

**Bilanz für den Bereich der
Gesundheits- und Sozialpolitik
in der 15. Legislaturperiode**

Stand 30.06.2005

Gliederung:

	Seite
I. Handlungsnotwendigkeit	3
II. Finanzentwicklung der sozialen Sicherungssysteme	5
III. Gesundheitsversorgung	9
IV. Pflegeversicherung	20
V. Rentenversicherung	22
VI. Unfallversicherung	29
VII. Reform der Sozialhilfe	31
VIII. Teilhabe und Rehabilitation behinderter Menschen	34
IX. Armuts- und Reichtumsberichterstattung	36

Anlage:

Wichtige Daten zur Sozialversicherung
für den Zeitraum 1998 - 2005

Bilanz für den Bereich der Gesundheits- und Sozialpolitik in der 15. Legislaturperiode

Stand: 30.06.2005

I. Handlungsnotwendigkeit

Die gesetzlichen Sozialversicherungen müssen sich mit mehreren Problemkomplexen auseinandersetzen, die Einfluss auf die Einnahmen und Ausgaben sowie die Art ihrer Finanzierung haben:

- Die Finanzierung über Beiträge, die ausschließlich auf Teilen der Erwerbs- und Erwerb ersatzeinkommen basieren, verringert sich in dem Maße, in dem diese Einkommen einen immer kleineren Anteil am gesamten Volkseinkommen bilden.
- Hohe Sozialversicherungsbeiträge und die damit verbundene Belastung der Arbeitgeber mit Lohnnebenkosten als Ergebnis der paritätischen Finanzierung gelten vielfach als Hemmnis für eine Verringerung der Arbeitslosigkeit.
- Weiterhin steigende Lebenserwartung bei gleichzeitig niedriger Geburtenrate führt für die Sozialversicherungssysteme zu absehbaren einnahmen- und ausgabenseitigen Zusatzbelastungen. In der gesetzlichen Krankenversicherung kommt hinzu, dass der medizinisch-technische Fortschritt ein Hauptfaktor für die Ausgabenentwicklung ist.

Mit der Agenda 2010 haben wir die Grundlage für den notwendigen Umbau der sozialen Sicherungssysteme aufgrund der gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Veränderungen weiterentwickelt. Dies ist notwendig, denn die sozialen Sicherungssysteme sind ein zentrales Element des gesellschaftlichen Zusammenhalts in Deutschland.

In schwierigen Zeiten brauchen wir die sozialen Sicherungssysteme. Sie garantieren den sozialen Zusammenhalt unserer Gesellschaft und sichern Lebensrisiken ab, die der Einzelne nicht absichern kann. Angesichts der gesellschaftlichen Veränderun-

gen, die viele Menschen in ihrer Lebensplanung verunsichern, müssen wir deutlich machen, dass niemand mit den Lebensrisiken in dieser Gesellschaft alleine gelassen wird, sondern dass diese Risiken weiterhin kollektiv abgesichert werden.

Wir dürfen beim Umbau des Sozialstaates nicht nur an die denken, die heute Beiträge zahlen und Leistungen erhalten, sondern wir müssen auch die Entwicklung in den nächsten zehn, zwanzig oder dreißig Jahren berücksichtigen und entsprechend kalkulieren. Was wir mit der Agenda 2010 auf den Weg gebracht haben, ist eine entscheidende Weichenstellung für die längerfristige Sicherung des Sozialstaates. Für manchen mag dies aus heutiger Sicht zuviel und für andere zuwenig sein. Aber eine Änderung heute bewirkt in mittel- bis längerfristiger Perspektive eine große Veränderung.

II. Finanzentwicklung der sozialen Sicherungssysteme

Sozialversicherung insgesamt

Bei den Beitragssätzen zur Sozialversicherung ist es uns auch aufgrund der Agenda 2010 gelungen, den Gesamtsozialversicherungsbeitragssatz von 42,1 % im Jahr 1998 auf 41 % zum 1. Juli 2005 zu senken.

Bei einer Betrachtung des Arbeitgeberbeitragssatzes ist festzustellen, dass die von Arbeitgeberseite immer geforderte Beitragssatzabsenkung auf unter 40 % für den Arbeitgeberanteil mit 18,8 % bereits übererfüllt ist, da der Pflegeversicherungsbeitrag von den Arbeitnehmern durch Wegfall eines Feiertages ökonomisch voll getragen wird. Auch von den Rentnerinnen und Rentnern wird der Pflegeversicherungsbeitrag seit 1. Januar 2005 allein finanziert. Darüber hinaus ist zum 1. Juli 2005 der allgemeine Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung um 0,9 %-Punkte gesetzlich abgesenkt worden. Der zusätzliche Beitragssatz von 0,9 % wird alleine von den Mitgliedern getragen, dies entlastet die Arbeitgeber um 0,45 %-Punkte.

Angesichts der angespannten Einnahmesituation der Sozialversicherungen wird zum 1. Januar 2006 die Fälligkeit der Sozialversicherungsbeiträge aktualisiert: Der Beitragseinzug der Sozialversicherungsbeiträge soll dann zeitgleich mit der Lohn- und Gehaltszahlung erfolgen, also i.d.R. zum Monatsende; die bislang geltende Regelung, wonach die Betriebe die Beiträge erst zum 15. des Folgemonats überwiesen und damit faktisch einen zinslosen Kredit erhalten haben, ist nicht mehr zu rechtfertigen. Durch diese Neuregelung erhalten die Sozialversicherungen im Jahr 2006 insgesamt ca. 20 Mrd. Euro mehr, da in diesem Jahr 13 Zahlungen eingehen. In Zukunft ergibt sich ein jährlicher rechnerischer Zinsgewinn von 400 Mio. Euro, den bislang die Arbeitgeber verbuchen konnten. Aufgrund dieser Änderung wird sicher gestellt, dass auch im nächsten Jahr der Beitragssatz zur Rentenversicherung bei 19,5 % stabil gehalten werden kann; auch die Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung profitieren von den Mehreinnahmen.

(Das Gesetz bedarf noch der Zustimmung des Bundesrates)

Gesetzliche Krankenversicherung

Ohne die Maßnahmen des Beitragssatzsicherungsgesetzes aus dem Jahr 2002, das zu Einsparungen von 3 Mrd. Euro vor allem bei den Leistungserbringern geführt hat, und dem GKV-Modernisierungsgesetz wäre eine erfolgreiche Konsolidierung der gesetzlichen Krankenversicherung nicht gelungen.

Der Erfolg im Jahr 2004, dem ersten Jahr nach Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes gibt uns Recht. Die gesetzliche Krankenversicherung hat 2004 mit einem Überschuss von 4 Mrd. Euro abgeschlossen. Im Jahr zuvor hatten die Kassen noch ein Defizit von 3,5 Mrd. Euro zu verzeichnen. Durch den Überschuss im Jahr 2004 konnte der saldierte Schuldenstand der gesetzlichen Krankenversicherung von ca. 6 Mrd. Euro Ende 2003 auf ca. 2 Mrd. Euro Ende 2004 zurückgeführt werden.

Um dieses Ziel zu erreichen, mussten alle einen Beitrag zur Kostendämpfung leisten: Die Leistungserbringer beim Beitragssatzsicherungsgesetz vor allem durch Einkommens-Nullrunde, Preissenkung und Rabatterhöhung, die Versicherten beim GKV-Modernisierungsgesetz durch neue Zuzahlungsregelungen und Änderungen beim Leistungskatalog. Dabei haben wir darauf geachtet, dass sich die Belastung an der Leistungsfähigkeit orientiert. Niemand muss mehr als zwei Prozent seines oder ihres Bruttoeinkommens für Zuzahlungen aufbringen. Für chronisch Kranke liegt die Belastungsgrenze bei einem Prozent.

Die Finanzierung sogenannter versicherungsfremder Leistungen durch einen Steuerzuschuss bringt der gesetzlichen Krankenversicherung eine zusätzliche finanzielle Entlastung. Versicherte erhalten Leistungen wie Mutterschaftsgeld oder Krankengeld bei der Betreuung eines kranken Kindes weiterhin von ihrer Krankenkasse, die Versicherungsgemeinschaft wird aber nicht länger mit diesen gesellschaftspolitischen Aufgaben finanziell belastet.

Gesetzliche Pflegeversicherung

Aufgrund der schwachen Einnahmeentwicklung, aber auch aufgrund der steigenden Zahl der Pflegebedürftigen, ist in den letzten Jahren das Defizit der Pflegeversicherung angewachsen: 2004 betrug es 0,8 Mrd. Euro. Diese Finanzlage der Pflegeversicherung musste bei der Umsetzung eines Urteils des Bundesverfassungsgerichtes berücksichtigt werden. Das Urteil gab vor, dass Beitragszahler mit Kindern gegenüber denen ohne Kinder auf der Beitragsseite zu entlasten sind. Mit dem Beitragszuschlag von 0,25 %-Punkten für kinderlose Mitglieder, die nach dem 31. Dezember 1939 geboren wurden, ist es gelungen, die Finanzlage der Pflegeversicherung wieder zu stabilisieren.

Gesetzliche Rentenversicherung

Aufgrund der längsten konjunkturellen Schwächephase in der Geschichte der Bundesrepublik mit anhaltend hoher Arbeitslosigkeit waren die Beitragseinnahmen geringer, als noch bei der Rentenreform im Jahr 2001 erwartet.

Seit 2003 wurden die Belastungen für die Rentenversicherung solidarisch zwischen den Generationen aufgeteilt:

- Mit dem „Beitragssatzsicherungsgesetz“ konnte der ansonsten für das Jahr 2003 notwendige Beitragssatzanstieg von 0,8 %-Punkten durch die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und die Absenkung der Schwankungsreserve halbiert werden.
- Die zum 1. Januar 2004 in Kraft getretenen „2. und 3. SGB VI-Änderungsgesetze“ konnten den Beitragssatzanstieg komplett auffangen, indem nunmehr die Rentnerinnen und Rentner ihren Beitrag zur Stabilisierung der Alterssicherung geleistet haben.

Der Beitragssatz liegt damit bei 19,5 %. In den Jahren 1997 und 1998 lag er bei 20,3 % und war damit der bislang höchste Beitragssatz in der Rentenversicherung.

Bei der Absenkung des Beitragssatzes ist an die Wirkung der Öko-Steuer zu erinnern: Die Einnahmen aus der Öko-Steuer haben zu einer beträchtlichen Entlastung der Arbeitgeber und der Versicherten geführt, denn ohne diese Einnahmen wäre der Beitragssatz um 1,7 %-Punkte gestiegen und läge bei 21,2 %. und nicht bei den 19,5 % von heute.

Um angesichts der veränderten Annahmen zur demografischen und wirtschaftlichen Entwicklung die langfristigen Beitragssatzziele (bis 2020 nicht über 20 % und bis 2030 nicht über 22 %) erreichen zu können, wurden mit dem „RV-Nachhaltigkeitsgesetz“ weitere Strukturelemente beschlossen, die bis zum Jahr 2030 eine beitragsatzdämpfende Wirkung von 1,7 % -Punkten haben werden.

III. Gesundheitsversorgung

Beitragssatzsicherungsgesetz (BT-Drs.: 15/28, 15/27, 15/73, 15/74, 15/261, 15/840)

Mit dem Beitragssatzsicherungsgesetz haben wir gleich zu Beginn der Legislaturperiode kurzfristige Maßnahmen zur Konsolidierung der gesetzlichen Krankenversicherung ergriffen. Dies war auf Grund der allgemeinen wirtschaftlichen Lage in den Jahren 2001 und 2002 notwendig geworden, die sich auch auf die Einnahmen der sozialen Sicherungssysteme auswirkte. Deshalb haben wir der „großen Reform“ ein Gesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze vorgeschaltet. Dabei haben wir vor allem von den Leistungserbringern Opfer gefordert. Ärzten, Zahnärzten und Krankenhäusern, die in 2003 noch nicht am Fallpauschalensystem teilnahmen, wurde eine „Nullrunde“ auferlegt. Im zahntechnischen Bereich wurden die Preise sogar um 5 % abgesenkt. Auch die pharmazeutischen Unternehmen, der pharmazeutische Großhandel und die Apotheken hatten mit einem Finanzvolumen von rd. 1 Mrd. Euro ihren Beitrag zu leisten. Im Gegenzug dazu haben wir die Krankenkassen verpflichtet, die dadurch erzielten Einsparungen an die Versicherten weiterzugeben. Sie waren gehalten, im Jahr 2003 ihre Beitragssätze nicht zu erhöhen. Außerdem durften die Verwaltungskosten der Krankenkassen nicht über dem Niveau des Vorjahres liegen.

GKV-Modernisierungsgesetz (BT-Drs.: 15/1525, 15/1584)

Das am 01. Januar 2004 in Kraft getretene GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) ist im Konsens mit der Union beschlossen worden. Ohne einen Konsens mit der Union wäre eine Zustimmung des Bundesrates zu dem Gesetz nicht möglich gewesen. Ohne Zustimmung des Bundesrates wäre es uns nicht möglich gewesen, die wichtigen strukturellen Elemente des Gesetzes durchsetzen, die inzwischen beginnen, ihre Wirkung zu entfalten.

Die Maßnahmen des Beitragssatzsicherungsgesetzes waren zur kurzfristigen Konsolidierung der Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung geeignet. Damit konn-

ten die Beitragssätze zunächst stabil gehalten werden, bis ein Jahr später das GKV-Modernisierungsgesetz in Kraft trat. Der massive Kostendruck im Gesundheitswesen einerseits und die Einnahmensituation auf Grund der allgemeinen wirtschaftlichen Lage andererseits machten eine grundlegende Reform erforderlich. Dabei haben wir uns mit dem GKV-Modernisierungsgesetz zunächst auf die Ausgabenseite der gesetzlichen Krankenversicherung konzentriert. Nur so konnte gewährleistet werden, dass allen Versicherten der Zugang zur notwendigen medizinischen Versorgung weiterhin unabhängig vom Einkommen garantiert ist. Handlungsleitend war dabei stets eine stärkere Qualitätsorientierung der medizinischen Versorgung, damit die eingesetzten Ressourcen möglichst effizient verwendet werden.

Beitragssatzentwicklung

Ohne das Beitragssatzsicherungsgesetz und das GKV-Modernisierungsgesetz wäre der durchschnittliche Beitragssatz im Jahr 2004 auf über 15 % in der gesetzlichen Krankenversicherung gestiegen. So konnte der durchschnittliche Beitragssatz im Jahr 2004 auf 14,2 % gesenkt werden; im Jahr 2003 betrug er noch 14,3 %.

Damit konnten 2004 für insgesamt ca. 28 Mio. Versicherte die Beiträge gesenkt werden. Im ersten Quartal 2005 kamen weitere Beitragssatzsenkungen für ca. 3,5 Mio. Versicherte hinzu. Eine Reihe von Krankenkassen hat bereits angekündigt, zum 1. Juli 2005 den allgemeinen Beitragssatz über die gesetzlich vorgeschriebenen 0,9 %-Punkte hinaus zu senken.

Zum 1. Juli 2005 verschiebt sich die paritätische Finanzierung um 0,45 %-Punkte zu Lasten der Arbeitnehmer. Von den Versicherten wird ein zusätzlicher Beitragssatz in Höhe von 0,9 % der beitragspflichtigen Bruttoeinnahmen erhoben. Gleichzeitig werden die Krankenkassen gesetzlich verpflichtet, ihren Beitragssatz in gleichem Umfang zu senken. Da der allgemeine Beitragssatz auch weiterhin paritätisch getragen wird, kommt diese Senkung den Versicherten zur Hälfte zu Gute. Somit werden sie mit 0,45 %-Punkten belastet. Auf diese Weise konnten wir den Zahnersatz im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung belassen und die von Frau Merkel favorisierte kleine Kopfpauschale für den Zahnersatz verhindern. Im anderen

Fall hätten alle Versicherten zusätzlich zu ihrem Krankenkassenbeitrag einen festen Betrag aufbringen müssen, unabhängig vom Einkommen und der individuellen Leistungsfähigkeit.

Seit dem 1. Januar 2004 wird auf Versorgungsbezüge der volle Beitragssatz erhoben. Damit werden Einkünfte wie zum Beispiel Renten aus betrieblicher Altersvorsorge oder berufsständischen Versorgungswerken anderen Einkommen bei der Beitragserhebung gleichgestellt. Eine weitere Privilegierung dieser Einkommensart war aus Gründen der Beitragsgerechtigkeit nicht länger zu vertreten. Damit wird den Rentnerinnen und Rentnern, die über solche Einkommen verfügen, ein höherer Solidarbeitrag abverlangt. Dies war notwendig, um die zunehmende Unterdeckung in der Krankenversicherung der Rentner zu verringern, denn die Beiträge der Rentner decken nur ca. 40 % der Ausgaben für ihre Krankenversorgung. Im Gegensatz zu früher werden die Gesundheitsausgaben der Rentnerinnen und Rentner heute überwiegend von der erwerbstätigen Generation finanziert. Deshalb ist es gerechtfertigt, denjenigen Rentnerinnen und Rentnern, deren gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit dies zulässt (d.h. die neben ihrer gesetzlichen Rente über zusätzliche Einkünfte aus Versorgungsbezügen verfügen), einen höheren Solidarbeitrag abzuverlangen.

Strukturreformen

Die Überwindung sektoraler Grenzen bei der medizinischen Versorgung stellt einen zentralen Bestandteil des GKV-Modernisierungsgesetzes dar. Traditionell ist die Versorgung in Deutschland sehr stark zwischen dem ambulanten und stationären Sektor getrennt. Eine Vernetzung der einzelnen Versorgungsbereiche findet kaum statt. Darunter leidet die optimale – sektorenübergreifende – medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten. Deshalb haben wir mit dem GKV-Modernisierungsgesetz zahlreiche Maßnahmen ergriffen, die es Ärzten und anderen Leistungserbringern ermöglichen, zum Wohl der Patientinnen und Patienten flexibel und in verschiedenen Formen zusammenzuarbeiten. Beispielhaft sei die Weiterentwicklung der integrierten Versorgung oder die Möglichkeiten zur Errichtung medizinischer Versorgungszentren sowie zum Abschluss von Versorgungsverträgen zwischen den Krankenkassen und

einzelnen Ärztinnen und Ärzten genannt. Dazu gehören aber auch die teilweise Öffnung von Krankenhäusern für die ambulante Versorgung sowie hausarztzentrierte Versorgungsmodelle. All diese Maßnahmen tragen dazu bei, die Versorgungsstrukturen im Interesse einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung der Patientinnen und Patienten zu optimieren und effizient zu gestalten. Strukturelle Veränderung brauchen erfahrungsgemäß etwas mehr Zeit. Auf mittlere Sicht ist durch eine Effizienzsteigerung und Optimierung der Versorgung aber durchaus mit weiteren Einsparungen im ambulanten und im stationären Bereich zu rechnen.

Im Bereich der zahnärztlichen Versorgung werden die prozentualen Anteile der gesetzlichen Krankenkassen an den Kosten beim Zahnersatz seit dem 1. Januar 2005 durch so genannte befundbezogene Festzuschüsse ersetzt. Die Höhe der Festzuschüsse orientiert sich an der Regelversorgung und nicht mehr an der individuell gewählten Versorgungsform. Patientinnen und Patienten können sich so für jede medizinisch anerkannte Versorgungsform mit Zahnersatz entscheiden, ohne den Anspruch auf den Kassenzuschuss zu verlieren. Die Höhe der befundbezogenen Festzuschüsse beträgt 50 % der für die Regelversorgung notwendigen Leistungen. Die bisherigen Bonusregelungen bleiben ebenso wie die Härtefallregelungen erhalten.

Arzneimittel

Die Ausgaben für Arzneimittel sind vor Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetz überproportional gestiegen, ohne dass dies medizinisch zu begründen gewesen wäre. Deshalb haben wir steuernde Maßnahmen ergriffen, um die Effizienz der Versorgung in diesem Bereich zu erhöhen.

Dazu gehört z. B. die Weiterentwicklung des Systems der Festbeträge, bis zu deren Höhe ein Medikament von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet wird. Auf dem deutschen Arzneimittelmarkt gibt es eine Vielzahl von Arzneimitteln in vergleichbarer Qualität, mit vergleichbarer Wirkung und zum Teil auch identischer Zusammensetzung, deren Preise aber sehr unterschiedlich sind. Unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten ist es nicht vertretbar, die gesetzliche Krankenversicherung mit den Kosten teurer Arzneimittel zu belasten, wenn auf der anderen Seite preis-

günstigere und qualitativ gleichwertige Präparate zur Verfügung stehen. Deshalb gibt es seit 1989 Arzneimittelfestbeträge, die die Versichertengemeinschaft vor überhöhten Arzneimittelausgaben schützen. Wir haben diese Regelung weiterentwickelt, so dass es nun möglich ist, auch für patentgeschützte Arzneimittel Festbeträge zu bilden.

Bis zur Bildung der Festbetragsgruppen auch für patentgeschützte Arzneimittel musste die pharmazeutische Industrie der gesetzlichen Krankenversicherung für das Jahr 2004 einen erhöhten Herstellerrabatt von 16 % anstatt der üblichen 6 % gewähren.

Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, sog. OTC-Präparate (over the counter), werden seit dem GKV-Modernisierungsgesetz grundsätzlich nicht mehr von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet. Ausgenommen sind Arzneimittel, die zum Therapiestandard bei schwerwiegenden Krankheiten gehören. Diese Ausnahmen werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen mit Beteiligung von Patientenverbänden an notwendige Entwicklungen angepasst. Für Kinder bis 12 Jahre und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis 18 Jahre sind alle Arzneimittel erstattungsfähig. Die Versichertengemeinschaft wird dadurch nicht mehr mit Ausgaben für Arzneimittel belastet, die zur Behandlung von Bagatell-erkrankungen bestimmt sind oder deren Nutzen nicht eindeutig nachgewiesen ist. Die Erstattungsfähigkeit von OTC-Präparaten richtet sich damit allein nach der Qualität der Arzneimittelversorgung und der medizinischen Notwendigkeit. Eine von der Union vorgeschlagene Anhebung der Altersgrenze auf 18 Jahre unabhängig vom Krankheitsbild, würde einer ineffizienten Arzneimittelversorgung Vorschub leisten würde.

Neue Zuzahlungsregelungen

Mit den veränderten Zuzahlungsregeln leisten die Versicherten einen wichtigen Beitrag zur Stabilisierung des Beitragssatzes. Sie tragen auch mit dazu bei, dass die medizinisch notwendige Versorgung weiterhin allen Versicherten auf einem qualitativ hohen Niveau zur Verfügung steht. Die Regelungen wurden neu gestaltet und verein-

facht: Die Zuzahlung beträgt grundsätzlich 10 %, mindestens jedoch 5 Euro und maximal 10 Euro, allerdings nicht mehr als die Kosten des Mittels. Bei einer stationären Behandlung fällt ein Eigenanteil von täglich 10 Euro an, begrenzt auf 28 Tage im Kalenderjahr. Abweichend von diesem Grundsatz beträgt die Zuzahlung bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege 10 % der Kosten sowie zusätzlich 10 Euro je Verordnung. Die Zuzahlung bei häuslicher Krankenpflege ist ebenfalls auf 28 Tage je Kalenderjahr begrenzt. Beim ersten Arzt- oder Zahnarztbesuch im Quartal ist eine Praxisgebühr von 10 Euro zu entrichten. Arztbesuche zu Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben sind von der Zuzahlung befreit.

Zum Schutz der Patientinnen und Patienten vor Überlastung gilt für alle Versicherten eine Belastungsgrenze von 2 % der jährlichen Bruttoeinnahmen. Für chronisch Kranke haben wir eine Belastungsgrenze von 1 % durchgesetzt. Es ist uns auch gelungen, dass alle Zuzahlungsbereiche – also auch die beim Krankenhausaufenthalt – in die Belastungsgrenze einbezogen sind. Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind generell von Zuzahlungen befreit, ausgenommen die Zuzahlungen bei Fahrtkosten. Durch die Erhöhung der Kinderfreibeträge wird auf die Familien zusätzlich Rücksicht genommen.

Für Sozialhilfeempfängerinnen und -empfänger, die in Heimen leben, übernimmt der Sozialhilfeträger die Zuzahlungshöchstbeträge in Form eines ergänzenden Darlehens. Die Rückzahlung des Darlehens erfolgt durch Verrechnung mit dem monatlich auszahlenden Barbetrag über das gesamte Jahr. Damit haben wir gesetzlich sichergestellt, dass es zu Jahresbeginn nicht zu einer unzumutbaren Belastung kommt.

Für Sozialhilfeempfängerinnen und -empfänger wurde generell im GKV-Modernisierungsgesetz neu geregelt: Eine Ungleichbehandlung durch Ärztinnen und Ärzte, wie in der Vergangenheit vereinzelt geschehen, ist jetzt nicht mehr möglich. Die Sozialhilfeträger erstatten die Kosten für die Behandlung entsprechend den Regelungen der gesetzlichen Krankenversicherung.

Patientenrechte und Patientenbeteiligung

Ein modernes Gesundheitswesen braucht die Mitwirkung von informierten und kritischen Patienten. Die Regierungskoalition hat deshalb erstmalig eine Patientenbeauftragte ernannt. Sie soll Ansprechpartnerin für alle Fragen und Nöte von Patienten sein, und sie soll dafür sorgen, dass die Patientenseite im politischen Entscheidungsprozess das ihr gebührende Gewicht erhält. Außerdem sind neben Ärzten und Krankenkassen nun auch Patienten auf einer „dritten Bank“ im Gemeinsamen Bundesausschuss vertreten. Dort sind sie an allen wichtigen Entscheidungen z.B. über den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen beteiligt. Zudem wurden bundesweit Modellvorhaben zur Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung durchgeführt, deren Finanzierung ab 2006 in die nächste Phase treten wird.

Verbesserung der Qualität

Gemessen an den hohen Ausgaben für unsere Gesundheit erhalten wir eine zu geringe Qualität als Gegenleistung. Deshalb haben wir die Verbesserung der Versorgungsqualität zur umfassenden Pflicht für alle Beteiligten gemacht. Weil sich das medizinische Wissen so schnell verändert, gibt es nun eine Fortbildungspflicht für Ärzte. Wer dieser Pflicht nicht nachkommt, bekommt weniger Geld oder darf nicht mehr behandeln. Ärzte und Krankenhäuser müssen außerdem die Qualität ihrer Versorgung dokumentieren und die Ergebnisse veröffentlichen. Eine Schlüsselrolle in Sachen Qualitätssteigerung spielt das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Die „Stiftung Warentest“ des Gesundheitswesens untersucht und bewertet unter anderem Behandlungsleitlinien und Arzneimittel auf ihren Nutzen hin. Und zwar stets nach dem jeweiligen aktuellen Stand in der Wissenschaft. Das Institut arbeitet aber nicht nur den „Profis“ im Gesundheitswesen zu. Es hat vielmehr auch den Auftrag, den Bürgern in die Alltagssprache „übersetzte“ Informationen über die Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung an die Hand zu geben.

Transparenz: Telematik und elektronische Gesundheitskarte

Nach Schätzungen der Bundesregierung werden jedes Jahr 100.000 Menschen in Deutschland wegen fehlerhafter Arzneiverordnungen ins Krankenhaus eingewiesen; 16.000 Menschen sterben an den Folgen fehlerhafter Arzneiverordnungen. Ein großer Teil dieser Behandlungs- und Sterbefälle könnte durch die Arzneimitteldokumentation und das elektronische Rezept auf der elektronischen Gesundheitskarte verhindert werden. Wir haben deshalb das weltweit größte Telematikprojekt ins Leben gerufen. Noch in diesem Jahr beginnt die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte in großen Testregionen. Neben der größeren Sicherheit bei Arzneimittelverordnungen kann die neue Karte dem Patienten auch unnötige Mehrfachuntersuchungen ersparen - wenn er sich freiwillig dafür entschieden hat, dass auch seine medizinischen Daten auf der Karte gespeichert werden sollen - und dabei gleichzeitig helfen, die Gesundheitsausgaben zu senken. Alleine durch die Vermeidung von Kartenmissbrauch können mehrere 100 Mio. Euro im Jahr eingespart werden. Für die Patienten ist wichtig, dass sie alleine darüber entscheiden, ob und welche ihrer medizinischen Daten gespeichert werden und wer darauf zugreifen darf.

Präventionsgesetz (BT-Drs.: 15/4833)

Unser Gesundheitssystem ist sehr gut ausgestattet, wenn es darum geht, akute Erkrankungen zu versorgen. Im Vergleich dazu werden wenig Ressourcen aufgewendet, um Krankheiten zu vermeiden, ihre Folgen zu mindern und zu verhindern, dass sie chronisch werden. Mit dieser Ausrichtung unserer Gesundheitsversorgung werden wir aber nicht in der Lage sein, die Herausforderungen im Zusammenhang mit dem demografischen Wandel, der zunehmenden Zahl an chronischen Erkrankungen und der wachsenden Pflegebedürftigkeit zu meistern. Nötig ist deshalb, dass Prävention und Gesundheitsförderung größere Bedeutung erhalten. Die rot-grüne Bundesregierung hat deshalb – zusammen mit den Bundesländern - das Gesetz zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention auf den Weg gebracht. Damit soll gesundheitliche Prävention neben der Akutbehandlung, der Rehabilitation und der Pflege zur eigenständigen Säule des Gesundheitssystems werden. Insgesamt sollen 250 Mio. Euro pro Jahr in der letzten Ausbaustufe im Jahr 2008 zur Verfügung

stehen. Das Gesetz soll vor allem die Gesundheitschancen von sozial Benachteiligten verbessern, die ein erheblich höheres Erkrankungsrisiko und eine um bis zu 10 Jahren kürzere Lebenserwartung haben. Leider haben die unionsgeführten Bundesländer nach der Ankündigung von Neuwahlen zum Bundestag dem gemeinsam erarbeiteten Gesetz im Bundesrat die Zustimmung verweigert und damit wahltaktischen Erwägungen den Vorrang vor dem Wohl der Menschen gegeben, denen das Gesetz nützen würde.

Gesundheitsberufe (BT-Drs.: 15/13 und 15/804; 15/2350 und 15/3039)

Ein leistungsfähiges Gesundheitswesen ist angewiesen auf qualifiziertes und engagiertes Personal. Gerade bei einer alternden Bevölkerung muss einem künftigen Fachkräftemangel nachhaltig entgegengewirkt werden. Mit der überfälligen Modernisierung der Ausbildung haben wir deshalb die Attraktivität wichtiger Gesundheitsberufe gestärkt. Unser Ziel ist es, neben den medizinisch-wissenschaftlichen Entwicklungen auch den veränderten gesellschaftlichen Anforderungen an die Gesundheitsversorgung Rechnung zu tragen. Daher darf sich eine Ausbildung im Gesundheitsbereich heute generell nicht mehr auf den kurativen Ansatz beschränken, sondern muss auch präventive, rehabilitative und palliative Aspekte umfassen.

Nach dieser Maßgabe novellierten wir 2003 das Krankenpflegegesetz aus dem Jahre 1985 grundlegend. Es berücksichtigt jetzt aktuelle pflegewissenschaftliche Erkenntnisse und stärkt die Integration von schulischer und praktischer Ausbildung.

Bei der ärztlichen Berufsausbildung konnten wir die 1985 eingeführte „Arzt im Praktikum (AiP)“-Phase abschaffen, nachdem durch die Änderung der Approbationsordnung zum Oktober 2003 eine qualifiziertere praktische Ausbildung bereits im Studium ermöglicht wurde. Nach erfolgreichem Abschluss steht den Assistenzärzten seit Oktober 2004 der Anspruch auf die Vollapprobation und ein Anfangsgehalt zu, das um rund 29.000 Euro pro Jahr über der bisherigen Ausbildungsvergütung liegt. Hierfür wurden den Krankenhäusern mit dem GKV-Modernisierungsgesetz außerhalb der Budgets jährlich 300 Mio. Euro für 2004 bis 2006 zur Verfügung gestellt. Außerdem

können die jungen Mediziner unmittelbar nach dem Studium ihre Ausbildung zum Facharzt beginnen.

Drogen- und Suchtpolitik (BT-Drs.: 15/1313 und 15/2244; 15/2587 und 15/3084)

Drogen bedrohen die Gesundheit und vielfach auch das Leben der Konsumenten. Selbst wenn man die individuellen gesundheitlichen Risiken von Suchtmitteln als weitgehend bekannt unterstellen würde, fehlt in der Öffentlichkeit nicht selten das Bewusstsein für die ebenfalls gravierenden sozialen Auswirkungen auf das familiäre und berufliche Umfeld der Betroffenen. Daher werden die beträchtlichen volkswirtschaftlichen Schäden des Drogenkonsums auch in Deutschland eher unterschätzt.

Die Gefährlichkeit einer Substanz hängt jedoch nicht von ihrer strafrechtlichen Einordnung ab, sondern oft vom Umfang des Missbrauches und dem Grad der Abhängigkeit. Unsere Drogen- und Suchtpolitik bezieht deshalb ausdrücklich legale Suchstoffe wie Alkohol und Tabak ein, ebenso den Medikamentenmißbrauch. Erklärtes Ziel ist ein kritischerer Umgang der Menschen mit Suchtmitteln aller Art.

Bei der Suchtbekämpfung verfolgen wir einen zielgruppenspezifischen und damit realistischen Ansatz, der die Vorbeugung, die Behandlung und die nötige Repression einschließt. Die konsequenten Bemühungen um eine stärkere gesamtgesellschaftliche Diskussion in Deutschland sind dabei ebenso wichtig wie die Einbindung nationaler Anstrengungen in die europäische und internationale Drogenpolitik.

Wie im Koalitionsvertrag vereinbart, bilden die Initiativen der Bundesregierung zur Senkung des Tabakkonsums in Deutschland einen Schwerpunkt unserer Gesundheitspolitik. Spezielle Informations- und Aufklärungskampagnen richten sich beispielsweise an Jugendliche, Eltern, Lehrer, Arbeitnehmer oder werdende Mütter. Es gilt, einerseits dem Einstieg in das – auch für Dritte – gesundheitsschädliche Rauchen vorzubeugen und andererseits geeignete Angebote zur Behandlung der Nikotinabhängigkeit und zur Beendigung des Konsums bereitzustellen. Der Nichtraucher-schutz am Arbeitsplatz, in Schulen, Krankenhäusern und Gaststätten wurde gezielt

gestärkt und damit der zu beobachtende allmähliche gesellschaftliche Wandel beim Thema Rauchen eingeleitet.

Mit der sukzessiven Erhöhung der Tabaksteuer und die Einführung einer Sondersteuer auf Alkopops erschwerten wir die Verfügbarkeit dieser Stoffe gerade für Kinder und Jugendliche, was nachweisbar zu einem deutlichen Konsumrückgang führte. Trotz des Widerstands der Union und FDP stellen diese verbrauchsteuerlichen Maßnahmen somit erfolgreiche Beispiele für eine moderne Suchtpolitik dar.

IV. Pflegeversicherung (BT-Drs.: 15/3671; 15/3837)

Der demografische Wandel und die schwache Konjunktur stellen auch die Pflegeversicherung vor enorme Herausforderungen. Die finanzielle Situation der Pflegeversicherung ließ es nicht zu, eine umfassende Reform mit Leistungsverbesserungen für Pflegebedürftige auf den Weg zu bringen. Dies ist mit einer seriös finanzierten Sozialpolitik nicht vereinbar.

Daher ist in dieser Legislaturperiode nur das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes umgesetzt worden. Das Verfassungsgericht hatte es für mit dem Grundgesetz nicht vereinbar gehalten, dass Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung, die Kinder betreuen und erziehen und damit neben dem Geldbetrag einen generativen Beitrag zur Funktionsfähigkeit eines umlagefinanzierten Sozialversicherungssystems leisten, mit einem gleich hohen Pflegeversicherungsbeitrag wie Mitglieder ohne Kinder belastet werden.

Der Beitragssatz für kinderlose Mitglieder ab dem 23. Lebensjahr ist um 0,25 %-Punkte auf 1,95 % erhöht worden. Alle Altersrentner, die vor dem 1. Januar 1940 geboren sind, haben keinen Zuschlag zu tragen. Dies gilt auch für die Rentner, die keine Kinder haben. Die bis 1940 geborenen Jahrgänge haben noch in so ausreichendem Maße Kinder geboren und erzogen, so dass sich das Ausgleichserfordernis zwischen Kindererziehenden und Kinderlosen nach den Ausführungen des Bundesverfassungsgerichts noch nicht stellte. Erst durch die Entwicklung der Kinderzahlen ab Mitte der sechziger Jahre entsteht das Ausgleichserfordernis.

Der Zuschlag für Kinderlose führt zu einer Einnahmeverbesserung von rund 700 Mio. Euro jährlich. Damit wird das in den nächsten Jahren noch zu erwartende Defizit abgeschwächt, so dass der Beitragssatz von 1,7 % bis in das Jahr 2008 stabil gehalten werden kann. Dies gibt Zeit zur Vorbereitung und gesellschaftlichen Diskussion über eine Reform der Pflegeversicherung.

Denn klar ist: Wenn wir die Versorgungssituation Pflegebedürftiger nachhaltig verbessern wollen, dann wird dies nicht allein mit Mitteln der Pflegeversicherung gelingen. Pflege ist eine Gemeinschaftsaufgabe, für deren Erfüllung jeder in seinem

Aufgabenbereich Verantwortung zu tragen hat. Angesprochen sind hier nicht nur die Bundespolitik, sondern auch die Länder, die Kommunen, die Pflegeeinrichtungen und die Pflegekassen, aber auch private Initiativen. Dies muss durch eine gesellschaftliche Diskussion stärker im Bewusstsein der Bevölkerung verankert werden.

V. Rentenversicherung

Beitragssatzsicherungsgesetz (BT-Drs.: 15/28, 15/73)

Durch die zu Beginn der 15. Legislaturperiode andauernde konjunkturelle Schwächephase sind die Beitragseinnahmen in der Rentenversicherung geringer gestiegen, als anzunehmen war. Zum 1. Januar 2003 sind folgende Maßnahmen in Kraft getreten, um die Finanzsituation der Rentenversicherung zu stabilisieren:

- Die vorgeschriebene Reserve der Rentenversicherung wurde von 0,8 Monatsausgaben auf einen Korridor von 0,5 Monatsausgaben (Mindestschwankungsreserve) und 0,7 Monatsausgaben (Höchstschwankungsreserve) abgesenkt.
- Da Solidarität keine Floskel sein darf, wurden Versicherte mit hohen Einkommen verstärkt zur Finanzierung der Rentenversicherung heran gezogen, indem die Beitragsbemessungsgrenze vom etwa 1,8fachen auf das 2fache des Durchschnittseinkommens angehoben wurde; sie stieg damit auf 5.100 Euro/Monat in Westdeutschland und 4.250 Euro/Monat in Ostdeutschland. Versicherte mit einem Einkommen in dieser Höhe bezahlen dadurch zwar höhere Beiträge, erwerben aber auch höhere Rentenansprüche.

Durch diese Maßnahmen, die zu keiner Belastung der Rentnerinnen und Rentner führte, konnte der Beitragssatzanstieg halbiert werden; der Beitragssatz stieg somit nur von 19,1 % auf 19,5 %.

2. und 3. SGB VI-Änderungsgesetz (BT-Drs.: 15/1830 bzw. 15/1831, 15/1893)

Durch die Stagnation beim Wirtschaftswachstum und anhaltend hohe Arbeitslosigkeit drohte der Rentenversicherung für 2004 ein Fehlbetrag von 10 Mrd. Euro. Nachdem die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer bereits im Vorjahr mit höheren Beiträgen belastet worden sind und ein erneuter Beitragssatzanstieg nicht vertretbar erschien, leisten nun die Rentnerinnen und Rentner ihren solidarischen Beitrag zur Sicherung der Finanzierung der Alterssicherung:

- Die Rentenanpassung zum 1. Juli 2004 wurde ausgesetzt (Nullrunde).
- Die Rentnerinnen und Rentner zahlen seit dem 1. April 2004 den vollen (bislang: hälftigen) Beitrag zur Pflegeversicherung.
- Zukünftige Rentner werden ihre Rente erst am Monatsende erhalten.
- Des Weiteren wurde die Mindestschwankungsreserve von 0,5 auf 0,2 Monatsausgaben weiter abgesenkt.

Gesetz zur Sicherung der nachhaltigen Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Rentenversicherung (RV-Nachhaltigkeitsgesetz) (BT-Drs.: 15/2149, 15/2678)

Bereits mit der Rentenreform 2001 haben wir einen entscheidenden Schritt getan, um die gesetzliche Rente mittel- und langfristig zu akzeptablen Bedingungen für die zukünftigen Beitragszahler und Beitragszahlerinnen zu sichern. Neue Studien zur zukünftigen Entwicklung der Lebenserwartung gehen aber davon aus, dass diese weitaus stärker ansteigen wird als bislang angenommen. Dieses macht weitere Anpassungen notwendig, denn immer längere Rentenbezugszeiten können nur in engen Grenzen von immer weniger Beschäftigten finanziert werden und führen so zu höheren Belastungen.

Hier ist aber im besonderen Maße der Grundsatz der Generationengerechtigkeit zu beachten. Die Jüngeren dürfen nicht mit zu hohen Beiträgen überfordert werden; denn nur dann haben diese die Möglichkeit, die notwendige eigenverantwortliche ergänzende Altersvorsorge auch zu betreiben. Gleichzeitig muss das Vertrauen der Älteren in eine auskömmliche Rente erhalten bleiben.

- Vor diesem Hintergrund erscheint es maßvoll, bei der Höhe der Rentenanpassung zukünftig auch das zahlenmäßige Verhältnis von Beitragszahlern und Rentnern mit zu berücksichtigen. Durch den sog. Nachhaltigkeitsfaktor wird dieses erreicht. Er wirkt aber nicht voll, sondern überträgt die Veränderungen nur zum Teil auf die Rentner.
- Durch eine Sicherungsklausel wird gewährleistet, dass die Rentenanpassung im Osten mindestens mit dem Wert der Rentenanpassung im Westen erfolgt.

- Mit der Niveausicherungsklausel stellen wir begleitend sicher, dass das Rentenniveau auch in Zukunft nicht mehr als notwendig absinkt: Sinkt das Nettorentenniveau vor Steuern in der Prognose unter den Wert von 46 % (bis 2020) bzw. 43 % (bis 2030), so hat die Bundesregierung dem Parlament geeignete Schritte vorzuschlagen, um ein Absinken zu vermeiden.
- Die besondere rentenrechtliche Begünstigung von längerer schulischer Ausbildung ist nicht länger zu finanzieren. Die Bewertung der Zeiten mit schulischer Ausbildung nach Vollendung des 17. Lebensjahres (bis zu drei Jahre) mit bis zu 75% des Durchschnittsverdienstes entfällt für Rentenzugänge ab 2009; für Rentenzugänge in den Jahren 2005 bis 2008 erfolgt eine Abschmelzung.
- Mit der stufenweisen Heraufsetzung der frühest möglichen Inanspruchnahme einer „Altersrente wegen Arbeitslosigkeit und nach Altersteilzeit“ vom vollendeten 60. auf das vollendete 63. Lebensjahr setzen wir ein Zeichen, die übermäßige Frühverrentungspraxis zu beenden und ältere Arbeitnehmer nicht länger aus den Betrieben zu verdrängen. Von einer übereilten Anhebung der Regelaltersgrenze haben wir abgesehen, da die ungünstige Beschäftigungssituation älterer Arbeitnehmer dem derzeit entgegen steht.

Durch diese Maßnahmen wird erreicht, dass der Beitragssatz bis 2020 nicht über 20 % und bis 2030 nicht über 22 % steigen wird.

Eine wirkungsgleiche Übertragung dieser Maßnahmen auf die Beamtenversorgung ist notwendig, damit die Pensionäre nicht gegenüber den Rentnerinnen und Rentnern besser gestellt werden.

Gesetz zur Neuordnung der einkommensteuerrechtlichen Behandlung von Altersvorsorgeaufwendungen und Altersbezügen (Alterseinkünftegesetz)

(BT-Drs.: 15/2150, 15/2986 und 15/3230)

Mit Urteil vom 6. März 2002 hat das Bundesverfassungsgericht den Gesetzgeber verpflichtet, die unterschiedliche Besteuerung von Beamtenpensionen und Renten aus den gesetzlichen Rentenversicherungen neu zu regeln und eine Gleichbehandlung aller Versorgungsempfänger sicherzustellen. Nach der Entscheidung des Bun-

desverfassungsgerichts ist es nicht zulässig, dass Pensionen voll zu versteuern sind, während Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung nur mit dem Ertragsanteil der Besteuerung unterliegen. Mit dem Alterseinkünftegesetz werden diese Verpflichtung durch das Bundesverfassungsgericht umgesetzt und zusätzlich wesentliche Verbesserungen für die private und betriebliche Altersvorsorge geschaffen. Die Regelungen sind am 1. Januar 2005 in Kraft getreten.

Zukünftig werden Leibrenten (Altersrenten, Erwerbsminderungsrenten, Hinterbliebenenrenten) erst dann versteuert, wenn diese ausgezahlt werden:

- Wer bis Ende 2005 erstmalig eine Rente bezieht, unterliegt zu 50 % der Besteuerung.
- Bei einem Rentenbezug ab 2006 wird der steuerlich zu erfassende Anteil der Rente für jeden neu hinzukommenden Rentnerjahrgang bis zum Jahr 2020 in Schritten von 2 %-Punkten auf 80 % und anschließend in Schritten von 1 %-Punkt bis zum Jahr 2040 auf 100 % angehoben.
- Jeder Rentner behält „seinen“ Festbetrag, der von der Besteuerung ausgeschlossen bleibt, ein Leben lang.

Für Versicherte in der Beitragsphase (Aktive) wird die steuerliche Berücksichtigung von Vorsorgeaufwendungen (Beiträge an die gesetzlichen Rentenversicherungen oder vergleichbare Versicherungen) verbessert:

- Mit dem Übergang zur nachgelagerten Besteuerung werden die Abzugsmöglichkeiten schrittweise erhöht – ab 2005 zunächst auf 60 % der innerhalb des Höchstbetrages gezahlten Beiträge einschließlich des Arbeitgeberanteils. In den folgenden Jahren wird dieser Satz jährlich um jeweils 2 %-Punkte angehoben, so dass die Aufwendungen ab 2025 zu 100 % abgezogen werden können. Entsprechend wächst der maximal als Sonderausgaben zu berücksichtigende Betrag von zunächst 12.000 Euro auf 20.000 Euro an.
- Für die übrigen Sozialversicherungsbeiträge (Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung) und andere Vorsorgeaufwendungen (z. B. private Haftpflicht- und Risikoversicherungen) gilt daneben ein separater Höchstbetrag.

- Mit einer Günstigerprüfung wird sichergestellt, dass alle Steuerpflichtigen nach der Neuregelung mindestens so viel abziehen können wie nach altem Recht.

Die bisherige Ertragsanteilsbesteuerung findet weiterhin in den Fällen Anwendung, in denen ein (Spar-)Kapital, das vollständig aus versteuertem Einkommen gebildet wurde, verrentet wird. Die daraus resultierenden Ertragsanteile werden jedoch auf Grund veränderter Rahmenbedingungen herabgesetzt.

Die steuerliche Förderung der privaten kapitalgedeckten Altersvorsorge („Riester-Rente“) wird unbürokratischer gestaltet: Der Anbieter kann bevollmächtigt werden, für den Berechtigten den Zulagenantrag - auch noch für 2003 und 2004 - zu stellen. Dann braucht der Berechtigte nicht mehr jedes Jahr einen neuen Zulagenantrag stellen.

- Die Zahl der Kriterien, die eine Riester-Rente erfüllen muss, wird von elf auf fünf verringert. U. a. wird eine Einmalauszahlung in Höhe von 30 % des Kapitals gesetzlich zugelassen.
- Der Verbraucherschutz wird verbessert. Im Rahmen der vorvertraglichen Informationspflichten müssen die Anbieter künftig Angaben über die Anlagemöglichkeiten, die Struktur des Portfolios und das Risikopotential machen. Außerdem ermöglichen obligatorische Standardberechnungen seitens der Anbieter den Verbrauchern einen besseren Produktvergleich.
- Für Altersvorsorgeverträge, die nach dem 1. Januar 2006 abgeschlossen werden, sind geschlechtsneutrale Tarife, sog. „Unisex-Tarife“ vorgeschrieben. Diese sind notwendig, damit Frauen und Männer bei gleichen Beiträgen auch gleiche monatliche Leistungen erhalten.

Für den Bereich der Betrieblichen Altersvorsorgung erfolgen folgende Neuregelungen:

- Weitgehender Übergang zur nachgelagerten Besteuerung, um eine einkommenssteuerrechtlich unterschiedliche Behandlung der Produkte je nach Durchführungsweg und Ausgestaltung zu verringern. Für bestehende Zusagen bestehen Vertrauensschutzregelungen.

- Die Mitnahmemöglichkeit erworbener Betriebsrentenanwartschaften bei einem Arbeitgeberwechsel wird erheblich verbessert (sog. Portabilität).
- Während der Elternzeit oder des Krankengeldbezuges erhalten die Beschäftigten - im Rahmen der Entgeltumwandlung - nunmehr das Recht, während dieser Zeiten eigene Beiträge zum Aufbau ihrer Betriebsrente zu leisten.

Organisationsreform in der gesetzlichen Rentenversicherung (BT-Drs.: 15/3654, 15/3824)

Nur eine wirtschaftliche, effektive und bürgernahe Rentenversicherung wird den Interessen der Beitragszahler und Rentner gerecht. Die im Jahr 2005 in Kraft getretene Neustrukturierung der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung beendet eine quälende jahrzehntelange Diskussion und schafft die dafür nötigen Grundlagen. Die überholte Unterscheidung zwischen Arbeiter- und Angestelltenversicherung wird aufgegeben. Dadurch werden alle Versicherten orts- und bürgernah nur noch einen gemeinsamen Ansprechpartner haben. Durch die Einführung eines Benchmarkings müssen sich die Rentenversicherungsträger einem Wettbewerb um die wirtschaftlichste Aufgabenerfüllung stellen. Dadurch werden die Bearbeitungsdauer von Anträgen beschleunigt, Verwaltungskosten weiter reduziert und eingeleitete Fusionsbestrebungen forciert. Dieses kommt den Beitragszahlern zugute.

Erstes Gesetz zur Änderung des Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetzes (BT-Drs.: 15/5314, 15/5488)

Mit Beschluss vom 23. Juni 2004 hat das Bundesverfassungsgericht die im Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz (AAÜG) geregelte Begrenzung von rentenrelevanten Entgelten für bestimmte Personen, die in leitenden Positionen der DDR besonders hohe Verdienste erzielt haben, für unvereinbar mit dem Grundgesetz erklärt. Mit dem Ersten Gesetz zur Änderung des Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetzes wurde die Begrenzungsregelung neu gefasst. Begrenzt werden nunmehr nur noch diejenigen Zeiten, in denen insbesondere solche Funktionen im Parteiapparat der SED, in der Regierung oder im Staatsapparat ausgeübt

wurden, die auch eine faktische oder rechtliche Weisungsbefugnis gegenüber dem MfS bzw. dem AfNS umfassten. Ebenso werden auch Zeiten in Funktionen auf den höchsten Ebenen des so genannten Kadernomenklatorsystems der DDR einbezogen. Mit der Neuregelung wurden die Gestaltungsspielräume, die vom Bundesverfassungsgericht aufgezeigt wurden, vollständig ausgeschöpft. Damit wird zumindest für den jetzt noch erfassten Personenkreis die Anerkennung von politisch überhöhten Entgelten in der Rentenversicherung vermieden.

VI. Unfallversicherung

Gesetz zur Änderung des Sozialgesetzbuches und anderer Gesetze

(BT-Drs.: 15/812, 15/1199)

Während im Allgemeinen die Beiträge in der gesetzlichen Unfallversicherung langfristig überwiegend gesunken sind, besteht in bestimmten strukturschwachen Branchen eine gegenläufige Tendenz. Dieses betrifft insbesondere die Bauwirtschaft. Mit dem Gesetz zur Änderung des Sozialgesetzbuches und anderer Gesetze erfolgte u. a. eine Neuregelung des Lastenausgleiches in der gewerblichen Unfallversicherung, um eine solidarischere Lastenverteilung zwischen den Gewerbebranchen zu erreichen. Das anfängliche Entlastungsvolumen betrug 50 Mrd. Euro jährlich, wobei dieses mit fortschreitender Dauer abnimmt. Das Gesetz ist am 1. Januar 2004 in Kraft getreten.

Gesetz zur Verbesserung des unfallversicherungsrechtlichen Schutzes bürgerschaftlich Engagierter und weiterer Personen (BT-Drs.: 15/3439, 15/4051)

Ohne ehrenamtliches Engagement wäre unsere Gesellschaft um vieles ärmer. Wer sich engagiert, übernimmt Verantwortung, setzt sich aber auch gesundheitlichen Gefahren und Risiken aus. Ab 2005 werden daher insbesondere diejenigen ehrenamtlich Tätigen den Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung genießen, die in Vereinen oder Verbänden im Auftrag oder mit ausdrücklicher Einwilligung von Gebietskörperschaften (z. B. Kommunen) oder Kirchen tätig werden. Versichert sind danach z. B. die Mitglieder einer Bürgerinitiative, die im Auftrag einer Kommune einen Spielplatz bauen und hierfür eine Patenschaft übernehmen. Daneben können gemeinnützige Organisationen, z. B. Sportvereine, ihren gewählten Ehrenamtträgern auf freiwilliger Basis diesen kostengünstigen und umfassenden Unfallversicherungsschutz verschaffen.

Gesetz zur Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch (BT-Drs.: 15/5669)

Während im letzten Jahre die Beiträge in der gesetzlichen Unfallversicherung allgemein gesunken sind, besteht in den strukturschwachen Branchen – insbesondere der Bauwirtschaft – weiterhin eine gegenläufige Tendenz. Um der negativen finanziellen Entwicklung in diesen hoch belasteten Branchen nachhaltig entgegenzuwirken, wird der branchenübergreifende Lastenausgleich zwischen den gewerblichen Berufsgenossenschaften erneut nachjustiert:

- Der Grenzwert für die Ausgleichsberechtigung von gewerblichen Berufsgenossenschaften wird abgesenkt.
- Diese Ausgleichsberechtigung setzt voraus, dass die Berufsgenossenschaft auch einen internen Solidarausgleich zwischen ihren hoch und niedrig belasteten Gewerbezweigen durchführt.
- Das Volumen des internen Solidarausgleichs muss eine gesetzlich festgelegte Mindestgröße erreichen und darf das Volumen der externen Ausgleichsmittel nicht unterschreiten.

Nach bisherigen Berechnungen wird das Entlastungsvolumen zugunsten der Bauwirtschaft für 2005 bei ca. 100 Mio. Euro liegen, Tendenz in den Folgejahren ansteigend.

(Das Gesetz bedarf noch der Zustimmung des Bundesrates)

VII. Reform der Sozialhilfe

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (BT-Drs.: 14/4595, 14/5146)

Zum 1. Januar 2003 ist die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung eingeführt worden, die bereits 2001 beschlossen worden war. Ziel dieser neuen Leistung ist es, älteren Menschen sowie Menschen mit Behinderungen aus der sog. verschämten Armut herauszuhelfen. Die nun erstmals vorliegende Statistik belegt, dass das Ziel erreicht wird: 50 % der Leistungsberechtigten der Grundsicherung haben vorher keine Sozialhilfe in der Form der Hilfe zum Lebensunterhalt bezogen.

Erreicht wurde die Bekämpfung der verschämten Armut auch durch die Erhöhung der Grenzen für den Rückgriff auf die Einkommen der Kinder bzw. der Eltern auf 100.00 Euro im Jahr. Zudem ist es die Aufgabe der Rentenversicherungsträger, antragsberechtigte Personen über die Grundsicherung zu informieren, sie zu beraten und sie bei der Antragstellung – auch durch die Weiterleitung des Antrages an den zuständigen Träger der Grundsicherung – zu unterstützen.

Die Höhe der bedarfsorientierten Grundsicherung folgt der Hilfe zum Lebensunterhalt; sie setzt sich zusammen aus dem jeweiligen Regelsatz (derzeit beträgt der Eck-Regelsatz 345 EUR/monatlich in den alten und 331 EUR/monatlich in den neuen Bundesländern) sowie der Übernahme der tatsächlichen Miet- und Heizkosten, soweit diese angemessen sind.

Die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung ist seit der Sozialhilfereform Teil des Sozialhilferechts im SGB XII.

Gesetz zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch

(BT-Drs.: 15/1514, 15/1734, 15/2260)

Die auf dem Prinzip der Einzelfallhilfe beruhende Sozialhilfe ist mit der Dauerbelastung der langanhaltenden Arbeitslosigkeit überfordert gewesen. Darüber hinaus

haben sich seit der Einführung im Jahr 1962 weitere Rahmenbedingungen der Sozialhilfe verändert, insbesondere die Struktur der Familien und ihr Zusammenhalt. Etwa 2,8 Millionen Menschen haben Ende 2003 Sozialhilfe in der Form von Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU) bezogen. Mit der Einführung der Grundsicherung für Arbeitssuchende zum 1. Januar 2005 verlassen alle erwerbsfähigen Leistungsberechtigten (rd. 90 % aller Leistungsberechtigten) die HLU, so dass diese nun wieder ihre ursprüngliche Funktion übernehmen kann, in Einzelfällen unterstützend tätig zu werden.

- Dazu wurden die Aktivierungselemente gestärkt, damit niemand dauerhaft von staatlicher Unterstützung abhängig bleiben muss. Verbesserte Beratungsleistungen und schriftliche Leistungsabsprachen zwischen Berechtigtem und Träger stehen als Instrumente zur Verfügung. Leistungen können bis hin zu einem Förderplan gestaltet werden. Gerade die Potenziale von Selbsthilfe sollen mobilisiert und ausgebaut werden. Die Träger der Sozialhilfe sind aufgerufen, für Alleinerziehende ausreichend Tagesbetreuungsplätze für deren Kinder zur Verfügung zu stellen.
- Ebenfalls sind die Regelsätze unter Einbeziehung bisheriger Einmalzahlungen und unter Berücksichtigung der Haushaltsstrukturen neu fest gesetzt worden. Alleinerziehende sind beispielsweise nun besser gestellt. Einmalzahlungen gibt es etwa nur noch bei mehrtägigen Klassenfahrten oder für die Erstausrüstung bei Geburt eines Kindes. Die Eckregelsätze beruhen auf statistischen Erkenntnissen über die unteren Einkommensgruppen und betragen in den alten Bundesländern mindestens 345 Euro im Monat, in den neuen Ländern mindestens 331 Euro. Diese Regelsätze sind Referenzsystem sowohl für die Grundsicherung für Arbeitssuchende als auch für die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung.
- Durch die Pauschalierung vieler Einmalzahlungen fallen viele bisher notwendige Anträge weg. Dies führt wie einige andere Änderungen zu Verwaltungsvereinfachung vor Ort, dabei haben wir die Forderungen von Praktikern umgesetzt. Fehlende Regelungen zu Lebenspartnerschaften werden ergänzt.
- Darüber hinaus wird das Prinzip "ambulant vor stationär" auch im Sozialhilferecht weiter umgesetzt, wodurch Unterbringung in Einrichtungen weniger häufig erforderlich wird. Für Menschen mit Behinderungen haben wir das sog. trägerübergrei-

fende persönliche Budget eingeführt. Den Missbrauch der Sozialhilfe im Ausland haben wir beendet.

(Wer ab dem 1. Januar 2005 sozialhilfeberechtigter Bewohner einer stationären Einrichtung mit eigenem Einkommen wird, bekommt - wie alle ambulanten Leistungsempfänger bisher auch – den Barbetrag, das früher sogenannte Taschengeld. Mit der Fortführung des Zusatzbarbetrages, den bis 31. Dezember 2004 Berechtigte weiterhin erhalten, wollen wir soziale Härten verhindern. Mit dieser Übergangslösung wird die Gleichbehandlung von Sozialhilfeberechtigten in und außerhalb von Heimen (so wie sie von den Kommunen als Kostenträger gefordert worden ist) jetzt zeitlich gestreckt hergestellt. Demnach behalten die bisherigen Sozialhilfeberechtigten in Heimen, die über ein eigenes Einkommen verfügen, den Anspruch auf einen Zusatzbarbetrag von maximal 44,50 Euro zusätzlich zum Barbetrag von bis zu 88,50 Euro. Das gilt auch für diejenigen, die bis zum 31. Dezember 2004 in Einrichtungen, wie die stationäre Pflege, gekommen sind. Der Barbetrag, den alle Sozialhilfeberechtigten in Heimen erhalten, bleibt unberührt.)

VIII. Teilhabe und Rehabilitation behinderter Menschen

Nach jahrelangem Stillstand haben wir mit dem SGB IX den größten Reformprozess einer Politik für Menschen mit Behinderung seit 30 Jahren eingeleitet. Damit haben wir die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass Menschen mit Behinderungen ihr Leben möglichst selbstbestimmt und eigenverantwortlich gestalten können. Gemeinsam mit den behinderten Menschen und ihren Verbänden ist ein Paradigmenwechsel eingeleitet, um die umfassende Teilhabe behinderter Menschen am gesellschaftlichen Leben zu verwirklichen. Diesen Reformprozess haben wir fortgesetzt.

Persönliches Budget für Menschen mit Behinderungen (BT-Drs.: 15/1514, 15/1734, 15/2260)

Mit der Sozialhilfereform 2003 haben wir das trägerübergreifende persönliche Budget gesetzlich eingeführt. Zunächst in einer Erprobungsphase bis 2007 können Menschen mit Behinderung, die dies wollen, alle Leistungen trägerübergreifend eigenverantwortlich verwenden. Damit bestimmen sie eigenständig, welche Dienstleistungen sie in welcher Form und von welchem Anbieter in Anspruch nehmen wollen.

Gesetz zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen (BT-Drs.: 15/1783, 15/2357, 15/2830)

Mit diesem Gesetz fördern wir die Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen. Dazu sind Regelungen beschlossen worden, die die betriebliche Prävention stärken, die Integrationsdienste weiter entwickeln sowie die Beratungsmöglichkeiten für Arbeitgeber verbessern. Auch Möglichkeiten der Integration schwerbehinderter Menschen in den ersten Arbeitsmarkt wurden verstärkt.

Insbesondere haben wir folgende Maßnahmen beschlossen:

- Verbesserung der Möglichkeiten für eine betriebliche Ausbildung behinderter junger Menschen,
- Verbesserung der Beratung, Information und Unterstützung der Arbeitgeber zur Beseitigung von Einstellungshindernissen und zur Sicherung der Beschäftigung,
- Förderung des Verbleibes im Betrieb durch frühzeitige betriebliche Prävention („Rehabilitation statt Entlassung“),
- Verbesserung der Arbeitsmöglichkeiten der Schwerbehindertenvertretung,
- Beibehaltung der Beschäftigungspflichtquote von 5 % der Beschäftigten eines Betriebes,
- Verbesserung der Instrumente zur Förderung des Übergangs schwerbehinderter Menschen aus den Werkstätten für behinderte Menschen in den allgemeinen Arbeitsmarkt.

Mit der Verhinderung des sog. „Lex Lufthansa“ haben sich wir uns gegen CDU/CSU und FDP durchgesetzt, so dass keine Ausnahme von der Beschäftigungspflichtquote zugelassen wird. Die geforderte Ausnahmeregelung für Luftverkehrsunternehmen konnte als unbegründbar zurückgewiesen werden, da Schwerbehinderte bereits jetzt als Bordpersonal eingesetzt werden.

IX. Armuts- und Reichtumsberichterstattung (BT-Drs.: 15/5015)

Mit dem von der Bundesregierung im Frühjahr 2005 vorgelegten Bericht „Lebenslagen in Deutschland - Zweiter Armuts- und Reichtumsbericht“ wurde nunmehr zum zweiten Mal eine langjährige Forderung der SPD umgesetzt, wonach eine umfassende Darstellung der Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie der Teilhabe in zentralen Lebensbereichen (Arbeit, Bildung, Gesundheit, Wohnen) notwendig ist, um Strategien zur Bekämpfung sozialer Ausgrenzung und zur Verbesserung gesellschaftlicher Teilhabe zu entwickeln. Mit dem zweiten Bericht kommt die sozialdemokratisch geführte Bundesregierung auch den Forderungen nach einer Verbesserung der Datenlage nach.

Im Mittelpunkt der öffentlichen Diskussion um den Bericht steht die Entwicklung der Einkommens- und Vermögensverhältnisse: Hier ist festzustellen, dass der Anstieg der Einkommensarmut aus der gestiegenen Arbeitslosigkeit resultiert. Im Zentrum aller politischen Aktivitäten muss daher stehen, die Bedingungen für mehr Beschäftigung zu verbessern und Erwerbslose bei ihren Bemühungen, Arbeit zu finden, zu fördern.

Die Erkenntnisse des Berichtes bestärken uns darin, Sozialpolitik nicht nur auf Transferleistungen zu reduzieren, sondern im Sinne einer Aktivierung dafür zu sorgen, dass eine tatsächliche Teilhabe an den gesellschaftlichen Möglichkeiten erfolgen kann. Die beschlossenen Maßnahmen der letzten zwei Jahre (Verbesserung der Vermittlungschancen auf dem Arbeitsmarkt für Langzeitarbeitslose; Ausbau der frühkindlichen Kinderbetreuung, um eine Vereinbarkeit von Familie und Beruf herzustellen; verstärkte Anstrengungen, um gerade die Bildungschancen von Kindern aus sozial benachteiligten Familien zu erhöhen) zielen auf die im Bericht beschriebenen Defizite und werden in den nächsten Jahren ihre Wirkung entfalten.

Bei der Frage der Einkommensentwicklung muss in der gesellschaftlichen Diskussion klar gemacht werden, welche gesellschaftlichen Akteure für welche Instrumente der Verteilungspolitik verantwortlich sind. Trotz aller Erfolge der Steuerreform bei der Entlastung der Menschen im unteren Einkommensbereich kann Steuerpolitik die sich

über den Arbeitsmarkt ergebende Lohnspreizung und eine sinkende Lohnquote nur begrenzt korrigieren.