

**Begrüßungsrede**  
**Hans-Werner Veen**  
**anl. der Mitgliederversammlung**  
**der**  
**BfA-Gemeinschaft**  
**am**  
**06.12.2014**

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 Dresden 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. Judith Kerschbaumer**,  
Leiterin des Fachbereiches Sozialpolitik der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di - . .

Ferner begrüße ich sehr herzlich den Vorsitzenden des Vorstandes der Deutschen Rentenversicherung Bund, **Herrn Cord Peter Lubinski**. Außerdem begrüße ich sehr herzlich die Vertreter der Presse.

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

bevor ich wie in jedem Jahr Ihnen einen Überblick über die aktuelle Situation in der Renten-, Gesundheits- und Pflegepolitik sowie der Unfallversicherung gebe, möchte ich zunächst auf ein Thema eingehen, dass uns als Interessenvertretung in der Mitwirkung in den Selbstverwaltungsorganen der Sozialversicherungsträger direkt betrifft und in den vergangenen Wochen zunehmend diskutiert wurde:

### **- die Reform der Sozialwahlen -**

Bündnis 90/Die Grünen haben dazu zwischenzeitlich eine "Kleine Anfrage" in den Bundestag eingebracht.

Im Koalitionsvertrag aus dem Jahr 2013 haben CDU, CSU und SPD für die 18. Legislaturperiode vereinbart, dort wo es sinnvoll und möglich ist, insbesondere im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung die Sozialwahlen dahingehend zu modernisieren, die Auswahlmöglichkeiten durch mehr Direktwahlen zu verbessern. Weitere

Forderung ist, Online-Wahlen zu ermöglichen, um die Wahlbeteiligung zu erhöhen. Durch geeignete Maßnahmen soll zudem das Verhältnis von Frauen und Männern in der Selbstverwaltung optimiert, die Arbeit der Selbstverwaltung transparenter gestaltet, Weiterbildungsmöglichkeiten verbessert und Freistellungsregelungen präzisiert werden.

Weitaus detaillierter ist dazu schon das Eckpunktepapier der Arbeitsgruppen Gesundheit sowie Arbeit und Soziales der CDU/CSU-Bundestagsfraktion vom 22. September 2014, das insbesondere die Abschaffung der „Friedenswahlen“ in der gesetzlichen Krankenversicherung fordert.

Es bleibt zunächst abzuwarten, wie die weitere Entwicklung dieses Reformvorhabens ist. Berliner Agenturen melden zwar schon, mit einem ersten Referentenentwurf sei voraussichtlich noch im Dezember 2014 zu rechnen. Entscheidend wird aber sein, was bei den kommenden Beratungen der Union mit der SPD herauskommt. Und die Federführung für die Gesetzesvorhaben der Bundesregierung liegt hier im Bundesarbeitsministerium. Zum anderen ist die Zeitspanne für ein Gesetz zur Reformierung der Sozialwahlen recht kurz, sollte dieses schon für die nächsten Sozialwahlen im Jahr 2017 Anwendung finden.

Zum Thema „Friedenswahlen“ versus „Urwahlen“ möchte ich jetzt nicht im Detail eingehen. Nur so viel vorab: die Abschaffung der

Friedenswahlen – sei es auch nur für die gesetzliche Krankenversicherung – hätte maßgebliche Veränderungen für die Selbstverwaltung zur Folge.

**Unsere Auffassung als BfA-Gemeinschaft ist dazu hinlänglich bekannt: 1 Versicherter = 1 Stimme.**

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

im Folgenden gehe ich nun auf die aktuelle Situation in der Rentenversicherung ein. Am 1.7.2014 trat das RV-Leistungsverbesserungsgesetz – auch als **Rentenpaket** bezeichnet – in Kraft.

Die wichtigsten Bestandteile des Rentenpaketes sind:

- Die Verlängerung der angerechneten Kindererziehungszeiten für vor 1992 geborene Kinder um ein auf zwei Jahre (**„Mütterrente“**)  
Für die Mütterrente rechnet die Rentenversicherung im Jahr 2014 mit einem Ausgabevolumen von 3,4 Milliarden Euro, für 2015 mit dem doppelten Betrag. Selbst im Jahr 2030 werden es immerhin noch nach heutiger Schätzung mehr als 6 Milliarden Euro jährliche Ausgaben sein.

**Die Einführung der Mütterrente begrüße ich ausdrücklich. Wir haben es aber immer wieder deutlich gemacht und an unserer Position hat sich nichts verändert: Wir halten es für zwingend notwendig, die entstehenden Mehrausgaben über Steuern zu finanzieren, da es sich bei den Kindererziehungszeiten um gesamtgesellschaftliche Aufgaben handelt, die nicht nur von den Beitragszahlern getragen werden dürfen.** Das ist wie eine Zweckentfremdung von Beitragsmitteln und gerade vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklungen und Belastungen nicht akzeptabel.

- **Die Einführung der „abschlagsfreien Rente mit 63“**, die besonders langjährig Versicherten den vorzeitigen Bezug einer Altersrente unter erleichterten Bedingungen und ohne Abschläge ermöglicht. Diese Neuregelung gilt für den Renten-Neuzugang ab 1.7.2014.
- Bis Ende Oktober 2014 gingen bereits **163.000 Anträge** dazu bei der Rentenversicherung ein.

Die Abschätzung der Kosten, die mit der abschlagsfreien Rente entstehen, bleibt mit einigen Unsicherheiten behaftet. Frage ist, wie sich die Versicherten verhalten hätten, hätte es diese Möglichkeit nicht gegeben.

- **Verbesserungen bei Erwerbsminderungsrenten**, bestehend aus einer Verlängerung der Zurechnungszeit um zwei Jahre ohne Übergangszeit und einer Anhebung der Rente für Personen, deren versichertes Einkommen in den letzten vier Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung im Verhältnis zur bisherigen Versicherungsbiographie niedrig ausgefallen ist. Da die Verbesserungen nur für neu zugehende Renten vorgenommen wurden, werden die Kosten anfangs noch relativ niedrig geschätzt. Bis 2030 allerdings steigen sie auf etwa 2 Milliarden Euro jährlich an.

Der Vollständigkeit halber noch:

- Die Einführung der „**Demographiekomponente**“ -, d. h. eines Faktors zur Berücksichtigung demographischer Veränderung – bei der Fortschreibung des sog. Reha-Deckels, der die jährlichen Ausgaben für Leistungen zur Teilhabe begrenzen soll
- Eine Anhebung des allgemeinen Bundeszuschusses ab dem Jahr 2019 zusätzlich zur jährlich stattfindenden automatischen Anpassung

**Verbesserungen für Rentenbezieher sind hier ausdrücklich zu begrüßen, nicht aber zu vergessen ist hier die nachhaltige Finanzierung der neuen Regelungen. Und nicht alle Finanzierung können allein zu Lasten der Beitragszahler gehen – so wie von mir**

**ausgeführt, ist in einigen Bereichen eine Finanzierung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe aus Steuermitteln angezeigt.**

Die Entwicklung der Rentenfinanzen wird in 2014 noch etwas günstiger ausfallen, als noch zum Jahresanfang prognostiziert. Die Nachhaltigkeitsrücklage belief sich am Ende des vergangenen Jahres auf 32 Milliarden Euro. Das entsprach **1,8 Monatsausgaben**. Durch die per Gesetz festgeschriebene Beitragssatzhöhe von **18,9 % für 2014**, dem hohem Wachstum der beitragspflichtigen Bruttolöhne und Gehälter etc. wird die Rentenversicherung das Haushaltsjahr 2014 – nach der Schätzung im Oktober 2014 – mit einem Überschuss von fast 2 Milliarden Euro abschließen. Dadurch wächst die Nachhaltigkeitsrücklage auf 33,5 Milliarden Euro in 2014, was 1,82 Monatsausgaben entspricht.

Unter Beibehaltung des derzeitigen Beitragssatzes von 18,9 % in der allgemeinen Rentenversicherung würde die Nachhaltigkeitsrücklage Ende des Jahres 2015 rund 1,7 Monatsausgaben betragen – und das trotz der Leistungsausweitungen durch das Rentenpaket. Die nunmehr beschlossene Senkung des Beitragssatzes ab **1.1.2015 auf 18,7 %** ist rein faktisch gesehen lediglich der gesetzlichen Obergrenze der Nachhaltigkeitsrücklage geschuldet. Beabsichtigt ist, den Beitragssatz von 18,7 % bis 2018 stabil zu halten.

**Ein stabiler Beitragssatz für die kommenden vier Jahre verbunden mit den Mehrausgaben des Rentenpakets und der Fehlfianzierung der Mütterrente wird aber auch in den kommenden vier Jahren die Nachhaltigkeitsrücklage deutlich abschmelzen lassen und nach derzeitigen Berechnungen die Untergrenze von 0,2 % in 2019 unterschreiten. Es ist damit abzusehen, dass spätestens ab 2019 das Thema „Liquiditätssicherung der Rentenversicherung“ wieder in den Vordergrund rücken wird. Unsere Forderung ist damit ganz klar: Die Mindest-Nachhaltigkeitsrücklage muss so hoch festgesetzt werden, dass eine Hilfestellung des Bundes durch ein Vorziehen der Bundeszuschüsse bzw. die Inanspruchnahme von Bundesmitteln nicht erforderlich ist, d. h. mindestens 0,4 Monatsausgaben.**

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

Die Ausgaben für **Rehabilitation** in der allgemeinen Rentenversicherung sind gegenüber dem Vorjahr leicht auf die Summe von 5,5 Milliarden Euro gesunken. Bezogen auf die Gesamtausgaben der Rentenversicherung machten die Reha-Ausgaben etwa 2,2 Prozent aus. Mit den genannten Ausgaben konnte 2013 die gesetzlich



vorgesehene Ober-Grenze – der sogenannte Reha-Deckel – wieder eingehalten werden.

Die Ausgaben für Rehabilitation sind gut angelegte Beitragsmittel, die den betroffenen Versicherten eine Teilhabe am Erwerbsleben ermöglichen. Statt einer evtl. Frühverrentung werden wieder Beiträge entrichtet. Zum anderen wird den Betroffenen dadurch eine erheblich größere Lebensqualität und Teilhabe in Beruf und Gesellschaft ermöglicht.

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

nach den Daten der Juli-Schätzung wurde eine Rentenerhöhung zum 1. Juli 2015 um

knapp **2,7** Prozent im **Westen**

und

knapp **2,8** Prozent im **Osten**

prognostiziert. Nach der aktuellen Herbst-Schätzung ist von einer um jeweils rund **1,1 Prozentpunkte** niedrigeren Anpassung auszugehen.

Auch bei **abweichenden Rentenanpassungen zwischen Ost und West** ist die Renteneinheit bei Ost und West auch nach 25 Jahren noch nicht erreicht. **Ziel der Bundesregierung ist es, bis 2020 eine**

**Rentenangleichung zu erreichen** – ein Unterfangen, das die Presse als die Suche nach der „Quadratur des Kreises“ beschreibt. Denn ohne Einschnitte oder ohne zusätzliche Milliardenausgaben ist die „Renteneinheit“ nicht zu erreichen.

1.287,45 Euro beträgt die Standardrente im Westen – nur 1187,55 Euro im Osten. Viele der vier Millionen Ruheständler im Osten fühlen sich hier benachteiligt.

Zwar ist der Rentenwert – quasi die monatliche Rente für ein Jahr Beschäftigung mit Durchschnittsentgelt – im Osten geringer, doch die zugrundeliegenden Ostlöhne und –gehälter werden für die Rente um derzeit 18,7 Prozent aufgewertet.

Versicherte in den neuen Ländern kommen bei gleichem Entgelt und gleicher Beitragszahlung derzeit so auf einen fast zehn Prozent höheren Rentenanspruch als Versicherte in den alten Ländern. Bekommt jemand das westliche Durchschnittsentgelt von 34.857 Euro brutto, ergibt sich in den alten Ländern eine Monatsrente für ein Jahr Beschäftigung von 28,60 Euro, im Osten aber von 31,30 Euro.

Nun haben sich die früheren Hoffnungen nicht erfüllt, dass sich die für die Rente maßgeblichen Löhne im Osten im Durchschnitt denen im Westen angleichen. Hier klafft eine Lücke von mehr als 15 Prozent. Der 2015 startende Mindestlohn dürfte die Lücke zwar verringern, aber wohl

kaum schließen. So muss eine rechnerische Aufwertung der Löhne für Ostrentner vorerst bleiben, soll es für sie keine Einschnitte geben.

In ihrem Koalitionsvertrag haben sich Union und SPD auferlegt, dass bis zum Ende des Solidarpakts 2019 die vollständige Angleichung der Rentenwerte erfolgt. Unter der von mir beschriebenen Ist-Situation bedarf es hier sicherlich in naher Zukunft einer politischen Konkretisierung, wenn spätestens 2020 die Renteneinheit erreicht werden soll.

Zum Abschluss meines Situationsberichtes in der Rentenversicherung möchte ich noch kurz auf den zweiten Bericht des Bundeskabinetts zur Anhebung der Regelaltersrente auf 67 Jahre eingehen.

Zentrale Ergebnisse des Berichts sind:

- **Die Erwerbsbeteiligung der älteren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer** hat sich ausgesprochen dynamisch entwickelt. Die Erwerbstätigenquote der Altersgruppe 55 bis 64 Jahre ist seit 2000 stärker gestiegen als in allen anderen EU-Ländern, die Quote der Altersgruppe 60 bis 64 Jahre, die im Jahr 2000 noch bei rund 20 Prozent lag, hat mittlerweile die Marke von 50 Prozent erreicht.

- **Die Zahl der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten im Alter von 60 bis 64 Jahren** ist seit dem Jahr 2000 um rund eine Million auf 1,6 Millionen gestiegen
- **Die soziale und wirtschaftliche Situation der älteren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer** hat sich weiter verbessert. Ältere sind heute gesünder und besser ausgebildet als früher, sind zufriedener als Menschen in den mittleren Lebensjahren und sie sind sozial gut eingebunden.
- **Die Bundesregierung und die Sozialversicherungsträger unterstützen die Anstrengungen der Betriebe und der Beschäftigten auf vielfältige Weise**, etwa bei der betrieblichen Gesundheitsförderung, der medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder durch flächendeckende Qualifizierungsberatungen für Unternehmen.

Die Bundesregierung hält die im Jahr 2007 verabschiedete, schrittweise Anhebung der Regelaltersgrenze weiterhin für notwendig und für vertretbar. Im kommenden Jahr wird die Regelaltersgrenze zum vierten Mal um einen weiteren Monat angehoben. Gegenüber der früheren Regelaltersgrenze von 65 Jahren wird sie damit nun um insgesamt vier Monate hinausgeschoben.

Im Rahmen der Verabschiedung des Rentenpakets wurde im Bundestag ein Reformvorhaben angestoßen, worauf die Bundesregierung aufgefordert wurde, bis zum Herbst 2014 erste

Vorschläge zu flexiblen Übergängen in den Ruhestand zu erarbeiten.  
Konkret wurden drei Aspekte aufgezählt, die in diesem Zusammenhang berücksichtigt werden sollen:

- 1.) Flexibles Weiterarbeiten bis zum Erreichen der Regelaltersrente
- 2.) Attraktives Weiterarbeiten nach Erreichen der Regelaltersrente
- 3.) SGB-II-Leistungsberechtigte

**Das geltende Recht enthält eine Reihe von Regelungen zum flexiblen Übergang vom Erwerbsleben in die Rente:**

- 1.) Zugang in Altersrente vor Erreichen der Regelaltersrente
- 2.) Hinausschieben des Rentenbeginns über die Regelaltersrente hinaus
- 3.) Ausgleich („Rückkauf“) der Rentenabschläge bei vorgezogenem Rentenbeginn durch Zahlung eines zusätzlichen Beitrags
- 4.) Bezug der Altersrente als Teilrente (ggf. neben Teilzeitarbeit)

Derzeit werden zur Flexibilisierung **vor** der Regelaltersrente folgende Reformansätze diskutiert:

- 1.) Vorziehen der Altersgrenze für die frühestmögliche Inanspruchnahme einer Teilrente
- 2.) Vereinfachung und großzügigere Gestaltung der Regelungen zur Hinzuverdienstbegrenzung (bei Teil- und Vollrenten)

### 3.) Ansätze außerhalb des Rentenrechts zur Unterstützung des flexiblen Übergangs in Rente

Nach Erreichen der Regelaltersrente werden Änderungen der Regelungen bei Aufschieben des Rentenbeginns über die Regelaltersrente hinaus oder Änderungen der Regelungen bei Erwerbsarbeit diskutiert.

**Da Arbeits- als auch Lebenswelten der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer immer differenzierter und komplexer werden, ist auch eine möglichst weitgehende Flexibilisierung der rentenrechtlichen Regelungen sinnvoll. Allerdings sollte darauf geachtet werden, dass die Regelungen nicht zu Lasten der übrigen Beitragszahler und Rentner gehen.**

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

ich komme nun zum zweiten Teil meines Situationsberichtes, der Gesundheitspolitik.

Seit der Bundestagswahl im Herbst 2013 hat die neue Bundesregierung etliche neue Regelungen sowie Gesetze zur Gesundheitspolitik auf den Weg gebracht. In der Kürze der Zeit und bei allen Herausforderungen im Gesundheitswesen eine durchaus anerkennenswerte Leistung.

**Neben dem aktuell am 1.1.2015 in Kraft tretenden GKV-**

**Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz sowie dem Pflegestärkungsgesetz liegt der Referentenentwurf zum Versorgungsstärkungsgesetz vor, der 2. Teil der Pflegereform wird vorbereitet, ebenso das Präventionsgesetz und noch in diesem Jahr soll ein Entwurf für ein e-Health-Gesetz vorgelegt werden.**

Zum Jahresbeginn gilt in der gesetzlichen Krankenversicherung nun ein niedrigerer allgemeiner Beitragssatz. Er wird von aktuell 15,5 auf 14,6 Prozent gesenkt. Neu hinzu kommt der Zusatzbeitragssatz. Können Krankenkassen ihre Leistungsausgaben nicht decken, dürfen sie zukünftig einen prozentualen, also einkommensabhängigen Aufschlag von ihren Mitgliedern erheben. Aus der Differenz der prognostizierten Einnahmen und Ausgaben der GKV im kommenden Jahr ergibt sich ein durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz von 0,9 Prozent, der damit genauso hoch ist, wie der schon heute von allen Krankenkassen-Mitgliedern bezahlte Sonderbeitrag von 0,9 Prozent. Wie hoch der individuelle Zusatzbeitragssatz einer Krankenkasse ab 2015 für ihre Mitglieder tatsächlich ausfällt, legt die jeweilige Krankenkasse selbst fest. Rund 20 Krankenkassen haben bereits öffentlich angekündigt, ihren Zusatzbeitragssatz unter 0,9 Prozent absenken zu wollen.

**In der öffentlichen Wahrnehmung fällt es schon nicht mehr auf – und ich bedaure es sehr, dass es offenbar als Selbstverständlichkeit hingenommen wird – die Abkehr von der solidarischen Finanzierung der Krankenversicherung. Unser Grundsatzprogramm ist da unverrückbar:**

**Wir fordern die gleichmäßige Beteiligung von Arbeitgebern und Versicherten an der Finanzierung ohne Überforderung der Versicherten.**

Der Bundesgesundheitsminister gibt sich überzeugt, dass die GKV-Finanzreform mit den neu gestalteten Zusatzbeiträgen nicht den Preiswettbewerb anheizt.

**Meine Damen und Herren, genau das Gegenteil wird der Fall sein.**

Für all diejenigen, die mit den Webfehlern des Gesundheitsfonds höhere Zusatzbeiträge nehmen müssen, bedeutet das ein bedingungsloser Sparkurs und ein Stop möglicher innovativer Projekte, um auch noch preislich attraktiv zu sein und mögliche Versichertenverluste zu vermeiden. Wir stehen als BfA-Gemeinschaft für eine hochwertige Gesundheitsversorgung. Ich würde es sehr begrüßen, wenn Versicherte nicht nur auf den Preis achten, sondern auch den Service und die Leistungen einer Krankenkasse im Blick behalten würden – nur die Vergangenheit hat es zu gut gezeigt, dass nicht selten der Preis das alleinige Kriterium eines Versicherten für die Krankenkassenwahl war.

Zehn Jahre nach dem Rekord-Schuldenstand in Höhe von damals 8,3 Milliarden Euro (Anfang 2004) steht die GKV für die Politik 2014 weiterhin auf einem sehr soliden finanziellen Fundament.

Gesundheitsfonds und Krankenkassen insgesamt verfügen rechnerisch



am Ende des 1. Halbjahres 2014 über Finanzreserven in einer Größenordnung von rund 26,6 Milliarden Euro, davon rund 16,2 Milliarden Euro bei den Krankenkassen und rund 10,4 Milliarden Euro beim Gesundheitsfonds. Dabei wird sich die gesamte Einnahmesituation laut Einschätzung der Politik im 2. Halbjahr 2014 noch verbessern. Gründe dafür sind beitragspflichtige Einnahmen wie Urlaubsgeld und Weihnachtsgeld, höhere Tarifabschlüsse sowie höhere Renten zum 1. Juli 2014, wobei auch die rentenrechtlichen Verbesserungen im Bereich der Mütterrenten zu Mehreinnahmen in der gesetzlichen Krankenversicherung führen.

**Allerdings wird dabei übersehen, dass die gesetzliche Krankenversicherung vor großen strukturellen Herausforderungen steht. Die Ausgaben steigen doppelt so schnell wie die Einnahmen. Diese Entwicklung ist in den vergangenen Jahren durch die gute Konjunktur verdeckt worden. Geholfen haben auch wirksame Reformen bei den Arzneimitteln als auch höhere Steuerzuschüsse, als jetzt für 2015 vorgesehen. Der Gesundheitsfonds wird abschmelzen und Zusatzbeiträge werden flächendeckend ein dauerhaftes Instrumentarium zur Finanzierung der GKV.**

Auch haben aktuell die Beitragszahler der GKV geholfen, im Bundeshaushalt eine „schwarze Null“ zu erreichen, da der geplante Bundeszuschuss sowohl 2014 als auch 2015 gekürzt wurde bzw. wird.

Zusätzliche Sorge bereitet hier auch das durch den Bundesfinanzminister angekündigte Investitionsprogramm im Volumen von 10 Milliarden Euro für Infrastrukturmaßnahmen in den Jahren 2016 bis 2018

Die bevorstehende Krankenhausreform wird zum politischen Prüfstein für die Frage, ob und in welchem Umfang die Bundesländer bereit sind, ihrer Verpflichtung nachzukommen, die Krankenhäuser mit den erforderlichen Investitionsmitteln auszustatten. **Da wird die Versuchung groß sein, die Länderhaushalte durch Regelungen zu entlasten, die zu einer stärkeren finanziellen Belastung der Beitragszahler in der GKV führen.** Ich erinnere nur an die seit langem geführte Diskussion zur Monistik.

Die aktuelle Entwicklung der Steuereinnahmen lässt befürchten, dass die angekündigte Anhebung des Bundeszuschusses zum Gesundheitsfonds ab 2017 auf jährlich 14,5 Milliarden Euro, die eine Rückzahlung der vorher erfolgten Kürzungen darstellen sollte, nicht erfolgen dürfte – wenn nicht sogar darüber hinaus eine erneute Kürzung des Bundeszuschusses in Betracht gezogen wird.

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

Im Laufe des Jahres 2015 soll das Versorgungsstärkungsgesetz in Kraft treten. Der mehr als 140 Seiten umfassende Referentenentwurf sieht dazu ein umfassendes Maßnahmenpaket vor. Dazu gehören u. a.:

- **Vermittlung eines Facharzttermins** innerhalb einer vier-Wochen-Frist und einer zumutbaren Entfernung vom Wohnort des Versicherten bei Vorliegen einer Überweisung
- **Grundsätzliche Reduzierung von Wartezeiten** durch Einrichten von Terminservicestellen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen
- **Leistungen der Haushaltshilfe als Sachleistung**
- **Strukturierte Behandlungsprogramme auch für Rückenleiden und Depressionen**
- **Eingeschränkter Verbotsvorbehalt bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden**

Mit Blick auf die Sicherstellung der medizinischen Versorgung sieht die Regierung folgende Maßnahmen vor:

- **Die bisherige Kann-Regelung zum Praxisaufkauf bei Überversorgung wird in eine Soll-Regelung überführt.**

- Die Kassenärztlichen Vereinigungen behalten den Sicherstellungsauftrag für den Notdienst, werden aber zur **Kooperation mit zugelassenen Krankenhäusern** verpflichtet
- Künftig können auch **arztgruppengleiche medizinische Versorgungszentren** gegründet werden. Daneben wird es Kommunen ermöglicht, MVZs zu betreiben.
- In unterversorgten Gebieten oder Gebieten mit drohender Unterversorgung oder zusätzlichem lokalen Versorgungsbedarf müssen **künftig Krankenhäuser auf Antrag zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt werden**
- Hochschulambulanzen werden per Gesetz zur Teilnahme an der ambulanten ärztlichen Behandlung ermächtigt
- Für behinderte Erwachsene werden medizinische Behandlungszentren geschaffen
- Mit Blick auf die Ärzteneinkommen sollen unbegründete Unterschiede in der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung mit Wirkung zum 1. Januar 2016 abgebaut werden (Konvergenzregelung).

Der Gesetzesentwurf enthält auch eine Reihe von wettbewerblichen Elementen, die das Ziel verfolgen, den Qualitätswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung zu fördern und die Versorgung zu verbessern. Dazu zählen insbesondere die Einrichtung eines Innovationsfonds und die Entbürokratisierung des Selektivvertragsgeschehens.

Ab dem Jahr 2016 speisen die Krankenkassen beziehungsweise der Gesundheitsfonds einen **Innovationsfonds** mit jährlichen 300 Millionen Euro. Die Mittel werden als Sondervermögen vom Bundesversicherungsamt (BVA) erhoben und verwaltet. Mit dem Geld sollen sektorübergreifende Versorgungsformen und neue Versorgungsformen, wie beispielsweise Telemedizin gefördert werden. Anspruchsberechtigt sind Krankenkassen, Vertragsärzte und medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser sowie Patientenorganisationen. Außerdem soll die Versorgungsforschung mit den Mitteln des Innovationsfonds gefördert werden.

Der Gesetzentwurf hält für die Versicherten auch einige leistungsrechtliche Neuerungen bereit:

- **Für Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen wird ein eigener Leistungsanspruch zur Verhütung von Zahnerkrankungen geschaffen**
- Für planbare Eingriffe wird ein **Zweitmeinungsverfahren** eingeführt
- Krankengeldbezieher bekommen einen Anspruch auf ein **unterstützendes Fallmanagement durch die Krankenkasse**

Und auch zum **Medizinischen Dienst der Krankenversicherung** sind Änderungen geplant:

Neben Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber soll der Verwaltungsrat eines MDK zukünftig zu einem Drittel aus stimmberechtigten Vertretern der Pflegebedürftigen beziehungsweise Angehörigen und Vertretern der Pflegeberufe zustehen. Zukünftig sollen auch hauptamtliche Mitarbeiter von Krankenkassen von einer Tätigkeit in den MDK-Verwaltungsräten ausgeschlossen sein.

Wie Sie – selbst aus dieser nicht abschließenden – Aufzählung entnehmen können, umfasst das geplante Versorgungsstärkungsgesetz weitreichende und umfassende Änderungen. Insbesondere in der Ärzteschaft hat der Referentenentwurf schon deutliche Kritik hervorgerufen. Die Ärztevertretungen rechnen mit einer spürbaren Verschlechterung der ambulanten medizinischen Versorgung durch die mögliche Praxisaufkauf-Pflicht oder dem Wegfall eines Vertragsarztsitzes. Auch sehr kritisch wird die Vergabe der Facharzttermine innerhalb gesetzter Fristen gesehen.

Zum Versorgungsstärkungsgesetz sollte nicht vergessen werden, dass der Gesetzgeber dann **die Beitragszahler der GKV verpflichtet, dem BVA die im Zusammenhang mit dem Innovationsfonds entstehenden Kosten zu erstatten – also auch hier eine einseitige Belastung der Beitragszahler.**

Die Kosten des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) bei der Errichtung einer selbständigen Verwaltungseinheit für die Verwaltung der Finanzmittel und die Durchführung der Förderung von Projekten aus dem Innovationsfonds werden nicht über die allgemeine Finanzierung des G-BA abgewickelt, sondern allein aus Mitteln des Innovationsfonds finanziert.

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

Ende der 44. Kalenderwoche ist der Referentenentwurf für ein **Präventionsgesetz** vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) versendet worden. Ein Inkrafttreten avisiert das BMG für den 1. Januar 2016. Der neue Gesetzentwurf gleicht aber in vielen Punkten seinem Vorgänger aus der vergangenen Wahlperiode:

- In der gesetzlichen Krankenversicherung sollen die Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung deutlich steigen. Der Richtwert für den Bereich der sogenannten nicht-medizinischen Prävention steigt von heute 3,09 Euro auf sieben Euro je Versicherten. Davon sollen mindestens zwei Euro für die betriebliche Gesundheitsförderung und noch mal zwei Euro für die Prävention in den nicht-betrieblichen Lebenswelten aufgewendet werden. Von dem letzten Betrag sind 0,50 Euro pauschal für

Leistungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in der Lebensweltenprävention zu entrichten

- Die Pflegeversicherung wird einen finanziellen Beitrag von 0,30 Euro je Versicherten zur Prävention zu leisten haben
- Die Betriebliche Gesundheitsförderung bleibt maßgeblich in den Händen der Krankenkassen. Allerdings soll es regionale Koordinierungsstellen geben, welche die Angebote der Kassen zur betrieblichen Gesundheitsförderung den regionalen und örtlichen Unternehmen transparent machen und den Zugang zu ihnen erleichtern soll.
- Nicht verausgabte Gelder eines Jahres sollen der Prävention nicht verlorengelassen und stehen im Folgejahr zur Verfügung. Die nicht verausgabten Mittel für die betriebliche Gesundheitsförderung fließen über den GKV-Spitzenverband den regionalen Koordinierungsstellen zu. Für nicht verausgabte Mittel der Krankenkassen für die Prävention in den nicht betrieblichen Lebenswelten findet sich im Referentenentwurf allerdings noch kein konkreter Vorschlag.
- Prävention und Gesundheitsförderung sollen sich an Gesundheitszielen ausrichten
- Die Vorsorgeuntersuchung Check up 35 wird präventionsorientiert weiterentwickelt. Die vorgegebene Häufigkeit (alle zwei Jahre), die untere Altersgrenze (35 Jahre) sowie die nicht abschließende Aufzählung von Zielkrankheiten entfallen



um nur einige Eckpunkte aus dem Referentenentwurf zu nennen.

**Ich persönlich begrüße ausdrücklich die Weiterentwicklung der Prävention als richtigen Schritt zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Richtig ist zum Beispiel auch der Fokus auf sozial benachteiligte Gruppen wie Arbeitslose, wirtschaftlich Schwache und Migranten.**

**Allerdings findet sich der gesamtgesellschaftliche Anspruch des Gesetzes finanziell in dem Gesetz nicht wieder. Der Gesetzgeber verpflichtet nur die GKV und soziale Pflegeversicherung zu finanziellen Mehrausgaben. PKV, den weiteren Sozialversicherungsträgern sowie Bund, Ländern und Kommunen ist ihr Engagement aber auch zukünftig freigestellt.**

**Ordnungspolitisch falsch ist darüber hinaus die Rolle der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die mit 35 Millionen Euro jährlich – also von den Beitragszahlern – finanziert werden muss.** Hier handelt es sich um eine nachgeordnete Behörde des BMG. Der Betrag entspricht einem Viertel des für die Krankenkassen verbindlichen Mindestbetrags für Leistungen zur Prävention in Lebenswelten. Die Krankenkassen werden verpflichtet, verbindlich mit der Bundeszentrale zu kooperieren. Die Subvention der Bundeszentrale erfolgt selbst dann, wenn keine Vereinbarung mit den Krankenkassen über die durchzuführenden Maßnahmen erreicht wird.

Fraglich bleibt für mich, wie ausgeschlossen werden kann, dass es zu keiner Mischfinanzierung zwischen Beitragszahlergeld und Steuermitteln kommt.

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

zum Abschluss meines Situationsberichtes möchte ich noch kurz auf das verabschiedete **Pflegestärkungsgesetz** eingehen.

Durch das Pflegestärkungsgesetz stehen für die Pflege zu Hause zusätzlich 1,4 Milliarden Euro zur Verfügung. Alle Leistungsbeträge der Pflegeversicherung werden erhöht. Die Unterstützung für pflegende Angehörige wird ausgeweitet durch bessere Möglichkeiten der Kombination verschiedener Unterstützungsleistungen wie Tages- und Nachtpflege und Kurzzeit- und Verhinderungspflege sowie durch Einführung neuer Entlastungsleistungen für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige. Auch für die Pflegebedürftigen in stationären Pflegeeinrichtungen sieht das Gesetz Verbesserungen im Umfang von rund einer Milliarde Euro vor. Hier steigen die Leistungen der Pflegeversicherung je nach Pflegestufe zwischen 41 und 77 Euro im Monat. Außerdem finanziert die Pflegeversicherung ab 2015 pro Jahr bis zu 45.000 zusätzliche Betreuungskräfte für die stationäre Pflege (bislang rund 25.000).

Das Pflegestärkungsgesetz ist das erste von zwei Gesetzen, durch die die Pflege in Deutschland gestärkt wird. Mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz soll noch in dieser Wahlperiode ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt und umgesetzt werden. Die wissenschaftlich begleitete Erprobung dieser Einführung läuft derzeit; rund 4.000 Pflegebedürftige werden dabei sowohl nach bisherigem als auch nach geplantem neuem Recht begutachtet.

Unsere Stellungnahme zur den Fragen der Pflegeversicherung können Sie unserer Homepage entnehmen. Hier wird zeitnah auf die jeweiligen Gesetzesvorhaben eingegangen. Ein Besuch der Seite lohnt sich immer.

Ich leite jetzt über auf unsere Referentin, Frau Dr. Judith Kerschbaumer, die sich in Ihrem Vortrag mit der Rentenanpassung Ost aus Sicht der Gewerkschaft Ver.di beschäftigen wird.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.