



Begrüßung

durch Hans-Werner Veen, Bundesvorsitzender am 16.11.13

Liebe Mitglieder der BfA-Gemeinschaft,
Meine sehr verehrten Damen und Herren,

ich begrüße Sie sehr herzlich zu der diesjährigen Mitgliederversammlung der BfA-Gemeinschaft. Ich freue mich, dass Sie so zahlreich unserer Einladung nach Köln gefolgt sind. Unsere Mitgliederversammlung beginnt zunächst mit einem öffentlichen Teil. Nach einer kurzen Pause schließt sich dann der nichtöffentliche Teil an, an der ausschließlich Mitglieder der BfA-Gemeinschaft teilnehmen können.

Besonders begrüßen möchte ich zum öffentlichen Teil die Gastrednerin unserer heutigen Versammlung: **Frau Dr. Helga Seel**, Geschäftsführerin der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation.

Ferner begrüße ich sehr herzlich den Vorsitzenden der Vertreterversammlung der Deutschen Rentenversicherung Bund, Herrn Herbert Neumann sowie den Vorsitzenden des Vorstandes, Herrn Cord-Peter Lubinski und den Ehrenvorsitzenden der BfA-Gemeinschaft, Herrn Günter Schäfer. Außerdem begrüße ich sehr die Vertreter der Presse.

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

wie in jedem Jahr möchte ich Ihnen heute einen aktuellen Situationsbericht zur Renten-, Gesundheits- und Pflegepolitik sowie zur Unfallversicherung geben, verbunden mit einer Positionierung der BfA-Gemeinschaft. Wie Sie wissen, laufen derzeit noch die Verhandlungen für eine mögliche große Koalition. Das Regierungsprogramm der nächsten Legislaturperiode. Nach heutigem Stand ist davon auszugehen, dass die Verhandlungen nicht vor Ende November 2013 abgeschlossen sind. Erste Gesprächsergebnisse und Tendenzen sind uns bekannt, eine abschließende Bewertung kann heute auf Grund der teilweise noch offenen Punkte jedoch noch nicht erfolgen.

Zur Rentenpolitik:

Schon in der vergangenen Legislaturperiode war die Zukunft der gesetzlichen Rente von kontroversen Diskussionen zwischen den Parteien geprägt. An Aktualität haben die folgenden Themen des

Alterssicherungssystem nicht verloren und werden auch in den kommenden 4 Jahren wesentliche Inhalte der Rentenpolitik sein:

- **die Absicherung von Geringverdienern,**
- **die Anerkennung der Kindererziehung,**
- **die Absicherung bei Erwerbsminderung,**
- **die Flexibilisierung des Übergangs von Erwerbsleben in Rente und**
- **die Absicherung Selbständiger**

2012 wurde vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales das Konzept einer Zuschussrente vorgelegt. Auch wenn das ursprüngliche Konzept noch mal modifiziert und in Lebensleistungsrente umbenannt wurde, blieb die grundsätzliche Ausrichtung aber unverändert: Eine Zuschussrente sollte bekommen, wer trotz langjähriger Versicherung und Beitragszahlung in der gesetzlichen Rentenversicherung sowie langjähriger ergänzender Zusatzvorsorge im Alter über ein Einkommen von weniger als 850 Euro verfügt. Voraussetzung waren mindestens 45 Jahren mit rentenrechtlichen Zeiten und mindestens 35 Jahre mit Pflichtbeitragszeiten oder Berücksichtigungszeiten.

Außerdem sollte der Versicherte über mindestens 35 Jahre eine zusätzliche Altersversorgung aufgebaut haben.

Trotz aller Kritik im letzten Jahr ist die Lebensleistungsrente im Wahlprogramm von CDU/CSU verankert.

Das Wahlprogramm der SPD enthält eine sogenannte „Solidarrente“. Diese soll erhalten, wer 30 Beitragsjahre und 40 Versicherungsjahre aufweisen kann. Sicherungsziel sind auch hier 850 Euro, die allerdings als Mindestbetrag genannt werden.

Grundsätzlich könnte man annehmen, Lebensleistungsrente und Solidarrente wären in den Grundzügen in wesentlichen Teilen deckungsgleich. Allerdings gibt es zwischen der Lebensleistungsrente – jedenfalls in der Form, in der sie vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales entwickelt wurde – und der Solidarrente einen wesentlichen Unterschied: Zur Finanzierung der Lebensleistungsrente sollten nur teilweise zusätzliche Bundesmittel herangezogen werden. Einen erheblichen Finanzierungsanteil sollten vielmehr Beitragsmittel der Rentenversicherung sowie Umschichtungen der Zahlungen der allgemeinen Rentenversicherung an die knappschaftliche Rentenversicherung, des so genannten Wanderungsausgleichs, liefern.

Demgegenüber soll die Solidarrente der SPD aus Steuermitteln finanziert werden. Tatsächlich müssen Maßnahmen, mit denen Altersarmut vermieden werden soll, aus Steuermitteln finanziert werden. Armutsbekämpfung ist eine Aufgabe der gesamten Gesellschaft und nicht nur der Beitragszahler der gesetzlichen Rentenversicherung. Die Rentenversicherung und ihre

Selbstverwaltung haben deshalb immer wieder deutlich gemacht, dass die Ausgaben für entsprechende Maßnahmen in vollem Umfang durch zusätzliche Mittel aus dem Bundeshaushalt gegenfinanziert werden müssen.

Zudem hat die Rentenversicherung darauf hingewiesen, dass die Lebensleistungsrente das ursprünglich formulierte Ziel, Altersarmut vorzubeugen, aufgrund der Konzentration auf langjährige Versicherte mit ergänzender Altersvorsorge nur sehr bedingt erreichen würde. Man könnte – etwas ironisch – sogar sagen, dass die Chance, eine Lebensleistungsrente zu erhalten, geringer ist, je größer das Risiko ist, im Alter arm zu sein. Dies liegt an den hohen Zugangsvoraussetzungen.

Sehr geehrte Damen und Herren,

ein zweiter Punkt der Rentenpolitik wird die rentenrechtliche Anerkennung der Kindererziehung sein, oder wie es die Medien nennen – der „**Mütterrente**“ Es zeichnet sich aber ab, dass – jedenfalls zunächst – eine Aufstockung der Rente in Höhe eines Entgeltpunktes, das heißt um etwa 28 Euro im Westen und knapp 26 Euro im Osten, geplant ist. Dies soll sowohl für Zugangsrentner als auch für den Rentenbestand gelten. So ergibt es sich jedenfalls aus dem Wahlprogramm von CDU/CSU.

Auch im Wahlprogramm der SPD wird das Thema – zumindest vage – angesprochen. Hier ist von einer „angemessenen Ausdehnung der Berücksichtigungszeiten“ die Rede. Für die Rentenversicherung sind bei der „Mütterrente“ zwei Punkte von zentraler Bedeutung: Zum einen muss gewährleistet werden, dass dieses zusätzliche Jahr Kindererziehungszeit aus Steuermitteln und nicht aus Beitragsmitteln finanziert wird. Die Honorierung der Erziehungsleistung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. An ihrer Finanzierung müssen deshalb alle beteiligt werden – auch die, die nicht gesetzlich rentenversichert sind.

Die Verbesserung der rentenrechtlichen Absicherung erwerbsgeminderter Menschen

Sehr geehrte Damen und Herren,

in der rentenpolitischen Diskussion bestand und besteht über parteipolitische und institutionelle Grenzen hinweg Einigkeit darüber, dass die rentenrechtliche Absicherung erwerbsgeminderter Menschen verbessert werden muss. Der Handlungsbedarf wird deutlich, wenn man sich ansieht, wie sich die Rentenzahlbeträge für Neurentner in den letzten Jahren entwickelt haben: Bei einem Rentenbeginn im Jahr 2001 erhielt ein erwerbsgeminderter Versicherter

im Bundesdurchschnitt noch 676 Euro monatlich, bei einem Rentenbeginn im Jahr 2012 waren es nur noch 607 Euro monatlich, also fast 70 Euro weniger.

Wir müssen davon ausgehen, dass sich diese Entwicklung fortsetzt und dass sich die Situation der erwerbsgeminderten Versicherten weiter verschärft, wenn der Gesetzgeber keine Gegenmaßnahmen ergreift. Auch wenn – aufgrund der Bestandsrenten mit den in früherer Zeit erworbenen Rentenansprüchen – der durchschnittlich gezahlte Betrag einer Erwerbsminderungsrente zuletzt bei noch annähernd 700 Euro lag, muss man konstatieren, dass selbst mit diesem Betrag keine ausreichende materielle Absicherung der Rentenbezieher und ihrer Haushaltsangehörigen mehr möglich ist. Schon 2010 waren 37 Prozent der Personen in Haushalten von Erwerbsminderungsrentnern armutsgefährdet, weil ihr bedarfsgewichtetes Haushaltseinkommen unter dem Schwellenwert von 806 Euro lag. Erwerbsminderungsrentner und ihre Haushalte sind damit viel häufiger armutsgefährdet als der Durchschnitt der Bevölkerung.

Zu Recht sehen die Wahlprogramme von CDU/CSU und SPD deshalb Maßnahmen vor, um die rentenrechtliche Absicherung erwerbsgeminderter Menschen zu verbessern. Jeder Schritt in diese Richtung ist auch ein wichtiger Schritt zur Vermeidung von Altersarmut in der Zukunft.

Sehr geehrte Damen und Herren,
es gibt noch einen weiteren Ansatz, mit dem sich die Absicherung erwerbsgeminderter Menschen verbessern ließe: freiwillige Zusatzbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung. Im Wahlprogramm der SPD sind diese vorgesehen und auch in den Gesetzentwürfen des BMAS war eine entsprechende Regelung zunächst enthalten.

Um Erwerbsminderung möglichst zu vermeiden, fällt zudem der Rehabilitation eine wichtige Rolle zu. Der Bedarf an Rehabilitation wird in den nächsten Jahren weiter ansteigen, da die rehaintensiven Jahrgänge immer stärker besetzt sind und auch deshalb die Anzahl der Antragsteller für eine Reha-Maßnahme zunehmen. Auch hierzu enthielt der Gesetzentwurf des BMAS aus der vergangenen Legislaturperiode einen Vorschlag. Die dringend benötigte Neuregelung der Dynamisierung des Rehabudgets sollte nun rasch erfolgen. Dieses gesetzliche Vorhaben dürfte auch problemlos über die Bühne gehen, da zumindest zwischen den Parteien CDU/CSU und SPD darüber kein Dissens besteht.

Die Flexibilisierung des Übergangs von Erwerbsleben in

Rente

Ein weiteres Thema bestimmt die rentenpolitische Diskussion schon seit langem: die Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand. Ziel ist es, dass Versicherte und Arbeitgeber bessere Möglichkeiten haben, den Renteneintritt entsprechend den individuellen Präferenzen und den betrieblichen Erfordernissen zu gestalten – und zwar insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Regelaltersgrenze auf 67 angehoben und die Möglichkeiten zur vorzeitigen Inanspruchnahme von Altersrenten durch die Reformen der vergangenen Jahre zurückgefahren wurden.

Im Wahlprogramm von CDU/CSU ist davon die Rede, dass man die Hinzuverdienstregelungen bei vorgezogenen Altersrenten weiterentwickeln wolle. Im Wahlprogramm der SPD wird eine – ich zitiere – „attraktive Teilrente ab dem 60. Lebensjahr“ avisiert, außerdem eine abschlagsfreie Rente ab Vollendung des 63. Lebensjahres bei 45 Versicherungsjahren.

Man sollte aber die Folgen dieser Entscheidung nicht unterschätzen. Eine abschlagsfreie Rente bereits ab Vollendung des 63. Lebensjahres bei 45 Versicherungsjahren, wie sie die SPD vorschlägt, soll unter anderem Arbeitnehmern, die lange unter harten Bedingungen gearbeitet haben, einen früheren Ausstieg aus dem Erwerbsleben ermöglichen. Zu den Begünstigten würden damit

auch Versicherte mit vergleichsweise hohen Rentenansprüchen zählen, darunter – strukturell bedingt – weniger Frauen. Die Kosten einer solchen Maßnahme summieren sich im Jahr 2030 auf 3,5 bis 4,5 Milliarden Euro. Außerdem entfallen bei einer früheren Berentung Beiträge zur Rentenversicherung.

Auch im Reformpaket des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales aus der vergangenen Legislaturperiode waren Regelungen zur Flexibilisierung des Rentenzugangs enthalten, und zwar in Form der so genannten Kombirente. Sie sollte Rentenbeziehern ein Gesamteinkommen aus Altersrente und Hinzuverdienst bis zur Höhe ihres zuletzt erzielten Bruttoverdienstes ermöglichen. Überstieg der Hinzuverdienst die individuelle Hinzuverdienstgrenze, sollte die Rente „centgenau“ um den Überschreitensbetrag auf eine individuelle Teilrente gekürzt werden.

Die Einführung einer Kombirente wäre eine Verbesserung im Vergleich zum geltenden Recht. Verwaltungsaufwändige und für die Betroffenen belastende Rückforderungsverfahren würden mit der Kombirente weitgehend vermieden, weil Hinzuverdienständerungen erst vom nächstfolgenden 1. Juli an berücksichtigt werden sollten. Zu hinterfragen ist die Kombirente allerdings wegen ihrer Anreizwirkung.

Sie würde voraussichtlich nicht zu einer verstärkten Inanspruchnahme von Teilrenten führen, sondern eher dazu, dass neben einer weiteren Erwerbstätigkeit verstärkt Vollrenten vorzeitig in Anspruch genommen werden. Man sollte deshalb in der neuen Legislaturperiode offen über Alternativen zu dieser Regelung sprechen, zum Beispiel über eine Aufhebung der Hinzuverdienstgrenzen für Teilrenten.

Die rentenrechtliche Absicherung Selbständiger

Aktuell gibt es etwa 4,3 Millionen Selbständige in Deutschland. Davon sind circa 3 Millionen nicht obligatorisch in einem Alterssicherungssystem gesichert. In den vergangenen Jahren hat sich mehr und mehr die Überzeugung durchgesetzt, dass es einer verpflichtenden Alterssicherung für alle Selbständigen bedarf, weil für die nicht obligatorisch gesicherten Selbständigen ein deutlich erhöhtes Altersarmutsrisiko besteht. Dies hat der Alterssicherungsbericht 2012 der Bundesregierung bestätigt.

Streitig ist allerdings, wo die Absicherung von ansonsten nicht verpflichtend abgesicherten Selbständigen erfolgen soll. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales hat sich in der vergangenen Legislaturperiode dafür ausgesprochen, die obligatorische Absicherung der Selbständigen als reine Vorsorgepflicht zu

gestalten. Es sollte den Betroffenen selbst überlassen bleiben, ob sie dieser Pflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung oder bei einem anderen Anbieter von Alterssicherungsprodukten nachkommen. Entsprechende Ausführungen finden sich auch im Wahlprogramm von CDU/CSU.

Im Wahlprogramm der SPD ist demgegenüber eine Einbeziehung Selbständiger in die gesetzliche Rentenversicherung vorgesehen. Für diese Lösung wird angeführt, dass Selbständigkeit in zunehmendem Maße keine stabile und dauerhafte Form der Erwerbstätigkeit darstellt, sondern in vielen Fällen nur eine mehr oder weniger lange Phase innerhalb der Erwerbsbiografie.

Sehr geehrte Damen und Herren,
ich bedaure, dass sich in der letzten Legislaturperiode eine Einigung über eine Reform des Rentenversicherungsrechts nicht erzielen ließ. Selbst die von einem breiten Konsens getragenen Maßnahmen wurden nicht umgesetzt, weil Uneinigkeit über die Einführung der Zuschuss- bzw. Lebensleistungsrente bestand. Dieser Stillstand ist nur schwer nachvollziehbar. Vor allem ist es nicht zu verantworten, dass die von allen Seiten als dringend notwendig erkannten Maßnahmen zur Verbesserung der Absicherung bei Erwerbsminderung unterblieben sind.

Meine sehr geehrten Damen und Herren,
lassen sich mit abschließend zum Thema Alterssicherungssystem noch etwas zu der finanziellen Entwicklung in der Rentenversicherung sagen. Die Nachhaltigkeitsrücklage belief sich Ende des vergangenen Jahres auf 29,5 Mrd. Euro. Das entspricht 1,7 Monatsausgaben, was der höchste Stand seit 20 Jahren ist.

Die hohe Nachhaltigkeitsrücklage war möglich geworden, weil sich 2012 ein Einnahmeüberschuss von knapp 5,1 Mrd. Euro ergeben hatte. Der Einnahmeüberschuss 2012 ist auf das mit 3,9 Prozent unerwartet hohe Wachstum der Bruttolohn- und -gehaltssumme zurückzuführen. 2012 wurden von den Beitragszahlern Pflichtbeiträge in Höhe von rund 174,4 Mrd. Euro aufgebracht, dies waren 2,3 Prozent mehr als im Vorjahr.

Dieses Wachstum hört sich zunächst zwar nicht übermäßig hoch an, es ist aber zu berücksichtigen, dass der Beitragssatz von zuvor 19,9 Prozent auf 19,6 Prozent im Jahr 2012 ermäßigt worden ist. Mit dem alten Beitragssatz wären die Pflichtbeiträge wie die Bruttolohn- und -gehaltssumme um 3,9 Prozent gestiegen.

Ende 2011, als der Beitragssatz für das Jahr 2012 festgelegt wurde, war die Bundesregierung noch von einem niedrigeren

Wachstum der Bruttolohn- und -gehaltssumme ausgegangen, nämlich von 2,9 Prozent. Die ökonomische Situation hatte sich 2012 jedoch erfreulicherweise deutlich positiver entwickelt als angenommen. Die rund einen Prozentpunkt höher als erwartete Wachstumsrate bei den Löhnen und Gehältern hat sich entsprechend in den Beitragseinnahmen niedergeschlagen.

Auf der Ausgabenseite dominierten mit 86,7 Prozent klar die Rentenausgaben. Sie erhöhten sich auf 216 Mrd. Euro, dies waren 3,8 Mrd. Euro oder 1,8 Prozent mehr als im Vorjahr.

Die Ausgaben für Rehabilitation sind auf die Summe von 5,6 Mrd. Euro angewachsen. Bezogen auf die Gesamtausgaben der Rentenversicherung machte dies etwas mehr als 2,2 Prozent aus.

Mit den genannten Ausgaben konnte 2012 die gesetzlich vorgegebene Obergrenze – der sogenannte Reha-Deckel – nicht ganz eingehalten werden. Er wurde in der gesamten Rentenversicherung leicht um rund 13 Mio. Euro überschritten. Die Überschreitung wird nach den gesetzlichen Regelungen zu einer entsprechenden Kürzung der Obergrenze im Jahr 2014 führen.

Nach den Annahmen der Bundesregierung in der Herbstprojektion zur wirtschaftlichen Entwicklung werden die Pro-Kopf-Löhne im nächsten Jahr um 2,8 Prozent steigen, die Anzahl der Beitragszahler

wird um 0,5 Prozent steigen und die Arbeitslosenzahl um 0,7 Prozent abnehmen. In den folgenden Jahren sollen die Durchschnittslöhne jeweils mit einer Rate von 2,6 Prozent und die Beschäftigtenzahl mit einer Rate von 0,2 Prozent wachsen. Die Arbeitslosenzahl soll jährlich um 1,1 Prozent abnehmen.

Die Vorausberechnungen sind noch insoweit als vorläufig zu betrachten, als die Ergebnisse der Steuerschätzung Anfang November noch nicht berücksichtigt werden konnten.

Für 2014 und bis zum Jahre 2017 wird auf dieser Basis ein Beitragssatz in der Rentenversicherung von 18,3 Prozent vorausgerechnet.

Wie schon im laufenden Jahr werden dadurch Arbeitnehmer, Arbeitgeber und Steuerzahler in den nächsten Jahren zusätzlich entlastet. Eine Absenkung des Beitragssatzes um 0,6 Prozentpunkte bedeutet gegenwärtig eine Entlastung der Arbeitgeber und Arbeitnehmer um zusammen rund 6 Mrd. Euro.

Allerdings ist die Senkung des Beitragssatzes umstritten. Insbesondere von DGB und Sozialverbänden als auch von uns, aber auch von einigen Politikern wird dafür plädiert, den Beitragssatz zumindest stabil zu halten. Erfreulich ist, dass die Stabilität des Beitragssatzes auch zuletzt so in den Gremien der Arbeitsgruppen der großen Koalition diskutiert und in Aussicht gestellt wurde.

Die genannten Ergebnisse stehen – wie erwähnt – unter dem

Vorbehalt, dass aktuell für 2014 keine beitragsatzwirksamen Leistungsausweitungen mehr beschlossen werden. Anderenfalls müsste der Beitragssatz – je nach konkretem Umfang der Maßnahmen – höher ausfallen, was auch zu einer geringeren Rentenanpassung führen würde. Eine Ausweitung der Kindererziehungszeiten beispielsweise müssten daher indirekt auch alle Rentner mitfinanzieren, die keine vor 1992 geborenen Kinder erzogen haben.

Die Nachhaltigkeitsrücklage schmilzt durch den niedrigen Beitragssatz von 18,3 Prozent rasch ab. Bereits 2018 würde sie die Untergrenze von 0,2 Monatsausgaben unterschreiten. Der Beitragssatz muss daher nach den Vorausberechnungen im Jahr 2018 wieder auf 18,8 Prozent angehoben werden.

Es ist abzusehen, dass spätestens zu diesem Zeitpunkt das Thema „Liquiditätssicherung der Rentenversicherung“ wieder in den Vordergrund rücken wird.

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

in der gesetzlichen Krankenversicherung sind insbesondere bei der Finanzierung des Systems die Positionen in der Großen Koalition noch sehr unterschiedlich ausgeprägt.

Nach letzten Informationen könnte sich ein weitaus größeres Reformpaket für die gesetzliche Krankenversicherung andeuten, als

bisher angenommen. Union und SPD liegen in der Gesundheitspolitik weit auseinander. Positiv betrachtet bietet das viel Raum für Kompromisse.

Der scheidende [Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr \(FDP\)](#) hat seine Beamten ausrechnen lassen, dass die GKV schon 2015 ein Defizit von drei Milliarden Euro haben wird. Für 2016 wird ein Minus von sechs Milliarden Euro prognostiziert, 2017 sollen es schon mehr als zehn Milliarden Euro sein. Spätestens dann müssten viele Kassen Zusatzbeiträge von ihren Versicherten verlangen.

Laut Gesundheitsökonom Wasem gibt es zwei Möglichkeiten, das Defizit der gesetzlichen Kassen zu verringern: eine stärkere Steuerfinanzierung oder höhere Beitragseinnahmen, indem beispielsweise Einkünfte aus Mieten oder Zinsen mit herangezogen werden

Es gibt tatsächlich Spielraum für Einigungen. Denn jenseits der lautstarken Beteuerungen haben sowohl SPD als auch Union ihre Maximalpositionen bereits zurückgefahren: Die Bürgerversicherung, in der perspektivisch alle Bürger an der solidarischen Finanzierung der Gesundheitsversorgung beteiligen sein sollen, taucht in den Kernforderungen der SPD für die Koalitionsverhandlungen nicht auf. Und führende Unionspolitiker – Spahn gehört dazu – halten die strikte

Trennung des Krankenversicherungsmarktes in GKV und PKV für überholt.

Die Verhandlungsstrategie der SPD zielt vielmehr darauf, einzelne Elemente aus ihrem Bürgerversicherungskonzept umzusetzen. Vor allem will sie, dass die Krankenkassen wieder paritätisch durch Arbeitgeber und Versicherten finanziert werden.

Das ist schon seit Jahren nicht mehr so. Seit 2009 gilt in der GKV ein einheitlicher Beitragssatz, dessen Höhe der Gesetzgeber festlegt. Er beträgt zurzeit 15,5 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder. Davon tragen die Arbeitgeber mit 7,3 Prozent 0,9 Punkte weniger als die Arbeitnehmer mit 8,2 Prozent. Und wenn Kassen Zusatzbeiträge erheben müssen, weil sie mit dem Geld aus dem Gesundheitsfonds nicht auskommen – laut Gesetz ein pauschaler, einkommensunabhängiger Betrag –, müssen auch nur die Versicherten zahlen.

Zusatzbeitrag und Wettbewerb

Die Zusatzbeiträge sollten ursprünglich zu mehr Wettbewerb um die beste Gesundheitsversorgung führen. Das hat aber nicht geklappt.

Ich denke, vieles wird sich erst auf Ebene der Parteichefs entscheiden, gesundheitspolitische Erwägungen werden dann im Zweifel zurückstehen.

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

die Position der BfA-Gemeinschaft ist dazu eindeutig: Wir fordern die Große Koalition auf, zur solidarischen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung zurückzukehren. Die einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge sind zurückzunehmen, die Parität zwischen Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträgen muss wieder hergestellt werden, ebenso wie die Beitragssatzautonomie und bei künftigen Beitragserhöhungen sind Arbeitgeber und Versicherte wieder zu gleichen Teilen zu beteiligen. Außerdem darf der Bundeszuschuss zur GKV nicht wie geplant gekürzt werden. Momentan ist die Finanzlage der Krankenkassen zwar stabil, doch wie ich bereits erwähnt habe, zeichnet sich bereits ab 2015 ein deutliches Defizit ab.

Entscheidend wird für die Finanzierung der gesetzlichen Krankenkassen wird aber sein, wie zukünftig die Mittelverteilung geregelt wird, d. h. die Zuweisungen aus dem Risikostrukturausgleich vorgenommen werden. Derzeit führt der Risikostrukturausgleich auf Grund von Fehlsteuerungen (siehe Landessozialgerichtsurteil von NRW) zu erheblichen Wettbewerbsverzerrungen. Ohne eine grundlegende Neujustizierung des heute bestehenden Risikostrukturausgleichs ist jedes Konzept zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung unvollkommen und nicht tragfähig.

Koalitionsverhandlungen – Ergebnisse

Nach der 5. Verhandlungsrunde der AG „Gesundheit und Pflege“

Zu einigen Verhandlungspunkten liegen bereits erste Ergebnisse der Beratungen der Arbeitsgruppe „Gesundheit und Pflege“ nach der 5. Verhandlungsrunde vom 7. November 2013 vor. U.a. sind dieses:

1. Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung:

- Verbesserung der Anreize zur Niederlassung in unterversorgten Gebieten
- Abbau von unnötigen bürokratischen Anforderungen
- Flexibilisierung der Rahmenbedingungen für Zulassungen

2. Psychotherapeutische Versorgung:

- Reduzierung der Wartezeiten
- Mehr Betroffenen soll ein zeitnahes Angebot für eine Kurzzeittherapie eröffnet werden.
- Das Antrags- und Gutachterverfahren soll entbürokratisiert werden.

3. Reduzierung der Wartezeit auf einen Arzttermin:

- Aufbau zentraler Servicestellen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) (auch in Kooperation mit den Krankenkassen).
- Bei der Überschreitung einer Wartefrist von vier Wochen sollen dem Patient eine ambulante Behandlung in einem Krankenhaus angeboten werden. Die Behandlung erfolgt zu Lasten des jeweiligen KV-Budgets.

- Die Pflicht, einen Termin innerhalb von vier Wochen zu vermitteln, greift nur dann, wenn eine ärztliche Überweisung zum Facharzt vorliegt.

4. Hausärztliche Versorgung:

- Die Rolle des Hausarztes soll gefördert und die hausärztliche Versorgung weiter gestärkt werden.

5. Organisation der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV):

- Die Vertretersammlungen (VV) von KVen und KBV werden zu gleichen Teilen aus Haus- und Fachärzten gebildet.
- Über rein hausärztliche bzw. fachärztliche Belange entscheiden die hausärztlichen bzw. fachärztlichen Mitglieder.
- Zur Berücksichtigung einer angemessenen Repräsentation der angestellten Ärzte werden die KVen verpflichtet, in ihrer Satzung einen beratenden Fachausschuss nach § 79c SGB V vorzusehen.

6. Medizinische Versorgungszentren (MVZ):

- Künftig werden auch arztgruppengleiche MVZ (z.B. Hausärzte, Psychotherapeuten, Fachärzte) zugelassen.
- Kommunen erhalten das Recht, MVZ zu gründen

7. Medizinische Behandlungszentren:

- Für Erwachsene mit geistiger Behinderung und schweren Mehrfachbehinderungen sollen medizinische Behandlungszentren analog zu den sozialpädiatrischen Zentren zur medizinischen Behandlung geschaffen werden (neuer § 119c SGB V).

8. Nichtärztliche Gesundheitsberufe:

- Der Einsatz von qualifizierten nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen, die delegierte ärztliche Leistungen erbringen, soll flächendeckend ermöglicht und leistungsgerecht vergütet werden.

9. Integrierte Versorgung:

- Für die verschiedenen Möglichkeiten zur Vereinbarung von integrierten und selektiven Versorgungsformen (§§ 63-65, 73a, 73c 140a ff SGB V) werden die rechtlichen Rahmenbedingungen angeglichen und bestehende Hemmnisse zur Umsetzung beseitigt.
- Gleichartig geregelt werden insbesondere die Evaluation integrierter und selektiver Versorgung durch eine Vereinbarung der Vertragspartner sowie der Nachweis der Wirtschaftlichkeit gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde nach jeweils vier Jahren.

10. Disease-Management-Programme (DMP):

- Die DMP sollen weiterentwickelt werden.
- Neue DMP sollen für die Behandlung von Rückenleiden und Depression entwickelt werden.

11. Elektronische Gesundheitskarte (eGK):

- Auf Basis der geleisteten Vorarbeiten sollen „nutzbringende Anwendungen“ flächendeckend eingeführt und in der Versorgung praktisch erlebbar gemacht werden.
- Telemedizinische Leistungen sollen gefördert und angemessen vergütet werden.

12. Korruption im Gesundheitswesen:

- Für alle Berufsgruppen im Gesundheitswesen soll ein neuer Straftatbestand der Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen im Strafgesetzbuch (StGB) geschaffen werden.

13. Innovationsfonds:

- Zur Förderung innovativer Versorgungsformen und für die Versorgungsforschung wird ein Innovationsfonds geschaffen.

- Der Innovationsfonds soll mit einem Finanzierungsvolumen von 300 Mio. Euro ausgestattet werden. 300 Mio. Euro sollen von den Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden, für die Hälfte dieses Aufwandes erhalten die Krankenkassen zusätzliche Zuweisungen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds.

14. Verordnung von Arzneimitteln/Wirtschaftlichkeitsprüfung:

- Den Vertragspartner soll gesetzlich vorgegeben werden, dass die heutigen Wirtschaftlichkeitsprüfungen inklusive der Regresse bis Ende des Jahres 2014 durch regionale Vereinbarungen von Krankenkassen und kassenärztlicher Selbstverwaltung ersetzt werden.

15. Übergang vom stationären in den ambulanten Versorgungsbereich:

- Leistungslücken beim Übergang vom stationären in den ambulanten Versorgungsbereich sollen dadurch überwunden werden, indem der Leistungsanspruch der Versicherten und das den Krankenhäusern zugeordnete Entlassungsmanagement durch eine gesetzliche Koordinierungsfunktion der Krankenkassen ergänzt werden.
- Die Möglichkeiten der Krankenhäuser, bei der Entlassung Leistungen zu verordnen, werden ausgeweitet.

16. Reform der Krankenhausplanung u. Krankenhausfinanzierung

Welche weiteren Punkte sind noch in der Diskussion?

Der Risikostrukturausgleich (RSA) zwischen den Krankenkassen ist immer aktuell, weil es dabei um die wesentliche Mittelverteilung geht. Seit Jahresmitte 2013 hat es in dem Themenbereich Zuspitzungen

gegeben, die nunmehr auch auf der Themenliste der Koalitionsverhandlungen stehen.

Einerseits hat der Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen am 4. Juli in Essen ein bemerkenswertes Urteil gesprochen: Auf Klage der AOK, der DAK, der Knappschaft, der Bahn Betriebskrankenkasse und der Deutschen BKK soll das BVA den sogenannten „Methodenfehler“ bereinigen, nach dem bisher bei den im Laufe des Jahres Verstorbenen die Annualisierung unterbleibt. Im Gegensatz zu anderen Versicherten mit unvollständigen Versichertenperioden wird z. Zt. Bei den Verstorbenen der Wert der Krankheitskosten nicht auf das ganze Jahr hochgerechnet. Die hierarchisierten Morbiditätsgruppen, zu denen die Verstorbenen gehörten, werden daher kostenmäßig nicht angemessen berücksichtigt.

Das BVA wird allerdings an seiner Praxis nichts ändern, bis das Urteil rechtskräftig ist. Die Begründung für das Urteil ist immer noch nicht zugestellt, so dass noch völlig offen ist, ob und ggf. wann Revision gegen das Urteil eingelegt wird. Aus unserer Sicht ist es zwingend erforderlich, dieses Thema in den Koalitionsvertrag aufzunehmen und den oben dargestellten Methodenfehler zu korrigieren.

Die Pflegeversicherung

Anders sieht es dem Vernehmen nach bei der Pflegeversicherung aus. Union und SPD betonen unisono, dass man inhaltlich auf gutem Wege sei, Gemeinsamkeiten auszuloten und auch schwierige Themenfelder zu identifizieren. Einigkeit herrsche darüber, dass mehr Geld für die Pflege ausgegeben werden müsse. Derzeit gilt für die Pflegeversicherung ein Beitragssatz von 2,05 Prozent, für Kinderlose von 2,3 Prozent. Die SPD setzt sich für eine Anhebung um 0,5 Prozentpunkte ein.

Man habe in der Pflege sehr viel Bürokratie, in der Pflege fehle zum Teil Pflegepersonal und man brauche mehr ambulante Pflege. Auch sei man zu der gemeinsamen Einschätzung gekommen, dass die Herausforderungen in der Pflege nicht mit dem jetzigen Beitragssatz finanziert werden können.

Mit einer möglichen Beitragssatzerhöhung hat nun die Union auch da Thema Kapitaldeckung im Zusammenhang mit der Finanzierung der Pflegeversicherung angesprochen. Dieser Vorschlag könnte ggf. diskussionsfähig sein, nicht weil zuletzt die Union die Forderungen nach einer Bürgerversicherung inklusive einer Pflegebürgerversicherung kategorisch abgelehnt hat. Wir lehnen allerdings eine kapitalgedeckte Pflegeversicherung ab.

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

zum Schluss meines heutigen Berichtes möchte ich noch kurz auf das Thema Rehabilitation und der Entwicklung der medizinischen und beruflichen Reha eingehen, zumal wir heute mit Frau Dr. Seel auch eine äußerst kompetente Gesprächspartnerin zu diesem Thema gewinnen konnten.

Eine erfolgreiche Rehabilitation liegt im Interesse aller. Der betroffenen Versicherten, der Arbeitgeber als aber auch der Kostenträger. Ziel ist es, die Beschäftigungsfähigkeit der Mitarbeiter zu erhalten und zu fördern.

Die Ausgaben für Rehabilitation lagen in 2011 bei rund 30 Milliarden Euro.

Die in den Sozialgesetzbüchern verankerte Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit gilt auch für Leistungen der Rehabilitation, soweit diese von den Sozialversicherungsträgern erbracht werden.

Eingangs hatte ich schon erwähnt, dass das Reha-Budget der gesetzlichen Rentenversicherung in 2012 geringfügig überschritten wurde. Das Reha-Budget wurde dabei um die jährliche Bruttolohnentwicklung angepasst. Allerdings sind beim Anpassungsverfahren Modifizierungen notwendig, da Veränderungen

beim Reha-Bedarf, insbesondere durch die demografischen Entwicklungen, bisher nicht berücksichtigt wurden.

Um die Wirtschaftlichkeit bei der Erbringung von Reha-Leistungen durch die Rentenversicherung zu verbessern, gibt es verschiedene Ansatzpunkte, z. B.

- Verbesserte Zusammenarbeit der Kliniken am gleichen Ort, um Synergieeffekte zu nutzen
- Ausschreibung von fremdvergebenen Reha-Leistungen
- Neuausrichtung der Berufsförderungswerke bzw. verstärkte ambulante Angebote
- Bessere Einbindung der Haus- und Betriebsärzte, um einen Reha-Bedarf frühzeitig zu erkennen
- Der zunehmenden Entwicklung von der ambulant-ärztlichen Versorgung in die stationäre Versorgung entgegenwirken
- Die trägerübergreifende Zusammenarbeit der Reha-Träger verbessern, auch auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
- Eine Lotsenfunktion für Arbeitgeber und Rehabilitanden stärken
- Die Grundsätze „Prävention vor Rehabilitation“ und „ambulant vor stationär“ müssen weiter gelebt werden
- Qualitative Verbesserungen anstreben

Den veränderten Reha-Bedarf, den Möglichkeiten der medizinischen Versorgung, den strukturellen Entwicklungen in der Gesellschaft, den steigenden Qualitätsanforderungen, den Anforderungen des Arbeitsmarktes müssen auch individuelle Reha-Konzepte folgen. Aus vielen persönlichen Gesprächen weiß ich, dass Innovationen im Reha-Sektor vorhanden sind. Dazu sind aber nicht nur Leistungserbringer, sondern auch Gesetzgeber und Kostenträger in einem besonderen Maße gefordert.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit und leite jetzt über zu Frau Dr. Seel.