowohl der Arbeitnehmer- wie auch der Arbeitgeberanteil.

Das gilt auch für Verträge, die vor 2004 abgeschlossen wurden,

also rückwirkend, auch bei einer "Betrieblichen Altersversorgung" auf der Basis der Entgeltumwandlung/Direktversicherung ausschließlich aus dem Lohn/Gehalt des Arbeitnehmers, bei welcher der Arbeitgeber/Firma/Betrieb überhaupt keinen materiellen Beitrag leistete.

Damit wird:

1. das Versprechen der Entgeltumwandlung

- der Basis dieser "Betriebsrente", in der Einzahlungsphase Krankenkassen-Beiträge zu sparen - nachträglich unzulässig gebrochen.
(unzulässig deshalb, weil wie im Beamtenrecht Bestandschutz gelten müsste.)
2. zusätzlich muss der "Betriebsrentner" auch noch nachträglich den paritätischen Arbeitgeberanteil leisten, (**Doppelverbeitragung**) dessen Einspareffekt in der Phase der Beitragszahlung nur dem Arbeitgeber zu Gute kam, und mit dem Arbeitnehmer, dem damaligen Beitragszahler/ dem "Betriebsrentner" überhaupt nichts zu tun hat!
Eine schwere Ungerechtigkeit und Ungesetzlichkeit!
 3. Eine zusätzlich Fehlleistung des Gesetzgebers trifft jene Arbeitnehmer, deren Arbeitgeber eine "Betriebsrente" auf der Basis der Entgeltumwandlung generell für alle Arbeitnehmer in seinem Betrieb vereinbarte und die mit ihrem Lohn/Gehalt während der Anspar-/Beitragsphase dieser "Betriebsrente" ganz oder teilweise über der Krankenkassen-Beitrags-Bemessungsgrenze lagen.
Über dieser Bemessungsgrenze steigt der Beitragssatz zur Gesetzlichen Krankenkasse nicht mehr prozentual wie unterhalb dieser Grenze und bleibt konstant, auch wenn Lohn/Gehalt steigen.
Verringert sich infolge der Entgeltumwandlung/dem Beitrag zu dieser "Betriebslichen Altersvorsorgeform" und Lohn/Gehalt des Arbeitnehmers/Beitragszahler bleibt über der Krankenkassen-Beitrags-Bemessungsgrenze, so ergibt sich für den Arbeitnehmer in der Beitrags-/Ansparphase keine Ersparnis.
(möglicherweise noch bei der Steuerschuld oder dem Beitrag zur gesetzlichen Rentenversicherung)
Bei der Auszahlung dieser "Betriebsrente" muss der "Betriebsrentner", jedoch wie auf alle Betriebsrenten, den anteiligen Krankenkassenbeitrag (und den des Arbeitgebers) zahlen.

Das Anfang 2018 wirksam werdende „Betriebsrentenstärkungsgesetz“ BRSG wird da auch keine besonderen Verbesserungen bringen.

Die größte Errungenschaft, der „Verpflichtende Arbeitgeberanteil“, der darin besteht, der Arbeitgeber müsse den, auch für ihn durch die Entgeltumwandlung vor Steuer- und Sozialversicherungsabzug, ersparten Sozialversicherungsanteil dem Arbeitnehmer auf die Kapitalanlage (Versicherung) überweisen erst ab 2019 greifen wird!

Und was nützt die Anhebung des steuerfreien Höchstbetrags in der Ansparphase, (wird als „besondere“ Verbesserung gepriesen) wenn die Steuer bei der Auszahlung wieder fällig (nachgelagert) wird?

Die neue Betriebsrente wird von der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht auf der Grundlage spezifischer neuer Aufsichtsvorschriften überwacht – das ist doch einmal eine gute Nachricht im Rahmen der Beamtenstellenförderung.

Die betroffenen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer / „Betriebsrentnerinnen“ und „Betriebsrentner“ dieser „Betriebsrenten“-Form

betrachten sich als „**Direktversicherungs-Geschädigte**“
und versuchen in diversen Gerichtsverfahren die Ungerechtigkeiten zu beseitigen
und die zu viel gezahlten Krankenkassen-Beiträge zurückerstattet zu bekommen.

4. Die klassische "Betriebsrente" / Betriebliche-Altersversorgung, Arbeitgeberfinanzierten Versorgung

So wie die Begrifflichkeit es suggeriert, ist eine Leistung, voll finanziert durch den Arbeitgeber, indem er für seine Angestellten ein streng vom Firmeneigentum getrenntes "Kapital" in Form von Aktienpaketen, Rentenfonds oder Immobilien anlegt, welches für den im Alter ausscheidenden Mitarbeiter zu seinem Gunsten verrentet / in eine Zahlungsreihe umgewandelt wird.

Diese betrieblich finanzierte Altersversorgung ohne finanzielle Beteiligung des Angestellten bedarf keinerlei gesetzgeberischer Eingriffe zu Gestaltung der Versorgung bis auf die Verpflichtung, die zugesagten Leistungen an die Arbeitnehmer auch auszuzahlen, selbst wenn der Betrieb in Konkurs geht, fusioniert oder verkauft wird, daher die Verpflichtung das Betriebsrentenkapital streng vom Firmeneigentum zu trennen. Diese Form der betrieblichen Altersversorgung können aber nur ca. 20% aller unselbstständig, sozialversicherten Arbeitnehmer in der Bundesrepublik in den Großkonzernen genießen und ist eine freiwillige Leistung des Betriebes oder tariflich verankert.

Es bestehen Mischformen der betrieblichen Zusatzaltersversorgung der unselbstständig, sozialversicherungspflichtigen Arbeitnehmer regelt das Betriebsrentengesetz (BetrAVG). Hier bietet der Arbeitgeber dem Arbeitnehmer an, gemeinsam ein Teil des Lohnes/Gehaltes, zusammen mit einem Anteil des Arbeitgebers bei einer Versicherung o.Ä. eine im Rentenalter auszuzahlende Zusatz-Altersversorgung anzusparen. In der Regel bestimmt der Arbeitgeber die Art der Anlage.

Wie eine Regierung die Variante 1. überhaupt als Zusatzversorgung im Alter preisen und mit einer angeblichen staatlichen Förderung und einem "Betriebsrenten-Stärkungsgesetz" (welches erst 2022 so richtig wirksam werden soll) als großartige Regierungsleistung "verkaufen" mag, bleibt ein Geheimnis der beteiligten Politiker und deren Parteien!

*) <https://www.welt.de/finanzen/verbraucher/article153721036/Die-boese-Ueberraschung-bei-der-betrieblichen-Vorsorge.html>

[zurück zum Seitenanfang](#)

1.4.8. Private Altersvorsorge Riester-Rente

Die Riester-Rente ist eine durch staatliche Zulagen und durch Sonderausgabenabzug geförderte, grundsätzlich privat finanzierte Rente in Deutschland. Die Förderung ist durch das Altersvermögensgesetz (AVmG) 2002 eingeführt worden und in den § 10a und §§ 79 ff. Einkommensteuergesetz geregelt.

Die Höhe der Förderung ist abhängig von den eingezahlten Beiträgen, die 4% des Jahresbruttoeinkommens betragen sollten. Wird weniger als vier Prozent des Vorjahresbruttoeinkommens in den Vertrag eingezahlt, wird nicht der volle Zuschuss gewährt.

Möglichkeiten der Anlage:

1. Die klassische Riester-Rente:

Hier liegt bereits bei Vertragsabschluss fest, wie die garantierte Rente im Alter ausfällt. Die Versicherer können das Geld der Kunden jedoch kaum in renditereichen Anlagen investieren, so dass sich die private Rente in Zeiten der Niedrigzinsphase kaum durch Zinsgewinne erhöht.

2. Die fondsgebundene Riester-Rente:

Je nach Vertrag garantieren Anbieter meist nur, die eingezahlten Sparbeiträge zurück zu zahlen. Die Unternehmen sind allerdings freier bei der Anlagestrategie und können die Höhe der Rente durch eine passende Fondsauswahl deutlich steigern. Ob dies tatsächlich eintritt, entscheidet am Ende der Aktienmarkt.

Riester-Fondssparplan:

Hier gibt es nur sehr wenige Anbieter, die einen Riester-Fondssparplan anbieten. In der Regel fallen für den Fondssparplan niedrigere Kosten als bei einer fondsgebundenen Rentenversicherung an. Allerdings unterliegen die erzielten Gewinne einer anderen, schlechteren Besteuerung. Zudem müssen Anleger ein Depotkonto eröffnen, was zusätzliche Gebühren verursacht.

Riester-Bankspaarplan:

Er ist eine kostengünstige Variante des "Riesterns". Allerdings bieten nur noch wenige Banken diese Vorsorgeform an. Sparer haben stets einen guten Überblick über ihr Guthaben. Allerdings schwankt die Verzinsung.

3. Wohn-Riester:

Soll eine eigene Immobilie finanziert werden, fließen die Zulagen direkt in die Tilgung eines Kredits oder in einen Bausparvertrag. Allerdings darf das Eigentum nur selbst genutzt und innerhalb eines bestimmten Zeitraumes nicht verkauft werden.

Welche Kosten fallen bei der Riester-Rente an?

Vor dem Abschluss der staatlich geförderten Zusatzrente sollte unbedingt einen Blick auf die Kosten geworfen werden, welche die Versicherungen berechnen. Denn je höher diese sind, desto mehr zehren die Gebühren die Rendite auf. Dazu zählen beispielsweise Vertriebs-, Abschluss- und Verwaltungskosten. Basiert die private Rente auf Fonds, fallen Fondsverwaltungskosten an. Meist bleibt bei Versicherungen unerwähnt, dass bei der Verrentung des angesparten Versicherungsbetrages von einer durchschnittlichen Lebenserwartung von Einhundertzwei Jahren ausgegangen wird. (Allianz-Versicherungsangabe) Das bedeutet – Versicherungs-Endsumme durch 102 ergibt die monatliche Rente. Wird der mögliche Zinsgewinn sowie die Staatliche Förderung dazu gerechnet und die Kosten abgerechnet bedeutet das, wie vielfach schon öffentlich berichtet, bei dem heutigen niedrigen Zinsniveau, erst nach durchschnittlichen 90 bis 98 Jahren der "Riesterrentner" seine eingezahlten Beiträge wieder zurück erhalten hat.

Die Bezeichnung „Riester-Rente“ geht auf Walter Riester zurück, der als Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung die Förderung der freiwilligen Altersvorsorge durch eine Altersvorsorgezulage vorgeschlagen hatte. Anlass dafür war die Reform der gesetzlichen Rentenversicherung 2000/2001, bei der das Nettorentenniveau des Eckrentners, eines idealtypisch sozialversicherungspflichtig Beschäftigten, der 45 Jahre lang Sozialversicherungsbeiträge eingezahlt hat, von 70 % auf 67 % reduziert worden

war.

Für die Nutzung derart geförderter Altersvorsorgeverträge hat sich in der Öffentlichkeit das Verb „riestern“ etabliert.

[zurück zum Seitenanfang](#)

1.4.9. Hinterbliebenen Rente

Hinterbliebenen Rente in der Gesetzliche Rentenversicherung:

Renten wegen Todes sind in der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung die Witwer- und Witwenrente (im Folgenden Witwenrente) und die Halb- oder Vollwaisenrente sowie die Erziehungsrente. Sie heißen Renten wegen Todes, weil Voraussetzung für ihre Gewährung der Tod des versicherten Ehegatten bzw. Elternteils oder der Tod des geschiedenen Ehegatten eines Versicherten ist. Der Tod ist hierbei der Versicherungsfall. Die Renten wegen Todes sollen den Unterhalt ersetzen, den bislang der Verstorbene erbracht hat (Unterhaltersatzfunktion). Während Witwen- und Waisenrenten Renten aus der Versicherung des Verstorbenen sind, ist die Erziehungsrente eine Rente aus der Versicherung der überlebenden Person.

A) Kleine Witwenrente in der Gesetzliche Rentenversicherung:

Die Kleine Witwenrente wird an Witwer und Witwen geleistet, denen der Staat einen größeren Eigenbeitrag zum Unterhalt zumutet. Ihr Sicherungsziel ist daher geringer. Sie beträgt nach § 46 Abs. 1 SGB VI – vereinfacht – 25 % der gezahlten oder berechneten Rente wegen voller Erwerbsminderung des verstorbenen Versicherten in der Rentenanwartschaftsphase bzw. der zum Todeszeitpunkt gezahlten Altersrente in der Rentenphase und ist gekoppelt an die Voraussetzungen, dass der verstorbene Ehegatte die allgemeine Wartezeit von 5 Jahren erfüllt hat. Der Anspruch besteht längstens für 24 Kalendermonate nach Ablauf des Monats, in dem der Versicherte verstorben ist.

Die Kleine Witwenrente kann nach § 242a Abs. 1 SGB VI ohne Beschränkung auf 24 Kalendermonate in Anspruch genommen werden, wenn mindestens ein Ehegatte vor dem 2. Januar 1962 geboren ist und die Ehe vor dem 1. Januar 2002 geschlossen wurde (so genannter Altfall).

B) Große Witwenrente in der Gesetzliche Rentenversicherung:

Erfüllt der Hinterbliebene neben den Voraussetzungen für die Kleine Witwenrente zusätzlich eine der nachfolgend genannten Voraussetzungen, kann er die große Witwenrente beanspruchen. Nach § 46 Abs. 2 SGB VI muss der Hinterbliebene ein eigenes Kind oder ein Kind des verstorbenen Ehegatten, das das 18.

Lebensjahr noch nicht vollendet hat, erziehen (sorgt er in häuslicher Gemeinschaft für ein behindertes Kind, gibt es keine Altersgrenze bezüglich des Kindes) oder erwerbsgemindert sein oder

das 45. Lebensjahr vollendet haben. Diese Altersgrenze steigt nach § 242a Abs. 5 SGB VI ab 2012 stufenweise von 45 auf 47 je nach Todesjahr des Versicherten. Bei Todesfällen ab 2029 gilt das 47. Lebensjahr.

Die große Witwenrente beträgt 55 % (Altfall: 60 %) der gezahlten oder berechneten Rente wegen voller Erwerbsminderung des verstorbenen Versicherten in der Rentenanwartschaftsphase bzw. der zum Todeszeitpunkt gezahlten Altersrente in der Rentenphase. Im Unterschied zur Kleinen

Witwenrente ist die Bezugsdauer der Großen Witwenrente nicht auf höchstens zwei Jahre begrenzt.

Es muss weder zuvor die Kleine Witwenrente bezogen worden sein noch steht ein früherer Bezug der Kleinen Witwenrente dem Anspruch auf die große Witwenrente entgegen.

Nach § 115 Abs. 3 Satz 2 SGB VI ist der Rentenversicherungsträger verpflichtet, die Große Witwen-/Witwerrente zu leisten, sobald die maßgebende Altersgrenze vom Rentenberechtigten erreicht wird und bis zur maßgebenden Altersgrenze eine kleine Witwen-/Witwerrente bezogen wird. Wird hingegen die Kleine Witwen-/Witwerrente nicht mehr geleistet, weil diese bereits für 24 Monate bezogen wurde, muss die Große Witwen-/Witwerrente erneut beantragt werden, sobald die maßgebende Altersgrenze hierfür erreicht wird. In diesen Fällen wird der Rentenversicherungsträger nicht von Amts wegen tätig.

Hinterbliebenen Rente in der Riester-Rente

Im Todesfall wird die Riester-Rente in der Regel an den Ehepartner übertragen. Sofern der Verstorbene nicht verheiratet sein sollte, erhalten die Kinder den Vertrag mit dem angesparten Geld.

Funktionsweise im Todesfall:

Unverheiratet:

Stirbt der Riesternde, erhalten die Erben die Einzahlungen plus der entsprechenden Verzinsung. Zurückzahlen müssen sie jedoch auch in diesem Fall, die bis dahin erhaltenen staatlichen Zulagen (Riester-Rente Förderung) sowie die Begünstigungen bei der Steuer. Dies gilt nicht, wenn der Versicherte erst in der Rentenphase, also nach Auszahlungsbeginn versterben sollte.

Mit Ehepartner:

Sollte der Todesfall bereits vor dem Auszahlen der Rente eintreten, so hat der Ehepartner Anspruch auf das ersparte Vermögen. Und das auch dann, wenn der Ehepartner selbst in Besitz einer Riester-Rente sein sollte. Mit Beginn der monatlichen Auszahlung im Alter erhält der hinterbliebene Ehepartner so beide Verträge ausgezahlt. Dies gilt, wenn der Riesternde während der Ansparphase verstorben sein sollte.

Sollte der Versicherte nach dem Auszahlungsbeginn verstorben sein, so erhalten die Erbberechtigten in der Regel nichts, wenn keine weiteren Vereinbarungen getroffen wurden. Das komplette Vermögen ist in diesem Fall weg.

Anders sieht es aus, wenn eine Rentengarantiezeit vertraglich festgelegt wurde. Dann erhalten die Erben auch im Todesfall, nach der Auszahlung der vereinbarten Rentenzahlung des Vertrages, die Rentenleistungen. Dies gilt sowohl für den Ehepartner, als auch für die Kinder. Bei einer Rentenversicherung gibt es für die Hinterbliebenen eine Auszahlungsgarantie von bis zu zehn Jahren. Todeszeitpunkt ist entscheidend:

Wenn der Sparer während der Ansparphase stirbt, haben die Angehörigen keinen Anspruch auf die Rente, wenn keine Rentengarantiezeit vereinbart wurde. Wenn der Riester-Sparer in der Auszahlungsphase verstirbt, können der Ehepartner bzw. die Kinder die Rente auf sich übertragen lassen. Allerdings gelten in diesem Zusammenhang unterschiedliche Regelungen bezüglich der Auszahlungsdauer.

Hinterbliebenen Rente in der Betriebsrente:

Die Betriebsrente ist eine freiwillige Zusage des Arbeitgebers. Neben der gesetzlichen Rente und der privaten Vorsorge ist sie eine sinnvolle Ergänzung der Altersversorgung. Die Leistungen der Betriebsrente stehen im Todesfall auch den Hinterbliebenen zu, wenn die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt sind. Ein Altersunterschied zum Ehepartner wird nicht berücksichtigt, denn die „Spätehenklausel“ für die betriebliche Hinterbliebenenversorgung wurde vom Bundesarbeitsgericht (BAG) für rechtswidrig erklärt. Die Spätehenklausel schließt einen Anspruch auf die Witwen- oder Witwerrente aus, wenn der verstorbene Mitarbeiter erst nach seinem 60. Lebensjahr geheiratet hat. Die Arbeitsrichter haben jedoch klargestellt, dass diese Klausel eine Diskriminierung wegen des Alters darstellt.

Die Ansprüche von Hinterbliebenen sind bei der Betriebsrente die gleichen wie bei der gesetzlichen Rente. Beide Male unterscheidet man zwischen der kleinen und der großen Witwenrente, wie es umgangssprachlich heißt. Um überhaupt einen Anspruch zu erhalten, muss die Eheschließung länger als zwölf Monate zurückliegen. Ist dies der Fall, erhält der Hinterbliebene zwei Jahre lang 25 Prozent der Summe, die dem Verstorbenen als Betriebsrente zustehen würde. Bei der großen Betriebsrente erhöht sich der Anspruch auf 55 Prozent der Betriebsrente. Zusätzliche Bedingung ist hier, dass der Hinterbliebene älter als 47 Jahre ist, wenn der Partner stirbt. Jüngere Witwer und Witwen erhalten nur die große Betriebsrente, wenn sie erwerbsgemindert sind oder ein eigenes Kind bzw. das Kind des Verstorbenen erziehen.

Früher betrug die große Betriebsrente für Hinterbliebene sogar 60 Prozent. Diese Summe gilt aber nur noch für Ehen, die vor dem 1. Januar 2002 geschlossen wurden und bei denen beide Partner vor 1962 geboren wurden.

[zurück zum Seitenanfang](#)

1.5. Die RICHTIGE Altersversorgungspolitik wie sie sein soll

~~„Es wird ein Rentenmodell gefordert, welches an das Schweizer Rentensystem angelehnt ist.“~~

Das war ab 2008, mit den Vorstellungen der damals auftretenden „Rentnerparteien“ - als Interessenvertretungen der Rentnerinnen und Rentner – die vorherrschende Meinung.

In den vergangenen Jahren wurde es aber immer deutlicher, unsere Nachbarn in Österreich entwickelten das „Umlagefinanzierte Rentensystem“, OHNE weitere Zusatzversicherungen, zu einem nahezu perfekten und sozialen Altersversorgungssystem, welches für die Bundesrepublik Deutschland als Vorbild dienen muss.

Eine Rentenkasse / Bürgerversicherung im Umlageverfahren, in die alle Berufstätigen und auch die Bezieher von Gewinnen aus Kapital, Vermietung und

Verpachtung und sonstigen Erträgen einzahlen und ab dem Renteneintrittsalter ihr Altersruhegeld beziehen.

Ein gleicher (prozentualer) Beitragssatz für alle Beitragspflichtigen OHNE Beitragsbemessungsgrenze.

Alle Arbeitgeber beteiligen sich mindestens paritätisch und mit einem höheren Beitragssatz wegen der dann entbehrlchen „Betrieblichen Altersversorgung“.

Der Staat beteiligt sich „aktiv“ an der Bildung der Anwartschaften, bezuschusst, wenn nötig die „Rentenkasse“ und gleicht alle ihm obliegenden Sonderregelungen im staatlichen Interesse wie Ausbildungs- und Erziehungszeiten „Kriegsopferrenten“ oder sonstige staatlichen Vereinbarungen mit fremden Ländern oder Immigranten VOLL aus!

1. Mindestrente 1.200 Euro pro Monat.
2. Jeder Bürger, der „Geld verdient“, zahlt in die Altersruhegeld-Versicherung ein.
3. Jährliche VOLLE Anpassung der Höhe des Altersruhegeldes an die Inflation.
4. Das Eintrittsalter in das Altersruhegeld beträgt 65 Jahre. Längere, freiwillige Arbeitszeiten sind möglich und wirken sich positiv auf das Altersruhegeld aus.

[zurück zum Seitenanfang](#)

2. Gesundheit

Krankenkassenversicherungspflicht:

Seit dem 01.01.2009 gilt die Krankenversicherungspflicht in Deutschland für alle Personen.

- Gesetzlich Pflichtversichert in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind grundsätzlich alle Arbeitnehmer, deren Bruttoarbeitsentgelt die aktuell geltende Versicherungspflichtgrenze (Jahresarbeitsentgeltgrenze) regelmässig nicht übersteigt. Jede(r) kann frei wählen, bei welcher gesetzlichen Krankenkasse er/sie Mitglied wird.
 - In die private Krankenversicherung (PKV) dürfen alle Arbeitnehmer, deren Bruttoarbeitsentgelt die aktuell geltende Versicherungspflichtgrenze (Jahresarbeitsentgeltgrenze) regelmässig übersteigt wechseln. Jede(r) kann frei wählen, bei welcher privaten Krankenversicherung er/sie Mitglied wird.
1. Die Versicherungspflichtgrenze (Krankenkasse) ist für Angestellte die aktuelle Einkommensgrenze,

ab der die gesetzliche Pflicht zur gesetzlichen Krankenkasse entfällt und ein Wechsel zur privaten Krankenversicherung möglich wird.

2. Die Beitragsbemessungsgrenze (Krankenkasse) bestimmt als dynamische Einkommensgrenze die maximal zu leistenden Beiträge zur Gesetzlichen-Krankenversicherung und deckelt damit die Beiträge zur Krankenkasse.

Beide Grenzen werden jedes Jahr an die statistische Einkommensentwicklung des Vorjahres angepasst. Eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze bewirkt für Gutverdiener eine Beitragserhöhung zur Krankenkasse, da sich der GKV-Höchstbeitrag in Abhängigkeit zur Grenze berechnet. Eine geringere Bemessungsgrenze bewirkt dagegen eine Absenkung des Maximalbeitrags.

Beitragsbemessungsgrenze:

Einkommensgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bis zu der Beiträge für die jeweilige Krankenkasse fällig werden.

Werte für 2019:

54.450,00 Euro jährlich

4.537,50 Euro monatlich

Werte für 2018:

53.100,00 Euro jährlich

4.425,00 Euro monatlich

Versicherungspflichtgrenze:

Einkommensgrenze, deren regelmäßige Überschreitung den Wechsel in eine private Krankenkasse (PKV) auch für Angestellte ermöglicht.

Werte für 2019:

60.750,00 Euro jährlich

5062,50 Euro monatlich

Werte für 2018:

59.400,00 Euro jährlich

4.950,00 Euro monatlich

2.1. Private Krankenversicherung PKV

Die private Krankenversicherung (PKV) ist in Deutschland eine Absicherung bei einem privatrechtlich organisierten Versicherungsunternehmen gegen Kosten, die aus Krankheit oder Unfällen herrühren oder durch vorbeugende oder diagnostische Gesundheitsmaßnahmen entstehen. Im Jahr 2008 besaßen etwa 8,6 Millionen Menschen in Deutschland eine private Krankenvollversicherung. Dies entspricht ca. 10,5 Prozent der deutschen Bevölkerung.

Nach dem Umfang der privaten Krankenversicherung können unterschieden werden:

1. Vollversicherung Absicherung der gesamten Krankheitskosten - mindestens aber für ambulante und stationäre Krankheitskosten. (substitutive Krankenversicherung)

2. Teilversicherung Absicherung eines Anteils der Krankheitskosten, beispielsweise bei Beamten mit Anspruch auf Beihilfe durch ihren Dienstherrn

3. Zusatzversicherung Absicherung zusätzlicher Risiken zur Gesetzlichen

Krankenversicherung, beispielsweise Auslandskrankenversicherung, Krankenhaustagegeld, Krankentagegeld etc.

Private Versicherungsunternehmen machen den Vertragsabschluss von Geschlecht, Alter, Gesundheitszustand, Einkommen, Beruf und zu versichernder Leistung abhängig.

In der PKV können sich Personen versichern, für die keine Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) besteht (Arbeitnehmer, deren Einkommen über der Jahresarbeitsentgeltgrenze liegt sowie Beamte, Selbständige und Freiberufler).

Die PKV erhebt einkommensunabhängige Versicherungsprämien.

Der Anfangsbeitrag richtet sich nach folgenden Kriterien:

1. Geschlecht: Frauentarife sind aufgrund der höheren Lebenserwartung und einer anderen Risikoeinstufung teurer.

2. Eintrittsalter der versicherten Person.

3. Berufsgruppe - z.B. gibt es für Angehörige des Öffentlichen Dienstes Vergünstigungen, für manche Berufe auch Risikozuschläge.

4. Tarifliche Leistungen: Höhere Leistungen (z. B. Chefarzt-Behandlung) ergeben einen höheren Beitrag.

5. Gesundheitszustand: Entsprechende Vorerkrankungen führen unter anderem zu: Risikozuschlägen, Leistungsstaffelung und Leistungsausschlüsse. Beitragssteigerungen erfolgen unter anderem aufgrund folgender Faktoren:

Allgemeine Kostensteigerung:

- medizinischer Fortschritt, siehe Medikalisierungsthese
- erhöhte Kostenbelastung innerhalb eines Tarifes
- Veränderung der Zinsen und Kapitalmarkterträge
- Veränderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen für den Zugang in die PKV
- gesetzliche Eingriffe in die Beitragskalkulation der PKV
- Veränderung der steuerlichen Rahmenbedingungen

Die private Krankenversicherungen bilden aus einem Teil der Beiträge Rückstellungen für die steigenden Gesundheitskosten im Alter. Es wird abhängig vom Eintrittsalter, Geschlecht, Gesundheitszustand und vereinbarter Leistungsumfang der Beitrag für die gesamte Laufzeit (lebenslang) im Voraus berechnet. In den ersten Jahren der Mitgliedschaft einer privaten Krankenversicherung werden dadurch höhere Beiträge gezahlt, als aus den reinen medizinischen Kosten und Aufrechterhaltung des Versicherungsbetriebes notwendigen Kosten als Ausgaben entstanden sind. Diese werden dann als Rücklagen angespart. Die Alterungsrückstellungen werden im Form von Kapitalanlagen verzinst und lassen die Beiträge weniger steigen, als aufgrund der allgemeinen Kostensteigerung durch Inflation und höhere Kosten der medizinischen Versorgung, notwendig wäre.

Durch die in der privaten Krankenversicherung gebildeten Rücklagen und die Überzinsen der Alterungsrückstellung hat die private Krankenversicherung Einnahmen, die nicht aus Beiträgen resultieren.

Eine Besonderheit der PKV ist die Beitragsrückerstattung. Darunter versteht man die teilweise Erstattung bereits gezahlter Monatsbeiträge zur Krankenvoll- und auch Zusatzversicherung. Sie wird gewährt, wenn der Versicherte, je nach Versicherungsanbieter unterschiedlich, einen gewissen Zeitraum keine Leistungen in Anspruch genommen hat.

Zusammengefasst:

- Bei der PKV ist für jede versicherte Person ein separater Beitrag fällig, auch für Familienangehörige der Mitglieder ohne eigenes Einkommen und Kinder.

Bei der PKV wird der Anfangsbeitrag nach dem persönlichen Krankheitsrisiko (Alter, Geschlecht, Beruf, Gesundheitszustand) berechnet und steigt oder sinkt dann aufgrund verschiedener Faktoren.

- Gut verdienende Alleinstehende ohne Vorerkrankungen zahlen bei frühem Eintrittsalter in der PKV günstigere Beiträge als in der GKV.

In der PKV werden mehr Leistungen erstattet wie z. B. nicht rezeptpflichtige Arzneimittel, Sehhilfen, Zahnersatz.

- In der PKV wird dem Versicherten für jede Leistung eine Rechnung ausgehändigt, die von der PKV dann ganz oder teilweise erstattet wird.

PKV-Versicherte können auf die Höhe ihres Beitrages durch Anpassung ihrer Leistungsansprüche und durch die Höhe eines etwaigen Selbstbehalts Einfluss nehmen.

- Für die Pflegeversicherung fallen keine Beiträge an.
- Die privaten Krankenkassen kennen nur zahlende Mitglieder,
- daher keinerlei Beteiligung an Sozialleistungen!

[zurück zum Seitenanfang](#)

2.2. Gesetzliche Krankenversicherung GKV (Zwangsversicherung)

Aufgaben und Gliederung:

Aufgabe der gesetzlichen Krankenkassen ist es, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern.

Dazu gehört auch, Krankheitsbeschwerden zu lindern.

Alle Versicherten haben grundsätzlich den gleichen Leistungsanspruch, der aber teilweise auch begrenzt ist. Danach müssen die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.

Entsprechend dem Solidaritätsprinzip richtet sich die Pflichtmitgliedschaft und Beitragsbemessung in der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht nach dem persönlichen Krankheitsrisiko wie zum Beispiel Alter, Geschlecht, Gesundheitsstatus.

Der Kreis der versicherten Personen wird durch das Gesetz bestimmt. Die dort genannten Personen haben Versicherungsschutz kraft einer Pflichtversicherung. Sie können sich nur unter den eingeschränkten Voraussetzungen von der

Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung befreien lassen.

Seit den Gesetzesänderungen zum 1. April 2007 muss prinzipiell jeder, der seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland hat, gegen den Fall der Krankheit umfassend abgesichert sein, und ist verpflichtet, sich bei einer Krankenkasse seiner Wahl anzumelden. Auf diese Weise soll sichergestellt werden, dass kein in Deutschland lebender Bürger ohne Versicherungsschutz im Fall einer Krankheit ist.

Familienversicherte:

Nach dem Sozialgesetzbuch müssen folgende wesentliche Zugangsvoraussetzungen erfüllt sein:

- Der Familienangehörige ist standesamtlich verheirateter Ehegatte oder eingetragener Lebenspartner eines Mitglieds der gesetzlichen Krankenversicherung

- Der Familienangehörige verfügt über nur geringes Gesamteinkommen
Kind:

Bei Kindern und den ihnen ggf. gleichgestellten Stiefkindern, Enkeln und Pflegekindern gelten außerdem besondere Altersgrenzen:

- Eine Familienversicherung ist grundsätzlich bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres möglich und kann bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres fortgeführt werden, wenn das Kind nicht erwerbstätig ist.

- Kinder, die sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr leisten, sind bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres familienversichert. Diese Frist wird entsprechend verlängert, wenn eine gesetzliche Dienstzeit (Wehrdienst oder Ersatzdienst) die Schul- oder Berufsausbildung unterbrochen oder verzögert hat.

- Ein Kind ist ohne Altersgrenze familienversichert, wenn es nach Maßgabe des neunten Buches Sozialgesetzbuches behindert und außerstande ist, sich selbst zu unterhalten. Voraussetzung ist, dass die Behinderung in einem Zeitpunkt eingetreten ist, in dem das Kind familienversichert war.

- Bei einem Enkel oder Stiefkind muss die Krankenkasse prüfen, ob ihm das Mitglied den so genannten "überwiegenden Unterhalt" gewährt. Dies ist dann der Fall, wenn das Mitglied mehr als die Hälfte des Lebensunterhaltes trägt, der dem Enkel bzw. Stiefkind innerhalb der Familie angesichts der wirtschaftlichen Situation zusteht.

- Bei Empfängern von Arbeitslosengeld II besteht i.d.R. Anspruch auf eine Familienversicherung über den Haushaltsvorstand der Bedarfsgemeinschaft.

- Auch Studenten und Praktikanten (§ 5 Abs. 1 Nr. 9 und Nr. 10 SGB V) sind i.d.R. bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres vorrangig familienversichert.

- Ausnahmen gibt es auch für behinderte Menschen, die zum Beispiel in anerkannten Werkstätten oder Heimen arbeiten, so dass sie trotz einer Vergütung für geleistete Arbeiten familienversichert sein können.

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung:

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland sind im Fünften Buches Sozialgesetzbuch fest geschrieben und werden von den Krankenkassen nach dem Sachleistungsprinzip erbracht. Sie lassen sich unterteilen in:

- Leistungen zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung, sowie zur Empfängnisverhütung, bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch
- Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten
- Leistungen zur Behandlung einer Krankheit
- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, soweit diese dazu dienen, eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen oder zu mindern.

Selbstbeteiligung:

An den Leistungen, die die gesetzliche Krankenversicherung erbringt, haben sich die Versicherten in aller Regel durch Eigenanteile und Zuzahlungen zu beteiligen (Selbstbeteiligung).

- Die Zuzahlung beträgt bei der Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln grundsätzlich 10 % der Kosten, mindestens jedoch 5 Euro, höchstens 10 Euro
- Bei Heilmitteln beträgt die Zuzahlung 10 % der Kosten sowie 10 Euro je Verordnung.
- Bei stationären Maßnahmen wie Krankenhausbehandlung und Anschlussrehabilitationsmaßnahmen hat ein Versicherter sich je Kalendertag mit 10 Euro für maximal 28 Kalendertage im Jahr an den Kosten zu beteiligen.
- Rehabilitationsmaßnahmen, die begrifflich keine Anschlussrehabilitation darstellen, sind über deren gesamte Dauer mit je 10 Euro pro Tag zuzahlungspflichtig.
- Bei häuslicher Krankenpflege beträgt die Zuzahlung 10 % der Kosten zuzüglich einer Gebühr von 10 Euro je Verordnung.

Entlastung in Härtefällen:

Die Krankenkasse hat, die dem Versicherten während eines Kalenderjahres entstehenden Eigenanteile bzw. Zuzahlungen zu übernehmen, soweit sie eine bei dem Versicherten "ggf. unter Berücksichtigung seiner Angehörigen" individuell zu ermittelnde Belastungsgrenze übersteigen.

Sie beträgt 2 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt; für chronisch Kranke, die wegen derselben schwer wiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, beträgt sie 1 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt.

Finanzierung/Beiträge:

Die Krankenkassen finanzieren sich aus den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. In diesen gehen hauptsächlich die Beiträge aus der Hauptgruppe der erwerbstätigen Versicherten ein, der Arbeitnehmer, und ihrer Arbeitgeber.

Beitragssätze:

Die Beitragssätze sind seit dem Inkrafttreten des Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009 gemäß GKV-BSV bundeseinheitlich. Sie betragen aktuell:

- allgemein: 14,9 % (bis 30. Juni 2009 15,5 %)
 - ermäßigt: 14,3 % (ohne Anspruch auf Krankengeld, bis 30. Juni 2009 14,9 %)
- Jeweils inklusive 0,9 % Zusatzbeitrag für Versicherungsnehmer. Der

Zusatzbeitrag wurde erstmals ab 1. Juli 2005 eingeführt.

Pflichtversicherte, insbesondere Arbeitnehmer:

Bei Arbeitnehmern unterliegt das Bruttoarbeitsentgelt mit dem allgemeinen Beitragssatz von 14,9 % der Beitragspflicht. Allerdings wird es nur bis zur Beitragsbemessungsgrenze von 3.675,00 Euro im Monat (2009) erhoben. Übersteigt das Arbeitsentgelt des Versicherten diesen Betrag, unterliegt der übersteigende Betrag nicht der Beitragsberechnung. Zu berücksichtigen ist aber, dass der Beitrag von insgesamt 14,9 % nur zu jeweils 7,0 % vom Arbeitgeber und Arbeitnehmer paritätisch finanziert wird. Der Arbeitnehmer hat einen zusätzlichen Beitrag in Höhe von 0,9 % des Bruttoarbeitsentgeltes zu tragen. Somit wird der Beitrag vom Arbeitnehmer mit 7,9 % und vom Arbeitgeber in Höhe von 7,0 % finanziert. Neben dem Arbeitsentgelt versicherungspflichtig Beschäftigter unterliegen auch noch andere Einnahmen der Beitragspflicht.

Freiwillig versicherte Selbständige:

Während bei Arbeitnehmern das Bruttoarbeitsentgelt die Grundlage für die Bemessung des Krankenversicherungsbeitrages ist, werden bei freiwillig versicherten Selbständigen die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt zugrunde gelegt. Dazu zählen nicht nur die Einnahmen aus der selbständigen Tätigkeit, sondern auch zum Beispiel Einnahmen aus Kapitalvermögen (Zinsen, Dividenden), Vermietung und Verpachtung und in gewissem Umfang auch Renten.

Der Nachweis über die Höhe der Einnahmen muss grundsätzlich vom Versicherten geführt werden.

Ausgaben:

Krankenhausbehandlung:

Die Ausgaben für Krankenhausbehandlung (ohne ambulante Behandlung und ohne Dialysekosten) betragen im Jahr 2008 52,6 Mrd. Euro. Dies entsprach 32,7 % der Gesamtausgaben.

Arzneimittel:

Arzneimittelausgaben, nach Schätzungen, im Jahre 2008 knapp 30 Mrd. Euro
Die Arzneimittelkosten der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) stiegen von 1991 bis 2005 um etwa 60 % an, obwohl die Anzahl der Verordnungen in diesem Zeitraum um etwa 40 % zurückging.

Der VdAK (Verband deutscher Krankenkassen e. V.) summiert die Gesamtausgaben aller GKV im Jahre 2007 auf 153.6 Mrd Euro, wovon mit einem Anteil von 18.1 % ein Ausgabenvolumen von 27.8 Mrd Euro auf Arzneimittelkosten entfallen.

Psychotherapie:

Jährlich werden etwa 900 Mio. Euro über das KV-System, also im Rahmen der GKV, an die psychologischen Psychotherapeuten verteilt.

Ärztliche Behandlung:

Im Jahr 2008 wurden für die ärztliche Behandlung (ohne Zahnärzte) 24,275 Mrd. Euro aufgewendet (15,1 % der Gesamtausgaben). Für die zahnärztliche Behandlung wurden 8,074 Mrd. Euro (5,0 %) und für Zahnersatz 2,918 Mrd. Euro (1,8 %) ausgegeben.

Heilmittel:

Im Jahr 2008 betragen die Ausgaben für Heilmittel (Massagen, Krankengymnastik, Sprachtherapien o. ä.) 4,11 Mrd. Euro. Das waren 5,8 Prozent mehr als im Vorjahreszeitraum.

Verwaltungskosten:

Die Verwaltungsausgaben der gesetzlichen Krankenkassen sind in der Vergangenheit von 1992 bis 2005 um 50,2 % gestiegen. Schon für das Jahr 2003 wurde deshalb gesetzlich festgelegt, dass sich die Verwaltungsausgaben der einzelnen Krankenkassen gegenüber dem Jahr 2002 grundsätzlich nicht erhöhen dürfen. Der VdAK (Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.) summiert die Gesamtausgaben aller GKV im Jahre 2007 auf 153,6 Mrd. Euro, wovon mit einem Anteil von 5,3 % ein Ausgabenvolumen von **8,1 Mrd. Euro auf die Verwaltungskosten** entfallen.

Die jährlichen Verwaltungskosten der GKV betragen:

- * 1992: 106 Euro / Mitglied
- * 1994: 118 Euro / Mitglied
- * 1996: 129 Euro / Mitglied
- * 1998: 135 Euro / Mitglied
- * 2000: 143 Euro / Mitglied
- * 2002: 157 Euro / Mitglied
- * 2003: 161,67 Euro / Mitglied
- * 2004: 160,28 Euro / Mitglied
- * 2005: 159,69 Euro / Mitglied

Die Leistungsbearbeitungskosten sind darin enthalten.

Versichertenstruktur:

Etwa 85 Prozent der Bevölkerung in Deutschland sind bei einer der gesetzlichen Krankenkassen versichert.

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland.

Stand 1. Juli 2006

- * Gesamtzahl: 70,2 Millionen; das entspricht 85 % der Bevölkerung
 - o Pflichtmitglieder: 28,6 Millionen
 - o Kostenfrei mitversicherte Familienangehörige: 20,0 Millionen
 - o Rentner: 16,9 Millionen
 - o freiwillig versichert: 4,8 Millionen

Davon sind ein Viertel i. d. R. nicht mehr erwerbstätige Rentner, das gilt auch für die Höhe ihrer Beiträge zur Versicherung. Die Leistungen der GKV gehen aber zur Hälfte in die medizinische Versorgung von Rentnern. Das ist die Konsequenz des Solidarprinzips, das für gesund/krank, jung/alt gleichermaßen gilt: Fast die Hälfte der Kosten im Gesundheitswesen verursachen Patienten über 65 Jahre. 111,1 Milliarden Euro kosteten Behandlung, Prävention, Rehabilitation oder Pflege von Menschen jenseits der Pensionsgrenze im Jahr 2006. Das waren 47 Prozent aller Krankheitskosten des gesamten Jahres. Im Schnitt betragen die Kosten pro Ruheständler 6910 Euro, 270 Euro mehr als 2002.

Die Versicherungspflichtgrenze liegt im Jahr 2008 bei 48.150,00 Euro (4.012,50 Euro pro Monat).

Privat krankenversicherte Arbeitnehmer mit einem regelmäßigen Jahresarbeitsentgelt von über 42.300 Euro bleiben auch über den 31. Dezember 2004 hinaus kranken- und pflegeversicherungsfrei.

Beamte, Richter und Bedienstete von Kirchen und Religionsgemeinschaften sind nur dann versicherungsfrei, wenn sie Ansprüche auf Beihilfe und Fortzahlung der Bezüge haben. Dies ist unterschiedlich geregelt (zum Beispiel haben Beamte und Richter auf Zeit in Baden-Württemberg, wenn ihr Dienstverhältnis auf weniger als ein Jahr befristet ist, keinen Beihilfeanspruch und sie sind somit versicherungspflichtig).

Diese Regelungen gelten für das gesamte Bundesgebiet, also im Rechtskreis West und Ost.

- Im Bereich der Innovationen in der Medizin zahlen die gesetzlichen Krankenversicherungen nur, was ihrer Ansicht nach ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich ist.

- Die Leistungen der GKV werden im Sozialgesetzbuch und nicht durch privatrechtlichen Vertrag fest gelegt (d. h. die Politik bzw. die Selbstverwaltung können die Leistungen jederzeit beschränken oder aber auch erweitern).

Die Verwaltung aller gesetzlichen Krankenkassen kostet jährlich 8,1 Milliarden Euro. Das ist fast ein 1/4 des Betrages, den die Kassen für Medikamente ausgeben!

Da in der Bundesrepublik Deutschland, gesetzlich verordnet, jeder durch eine Krankenkasse versichert sein muss, sammeln sich besonders in der gesetzlichen Krankenkasse:

- Spätaussiedler
- Kriegssopfer
- Asylanten
- Sozialhilfeempfänger und Langzeitarbeitslose, (Hartz 4 - Empfänger)

die die privaten Krankenkassen nicht aufnehmen da es sich hier um Personengruppen mit einem geringen bis keinem Einkommen handelt!

Diese sollen aber alle die gleichen Leistungen, bei unterschiedlichen und teilweise sehr geringen Beiträgen erhalten!

Dadurch ist es ganz natürlich, dass die Leistungen/Ausgaben pro Mitglied/Patient in der GKV geringer ausfallen müssen ("Holzklasse") als in der Privaten Krankenkasse PKV, deren Mitglieder nicht durch diesen, für die gesetzlichen Krankenkassen verordneten Sozialeffekt belastet werden!

[zurück zum Seitenanfang](#)

2.2.1. Mißbrauch der Krankenversicherungs-Karte. (Chipkarte)

Die Chipkarte einer Krankenkasse kann man an Bahnhöfen für ein paar Euro kaufen, sie einfach fälschen oder von Hand zu Hand weitergeben; der Betrug mit diesen Versichertenkarten ist kinderleicht. Betrüger ergaunern sich mit diesem

Blanko-Scheck nicht nur medizinische Leistungen und Medikamente, sondern auch Geld. Chiptouris, Wanderkarten, Chipkarten-Sharing oder Drogenbeschaffung per Rezept - alles bestens bekannt.

Bereits vor 5 Jahren ging die KVB mit einer Untersuchung an die Öffentlichkeit. Damals mahnte sie, dass der **Schaden bei rund eine Milliarde Euro im Jahr** liegt. Erhoben hatte diese Zahlen die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns. Die Ärztevertretung hatte auch herausgefunden, dass die Täterprofile vielfältig sind. Sie reichen von illegal in Deutschland lebenden Ausländern, die sich wandernder Karten bedienen, über Drogen- und Medikamentenabhängige bis zu Privatversicherten, die nicht auf die Rückerstattung ihrer Beiträge verzichten wollen.

Schon damals wurden das Bundesgesundheitsministerium und die Kassen alarmiert. Aber viel passiert ist bis heute nicht. Weder setzten die Kassen Fotos auf die Chipkarten. Und nur wenige setzten eine spezielle Software ein, mit der gestohlene, ungültige oder gefälschte Karten online erkannt und gesperrt werden können.

Wird eine Karte verloren gemeldet, gibt es nach Recherchen des ZDF-Magazins "Mona Lisa" gleich eine neue per Post, ohne dass der Empfang bestätigt werden muss. Stirbt ein Versicherungsnehmer oder wird die Kasse gewechselt, wird seine Karte nicht etwa eingezogen, sondern kann weiter benutzt werden, ohne dass es jemand bemerkt. **Mehr als zwei Millionen Karten mit unrechtmäßigen Besitzern sollen im Umlauf sein.**

Gesundheitspolitiker wie Kassen verweisen auf die neue Gesundheitskarte, die gerade erst in die ersten Tests gegangen ist. Wann sie tatsächlich bundesweit ausgegeben wird, steht noch in den Sternen. Den Schaden tragen so lange die Versicherten.

WANC 16.02.07

[zurück zum Seitenanfang](#)

2.2.2. Kassen(-zahn)ärztliche Vereinigungen

Den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) gehören in Deutschland automatisch alle Ärzte und Psychotherapeuten an, die zur ambulanten Behandlung von Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherungen zugelassen oder ermächtigt sind. Zahnärzte gehören entsprechend den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) an. Regional sind die Vereinigungen den Bundesländern entsprechend gegliedert, mit Ausnahme von Nordrhein-Westfalen, das in die KV Nordrhein und die KV Westfalen-Lippe unterteilt ist. Ebenso auch die KZVen. Auf Bundesebene gibt es eine Kassenärztliche Bundesvereinigung und eine Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung als Beratungsgremien ohne Weisungsbefugnis. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts.

Die Dachorganisationen unterstehen der Aufsicht des Bundesgesundheitsministeriums, die Landesorganisationen der Aufsicht des für ihren räumlichen Bereich zuständigen

Hauptaufgaben der KVen sind die Erfüllung der ihnen durch das SGB (Sozialgesetzbuch) -V übertragenen Aufgaben und die Sicherstellung der ambulanten kassenärztlichen Versorgung, daneben die Vertretung der Rechte der Vertragsärzte gegenüber den Krankenkassen und die Überwachung der Pflichten der Vertragsärzte. Die Aufgabe der Vertretung der Interessen ihrer Mitglieder wird ihnen im SGB V nicht zugeschrieben.

Die Abrechnung von ambulanten medizinischen Leistungen, die bei Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erbracht werden, erfolgt nicht direkt zwischen Arzt und Patient und auch nicht zwischen Arzt und Krankenkasse des Patienten (anders bei der Privatliquidation der Privaten Krankenkassen PKV). Die Krankenkassen schließen mit den jeweiligen KVen Kollektivverträge ab, in denen die Gesamtvergütung für den jeweiligen KV-Bezirk fest gelegt ist. Die Gesamtvergütung deckt alle ärztlichen Leistungen zur Versorgung der GKV-Versicherten im Voraus ab. Die Höhe der Gesamtvergütung folgt nicht der demographischen Entwicklung, der Änderung der Morbidität, dem medizinischen Fortschritt oder der Arztzahlentwicklung, sondern ist gesetzlich auf die Steigerung der Grundlohnsumme beschränkt. Sie folgt also nicht dem Bedarf, sondern einem geringer wachsenden sachfremden Parameter (Primat der Beitragssatzstabilität).

Die Abrechnung (Kassenliquidation) einzelner ärztlicher Leistungen erfolgt mit der KV über ein Punktesystem, den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Der Honorarverteilungsvertrag regelt u. a. mit Praxisbudgets, welche Vergütung der einzelne Arzt auf Basis der von den Gesetzlichen Krankenkassen gezahlten Gesamtvergütung und der von ihm abgerechneten Punkte letztlich erhält. Weil die Leistungsmenge jährlich schneller steigt als die durch die Bindung an die Grundlohnsummenentwicklung begrenzte Gesamtvergütung, sinken die ärztlichen Honorare je Leistung seit Jahren, pro Arbeitsstunde steigt die durchschnittliche Vergütung jedoch. In Berlin z.B. müssen die niedergelassenen Ärzte zur Festlegung ihres Kammerbeitrages ihren Steuerbescheid vorlegen. Laut dieser Erhebung haben etwas über 50% der Ärzte ca. 60.000 Euro Gewinn vor Steuern. Dieser Betrag wurde vom Präsidenten der Berliner Landesärztekammer Günther Jonitz in der Phönix Runde vom 10. März 2009 genannt. Im Durchschnitt hat ein niedergelassener Arzt nach Erhebungen des statistischen Bundesamtes jährlich 120.000 Euro Gewinn vor Steuern. Die meisten Politiker sprechen von einem Verteilungsproblem innerhalb der Ärzteschaft, das die Ärzteschaft selbst lösen könnten. Die Ärzte wollen nun (März 2009) im Rahmen der Selbstverwaltung im erweiterten Bewertungsausschuss zu Lösungen kommen. Der Ausschuss hatte die umstrittene Honorarreform von Januar 2009 mit den Stimmen der Ärzte und des unparteiischen Vorsitzenden gegen die Stimmen der Krankenkassen beschlossen.

Die Niederlassungs-Möglichkeiten der Ärzte, die an der kassenärztlichen

Versorgung teilnehmen wollen, werden gesetzlich kontingentiert. Die gesetzlichen Zulassungsbeschränkungen sollen Über- und Unterversorgung mit Vertragsärzten vermeiden (Bedarfsplanung und Versorgungssicherung). Die Zulassung von Vertragsärzten gemäß der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte obliegt dem Zulassungsausschuss, dem Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenkassen angehören.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Dachorganisation der Länder-KVen, unterliegt der Aufsicht des Bundesgesundheitsministeriums. Gemeinsam mit der Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern e.V. (Bundesärztekammer) unterhält sie ein Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ).

Zusammenfassung:

17 Kassenärztliche Vereinigungen - 15 in den Ländern + 2 in NRW

17 Kassenzahnärztliche Vereinigungen - 15 in den Ländern + 2 in NRW

1 Kassenärztliche Bundesvereinigung

1 Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

Einrichtungen, die nur für die gesetzlichen Krankenversicherungen GKV zwischen den Ärzten und den Patienten, beziehungsweise deren Krankenkassen "zwischen geschaltet" sind, und fast ausschließlich Verwaltungsaufgaben erfüllen, die nichts mit der eigentlichen, ärztlichen Versorgung zu tun haben!

Wer auch immer die Aufwendungen dieser Einrichtungen bezahlt, die Ärzte (die das bestimmt nicht von ihren "Gewinnen" abgezogen haben wollen) oder die Mitglieder der Krankenkassen, auf jeden Fall fehlen die hier aufgewendeten Mittel in der ärztlichen Versorgung der "Holzklasse"!

[zurück zum Seitenanfang](#)

2.2.3. Der Gesundheitsfonds

Fakten zum Gesundheitsfonds:

Durch Einführung des sog. "Gesundheitsfonds" wird das Finanzierungssystem der gesetzlichen Krankenversicherungen neu strukturiert. Zunächst werden die bisher unterschiedlichen Beitragssätze verschiedener Kassen (2006 im Durchschnitt etwa 14.2% des beitragspflichtigen Einkommens) durch einen Einheitssatz von 15,5 % (ca. 8.2% Arbeitnehmeranteil und 7.3%

Arbeitgeberanteil) abgelöst. Dies hat unter anderem zur Folge, dass die Beiträge bei bisher besonders günstigen Krankenkassen (z.B. BIG Direktkrankenkasse, 13.4%) ab 2009 deutlich ansteigen, diejenigen von bisher besonders teuren Krankenkassen (z.B. City BKK mit 17.4%) hingegen leicht sinken. Hoch gerechnet auf alle 70 Millionen Kassenversicherten entspricht es jedoch einer allgemeinen Beitragserhöhung im Gesamtvolumen von rund 13 Milliarden Euro.

Erhebung der Versicherungsbeiträge im Gesundheitsfonds:

Statt die Erhebung der Versicherungsbeiträge wie bisher den einzelnen Krankenkassen selbst zu überlassen, werden ab 2009 die Beiträge aller gesetzlich Versicherten zunächst in einem Fonds (einer Art zentralem Bankkonto) gesammelt. Dort werden sie um staatliche Zuschüsse aus

Steuermitteln (ca. 4 Milliarden Euro) ergänzt, und anschließend nach einem **komplizierten Berechnungssystem** an die Krankenkassen rückverteilt. Wie viel Geld eine Krankenkasse dabei aus diesem Gesundheitsfonds erhält, ist unter anderem von der Alters- und Krankheitsstruktur ihrer Mitglieder abhängig

Zusatzbeiträge, Rückerstattung und Beitragserhöhung ab Gesundheitsfonds: Krankenkassen, die mit den ihnen zugeteilten Mitteln aus dem Gesundheitsfonds nicht auskommen, können Zusatzbeiträge (bis zu 1% des beitragspflichtigen Einkommens) vom Arbeitnehmer erheben. Besonders wirtschaftlich arbeitende Krankenkassen können zudem theoretisch einen Teil ihrer Überschüsse an ihre Mitglieder rückerstatten. Erst wenn der Gesundheitsfonds im Durchschnitt die Ausgaben aller Krankenkassen zwei Jahre hintereinander zu weniger als 95 Prozent abdeckt, kommt es zu einer allgemeinen Erhöhung des Beitragssatzes; bis dahin sind Mehrausgaben alleine über Zusatzbeiträge der Versicherten zu decken.

Argumente für den Gesundheitsfonds

Befürworter des Gesundheitsfonds gehen davon aus, dass die Einführung eines einheitlichen Beitragssatzes zu mehr Fairness im Wettbewerb zwischen den Krankenkassen führt. In Kombination mit der zentral geregelten bedarfsgerechten Rückverteilung der Beitragssätze und den möglichen Beitragsrückerstattungen an die Versicherten bekämen nun auch Krankenversicherungen mit traditionell eher älterer und kostenintensiverer Klientel die Chance, sich durch effizientes Wirtschaften von der Konkurrenz abzusetzen. Zudem würden die Arbeitgeber (bedingt durch die einseitig vom Arbeitnehmer zu entrichtenden Zusatzbeiträge) relativ entlastet.

Argumente gegen den Gesundheitsfonds

Gegner des Gesundheitsfonds sprechen hingegen von einer unzulässigen Aufweichung des paritätischen Systems der Krankenversicherung. Einerseits werde die 2005 als "Sonderbeitrag" eingeführte Zusatzbelastung der Arbeitnehmer (0.9%) stillschweigend aus dem alten System übernommen, und damit nachträglich als Normalfall deklariert. Andererseits sei nicht verständlich, warum der bedarfs abhängige **Zusatzbeitrag (bis zu 1%) wieder alleine vom Arbeitnehmer** zu entrichten ist.

Zudem würden **private Krankenversicherungen nur unzureichend in das Gesamtsystem integriert, und müssen sich damit kaum an der Solidargemeinschaft beteiligen. Von einer Gleichverteilung der gesamtgesellschaftlichen Last könne unter diesen Bedingungen keine Rede mehr sein.**

Als weiterer Kritikpunkt wird angeführt, dass das komplizierte System aus Gesundheitsfonds, Risikostrukturausgleich, steuerfinanzierten staatlichen Zuschüssen und Prämien **erhebliche Verwaltungsleistungen erfordere**. Obwohl die Kosten hierfür momentan nur schwer abgeschätzt werden können rechnen Vertreter der Krankenkassen mit **Mehrkosten in dreistelliger Millionenhöhe**.

Massive Kritik wird auch am System zur Bemessung des Finanzbedarfs der einzelnen Krankenkassen geübt. Aufgrund der Natur des Risikostrukturausgleichs könnte dieses System in seiner jetzigen Form tatsächlich dazu führen, dass sich ein Großteil der Krankenversicherungen bemüht, ihre Versicherten künstlich "krank zurechnen", und mit unnötigen Leistungen zu versorgen, um dadurch höhere Ausgleichszahlungen aus dem Gesundheitsfonds zu erhalten. Derartiger Missbrauch werde durch bestehende Sicherungsmechanismen nicht effektiv verhindert.

Nachdem das Gesundheitssystem schon seit 1977 reformiert wird, bleibt abzuwarten, wie sich die Einführung des Gesundheitsfonds auf Deutschland auswirkt.

[zurück zum Seitenanfang](#)

2.2.4. "Das kranke Gesundheitswesen"

Das für die Krankenversicherung geltende Sozialgesetzbuch V ist durch zurückliegende Reformen letztlich ein Buch mit sieben Siegeln geworden - auch für Bundestagsabgeordnete, die es selbst beschlossen haben.

Wir haben in der Bundesrepublik Deutschland eines der teuersten und ineffektivsten Gesundheitswesen der Welt und der Versicherte kennt sich nicht mehr aus im Gewirr der Leistungsansprüche. Es sind schließlich 90% in unserer Bevölkerung, die von der "Gesetzlichen" notwendige Leistungen im Krankheitsfall in Anspruch nehmen müssen. Wer nicht unmittelbar mit den vertrags- und leistungsrechtlichen Bestimmungen zu tun hat, der muss glauben, was der behandelnde Arzt, der Apotheker, die medizinische Hilfskraft oder der Mitarbeiter der Krankenkasse ihm erzählt.

Der Inhalt ist immer gerade so stimmig, wie es dem Auskunftgeber aufgrund seiner Interessen in den Kram passt oder noch schlimmer, diese Person ist genauso wenig hintergrundmäßig informiert wie Sie als Fragender!

Wieso und warum ist unser Gesundheitswesen - es soll hier nur die Gesetzliche Krankenversicherung GV betrachtet werden - zu teuer, zu undurchsichtig und so wenig verlässlich im Falle einer Erkrankung? Das Vertrauen der Bürger in das Gesundheitssystem ist gegenwärtig jedenfalls am Tiefpunkt angelangt.

Die weiteren Aussagen beziehen sich darauf, was die etablierten Parteien in dieser Situation anbieten.

Am Ende dieser Ausführungen wird kurz darauf eingegangen, welche sozial gerechten Regelungen für Versicherte gelten sollten.

Die Kassenmitglieder zahlen fast im jährlichen Rhythmus höhere Beiträge. Gegenwärtig werden 7,9% vom Gehalt bzw. von der Rentenversicherung abgezogen. Wer eine Zusatzversorgung erhält, muss den gesamten Beitrag von 14,9% gegen sich gelten lassen. Die Defizite in der Krankenversicherung bauen sich nach jeder Reform in kürzester Frist heute wieder zu Milliarden-Beträgen auf. Der eingeführte Gesundheitsfonds, der am 1.1.2009 eingeführt wurde, reicht schon wieder nicht mehr aus. Nun hat die Bundesregierung den Krankenkassen die Aufnahme von Darlehen bis zum Jahr 2011 genehmigt und darüber hinaus erhebliche Steuermittel selbst in den Gesundheitsfonds eingezahlt.

Es versteht sich, wer die Zeche spätestens ab 2012 zu zahlen hat - natürlich der

Beitragszahler.

Die nächste Hiobbotschaft ist von den Krankenkassen bereits vorbereitet. Nach der Wahl am 27. September 2009 wird sicher publik werden, dass überwiegend alle Mitglieder den gesetzlich fest gelegten monatlichen Zusatzbeitrag von bis zu 1% ihrer Bruttobezüge zu leisten haben.

Sie fragen sich in diesem Zusammenhang, wo bleiben die Einnahmen der Kassen von annähernd 160 Milliarden Euro jährlich?

Die jahrzehntelangen Kostendämpfungs- und Rationierungsmaßnahmen haben nichts daran ändern können, dass selbst die gewaltigen Einnahmen nicht dafür sorgen konnten, eine einigermaßen ausreichende diagnostische und therapeutische Versorgung im Krankheitsfall ohne Defizite sicherzustellen.

Gründe dafür gibt es ganz viele:

Die stetig steigende Inanspruchnahme der niedergelassenen Ärzte, die Fortschritte in der Medizin, der Missbrauch bestimmter Personengruppen, die 5 bis 8 mal im Monat den Arzt aufsuchen; sowie die Missbräuche der vielen Ausgabenverschwendungen der Ärzteverordnungen. So wandern Medikamente im Wert von bis zu 2 Milliarden Euro jährlich in den Müll. Etwa 50 bis 60 Millionen Röntgenuntersuchungen im Jahr sind nach Auffassung der Röntgengesellschaft überflüssig. Die Anzahl der Herzkatheteruntersuchungen ist in den letzten Jahren um fast 300 % angestiegen. Jede 5. Ballondilatation wird ohne medizinische Begründung durchgeführt und 20% der Hüftoperationen sind nicht notwendig gewesen. Die Aufzählung der Missbräuche setzt sich fort und man kann feststellen : Es gibt Gruppen in unserer Gesellschaft, die sich die Versicherungskarte ausleihen oder entwenden und damit Millionen Schäden für die Versichertengemeinschaft anrichten. Dabei wäre es so einfach, dieses Problem abzustellen, in dem der Patient gleichzeitig seinen Personalausweis vorzeigt, wenn die Sprechstundenhilfe die Person nicht kennt. Aber es geschieht nichts. Bei annähernd 200 Krankenkassen werden rund 10 Milliarden Euro jährlich aus Anlass von Marketingaktivitäten für Sach- und Personalkosten aus den Beiträgen finanziert. Der Gesundheitsmarkt boomt, jedenfalls zu Lasten der wirklich kranken Menschen und er weitet sich mit Unterstützung der etablierten Parteien immer weiter aus. Das letzte Reformgesetz nennt sich dann auch "Wettbewerbs-Stärkungsgesetz". Es ist der Aufhänger der großen Krankenkassen, den Ausbau der Mitgliederzahlen und den Erhalt der Bestände voranzutreiben.

Mit enormer Geschwindigkeit ändert manche bundesweite Krankenkasse ihre organisatorischen Prioritäten und die daran geknüpften personellen Ausstattungen. Ausgefeilte Vertriebsmethoden als Mittel zum Zweck heißt die Devise.

Gespart wird in personeller Hinsicht bei den originären Aufgaben, also Vertrags- und Leistungsentscheidungen sowie bei qualifizierten Beratungen im Krankheitsfalle der Versicherten.

Die Gründe des Verhaltens der großen Krankenkassen liegen auf der Hand. Es sind Machtansprüche zur Durchsetzung und Ausbau von Positionen im innerbetrieblichen und aus der Sicht der Vorstände im politischen Bereich. Personalräte und Gewerkschaften sitzen mit in einem Boot, um unsere Beiträge zu missbrauchen. Aufsichtsbehörden und Bundesgesundheitsministerium schweigen dazu.

Wir leisten uns also bei den vielen Krankenkassen riesige Summen nicht

notwendig anfallender Verwaltungskosten, ebenso bei den vielen Kassenärztlichen Vereinigungen, Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, den Krankenhausgesellschaften, den vielen Verbänden in Zugehörigkeit der einzelnen Kassen-Arten sowie bei den landesbezogenen Medizinischen Diensten.

Sie alle wissen, wie es bei den niedergelassenen Allgemein- und Fachärzten zugeht. Die teilweise ungerechten Honorarverteilungs- Regelungen, in erster Linie von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu verantworten, führen im Resultat für den Patienten sehr oft zur "Billig- und Fließbandmedizin". Es ist doch nicht zu akzeptieren, dass heute höchstens 7 Minuten Patientenkontakt in der Sprechstunde beim Arzt möglich sind.

Die Politik lässt zu, dass viele Ärzte privat zu zahlende individuelle Gesundheitsleistungen dem Kassen-Patienten verkaufen bzw. aufdrängen dürfen. Hier sind es die Frauenärzte, Augenärzte, Zahnärzte, aber auch quer Beet viele Fachärzte anderer Fakultäten.

Bitte nehmen Sie mindestens aus diesem Beitrag persönlich als Information mit: Wenn der Arzt eine Diagnostik vorschlägt, die privat zu zahlen ist, dann hat er nach einer stattgefundenen Anamnese entweder einen bestimmten Verdacht oder eben keinen Verdacht. Wenn er den hat, ist die Leistung grundsätzlich von ihm mit der kassenärztlichen Vereinigung abzurechnen. Viel zu schnell lassen sich die eingeschüchterten Patienten vom Arzt private Leistungen aufdrängen. Es waren übrigens aus dieser Überredungskunst 1 Milliarden Euro im vergangenen Jahre.

In den zurückliegenden Wochen haben Sie mitbekommen, wie sich einige Krankenhäuser - manche sprechen sogar von einer flächendeckenden Situation - niedergelassene Ärzte kaufen, um "lukrative Patienteneinweisungen" zu erhalten. Die Basis für die Abzockerei haben Politiker und Kassenfunktionäre gelegt. Die Größenordnungen der unterschiedlichen Fallpauschalen ergeben u.a. Anreize für Krankenhäuser, die bereits Gewinne machen, weil sie sich mittlerweile von den ausreichenden Personalbesetzungen verabschiedet haben. Die Zeche zahlt der Versicherte!

Die kranken Patienten werden nach einer schweren Operation teilweise bereits einige Tage später nach Hause entlassen. Die auferlegte hausärztliche Nachsorge geht schief, weil die Honorierung für den Arzt lächerlich gering ist. Aber auch die Korruption in Milliarden Euro gibt es, u.a. im Hilfsmittelbereich mit Sanitätshäusern, Hörgeräteakustikern und bei den Arzneimitteln. Pharmavertreter bedrängen die Ärzte, immer teurere Medikamente zu verordnen. Dazu gehören dann die Anreize wie kostenlose Aufenthalte in Nobelhotels, deklariert als wissenschaftliche Fortbildungen sowie teure Sachgeschenke. Hier muss aber auch erwähnt werden, dass es die Ärzteschaft ist, die immer wieder die Positivliste bei der Politik anfordert. Pharmedia, aber auch Politiklobby, verhindert schon über 10 Jahre "erfolgreich für die Pharmaunternehmen" die Einführung.

Viele von heute auf morgen schwer krank werdende Versicherte können ein Lied davon singen, wenn der behandelnde Hausarzt gegen Ende eines Quartals bestimmte notwendige Verordnungen ablehnen muss. Hat er sein Arzneibudget im Vergleich zu seinen Facharztkollegen überschritten, so kann es ihm passieren, dass der überzogene Betrag von seiner Honorierung einbehalten wird.

Soweit die Beispiele und man könnte durchaus noch einige mehr anführen. Nun noch einige Sätze dazu, ob unsere Mehrheitsparteien in Koalitionen dazu in der Lage sind, nach den derzeitigen Ideologien die gegenwärtige "Zwei-Klassen-Medizin" zu beseitigen. Die Bürgerversicherung ist es nach dem Konzept der SPD und der Grünen nicht, weil dann mehr und mehr die Staatsmedizin Einzug hält. Die Einbeziehung der Besserverdienenden, Beamten und Selbstständigen, bei einer nur geringen Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze, bei Fortsetzung in der Anwendung des gegenwärtigen Sozial Gesetzbuch V, also die weiter ausufernde Bürokratie, Machtzuwächse der Krankenkassen, die Ausweitung des Anspruchsdenken der Versicherten, fehlende Beitragssolidarität der Spitzenverdiener, weniger Wahlfreiheit und weniger Wettbewerb tragen die Handschrift der Damen Nahles und Ferner aus dem SPD Präsidium. Es ist zu befürchten, dass derartige gesetzliche Initiativen spätestens nach Bildung eines Linksbündnisses Wirklichkeit werden. Solange die CDU aus ihrem Parteiprogramm die Gesundheitsprämie nicht beseitigt, ist auch im konservativen Lager keine Abhilfe diesbezüglich zu erhoffen. Hier gilt in erster Linie für diese Parteirichtung der Ausbau des Gesundheitsmarktes. Immer höhere Beiträge in der Krankenversicherung für die Förderung neuer Arbeitsplätze. Auch wenn es nur Zeitarbeitsverträge sind. Die "Zwei-Klassen- Medizin" bleibt. Wie müsste denn wohl eine gerechte solidarische Krankenversicherung für alle Bürger aussehen? Hierzu gibt es klare und nachvollziehbare Grundsätze: Nach einheitlichen Regeln sollten sich alle Bürger in einer "Solidarischen Krankenversicherung" verpflichten müssen. Einen Unterschied zwischen Privater Kranken Versicherung und Gesetzlicher Kranken Versicherung schließen sich in den beitragsrelevanten und leistungsrechtlichen Grundsätzen, die für alle Bürger gelten sollten, aus. Es sollte eine Beitragsstaffelung nach dem jeweiligen Einkommen gelten. Wer bis zu 2000 Euro monatliches Einkommen hat, zahlt 10 Euro, wer bis zu 3000 Euro Einkommen bezieht, zahlt 150 Euro. So setzt sich die Staffelung fort bis zur Höhe von 12500 Euro monatlich, Der Einkommensbezieher von über 150000 Euro jährlich zahlt danach 800 Euro monatlich. Die Arbeitgeber beteiligen sich nach diesem Konzept mit 5% vom Bruttolohn bis zu einer Bemessungsgrenze von 84000 Euro jährlich. Daraus sollte für den erkrankten Versicherten resultieren: Eine umfassende ambulante und stationäre medizinische Versorgung nach den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen einschließlich ergänzender Folgemaßnahmen. Selbstverständlich gehören zu dieser solidarischen Absicherung nach diesem Konzept umfangreiche Vorsorgeuntersuchungen, Notärztliche Regelungen, Zahnärztliche Behandlungen bei Erkrankungen sowie ein qualitativ solider Zahnersatz. Hinzu kommen Wahlleistungen (Zusatzversicherungen), so dass ein erstklassiger Wertbewerb zwischen den Krankenkassen gewährleistet werden könnte. Prävention, also Aufklärung über Ernährung, Bewegung und Zahnprofilaxe, zusammengefasst als Gesundheitserziehung benannt, ist eine gesamtgesellschaftspolitische Aufgabe, die der Staat mit seinem Steueraufkommen regeln müsste. In Kindergärten und Schulen mit

Unterstützung der Medien sollten diese Aufgaben einen hohen Stellenwert erhalten.

Dieses Konzept geht von einer radikalen Strukturreform aus.

Beispielsweise: Wegfall der Kassenärztlichen Vereinigungen, jedenfalls für Abrechnungen und Honorarfestlegungen, Ausweitung von Gesundheitszentren, Einführung der Positivliste für Medikamente, Wegfall der Ausgaben für Verwaltungskosten der Verbände der Krankenkassen und vieler "nutzloser Leistungserbringer" sowie Rechnungslegungen für Versicherte und Krankenkassen, die bislang aus den Beiträgen der Versicherten finanziert werden!

Die Finanzierung des hier teilweise dargestellten Konzeptes basiert auf Verlässlichkeit; und zwar auch langfristig!

Auszüge aus einer Gastrede anlässlich einer Wahlkampfveranstaltung zur Bundestagswahl 2009 im Hotel Strandlust in Bremen von Günter Steffen, Lemwerder

Homepage des Autors: <http://www.guenter-steffen.de>

[zurück zum Seitenanfang](#)

2.2.5. Die Einflußnahme der Lobbyisten auf die Politik

Gesundheitspolitiker sind nur noch verlängertes Arm von Lobbyisten

Beim Auskennen auf dem Terrain des Gesundheitswesens und bei Beobachtung des Verhaltens und der Äußerungen von den Gesundheitspolitikern im Bund und den Ländern stellt man sehr schnell Sprechblasen, Ausreden und Ausflüchte fest, die nichts mit einer sozial gerechten und qualitätsorientierten Versicherung zur Abwendung und Gesundung von Krankheiten und Pflege der Bürger zu tun haben.

Fachlich vorgebildet und Berufserfahrungen aus dem Gesundheitswesen haben nur ganz wenige Abgeordnete, die meisten sind von der eigenen Fraktion in den Gesundheitsausschuss beordert und werden von Lobbyistengruppen vereinnahmt. Die im Ausschuss beordneten Abgeordneten von der Partei "Die Linke" nehme ich hier aus, denn für diese ist die Parteiideologie die Grundlage ihrer Arbeit.

Der sich in diesem Metier wenig auskennende Bürger hat sicher geringe Vorstellungen davon, wen ich mit Lobbyistengruppen eigentlich meine. Es sind Persönlichkeiten, die gezielt aus ihren Verbänden und Unternehmen die persönlichen Kontakte mit den entsprechenden Abgeordneten und den Verantwortlichen im Gesundheitsministerium in Berlin und in den Hauptstädten der Bundesländer pflegen. Diese Personen sind mit finanziellen Kompetenzen ausgestattet, um Empfänge, Abendessen, Weiterbildungen und Diskussionsveranstaltungen für ihre Zwecke der Einflussnahme zu organisieren. Der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung besucht wie selbstverständlich regelmäßig den beamteten Staatssekretär und die

Ministerialdirektoren im Bundesgesundheitsministerium, genauso wie der Vorsitzende der Bundesärztekammer, der Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft und die Vorsitzende des Pharmazeutischen Verbandes. Vorstandschefs der großen bundesweiten Krankenkassen gehen ein und aus beim Gesundheitsminister. Vorstandsvorsitzende großer Pharmaunternehmen erhalten sogar Besuchsmöglichkeiten im Bundeskanzleramt, um ihre Vorstellungen von Gesundheitspolitik durchzusetzen. Ins Ministerium werden qualifizierte Mitarbeiter der erwähnten einflussreichen Verbände zur Beratung und Mitarbeit für befristete Zeit jeweils abgeordnet, um fachbezogene Formulierungen vorzuschlagen.* siehe Hinweis am Schluss. Die Abgeordneten des Gesundheitsausschusses werden zu Round-Table-Gesprächen einbezogen und so indirekt von der Ministerialbürokratie und den anwesenden Lobbyisten beeinflusst. Vorläufer der gesetzlich beabsichtigten Änderungen und Ergänzungen des Sozialgesetzbuches ist der sogenannte „Referenten-Entwurf“. Der geringste Anstoß und wenig bzw. keine Einflussnahme geht hier von den gewählten Abgeordneten aus. Vielmehr werden die Zustimmungskriterien von den Lobbyisten ausgelotet und mit Hilfe der Ministerialbürokratie in Gesetzestext gegossen. Parallel dazu werden dann die Begründungen für das Parlament und für die Ministerien in den Bundesländern erstellt. Die Zustimmungsmaschinerie in den Mehrheitsfraktionen sorgen dann für das parlamentarische Durchwinken.

Wundert sich da noch jemand, warum sich der Bürger nicht mehr im Wust der Gesetzestexte zurecht findet und nicht versteht, warum die Bestimmungen zur Gesundung oder Besserung von Krankheiten oder der notwendigen Pflege so kompliziert geregelt sind? Wundert sich da noch jemand, wieso die Beitragsregelungen so sozial ungerecht sind und die Zweiklassenmedizin nicht abgeschafft, sondern ausgeweitet wird? Wieso der Gesetzgeber jetzt sogar in Zeiten der totalen Verschuldung im Bundeshaushalt Steuerzuschüsse den Krankenkassen gewährt, damit das geltende Recht aufrecht erhalten bleibt?

Es wäre nur gerecht, eine sozial ausgewogene Beitragsstaffelung einzuführen, damit der Besserverdienende im Rahmen der solidarischen allgemeinen Krankenversicherung einbezogen wird. Es ist nicht Gott gewollt, dass in Deutschland das Gesundheitssystem für Arbeitnehmer mit einer Einkommensgrenze einschließlich 90% aller Rentner zur Gesetzlichen Krankenversicherung gehören und alle Besserverdienenden (Privilegierte) sich in einer Privaten Krankenversicherung absichern dürfen und somit erheblich qualitätsorientiertere diagnostische und therapeutische Leistungen im Krankheitsfall erhalten.

Die einflussreichen Lobbyisten erreichen beim Gesetzgeber von Bundestag und Bundesrat, dass eben keine Positivliste für Arzneimittel für die ambulante ärztliche Versorgung der Patienten eingeführt wird, freie Vertragsverhandlungen der Krankenkassen mit den Pharmaunternehmen verhindert werden, das Beitragsaufkommen durch ein ungerechtes Honorarsystem für niedergelassene Ärzte ausgehöhlt wird, die notwendige stationäre Behandlung mehr und mehr für gewinnbringende Maßnahmen von Krankenhausträgern missbraucht wird und

der kranke Patient durch weniger pflegerische Zuwendung und frühzeitiger Entlassung das Nachsehen hat. Krankenkassen dürfen mit Billigung des Gesetzgebers hohe Beitragssummen durch unsinnige Werbeaktivitäten verschleudern. Sogar verbilligte Erholungsreisen werden mittlerweile von einigen Krankenkassen ganz offen angeboten. Auf der anderen Seite müssen schwerstkranke Patienten im Endstadium einer Krebskrankheit sehr oft auf häusliche palliativmedizinische Versorgung vergeblich warten. Wohnt der Versicherte einige Kilometer vom Hausarzt entfernt, lehnt dieser den Hausbesuch aus Gründen der minimal zugestandenen Vergütungspauschale ab. Ausnahme: Es besteht ein Notfall!

Die Beispiele könnte ich fortsetzen. Mir geht es hier in diesem Artikel nur darum, dass der von mir angeführte Missstand der Einflussnahme von Lobbyisten im Gesundheitswesen bekannter wird. Unsere Abgeordneten im Bundestag und in den Länderparlamenten könnten für Abhilfe sorgen. Ich fürchte, die Parteien sind nicht daran interessiert. Finanzielle Anreize und Machtgehabde bestimmen die parlamentarische Arbeit in unserer „Demokratie“. Kommt man ins Gespräch mit einem Abgeordneten, der nicht Mitglied des Gesundheitsausschusses ist, erhält man garantiert die Antwort: „Bei der Gesetzesvorlage verlasse ich mich auf meine Kollegen, die sich damit im Ausschuss auseinandergesetzt haben!“ Zu ändern sind diese Gegebenheiten zu Lasten von „Otto-Normal-Bürger“ nur dann, wenn sich mehr Menschen dagegen zur Wehr setzen und vor allem mehr Aufklärung von der Basis ausgeht. Erzählen Sie, lieber Leser, diesen Sachverhalt weiter, an Nachbarn, Freunde und Arbeitskollegen. Sie leisten damit einen kleinen Beitrag, damit eines Tages vielleicht doch noch die solidarische Krankenversicherung für Jedermann in bezahlbaren Grenzen Wirklichkeit werden kann.

*Hinweis: Verfasser war vor Jahren dorthin auch einmal abgeordnet.

Günter Steffen, Lemwerder, im Januar 2010
www.guenter-steffen.de

[zurück zum Seitenanfang](#)

2.3. Medikamentenpreise in Deutschland

Verbraucher zahlen mehrere Milliarden Euro zu viel für Medikamente, weil Pharmakonzerne die Einführung von günstigeren Nachahmer-Produkten blockieren. Zu diesem Ergebnis kommt die EU-Kommission in ihrem Abschlussbericht über den Wettbewerb im Arzneimittelsektor. Auch deutsche Pharmakonzerne seien keine Engel, sagte EU-Wettbewerbskommissarin Neelie Kroes in Brüssel. Sie drohte, notfalls kartellrechtlich gegen Hersteller vorzugehen, sollten es weiter zu künstlichen Verzögerungen kommen. Erste Untersuchungen würden bereits vorbereitet.

Dazu kommen die sehr unterschiedlichen Preise für das gleiche Medikament in

den verschiedenen Ländern der EU.

Um das genauer zu belegen, ließ man sich in einer anderen Studie in Aachen von einer Apothekerin drei gängige Medikamente zeigen. Ein Präparat gegen Magengeschwüre mit dem Wirkstoff Omeprazol. Der Preis in Deutschland: 60,46 Euro. Das Malaria-Medikament Lariam kostet 57,70 Euro und die Packung Aspirin 4,95 Euro. Nur gut eineinhalb Kilometer entfernt wurden exakt die gleichen Präparate in einer niederländischen Apotheke verglichen. Der Preisunterschied ist kaum zu fassen: Das Omeprazol-Medikament kostet statt 60,46 Euro in den Niederlanden gerade einmal 10,10 Euro. Die Packung Lariam gab es statt für 57,70 schon für 31,39 Euro und die Schachtel Aspirin anstelle von 4,95 Euro für 3,10 Euro.

Mehrwertsteuer ist keine Erklärung. Zumindest die verglichenen Medikamente sind in Deutschland also tatsächlich wesentlich teurer als in den Niederlanden. Doch was ist der Grund dafür? Häufig wird die Mehrwertsteuer als eine Erklärung angeführt. Tatsächlich ist die Mehrwertsteuer in Deutschland mit neunzehn Prozent mehr als dreimal so hoch wie in den Niederlanden mit sechs Prozent. Der deutsche Finanzminister kassiert in deutschen Apotheken also kräftig mit. Und dennoch kann sie die horrenden Preisunterschiede nicht erklären, denn zieht man von den deutschen Medikamentenpreisen neunzehn Prozent und von den niederländischen sechs Prozent Mehrwertsteuer ab, so liegen die deutschen Preise noch immer weit über den niederländischen: Omeprazol 50,91 Euro (D) zu 9,53 Euro (NL), Lariam: 48,49 Euro zu 29,61 Euro (NL) und Aspirin: 4,16 Euro (D) zu 2,92 Euro (NL).

Eine Studie des Verbands der Arzneimittelhersteller bringt vielleicht Aufschluss. Darin ist zu lesen, wie sich die Medikamentenpreise in den EU-Ländern zusammensetzen. Demnach kassieren Hersteller in den Niederlanden 60 Prozent vom Gesamtpreis, während es in Deutschland nur 57 Prozent sind. Die Botschaft also: In Deutschland ist die Pharmaindustrie bescheiden, weil sie sich mit weniger vom Gesamtpreis der Medikamente abfindet als in den Niederlanden. Eine interessante Argumentation, denn 57 Prozent von einem hohen Medikamentenpreis sind schließlich weit mehr für den Hersteller als 60 Prozent von einem eher niedrigen Preis. Ein Beispiel: 60 Prozent des niederländischen Preises für Omeprazol sind 6,06 Euro. Dagegen sind 57 % des deutschen Preises satte 34,46 Euro. Ein fast sechsmal so hoher Betrag, den der Hersteller in Deutschland kassiert. Dazu passt auch die Argumentation der Herstellerfirmen und Lobbyisten, dass man irgendwo ja schließlich das Geld verdienen müsse und da eigne sich Deutschland am besten, denn da gäbe es eines der höchsten Prokopfeinkommen in Europa!

Tatsächlich ist es also die Pharmaindustrie, die Patienten in Deutschland mächtig abkassiert. Sogar in ihrer eigenen Studie kommt der Verband der Arzneimittelhersteller zu dem Schluss, dass Medikamente in den Niederlanden um acht Prozent preiswerter sind. Und dennoch, so die Erkenntnis von Bayer und Co.: Bei den Preisen liegt Deutschland im europäischen Mittelfeld. Bei der

Bundesarbeitsgemeinschaft der Patientenstelle (BAG Patientenstellen) könne man das nicht glauben, sagt ihre Sprecherin Judith Storf: "Wir haben anderer Zahlen. In Deutschland sind Medikamente teuer. Das liegt vor allem daran, dass bei uns die Pharmaindustrie den Preis fest legen kann. In anderen Ländern bestimmt der Staat den Preis. Oder er lässt, wie in den Niederlanden, von vornherein nur solche Medikamente zu, die bei gleicher Wirksamkeit preiswerter sind. Dieses sogenannte KIWI System hat sich bewährt und würde auch in Deutschland zu einer Kostenreduzierung im Gesundheitswesen führen!" Ein ähnliches System in Deutschland ist aber Zukunftsmusik. Offenbar sind hier die Pharmaverbände mächtiger als die Patientenvertretungen. Und so kann die Pharmaindustrie weiter abkassieren. Und der Staat verdient über die Mehrwertsteuer kräftig mit!

[zurück zum Seitenanfang](#)

2.4. Mehrwertsteuer auf Arzneimittel und Medikamente

Hohe Mehrwertsteuer auf Arzneimittel und Medikamente in Deutschland
Die Mehrwertsteuersätze in den einzelnen Ländern Europas unterscheiden sich gerade bei der Besteuerung auf Arzneimittel sehr stark. Während die meisten Länder einen verminderten Satz anwenden, wird in Deutschland der volle Satz von 19 Prozent erhoben. Dies ist sonst nur noch in Dänemark und Österreich der Fall.

Mit 19 Prozent Mehrwertsteuer auf Arzneimittel hat Deutschland nach Dänemark und Österreich den dritthöchsten Steuersatz innerhalb der Europäischen Union. Dagegen werden zum Beispiel in Schweden und Großbritannien, die mit 25 und 17,5 % ebenfalls einen hohen Normalsteuersatz haben, auf verschreibungspflichtige Medikamente gar keine Mehrwertsteuern berechnet. In fast allen europäischen Ländern werden auch rezeptfreie Arzneimittel nur mit einem erniedrigten Satz unter 10 % besteuert.

Es scheint unverständlich, dass auf lebenswichtige Arzneimittel in Deutschland der hohe Satz vom Verbraucher gefordert wird, wenn dagegen Lebensmittel, Tiernahrung, Bücher und Schnittblumen nur mit 7 % besteuert werden. Darüber hinaus werden auf medizinische Geräte für Behinderte bereits nur 7 % Steuern erhoben, warum also nicht auch auf Medikamente?

Das Europäische Verbraucherzentrum Kiel fordert auch für Deutschland einen erniedrigten Satz für Arzneimittel. **Die deutschen Verbraucher werden im europäischen Vergleich durch die hohe Mehrwertsteuer zu stark belastet.**

[zurück zum Seitenanfang](#)

2.5. Die RICHTIGE Gesundheitspolitik wie sie sein soll.

Gesundheit ist das höchste Gut jedes einzelnen Bürgers. Um dieses Gut für alle Bürger zu bewahren, insbesondere auch für die Schwächsten unserer Gesellschaft, zu denen die Rentner gezählt werden müssen, werden folgende Forderungen gestellt:

1. Bürgerversicherung: Alle Erwerbstätigen und Rentner erbringen gemeinsam die Beiträge
([Bürgerversicherung siehe 4.2.2](#))
2. Der Gesundheitsfonds muss wieder abgeschafft werden.
3. Reduzierung der Krankenkassen.
4. Abschaffung der Mehrwertsteuer auf Medikamente.
5. Angleichung der Medikamentenpreise in der gesamten EU
6. Abschaffung der Kassenärztlichen Vereinigung.
7. Verhinderung von Missbrauch der Krankenversicherungskarten

[zurück zum Seitenanfang](#)

3. Bildung

3.1. Frühförderung

Es scheint das Schicksal der Frühpädagogik in Deutschland zu sein, dass sie entweder verdammt oder als Heilsbringer gehandelt wird. Nachdem frühere Regierungen sogar die Forschungsgelder strichen, weil sich eine frühkindliche Außer-Haus-Betreuung nicht mit dem konservativen Familienbild vertrug, soll die Frühpädagogik in der Post-PISA-Ära nun gleich alle Defizite auf einmal ausgleichen: angefangen bei der schwachen PISA-Leistung bis hin zur fehlenden Chancengleichheit von armen Kinder und der misslungenen Integration. Tatsächlich kann das Bildungssystem von einer institutionalisierten Frühpädagogik erheblich profitieren. Allerdings müssen dafür die Bedingungen stimmen. Noch liegt die Zahl der Betreuungsplätze für Kinder unterhalb von vier Jahren weit unter dem angemeldeten Bedarf, Ganztagsplätze sind ebenfalls rar. Zudem kritisieren Experten die personelle Ausstattung der Einrichtungen und die Ausbildung der Erzieherinnen, die anders als ihre Kolleginnen in England und Griechenland nicht studieren müssen.

Dabei ist die Phase vor der Schule für den späteren Bildungs- und Lebenserfolg genauso wichtig wie die Schulzeit selbst. Im zweiten und dritten Lebensjahr werden die Grundlagen für Körpermotorik, Spracherwerb, soziale Wahrnehmung und Sinneswahrnehmung gelegt. Je professioneller ein Kind bei diesem Prozess unterstützt wird, umso so positiver entwickeln sich sein Wort- und

Grammatikschatz, sein soziales Verhalten, sein Bewegungsapparat, sein Sinn für Farben, Geräusche, Gerüche. Für Kinder aus schwierigen familiären Situationen ist die frühkindliche Bildung oft der einzige Weg überhaupt, ein differenzierteres Wahrnehmungs- und Verhaltensrepertoire auszubilden. Ist ihnen dieser Weg wegen fehlender Plätze und mangelnder pädagogischer Qualifikation verstellt, bleiben sie auch später soziale und sensorische Analphabeten.

[zurück zum Seitenanfang](#)

3.2. Schule

16 Bundes-Länder, 16 Bildungs-Systeme

Das Bildungssystem als Dienstleistungssystem zu begreifen und an den Bedürfnissen der in ihr lebenden Menschen auszurichten, kann daher nicht schaden. Noch ist es weitgehend parteipolitischen Ideologien untergeordnet, die in Form von immer neuen Verordnungen und Lehrplänen in die Schulen und Hochschulen hineingetragen werden. Auf diese Weise haben sich in den 16 Bundesländern 16 verschiedene Bildungslandschaften herausgebildet. Ein Phänomen, das im Ausland ungläubiges Kopfschütteln hervorruft. Genau wie die 2500 aktuellen Lehrpläne, die 2003 in der Lehrplan-Datenbank der Kultusminister-Konferenz (KMK) registriert waren. **Die meisten Staaten, die bei PISA erfolgreich waren, kommen mit einem Lehrplan aus.**

Während die Kultusminister der 16 Bundesländer trotz der alarmierend schlechten PISA-Ergebnisse an den Grundzügen des Bildungssystems nichts ändern wollen und die Bundesregierung sich vornehm zurückhält, drängen Experten und internationale Gremien auf radikale Reformen. Dabei nimmt der Ton an Schärfe zu. Der Direktor am Max-Planck-Institut für Bildungsforschung und Koordinator des deutschen Teils der PISA-Studie, wirft dem Bildungssystem "strukturbedingte Demütigungen" vor. Der Kinderrechtsausschuss der Vereinten Nationen hat Deutschland in seinen abschließenden Bemerkungen zum zweiten Staatenbericht "De-facto-Diskriminierung von ausländischen Kindern und Minderheiten angehörnden Kindern" bescheinigt. Selbst die Evangelische Kirche Deutschland hat die Bundesländer zur Einsicht gemahnt. Die Bundesregierung lässt verlauten: "Eine ideologische Debatte führt nicht weiter."

Einige Bundesländer bemühen sich zwar in einzelnen, höchst unterschiedlichen Bereichen zu Erfolgen zu kommen. Einer Hauptschule in Schleswig-Holstein ist es gelungen, sich so gut mit dem wirtschaftlichen Umfeld zu vernetzen, dass alle Absolventen eine Lehrstelle erhalten haben. In Hannover hat eine Grundschule im sozialen Brennpunkt mithilfe von Notenfreiheit und einem selbst entwickelten Leseförderprogramm eine der höchsten Gymnasialquoten der Stadt erreicht. Solche vereinzelt Beispiele zeigen deutlich, dass in den Kindern mehr steckt, als das deutsche Bildungssystem gemeinhin aus ihnen herausholt.

Darauf zu warten, dass Angesichts der rückläufigen Geburtenquoten es in spätestens 10 Jahren nicht mehr genug Kinder geben wird, um alle drei Schulformen zu bestücken, kann für die heutige Schülergeneration nicht die

richtige Lösung des Problems darstellen!

Aufgrund der miserablen Verhältnisse im deutschen Schulwesen erreichen statt 34,8 Prozent eines Jahrgangs, wie sie die OECD-Studie "Bildung auf einen Blick 2006" als durchschnittlich bezeichnet, in Deutschland nur 20,6 Prozent einen akademischen Abschluss.

Die Befürworter von Integration und dem "Eine Schule für Alle"-Modell fordern daher nicht nur ein "Recht auf Bildung für alle", sondern auch ein "Recht auf Leistung". Davon würden auch die hochbegabten Kinder profitieren, die in den homogenen Klassen meist ebenfalls unter ihrem Niveau bleiben und sich aus Frust und Langeweile oft zu Störern entwickeln. Voraussetzung ist allerdings die konsequente Umsetzung des Konzepts. In New Brunswick ist jede Klasse mit einem Klassenlehrer und einem Lehrer mit sonderpädagogischer Zusatzqualifikation besetzt. Dazu kommen Kollegen-Coachings, ein mit einem "Methoden- und Ressourcenlehrer" besetztes Schülerbüro und eine zweistündige wöchentliche Schulsitzung, bei der auch ein Sozialarbeiter und ein Mitglied des Schulamts anwesend sind.

Durch die Kooperation aller Beteiligten und die offene Art des Unterrichts sind Verhaltensauffälligkeiten zurückgegangen. Ein Effekt, den auch die Studien über hiesige Integrationsklassen durchgehend belegen und der umgekehrt die Frage aufwirft, wie viele der 495.300 Sonderschüler erst vom Bildungssystem dazu gemacht wurden. Tatsächlich steigt die Zahl der Sonderschüler in Deutschland von Jahrgang zu Jahrgang kontinuierlich an. Selbst aus den 9. und 10. Klassen der allgemein bildenden Schulen werden noch Schüler auf die Sonderschule "abgeschult". Darunter überdurchschnittlich viele Jungen, arme und ausländische Kinder. Fast jeder siebte Sonder- und Förderschüler ist nicht-deutsch.

Ein Zurück hingegen gibt es so gut wie nicht. Wer einmal vom Bildungssystem aussortiert wurde, bleibt es in der Regel auch. Gerade mal 9.029 Schüler von einer knappen halben Million schafften im Schuljahr 2004/05 den Aufstieg von der Sonder- auf eine allgemein bildende Schule. Eine Entwicklung, die jungen Lehrern und Lehramtsstudenten offenbar zunehmend zu denken gibt. Bei ihnen wächst die Kritik am dreigliedrigen Schulsystem, das die Sonderschule als "Abschulstation" braucht, um eine Homogenität aufrecht zu erhalten, die sich bei PISA als hinderlich erwiesen hat. Aber auch die Lebensläufe von Kindern, die Integrationsklassen besucht haben, sprechen für ein Umdenken. In Hamburg leitet eine ehemalige Integrationsklassen-Schülerin mit Down-Syndrom in einem renommierten Hotel als ganz normale Angestellte die Praktikanten an. Aus einer Sonderschule heraus hätte sie diesen Weg vermutlich nicht.

[zurück zum Seitenanfang](#)

3.2.1. Schulkleidung

Schulkleidung ist die Arbeitskleidung in der Schule.

Schulkleidung hat viele Vorteile!

Sie stärkt die Position der Schwachen in der Klassengemeinschaft.

"Einheitlichkeit und Zusammengehörigkeit" klar! - "Uniformierung und

Gleichmacherei" - in keinem Fall! Für Schüler, die Schulkleidung tragen, ist das, was sie sind, wichtiger, als das, was sie haben. Deshalb führt Schulkleidung nicht zu Gleichmacherei sondern fördert die individuelle Entwicklung der Schüler. Modefragen und egozentrische Selbstdarstellung sind am Vormittag kein Thema. Schüler lernen, sich situationsabhängig, verschiedenen Anlässen gemäß zu kleiden. Selbstwertgefühl wird aufgrund von Persönlichkeit und Sozialkompetenz erworben, nicht über die Identifikation mit Markenkleidung. Markenkleidung und das damit verbundene, vermeintlich attraktive Aussehen wird den Schülern im Laufe Ihres Schullebens immer wichtiger. Schüler, die sich teure Markenartikel nicht leisten können, werden deshalb oftmals ausgegrenzt. Gemeinsame Schulkleidung verbessert die Akzeptanz der Schule als Ort des Lernens.

Einheitliche Schulkleidung kann bestehenden sozialen Problemen schon in der Grundschule entgegenwirken. Sie verbessert das Schulklima maßgeblich und unterstützt Schüler in der Entwicklung ihrer Persönlichkeit:

Sie ist ein sinnvoller Beitrag zur Chancengleichheit. Kinder lernen, dass ihr Wert nicht von Mode abhängt.

- Einheitliche Schulkleidung schützt vor Mobbing: Sie stärkt das Gruppengefühl und gibt Sicherheit nach innen und außen. Gegenseitige Achtung macht Kinder stark.
- Mehr Sein als Schein: Schulkleidung hilft Schülern, ihre Persönlichkeit durch emotional-soziales Engagement und Leistungskompetenz und nicht durch Identifikation mit Äußerlichkeiten zu entwickeln. Anerkennung in der Gruppe müssen Schüler sich nicht mehr über Markenkleidung sichern. Das "Abziehen" von Kleidungsstücken entfällt.
- Die Garderobe bietet keinen Anlass zur Ablenkung: Die Schüler arbeiten konzentrierter, zielorientierter und besser.
- Die Integration von neuen Schülern in den Klassenverbund wird deutlich erleichtert.

Wenn Schüler ihre "Arbeitskleidung" bis in den Nachmittag tragen, benötigen sie deutlich weniger Kleidung. Zudem ist Schulkleidung günstiger als Markenkleidung. Das schont das Budget der Eltern doppelt.

[zurück zum Seitenanfang](#)

3.3. Berufsausbildung

Im Jahr 2008 wurden bundesweit 616.259 neue Ausbildungsverträge abgeschlossen. Im Vergleich zum Vorjahr sind dies 9.626 Verträge oder 1,5 % weniger. Trotz des Rückgangs bei den neu abgeschlossenen Ausbildungsverträgen hat sich die seit 2006 zu beobachtende Entspannung auf dem Ausbildungsmarkt fortgesetzt. Denn nach den stetigen Zuwächsen der letzten Jahre hat die Zahl der ausbildungsinteressierten Jugendlichen demografiebedingt in 2008 erstmals deutlich abgenommen, so dass sich das rechnerische Verhältnis von Angebot und Nachfrage weiter verbessert hat. Die

rechnerische Einmündungsquote (d. h. **die Zahl der Neuverträge je 100 Schulabgänger bzw. Schulabgängerinnen**) konnte gegenüber dem Vorjahr nochmals gesteigert werden und erreichte einen Wert von **67,7 Prozent**.

Die Zahl der am Stichtag 30. September bei der Bundesagentur für Arbeit gemeldeten noch **unbesetzten Ausbildungsplätze (19.507)** lag im Berichtsjahr 2007/2008 erstmals seit 2001 über der Zahl **(14.479) der unversorgten Bewerber und Bewerberinnen**.

Prognose für das Jahr 2009:

Angesichts der aktuellen wirtschaftlichen Entwicklung muss davon ausgegangen werden, dass das Ausbildungsangebot im Jahr 2009 sinken wird. Zugleich wird aber auch die Nachfrage nach Ausbildungsplätzen demografiebedingt zurückgehen. Das Bundesinstitut für Berufsbildung hat berechnet, wie viele Ausbildungsangebote und Verträge in 2009 realisiert werden müssten, damit sich die Chancen der ausbildungsinteressierten Jugendlichen gegenüber 2008 nicht verschlechtern. Demnach müsste das Ausbildungsangebot 2009 bei gut 600.000 liegen. Folglich könnte das Ausbildungsangebot vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung im Jahr 2009 um bis zu 32.000 (5 Prozent) niedriger ausfallen, ohne dass sich die Ausbildungschancen der Jugendlichen gegenüber 2008 rechnerisch verschlechtern würden. Der Bericht geht von einem Rückgang auf 580.000 bis 600.000 Ausbildungsangebote aus. Die Unsicherheit der Schätzung ist jedoch angesichts der Einmaligkeit der Wirtschaftskrise hoch. Die Bundesregierung wird daher gemeinsam mit den Partnern des Ausbildungspakts die Entwicklung im laufenden Ausbildungsjahr sehr aufmerksam beobachten, um bei Bedarf rechtzeitig und adäquat handeln zu können.

Auch wenn die Bereitstellung eines adäquaten Ausbildungsplatzangebots in erster Linie in den Verantwortungsbereich der Wirtschaft fällt, bekennt sich die Bundesregierung zu der Verantwortung des Staates, ihren Beitrag zur Sicherung eines ausreichenden Ausbildungsplatz- und Qualifizierungsangebots zu leisten. Sie hat deshalb gemeinsam mit den Spitzenverbänden der Wirtschaft im Juni 2004 den "Nationalen Pakt für Ausbildung und Fachkräftesicherung in Deutschland" vereinbart, der sowohl mehr betriebliches Ausbildungsengagement als auch zusätzliche Anstrengungen der öffentlichen Hand vorsieht. Im März 2007 wurde der Ausbildungspakt bis zum Jahr 2010 verlängert. Dabei wurden zusätzliche quantitative Zielvereinbarungen fest gelegt. Zudem hat sich mit dem Bundesverband der Freien Berufe der Kreis der Paktpartner erweitert.

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung hat eine Reihe von Maßnahmen ergriffen und Programme aufgelegt, die auf die flankierende Unterstützung der Wirtschaft bei der Schaffung zusätzlicher Ausbildungsplätze zielen. Ein Beispiel ist das Ausbildungsstrukturprogramm JOBSTARTER. JOBSTARTER verfolgt zum einen das Ziel, neue und zusätzliche betriebliche Ausbildungsplätze zu gewinnen, indem bisher nicht genutzte Potenziale für Ausbildung erschlossen werden. Ein weiteres Ziel des Programms besteht in der Stärkung von regionalen Ausbildungsstrukturen.

[zurück zum Seitenanfang](#)

3.4. Hochschule

Die Hochschulen in Deutschland stecken im Umbruch, dem vielleicht größten ihrer Geschichte. Seit die Bundesregierung 1999 die "Bologna-Erklärung" unterzeichnete und sich damit der Schaffung eines "europäischen Hochschulraums" verpflichtete, werden Evaluationsverfahren vorangetrieben, Leistungspunkt-Systeme etabliert, Exzellenzoffensiven gestartet und Bachelor- und Masterstudiengänge eingerichtet. Fast 3000 neue Studiengänge bis heute. Eine stolze Bilanz.

Nicht ganz so erfreulich hingegen entwickelt sich die soziale Zusammensetzung der Studierenden. Obwohl die OECD seit Jahren auf einen drohenden Mangel von Hochqualifizierten hinweist und die "Erschließung" der Bildungspotentiale aus den sozial schwächeren Schichten fordert, stagniert die Zahl der Kinder mit "mittlerer" und "niedriger" Herkunft auf niedrigstem Niveau. Nur jeder dritte angehende Akademiker stammte laut der 17. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks von 2003 aus einem der beiden sozialen Milieus. Klammert man die Fachhochschulen aus, lag ihr Anteil sogar noch darunter. Fächer wie Medizin, Jura, Volkswirtschaft, Romanistik und Psychologie sind von Kindern mit niedrigerer sozialer Herkunft sogar nahezu gänzlich frei, ebenso die 52 Kunsthochschulen.

Dabei wird der Weg in die gut bezahlten und sehr viel krisenfesteren Akademikerberufe oft schon im Grundschulalter verstellt. Wegen der mangelhaften individuellen Förderung von Kindern aus bildungsfernen Elternhäusern und der Neigung vieler Grundschullehrerinnen, die Kinder trotz hoher Leistung nicht ans Gymnasium zu überweisen, liegt bereits ihre Abiturienten-Quote um ein Vielfaches niedriger als die ihrer besser gestellten Mitschüler: Während 2003 von hundert Kindern aus sozial stärkeren Schichten 85 das (Fach-)Abitur machten, erreichten es von hundert Kindern mit sozial schwacher Herkunft nur elf. Ein Unterschied, den selbst die hartgesottensten Vertreter des dreigliedrigen Schulsystems nicht allein mit der Genetik erklären mögen.

Nach dem Abitur vergrößert sich die Kluft weiter. Studieren von den 85 Kindern aus der sozial stärksten Schicht 81, sind es bei den Kindern aus der schwächsten Schicht nur drei. Bildungsforscher vermuten, dass dieser "negativen Berufswahl" vor allem Unwissenheit zugrunde liegt. Weil Eltern und Kindern keine konkrete Vorstellung von einem Studium haben und Akademiker im direkten Umfeld fehlen, ziehen sie oft eine "gute" Ausbildung dem fremden Studium vor. Hinzu kommt die Aussicht auf eine finanziell eher klamme Zeit. Zwar steht jedem sozial schwachen Studierenden während der Regelstudienzeit BAfÖG zu, das jedoch ist je nach Fach und Studienort schnell ausgereizt. Gleichzeitig wachsen die Darlehensschulden: Bei einem monatlichen BAfÖG-Höchstsatz von 466 Euro liegen sie nach der Regelstudienzeit bei 10.225 Euro.

Die Einführung von Studiengebühren und die Verteuerung der Semester jenseits der Regelstudienzeit drohen diesen ohnehin schon abschreckenden Effekt noch

zu verstärken. Schon jetzt stecken viele sozial schwache Studierenden in einem Teufelskreis: Weil das BAfÖG nicht ausreicht, müssen sie arbeiten, weil sie arbeiten müssen, verlängert sich das Studium, weil das Studium länger dauert, entfällt das BAfÖG - ohne dass das Studium abgeschlossen ist. Ein Teil der vergleichsweise hohen Abbrecherquote unter den Studierenden aus sozial niedrigen Schichten sind so zu erklären. Auf der Rangliste der Studienabbruch-Gründe der 17. Sozialerhebung belegten "Finanzielle Probleme" Platz Nummer zwei.

Aber auch die geplanten Auswahlverfahren und Bewerbungsgespräche, die den Hochschulen ermöglichen sollen, sich ihre Studierenden selbst auszusuchen, könnten sich als Verhinderungsmaßnahme entpuppen. "Kinder aus niedrigeren Schichten können sich oft nicht so akademisch gewählt ausdrücken wie Kinder aus höheren Schichten", sagt Reinhard Pollak vom Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung. Zudem können sie meist nicht so viele Zusatzqualifikationen vorweisen, wie beispielsweise eine längere Auslandserfahrung. Und auch beim Abitur selbst schneiden sie meist nicht ganz so gut ab. Auch da vermuten Experten als Ursache den mangelnden familiären Rückhalt und fehlende Förderangebote.

Um Abiturienten aus sozial niedrigeren Schichten für ein Studium zu gewinnen und damit den Hochqualifizierten-Nachwuchs in Deutschland langfristig zu sichern, empfehlen das Studentenwerk und die Studentenvertretungen daher eine verstärkte Beratung und bessere Studienfinanzierung, die neben der Erhöhung des BAfÖG-Satzes auch den Bau preiswerter Wohnheimplätze umfassen soll. Ernsthaft zu rechnen ist damit nicht. Zwar haben die mittlerweile 45 Bologna-Staaten die "Stärkung der sozialen Belange der Studierenden aus sozial benachteiligten Gruppen" 2003 auf die Agenda gesetzt, eine Konkretisierung und die damit verbundenen Handlungsanweisungen fehlen jedoch bis heute.

Wer das Thema noch vertiefen möchte: [Bildungsbericht 2016](#)

[zurück zum Seitenanfang](#)

3.5. Die RICHTIGE Bildungspolitik wie sie sein soll.

Es muss ein Bildungssystem eingeführt werden, welches die vorhandenen Fähigkeiten des Einzelnen erkennt, stärkt und fördert, um ein möglichst hohes Wissensniveau zu vermitteln. Ziel ist der selbständige, verantwortungsvolle Mitbürger in unserer Gesellschaft.

1. Frühförderung aller Kinder. Kindergartenpflicht ab dem 4. Lebensjahr bis zum Schuleintritt.
2. Schule und Ausbildung: Ziel muss sein, dass jeder Auszubildende den höchst möglichen qualifizierten Abschluss erreicht.

3. Einheitliche Schulkleidung in jedem Schulsystem.
4. Kosten für Bildung übernimmt der Staat.
5. Bessere pädagogische und fachliche Qualifikation von Erziehern und Lehrpersonal.

[zurück zum Seitenanfang](#)

4. Begriffserklärungen

4.1. Das Österreichische Modell

Die Rentenversicherung in Österreich ist eine Erwerbstätigenversicherung oder auch Bürgerversicherung.

Das macht (im Durchschnitt) bei den Frauen ca. 600 Euro und bei den Männern 800 Euro pro Pensionszahlung **mehr** gegenüber Deutschland aus!
Die Altersruhegeldversorgung wird darüber hinaus in Österreich auch noch **14 mal im Jahr** ausgezahlt – also mit Weihnachts- und Urlaubsgeld!
In Österreich zahlen **alle** Erwerbstätigen in die Rentenkasse ein.
Auch Selbstständige und Geringverdiener.

Die Versicherungspflicht beginnt in Österreich ab einem Einkommen von rund 450 Euro. Die Grenze für beitragsfreie geringfügige Beschäftigungen liegt bei 425,70 Euro. Wer mehr verdient, muss mehr Beiträge in die Rentenkasse zahlen.

Da keine Unterschiede zwischen Beamten und sonstigen Erwerbstätigen gemacht wird, werden alle Altersruhegeldbezieher/Rentner als Pensionäre bezeichnet und die Rente wird Pension genannt.

Im Weiteren sprechen wir daher auch von Pensionärinnen und Pensionären sowie von Pensionen.

Die Renten- Pensionsberechnungen in Deutschland und Österreich unterscheiden sich wesentlich!

Das österreichische Rentensystem basiert auf einem Pensionskonto.

Für alle Personen, die ab dem 1. Januar 1955 geboren wurden, werden die Pensionen ab einem Stichtag 1. Januar 2014 ausschließlich aus dem Pensionskonto berechnet. Für die Personen, die vor 1955 geboren wurden, wird das bis dahin erworbene Pensionskonto nach einem festgelegten Schlüssel den neuen Regeln angeglichen.

Das Pensionskonto errechnet sich ab 2014 wie folgt:

Wenn ein österreichischer Arbeitnehmer 50.000 Euro Bruttojahresgehalt erhält, werden ihm 1,78% von 50.000 Euro zusätzlich zu seinen 10,25% Rentenbeitrag und dem Arbeitgeberanteil von 12,55% vom Staat in sein Pensionskonto gutgeschrieben, in dem Beispiel also 890 Euro pro Jahr.

Mit Eintritt in die Pension (Das Regel-pensionsalter ist derzeit bei Männern das 65. Lebensjahr und bei Frauen, geboren bis zum 1.12.1963, das 60. Lebensjahr. Danach wird das Regelpensionsalter für Frauen stufenweise dem Männerpensionsalter angeglichen und ist für Frauen, geboren ab dem 2.6.1968, ebenfalls das 65. Lebensjahr) wird das Pensionskonto durch 14 geteilt.

*Angenommen, der österreichische Arbeitnehmer würde 40 Jahre lang bei gleichem Jahres-Einkommen von 50.000 € einzahlen, bekäme er daraus eine Bruttomonatspension von **2.543 €**.*

Das deutsche Rentensystem basiert auf so genannten Entgeltpunkten, die das Arbeitsleben lang, in Abhängigkeit der durchschnittlichen Löhnen/Gehälter erworben werden. Mit dem aktuellen Rentenwert zur Zeit des Renteneintritts vervielfältigt, ergibt sich die Bruttomonatsrente. ($50.000 \cdot 36270 = 1,3787$ Entgeltpunkte x 40 Jahre = 55,1480 Entgeltpunkte x 30,45 € Rentenwert West = 1.679,26 Euro Rente).

*In Deutschland käme der Rentner, bei gleichem, angenommenen Jahres-Einkommen von 50.000 € (gerechnet im Renteneintrittsjahr 2016) auf eine Bruttoaltersrente von **1.679,26 €**.*

Höhere Anrechnung:

Im Vergleich zu Deutschland gibt es in Österreich für jedes Versicherungsjahr eine höhere Rentengutschrift. (in etwa vergleichbar mit den „Rentenpunkten“ in Deutschland) Da gilt immer noch der Grundsatz: Die gesetzliche Rente muss im Alter den Lebensstandard sichern. Nach 45 Arbeitsjahren bekommt ein Rentner in Österreich daher um die 80 Prozent seines durchschnittlichen Bruttoeinkommens. (in Deutschland nur 44 Prozent des durchschnittlichen Bruttoeinkommens aller Arbeitnehmer). Der enorme Unterschied hat selbst Rentenexperten in Österreich überrascht. Das Leistungsniveau in Deutschland reiche in vielen Fällen nur noch für Renten unterhalb der Armutsgrenze.

Bruttoinlandsprodukt:

Österreich gibt 14 Prozent des Bruttoinlandsprodukts für Renten aus. (Deutschland nur knapp 10 Prozent)

Betriebsrenten und Privatvorsorge:

90 Prozent der Österreicher verlassen sich auf die gesetzliche Rente. Nur 10 Prozent haben eine zusätzliche Betriebsrente. Eine teure staatlich geförderte Privatvorsorge auf Kosten der gesetzlichen Rente blieb den Österreichern erspart!

Beitragssätze:

Dafür ist der Beitragssatz zum Pensionskonto mit 22,8 Prozent höher als in Deutschland. Die Arbeitnehmer zahlen aber nur 10,25 Prozent, die Arbeitgeber dagegen 12,55 Prozent.

Will man in Deutschland eine annähernd hohe Rente wie in Österreich erzielen, so „empfiehlt“ die Regierung ZUSÄTZLICH „privat“ vorzusorgen, zu „Riestern“. Dieses schlägt durchschnittlich mit ca. 4% vom Lohn/Gehalt zu Buche.

Damit ist sogar der Gesamtbeitrag zur Altersvorsorge in Deutschland für den Arbeitnehmer mit 9,35% GRV + 4% Riester + 4% Betriebsrenten-Stärkungsgesetz (seit 2017) = 17,35% WESENTLICH höher und NICHT garantiert, dass das Riester und die „neue Betriebsrente“ auch den gewünschten Erfolg erzielt!

Kostenvergleich:

Alle Versuche, etwas am System in Österreich zu verändern, waren bisher politisch nicht durchsetzbar. (Anders als in Deutschland)

"Es ist ja keine Kostenersparnis, wenn ich vom gesetzlichen System zu einer privaten Vorsorgeform wechsele. Dadurch werden ja fürs erste keine Kosten gespart. Bestenfalls verlagert. Vieles spricht dafür, dass das sogar deutlich teurer wird", so Dr. Josef Wöss von der Arbeiterkammer Wien.

Mindestrente (Ausgleichszahlung)

Alle, die nur eine Rentenhöhe unterhalb der Armutsgrenze (in Österreich 909,42 Euro für Alleinstehende und 1363,52 Euro für Ehepaare) erreichen, haben Anspruch auf eine Ausgleichszahlung, finanziert aus Steuermitteln. Deutlich höher und weniger bürokratisch als die Grundsicherung in Deutschland. Die Ausgleichszulage erhält jeder: wenn die monatliche Pension als Alleinstehender weniger als 909,42 € und als Ehepaar weniger als 1.363,52 € beträgt. (Stand 2018)

Wenn das Haushaltseinkommen bestimmte Grenzen nicht erreicht, das ist für eine alleinstehende Person 890 Euro im Monat beziehungsweise für einen Paar-Haushalt 1350 Euro, dann wird die Differenz zwischen der eigenen Pensionshöhe und dieser Ausgleichszulagengrenze zugezahlt. Geprüft wird dafür nur das Einkommen, nicht das Vermögen.

Senioren in Österreich können ihr Ersparnis und ihr Auto behalten!

(genannte Zahlen und Beträge gelten für die Jahre 2016/2018,

die Modalitäten (verkürzt) wurden der Broschüre:

PENSIONSVERSICHERUNGSANSTALT Pensionskonto NEU Kontoerstgutschrift

http://www.neuespensionskonto.at/files/download/Pensionskonto_NEU_Kontoerstgutschrift_Stand01012016.pdf entnommen)

Für weitergehende Informationen:

Ein Bericht des Abgeordneten Matthias W. Birkwald für den Präsidenten des Deutschen Bundestages, von der rentenpolitischen Dienstreise nach Wien in Österreich vom 24. und 25. Oktober 2016

[Bericht_ueber_Einzeldienstreise_Oesterreich.pdf](#)

und ein Vortrag des Herrn Josef Bauerberger vom österreichischen Sozialministerium

[Vortrag_Bauerberger.pdf](#)

Hans Böckler Stiftung - Rente nachhaltig finanziert

https://www.boeckler.de/impuls_2018_12_5.pdf

[zurück zum Seitenanfang](#)

4.2. Das Schweizer Modell

Die Rentenversicherung in der Schweiz basiert auf drei "Säulen".

Eine Beitragsbemessungsgrenze - wie in Deutschland - fehlt. Alle beteiligen sich ausnahmslos an diesem Solidar-System, niemand wird ausgenommen, ob

Hausfrau, Student oder Personen mit Einkünften aus Kapitalanlagen.

- die obligatorische Versicherung
- die kapitalgedeckte Versicherung
- die staatlich geförderte Eigenvorsorge

Die erste Säule: Die obligatorische Versicherung

Beitragspflichtig sind ausnahmslos alle Erwerbstätigen, auch Beamte und Selbständige

Die staatliche Grundversicherung umfasst die Alters- und Hinterbliebenenversicherung (AVG) sowie die Invalidenversicherung (IV). Sie ist für alle Bürger über 20 Jahren obligatorisch, unabhängig von ihrem Arbeitsstatus. Die Beiträge zur Grundversicherung werden je zur Hälfte von Arbeitgeber und Arbeitnehmer getragen und direkt vom Bruttogehalt abgezogen, z.Zt. jeweils 4,2% (AVG) und 0,7% (IV), macht in Summe 9,8% Beiträge. Selbständige zahlen 9,2% ihres Erwerbseinkommens.

Männer und Frauen erhalten ab dem Alter von 65 Jahren Leistungen der AVS, sofern Sie mindestens ein Jahr lang Beiträge gezahlt haben. Gehen sie vor 65 in Rente, werden für jedes Jahr 6,8% abgezogen.

In **2007** lag die Mindestrente aus dieser Versicherung zwischen CHF 1.105 (ca. 740 Euro) und die Maximalrente bei 2.210 CHF (ca. 1.480 Euro) die Gesamtrente eines verheirateten Paares durfte 150% der Maximalrente (CHF 3.315 = 2.225 Euro)

nicht überschreiten.

Die Rente aus der ersten Säule ist steuerfrei.

Der Rentenanspruch aus der obligatorischen Versicherung wird anhand des relativen Einkommens innerhalb eines Jahrgangs sowie der Anzahl von Beitragsjahren berechnet. Das Einkommen umfasst Gehälter und Löhne sowie spezielle Boni für die Kindererziehung und die Pflege von Angehörigen. Das Einkommen von Ehepartnern wird bei der Berechnung gemeinsam veranlagt und anschließend zu je 50% jedem Partner zugeschrieben.

Eine Vollrente erhält man, wenn man ebenso viele Jahre wie andere Personen des gleichen Jahrgangs Beiträge gezahlt haben. Wenn der Beitragszeitraum kürzer war, hat man Anspruch auf einen Teil der Rentenzahlung.

Alle drei Jahre werden die Renten der Lohn- und Preisentwicklung angepasst, wobei Ausnahmen bestehen, sobald der Konsumentenpreisindex vier Prozent überschreitet; in solchen Fällen findet die Anpassung jährlich statt.

Die zweite Säule: Die kapitalgedeckte Versicherung (Betriebliche Vorsorge)

Die berufliche Altersvorsorge (Prévoyance Professionnelle/PP) ist die zweite Säule des Schweizer Rentensystems. Alle Arbeitnehmer mit einem

Jahreseinkommen über CHF 25.320 (= 16.607 Euro) sind verpflichtet Beiträge in die berufliche Altersversicherung einzahlen.

Die berufliche Altersversicherung kann über eine Betriebsrentenkasse, eine staatliche Rentenkasse oder eine Privatkasse laufen, dies entscheidet der erste Arbeitgeber, beim Arbeitgeberwechsel wird weiter in die gleiche Versicherung gezahlt. In 2004 lagen die Beiträge zwischen 7% und 18% des Bruttoeinkommens. (zuzüglich einiger Prozentpunkte für Zusatzversicherungen) Die Beiträge zur betrieblichen Vorsorge werden paritätisch vom Arbeitgeber und Arbeitnehmer getragen. Selbständige können freiwillig beitreten und zahlen dann einheitlich 20% ihres Erwerbseinkommens.

Männer und Frauen erhalten eine Berufsrente ab dem 65. Lebensjahr. Die Rentenansprüche berechnen sich aus einem akkumulierten Guthaben, das sich aus Beiträgen und Zinsen zusammensetzt.

Die Rente aus der zweiten Säule ist steuerfrei.

Die dritte Säule: Die staatlich geförderte Eigenvorsorge

Die private Altersvorsorge bildet die dritte Säule des Schweizer Rentensystems. Beiträge für eine private Altersvorsorge können vom versteuerbaren Einkommen abgesetzt werden. Arbeitnehmer können jährlich bis zu 6.077 CHF und Selbständige bis zu 30.384 CHF steuerlich gefördert sparen (darüber hinaus wird es nicht mehr steuerlich gefördert). Die Privatrenten werden nachgelagert besteuert. (ab dem Zeitpunkt der Rentenzahlung) - die Zinsen bleiben steuerfrei.

Bezeichnend für das Schweizer Modell ist die **Solidarität** einkommensstarker gegenüber einkommensschwacher Personen.

Eine Beitragsbemessungsgrenze gibt es nicht

aktualisiert und ergänzt durch Wolfgang Leeske, Stelle Nds. (12.10.2009)

[zurück zum Seitenanfang](#)

4.3. Bürgerversicherung

4.3.1. Bürgerversicherung (aus Sicht der aktuellen Politik)

Der Vorschlag unter der Überschrift "Bürgerversicherung" zielt darauf, den Beitrag der Arbeitgeber zur Krankenversicherung zu senken. Dazu will die Bürgerversicherung bei den Versicherten Mehreinnahmen erzielen, mit denen die Absenkung der Beiträge auf Arbeitnehmerereinkommen, die für sich genommen paritätisch bleiben, gegenfinanziert wird. Anders ausgedrückt: das Beitragsaufkommen der Versicherten soll im Volumen steigen, damit das Beitragsaufkommen der Arbeitgeber sinken kann.

Damit ist auch hier die paritätische Finanzierung aufgegeben. Das Risiko von Beitragssatzsteigerungen wird teilweise auf die Versicherten überwält. Und damit bei den Versicherten mehr eingenommen werden kann, hat die Bürgerversicherung zwei Vorschläge aufgegriffen, die früher im Lager derer geortet wurden, die für soziale Gerechtigkeit eintreten.

Die Versicherungspflichtgrenze entfällt, so dass schrittweise die gesamte Wohnbevölkerung pflichtversichert wird. Damit werden auch sämtliche Erwerbseinkommen jenseits der Arbeitnehmerentgelte zu Beiträgen herangezogen, also etwa die von Selbstständigen, Managern, Beamten und Abgeordneten. Der Kreis der Beitragszahler wird so um Personen mit höheren Einkommen und eher geringeren Risiken ausgeweitet. Zweitens sollen neben den Erwerbseinkommen auch die anderen Einkommensarten der Versicherten in die Beitragspflicht einbezogen werden - also Einkommen aus Kapitalvermögen (Zinsen, Dividenden) oder aus Immobilienvermögen (Mieten, Pachten).

Als Grundsatz galt immer, dass nicht mehr nur das Arbeitsentgelt, sondern das gesamte steuerpflichtige Einkommen für die Berechnung der Beiträge zu Grunde gelegt wird. Das bringt unter den Versicherten mit und ohne zusätzliche Vermögenseinkommen mehr Belastungsgerechtigkeit - allerdings nur bei Einkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze (2004 = 3.487,50 Euro). Die Mehreinnahmen bei den Versicherten, die mit diesen beiden Maßnahmen möglich sind, sollen kurzfristig eine **Senkung des allgemeinen Beitragssatzes um 1,3 Prozent ermöglichen, langfristig, wenn alle Erwerbstätigen einbezogen sind, um insgesamt 2 Prozent.**

Allerdings ist umstritten, was denn aus der Beitragsbemessungsgrenze werden soll. Zuerst war eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze GKV auf das in der Renten- und Arbeitslosenversicherung geltende Niveau vorgeschlagen, das sind (2004) 5.150 Euro. Prof. Karl Lauterbach schlägt vor, dass diese Anhebung schrittweise zwischen 2020 und 2030 passieren soll. Die Grünen haben sich überhaupt gegen eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze ausgesprochen; nach den Meldungen von heute (2004) auch die Mehrheit der SPD-Kommission.

Im Grundsatz sind sich aber alle Bürgerversicherer in der Politik einig, dass es eine Beitragsbemessungsgrenze geben soll, oberhalb derer das Solidarprinzip weiterhin nicht gilt. Denn da sinkt die anteilige Heranziehung der Einkommen weiterhin umso mehr, je höher sie sind. Deshalb sprechen auch manche von einer "Solidaritätsfluchtgrenze". Im Vergleich zu den kleinen Einkommen, die mit dem vollen Beitragssatz belastet sind, bekommen die Spitzenverdiener aus dem Management oder die mit den Großvermögen die Krankenversicherung gleichsam zum Billigtarif.

Der Wegfall der Versicherungspflichtgrenze soll nicht etwa das Aus für die privaten Krankenversicherungen bedeuten. Die Bürgerversicherung zielt vielmehr auf die Schaffung eines einheitlichen Marktes für Krankenversicherer, auf dem

private und öffentlich-rechtliche Anbieter zu gleichen Wettbewerbsbedingungen gegeneinander konkurrieren. Man redet da nicht mehr von privaten und gesetzlichen Kassen, sondern von privaten und öffentlich-rechtlichen Versicherungsträgern, weil auch die Privaten das gesetzliche Leistungspaket anbieten sollen. Und die früheren Gesetzlichen sollen sich auch auf dem Markt der Luxusversorgung tummeln. Es soll dann Konkurrenz herrschen zwischen allen Versicherungsanbietern, um alle Versicherten, und in allen Marktsegmenten der Krankenversicherungsprodukte. Damit das auch zwischen den Privatversicherungen funktioniert, soll es Regelungen geben, wie man den bei der einen angesparten Kapitalstock zu einer anderen mitnehmen kann. ("Portabilität")

Unter dem Wettbewerbsdruck auf einem einheitlichen Markt wird es zweifellos zu einer weitgehenden Angleichung von privaten und öffentlich-rechtlichen Kassen kommen. Ein Unterschied bleibt aber: die einen müssen Gewinne machen und die anderen dürfen das nicht - oder vielleicht sollte man sagen: noch nicht. Hier muss noch einmal unterstrichen werden: das Ziel der Operation Bürgerversicherung ist die Senkung der Beitragsbelastung für die Arbeitgeberseite. Daran lassen alle bisherigen Texte keinen Zweifel. Wer hofft, dass die Verbreiterung der Beitragsbasis dafür genutzt wird, um die Leistungsfähigkeit der Krankenversicherung zu verbessern, der wird da regelmäßig eines besseren belehrt. Die Grünen sorgen sich, dass der Schutz der Arbeitgeber vor künftigen Beitragserhöhungen unzureichend bleibt. Deshalb prüfen die, ob man nicht besser die sechs Prozent Arbeitgeberbeitrag per Gesetz fest schreiben sollte.

(Die genannten Zahlen stammen aus dem Jahr 2004)

[zurück zum Seitenanfang](#)

4.3.2. Bürgerversicherung wie sie sein muss

Alle, und wirklich jeder, der in irgend einer Form Geld verdient, zahlt abhängig von der Höhe seiner Einkünfte, in die jeweilige Versicherung ein und erhält zum Zeitpunkt der Fälligkeit die gleichen Leistungen aus der Versicherung!

Dieser Grundsatz beinhaltet zwei wesentliche Aspekte:

- Die Versicherung ist bei den Einkünften mit den Beitragszahlern auf die maximal mögliche, breiteste Grundlage gestellt. (alle Bürger)
- Das Solidarprinzip ist optimal verwirklicht. Einzahlung ausnahmslos durch alle Bürger nach Leistungsfähigkeit, bei der Auszahlung erhält jeder Bürger die gleichen Leistungen ausgezahlt.

Um diese Idealvorstellung einer echten Bürgerversicherung zu verwirklichen, bedarf es aber Voraussetzungen:

1. Der Begriff "Geld verdient"

Alle "Einkommen" jedweder Art werden herangezogen. Arbeitsentgelt (Lohn/Gehalt, Sold), Honorare, Provisionen, Tantiemen, Boni, Dividenden, Gewinne aus Geschäftsanteilen sowie durch Spekulationen mit Wertpapieren

und durch Geldgeschäfte, Zinsen aus Kapitalvermögen und Immobilien wie Mieteinkünfte und Pachten, sowie Geschäftsgewinne von Unternehmen aller Art, die natürliche Personen einzeln oder in Gesellschaften jeglicher Form betreiben. (Dieser "Katalog" erhebt noch keinen Anspruch auf Vollständigkeit!)

2. Der Begriff "abhängig von seinen Einkünften"

Solange die Bundesrepublik Deutschland das komplizierteste Steuersystem der Welt betreibt, wird es weiterhin sehr schwer sein, die realen Einkommen gerade der höheren Einkommensbezieher gerecht zu ermitteln. Es ist ein unhaltbarer Zustand, dass dem sozialversicherungspflichtigen, abhängig Beschäftigten aufgrund der Lohnsteuerkarte / Lohn-Gehaltsbescheinigung des Betriebes "centgenau" auf die Finger geschaut, und die Beiträge zur Renten-, Arbeitslosen- und Krankenversicherung vor der Auszahlung des Lohnes/Gehalts abgezogen wird, wogegen die anderen selbstständigen "Freiberufler" durch Tricks und Kniffe, die das Steuersystem zulässt, ihre Einkünfte bis zur Unkenntlichkeit vernebeln und vertuschen dürfen, was in Extremfällen bis zu "negativen" Einkünften durch sogenannte Verlustbeteiligungen führt, um Abgaben- und Steuerlasten künstlich zu drücken und zu minimieren! Hier muss eine ebenso notwendige echte Steuerreform mit einfachen, für alle geltenden Regeln einhergehen, oder der Begriff Einkünfte/Einkommen muss für die Bemessung der Bürgerversicherung anders als bei der Steuerschuld definiert werden!

"Sockelbeträge" oder Einstiegsgrenzen sind denkbar um unnötige und nicht gewünschte Härtefälle bei Kleinanlegern und Normalsparern in der privaten Unterhaltssicherung oder privaten Altersvorsorge zu vermeiden. Eine "Beitragsbemessungsgrenze" oder auch "Solidaritätsfluchtgrenze" genannt, oberhalb derer das Solidarprinzip nicht gilt, kann es nicht geben!

Eigentum verpflichtet. Sein Gebrauch soll zugleich dem Wohle der Allgemeinheit dienen. (Art. 14 Abs. 2 Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland)

3. Entlastung der Arbeitgeber / Senkung der Lohnnebenkosten

Die immer als viel wichtiger bezeichnete Verringerung der Lohnnebenkosten auf der Arbeitgeberseite (weil dadurch neue Arbeitsplätze geschaffen würden) ergibt sich automatisch. Durch eine breiter aufgestellte Einkunftsseite können außer der Verbesserung der Leistungen auf der Ausgabenseite auch die Beiträge an sich sinken. Da die Gesamtbeiträge der Arbeitnehmer paritätisch, also gleichmäßig (jedenfalls bis zu den zahlreichen "Reformen" in der letzten Zeit) je zur Hälfte von den Arbeitgebern getragen werden, ergibt sich auch dort die gewünschte Entlastung von selbst, ohne die unsozialen Verschiebungen der "paritätischen" Anteile zu Ungunsten der Beschäftigten!

[zurück zum Seitenanfang](#)

4.4. Betriebliche Altersvorsorge

Eine betriebliche Altersversorgung (bAV) liegt vor, wenn der Arbeitgeber seinem Arbeitnehmer aus Anlass eines Arbeitsverhältnisses Versorgungsleistungen bei

Alter, Invalidität und/oder Tod zusagt. Die betriebliche Altersversorgung gehört zur zweiten Schicht der Altersvorsorge und wird in § 1 des Betriebsrentengesetzes (BetrAVG) definiert.

Betriebliche Altersversorgung in Deutschland
Durchführungswege der bAV

Für die bAV stehen folgenden Durchführungswege zur Verfügung:

- Direktzusage (der Arbeitgeber verpflichtet sich direkt, seinem Mitarbeiter später eine Rente zu zahlen)
- Unterstützungskasse (rückgedeckt oder "reservepolsterfinanziert"; gewährt formal keinen Rechtsanspruch)
- Pensionskasse (gewährt Rechtsanspruch; wertgleiche Gegenleistung; ist steuerlich limitiert)
- Pensionsfonds (gewährt Rechtsanspruch; geringere garantierte Gegenleistung möglich)
- Direktversicherung (Versicherungsprodukt, viele Analogien zur Pensionskasse)

Die Durchführungswege Unterstützungskasse, Pensionskasse, Pensionsfonds und Direktversicherung werden auch als mittelbare Durchführungswege bezeichnet, da die Durchführung bei einem rechtlich selbstständigen Unternehmen erfolgt.

Für den Abschluss von betrieblicher Altersversorgung und die Auswahl des Durchführungsweges sind neben steuerlichen und handelsrechtlichen Aspekten (z. B. deutsche und internationale Rechnungslegungsvorschriften) auch die soziale Verantwortung und Bindung an das Unternehmen entscheidungsrelevant. Hinzu kommen arbeitsrechtliche Besonderheiten, Kostenaspekte, personalpolitische Zielsetzungen und weiteres. Im Unterschied zur privaten Altersvorsorge handelt der Arbeitgeber bei der betrieblichen Altersversorgung als Treuhänder für einen Dritten, seinen Mitarbeiter, und muss dessen Interessen im Auge behalten. Insbesondere bei der Entgeltumwandlung muss er darauf achten, dass dem umgewandelten Entgelt auch eine wertgleiche Zusage gegenübersteht.

[zurück zum Seitenanfang](#)

4.5. Private Altersvorsorge

Private Vorsorge

Die Private Vorsorge basiert auf der Grundidee nach auf dem Kapitaldeckungsverfahren. Sie ist freiwillig. Das eingezahlte Kapital sowie die erwirtschafteten Kapitalzinsen stehen daher im Prinzip ausschließlich dem Sparer zu. Dieses Kapital wird nun entweder als Rente verbraucht (Auszahlungsplan) oder als Einmalbetrag an den Anleger bzw. Versicherten ausbezahlt.

[zurück zum Seitenanfang](#)

4.5.1. Private Altersvorsorge (staatlich gefördert)

Staatliche geförderte Vorsorge

Diese Formen der Altersvorsorge dürfen nicht beliehen, veräußert oder vererbt, können aber auch nicht gepfändet werden. Das Sozialamt oder die Agentur für Arbeit greift auch dann nicht darauf zu, wenn der Versicherungsnehmer im Laufe seines Lebens bedürftig werden sollte ("Hartz IV-Sicherheit"). Die nicht gegebene Vererbbarkeit basiert auf der Vorstellung, dass das angesparte Kapital ausschließlich zur Altersversorgung des Sparers dienen sollte. Die Riester-Rente stellt hierbei insofern eine Ausnahme dar, als das angesparte Kapital und die bis dahin gezahlte staatliche Förderung vererbbar ist, wenn der Todesfall in der Ansparphase eintritt und der verwitwete Partner auch einen Riester-Renten-Vertrag besitzt. In diesem Fall geht sowohl das eingezahlte Vermögen als auch die bis dahin gezahlte staatliche Förderung auf seinen/ihren Vertrag über. Wenn kein erbberechtigter Ehepartner mit eigenem Riestervertrag als Erbe in Frage kommt, sind die staatlichen Förderungen zurückzuzahlen. Das restliche Sparkapital fällt in die Erbmasse und wird wie das sonstige Vermögen vererbt.

Nach Änderung des Gesetzes ist nun auch eine Vererbung des Kapitals an leibliche Kinder möglich. Die o. g. Bestimmungen werden in so weit ergänzt.

[zurück zum Seitenanfang](#)

4.5.2. Risiken der privaten Altersversorgung (Geldanlage)

Eine "rein-private" Altersvorsorge ohne jegliche (staatliche) Kontrolle, in der Form einer Geldanlage in Aktien, Fonds oder Wertpapieren, kann höhere Renditen und damit eine komfortablere Altersversorgung erhoffen lassen, sie birgt aber auch wesentlich höhere Risiken. Wir betrachten beispielhaft die Weltwirtschaftskrise, die im Jahre 2007 begann und Anlegern teilweise ihre gesamte Altersvorsorge raubte:

Was ist mit Weltwirtschaftskrise gemeint? Was ist eigentlich passiert?

Ein Teil dieser Krise soll hier zum Verständnis beispielhaft näher beleuchtet werden:

Rückblick:

Die amerikanische Regierung hat vor Jahren den Binnenmarkt unterstützt, indem sie Kredite für jeden zugänglich gemacht hatte. Es wurden Häuser gebaut, es wurde konsumiert und investiert. Die Produktion der Betriebe wurde optimal ausgelastet. Alles in allem ein rundes und gesundes Bild einer Volkswirtschaft.

Nicht nur dass, die Globalisierung gefördert wurde, China konnte aufgrund der starken Nachfrage der amerikanischen Konsumenten seine Wirtschaft aufbauen, der chinesische Binnenmarkt wuchs und wurde grösser und grösser. Investiert wurde wiederum in amerikanische Staatsanleihen, die einen guten Zinssatz abwarfen und die amerikanische Volkswirtschaft unterstützte.

Der amerikanische Konsument, der sein Haus durch billigen Kredite, ohne

Eigengeld finanzierte, finanzierte nun auch seinen gestiegenen Lebensstandard dadurch, dass der Wert seines Haus stieg, bedingt durch die starke Nachfrage nach Häusern, das wiederum bedingt durch die billigen Gelder seitens der Banken möglich wurde.

Der Konsument wollte nun mehr, weil er wusste, dass sein Haus im Wert gestiegen war. Er ging zur Bank und ließ sich aufgrund dieses gestiegen Wertes Geld von der Bank und bekam es. Er investierte in Konsumgüter. Alles war wunderbar, die amerikanische Wirtschaft lief optimal, die Regierung förderte die Binnenwirtschaft und alle hatten Profit bei der Sache.

Was ist denn nun eigentlich schief gelaufen. Es kam der Zeitpunkt wo die FED die Zinsen erhöhte, was aus Sicht der Fed wohl auch notwendig war um eine einsetzende Inflation (unerwünschte Vermehrung der Geldmenge - ohne Gegenwerte) zu dämpfen.

(Das Federal Reserve System, oft auch Federal Reserve oder Fed genannt, ist das Zentralbank-System der Vereinigten Staaten, das allgemein auch US-Notenbank genannt wird. Es besteht aus dem Board of Governors, zwölf regionalen Federal Reserve Banks und einer Vielzahl von Mitgliedsbanken und anderen Institutionen. Da die Mitgliedsbanken gleichzeitig die Eigentümer der Federal Reserve sind, das Direktorium aber vom Präsidenten der Vereinigten Staaten ernannt wird, ist das Federal Reserve System überwiegend privat und teils staatlich strukturiert.)

Leider traf diese Zinserhöhung die Falschen, denn die, die ihre Häuser mit null Eigenkapital erstanden hatten und mit den geringen Zinsen auch die Raten der Bank bezahlen konnten, sahen sich nun einer höheren Abzahlung/Belastung ausgesetzt. Dieses konnten viele nicht mehr bezahlen und die Banken konnten und gaben keiner Kreditreduzierung oder Verlängerung statt. Es passiert was passieren muss, die Eigentümer waren zahlungsunfähig. Die Banken schritten zum Zwangsverkauf. Es trat nun eine normale wirtschaftliche Reaktion ein. Keine Nachfrage und ein riesen Angebot. Ergebnis, die Häuser waren unverkäuflich, ihre ehemals hohen Werte fielen in's bodenlose.

Die Banken, die aber die Häuser in ihren Bilanzen hoch bewertet hatten und von den Ratinginstituten ((Ratinginstitute haben die Aufgabe Firmen, Staaten und Banken auf ihre Wirtschaftlichkeit zu untersuchen. Sie werden mit Buchstaben und Plus- oder Minuszeichen bewertet.)) mit positiv bewertet wurden, mussten Milliarden-, wenn nicht Billionenwertverluste in ihren Büchern verzeichnen.

Aber geschickte Manager, bewusst oder unbewusst haben diese Werte geschickt in einen sauberen Rahmen gepackt, unterstützt durch die Ratinginstitute und haben diese Pakete mit einem hohen Verlockungszins weltweit angeboten. Diese Papiere wurden nun von all den internationalen Banken gierig aufgekauft, ohne sich um den regulären Wert zu kümmern, die Gier der Bankmanager hat den Verstand ausgeschaltet. Nicht nur Bankmanager haben diese Papiere gekauft, nein auch Versicherungsgesellschaften und Fondsgesellschaften haben im großen Stil zugeschlagen.

Versicherungsgesellschaften und Fondsgesellschaften mit hohen

Gewinnversprechen (aber meist ohne Rückzahlungsverpflichtung) sind besonders interessant für Geldanlagen zur Altersvorsorge. Wenn diese Gesellschaften aber in Not geraten, wird Insolvenz angemeldet, das Geld der Privatanleger ist verloren!

Das Motto war Finanzwirtschaft geht vor Realwirtschaft und jede Regierung hat dieses zugelassen, ohne Kontrolle, das Prinzip Laissez-faire, hat den Verstand vernebelt. Zinserträge über 20% waren Satz.

(Finanzwirtschaft ist die Wirtschaft der Banken und Versicherungen, Aktienhandel, Zertifikate, Optionsscheine, Leerverkäufe usw, alles was zu der Wirtschaftskrise geführt hat.

Realwirtschaft ist die Erstellung von Gütern und Dienstleistungen durch Industrie, Handwerk, Handel und Dienstleister.

Laissez-faire ist der Begriff für, bloss keine Einmischung des Staates in die Wirtschaft, diese wird es schon richten. - das Prinzip, was aktuell die FDP als "heilbringend" propagiert!)

Es kam was kommen muss. Die entstandene Blase platzte, in einem Verhältnis das nicht erwartet wurde. Selbst Finanzspezialisten und Wirtschaftsfachleute haben diese Reaktion nicht kommen sehen, obwohl Zeichen da waren. Es entstanden Billionenverluste.

Auszüge aus einem Aufsatz, zur Verfügung gestellt von Jürgen Lenz Cuxhaven, mit Ergänzungen

[zurück zum Seitenanfang](#)

4.5.3. Die Rente und die Krise

In vieler Hinsicht wird die Krise an den internationalen Finanzmärkten ein Umdenken erzwingen. Die deutsche Rente gehört dazu. Die Tatsache, dass der Staat nun mit extrem viel Geld diejenigen Institutionen vor dem Untergang retten muss, die vor einiger Zeit noch mit viel Überzeugungskraft erklärt hatten, nur sie könnten die Rente der Menschen in den Zeiten der Alterung sicher machen, muss Konsequenzen für die Altersversorgung haben.

Es zeigt sich nun in aller Klarheit, was von Anfang an hätte klar sein müssen in der Rentendebatte von Anfang dieses Jahrhunderts: Niemand kann Geldvermögen in die Zukunft transportieren. Wir können sparen so viel wir wollen, um für die Zukunft vorzusorgen, das Geld bleibt aber immer in der Gegenwart und muss vernünftig verwendet werden, wenn später eine Rentenzahlung oder gar eine hohe Rendite auf das eingesetzte Kapital möglich sein soll.

Werden unsere Sparmilliarden im In- oder im Ausland in windige Geschäfte gesteckt, oder wird mit ihnen gar nur spekuliert, sind sie über Nacht verschwunden und die Zusatzrente kann man sich abschminken. Da man in Deutschland gleich- zeitig die gesetzliche Absicherung gegen Armut im Alter

massiv heruntergefahren hat, bedeutet der Verlust der privaten Vorsorge unmittelbar den Fall in die Alters- armut und das erneute Einspringen des Staates, ohne das der vorher Beiträge erhalten hätte.

Das Wanken großer Banken und gewaltiger Versicherungskonzerne zeigt auch, dass die Absicherung der für die Rente vorgesehenen Papiere nicht viel bringt, weil diese privaten Institutionen vielleicht für die Bonität eines einzelnen Papiers gerade stehen können, niemand außer dem Staat aber eine Garantie für den Fall übernehmen kann, dass diese Finanzmarktspieler an anderer Stelle so viel Geld verzocken, dass ihr ganzes Geschäftsmodell und damit die Bonität der gesamten Bank oder Versicherung in Frage steht.

Was wir lernen müssen: Sparen ist nicht per se gut. Sparen ist nur gut, wenn wir einen Investor finden, der unser Geld gut und das heißt produktiv investiert. Die Krise lehrt, dass damit, dass wir unser Geld zur Bank tragen, das produktive Investieren noch lange nicht gewährleistet ist. Dafür, dass das geschieht, muss der Staat sorgen, indem er einerseits die wirtschaftliche Entwicklung in Schwung hält, so dass richtige Unternehmer, nicht Spieler an den Finanzmärkten genügend Anreize haben, unser Geld für rentable Investitionsprojekte zu verwenden, und der Staat muss andererseits strenge Regeln in das System einziehen, die verhindern, dass die Finanzmarktspieler unser Geld verzocken bevor es ein richtiger Investor überhaupt gesehen hat.

Und schließlich wäre es an der Zeit einige schlichte politische Wahrheiten zu begreifen: Weil der Staat in all diesen Fragen eine so ungemein wichtige Rolle spielt, sollten wir aufhören, denen zu glauben, die nichts anderes zu tun haben, als den Staat zu verteufeln. Zudem sollten wir beginnen, unsere Steuern ordentlich bezahlen, ohne bei jeder Steuererklärung einen Wutanfall zu bekommen.

[von Heiner Flassbeck Rheinischer Merkur, 30. Oktober 2008](#)

[zurück zum Seitenanfang](#)

4.6. Versicherungspflichtgrenze / Beitragsbemessungsgrenze

Als Beitragsbemessungsgrenze wird in Deutschland eine Grenzgröße bezeichnet, bis zu der im jeweiligen Sozialversicherungszweig die Beiträge erhoben werden. Es handelt sich um eine Deckelung der Bemessungsgrundlage für den zu entrichtenden Versicherungsbeitrag. Mit Erreichen der Beitragsbemessungsgrenze bleiben die Beiträge zur jeweiligen Versicherung konstant, auch wenn das tatsächliche Einkommen die Beitragsbemessungsgrenze übersteigt. Alle über die Beitragsbemessungsgrenze hinausgehenden Einkünfte bleiben sozialversicherungsfrei

Die Beiträge zur Sozialversicherung orientieren sich an der Höhe der

sozialversicherungspflichtigen Einnahmen. Sind die sozialversicherungspflichtigen Einnahmen höher als die Beitragsbemessungsgrenze, wird zur Beitragsberechnung nur die Beitragsbemessungsgrenze des jeweiligen Sozialversicherungszweigs herangezogen. Der Teil der Einnahmen, der die Beitragsbemessungsgrenze übersteigt, wird nicht berücksichtigt.

Die Beitragsbemessungsgrenzen werden jährlich von der Bundesregierung für die Renten-/Arbeitslosenversicherung und die Kranken-/Pflegeversicherung durch Rechtsverordnung angepasst. Die Anpassung erfolgt in dem Verhältnis, in dem die Brutto Lohn- und -gehaltssumme je durchschnittlich beschäftigten Arbeitnehmer im vergangenen Kalenderjahr zur entsprechenden Brutto Lohn- und -gehaltssumme im vorvergangenen Kalenderjahr steht.

Diese Grenzgröße wird in der gesetzlichen Krankenkasse Versicherungspflichtgrenze genannt, in der Rentenversicherung Beitragsbemessungsgrenze. Sie dient in beiden Fällen dem gleichen Zweck, nämlich der Deckelung der Bemessungsgrundlage, um ab einer gewissen Einkommenshöhe die Beiträge zu begrenzen.

[zurück zum Seitenanfang](#)

4.7. Das Umlageverfahren

Das Rentensystem in der Bundesrepublik Deutschland basiert auf dem so genannten Umlageverfahren. Das heißt: Die im Berufsleben stehenden Arbeitnehmer zahlen Beiträge, die sofort "umgelegt" werden und als Renten an die Ruheständler ausgezahlt werden!

Außer einer festgelegten Mindestreserve (z.Zt. = 1 1/2 "Monatsumsatz") ist nach Auszahlung der Renten kein weiteres "Geld in der Kasse"!

Das Umlageverfahren ist das absolute Gegenstück zu einer kapitalgedeckten Rentenversicherung, bei der der Versicherte, wie bei einer Lebensversicherung ein Kapital anspart, welches er im Alter mit Zins- oder Spekulationsgewinn wieder als Versorgung, in Raten, ausgezahlt bekommt.

Die Höhe der späteren Altersversorgung ist daher auch nicht von der Beitragshöhe abhängig. Der Versicherte im Umlageverfahren erwirbt indes während der Beitragszahlungen Anwartschaften auf den Bezug einer späteren Altersversorgungs-Rente.

Hier muss auch mit dem Irrtum mancher Rentenversicherten aufgeräumt werden, die meist in der Diskussion um die Kosten von Kindererziehungen aufkommen: Die Ansicht - "Wir haben zwar keine Kinder in die Welt gesetzt, dafür haben wir aber beide zusammen mehr in die Rentenkasse eingezahlt, also haben wir ja

eigentlich noch mehr für unsere spätere Rente geleistet" - kann so nicht aufrecht erhalten werden! Nur die nächste Generation, also die Kinder können wieder im Umlageverfahren die Mittel zur Zahlung der Renten aufbringen! Die jetzt geleisteten Beiträge werden sofort an die vorige Generation, die augenblicklichen Rentner ausgezahlt und stehen für die eigene Rente nicht mehr zur Verfügung!

Der Vorteil, bzw. die Sicherheit des Umlageverfahrens basiert darauf, dass solange Berufstätige Beiträge zahlen auch sofort Altersversorgungen ausgezahlt werden können. Ist bei der kapitalgedeckten Versicherung das Kapital weg, ist damit auch die gesamte Rente weg!

[zurück zum Seitenanfang](#)

4.8. Demografie

4.8.1. Demografie (in Deutschland)

Die Demografie (auch Demographie, griech. démos = Volk und grafé = Schrift, Beschreibung) bzw. Bevölkerungswissenschaft ist eine wissenschaftliche Disziplin, die sich statistisch mit der Entwicklung von Bevölkerungen und deren Strukturen befasst. Sie untersucht ihre alters- und zahlenmäßige Gliederung, ihre geografische Verteilung sowie die Umwelt- und sozialen Faktoren, die für Veränderungen verantwortlich sind. Die Erforschung der Regelmäßigkeiten und Gesetzmäßigkeiten in Zustand und Entwicklung der Bevölkerung wird vor allem mit Hilfe der Statistik erfasst und gemessen, wofür Beschreibungs- und Erklärungsmodelle entwickelt werden.

In der Wissenschaftsdisziplin Demografie wird die Bevölkerungszusammensetzung beobachtet, beschrieben (Statistiken auch grafisch aufbereitet) und nach Erklärungen für längerfristigen Veränderungen der Zusammensetzung gesucht. In Deutschland leben rund 81,8 Millionen Menschen. Ihre Zusammensetzung unterteilt die Demografie Deutschlands entlang natürlicher und künstlicher Veränderungsfaktoren. Die Geburtenrate der deutschen Bevölkerung befindet sich seit den 1970er-Jahren auf einem konstant niedrigen Niveau, im Jahr 2005 betrug der Sterbeüberschuss 143.000 Personen. Dem stand im selben Jahr ein Zuwanderungsgewinn von nur noch 79.000 Personen gegenüber, so dass die Bevölkerung zahlenmäßig um 63.000 Personen abnahm. Die Binnen- und die Auswanderungsbewegungen sind im letzten Jahrzehnt sehr unterschiedlich. De facto ist insgesamt ein Gleichstand mit den Vorjahren zu beobachten (Veränderung unter 0,1 Prozent, Wanderungssaldo).

Altersstruktur

Während die Altersstruktur in Deutschland Anfang des 20. Jahrhunderts noch weitgehend der einer klassischen Alterspyramide aufwies, hat sich dies, wie in anderen Industrieländern auch, in den letzten Jahrzehnten dahingehend verändert, dass die bevölkerungsstärksten Jahrgänge in einem immer höheren

Alter anzutreffen sind (man spricht hier auch von "Urnenform").

Ursachen hierfür sind die geringere Geburtenrate und die bessere Gesundheitsversorgung, die eine höhere Lebenserwartung zur Folge hat. Während wir im Jahr 1950 zum Beispiel bei den Zehnjährigen einen sehr bevölkerungsreichen Jahrgang erkennen können, "wanderte" dieses Maximum bis 2000 zum Jahrgang der 38-Jährigen hoch; bis 2050 ist das Maximum dann bei den 60-Jährigen zu erwarten. Der Altenquotient - das ist das Verhältnis der Personen im Rentenalter (derzeit Personen ab 65 Jahre) zu 100 Personen im erwerbsfähigen Alter (derzeit 20 bis 64-Jahre) - beträgt im Jahr 2005 ca. 32, im Jahr 2030 wird er bei ca. 50 bzw. 52 liegen, im Jahr 2050 bei 60 bzw. 64.

Die Zuwanderung von Ausländern schwächt diese Entwicklung etwas ab, da es sich bei den Migranten häufig um Menschen im jungen Alter handelt und deren höhere Geburtenrate eine Rolle spielt. Allerdings haben sich frühere Wanderungs- bewegungen inzwischen weitgehend neutralisiert.

[zurück zum Seitenanfang](#)

4.8.2. Die furchtbaren Folgen einer katastrophalen demografischen Entwicklung

Die deutsche Bevölkerung schrumpft jährlich um rund 120.000 Menschen. Weil rund 840.000 Sterbefällen nur rund 720.000 Geburten gegenüberstehen. Und das Bruttosozialprodukt bleibt gleich - in Wahrheit wächst es sogar immer wieder noch ein bisschen.

Da sollte doch eigentlich Jahr für Jahr für jeden Einzelnen ein bisschen mehr Wohlstand, ein bisschen mehr Lohn, ein bisschen mehr Rente übrig bleiben. Stattdessen spart uns unsere Obrigkeit kaputt, verscherbelt bald auch noch das letzte Staats- (=Volks-) Vermögen und erklärt, dass dieses Volk selbst daran schuld sei, weil einfach viel zu wenig Leute sterben (im Original: "...immer älter werden") und weil außerdem viel zu wenig geboren werden.

Die Experten erklären das immer damit:

"Wer einfach Bevölkerung und Bruttosozialprodukt gegenüberstellt", sagen sie uns, "der übersieht die strukturellen Probleme im Detail, insbesondere das Rentnerproblem. Immer mehr Alte müssen von immer weniger Jungen mitgeschleppt werden, da müssen doch entweder die Beiträge ins Unermessliche steigen oder die Renten ins Bodenlose sinken."

Tatsächlich kann man davon ausgehen, dass die Zahl der Rentner jährlich um rund 160.000 wächst.

Gehen wir davon aus, dass Menschen üblicherweise sterben, wenn sie schon alt und in Rente sind, während die Mehrzahl der Menschen, die geboren werden, zu diesem Zeitpunkt noch sehr jung und vom Rentenbeginn weit entfernt sind, dann ist es zulässig, einfach zu unterstellen, die rund 840.000 Todesfälle pro Jahr würden direkt zum Absinken der Rentnerzahl führen. Daraus entsteht folglich eine Entlastung der Rentenkassen um die Altersbezüge von 840.000 Altrentnern. Allerdings wachsen jährlich auch rund 1 Million Neurentner nach, so dass sich die Zahl der Rentner unter dem Strich um jährlich rund 160.000 Menschen erhöht.

Wie wirkt sich das nun auf den Wohlstand im Lande aus?

Nun, von 1 Million Menschen, die das Renteneintrittsalter erreichen, waren vorher etwa 800.000 erwerbstätig und bekommen ab sofort - wenn's hoch kommt - noch 60 Prozent ihres früheren Nettogehaltes aus der Rentenkasse. Die anderen 200.000 waren aus verschiedensten Gründen nicht erwerbstätig und bekommen deswegen auch weniger Rente, nehmen wir an, durchschnittlich die Hälfte dessen, was die Erwerbstätigen erwarten dürfen. Dies durchgerechnet ergibt, dass diese Million frisch verrenteter Menschen die Gesellschaft nur noch ungefähr 45 Prozent dessen kostet, was sie vorher an Lohn und Arbeitgeberbeiträgen zur Sozialversicherung gekostet haben.

Weil allerdings nur 840.000 gestorben, aber 1 Million Neurentner hinzugekommen sind, erhöhen sich die Ausgaben der Rentenkasse tatsächlich und zwar um die Renten von 160.000 Menschen, was einem Mehraufwand von etwa 0,8 Prozent entspricht.

Haben die Experten also recht?

Solange man nur die Rentenkassen betrachtet schon. Die Wirtschaft allerdings ist, wenn man die Überlegung an dieser Stelle abschließen will, gleichzeitig 1 Million Lohn- und Gehalts- und Lohnnebenkostenverursacher losgeworden und spart damit rund das 13-fache dessen ein, was die Rentenkasse mehr braucht. Da sollte sich eigentlich das bisschen Mehrbedarf der Rentenkasse leicht finanzieren lassen.

Die Experten erklären diesen Gedanken immer ganz fix weg.

"Wenn man nur die Bewegung der Rentner betrachtet, kann man sich natürlich kein richtiges Bild von den furchtbaren Wirkungen der demografischen Entwicklung machen. Schließlich verändert sich doch nicht nur die Zahl der Rentner, es verändern sich auch alle anderen Zahlen. Insbesondere darf nicht vergessen werden, dass die verrenteten Mitarbeiter durch Neueinstellungen ersetzt werden müssen, was natürlich auch wieder zu einem Anwachsen der Löhne und Lohnnebenkosten führt."

Stimmt das?

Nun, wenn wir uns von der Betrachtung der Rentner ab und den Nichtrentnern zuwenden, dann stellen wir fest, dass die Zahl der Nichtrentner jährlich um rund 280.000 sinkt.

Die Rechnung ist einfach. 1 Million geht in Rente, aber nur 720.000 kommen per Geburt hinzu.

Die absoluten Zahlen sehen so aus, dass von den 82,5 Millionen Bundesbürgern knapp 20 Millionen 60 Jahre und älter - also "Rentner" - sind, während rund 62,5 Millionen Menschen als Nichtrentner unter uns leben. Eine Zahl die jährlich um 280.000 sinkt, was einerseits bedeutet, dass sich das Verhältnis von Rentnern zu Nichtrentnern schleichend verändert, von rund 32 Prozent derzeit, um jährlich rund 0,4 Prozent steigend, so dass tatsächlich in 10 Jahren nur noch 1,76 Nicht-Rentner auf einen Rentner kommen, während es aktuell (2004) noch rund 2,125 sind.

Aber den Experten ist das schon wieder zu pauschal.

"Die dramatischen Veränderung in der Altersgruppe der Erwerbsfähigen, die müssten wir betrachten, wenn wir die nahende Katastrophe erkennen wollen."

O.k.: Von 62,5 Millionen Nichtrentnern sind rund 15 Millionen Kinder sowie Jugendliche in Ausbildung. Wenn wir die Bevölkerungsbewegungen innerhalb der Gruppe der Nichtrentner verfolgen, können wir feststellen, dass die Zahl der

Kinder und Jugendlichen jährlich um 720.000 Neugeborene wächst, während sie gleichzeitig um etwa 950.000 Menschen sinkt, die nach Abschluss ihrer Ausbildung in das Berufsleben eintreten (möchten).

Die Zahl der Kinder und Jugendlichen nimmt also derzeit jährlich um rund 230.000 Personen ab, während die Zahl der Rentner um jährlich 160.000 zunimmt.

Per Saldo nimmt also die Zahl der nicht im erwerbsfähigen Alter (Kinder, Jugendliche und Rentner) befindlichen Menschen jährlich um 70.000 ab.

Das ist doch eigentlich schon wieder ein schönes Zwischenergebnis.

Die Bundesrepublik Deutschland ist eines der dichtest besiedelten Länder der Welt. Mit 230 Menschen pro Quadratkilometer hocken wir zwischen Rhein und Elbe gut acht Mal so dicht aufeinander, wie die US-Amerikaner zwischen Atlantik und Pazifik.

Dazu kommt als Nebeneffekt:

Wenn es jährlich 70.000 unproduktive Menschen weniger gibt, dann brauchen die auch weder Nahrung, noch Kleidung, noch Wohnung - also auch kein Geld.

Die Experten erklären diesen Gedanken so:

"Es kommt doch nicht darauf an, wieviele Menschen im nicht-erwerbsfähigen Alter sind, sondern darauf, wie viele im erwerbsfähigen Alter sind, weil es genau die sind, die immer weniger werden, aber alle anderen mit versorgen müssen."

Stimmt das?

Die Zahl der Menschen im erwerbsfähigen Alter erhöht sich derzeit alljährlich noch um rund 950.000 Menschen, die aus der Gruppe der Kinder und Jugendlichen in die Altersgruppe der Erwerbsfähigen hineinwachsen und sie vermindert sich gleichzeitig um die rund 1 Million Neurentner, die wir bereits näher betrachtet haben.

Per Saldo kommt es also jährlich zu einer Minderung der Zahl der erwerbsfähigen Menschen um rund 50.000. Aber in Kombination mit der Erkenntnis von gerade eben heißt das:

Die Gruppe der Menschen im erwerbsfähigen Alter nimmt jährlich um 50.000 ab, während die Gruppe der Menschen im nicht erwerbsfähigen Alter jährlich um 70.000 Menschen abnimmt.

Wieder sieht es so aus, als bliebe das Verhältnis nahezu konstant, mit einem ganz leichten Trend zur Verbesserung. Die Gruppe der nicht Erwerbsfähigen schrumpft etwas schneller, als die Gruppe der Erwerbsfähigen.

Die Belastung für den Unterhalt der nicht erwerbsfähigen Bevölkerungsgruppen, müsste sich also doch eigentlich für den einzelnen Erwerbsfähigen leicht verringern.

Die Experten erklären diesen Gedanken:

"Erwerbsfähig heißt doch noch lange nicht, dass auch jeder arbeitet. Da gibt es Faulenzer und Drückeberger zu Hauf, Arbeitslose, Sozialhilfeempfänger, Zivis, Knackis, Langzeitkranke, Aussteiger. Gelänge es, die zum Arbeiten zu bewegen, dann bräuchte die Rente nicht gekürzt, die Selbstbeteiligung bei den Krankheitskosten nicht erhöht, die Pflegeversicherung nicht reformiert, die Zumutbarkeitsregelungen für Beziehler Arbeitslosengeldes II nicht gestrichen, der Kündigungsschutz nicht aufgehoben, das Bundesbankgold nicht verkauft, die Beamten nicht auf 42 Wochenstunden verpflichtet und die Steuern nicht noch weiter vereinfacht und gesenkt werden."

Stimmt das?

O.k., es stimmt.

Von 47,5 Millionen erwerbsfähigen Menschen sind nur rund 38 Millionen tatsächlich auch erwerbstätig. Die restlichen 9,5 Millionen verteilen sich auf rund 5,5 Millionen arbeitssuchende Arbeitslose und weitere rund 4 Millionen Menschen, die dem Arbeitsmarkt aus den unterschiedlichsten Gründen nicht zur Verfügung stehen.

O.k., es stimmt.

Diese 38 Millionen Erwerbstätigen sind es, die den ganzen großen Rest mitversorgen müssen, da haben die Experten schon recht.

Aber ist das auch richtig, gerecht und unabänderlich?

Kommen wir einfach noch einmal zum Ausgangspunkt der Betrachtung zurück: Eine leicht schrumpfende Bevölkerung schafft eine leicht wachsende wirtschaftliche Leistung. Daran hat sich bei allem Hin- und Herrechnen nichts verändert.

Wenn unter diesen eigentlich kaum zu übertreffenden Bedingungen einer langsamen und kontinuierlichen positiven Entwicklung überall das Geld knapp wird, dann kann das doch nur bedeuten, dass der Bevölkerung der Ertrag ihrer Arbeit vorenthalten wird, und zwar um so mehr, je mehr es gelingt, die Zahl der für die Erstellung der Leistung erforderlichen Menschen und deren Ansprüche (Lohn, Gehalt, Gesundheit, Rente, Schulen, Theater, Schwimmbäder, Straßen, Parks, usw.) zu senken.

Würden nicht einige **wenige Schmarotzer** den gesamten Produktivitätszuwachs als ihren **persönlichen Gewinn vereinnahmen**, würde stattdessen der Ertrag der volkswirtschaftlichen Gesamtleistung auch nur annähernd **gerecht verteilt**, es könnte allen Deutschen Jahr für Jahr **ein kleines bisschen besser gehen**. Wer aber einerseits die Menschen in die Arbeitslosigkeit schickt und dem Rest der Beschäftigten mit tatkräftiger Unterstützung der Regierung die Löhne drückt, **wer so den Löwenanteil des Ertrags der volkswirtschaftlichen Gesamtleistung in die Taschen weniger Reicher und Superreicher lenkt**, der braucht Experten, die stets in der Lage sind, jede vernünftige Argumentation fix wegzu erklären, weil ohne solche Volksverdummung die unanständige Bereicherung ruchbar würde und die **Betrogenen beginnen könnten, ihr Recht einzuklagen**.

Die Argumente der "demografischen Kampagne" muss man nicht fürchten, diejenigen, die sie vortragen, schon. Egon W. Kreutzer 06. Mai 2004

[Egon W. Kreutzer der Verfasser dieses Artikels](#)

[zurück zum Seitenanfang](#)

4.9. Die „Staatliche Rente

4.9.1. Die „Gesetzliche Rente“

Es gibt KEINE „staatlich“ Rente! Es gibt eine „gesetzliche“ Rente.

Politiker verwenden diesen irreführenden Begriff der „staatlichen Rente“ sehr gerne, um ihre vermeintliche „Fürsorglichkeit“ gegenüber den unselbstständigen, sozialversicherungspflichtigen Arbeitnehmern sowie den Rentnerinnen und Rentnern herauszustellen und damit ihre eigene STEUERFINANZIERTE Pension zu verschleiern!

Auch die, durch die Regierung gleich geschaltete Presse / Medien muss/müssen diese Fehlinformation immer und immer wieder verbreiten und wiederholen – „googelt“ man danach, erhält man unter Anderem folgende Treffer:

Bekommt jeder Deutsche eine staatliche Rente? – FOCUS Online
Staatliche Rente zunehmend ein Zuschussgeschäft – DAS INVESTMENT.com
Staatliche Rente freiwillig einzahlen statt privat ... – Süddeutsche.de
Staatliche Altersvorsorge | Wie viel Rente bekomme ich später ...
Altersvorsorge: Die private schlägt die staatliche Rente – FAZ

RICHTIG IST: Es gibt KEINE „staatliche“ Rente! Es gibt eine „gesetzliche“ Rente. Diese Rente wird von den Beitragszahlern und ihren Arbeitgebern durch Beiträge finanziert! Das bedeutet, jeder unselbstständige Arbeitnehmer, der mit seinem Einkommen in einem durch das Gesetz festgelegten Rahmen fällt, MUSS von seinem Lohn/Gehalt einen prozentualen Beitrag an die Rentenversicherung abführen (Die Steuern, der Beitrag für die Rentenversicherung wie auch der Beitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung wird dem Arbeitnehmer VOR der Auszahlung seines „Netto-Lohn/Gehalt“ zwangsweise abgezogen!)

Das „Rentengesetz“ und der unfreiwillige Abzug vom „Brutto-Lohn/Gehalt“ ist das einzige, was an der Rente „staatlich“ ist. Ansonsten wird die Rente, die Ansprüche, die Auszahlung etc. durch die Deutsche Rentenversicherung, die (angeblich) selbstverwaltet und damit unabhängig sein sollte, im Umlageverfahren (alles was an Beiträgen eingezahlt wird geht an Rentenauszahlungen sofort wieder raus) geregelt – sollte man annehmen!

Fatal ist nur dass an den Konditionen der Rentenversicherung immer wieder durch den „staatlichen“ Gesetzgeber herum manipuliert wird.

- welches selbst vom „Verfassungsgericht“ immer wieder bestätigt wird
- weil eben dieses „Gericht“ gänzlich und der Gesetzgeber, der Bundestag

(der den Staat repräsentiert) mit etwa 60% Beamten ("Staatsdienern") "durchsetzt" ist. Diese "Volksvertreter" haben überhaupt KEIN Interesse an einem gut funktionierenden Rentensystem. Sie sind selber davon NICHT betroffen, weil sie im Alter durch ein STAATLICHES, durch Steuermittel, OHNE eigene Beiträge finanziertes, recht komfortables Pensionssystem abgesichert sind!

- dass der Staat sich nicht scheut, Leistungen/Rentenauszahlungen, die NICHTS mit der gesetzlichen Rentenversicherung zu tun haben, da Regierungen Renten-Vereinbarungen trafen, (mit fremden Ländern und Personen) die aus Steuermitteln finanziert werden MÜSSEN, den Versicherten auch noch zusätzlich, "unrechtmäßig", zwangsweise auferlegt, und diese noch nicht einmal durch Steuermittel vollständig ausgleicht!

[zurück zum Seitenanfang](#)

4.9.2. Der „staatliche Zuschuss“ zur Rente

Es gibt keinen staatlichen Zuschuss zu Rentenversicherung der generell aus Steuermitteln der Rente kontinuierlich zugeführt werden müsste!

Da die Gesetzliche Rente im Umlageverfahren finanziert wird, (Alles was an Beiträgen „reinkommt“ wird auf die Ausgaben – die Renten „umgelegt“ und geht sofort wieder raus) halten die Beiträge und die Rentenauszahlungen sich durch die Rentengesetze in „Balance“. Steigen die Beiträge infolge der allgemeinen Lohn/Gehaltsentwicklung müssten die Renten dieser Steigerung 1:1 folgen! Bis auf eine „Reserve“, der so genannten Nachhaltigkeitsrücklage, die laut Rentengesetz vorgehalten werden muss und das 1,5 fache der monatlich zu leistenden Rentenauszahlungen NICHT übersteigen sollte, gibt es auch KEINE Rentenkasse! Die Nachhaltigkeitsrücklage besteht aus überschüssigen Betriebsmitteln. Aus ihr sind zum einen unterjährige Defizite zu decken und saisonal bedingte Einnahmeschwankungen im Jahresverlauf auszugleichen, sodass kurzfristige Beitragssatzanpassungen vermieden werden. Zum anderen ist sie zum Ausgleich überjähriger konjunktureller Defizite zu verwenden, damit der Beitragssatz auch im Konjunkturverlauf stabil gehalten werden kann.

Die Gesetzliche Rentenversicherung „regelt sich also selbstständig“ und bedarf keinerlei staatlicher Zuschüsse um die Renten auszuzahlen. Selbst die notwendigen Rentenerhöhungen zum Inflationsausgleich und zur allgemeinen „Wohlstandssteigerung folgt der Lohn- und Gehaltssteigerungen der arbeitenden Bevölkerung und deren Tarifabschlüssen!

Drei Faktoren können dieses Gleichgewicht negativ beeinflussen.

- Die Anzahl der arbeitenden Arbeitnehmer sinkt.
- Die Löhne/Gehälter der arbeitenden Arbeitnehmer SINKEN.

- Die Anzahl der Rentempfänger steigt.

In allen drei Fällen müssten die Renten sinken oder die Beiträge müssten erhöht werden.

Der erste Fall ist ein schleichender Fall, der dann eintritt, wenn immer weniger Kinder (zukünftige Beitragszahler) geboren werden, was die Regierung durch Zuwanderung angeblich ausgleicht und bei hohen Arbeitslosenzahlen und „brummender“ Wirtschaft sowie keinen, nennenswerten Firmenschliessungen eigentlich nicht zutreffen kann.

Der zweite Fall erscheint auf den ersten Blick auch nicht plausibel, da in den letzten Jahren KEINE Lohnsenkungen in Industrie (Gewerkschaften) und Handwerk bekannt wurden. Die einzige Erklärung für sinkende Beiträge ist, der regierungsseitig zum Vorteil der Arbeitgeber in den letzten Jahren geförderte und zu beklagende Lohnverfall durch prekäre Arbeitsverhältnisse und unterbezahlte Zeitarbeitsverträge, die Deutschland zum Billiglohnland Nr.1 in Europa gemacht hat.

Um dem Letzteren dem zu erwartenden Anstieg der Rentenbezieher durch den Eintritt der geburtenstarken Jahrgänge der 60-er Jahre in das Rentenalter (demographischer Faktor) entgegenzuwirken, hat die Politik schon frühzeitig so viel „Dämpfungsfaktoren“, wie den „Riesterfaktor“ in die Rentenanpassungsformel eingebaut, die bewirken sollen, dass die Rentensteigerungen schon lange nicht mehr der Lohn-/Gehaltsentwicklung direkt folgen und immer wesentlich niedriger ausfallen.

Dieses lässt den Verdacht aufkommen, dass möglicherweise in den Jahren 2004, 2005, 2006 oder 2010 dazu führte, (Aus den offiziellen Zahlen der „Statista“ lässt sich das NICHT MEHR rekonstruieren, da dort in ALLEN Jahren eine Steigerung verzeichnet wird) dass rechnerisch nach dieser „stark gedämpften“ Rechenformel Rentenkürzungen errechnet wurden, obwohl der Beitragseingang vielleicht nur stagnierte oder nicht wesentlich anstieg.

Sofort erfand die Politik das so genannte Rentenstabilisierungs-Gesetz zur „Rettung der Rentnerinnen und Rentner“ indem man ihnen erzählte, der Staat halte die Vorjahresrenten (großzügig) stabil! Gleichzeitig wurde angedroht und auch in den darauf folgenden Jahren durchgeführt, die nicht durchgeführte Rentenkürzung von den dann wieder möglichen Steigerungen abzuziehen. Die Rentnerinnen und Rentner trugen die Folgen der möglichen Rechenfehler und die katastrophale Arbeitspolitik.

Auch hier kam kein Zuschuss zum Einsatz, im Gegenteil. Durch den nachgelagerten Abzug der „errechneten“ aber wahrscheinlich, tatsächlich nicht vorhandenen „Rentenkürzung“ hätte ein Überschuss entstehen müssen.

Damit dieses nicht auffällt, bediente man sich der Kürzung der Ausgleichszahlungen für die durch die GRV zu leistenden Rentenzahlungen denen nie Beiträge gegenüberstanden, den so genannten „Versicherungsfremden Leistungen (siehe Abschnitt 1.4.3)

Trotzdem hält sich das „Gerücht“ eines staatlichen Zuschusses zur Rentenversicherung den sich die Bundesrepublik bald nicht mehr leisten könne.

Dieses Gerücht wird kontinuierlich von Politikern, angeblichen „Experten“ und den Medien befeuert, möglicherweise immer wieder zu dem Zweck, die Bevölkerung zu verunsichern und Panik zu verbreiten um dann zum Beispiel in Koalitionsvereinbarungen oder Ähnlichem Staatsmassnahmen als große Wohltaten, Gerechtigkeit und „Geschenke für die ältere Generation“ anzukündigen obwohl tatsächlich NICHTS verändert werden musste und wird!

So verbreiten Medien immer wieder Meldungen:

Bildzeitung vom 28. November 2010 spricht von 68 Milliarden Euro im Jahr, das Handelsblatt im August 2016 von 86,71 Milliarden Euro, welche im Jahre 2018 die Hundert-Milliardengrenze durchbrechen werden, der notwendig wären um die Renten noch auszahlen zu können.

RICHTIG IST: Die Regierung/Der Staat „schießt“ keinen einzigen Cent in die Rentenversicherung!

Die Regierung lässt über die Rentenversicherung zahlreiche Leistungen auszahlen, für die NIE Beiträge gezahlt wurden! Das sind zum Beispiel staatlich vereinbarte Renten im Ausland, die „staatliche Förderung der Riesterreute“, (die auch BEAMTE erhalten!) Renten für Spätaussiedler oder die Renten für Staatsbedienstete der ehem. DDR (Rente für die Honecker in Chile und die Stasimitarbeiter)

Das sind zur Zeit ca. 80-90 Milliarden Euro an „Versicherungsfremden-Leistungen“!

Versicherungsfremde Leistungen 90 Milliarden

„Staatlicher Zuschuss“ 68 Milliarden

Fehlbetrag für die Rentenversicherung 22 Milliarden IM JAHR

Die genaueren Zahlen finden Sie in der „Teufeltabelle“ der ADG

Die Regierung leistet also KEINEN Zuschuss zur Rentenversicherung, IM GEGENTEIL! ca. 20-30 Milliarden im Jahr zweckentfremdet die Regierung dadurch aus der „Gesetzlichen Rentenversicherung“ - NUR ZU LASTEN DER gesetzlich Rentenversicherten und der Rentnerinnen und Rentner, über SIEBENHUNDERT-MILLIARDEN Euro seit 1957 bisher insgesamt!!!

Dazu finden Sie Hier im Dokument auch die Abschnitte:

„[Plünderung der Rentenkasse](#)“

und „[Versicherungsfremde- und Transferleistungen](#)“.

[zurück zum Seitenanfang](#)

4.9.3. Der „Generationsvertrag“

Die heutzutage übliche Definition des Generationsvertrag bezeichnet einen fiktiven gesellschaftlichen Konsens, (Übereinstimmung/Zustimmung) der die Finanzierung der gesetzlichen Rentenversicherung sichern soll. Die jeweils sozialversicherungspflichtigen Erwerbstätigen zahlen mit ihren Beiträgen in die Rentenversicherung die Leistungen für die aus dem Erwerbsleben ausgeschiedene Generation und erwerben dabei einen Anspruch auf ähnliche Leistungen der nachfolgenden Generationen an sich selbst.

Dieser Generationsvertrag sei angeblich Ende der 50-Jahre in Deutschland mit der Einführung der umlagefinanzierten Rente "eingeführt worden.

Betrachtet man die Entwicklung der Menschheit generell, soweit wir diese "zurückverfolgen" können, so bestand dieses Prinzip schon immer, seit Menschen in Gruppen zusammenlebten.

In einer solchen Gruppe, zog sie nun als Jäger und Sammler unsesshaft durch die Savanne, hatte sie sich in Dörfern niedergelassen um auch Feldwirtschaft zu betreiben oder zogen sie in Städten zusammen in denen die Aufgaben nach Eignung und Talenten noch differenzierter verteilt waren, so verlief doch die Lebenszeit von Anfang an nach dem gleichen Muster bis in die heutige Zeit.

Nach der Geburt entwickelt sich der Mensch bis ca. 1/4 seiner Lebenszeit vom absolut unselbstständigen Säugling oder Kleinkind, welches uneingeschränkt von seinen Eltern ver- und umsorgt werden muss, über die Kindheit mit der Phase des Lernens und der Entwicklung der Talente und Fähigkeiten für den zweiten Lebensabschnitt welches aber weiterhin unter der Versorgung durch die Eltern - der Vorgeneration - stattfindet.

Nach dieser Phase der Entwicklung und des Lernens folgt die Schaffensphase, die in etwa die Hälfte der Lebenszeit einnimmt.

Danach folgt das letzte Viertel der Lebenszeit, wo der Mensch, in Abhängig des Gesundheitsstandes aber auch mit dem natürlichen Nachlassen der körperlichen und geistigen Kräfte nicht mehr voll in der Schaffensphase "mitarbeitet" und mehr und mehr von der nachfolgenden Generation mitversorgt werden muss.

Zusammenfassend grob betrachtet: 1/4 abhängig versorgte Entwicklungsphase - 2/4 Schaffensphase - 1/4 abhängig versorgte Altersphase.

In der 2/4 Schaffensphase erfolgt parallel im 1. Viertel (von der Gesamt-Lebenszeit das 2. Viertel) die Versorgung der Nachfolgegeneration (1/4 deren Entwicklungsphase) und heutzutage die Versorgung der allgemeinen Vorgeneration über die umlagefinanzierte Rentenversicherung.

In früheren Zeiten zum Beispiel im bäuerlichen Hofwesen oder im handwerklichen Familienbetrieb verlief das 1. Viertel der Schaffensphase meist noch mit der Unterstützung des 2. Viertels der Schaffensphase der

Vorgeneration und erst mit dem Abschluss der Entwicklungsphase der Nachfolgeneration begann die volle Versorgung der Vorgeneration, die aber wiederum unter Unterstützung der dann in die Schaffensphase eintretenden Nachfolgeneration erfolgen konnte.

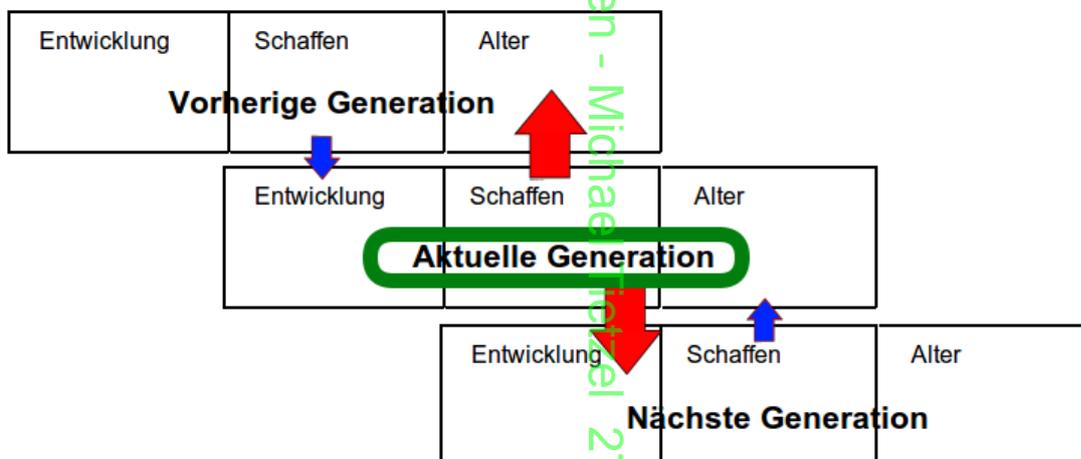
Grundsätzlich waren an dem Generationsvertrag, der richtig als Generationenvertrag bezeichnet werden muss, schon immer (mindestens) drei Generationen beteiligt!

Dieser Konsens oder Generationen-Versorgungs-Ablauf ist eine "natürliche", bewährte und erfolgreiche Art des sozialen Zusammenlebens der Menschen in allen Ländern, auf allen Kontinenten, jederzeit, WENN ALLE MENSCHEN SICH DARAN BETEILIGEN!

In dem Moment, wenn Personengruppen ausscheren und sich im heutigen, nicht mehr im klassischen Familienverbund an der Versorgung zum Beispiel der Vorgeneration im Allgemeinen während ihrer Schaffensphase beteiligen, KANN ein solcher sozialer Generationenvertrag natürlich NICHT funktionieren und bestehen.

Personengruppen, die diese UNSOZIALE Altersversorgung für sich eigennützig beanspruchen, betreiben zum Beispiel eine sich von allen notwendigen sozialen Aufgaben befreiende Berufsgruppen-Altersversorgungs-Versicherungen oder Personengruppen die sich im Alter von der Allgemeinheit versorgen lassen OHNE in ihrer Schaffensphase sich an irgend einer Alters-Versorgung anderer beteiligt zu haben!

Generationen Konsens



[zurück zum Seitenanfang](#)

UNICEF Interessengruppenrat sozialer Angelegenheiten - Michael Pfeiffer 27. November 2018

5. Zweiklassensystem / NoGo's

5.1. Das Zweiklassensystem in der Bundesrepublik Deutschland

In unserem Land, der Bundesrepublik Deutschland, ist immer mehr der Trend zur Zweiklassen-Gesellschaft zu beobachten.

Es werden sich stark voneinander abweichende Systeme in der Altersversorgung, in der Gesundheits- und Krankenversorgung und auch in der Bildungspolitik auf- und ausgebaut, verfeinert und gepflegt und vor allem bis zur schieren Ungerechtigkeit verteidigt.

Man kann sich des Eindrucks nicht erwehren, dass bei dem immer lauter werdenden Ruf: "Leistung muss sich in unserem Land wieder lohnen!" der Zusatz: "Aber erst ab der Beitragsbemessungsgrenze" mir Absicht vergessen wird.

5.1.1. Besonders herausragende, eklatante Beispiele

1. In den privaten Krankenkassen PKV, die ausschließlich nur Besserverdienenden offenstehen, werden zusätzlich noch den Bediensteten des öffentlichen Dienstes, also auch den höheren Beamten und Politikern, "besondere Vergünstigungen" eingeräumt!

2. Parlamentarier des deutschen Bundestages genehmigen sich schon nach 8 Jahren der Parlamentszugehörigkeit einen Anspruch auf Altersversorgung, welche schon nach Vollendung des 65. Lebensjahrs in Anspruch genommen werden kann. Mit jedem weiteren Parlamentsjahr entsteht der Anspruch auf ein Lebensjahr früher, was dazu führen kann schon ab dem 55. Geburtstag in den Genuß einer gut ausgestatteten Altersversorgung zu gelangen!

Versicherte in der gesetzlichen Rentenversicherung hingegen werden laufend, sich verlängernde Lebensarbeitszeiten vorgeschrieben und verordnet. Man peilt ernsthaft das 69 Lebensjahr als Eintritt in den Ruhestand für abhängig Beschäftigte an!

Das ist eine zugemutete Differenz von 14 Jahren, die ein zukünftiger Rentner länger arbeiten muss, bis er endlich den Ruhestand erreichen darf, als wie einige Parlamentarier! Der gesetzlich versicherte zukünftige Rentner muss dafür aber mehr als 40 Jahre gearbeitet und in seine Versicherung eingezahlt haben, die Ansprüche des Parlamentariers wachsen bereits nach 8 Jahren der einfachen Zugehörigkeit zum Parlament, ohne jegliche Abgaben in eine vergleichbare "Versicherung"!

3. Schon 1994 hat das Institut der Deutschen Wirtschaft bereits darauf hingewiesen, dass die gesetzlichen Renten-, Kranken- und Arbeitslosenversicherung, also die Versicherungen, die allein von den sozialversicherungspflichtigen, abhängig beschäftigten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern getragen werden und sich (allerdings mit abnehmender Tendenz) in Folge der paritätischen Beteiligung deren Arbeitgebern in den viel gescholtenen Lohnnebenkosten wiederfindet, für die versicherungsfremden Leistungen pro Jahr mehr als 170 Milliarden DM oder rund 87 Milliarden Euro aufwenden müssen. Der Bund als Verursacher beteilige sich daran nur mit 70 Milliarden DM, rund 36 Milliarden Euro; auf den restlichen 100 Milliarden DM, also rund 51 Milliarden Euro blieben die Beitragszahler sitzen, beziehungsweise fehlten bei den Leistungen wie Ausgaben für die Gesundheitsversorgung und bei den Renten. Leider finden sich keine aktuelleren Zahlen, aber es darf mit Sicherheit davon ausgegangen werden, dass sich die Zahlen in 15 Jahren (bis 2009) nicht verringert haben! Da diese Zusammenhänge also den Verantwortlichen in Politik und Wirtschaft bekannt sind, stellt sich die Frage nach deren wahren Intentionen, wenn sie den weiteren Abbau sozialer Leistungen fordern, ohne zuerst diese Ungerechtigkeiten zu bereinigen.

4. Der "Staat", halt, nein, der Staat sind wir alle (Wir sind das Volk!); hier muss es richtig heißen: die Regierungen, die Parlamente, die die Gesetze verabschieden (die das Volk, also wir, gewählt haben; also sind wir eigentlich selber daran schuld!) genehmigen sich selbst, da sie zum großen Teil auch ehemalige oder beurlaubte Beamte sind, gute Beamten-Gehälter/Besoldungen und versorgen sich im Alter (alle Beamte!) mit durchschnittlich 2,5 bis 3 mal so hohen Pensionen als wie sie den Rentnern Rente zugestehen! (die dafür auch noch Beiträge zahlten!) Hier gibt es keine leeren Pensionskassen, oder das demografische Problem, dass immer mehr Beamten-Pensionäre immer weniger werdende, junge Steuerzahler ausbeuten oder "kneifen"?

5. Bündnis für Rentenbeitragszahler und Rentner e.V.
informiert im BRR-Aktuell im September 2009 unter der Überschrift:

Art. 3 Grundgesetz
Alle Menschen sind vor dem Gesetz gleich.

Rentner	Pensionäre (Staatsbedienstete)
<p>Rentenformel $Rente = E \times Z \times R \times A$ Entgeltpunkte mal Zugangsfaktor mal Rentenartfaktor mal Aktueller Rentenwert ergibt ca .45% bis max. 48% des letzten Bruttoarbeitslohnes als zu erwartende Rente für den fiktiven <u>Eckrentner</u>! Die tatsächlichen, durchschnittliche Werte liegen heute (2004) bei ca 42% des letzten Brutto-</p>	<p>Pensionsformel Pension = 71,75 Prozent des letzten Verdienstes</p>

Einkommens als zu erwartende Rente!	
<p>Rentenanpassung Eine höchst komplizierte Formel mit zur Zeit 2 Dämpfungsfaktoren ergeben derzeit laufende "Nullrunden" auch bei steigenden Löhnen/Gehältern. Bei Steigerungen werden diese meist über die nächsten Jahre wieder verrechnet, so dass weitere Nullrunden folgen.</p> $aRW_t = aRW_{t-1} \cdot \frac{\overbrace{BE_{t-1}}^{\text{Lohnkomponente}}}{\frac{BE_{t-2}}{BE_{t-3}} \cdot \frac{BE_{t-1}}{BE_{t-2}}} \cdot \frac{\overbrace{100 - AVA_{t-1} - RVB_{t-1}}^{\text{Riesterfaktor}}}{100 - AVA_{t-2} - RVB_{t-2}} \cdot \frac{\overbrace{\left(\left(1 - \frac{RQ_{t-1}}{RQ_{t-2}} \right) \cdot \alpha + 1 \right)}^{\text{Nachhaltigkeitsfaktor}}}{\left(1 - \frac{RQ_{t-1}}{RQ_{t-2}} \right) \cdot \alpha + 1}$ <p style="text-align: right;">Siehe 1.4.5</p>	<p>Pensionsanpassung OHNE Formel! Pensionserhöhung* entsprechend der Besoldungserhöhung der aktiven Beamten. *Seit kurzem teilweise -0,54%</p>
<p>Durchschnittsrente 1.078.- Euro im Monat (Eckrentner) tatsächlich aber nur 953,- Euro im Monat</p>	<p>Durchschnittspension 3.071.- Euro im Monat Quelle: Der Steuerzahler B-W / Mai 2009</p>
Eigenbeteiligung 9,95%	Keine Eigenbeteiligung
Arbeitgeberbeteiligung 9,95%	Keine Rücklagen des Staates
Beitragsleistung ca. 204 Mrd. Euro/Jahr	Beitragsleistung Null
Krankenversicherung 50% KV Betriebsrenten 100%	Krankenversicherung 30% 70% steuerfinanzierte Beihilfe
Kassenpatient	Privatpatient
Solidarisch versichert	Unsolidarisch versichert
Beamtete Rentenverwaltung finanziert mit Rentenbeitragsgeldern der Versicherten.	Pensionsverwaltung steuerfinanziert
Belastung der Rentenversicherung durch versicherungsfremde Leistungen: 600 Mrd. bis 1 Billion Euro	Pensionszahlungen aus öffentlichen Haushalten welche mit 1,6 Billionen verschuldet sind und eine tägliche Zinslast von 100 Mio. Euro aufbringen müssen

6. Richter in Karlsruhe reagieren sehr sensibel, wenn ihre eigenen Grundrechte von gesetzlichen Maßnahmen betroffen sind. Dies zeigen vier Urteile allein seit 2005 zum Pensionsrecht. So sind zum Beispiel leere Kassen kein Grund, die Pensionen von der allgemeinen Einkommensentwicklung abzukoppeln (2 BvR

(c) INGE Interessen Gemeinschaft sozialer Angelegenheiten - Michael Tietzel 27. November 2018

1387/02 vom 27.09.2005), während umgekehrt im öffentlichen Interesse ist, bei den Rentenanpassungen gegebenenfalls auch Nullrunden einzulegen (1 BvR 824/03 am 26.07.2007).

Es soll und muss hier noch einmal deutlichst und eindringlich darauf hingewiesen werden, dass hier **n i c h t** darauf gezielt wird, den Privilegierten ihre Vorteile zu neiden oder darauf hinzuarbeiten oder gar zu fordern diese abzuschaffen!

Das ausdrückliche Ziel ist es, auf die Politik einzuwirken und/oder ggf. mit zu bestimmen, dass diese Auswüchse an offensichtlichen Ungerechtigkeiten abgebaut und gemildert werden, indem die Rechte und Vergütungen der normalen, meist ehemals sozialversicherungs- pflichtig, abhängig beschäftigten Rentnerinnen und Rentner nicht weiter beschnitten, sondern zügig an die besseren Möglichkeiten die sich die Privilegierten und Politiker selbst zugestehen und für absolut richtig und notwendig erachten, angeglichen werden.

Lasten, wie sie durch Ausgaben für notwendige soziale Zwecke entstehen, **müssen ausnahmslos von a l l e n Bevölkerungsschichten getragen werden!**

Die Verhältnisse zwischen den "zwei Klassen" dürfen nicht mehr weiter auseinander laufen, sie **m ü s s e n** in einer demokratischen und sozialen Gesellschaft schnellstmöglich wieder einander angeglichen werden!

(wird fortgesetzt und ergänzt)

.....

[zurück zum Seitenanfang](#)

5.2. NoGo's (Das geht überhaupt nicht!)

Diese "Wissenswertes-Datenbank" sollte eigentlich von dem so genannten "Denglisch", dem so hyper modernen Sprachmix aus Deutsch und Englisch, freigehalten werden, aber an dieser Stelle passt nichts besser als kurz NoGo für "Das geht nun überhaupt nicht!" oder "Das kann doch wohl nicht wahr sein!" oder "Wie bitte?"

Hier folgen absolute Misstände, die so einfach nicht gehen:

1. Überführung der Rentenversicherung der DDR - 1990, einschließlich Zusatz- und Sonderversorgungssystemen in die gesetzliche Rentenversicherung der Bundesrepublik. Die ehemalige DDR kannte keine Beamte. Alle Beschäftigte im "Öffentlichen Dienst" waren wie die Arbeiter und Bauern in einer gemeinsamen Rentenversicherung versichert.

Die gesetzliche Rentenversicherung muss damit a l l e i n für die Altersversorgung aller Mitarbeiter des öffentlichen Dienstes der DDR (Ministerien, aller Behörden, Volkspolizei, nationale Volksarmee,

Staatssicherheit, Schulen, Hochschulen, wissenschaftliche Institute usw.) aufkommen,

die auf Grund der Zusatz- und Sonderversorgungssysteme **hohe**
Rentenansprüche haben bzw. **Renten beziehen**.

2. Ex-Stasi-Leute berechnen Rente

Von Hans-Wilhelm Saure, 18.08.2009 - 14:31 UHR, www.bild.de

Im Bundesverwaltungsamt (BVA) arbeiten ehemalige Stasi-Leute als
"Rentenberechner"!

Das bestätigte ein Sprecher des Bundesinnenministeriums gegenüber BILD. Die
Stasi-Leute wurden als spezielle "Wissensträger" eingestellt. **Sie sind beim BVA
ausgerechnet für die Feststellung von Rentenansprüchen und Anwartschaften
früherer Mitarbeiter der Stasi und des DDR-Innenministeriums zuständig!**

Die BVA- Mitarbeiter erstellen Verdienstbescheinigungen für ehemalige Stasi-
Leute, die Grundlage zur Berechnung der Renten sind.

Hubertus Knabe, Leiter der Gedenkstätte Berlin-Hohenschönhausen: "Ich bin
entsetzt über die Unsensibilität der Verantwortlichen. **Das ist eine Zumutung für
alle, die unter dem DDR-Regime gelitten haben.**"

Wie viele ehemalige Stasi-Leute im Bundesverwaltungsamt arbeiten, ist nach
Angaben des Innenministeriums nicht bekannt. Ein Ministeriumssprecher: Es
liegen keine Angaben darüber vor, welche Tätigkeiten die ehemaligen DDR-
Mitarbeiter bei der Stasi versahen.

Diese Beschäftigten wurden nach Prüfung durch die Bundesbeauftragte für die
Stasiunterlagen und einzelfallbezogener Prüfung als für eine Einstellung beim
Bundesverwaltungsamt geeignet angesehen.

3. Beamtete Rentenverwaltung finanziert mit Rentenbeitragsgeldern der Versicherten.

Ist das wirklich wahr? Die gesetzlichen Rentenversicherung GRV wird von
Beamten verwaltet! Und deren Alimentation (Gehälter/Besoldung der Beamten)
wird aus den Mitteln der gesetzlichen Rentenversicherung entnommen? Etwa
auch noch deren spätere Pension? (2,5 - 3 mal höher als die durchschnittliche
Rente!)

So also ist der Begriff "Selbstverwaltung" zu verstehen, die "Versicherung" darf
ihre Verwaltung selbst bezahlen! (ist an sich nichts ungewöhnliches) Aber auf
keinen Fall ist darunter zu verstehen, dass sie über ihre Belange wie
Verwendung der Mittel oder über den Kreis der Versicherten selbst entscheiden
darf!

4. Das Verfassungsgericht der Bundesrepublik Deutschland "übereignete" mit Urteil vom 11.11.2008 die gesetzliche Rentenversicherung und deren, durch Beiträge der Versicherten aufgebrauchte Mittel, zur "freien Verwendung" an "den Gesetzgeber"!

Die von den sozialversicherungspflichtig, abhängig Beschäftigten und deren
Arbeitgebern aufgebrauchten Beiträge zur Rentenversicherung "übereignete" das

höchste, deutsche Gericht, nach Klagen von betroffenen Rentnern, der Regierung zur "freien Verfügung" und verhinderte damit ausdrücklich deren sonst immer für Versicherungen üblichen, zweckgebundenen Verwendung!

Für die gesetzliche Rentenversicherung gilt dabei die "Gestaltungsfreiheit des Gesetzgebers", und damit die politische Beliebigkeit, wo für andere Systeme selbstverständlich das Vertragsrecht mit dem **Rückwirkungsverbot** gesetzlicher Maßnahmen, die Zweckbindung der Beiträge oder aber die hergebrachten Grundsätze des Berufsbeamtentums (Artikel 33,5 GG) gelten.

Das Rückwirkungsverbot beschreibt die Unzulässigkeit der Wirkung von Gesetzen für einen vor ihrer Verkündung liegenden Zeitraum.

Das Rückwirkungsverbot folgt aus dem Rechtsstaatsprinzip (Art. 20 Absätze 1 und 3 des Grundgesetzes, GG).

Der Bürger muss sich auf Gesetze einstellen können. Wer von einem Gesetz betroffen ist, muss auf die Geltung der Vorschrift vertrauen können.

Würden Sie eine Versicherung abschließen, wenn der Versicherungsverteter Ihnen nicht sagen will, mit welchem ausbezahlten Betrag Sie rechnen können, wenn die Versicherung fällig wird?

Aber zum "Glück" ist der Versicherungsverteter bei der Gesetzlichen Rentenversicherung GRV ja der "Gesetzgeber". Deshalb braucht sich der überwiegende Teil der Arbeitnehmer in Deutschland darüber auch keine Gedanken zu machen. Meist so im Alter zwischen 15 bis 18 Jahren (man ist noch nicht einmal richtig volljährig) wird man ja "gesetzlich" versichert, in den meisten Fällen auch noch ohne lange gefragt oder über die "Folgen" in Kenntnis gesetzt zu werden, also zu gut "deutsch" - "ZWANGSVERSICHERT" und damit der "Gestaltungsfreiheit des Gesetzgebers" ausgeliefert!

Eine Versicherung, deren Versicherungsbedingungen während der Laufzeit ständig zu ungunsten des Versicherungsnehmers verändert werden, ist es nicht Wert, dass sie "Versicherung" genannt wird!

(wird fortgesetzt und ergänzt)

.....

[zurück zum Seitenanfang](#)

5.3. Forderungen zum Abbau des Zweiklassensystems

Es muss von den etablierten und derzeit regierenden Parteien ein rigores Umdenken und eine konsequente Abkehr von der "Eigenwohl orientierten Politik" gefordert werden!

[zurück zum Seitenanfang](#)

6. Demokratie

6.1. Der Begriff "Demokratie" im Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland

Die freiheitliche demokratische Grundordnung ist in Deutschland ein Begriff im Grundgesetz, der Verfassung des Bundes, der die unabänderliche Kernstruktur des Gemeinwesens bedeutet, unabhängig von seiner gegenwärtigen Ausprägung durch den Verfassungs- und den einfachen Gesetzgeber oder die Regierung.

Ihre Anerkennung ist zugleich eine notwendige Bedingung für die Teilnahme am politischen Leben, insbesondere in Form einer Partei.

Er wurde vom Bundesverfassungsgericht im Jahr 1952 wie folgt präzisiert : Freiheitliche demokratische Grundordnung im Sinne des Art. 21 II GG ist eine Ordnung, die unter Ausschluss jeglicher Gewalt und Willkürherrschaft eine rechtsstaatliche Herrschaftsordnung auf der Grundlage der Selbstbestimmung des Volkes nach dem Willen der jeweiligen Mehrheit und der Freiheit und Gleichheit darstellt. Zu den grundlegenden Prinzipien dieser Ordnung sind mindestens zu rechnen: die Achtung vor den im Grundgesetz konkretisierten Menschenrechten, vor allem vor dem Recht der Persönlichkeit auf Leben und freie Entfaltung, die Volkssouveränität, die Gewaltenteilung, die Verantwortlichkeit der Regierung, die Gesetzmäßigkeit der Verwaltung, die Unabhängigkeit der Gerichte, das Mehrparteienprinzip und die Chancengleichheit für alle politischen Parteien mit dem Recht auf verfassungsmäßige Bildung und Ausübung einer Opposition.

Die Bundesrepublik selbst versteht sich als streitbare Demokratie, die sowohl das Recht als auch die Pflicht hat, die freiheitliche demokratische Grundordnung zu verteidigen. Die verwendeten Mittel dazu sind etwa das Parteiverbot oder die Verwirkung von Grundrechten. Als ultima ratio zur Verteidigung der freiheitlichen demokratischen Grundordnung steht gemäß Art. 20 IV GG jedem Deutschen das Widerstandsrecht zu.

[zurück zum Seitenanfang](#)

6.2. Die Demokratie (Begriffserklärung)

Zunächst bezeichnete Demokratie (griechisch *demos*, "Volk", und *kratía*, "Herrschaft") im antiken Griechenland die direkte Volksherrschaft. Der Begriff "Volk" wurde in jener Zeit sehr eng gefasst, da mit diesem nur einer äußerst begrenzten Gruppe von Bürgern politische Partizipationsrechte eingeräumt wurden. So konnten in einer griechischen Polis nur Männer an Volksversammlungen teilnehmen. In unserer Zeit wird Demokratie zumeist als allgemeiner Sammelbegriff für

6.4. Die "Auswüchse" des gesellschaftlichen Zusammenlebens

6.4.1. Demokatur

Demokatur ist ein Schlagwort des politischen Diskurses, als neologistisches Kofferwort zusammengesetzt aus Demokratie und Diktatur. Es unterstellt und bezeichnet die geringen Möglichkeiten der Einflussnahme auf politische Entscheidungen der demokratisch gewählten Volksvertreter.

Verwendet wurde der Begriff unter anderem von Rudolf Augstein, der ihn 1993 in einem Interview mit der Zeitschrift Stern gebrauchte: "... Ich habe doch wesentlich mitgewirkt, der Demokatur der beiden Herren Adenauer und Strauß ein Ende zu machen ..."

Er taucht aber auch schon in den 60er Jahren während der Adenauer-Regierung in der BRD auf. Kabarettisten, u. a. Dieter Hildebrandt, gebrauchten den Begriff, um die in ihren Augen manchmal nicht ganz demokratischen politischen Entscheidungsfindungsprozesse zu charakterisieren.

[zurück zum Seitenanfang](#)

6.4.2. Oligarchi

Die Oligarchie (griech.: oligarchia = Herrschaft Weniger)

Bei Platon (427-347 v. Chr.) ist die Oligarchie die gesetzlose Herrschaft der Reichen, die nur an ihrem Eigennutz interessiert sind. Sie fällt wie die Aristokratie unter die Herrschaft der Wenigen.

Grundsätzlich bestand in der antiken Staatstheorie seit Platon die Idee, dass jede am Gemeinwohl orientierte Herrschaftsform (Monarchie (auch: Basileia), Aristokratie und Demokratie) ein entartetes, nur an den Interessen der Herrschenden orientiertes Gegenstück hat (Tyrannis, Oligarchie, Ochlokratie).

[zurück zum Seitenanfang](#)

6.4.3. Plutokratie

Die Plutokratie oder Plutarchie (griech.: Plutos = Reichtum und kratín = herrschen) ist eine Staatsform, in der die Herrschaft durch Vermögen legitimiert wird, also die Herrschaft des Geldes. Politische Rechte werden anhand des Einkommens vergeben. Die Plutokratie ist eine Unterform der Oligarchie.

In einem plutokratischen System gibt es einen hohen Grad an sozialer Ungleichheit bei geringer sozialer Mobilität. In einer Plutokratie sind Ämter in der Regel nur den Besitzenden zugänglich. Es existiert ein Zensuswahlrecht, das Besitzlose von den politischen Bürgerrechten ausschließt und in der politische Macht hauptsächlich zum Nutzen der Machtinhaber ausgeübt wird. Damit ist

verbunden, dass die finanzielle Macht Einzelner oder Unternehmen die verfassungsmäßige Ordnung eines Staates umgeht und eigennützig den Staat manipuliert.

[zurück zum Seitenanfang](#)

6.5. Die Stellung zur Demokratie und zur freiheitlich demokratischen Grundordnung.

Selbstverständlich wird auch hier sich sowohl zu den Grundprinzipien der freiheitlich demokratischen Grundordnung, wie sie im Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland verankert ist, wie auch zu den Prinzipien der Demokratie bekannt!

Jedoch muss festgestellt werden, dass in wichtigen Fragen die derzeit regierenden Parteien offensichtlich andere Auffassungen vom Begriff Demokratie haben, sie völlig anders auslegen und danach ihre Handlungen ausrichten!

Es wird sich in keinsten Weise angemessen, diese Parteien zu bezichtigen, sie hielten die Prinzipien der freiheitlich demokratischen Grundordnung nicht ein, jedoch muss in grundlegenden Punkten der Renten- Gesundheits- und Bildungspolitik ein anderes Verständnis einziehen. Besonders in sozialen und auch demokratischen Fragen,

Die völlig grundlos losgetretenen Debatten um den vorgetäuschten Generationenkonflikt und die angebliche Unbezahlbarkeit der immer wieder vorgebrachten Vorschläge zur Renten- Gesundheits- und Bildungspolitik gibt gehörigen Anlass zur Sorge.

Dieses gilt auch für die sich stetig verschlechternde Situation der Rentnerinnen und Rentner durch eine völlig verfehlte Renten- und Gesundheitspolitik der letzten Jahre.

Es muss und darf hier immer wieder auf herausragende Modelle, wie sie in den Demokratien unserer Nachbarn in der Europäischen Union vorgelebt werden, und schon mit großem Erfolg verwirklicht wurden, hingewiesen werden!

Wenn man in zahlreichen Parteiprogrammen der derzeitigen Opposition im Bundestag

und der "Außerparlamentarischen" derzeit den einen oder anderen Punkt, als Reaktion auf die aktuelle Politik in der Bundesrepublik Deutschland, nicht, oder noch nicht endgültig ausformuliert vorfindet, so ist dieses einmal damit zu erklären, dass die derzeit Regierenden so schnell und häufig ihre betreffende Politik ändern, dass eine Aktualisierung immer "hinterher laufen" muss und zum anderen, weil es sich teilweise noch um vorläufige Entwürfe handelt, die noch aktualisiert, ergänzt und durch Parteitage in der endgültigen Form legitimiert werden müssen.

[zurück zum Seitenanfang](#)

7. Sonstiges

7.1. Parteienfinanzierung

Zur Finanzierung ihrer Arbeit und der Wahlkämpfe benötigen Parteien Geld. In Deutschland beruht diese Parteifinanzierung auf drei Säulen: Mitgliedsbeiträge, private Spenden und staatliche Mittel. Zusätzlich werden die Mitglieder, die durch die Partei in öffentliche Ämter kamen, von ihren Parteien zu Abgaben aus ihren Einkünften verpflichtet,

Die rechtliche Grundlage der Parteienfinanzierung bilden [Artikel 21 des Grundgesetzes \(GG\)](#) und das Parteiengesetz (PartG). Demnach müssen die Parteien gemäß Artikel 21 I GG öffentlich Rechenschaft über ihr Vermögen, die Herkunft und die Verwendung ihrer Finanzmittel geben; sie unterliegen einer Bilanzierungspflicht.

Hieraus resultieren die jährlich eingereichten Rechenschaftsberichte deutscher politischer Parteien, welche Aufschluss über deren Einnahmen und Ausgaben sowie über ihr Vermögen geben. Diese Berichte werden vom Bundestagspräsidenten geprüft und veröffentlicht.

Da die etablierten Parteien, die so genannten "Volksparteien", aktuell kaum mehr über so viele Mitglieder verfügen, um ihre aufwendigen Wahlkämpfe und innere Organisation zu finanzieren, sind sie vermehrt auf andere Quellen angewiesen

Ganz grob kann man sagen, dass aus Mitgliedsbeiträgen ca. 1/3, aus Spenden, Vermögen und sonstigen Einnahmen 1/3 und aus staatlicher Finanzierung das letzte 1/3 stammen. (je jünger eine Partei, je mehr verschiebt sich das Verhältnis zu den Mitgliedsbeiträgen - bei insgesamt weniger Gesamteinnahmen!)

"Normale" Einnahmen (Mitgliedsbeiträge):

Eine wichtige Einnahmequelle für Parteien bilden die regelmäßigen Beitragszahlungen der Parteimitglieder. Im Wahljahr 2005 trugen die Mitgliedsbeiträge bei den Bundestagsparteien zu über einem Viertel der Gesamteinnahmen bei.

Spenden, Zinsen etc. aus Vermögen und sonstigen Einnahmen:

Großspenden aus der Wirtschaft haben zwar an Bedeutung verloren, werden aufgrund früherer Erfahrungen von der Bevölkerung oft mit Skandalen und Korruption in Verbindung gebracht. Dies kann zu einem Legitimitätsverlust der Parteien führen. (Wenn jedoch, wie in jüngster Zeit gerade geschehen, eine fast bedeutungslos gewordene Partei, durch den "glücklichen Umstand" einer größeren Partei zur Machterhaltung verhelfen zu können, dieses missbraucht, um Klientelpolitik zu betreiben, sind durchaus Spenden in Millionenhöhe aus der "dankbaren" Wirtschaft auch noch Heutzutage möglich!)

Sowohl natürliche als auch juristische Personen dürfen in unbegrenzter Höhe

spenden. Spenden sind in bestimmtem Umfang steuerlich absetzbar,

Bei den "regierenden" Parteien, die ihren Mitgliedern lukrative öffentliche Ämter bieten können, sind die „Sonderbeiträge“ eine nicht zu vernachlässigende Einnahmequelle. Diese "Parteisteuern" der Mandatsträger und Minister werden nicht explizit ausgewiesen, sondern teilweise als „Beiträge“ und teilweise als „Spenden“ verbucht. Mit der Neufassung des Parteiengesetzes im Jahr 2002 wurde eine Pflicht zum gesonderten Ausweis von „Mandatsträgerbeiträgen“ im Rechenschaftsbericht eingeführt.

Durch Unternehmenstätigkeiten und Beteiligungen haben Parteien ebenso die Möglichkeit, Gewinne zu erzielen. Rechnet man die Einnahmen aus Veranstaltungen, Zinseinnahmen aus Parteivermögen, Vertrieb und sonstigen Tätigkeiten hinzu, so beträgt der Anteil dieser Einnahmen etwa 7 Prozent.

Staatliche Finanzierung:

Aufgrund des Parteiengesetzes (§18) erhalten die Parteien jährlich staatliche Mittel. Der Umfang der öffentlichen Gelder, die einer Partei zustehen, wird durch die gesellschaftliche Bedeutung einer Partei bestimmt. Diese bemisst sich an dem Wahlergebnis der Partei sowie der Menge der Zuwendungen von natürlichen Personen.

Diese staatliche (oder öffentliche) Finanzierung macht teilweise über ein Drittel und damit den größten Teil der Einnahmen der Parteien aus. Das Finanzierungsverfahren hat zu mehreren Klagen beim Bundesverfassungsgericht geführt und ist vielfach verändert worden.

Aktuell erhalten die Parteien für bis zu vier Millionen gültige Wählerstimmen bei Bundestags-, Landtags- und Europawahlen einen festen Betrag von derzeit 85 Cent je Stimme, sofern sie bei den Bundestags- und Europawahlen mindestens 0,5 Prozent, bei Landtagswahlen mindestens 1 Prozent der Stimmen für ihre Listen erlangen konnten.

Für jede weitere Stimme über vier Millionen bekommen die Parteien 70 Cent. Zusätzlich erhalten sie einen Betrag von 38 Cent für jeden Euro, den sie über Beiträge oder Spenden einnehmen. Dabei werden nur Zuwendungen von bis zu 3.300 Euro je natürlicher Person berücksichtigt – nicht aber Spenden von Firmen oder anderen Organisationen.

Insgesamt darf die staatliche Teilfinanzierung einer Partei die Summe der anderen Einnahmen jedoch nicht überschreiten (relative Obergrenze). Auch dürfen die öffentlichen Beiträge eine Gesamtsumme von 133 Millionen Euro pro Jahr nicht überschreiten (absolute Obergrenze).

Parteienfinanzierung in der Kritik:

Trotz dieser und zahlreicher anderer Neuerungen in der Parteienfinanzierung ist sie bis heute umstritten. So wird Mandatsträgern und Politikern beispielsweise

immer wieder unterstellt, sich vor allem an der Einwerbung finanzieller Mittel zu orientieren. Durch die so gewonnene finanzielle Unabhängigkeit von der Parteibasis könne ihre Problemwahrnehmung und Problemlösung beeinträchtigt werden.

Im Juli 2002 trat eine Reform der Parteienfinanzierung in Kraft, die falsche öffentliche Rechenschaftslegung zu einem strafrechtlichen Vergehen machte. Des Weiteren dürfen Spenden nun nicht mehr gestückelt, also in kleinere Beträge aufgeteilt werden, um eine Veröffentlichung zu umgehen - Spenden von bis zu 10.000 Euro müssen nicht veröffentlicht werden.

Auch die Teilfinanzierung der Parteien durch öffentliche Mittel ist umstritten. Einer verbreiteten Argumentation zufolge ist der Anteil der Finanzierung durch die Staatskasse zu hoch, zumal Parteien bereits von Steuervorteilen profitieren.

Insbesondere für kleinere Parteien ermöglicht die staatliche Finanzierung jedoch erst deren Zugang zur Wahl. Eine Begrenzung der öffentlichen Mittel hätte eine sinkende Parteitätigkeit zur Folge.

[zurück zum Seitenanfang](#)

Rechtliche Hinweise:

Alle Zahlen, Daten, und Fakten wurden weitgehend Veröffentlichungen aus dem Internet entnommen und sind teilweise mit einer Angabe des Entstehungsjahres versehen.

Die Texte wurden sorgfältig ausgewählt und wenn nötig für die vorliegende Sachtextsammlung eingekürzt. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen und versichert, dass dabei sehr genau darauf geachtet wurde, keine Rechte, Copyright, oder sonstige Ansprüche zu verletzen. Wenn trotzdem Grund zu einer Beanstandung vorliegen sollte, wird hiermit versichert, dass nach einer entsprechenden Benachrichtigung über e-mail an michael.tietzel@web.de die etwa beanstandeten Textpassagen umgehend entfernt oder richtiggestellt werden.

Dieses Dokument ist urheberrechtlich geschützt und darf ohne Einwilligung des Autors weder verändert, verbreitet, vervielfältigt, kopiert oder sonst verwendet werden! Auch eine Verwendung von Auszügen bedürfen der Erlaubnis durch den Autor.

Version 5.1.4

Veröffentlichte Version . Ergänzung . Korrektur.

Version	Ergänzung	Korrektur	Datum	
2.5.2	in NoGo 5.2. Abs.1 hinzugefügt	RS	29.09.2009	∅
2.6.3	in NoGo 5.2. Abs. 2 hinzugefügt in Rentenformel 1.4.5 Berechnung Durchschnittsverdienst/Entgeltpunkte ergänzt	in 4.4. Private Altersvorsorge	04.10.2009	∅
2.7.0	4. jetzt - Begriffserklärungen in 4.4. Private Altersvorsorge zus. Risiken der Privaten Altersvorsorge		05.10.2009	J.L Cux

(c) INGE Interessen Gemeinschaft sozialer Angelegenheiten / Michael Tietzel 27. November 2018

2.8.0	1.4.4. Renteneintrittsalter Rechenbeispiel ergänzt/erweitert		07.10.2009	∅
2.9.0	2.2.4 "Das kranke Gesundheitswesen"		11.10.2009	G.S. Lemw.
2.10.1	4.1. Das schweizer Modell aktualisiert und ergänzt	4.1. Das schweizer Modell Korrekturen von Fehlern	15.10.2009	W.L. Stelle
2.11.0	6.4 Auswüchse des gesellschaftlichen Zusammenlebens		27.11.2009	∅
2.11.1	4.4.3 Die Rente und die Krise 4.6. Begriffserklärung Demografie	4.6. Demografie - Korrekturen	25.12.2009 26.12.2009	E.K. H.F. ∅
2.12.0	2.2.5 Einflußnahme der Lobbyisten Auf die Gesundheitspolitik		04.01.2010	G.S.
2.13.1	7 Sonstiges 7.1 Parteienfinanzierung	Links zu den Gesetzen	18.01.2010	∅
3.0.0	Umstellung auf den "neuen Namen" einer "Rentner Partei", für die ursprünglich dieses Dokument verfasst wurde		12.10.2012	∅
3.1.0	in 4.x. Begriffserklärung Umlageverfahren		06.04.2013	∅
4.1.0	"parteilose" Version	Schrift vergrößert	03.05.2015	∅
5.0.0	Ergänzungen Das österreichische Rentenmodell Begriffserklärung: " Staatliche Rente " "Bundes-Zuschuss zur GRV" in Altersversorgung, wie sie sein soll : "Nach dem österreichischen Modell" und dann nach ELSA-Forderungen		18.02.2018	∅
5.0.1	Ergänzungen Rentenformel und Rentenanpassungsformel	Grafiken	24.02.2018	∅ H-J.L.
	Interne Links auf (PDF)-Dateien auf "extern" umgestellt, damit diese auch in der PDF-Version zugänglich sind	Linkadressen	27.02.2018	∅
5.0.3	Ergänzung Generationsvertrag		28.02.2018	∅
5.0.4	Ergänzungen: #betrieblichealtersversorgung	Gesamt-Dokument Korrektur gelesen	24.03.2018	R.P. ∅

	#privateAltersvorsorge #hinterbliebenenrente			H-J.L.
5.1.4	Ergänzung: Feingliederung in 1.4.5. Rentenformel / Rentenanpassungsformel / Eckrentner		21.04.2018	∅
5.1.5	Ergänzung/Aktualisierung Versicherungsfremde Leistungen 1.4.3		26.04.2018	∅
5.1.6	Ergänzung Gesundheit allgem. 2.	Grundsätzliche Begriffs-Erklärungen	31.10.2018	∅
5.1.7	Ergänzungen/Aktualisierung Betriebliche Altersversorgung 1.4.7		27.11.2018	∅

©Michael Tietzel 27. November 2018 11:30 Uhr
Textbreite 565px, ca.85 Stellen ~ 20,2 cm Schrift Arial

[zurück zum Seitenanfang](#)