

## **Antrag**

**der Abgeordneten Anton Schaaf, Silvia Schmidt (Eisleben), Anette Kramme, Elke Ferner, Doris Barnett, Petra Ernstberger, Karin Evers-Meyer, Dr. Edgar Franke, Martin Gerster, Iris Gleicke, Angelika Graf (Rosenheim), Kerstin Griese, Hans-Joachim Hacker, Bettina Hagedorn, Michael Hartmann (Wackernheim), Gabriele Hiller-Ohm, Petra Hinz (Essen), Christel Humme, Josip Juratovic, Oliver Kaczmarek, Angelika Krüger-Leißner, Ute Kumpf, Gabriele Lösekrug-Möller, Kirsten Lühmann, Katja Mast, Thomas Oppermann, Mechthild Rawert, Stefan Rebmann, Karin Roth (Esslingen), Marlene Rupprecht (Tuchenbach), Ulla Schmidt (Aachen), Franz Thönnies, Dr. Frank-Walter Steinmeier und der Fraktion der SPD**

### **Den demographischen Wandel bei den Aufwendungen für Leistungen zur Teilhabe in der gesetzlichen Rentenversicherung besser berücksichtigen**

Der Bundestag wolle beschließen:

#### **I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:**

Die gesetzliche Rentenversicherung erbringt nach § 9 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie ergänzende Leistungen, um den Auswirkungen einer Krankheit oder Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und so Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wieder einzugliedern.

Diese Leistungen dienen der Umsetzung des Prinzips „Rehabilitation vor Rente“: Die optimale medizinische Betreuung der Versicherten sowie ihre berufliche und soziale Wiedereingliederung müssen stets im Vordergrund aller Bemühungen der Sozialversicherungsträger stehen. Eine Rente soll daher grundsätzlich erst gezahlt werden, wenn alle sinnvollen und zumutbaren Rehabilitationsmöglichkeiten ausgeschöpft sind.

Dabei ist sozialmedizinisch unumstritten, dass ältere Versicherte einen höheren Bedarf an Leistungen zur Teilhabe haben: Etwa 75 Prozent der Rehabilitationsleistungen entfallen auf die Altersgruppe der 45- bis 65-Jährigen. Allein demographisch bedingt wachsen nunmehr die geburtenstarken Jahrgänge in ein Alter, in dem Rehabilitationsleistungen verstärkt nachgefragt werden. Dieser steigende Reha-Bedarf drückt sich bei alternden Belegschaften nicht nur in zunehmenden Fallzahlen, sondern auch in einer höheren Behandlungsintensität aus. Zudem ist angesichts der zunehmenden Verdichtung der Arbeit die Zahl der psychischen Erkrankungen, die mit sehr kostenintensiven Leistungen einhergehen, deutlich angestiegen. Im Ergebnis ist so von 2005 bis 2010 die Zahl der

Anträge auf Leistungen zur Teilhabe bei der Rentenversicherung von 1,636 Millionen auf 2,082 Millionen angestiegen.

Demgegenüber ist seit 1997 der Umfang der Ausgaben der Rentenversicherungsträger für Leistungen zur Teilhabe nach § 220 Absatz 1 in Verbindung mit den §§ 287b, 68 Absatz 2 SGB VI begrenzt: Die jährlichen Ausgaben werden entsprechend der voraussichtlichen Entwicklung der Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer festgesetzt. Überschreiten die Ausgaben am Ende eines Kalenderjahres den für dieses Kalenderjahr bestimmten Betrag, wird das Budget des jeweiligen Bereichs im zweiten Kalenderjahr nach Überschreiten der Ausgaben um den Überschreibungsbetrag vermindert, so dass das Haushaltsvolumen bereits für die Folgejahre vorbelastet ist.

Diese Fortschreibung der maximal zulässigen Ausgaben für Teilhabe nach der Bruttolohnentwicklung ist nicht sachgerecht. Neben dem steigenden Anteil älterer Rehabilitanden auf der Ausgabenseite wirken auf der Einnahmeseite die Ausweitung des Niedriglohnssektors sowie die hohe Zahl Teilzeit- und geringfügig Beschäftigter der Erhöhung der Bruttolöhne und -gehälter je Beschäftigten (und damit der Entwicklung der Ausgaben für Teilhabe) entgegen. Die Deutsche Rentenversicherung geht daher davon aus, dass die Finanzierbarkeit des sozialmedizinisch notwendigen Rehabilitationsbedarfes nach der geltenden Rechtslage nicht mehr möglich sein wird.

Die Deutsche Rentenversicherung hat Maßnahmen zur Kostendämpfung im Bereich der Rehabilitation unternommen; u. a. durch den Ausbau der ambulanten Rehabilitation und die Verkürzung der Rehabilitationsdauer. Gleichwohl haben die Rentenversicherungsträger zunehmend Probleme, ihren Auftrag aus § 9 SGB VI, Leistungen zur Teilhabe zu erbringen, um das vorzeitige Ausscheiden der Versicherten aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wieder einzugliedern, in dem gebotenen Umfang zu erfüllen.

Das Problem ist mittlerweile sozialpolitisch unumstritten: Der Bundesrat hat am 23. September 2011 eine entsprechende Entschließung gefasst, in der er die Bundesregierung auffordert, Vorschläge vorzulegen, wie die Leistungen zur Teilhabe gesichert werden können (Bundratsdrucksache 384/11). Die Bundesregierung selbst hat sich in ihrem Nationalen Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention verpflichtet, „die Notwendigkeit einer Anhebung des Reha-Deckels [zu] prüfen“ („Unser Weg in eine inklusive Gesellschaft“, Hrsg. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Berlin, September 2011, S. 17).

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

1. umgehend einen Gesetzentwurf vorzulegen, der die Vorschläge der Selbstverwaltung in der Deutschen Rentenversicherung Bund aufgreift, wonach sich der Anpassungsmechanismus künftig nicht allein an der Entwicklung der durchschnittlichen Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer orientieren, sondern auch die demographische Entwicklung und die Verlängerung der Lebensarbeitszeit als Folge der schrittweisen Anhebung der Regelaltersgrenze berücksichtigen soll. Bis zum Jahr 2018 würde so eine maximale Erhöhung des Reha-Deckels um rund 5 Prozent oder rund 300 Mio. Euro gegenüber der derzeitigen Fortschreibung erreicht; danach sinken die demographiebedingten Mehrausgaben wieder, so dass diese Modifikation der Fortschreibung beitragsatzneutral zu realisieren wäre;
2. Vorschläge vorzulegen, wie die Regelung des § 220 SGB VI zur Ermittlung der jährlichen maximalen Ausgaben für Leistungen zur Teilhabe anhand objektiver Kriterien und entsprechend dem tatsächlichen Bedarf an Teilhabeleistungen geändert werden kann;

3. zugleich die Weiterentwicklung der vorhandenen Präventionsleistungen voranzutreiben; denn nur mit entsprechenden Präventions- und Rehabilitationsleistungen haben ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer eine Chance, bis zum Erreichen der Altersgrenze im Erwerbsleben verbleiben zu können.

Berlin, den 8. Februar 2012

**Dr. Frank-Walter Steinmeier und Fraktion**

