

Es gilt das gesprochene Wort

Rede Werner Veen anlässlich der Mitgliederversammlung der BfA-Gemeinschaft am 23.10.2010

Liebe Mitglieder der BfA-Gemeinschaft,
meine sehr verehrten Damen und Herren,
liebe Gäste,

der Herbst des Jahres 2010 ist nicht nur politisch geprägt von der Migrationspolitik der Bundesregierung oder dem Thema „Stuttgart 21“, sondern auch von sich abzeichnenden wesentlichen Veränderungen in der Sozial- und Gesundheitspolitik:

- *Haushaltsbegleitgesetz und Rente mit 67*
- *Referentenentwurf zum GKV-Finanzierungsgesetz*
- *Neuordnung der Finanzierung in der Pflegeversicherung*
- *Organisationsreform der Unfallversicherung*

sind nur einige Schlagworte und Themen, auf die ich nun im Einzelnen näher eingehen werde und bei denen wir als sozialpolitische Interessenvertretung in einem besonderen Maße gefordert sind, uns aktiv in die Diskussion einzubringen.

Die Bundesregierung hat als Folge der Finanz- und Wirtschaftskrise sowohl im Hinblick auf die Einhaltung der Defizitgrenze des Europäischen Stabilitäts- und Wachstumspaktes als auch zur Einhaltung der neuen Schuldenregel des Artikel 115 des Grundgesetzes die Konsolidierung der öffentlichen Haushalte eingeleitet und ein Konsolidierungspaket im Umfang von rund 80 Mrd. Euro für die kommenden vier Jahre beschlossen. Die Einzelheiten zu diesem Gesamtpaket wurden im Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Haushaltsbegleitgesetz 2011 niedergelegt. Von den Sparbeschlüssen ist auch die ***allgemeine Rentenversicherung*** betroffen.

Als eine der Maßnahmen soll die Versicherungspflicht für Arbeitslosengeld II-Bezieher entfallen. Diese Zeiten sollen stattdessen künftig als unbewertete Anrechnungszeiten berücksichtigt werden. Dadurch kann ein bereits erworbener Versicherungsschutz im Hinblick auf Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit und auf Leistungen zur Teilhabe aufrechterhalten werden. Der Entfall der Versicherungspflicht führt ggf. zu einer höheren Bewertung von beitragsfreien Zeiten im Rahmen der Gesamtleistungsbewertung und damit eventuell (je nach Einzelfall) zu einer höheren Erwerbsminderungsrente. Die Altersrenten werden durch den Wegfall der Pflichtbeitragszeiten in der Regel nur geringfügig gemindert.

Mit dem Wegfall der Versicherungspflicht entfallen Beitragszahlungen für die allgemeine Rentenversicherung. Derzeit beläuft sich das Beitragsvolumen auf etwa 1,8 Mrd. Euro. Im mittelfristigen Zeitraum dürften die Auswirkungen nur einen sehr geringen Umfang haben. Die aus der Maßnahme resultierenden Minderausgaben durch nicht mehr entstehende Anwartschaften wirken sich dagegen erst langfristig aus.

Mit dem Sparpaket der Bundesregierung sind durch den Wegfall der Erstattungen für einigungsbedingte Leistungen (§ 291c SGB VI) weitere Mehrausgaben für die allgemeine Rentenversicherung vorgesehen. Die Leistungen selbst sind davon nicht berührt. Dies führt 2011 zu Mindereinnahmen in der allgemeinen Rentenversicherung von rund 300 Mio. EUR und zu einer Verminderung bis auf rund 200 Mio. EUR jährlich im mittelfristigen Zeitraum.

Ein weiteres aktuelles Thema, das z.Zt. heftig zwischen Parteien und Verbänden diskutiert wird, ist die **Rente mit 67**. Von der großen Koalition eingeführt, wollen sich heute Teile der SPD von der Rente mit 67 verabschieden. Aus den Reihen des Wirtschaftsflügels der CDU wird die Rente mit 70 gefordert, während Vertreter der FDP für die Rente ab 60 Jahren – mit Abschlagen versteht sich – eintreten. Danach reicht die Rente nicht erst in 20 Jahren wie vom DIW prognostiziert nicht mehr zum Leben, sondern schon heute ist dieser Zustand an vielen Stellen durch die Belastung der Rentner mit der Erhöhung des Krankenkassenbeitrages und Nullrunden bei der Rentenanpassung erreicht.

Im Jahr 2007 hat der Gesetzgeber mit dem RV-Altersgrenzenanpassungsgesetz beschlossen, ab 2012 das Renteneintrittsalter schrittweise anzuheben. Sie erfolgt vom Jahr 2012 an jährlich um einen Monat und ab dem Jahr 2024 in zweimonatlichen Zeiträumen, so dass die Altersgrenze 67 im Jahr 2029 voll wirksam wird. Auf Grund der so genannten Bestandsprüfungsklausel muss die Bundesregierung in diesem Herbst prüfen,

- wie viele ältere Menschen überhaupt arbeiten
- ob die aktuelle Lage auf dem Arbeitsmarkt die Rente mit 67 zulässt
- ob die wirtschaftliche und soziale Situation für ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer bei einer Rente mit 67 vertretbar ist

Dass auf Grund der demografischen Entwicklung in Deutschland immer weniger jüngere Berufstätige immer älter werdende Rentner finanzieren müssen und dies zu sinkenden Einnahmen bei steigenden Ausgaben führt, ist sicherlich nachvollziehbar.

Wenn man aber betrachtet, dass im Jahre 2009 nur knapp eine Million der 60-65 jährigen versicherungspflichtig beschäftigt waren, entspricht dies derzeit nur einer Quote von 24,2 % der gesamten Gruppe. Nur noch knapp 113.000 arbeiten mit 63 und nur noch ca. 88.000 mit 64 Jahren – ein viertel davon nur in Teilzeit. Nur 6,3 % der 64-jährigen haben heute noch eine versicherungspflichtige Vollzeitbeschäftigung – und dabei werden bereits freigestellte Beschäftigte in Altersteilzeit noch mitgezählt. Um bis zum Renteneintrittsalter von 67 versicherungspflichtig in Vollzeit beschäftigt sein zu können, müssen auch Arbeitsplätze in entsprechender Anzahl vorhanden sein.

Nach Studien des Instituts für Arbeit und Qualifikation arbeitet ein immer größerer Teil der Menschen im Niedriglohnsektor. Bereits 2007 waren es über sechseinhalb Millionen Menschen. Wer 2029 oder später zu gleichen Bedingungen wie heute in die Rente geht, muss danach mit entsprechenden Rentenkürzungen rechnen.

Um dieser Entwicklung vorzubeugen, haben viele Berufstätige in der Vergangenheit private Altersvorsorgeverträge abgeschlossen.

Jeder fünfte Berufstätige hat Vorsorgeverträge inzwischen gekürzt oder gekündigt – dies geht aus einer am 06.10.2010 veröffentlichten Allensbach–Umfrage im Auftrage der Postbank hervor. Danach hat sich nach der Finanzkrise die Einstellung von Beschäftigten zur privaten Vorsorge deutlich verändert. Nach der Allensbach-Umfrage wollten 2008 noch 23 % der jungen Berufstätigen einen „Riester-Vertrag“ abschließen – heute sind es nur noch 9 %. Das Vertrauen in die gesetzliche Rente ist seit 2003 deutlich gestiegen **und der überwiegende Anteil der Bevölkerung sieht in der gesetzlichen Rente inzwischen die ideale Form der Absicherung.**

Und deshalb, meine sehr verehrten Damen und Herren, sind und bleiben die Grundsätze unserer BfA-Gemeinschaft zur gesetzlichen Rente unverrückbar verbunden mit unseren Forderungen von heute:

- **garantierte leistungsbezogene und umlagefinanzierte Renten für alle Erwerbstätigen**
- **paritätische Finanzierung der Renten**
- **keine Absenkung der Renten bei negativer Lohnentwicklung**
- **und dynamische Rentenanpassungen entsprechend der Brutto Lohnentwicklung**

Im gegliederten Rehabilitationssystem hat die Deutsche Rentenversicherung den spezifischen Auftrag, gesundheitlich beeinträchtigte Versicherte im Erwerbsleben zu halten und frühzeitige Rentenzahlung zu vermeiden.

Im letzten Jahr hat die Deutsche Rentenversicherung aus ihrem Budget für Rehabilitation von rund 5,3 Milliarden Euro fast 3,5 Milliarden Euro in medizinische und ergänzende Leistungen investiert. Dazu kommen insbesondere noch Ausgaben für Übergangsgelder und Sozialversicherungsbeiträge zur Absicherung der Versicherten während der Maßnahmen. Die

medizinische Rehabilitation ist damit das Haupthandlungsfeld der Deutschen Rentenversicherung im Bereich der Rehabilitation.

Es handelt sich hierbei um Investitionen in Menschen und ihre Arbeitskraft, die damit auch dem System Sozialversicherung insgesamt zugute kommen.

Angesichts von Fallkosten von im Schnitt rund 4.000 Euro in der medizinischen Rehabilitation, hat sich eine Rehabilitationsleistung im Durchschnitt bereits nach vier Monaten amortisiert.

Die Reha-Leistungen tragen damit entscheidend dazu bei, die finanziellen Grundlagen des solidarisch aus Beiträgen finanzierten Systems der gesamten Sozialversicherung zu erhalten. Die Aufwendungen für Leistungen zur Teilhabe und die damit im Zusammenhang stehenden Verwaltungs- und Verfahrenskosten sind gesetzlich budgetiert. Die Rentenversicherung hat bislang stets das für Rehabilitation zur Verfügung stehende Budget eingehalten. Mit einer Ausschöpfung des Budgets von 98,2 % wurden im Jahr 2009 die für Rehabilitation vorgesehenen Mittel nahezu ausgeschöpft.

Berücksichtigt man die Prognose, dass in den nächsten Jahren mit einem weiter steigenden Antragseingang an medizinischen Rehabilitationsleistungen zu rechnen ist, erfordert die Budgetierung zwingend, dass die vorhandenen Mittel mit größtmöglicher Effektivität einzusetzen sind.

Abstriche in der Qualität sind dabei nicht hinzunehmen.

Ganz im Gegenteil. Die Leistungen zur Teilhabe müssen passgenau, zielgerichtet und effektiv sein, wenn man den größtmöglichen Nutzen erzielen will.

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

kein anderes Thema hat die Regierungen der vergangenen 2 Jahrzehnte in Deutschland so beschäftigt wie die Gesundheitspolitik. Um im internationalen Wettbewerb den Wirtschaftsstandort Deutschland zu sichern, wurden die Lohnkosten gesenkt mit dem vermeintlichen Ziel das Gesundheitswesen durch mehr Eigenverantwortung der Versicherten und mehr Wettbewerb zukunftsfähig zu machen.

Über die Gesundheitsreformgesetze von 1989, 1992 und 1997 über das Gesundheitsmodernisierungsgesetz von 2004 hin zum GKV-Finanzstärkungsgesetz von 2007 mit der erstmaligen Verankerung von Zusatzbeiträgen *oder besser kleine Kopfpauschale genannt* im System der gesetzlichen Krankenversicherung sollte der Wettbewerb unter den Krankenkassen gefördert werden. **Die Probleme im Gesundheitswesen wurden damit aber nicht gelöst.**

Festzustellen ist aber andererseits, dass die Belastung von Versicherten seit dem Jahre 2005 deutlich zugenommen hat. Der Sonderbeitrag von 0,9%, der nur von den Versicherten zu zahlen ist, über Eigenanteile und Praxisgebühr bis hin zur Kopfpauschale belasten die Beschäftigten und Rentner heute mit etwa 15 Milliarden Euro mehr im Jahr als die Arbeitgeber.

Die Kopfpauschale ist nicht der Unterscheidungsfaktor der Wettbewerbsfähigkeit von Krankenkassen, sondern ein bewusst verankerter Finanzierungsbaustein im GKV-Finanzstärkungsgesetz von 2007. Mit der Einführung des Gesundheitsfonds im Jahre 2009 entfallen ca. 42 % der Zuweisungen an die Krankenkassen auf den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich. Dabei ist aber zu berücksichtigen, dass die Versichertenanteile an den Morbi-RSA von Kasse zu Kasse unterschiedlich hoch sind und daher auch die Zuweisungen sehr unterschiedlich ausfallen..

Die grundsätzlichen Probleme im Gesundheitswesen sind nicht nur pauschal mit einem Einnahme- oder Ausgabenproblem auf Grund einer immer älter werdenden Gesellschaft, des demografischen Wandels und des medizinischen Fortschritts zu beschreiben. Das Gesundheitswesen leidet dabei insbesondere auch unter einem Strukturproblem. Da die Finanzierung über einkommensabhängige Beiträge erfolgt, hängt die Finanzierung der GKV wesentlich von der Einkommensentwicklung der Beschäftigten ab. Und hier gibt es seit Jahren nachhaltige Veränderungen.

- Steigende Arbeitslosigkeit
- Ausbreitung nicht versicherungspflichtiger Beschäftigungsverhältnisse
- Deutlicher Anstieg von Beschäftigungsverhältnissen im Niedriglohnsektor

Eine maßgebliche Ursache für das Finanzproblem der GKV liegt damit im seit Jahren rückläufigen Lohnanteil am Volkseinkommen (=Lohnquote). Diese beträgt derzeit nur noch 66 Prozent.

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

was sich jetzt aber im Kabinettsbeschluss und im Referentenentwurf zum „**Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FinG)**“ abzeichnet, ist eine grundlegende Umstellung der GKV-Finanzierung.

Zentrale Eckpunkte dieses Gesetzesvorhabens sind:

- Anhebung des allgemeinen Beitragssatzes von 14,9 auf 15,5 Prozent
- Dauerhaftes Einfrieren des Arbeitgeberbeitrags bei 7,3 Prozent (die Arbeitnehmer zahlen 8,2 Prozent – der 0,9%-ige Sonderbeitrag bleibt)
- Umwandlung des **sog.** Zusatzbeitrags in eine Kopfpauschale unbegrenzter Höhe (Wegfall der jetzigen Ein-Prozent-Grenze)
- Einführung eines komplizierten Sozialausgleichs über Arbeitgeber bzw. Rententräger (der Kassenbeitrag wird gesenkt, wenn die durchschnittliche Kopfpauschale zwei Prozent des Einkommens übersteigt)
- Sparmaßnahmen bei Arzneien, Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen einschließlich der Maßnahmen mit dem bereits in Kraft getretenen GKV-Änderungsgesetz und den Maßnahmen des geplanten Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG)
- Erleichterung des Wechsels in die Private Krankenversicherung (PKV) - (Schon nach einem Jahr der Überschreiten der Versicherungspflichtgrenze – aktuell: drei Jahre).

Die SPD-geführten Länder sind im Bundesrat mit ihrem Antrag gegen das GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) gescheitert. Der Vorstoß fand keine Mehrheit. Die Länder Rheinland-Pfalz, Berlin, Brandenburg, Bremen und Nordrhein-Westfalen hatten beantragt, die geplante Reform aufzugeben und einen neuen Gesetzentwurf vorzulegen. Kritisiert wurde vor allem, dass die Reform das soziale Ungleichgewicht zu Lasten kleinerer Einkommen verschärfe, etwa über die künftig unbegrenzten Zusatzbeiträge.

Und, meine Damen und Herren, sollten die Regierungspläne zum GKV-Finanzierungsgesetz im jetzigen Entwurf so umgesetzt werden, bedeutet dies die endgültige Verabschiedung aus der paritätischen Finanzierung und dem Solidarprinzip. Durch die dauerhafte Festsetzung der Arbeitgeberanteils auf 7,3 % sind zukünftige Kostensteigerungen allein von der Versichertenseite zu tragen. Hier werden die Grundfeste der gesetzlichen Krankenversicherung angegriffen.

Damit aber noch nicht genug. Der geplante Sozialausgleich ist weitaus komplexer als dies im ersten Moment erscheint. Der Sozialausgleich eines Versicherten orientiert sich nicht am Zusatzbeitrag seiner Kasse, sondern an der durchschnittlichen Höhe der Zusatzbeiträge aller Krankenkassen. Der Sozialausgleich fließt auch dann – und das ist mehr als nur paradox – wenn die eigene Krankenkasse überhaupt keinen Zusatzbeitrag erhebt und ggf. noch eine Prämie ausschüttet. Außerdem soll sich der Sozialausgleich am sozialversicherungspflichtigen Entgelt orientieren, d. h., Kapital- und Zinserträge werden nicht berücksichtigt. **Ich stelle mir die Frage: Ist das gerecht??**

Darüber hinaus plant der Gesetzgeber, den Wechsel von der gesetzlichen in die private Krankenversicherung (PKV) zu erleichtern. Statt der bisherigen dreijährigen Wartezeit soll ein sofortiger Wechsel am 1. Januar möglich sein. Dabei wird die Verkürzung der Wartezeit die GKV finanziell deutlich belasten. Es ist davon auszugehen, dass durch eine solche Regelung der GKV allein in 2011 ca. 500 Millionen Euro Einnahmen entzogen werden.

Außerdem beabsichtigt die Bundesregierung, dass die PKV von den Maßnahmen des Arzneimittelsparpaketes (AMNOG) profitiert und sich an die Rabattregelungen für Arzneimittel, die die gesetzliche Krankenversicherung ausgehandelt hat, anschließen soll. Man muss aber

berücksichtigten, dass es sich bei der PKV und der GKV um unterschiedliche Systeme handelt. Die gesetzlichen Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts stellen den Versicherten die notwendigen Leistungen und Medikamente nach dem Sachleistungsprinzip zur Verfügung und können auch entsprechende Verträge mit den Leistungserbringern dazu aushandeln. Die PKV hingegen hat in der Regel nur privatrechtliche Vertragsbeziehungen zu ihren Mitgliedern, aber nicht zu den Leistungserbringern und damit auch nicht zu den Arzneimittelherstellern. Die Beteiligung an den Rabattvereinbarungen und Preisnachlässen der GKV ist damit nicht systemkonform.

Andererseits sieht das Arzneimittelparapaket (AMNOG) vor, zukünftig das Kartellrecht auf die Krankenkassen zu übertragen. Das hätte zur Folge, dass zukünftig alle 163 Krankenkassen Einzelverträge mit den Arzneimittelherstellern verhandeln müssten, was auf Grund der mitunter geringen Einflussmöglichkeit im Gesundheitsmarkt die Arzneimittelpreise und damit die Kosten im Gesundheitswesen wieder steigen lassen würden.

Mit dem Kartellrecht sollen grundsätzlich private, gewinnorientierte Unternehmen daran gehindert werden, Kartelle zur Gewinnmaximierung und zum Schaden der Verbraucher zu bilden. **Gesetzliche Krankenkassen machen aber keine Gewinne.**

Außerdem bestehen Überlegungen, das Prinzip der Kostenerstattung in der GKV zu stärken. Dabei besteht jedoch gar kein Grund, das bewährte System des Sachleistungsprinzips aufzuweichen.

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

ich hoffe, Sie haben einen Eindruck gewonnen, welche weitreichenden Systemveränderungen mit dem geplanten GKV-Finanzierungsgesetz verbunden sind. Den sich abzeichnenden wirtschaftlichen, politischen als auch gesellschaftlichen Veränderungen müssen wir Rechnung tragen – insofern unterstützen wir auch eine Weiterentwicklung des Gesundheitswesens. Wir als BfA-Gemeinschaft warnen aber vor diesem einschneidenden Systemwechsel und den Folgen für das Gesundheitswesen. Das Solidarprinzip ist und muss das Fundament der gesetzlichen Krankenversicherung bleiben.

In der **Pflegeversicherung** soll eine interministerielle Arbeitsgruppe die Entwicklungsschritte zur Ergänzung des Umlageverfahrens durch eine Kapitaldeckung in der Pflegeversicherung ausarbeiten. Dabei soll auch geprüft werden, inwieweit dies Chancen für eine langfristige Finanzierung der Leistungsdynamisierung sowie für eine Ausweitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs eröffnet, so die Antwort der Bundesregierung auf eine Große Anfrage der Fraktion Die Linke. Da die Entscheidungen zu einem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und zur Ausgestaltung einer ergänzenden Kapitaldeckung der sozialen Pflegeversicherung noch nicht erfolgt seien, könne die Bundesregierung zu Fragen im Zusammenhang mit einem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff noch keine Aussagen treffen.

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

Mit dem 11. August 2010 ist die letzte Änderung des **Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Unfallversicherung** in Kraft getreten. Ziel der Reform war es, die Organisation der Unfallversicherung an die veränderten Bedingungen in der gewerblichen Wirtschaft anzupassen, die gemeinsame Tragung der Altlasten besser zu verteilen und die Verwaltungsstrukturen insgesamt zu modernisieren. Im einzelnen kam es zu folgenden Änderungen, die in das Siebte Buch des Sozialgesetzbuches (SGB VII) eingearbeitet wurden:

- Durch Zusammenlegung sollte die Zahl der gewerblichen [Berufsgenossenschaften](#) bis Ende 2009 von 23 auf neun, die der Unfallkassen auf 17 sinken.
- Für die gewerblichen Berufsgenossenschaften wurde ein so genannter Überaltlastenausgleich eingeführt, der die Belastung der einzelnen Berufsgenossenschaften durch die historisch bedingten Altlasten gleichmäßig und zukunftsicher auf alle Träger verteilen soll. Dadurch wurde das Solidarprinzip bei der Finanzierung der Unfallversicherung gestärkt. Die Verteilung soll zu 70 Prozent nach den Arbeitsentgelten und zu 30 Prozent nach der Neurentenlast der Unfallversicherungsträger erfolgen. Bei den meisten Trägern werden hierdurch die Beiträge sinken, im Dienstleistungssektor und im Gesundheitswesen wird es dagegen

eher zu Beitragssteigerungen kommen. Für die Umstellung ist ein Zeitraum bis 2013 vorgesehen.

- Das bisherige Meldeverfahren für die Unfallversicherung, der Lohnnachweis an den Unfallversicherungsträger, wurde abgeschafft. Die Unternehmer müssen seitdem alle gesetzlich vorgesehenen Daten (insbesondere Lohnsumme und Arbeitsstunden) nicht mehr zusammengefasst für das ganze Unternehmen an die Berufsgenossenschaft, sondern für jeden einzelnen Versicherten an dessen Rentenversicherungsträger melden, der auch das Prüfungswesen übernimmt. Die Unternehmen teilen selbst mit, welcher [Gefahrklasse](#) nach dem [Gefahrtarif](#) ein Versicherter angehört. Diese Neuregelung wurde von Unternehmerseite, aber auch seitens der Berufsgenossenschaften besonders scharf kritisiert, weil sie den Verwaltungsaufwand erheblich erhöhe und dabei Daten erfasst und übertragen werden müssten, die für die Festsetzung der [Gefahrtarife](#) gar nicht benötigt würden.
- Der Dachverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften und der Unfallkassen, die [Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung](#) (DGUV) wurde lediglich der [Rechtsaufsicht](#), nicht, wie ursprünglich vorgesehen, der [Fachaufsicht](#) des Bundessozialministeriums unterstellt.
- Der Einzug der [Insolvenzgeldumlage](#) erfolgt nicht mehr über die Berufsgenossenschaften, sondern über die Krankenkassen, zusammen mit dem [Gesamtsozialversicherungsbeitrag](#).

Liebe Mitglieder der BfA-Gemeinschaft,

sehr geehrte Damen und Herren,

liebe Gäste,

lassen Sie mich zum Abschluss meiner heutigen Rede noch auf das zentrale Thema hinweisen, das unser Wirken und Handeln im nächsten Jahr maßgeblich bestimmen wird. **Die**

Sozialwahlen 2011. Die Sozialwahlen bilden das Kernstück der Demokratie in der Sozialversicherung. Sie haben den Zweck, die Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane, die bei jedem Versicherungsträger zu bilden sind, neu zu bestimmen. Viele Versicherte glauben, dass ihre Einflussmöglichkeiten gering sind. Dabei wird die Bedeutung der Selbstverwaltung erheblich unterschätzt, denn die Mitwirkungsrechte der Selbstverwaltung sind sehr umfassend.

Als Gremium, das zu mindestens 50% aus gewählten Versichertenvertretern besteht, ist die soziale Selbstverwaltung ein wichtiger Garant für die Rechte der Versicherten. Innerhalb der gesetzlichen Rahmenbedingungen ist sie vor allem zuständig für Qualität und Sicherheit der Leistungen.

Ich bitte Sie alle daher, sich aktiv an den Sozialwahlen des Jahres 2011 zu beteiligen.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.