

Reha vor Rente – Überblick der Altersvorsorge in den D-A-CH- Ländern

Verfasser: Staatssekretär a. D. Neithart Neitzel

Was kann man in der Altersvorsorge in Deutschland (D), Österreich(A) und der Schweiz (CH) voneinander lernen, und welche Rolle spielt dabei die medizinische Rehabilitation? Das war die Fragestellung des 9. Business Dinners Reha von Softsolution anlässlich des Hauptstadtkongresses in Berlin im Juni. Der etwas sperrige genaue Titel lautete: „Alles neu: Gesetzliche, betriebliche und private Altersvorsorge – und wer ist zuständig für „Reha vor Rente“? Heraufsetzung des Rentenalters und ihre Auswirkungen für die Prävention und Rehabilitation – Perspektiven in den Nachbarländern“. Sechs Experten aus den D-A-CH-Ländern diskutierten intensiv unter Leitung von **Prof. Dr. Günter Neubauer** und des ehemaligen Ersten Direktors der DRV Baden-Württemberg, **Hubert Seiter**. Das allgemeine Fazit: Jedes Land könne von den beiden anderen lernen.

Den Auftakt im Hotel Adlon machten drei Referate.

Das erste hielt **Ruth Humbel, Nationalrätin** und Mitglied der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Schweizer Nationalrats. Wichtigster Unterschied zu Deutschland ist, dass die Reha von der Kranken- oder Unfallversicherung, nicht von der Altersvorsorgeversicherung (in Deutschland: DRV) finanziert wird. In der Schweiz wird das Risiko von Invalidität und Alter durch Bundesgesetze über die Invalidenversicherung, die Alters- und Hinterlassenen(Hinterbliebenen)versicherung und die berufliche Vorsorge geregelt. Der Schutz vor den Folgen einer Krankheit oder eines Unfalls erfolgt über das



Das 9. 'Softsolution Business Dinner' vom 20.6.17 wurde in Zusammenarbeit mit der Schweizer Botschaft veranstaltet.

Krankenversicherungs- und über das Unfallversicherungsgesetz. Die Invalidenversicherung handelt nach dem Grundsatz: Eingliederung vor Rente,



Vortrag von Nationalrätin Ruth Humbel im Adlon

wozu als eine Form auch medizinische Maßnahmen (aber nicht die umfassende Rehabilitation) gehören können.

Das Schweizer Rentensystem besteht aus drei Säulen: der AHV (Alters- und Hinterlassenen- Versicherung, die der Existenzsicherung dient und umlagefinanziert ist), den Pensionskassen nach dem Berufs-Vorsorge-Gesetz (das die Fortsetzung der gewohnten Lebenshaltung ermöglicht und kapitalgedeckt finanziert ist) und der privaten Vorsorge (die auf freiwilliger Basis die individuelle Ergänzung kapitalgedeckt darstellt).



Nationalrätin Ruth Humbel im Gespräch mit Prof. Dr. G. Neubauer, Hubert Seiter, R. Tolksdorf (Softsolution)

Für das Jahr 2020 strebt die Schweiz eine Reform dieses Systems an: Bei der Altersrente und Pensionszahlung soll es individuellere Gestaltungsmöglichkeiten geben mit einem Bezug zwischen 62 und 70 Jahren und Teilrenten für eine gleitende Pensionierung. Dazu soll die Altersvorsorge durch eine leichte Erhöhung der Mehrwertsteuer und ein höheres Engagement des Bundes gestärkt werden. Flankierende Maßnahmen sind für die berufliche Vorsorge (Pensionskassen) geplant. Allerdings steht diese Reform unter dem Vorbehalt einer Volksabstimmung im September 2017 – und es gibt Gegner der Reform.

Primärprävention ist in der Schweiz keine Leistung der Kranken-, aber eine der Unfallversicherung. Rehabilitation wird wie die Akutbehandlung durch die Krankenversicherung finanziert: in

Listenspitälern trägt die Krankenkasse 45 %, der Kanton 55 % der Kosten. Der Trend geht zwar zur ambulanten Reha, aber in der stationären Reha ist Spitalbedürftigkeit erforderlich. Ziel der Reha ist die Integration in den Arbeitsmarkt oder die Befähigung zu einem selbständigen Leben im Alter. Reha wird nicht von der Altersvorsorge finanziert.



Generaldirektor Dr. W. Pinggera und Peter Weiß, MdB

Das zweite Referat hielt **Generaldirektor Dr. Winfried Pinggera von der Pensionsversicherungsanstalt** in Österreich zum Thema „Prävention vor Reha vor Frühpension“. Bei einem Beitragssatz zur Pensionsversicherung von 22,8 % beträgt der Aufwand 30 Mrd. Euro, davon 8 Mrd. Staatszuschuss. Pensions-, Kranken- und Unfallversicherung sind berufsständisch organisiert: Die Versicherungsanstalten der Bauern, für Eisenbahn und Bergbau umfassen alle drei Bereiche, die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter Kranken- und Unfallversicherung, die Versicherungsanstalt des Notariates die Pensionsversicherung und die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft Pensions- und Krankenversicherung. Neben der Pensionsversicherung gibt es neun Gebiets- und fünf Betriebskrankenkassen, daneben die allgemeine Unfallversicherungsanstalt. Die Pensionsversicherungsanstalt ist für die gesamte Rehabilitation zuständig: medizinische, berufliche und soziale Reha. In der medizinischen Reha ist die Abgrenzung zur Akutmedizin z.T. schwierig, z.B. bei Alkoholkrankheit oder Gelbsucht.

16 bis 20 % der Fälle in der Alterspension resultieren aus geminderter Arbeitsfähigkeit. Bei geminderter Arbeitsfähigkeit können Angestellte und Arbeiter, die Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditätspension beziehen, wenn sie dem Berufsschutz unterliegen, nur auf Berufsfelder mit ähnlicher Ausbildung und Kenntnissen verwiesen

werden, während Versicherte ohne Berufsschutz auf den gesamten Arbeitsmarkt verwiesen werden können. Probleme: Im Zeitraum 2000 bis 2010 nahmen die Zugänge der unter 50-jährigen Versicherten in der Invalidität um 44,6 % zu, und medizinische Reha war nur als freiwillige Leistung der Pensionsversicherung vorgesehen.



Hubert Seiter und Peter Weiß, MdB

Eine Lösung brachte das Pilotprojekt „Fit für die Zukunft“ (2008 bis 2012), das eine proaktive Beratung in den Betrieben und niedrigschwellige Betreuung durch „Fit 2 work“-Beratungen mit Zuweisung durch den Pensionsversicherungsträger bei Gefahr der Berufsunfähigkeit vorsah sowie eine Antragsperre bei Ablehnung eines Antrages auf Frühpensionierung. Seit dem 1. Januar 2014 gilt für die Jahrgänge ab 1964 darüber hinaus, dass grundsätzlich Reha-Geld durch die Krankenversicherung gezahlt wird. Dadurch sind die Frühpensionierungen gesenkt worden.

Ein besonderes Problem ist die Entwicklung der Indikationen: Während 2005 noch 31 % der Reha-Maßnahmen auf Krankheiten des Bewegungsapparates zurückgingen, waren es 2016 nur noch 20 %. Bei den psychiatrischen Erkrankungen gab es eine Steigerung von 27 % in 2005 auf 38 % in 2016. Maßnahmen der beruflichen Reha haben beim Gesamteintrittsalter bisher wenig Erfolg gezeigt, weil die betroffenen Versicherten in Bezug auf die Reha zu spät auftauchen. Aber die proaktive Beratung im Betrieb kann die Früherkennung von Reha-Bedarf verbessern, und das System soll im Zuge eines Case Managements engmaschiger werden. Außerdem wäre eine Früherkennung durch einen automatisierten Datenaustausch zwischen Kranken- und Pensionsversicherung zu optimieren.

Das letzte Referat kam von **Peter Weiß, MdB**, rentenpolitischer Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion. Er wies zunächst darauf hin, dass Rehabilitation für Berufstätige in Deutschland von der Rentenversicherung, für alle anderen Menschen von der Krankenversicherung geleistet werde. Weiß führte aus, dass in der auslaufenden Legislaturperiode zahlreiche rentenpolitische Entscheidungen getroffen worden seien, bei denen medizinische Reha oft eine Rolle gespielt habe: Wegen der Demographie sei der Budgetdeckel in der Rentenversicherung angehoben worden. Durch das Flexirentengesetz seien Prävention, Kinder- und Jugend-Reha und Nachsorge zu Pflichtleistungen gemacht und im Rahmen von Modellprojekten ein freiwilliger Gesundheitscheck für über 45-Jährige vorgesehen worden. Auch in der kommenden Wahlperiode würden Prävention und Rehabilitation eine große Rolle spielen, weil z. B. 43 % der Erwerbsminderungsrentner vor Rentenbeginn keine medizinische Rehabilitation gehabt hätten. Das Arbeitsverhältnis könne leichter über die Regelaltersgrenze hinaus verlängert werden, ab 63 Jahren könne eine Teilrente bezogen werden, bei der 6.300 Euro pro Jahr ohne Anrechnung verdient werden könnten, während überschüssige Beträge im Verhältnis 40 (Staat) zu 60 (Rentner) aufgeteilt würden. Mit dem Flexirentengesetz – so Weiß – sei der Grundsatz „Prävention vor Reha vor Rente“ umgesetzt worden.

Zu Beginn der anschließenden Podiumsdiskussion

lobte Hubert Seiter zunächst die Politik:

Sie habe mit dem Flexirentengesetz „geliefert“. Damit wurden nicht nur die Voraussetzungen geschaffen für einen individuellen Übergang von der Erwerbstätigkeit in die Rentenphase. Insbesondere wurden auch die Grundlagen für eine Präventions- und Rehabilitationsoffensive gelegt, die dazu beitragen soll, mehr „ältere“ Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer **länger – ganz oder teilweise – im Erwerbsleben zu halten.**



Podiumsdiskussion - von links nach rechts: Dr. U. Wandschneider, Thomas Keck, Ruth Humbel, Hubert Seiter, Dr. Pinggera, Peter Weiß, Dr. Till Hornung. Stehend: Thomas Bublitz

Dieser Paradigmenwechsel fordere und privilegiert alle: „ältere“ Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer erhalten die Möglichkeit länger gesünder - ihrem Leistungsvermögen entsprechend - hinzuverdienen und damit auch ihre Rentenanwartschaften zu steigern.

Kluge Arbeitgeber sichern sich Fachkräfte auf altersgerechten Arbeitsplätzen.

Und nicht zuletzt die Rentenversicherungsträger. Sie haben vom Gesetzgeber eine präventions- und rehapolitische Steilvorlage erhalten. Nunmehr sind sie in der Lage und gefordert, in den Betrieben offensiv für ihre qualifizierten Präventions- und Reha-Angebote zu „werben“!

Nachdem **Dr. Rosemann**, rentenpolitischer Sprecher der SPD, bereits in der März-Veranstaltung ein **konsequentes Umsetzungscontrolling** angekündigt hat, sind wir heute gespannt, welche Erwartungen sein CDU-Kollege **Peter Weiß** im Hinblick auf die aktuellen Renten- und Reha-Gesetze hat.

Dr. Winfried Pinggera sagte, Österreich könne bei der Finanzausstattung der Reha von der Schweiz und bei der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) von Deutschland lernen. Er beneide Deutschland bezüglich des deutlich höheren Renteneintrittsalters. Modellhafte Reformbemühungen in Österreich hätten gezeigt, dass der Begriff „Rente“ erst ins Spiel gebracht werden darf, wenn umfassend und konsequent betriebene Wiedereingliederungsbemühungen erfolglos waren. Beim regelmäßigen Kontakt mit Arbeitgebern könnten diese motiviert werden, Arbeitsplätze umzugestalten oder altersgerechte Arbeitsplätze einzurichten.

Thomas Keck, Erster Direktor der DRV Westfalen, sagte, der Trend gehe von der Frühberentung zu einem flexiblen Renteneintritt. Die Prävention sei für die Rentenversicherung eine neue Aufgabe. Deutschland könne von Österreich und der Schweiz beim Casemanagement lernen. Die DRV müsse verstärkt auf die Versicherten und auf die Arbeitgeber



Dr. U. Wandschneider, Thomas Keck

zugehen. „Abholende statt abwartende Reha“ sei gefordert. Er forderte, dass jeder Versicherte, der eine Rente wegen Erwerbsminderung beantragt, eine umfassende Beratung bzw. ein Angebot zur Rehabilitation erhalten müsse.

Diskutiert werden müsse in der DRV

auch die konsequente Weiterentwicklung der „Renteninformation / Rentenauskunft“. Notwendig seien regelmäßige „Leistungsauskünfte“ inkl. möglicher Präventions- und Rehabilitationsansprüche.

Dr. Ulrich Wandschneider, Vorsitzender des Aufsichtsrats der Asklepios-Kliniken GmbH, wies darauf hin, dass die Kliniken in Deutschland sehr engagiert bei der Entwicklung von MBOR-Konzepten mitgewirkt haben. Im Ergebnis sei aber zu viel Zeit gebraucht worden um deren Inhalte und die Finanzierung abzustimmen.

Er erwarte, dass die vom Gesetzgeber geforderten neuen Präventionsmodelle deutlich schneller abgestimmt und umgesetzt werden. Die Rehabilitationskliniken sind dazu bereit und in der Lage. Zeitgleich müssen allerdings die Finanzierungsmodalitäten ausreichend geklärt werden. Der „Gesundheitscheck ab 45“ sei sinnvoll, müsse schnell erprobt und im Anschluss konsequent als Regelleistung ohne Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren eingeführt werden. Nur dann werde sich der im FlexiG verfestigte Grundsatz „Prävention vor Reha vor Rente“ durchsetzen.

Dr. Till Hornung, CEO der Kliniken Valens in der Schweiz, sagte, Reha sei kein „Verhinderungsprogramm“ um Folgekosten zu sparen („Reha vor Rente“, „Reha vor Pflege“), sondern insbesondere

ein „**Ermächtigungsprogramm**“ um Patienten in ihrer Funktionalität zu verbessern und (sekundär-tertiär-) präventiv wirksam zu sein. Reha trägt dazu bei kostenintensive Interventionen der Akutmedizin nachhaltig abzusichern und die übergeordneten Outcomes zu verbessern. Es könne zudem Antworten auf viele, die Erwerbsfähigkeit betreffende Fragen geben. In der Schweiz werde eine enge Verbindung von Rehaeinrichtungen zu Akutspitälern aufgebaut, um Reha- und Akutärzten wechselseitige Hospitationsmöglichkeiten und einen engeren Austausch zu eröffnen. Der in Deutschland mit dem FlexiG eingeführte „Gesundheitscheck für Arbeitnehmer ab 45“ sei sehr zielführend. Damit werde sukzessive die Prävention und die Rehabilitation bei den Betroffenen und in den Betrieben zum Thema. Den mit dieser Veranstaltung eingeleiteten Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen Deutschland, Österreich und der Schweiz begrüße er sehr.



Hubert Seiter, Dr. Till Hornung, Generaldirektor Dr. W. Pinggera

Frau Ruth Humbel betonte, auch in der Schweiz müssten Invaliden- und Krankenversicherung noch viel enger und abgestimmter zusammenwirken, wenn es um den Erhalt der Arbeitsfähigkeit der Versicherten geht. Dabei gehe es auch um flankierende präventive und rehabilitative Maßnahmen. Die Altersrente hingegen sei einzig für die Rente und nicht für die Rehabilitation zuständig. Über individuellere Gestaltungsmöglichkeiten der Altersrente und über eine gleitende Pensionierung gäbe es im Herbst eine Volksabstimmung.

Mit großem Interesse verfolge sie, ob bzw. wie die Reformbemühungen in Deutschland greifen. Ein vertiefender Informations- und Erfahrungsaustausch sei sehr zu begrüßen.

Aus dem **Publikum** kamen die Forderungen, das Rehabudget der Rentenversicherung abzuschaffen. Die Renten- vor allem aber die Krankenversicherung solle sich verstärkt das integrierte System der Unfallversicherung (Berufsgenossenschaften) zum Vorbild nehmen. Mit Nachdruck beforscht werden müsse der Wert von Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen.

Prof. Dr. Boris Augurzky, RWI Essen, verwies darauf, dass die Nutzenbewertung von Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen aktuell eines, wenn nicht das herausfordernde Forschungsthema von Gesundheitsökonomien sei. Das verwundere nicht. Eine immer älter werdende Gesellschaft müsse alles tun, um Menschen länger erwerbsfähig zu halten bzw. deren Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Wenn Reha einen großen Nutzen habe, mache der Reha-Deckel keinen Sinn. Bei einem guten Kosten-Nutzen-Verhältnis würde kein vernünftiger Mensch eine Kostendeckelung fordern, wenn dabei dann auch impliziert der Nutzen gedeckelt wird.

Thomas Bublitz, BDPK, verwies darauf, dass viele Studien belegt hätten, dass sich Investitionen in Prävention und Rehabilitation vielfach lohnen. Die Möglichkeiten, die das FlexiG eröffne seien Herausforderungen, denen sich die Rehabilitationskliniken gerne stellen.

Prof. Günter Neubauer, IfG München, kann sich vorstellen, dass ein Anspruch auf besondere Präventions- bzw. Rehamassnahmen für ältere Arbeitnehmer förderlich wäre, um sie länger im Erwerbsleben zu halten.

Peter Weiß forderte, den betriebsärztlichen Dienst zu stärken, auch im psychosomatischen Bereich.

Vor dem Hintergrund der gerade durchgeführten Sozialwahlen auf die Rolle der Selbstverwaltung angesprochen, führte er aus:

„gewählte Selbstverwaltungsorgane der DRV könnten selbstverständlich den Anspruch haben, das Limit ihrer Reha-Ausgaben zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit selbst festlegen zu wollen“

Dieser bemerkenswerten Aussage sei – so **Hubert Seiter** – nichts hinzuzufügen.

Er bedankte sich abschließend bei allen Referenten, den Podiumsteilnehmern und dem aufmerksamen Publikum.

Ein besonderer Dank gelte **Softsolution**, die wieder ein hochrangig besetztes und weiterführendes Podium zusammengebracht haben.

Einen sehr gelungenen Abschluss fand die Veranstaltung durch das Buffet im Adlon und parallel den Empfang in der Residenz der Schweizerischen Botschaft.

Die Botschafterin **Christine Schraner Burgener** referierte in ihrer Begrüßungsrede sehr kundig über die länderübergreifenden demografischen Heraus-



Frau Botschafterin Christine Schraner Burgener

forderungen einer immer älter werdenden Gesellschaft. „Gesünder länger leben und arbeiten“ sei für viele nicht nur ein persönliches Anliegen, um auch im fortgeschrittenen Alter noch mit einem auskömmlichen Einkommen am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu können. Auch für die Finanzierbarkeit der Sozialsysteme sei dies ein, wenn nicht das herausragende Zukunftsthema. Die länderübergreifende Diskussion erprobter Modelle und Bewältigungsstrategien sei dabei von großer Bedeutung.

Es bildeten sich in der gemütlichen Atmosphäre beim Buffet im Adlon und parallel in der Schweizer

Botschaft spontan „runde Tische“, die den von der Botschafterin angeregten Erfahrungsaustausch einleiteten.

Die tolle musikalische Begleitung durch **Frau Prof. Johanna Dömötör** und **Frau Deborah Tolksdorf** forderte nicht nur einige Reha-Experten heraus, sich auch musikalisch einzubringen.

Der Höhepunkt des Abends war es schlussendlich, als **Frau Botschafterin Schraner Burgener** zur Geige griff und alle begeisterte.



Schweizer Botschafterin, Prof. Johanna Dömötör, Deborah Tolksdorf