

**Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung**  
**Wortprotokoll**  
75. Sitzung

**Berlin, den 23.09.2004, 15:00 Uhr**  
**Sitzungsort: Reichstag, SPD-Fraktionssaal 3 S001**  
**Berlin**

**Vorsitz: Klaus Kirschner, MdB**  
**teilweise Wolfgang Zöllner, MdB**

**TAGESORDNUNG:**

**Tagesordnungspunkt**

Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz

BT-Drucksache 15/3681

Anlage  
Anwesenheitsliste  
Sprechregister

**Anwesenheitsliste\***

**Mitglieder des Ausschusses**

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses

Stellv. Mitglieder des Ausschusses

**SPD**

Dreßen, Peter  
Hovermann, Eike  
Kirschner, Klaus  
Lewering, Eckhart  
Lohmann, Götz-Peter  
Lotz, Erika  
Mattheis, Hilde  
Ober, Erika, Dr.  
Reimann, Carola, Dr.  
Schmidbauer, Horst  
Schmidt, Silvia  
Schönfeld, Karsten  
Schösser, Fritz  
Spielmann, Margrit, Dr.  
Stöckel, Rolf  
Volkmer, Marlies, Dr.  
Wodarg, Wolfgang, Dr.

Bätzing, Sabine  
Büttner, Hans  
Elser, Marga  
Friedrich, Lilo  
Gradistanac, Renate  
Haack, Karl-Hermann  
Heß, Petra  
Hoffmann, Walter  
Jäger, Renate  
Kühn-Mengel, Helga  
Lehn, Waltraud  
Marks, Caren  
Mützenich, Rolf, Dr.  
Roth, Karin  
Rupprecht, Marlene  
Schaich-Walch, Gudrun  
Zöllmer, Manfred Helmut

**CDU/CSU**

Bauer, Wolf, Dr.  
Brüning, Monika  
Butalikakis, Verena  
Faust, Hans Georg, Dr.  
Hennrich, Michael  
Hüppe, Hubert  
Lanzinger, Barbara  
Michalk, Maria  
Müller, Hildegard  
Sehling, Matthias  
Spahn, Jens  
Storm, Andreas  
Strebl, Matthäus  
Weiß, Gerald  
Widmann-Mauz, Annette  
Zöllner, Wolfgang

Bietmann, Rolf, Dr.  
Blumenthal, Antje  
Falk, Ilse  
Fischbach, Ingrid  
Fuchs, Michael, Dr.  
Grund, Manfred  
Kaupa, Gerlinde  
Laumann, Karl-Josef  
Luther, Michael, Dr.  
Meckelburg, Wolfgang  
Meyer, Doris  
Philipp, Beatrix  
Reiche, Katherina  
Seehofer, Horst  
Singhammer, Johannes  
Weiß, Peter

**B90/GRUENE**

Bender, Birgitt  
Deligöz, Ekin  
Kurth, Markus  
Selg, Petra

Höfken, Ulrike  
Vogel-Sperl, Antje, Dr.

**FDP**

Bahr, Daniel  
Kolb, Heinrich L., Dr.  
Thomae, Dieter, Dr.

Kauch, Michael  
Lenke, Ina  
Parr, Detlef

\*) Der Urschrift des Protokolls ist die Liste der Unterschriften beigegefügt.

**Bundesregierung**

**Bundesrat**

**Fraktionen und Gruppen**

<b>Sprechregister Abgeordnete</b>	<b>Seite/n</b>	<b>Sprechregister Sachverständige</b>	<b>Seite/n</b>
Vors. Abg. <b>Klaus Kirschner</b> (SPD)	5,9,13,14,17,19	SV <b>Dr. Heinz Stapf-Finè</b> (Deutscher Gewerkschaftsbund)	5
Abg. <b>Erika Lotz</b> (SPD)	5	SV <b>Dr. Stefan Etgeton</b> (Verbraucherzentrale Bundesverband)	6,8
Abg. <b>Horst Schmidbauer</b> (Nürnberg) (SPD)	6	SV <b>Dr. Hans-Jürgen Ahrens</b> (Bundesverband der allgemeinen Ortskrankenkassen)	6,7,9,10,13,14,15,16,19,20,21,23,24
Abg. <b>Eckhart Lewering</b> (SPD)	7	SV <b>Martin Plass</b> (VdAK/AEV)	6,15,16,20,21
Abg. <b>Dr. Erika Ober</b> (SPD)	7,8	SV <b>Rolf Stuppardt</b> (Bundesverband der Innungskrankenkassen)	7,14
Abg. <b>Hilde Mattheis</b> (SPD)	9	SV <b>Dr. Volker Leinbach</b> (Verband der privaten Krankenversicherung)	7,8,18,21,25
Abg. <b>Wolfgang Zöllner</b> (CDU/CSU)	10,19,20,22,26	SV <b>Dr. Dirk von der Heide</b> (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger)	9,14,15
Abg. <b>Andreas Storm</b> (CDU/CSU)	10	SV <b>Hans-Peter Knaut</b> (Bundesversicherungsanstalt für Angestellte)	9
Abg. <b>Annette Widmann-Mauz</b> (CDU/CSU)	11	SV <b>Michael Schweiger</b> (Bundesagentur für Arbeit)	9,14,15,16,17,20
Abg. <b>Verena Butalikakis</b> (CDU/CSU)	13	SV <b>Götz Hartmann</b>	10
Abg. <b>Jens Spahn</b> (CDU/CSU)	13,14	SV <b>Gerhard Schulte</b>	11,12,26
Abg. <b>Birgitt Bender</b> (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	14,15,16,17	SV <b>Alexander Gunkel</b> (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände)	13,16,24
Abg. <b>Dr. Dieter Thomae</b> (FDP)	17,19	SV <b>Klaus-Dieter Voß</b> (Bundesverband der Betriebskrankenkassen)	17,20,22
Abg. <b>Dr. Heinrich Kolb</b> (FDP)	18	SV <b>Dr. Wilfried Beckmann</b> (Freier Verband Deutscher Zahnärzte)	17,24
Abg. <b>Daniel Bahr</b> (Münster) (FDP)	18	SV <b>Dr. Dr. Jürgen Weitkamp</b> (Bundeszahnärztekammer)	18
Abg. <b>Götz-Peter Lohmann</b> (SPD)	20	SV <b>Heinz Windisch</b> (Verband der Krankenversicherten Deutschlands)	22,25
Abg. <b>Dr. Carola Reimann</b> (SPD)	20	SV <b>Dr. Axel Reimann</b> (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger)	22,23
Abg. <b>Dr. Marlies Volkmer</b> (SPD)	21	SV <b>Dr. Jürgen Fedderwitz</b> (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung)	22,25,26
Abg. <b>Karsten Schönfeld</b> (SPD)	22		
Abg. <b>Gerald Weiß</b> (Groß-Gerau) (CDU/CSU)	22,23		
Abg. <b>Michael Hennrich</b> (CDU/CSU)	23		
Abg. <b>Maria Michalk</b> (CDU/CSU)	23		
Abg. <b>Matthias Sehling</b> (CDU/CSU)	26		

## Tagesordnungspunkt

Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz

BT-Drucksache 15/3681

Beginn der Sitzung: 15.00 Uhr

Vorsitzender Abg. **Klaus Kirschner** (SPD): Meine Damen und Herren, ich darf Sie herzlich begrüßen und unsere Öffentliche Anhörung des Ausschusses damit eröffnen. Es geht hier, und dazu haben wir Sie eingeladen, um einen Gesetzentwurf zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz auf BT-Drucksache 15/3681. Wir sind als Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung federführend. Wir haben am 10.9. diesen Gesetzentwurf im Ausschuss eingeführt und den Beschluss gefasst, dass wir heute eine Öffentliche Anhörung dazu durchführen. Ich darf mich gleich zu Beginn auch bei den Sachverständigen, die unserer Einladung gefolgt sind, herzlich bedanken, dass sie uns Rede und Antwort stehen und ihren Sachverstand einbringen, damit wir ihre Meinung zu diesem vorliegenden Gesetzentwurf bekommen, soweit sie dies nicht schon schriftlich gemacht haben. Ich darf darauf hinweisen, dass wir 13 schriftliche Stellungnahmen bekommen haben, die den Ausschussmitgliedern alsbald zur Verfügung gestellt wurden. Sie gehören mit zu den Beratungsunterlagen für heute.

Die meisten von Ihnen kennen unser Verfahren. Zum einen darf ich Sie bitten, die Mikrofone zu benutzen sowie Namen und Verband zu nennen, denn wir machen eine Bandabschrift. Den Ausschussmitgliedern wird dann so schnell wie möglich das Wortprotokoll zur Verfügung gestellt. Und zum zweiten, wir haben ein Zeitkontingent für die Fraktionen vereinbart, das kennen Sie alles: Für die zwei großen Fraktionen je zweimal 24 Minuten und für die anderen Fraktionen je zwölf Minuten.

Nun können wir gleich einsteigen in die Frageunde. Es beginnt die Fraktion der SPD, und ich darf Frau Kollegin Lotz um ihre Frage bitten.

Abg. **Erika Lotz** (SPD): Meine erste Frage richtet sich an den DGB und an den Verbraucherzentrale Bundesverband. Wie beurteilen Sie die beabsichtigte Rückkehr zur prozentualen Beitragserhebung im Vergleich zu der einkommensunabhängigen Kopfpauschale? Und wie beurteilen Sie den Sozialausgleich bei der zu ändernden Regelung und bei der Rückkehr zur solidarischen Versicherung?

SV Dr. **Heinz Stapf-Finé** (Deutscher Gewerkschaftsbund, DGB): Der DGB begrüßt die vorgesehene Rücknahme der kleinen Kopfpauschale. Sie hätte allein für die Finanzierung des Zahnersatzes 7,50 Euro gekostet. Dazu wäre noch einmal ein Aufschlag in Höhe von etwa 2,50 Euro gekommen, also 10 Euro, die allein von den Versicherten zu zahlen gewesen wären. Für einen Gutverdiener ist das kein großes Problem, aber im Bereich von kleinen und geringen Verdienern hätte das natürlich zu einer gewissen sozialen Schieflage geführt. Insofern begrüßen wir eindeutig den Versuch der Abkehr von der kleinen Kopfpauschale. Zudem begrüßen wir, dass der Zahnersatz weiterhin im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen bleiben soll und somit der schleichenden Privatisierung von Kassenleistungen Einhalt geboten wird.

Wir wollten in dem Zusammenhang noch einmal darauf hinweisen, dass es keinerlei gesundheitspolitische Begründung für diese Maßnahme gibt, denn bereits bei den Anhörungen zum Gesundheitssystem-Modernisierungsgesetz haben die Sachverständigen zu Protokoll gegeben, dass die Eigenverantwortung in Form der Eigenfinanzierung durch die Versicherten keinerlei Vorteil bei der Zahngesundheit bringt. Das wurde deutlich bei dem Vergleich mit der Schweiz, wo wir das seit Jahren haben und festgestellt wurde, dass dort der Zustand der Zahngesundheit der Bevölkerung nicht besser ist als bei uns. Deshalb würden wir es auch begrüßen, wenn diese ersten Schritte, nämlich Abkehr von der Kopfpauschale und Rückkehr zum Leistungskatalog der

GKV, begleitet würden durch eine Rückkehr zu einer wirklich solidarischen Finanzierung.

Damit komme ich zu dem zweiten Teil Ihrer Frage. Solidarische Finanzierung aus Arbeitnehmersicht würde auch bedeuten: eine Rückkehr zur paritätischen Finanzierung. Mir hat noch kein Ökonom glaubhaft machen können, wie diese ‚rechte-Hand-linke-Hand-Politik‘ zu wirtschaftlichem Aufschwung führen soll. Denn wir haben es damit zu tun, dass Ausgabenbelastungen von einer Hand in die andere Hand verschoben werden. Dadurch werden aber keinerlei ökonomische Ressourcen frei, die sinnvoll ökonomisch verwendet werden könnten. Das könnte man nur mit Strukturformen erreichen. Da hätte es schon bei dem GMG die Möglichkeit gegeben, zu mehr Wettbewerb unter den Leistungserbringern zu kommen. Deswegen noch einmal unser Appell an alle im Bundestag vertretenen Parteien, an den Verhandlungstisch zurückzukehren und bei den Strukturformen den entscheidenden Durchbruch nicht länger hinauszuzögern.

**SV Dr. Stefan Etgeton** (Verbraucherzentrale Bundesverband, vzbv): Sie werden vom Verbraucherzentrale Bundesverband sicher nicht erwarten, dass er in Begeisterung ausbricht, wenn Versicherte zusätzlich belastet werden bzw. wenn eine einseitige Belastung der Versicherten zugunsten der Arbeitgeberseite nachvollzogen wird. Das ist aber bereits im GMG beschlossen. Wir haben uns seinerzeit auch zu dieser Umverteilung kritisch geäußert. Wir haben schon damals in unserer Stellungnahme zum GMG die vorgesehene Regelung zum Zahnersatz dahingehend kritisiert, dass sie nach unserer Einschätzung nur zum Schein mit dem Begriff Eigenverantwortung verknüpft ist, weil uns die steuernden Wirkungen dieser Regelung nicht einsichtig waren. Letztlich ging es um eine Umverteilung, wobei die Effekte, die Sozialeffekte, und damit komme ich zum zweiten Teil der Frage, bei dem pauschalen Betrag sicher deutlich negativer sind als die – und insofern begrüßen wir die jetzige Klarstellung – einkommensabhängige prozentuale Erhebung dieses Sonderbeitrages. Das hat aus unserer Sicht den positiven Verteilungseffekt, dass die, die mehr verdienen, auch mehr einzahlen. Dies ist in jedem Falle vorzuziehen, wenn gleich wir sicher nicht begeistert sind, dass hier die paritätische Finanzierung zu Lasten der Versicherten aufgegeben wird.

Abg. **Horst Schmidbauer** (Nürnberg) (SPD): Meine Frage richtet sich an die Spitzenverbände der GKV. In der Anhörung zum Gesundheitsmodernisierungsgesetz gaben die Spitzenverbände der Krankenkassen seinerzeit an, mit einer Kopfpauschale in Höhe von 4,30 Euro je Versicherten und 6,30 Euro je Mitglied den Zahnersatz absichern zu können. In der Zwischenzeit haben wir gesehen, dass in der Öffentlichkeit andere und höhere Beträge gehandelt wurden, teilweise über 10 Euro, als einkommensunabhängige Kopfpauschalen. Welche Veränderungen sind es denn aus Ihrer Sicht, die zu diesen gravierenden Abweichungen oder Differenzen in den zurückliegenden Monaten geführt haben?

**SV Dr. Hans-Jürgen Ahrens** (Bundesverband der allgemeinen Ortskrankenkassen, AOK): Diese Zahlen sind Spekulationen gewesen. Die Spitzenverbände haben sich bemüht, sich daran nicht zu beteiligen, was nicht immer gelungen ist. Man muss sagen, hin und wieder ist nicht unterschieden worden zwischen dem Versicherten und dem Mitglied – was zu solchen Irritationen Anlass gegeben hat. Es gab auch keine festen Grundlagen, an Hand derer man eine genaue Auskunft hätte geben können. Uns lagen zu diesem Zeitpunkt noch nicht die Halbjahresergebnisse der KV 45 vor. Wir hatten die Vereinbarungen über die Höhe der Vergütung noch nicht getroffen, und insofern waren es Spekulationen. Aber es hat natürlich auch Veränderungen gegeben. Vom Jahre 2001 bis heute sind die Kosten für den Zahnersatz ganz erheblich gestiegen. Nachdem sie 2001 und 2002 überwiegend stagnierten, sind sie dann 2003 erheblich gestiegen, nämlich um 8 Prozent. Ich will allerdings nicht verhehlen, dass auch die Form des Beitragseinzuges eine Rolle spielen wird. Wir haben deutlich gemacht: Wenn es bei der jetzigen Ausgestaltung des Gesetzes bleibt, werden wegen der Einzelkonten, die dann notwendig sind, zusätzliche Verwaltungskosten von im Durchschnitt 0,80 bis 1 Euro je Mitglied anfallen. Das alles hat wohl insgesamt dazu geführt, dass es zu unterschiedlichen Äußerungen gekommen ist.

**SV Martin Plass** (Verband der Angestellten-Krankenkassen und Arbeiter-Ersatzkassen-Verband, VdAK/AEV): Ich möchte noch ergänzen, dass natürlich die Aussagen der Sachverständigen seinerzeit nicht reine Spekulation waren, sondern auf Grund von Fragestellungen

der Abgeordneten getätigt wurden, die dahin gingen, ob es nun günstiger wäre, sich in der PKV oder in der GKV zu versichern. Seinerzeit konnten die Sachverständigen auch noch nicht erahnen, was sich in dem Kompromiss von Regierungskoalition und Unionsfraktion ergeben würde. Da würde ich auch die Aussagen von Herrn Dr. Ahrens bezüglich des Beitragseinzuges teilen.

**SV Rolf Stuppardt** (Bundesverband der Innungskrankenkassen, IKK): Seinerzeit in den Anhörungen ist eindeutig von Ausgaben gesprochen worden und nicht von einer Absicherung künftigen Zahnersatzes einschließlich der Kosten. Es ist hier schon gesagt worden, dass wir zu den reinen Ausgabenpositionen von 6,30 Euro je Mitglied die Grundlohnsummenentwicklung hinzu rechnen müssen für 2004 und 2005. Wir müssen die Verwaltungskosten hinzu rechnen, zwischen 8 und 10 Prozent etwa, und – was eben schon gesagt worden ist – die Kosten für den Beitragseinzug, die sich um 1 Euro bewegen können. Darüber hinaus müssen wir bei den gegebenen Regelungen die möglichen Beitragsausfälle berücksichtigen, die sich ergeben können, wenn Beiträge nicht eintreibbar sind. Gehen wir davon aus, dass das pro 1 Million etwa 0,17 Euro ausmacht, und dass das 5 oder 6 Millionen sein könnten, was man ja nicht genau sagen kann, dann kommt man auf diese 10 Euro, wenn man dies alles addiert.

**Abg. Eckhart Lewering** (SPD): Meine Frage geht an die Spitzenverbände der Krankenkassen. Ich frage noch einmal nach zu der Frage, die mein Kollege Herr Schmidbauer eben gestellt hat, und möchte sie noch ein wenig erweitern. Zu welchen Schwierigkeiten würde die Beibehaltung der Rechtslage des GMG hinsichtlich der Einbeziehung eines fixen Beitrages für Zahnersatz bei den Krankenkassen führen? Wie hoch wären die Kosten für den Beitragseinzug bei Beibehaltung der Rechtslage? Und wie stellt sich das bei prozentualen, einkommensabhängigen Beiträgen dar?

**SV Dr. Hans-Jürgen Ahrens** (Bundesverband der allgemeinen Ortskrankenkassen, AOK): Wir haben schon bei der Beantwortung der ersten Frage versucht darauf hinzuweisen, dass wir einen wesentlichen Mangel des jetzt vorliegenden Gesetzes darin sehen, dass dort zwar

nahezu alles geregelt, aber ein Bereich ausgelassen ist, und zwar die Frage: Wie werden die Beiträge von den 17 Millionen Rentnern, Rehabilitanden und den vier Millionen Leistungsbeziehern der Bundesagentur für Arbeit eingezogen? Das ist ein Problem. Wenn das nicht geregelt wird, und zwar in dem Sinne, dass es von den dortigen Sozialversicherungsträgern durchgeführt wird, würde das bedeuten, dass wir für jedes einzelne dieser 20 Millionen Mitglieder Einzelkonten einrichten müssten. Wir müssten auch entsprechende Beitragsbescheide versenden. Das bedeutet einen zusätzlichen Aufwand, der in den Verwaltungskosten 0,80 bis 1 Euro ausmacht. Das ergäbe in der Summe, wenn wir zu den Verwaltungskosten die Kosten hinzurechnen, die für den Bereich Leistungsgewährung, -verträge und -finanzen anfallen, dass wir dann bei Kosten von 1,20 bis 1,60 Euro lägen. Die Versicherten hätten die Kosten für Daueraufträge zu tragen. Wir müssen auch damit rechnen, dass ein Großteil der Beiträge wegen der geltenden Pfändungsfreigrenzen gar nicht bei uns eingehen, wenn wir sie vollstrecken wollen. Diese Beitragsausfälle müssen dann natürlich von den übrigen Trägern der Versicherung mitgetragen werden. Sollte es zu einem prozentualen Beitrag kommen, dann haben wir diese Schwierigkeiten nicht. Man muss sagen, wenn man das jetzt umrechnen würde, lägen unsere Kosten in diesem Bereich bei 0,40 bis 0,60 Euro. Das wären dann auch die Kosten, die anfallen würden, wenn wir einen prozentualen Beitrag erheben würden.

**Abg. Dr. Erika Ober** (SPD): Meine Frage richtet sich an den Verband der privaten Krankenversicherung und an den Verbraucherzentrale Bundesverband. Was ist mit den gesetzlich Krankenversicherten, die im Vertrauen auf die Wahlmöglichkeit einer privaten Zusatzversicherung bereits Verträge abgeschlossen haben? Hier bestünde ab Vertragsbeginn eine doppelte Versicherung. Wie wird der notwendige Vertrauensschutz da sichergestellt?

**SV Dr. Volker Leienbach** (Verband der privaten Krankenversicherung, PKV): Ich glaube, dass der Vertrauensschutz nicht sichergestellt werden kann, weil wir im Vertrauen auf eine Regelung, die 90 Prozent der Abgeordneten beschlossen haben, in Form einzelner Unternehmen bereits an die Versicherten herangetreten sind. Wir haben ungefähr 500.000 Verträ-

ge, die Versicherte im Vertrauen auf diese Regelung abgeschlossen haben. Jetzt ist klar: Sollte diese Regelung gekippt werden – es zeichnet sich doch irgendwie ab – dann würde es in jedem Fall eine versichertenfreundliche Regelung geben. Die Tarife, die die PKV angeboten hat, sind regelhaft über denen, die – wie wir vermuten – von der GKV angeboten werden. Zum Teil sind schließlich 80 Prozent-Tarife darin enthalten. Das zeigt, dass die Versicherten wahrscheinlich doch einen höherwertigen Schutz haben wollten. Ich könnte mir also vorstellen, aber das ist eine unternehmensindividuelle Entscheidung, dass diese Tarife als Angebot in Zusatzversicherungen umgewidmet werden. Wenn ein Versicherter darauf bestehen sollte, dass er vom Vertrag zurücktritt, denke ich, dass es hier eine kundenfreundliche Regelung geben wird, aber das ist eine unternehmensindividuelle Entscheidung. In jedem Falle wird so die Verbandsempfehlung sein.

**SV Dr. Stefan Etgeton** (Verbraucherzentrale Bundesverband, vzbv): Es gibt tatsächlich etliche Verbraucher, die solche Verträge abgeschlossen haben, die auch bei uns in der Beratung auftauchen. Zum Teil berichten sie, dass ihnen diese Verträge mit der Ankündigung verkauft wurden, man müsse jetzt in Zukunft den Zahnersatz privat versichern, obwohl das für die gesetzliche Regelung so nicht stimmt. In der Regel ist es so – eigentlich ist das in allen Verträgen so –, dass die Sonderversicherung, die gesetzlich vorgeschrieben ist, verknüpft wird mit weiteren privaten Zusatzversicherungen, so dass sich die veränderte Rechtslage im Grunde auf diesen gesamten Vertragskomplex auswirkt, also auch auf die Zusatzversicherungen, die jetzt nicht gesetzlich geregelt sind. Ich sehe das etwas anders als die Vertreter der Versicherungswirtschaft. Ich denke schon, dass es seriös gewesen wäre, zunächst einmal die Situation auf Seiten der GKV abzuwarten, und dass es auch zu einer seriösen Versicherungsberatung gehört – wenn schon GKV und PKV in den Wettbewerb geschickt werden –, dass man dann die Angebote der Wettbewerber abwartet und die Versicherten über die Angebote der Wettbewerber auch mitinformiert oder sie sich zumindest informieren können. Das war zu dem Zeitpunkt gar nicht klar. Deshalb haben wir als Verbraucherzentralen den Versicherten und den Verbrauchern auch dringend abgeraten, solche Verträge abzuschließen. Wie viele Verträge es in

dem Bereich im Moment gibt, entzieht sich meiner Kenntnis. Es ist aber von 50.000 bis zu 500.000 die Rede. 500.000 halte ich für etwas zu hoch gegriffen. Wir wissen es aber nicht. Wir haben die Versicherungen natürlich auch aufgefordert, den Versicherten ein Rücktrittsrecht zu ermöglichen. Ich denke aber, dass auch hier der Gesetzgeber durchaus verbraucherfreundliche Regelungen schaffen kann, indem er ein Sonderkündigungsrecht für diese abgeschlossenen Verträge formuliert. Das müsste dann in dieses Gesetz aufgenommen werden.

Es gibt eine Analogie dazu im Solidaritätsstärkungsgesetz. Dort haben wir einmal eine ähnliche Situation gehabt, dass im Bereich des Zahnersatzes Leistungen privatisiert wurden, was dann zurückgenommen wurde. Dort ist in Artikel 19 ein Sonderkündigungsrecht gesetzlich vereinbart worden und wird den Verbrauchern sozusagen zur Verfügung gestellt. Das würde die Verbraucher in jedem Falle rechtssicher stellen und vermeiden, dass sie sich sozusagen auf die Kulanzentscheidungen der Versicherungsunternehmen verlassen müssten. Insofern empfehlen wir, eine solche Regelung in den Gesetzentwurf aufzunehmen.

**Abg. Dr. Erika Ober** (SPD): Ich habe noch eine Nachfrage an den Verband der privaten Krankenversicherer. Herr Etgeton hat es schon etwas angedeutet: Mit Raten und Abraten ist es nicht immer getan. Was gemacht wird, ist dann manchmal etwas anderes. Wir haben diese Verträge, die jetzt vorliegen. Sie haben gesagt, Sie bieten eine versichertenfreundliche Regelung an. Ich hätte gern von Ihnen präzisiert, was Sie darunter verstehen.

**SV Dr. Volker Leienbach** (Verband der privaten Krankenversicherung, PKV): Zunächst zu dem, was Herr Etgeton gesagt hat; daran knüpfen Sie auch an. Ich denke, dass ein privates Versicherungsunternehmen in der Pflicht ist – auch einen sozialpolitischen Auftrag hat –, die Nachfrage in der Bevölkerung, die sich an einem mit großer Mehrheit der Bundestagsabgeordneten verabschiedeten Gesetz orientiert, zu befriedigen. Auf die GKV zu warten – das Jahr ist fast um, muss man einmal sagen – das hieße, dass die PKV überhaupt nicht mehr in die Gänge gekommen wäre und der gewünschte Wettbewerb, den der Gesetzgeber beschlossen hat, in der Tat ins Leere gelaufen wäre.

Was die versichertenfreundliche Lösung angeht, Frau Dr. Ober, nach der Sie fragen, kann der Verband wirklich nur Empfehlungen geben. Die Unternehmen sind autonom, aber die Erfahrungen bei der letzten Runde, wo auch ein Gesetz zurückgenommen worden ist, zeigen, dass die PKV-Unternehmen da durchaus sensibel genug sind, kundenfreundliche Lösungen anzubieten: entweder in Form von Umwandlung der Verträge oder, wenn man es möchte, in Form von Rücktritt von den Verträgen. Aber das kann der Verband nicht verbindlich für jedes einzelne Unternehmen erklären. Er kann nur eine entsprechende Empfehlung im Sinne der Verbraucher aussprechen, wobei der Vertrauensschutz der Versicherungsunternehmen selbst dann allerdings auf der Strecke bleibt.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Meine Frage richtet sich an die Spitzenverbände der Krankenkassen, an den Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, an die BfA und an die Bundesagentur für Arbeit. Ich bitte um Auskunft darüber, ob hinsichtlich der Erhebung des erhöhten zusätzlichen Beitragssatzes ab 1. Juli 2005 Umsetzungsprobleme bestehen und ob es einen zusätzlichen Regelungsbedarf für einzelne Versichertengruppen gibt.

SV **Dr. Hans-Jürgen Ahrens** (Bundesverband der allgemeinen Ortskrankenkassen, AOK): Es gibt in diesem Fall keine Umsetzungsprobleme beim Einzug, denn das ist die bisherige Systematik des Beitragsrechts. Insofern bedarf es da auch keiner besonderen Regelung und keiner Ausnahmetatbestände.

SV **Dr. Dirk von der Heide** (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, VDR): Ich kann es auch ganz kurz machen. Aus Sicht des VDR gibt es keine Probleme bei der Umsetzung. Der Gesetzentwurf müsste allerdings bis Mai 2005 vorliegen, dann könnten wir ihn problemlos umsetzen.

SV **Hans-Peter Knaut** (Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, BfA): Wir sehen auch keine größeren Probleme, was die verwaltungsmäßige Umsetzung angeht. Wir haben relativ gut funktionierende, maschinelle Verfahren, gerade im Bereich der Krankenversi-

cherung der Rentner, die durch entsprechende Funktionserweiterungen dann auch für die Umsetzung dieses Gesetzes genutzt werden könnten. Wir haben hier natürlich den großen Vorteil, dass die Umsetzung des Gesetzes zum 1. Juli kommen soll, also gleichzeitig mit der Rentenanpassung. Das würde unsere Verfahren insoweit erleichtern, als wir uns der technischen Kapazitäten des Rentenservices der Post AG bedienen könnten, so dass das Ganze auch relativ kostengünstig abzuwickeln wäre. Das kommt dadurch, dass dies gleichzeitig der Anpassungszeitpunkt ist.

Ein Problem ist natürlich unter Umständen, das möchte ich in diesem Zusammenhang auch gar nicht verhehlen, dass die Rentenanpassung, die im nächsten Jahr voraussichtlich wieder positiv sein soll, unter Umständen dann für die Rentner als solche nicht mehr erkennbar sein wird. Es könnte durchaus so sein, dass viele Rentner dann die erhöhten Beiträge der Krankenkassen bzw. hier den zusätzlichen Beitrag für den Zahnersatz mit der Rentenanpassung vermischen und gegen die Rentenanpassungsbescheide Widerspruch einlegen. Wir rechnen mit einer erheblichen Anzahl von Widersprüchen und Klagen in diesem Zusammenhang. Aber das wird sich kaum vermeiden lassen.

SV **Michael Schweiger** (Bundesagentur für Arbeit, BA): Wir sehen auf der Grundlage dieses Gesetzentwurfs zum 1.7. nächsten Jahres keine Umsetzungsprobleme. Ich möchte an dieser Stelle – weil die Frage auch war, ob es einen zusätzlichen Regelungsbedarf für einzelne Versichertengruppen gibt – vielleicht noch auf ein Problem hinweisen, das nicht unmittelbar die Bundesagentur für Arbeit betrifft. Es geht um den Bezug von Leistungen, Strukturkurzarbeitergeld und Transferkurzarbeitergeld, wenn daneben keinerlei Arbeitsentgelt bezogen wird. Da müsste eine Regelung geschaffen werden, wie dann die entsprechenden 0,9 Prozentpunkte zu den Krankenkassen transferiert werden, denn über den § 28g SGB IV erfolgt der Abzug vom Gesamtsozialversicherungsbeitrag nur bei Arbeitsentgeltzahlung, aber in bestimmten Fällen fließt eben kein Arbeitsentgelt bei Bezug dieser Leistungen.

Vorsitzender Abg. **Klaus Kirschner** (SPD): Wir kommen jetzt zu den Fragen der Fraktion der CDU/CSU. Bitte schön, Herr Kollege Zöller.

Abg. **Wolfgang Zöllner** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die Spitzenverbände der Krankenkassen. Mich hat eine Äußerung etwas erregt, und zwar dass man hier von Spekulationen spricht. Abgeordnete müssen Entscheidungen treffen. Wenn sie Entscheidungen treffen, müssen sie sich auf die Zahlen verlassen, die sie gesagt bekommen. Um zu zeigen, dass das keine Spekulationen waren, darf ich aus dem Protokoll des Ausschusses für Gesundheit zitieren: „Johann-Magnus von Stackelberg (AOK-Bundesverband): Herr Abgeordneter, wir geben in den letzten beiden Jahren konstant 3,6 Milliarden für Zahnersatz aus. Wenn ich das auf die Mitglieder und je Monat umrechne, dann sind das 6 Euro pro Mitglied und Monat. Wenn ich das auf die Versicherten umrechne, dann sind das 4,30 Euro je Monat. Fairerweise muss ich noch die Verwaltungskosten dazurechnen, lassen Sie uns einmal 30 Cent schätzen.“ Das sind also keine Spekulationen, das sind Zahlen! Auf Grund dieser Zahlen haben wir Entscheidungen getroffen. Dann frage ich jetzt ganz ernsthaft: Was hat sich an dieser Größenordnung inzwischen geändert?

**SV Dr. Hans-Jürgen Ahrens** (Bundesverband der allgemeinen Ortskrankenkassen, AOK): Ich möchte natürlich nicht, dass die Erregung des Abgeordneten um sich greift, und deshalb etwas dazu sagen. Meine Hinweise auf die Spekulation bezogen sich nicht auf diese Zahlen, sondern meine Hinweise auf Spekulationen bezogen sich auf in die Landschaft gestreute andere Zahlen, wie z. B. 10 Euro, 11 Euro oder 12 Euro; das waren meine Hinweise auf Spekulationen. Was Herr von Stackelberg gesagt hat, hat er schon mit gutem Recht gesagt. Das entsprach auch den Tatsachen. Das war nach dem damaligen Stand der Erkenntnisse das, wovon wir ausgegangen sind. Das war auch unser Rat an Sie, so zu verfahren.

Was hat sich seitdem geändert? Es hat sich geändert – ich habe versucht, darauf hinzuweisen –, dass sich die Kosten für Zahnersatz weiterentwickelt haben. Ich habe außerdem darauf hingewiesen, dass die Verwaltungskosten sich anders darstellen. Wir konnten nicht davon ausgehen zum damaligen Zeitpunkt, dass hier ein besonderer Regelungsbedarf für Rentner und für Bezieher von Arbeitslosengeld entstehen würde, der die Verwaltungskosten jetzt höher erscheinen lässt, als das zum damaligen

Zeitpunkt erkennbar war. Insofern sind die Äußerungen, die damals getätigt wurden, im Licht der damaligen Erkenntnisse zutreffend.

Abg. **Andreas Storm** (CDU/DSU): Meine Frage geht an den Sachverständigen Herrn Schulte und an den Sachverständigen Herrn Hartmann. Nachdem wir nun schon so viele unterschiedliche Zahlen gehört haben: Können Sie uns bitte einmal vorrechnen, wie hoch der Beitrag für den Zahnersatz nach dem geltenden Recht ab dem Jahr 2005 ohne Einzeleinzug wäre? Da die Verwaltungskosten so eine große Rolle spielen und es jetzt wieder hieß, es gebe einen besonderen Regelungsbedarf bei Rentnern und Arbeitslosen: Wie hoch wären denn die Verwaltungskosten für die Zahnersatzversicherung mit bzw. ohne Quellenabzugsverfahren für Rentner und Arbeitslose? Wie ist das mit den von Herrn Dr. Stapf-Finé vorhin genannten 2 Euro Verwaltungskosten? Ist das eine seriöse Schätzung? Wie sieht es mit der von der Koalition immer wieder aufgestellten Behauptung aus, es gebe enorme Verwaltungskosten, die mit der geltenden Zahnersatzregelung verbunden seien im Vergleich zu anderen Verfahren? Gibt es dafür stichhaltige Belege oder sind es mündliche Verlautbarungen, die über den Daumen gepeilt worden sind?

**SV Götz Hartmann**: Ich kann den Kollegen Herrn Dr. Ahrens nur unterstützen. Vielleicht muss man bei den Berechnungen nach dem Rechnungsergebnis des Jahres 2003 noch einmal 180 Millionen auf den Zahnersatz aufrechnen. Teilt man die Summe durch die Anzahl der Mitglieder, kommt man ungefähr auf die Ergebnisse, wie teuer der Zahnersatz pro Mitglied ist. Man bewegt sich bei 6,22 oder 6,25 Euro. Das sind die Zahlen der Jahresrechnung 2003. Da liegen wir beim Zahnersatz bei 3,785 Mrd. Euro. Bei den Berechnungen der Spitzenverbände in der Anhörung zum GMG lagen wir bei 3,6 Mrd. Euro. 185 Mio. mehr geteilt durch die Anzahl der Mitglieder – dann kommt man zu dem Ergebnis.

Die zweite Frage: Wie hoch sind die Verwaltungskosten? Auf dem Jahrmarkt der Möglichkeiten haben wir noch einmal eine Möglichkeit eröffnet, und zwar als Kasse. Wir haben die 20 % Mahnung eingerechnet; das ist ungefähr doppelt soviel – für Sie als Ergänzung – wie z. B. Zahlungsausfälle bei Selbstzahlern. Wir haben großzügig gerechnet bei den Mahnun-

gen und kommen insgesamt auf 55 Cent pro Mitglied. Das bewegt sich, wenn das mit der Anzahl der Mitglieder multipliziert wird, im Bereich der ursprünglichen Schätzungen der GKV-Spitzenverbände, die auch bei 200 bis 250 Mio. Euro im Jahr lagen. Es ist aber weit entfernt von 1,20 Euro bis hin zu 3 Euro pro Mitglied. Es ist unserer Ansicht nach durchaus darstellbar, tolerierbar und spricht nicht gegen eine Prämie bei Zahnersatz.

Vielleicht noch eine Nachfrage von uns zum Referentenentwurf: Für uns war nicht nachvollziehbar – auch bei den Zahlen der Jahresrechnung –, wie der Sonderbeitrag Krankengeld bei 0,5 % berechnet ist. Wenn man die Jahresergebnisse nimmt, müsste man auf 0,7 bzw. 0,73 % kommen. Es kann sein, dass das etwas mit den Rentnern zu tun hat, aber hier wäre eine gewisse Transparenz angebracht. Abschließend noch eine kleine Bemerkung: Es ist natürlich wettbewerbsrechtlich sehr bedauerlich, was hier passiert, weil mit dem Referentenentwurf eine Gelegenheit verschenkt wird, die GKV in eine bessere Position gegenüber der PKV zu bringen und die Versicherten an eine sozusagen andere Form von Versicherung ein Stück weit zu gewöhnen. Nach unserer Überzeugung hätte so etwas auch die Stellung der GKV insgesamt und die Akzeptanz der GKV erhöht. Was wir wahrscheinlich, wenn es denn zu dem Gesetz kommt, das jetzt im Entwurf vorliegt, im zweiten Halbjahr erleben werden, sind ein Aufschwung und eine Wanderungsbewegung hin in die private Krankenversicherung, insbesondere von den Risiken, die an der Beitragsbemessungsgrenze liegen. Das wird dazu führen, dass sich das, was wir jetzt schon an den GKV-Zahlen feststellen, fortsetzt, nämlich dass sich die Durchschnittsausgaben und die Durchschnittseinnahmen insbesondere in dem Bereich der aktiv Beschäftigten auseinander entwickeln, weil die guten Risiken, die überproportional viele Einnahmen bringen und weniger Ausgaben verursachen, sich aus der GKV verabschieden.. Das muss man in der Folgenabschätzung dieses jetzigen Gesetzentwurfes bedenken.

**SV Gerhard Schulte:** Ich bin wie Herr Hartmann der Auffassung, dass die Verwaltungskosten doch in einer Größenordnung anzusetzen sind, die ursprünglich genannt worden ist. Gleichwohl ist vor dem Hintergrund der Diskussion über Verwaltungskosten in der gesetzlichen Krankenversicherung natürlich zu be-

denken, dass hier ein zusätzlicher Aufwand entsteht, der dann auch leicht thematisiert wird, wenn es wieder einmal angebracht ist, über die Verwaltungskosten der gesetzlichen Krankenversicherung kritisch zu sinnieren. Ich meine aber, dass wir ausgehend von den Jahreszahlen 2003 in der Tat mit Durchschnittskosten von 6,22 Euro zu rechnen haben. Dazu kommt eventuell ein geringfügiger Mehrbetrag auf der Grundlage der Einführung von Festzuschüssen, weil hier zum Teil auch Leistungen von der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt werden, die bisher nicht bezahlt werden mussten, und dann auch nach meiner Einschätzung ein Verwaltungskostenaufwand – bei der für 2005 auf der Grundlage der im GMG vorgesehenen Rechtslage – von nicht wesentlich über 60 Cent pro Mitglied.

**Abg. Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU):** Meine ersten Fragen richten sich an Herrn Sachverständigen Schulte. Wir haben jetzt gerade gehört: 6,25 Euro plus etwa 50 Cent; gehen wir einmal großzügig von ca. 7 Euro für die im Gesetz stehende Pauschale aus. Könnten Sie mir vielleicht noch einmal darlegen, wie sich die Mehrbelastung des Gesetzentwurfes der Bundesregierung bzw. der Koalition im Verhältnis zur geltenden Rechtslage insbesondere bei freiwillig Versicherten darstellt, wenn es zu der Zusammenlegung dieses Sonderbeitrags Zahnersatz und Krankengeld kommt? Wir haben gerade von Herrn Hartmann gehört, dass hier eine Benachteiligung oder eine Schlechterstellung der GKV im Hinblick auf die PKV zu befürchten ist. Wie beurteilen Sie die Belastung, die dort auf die Arbeitnehmerinnen, Arbeitnehmer und Rentner zukommt – ich meine dies insbesondere vor dem Hintergrund der vom Schätzerkreis prognostizierten Beitragsentwicklung und ansonsten auch gemessen an einer Vorverlagerung der Belastung in das Jahr 2005 – im Verhältnis zu den Entlastungen z. B. durch Steuerzuflüsse, die für das Jahr 2006 in Höhe von 4,2 Mrd. Euro aus Tabaksteuereinnahmen zu verzeichnen wären? Ist die Belastungsbalance, die in diesem GMG gefunden wurde, noch gewährleistet oder kommt es zu einer Verschiebung?

Die zweite Frage richtet sich ebenfalls an Herrn Schulte. Führt der Sonderbeitrag für Krankengeld und Zahnersatz nicht auch zu einer Ungleichbehandlung von GKV-Versicherten und privat Krankenversicherten, die weiterhin einen Arbeitgeberzuschuss bean-

spruchen können? Vielleicht können Sie dazu eine Aussage machen.

Die dritte Frage geht wieder an Herrn Schulte, aber zusätzlich noch an die BDA. Das Ziel der Pauschalprämie ist es, Gesundheits- und Arbeitskosten voneinander zu entkoppeln. Wird dieses Ziel auch bei einem Sonderbeitrag erreicht?

**SV Gerhard Schulte:** Zunächst einmal zur Situation und zur Bedeutung freiwillig Versicherter in der gesetzlichen Krankenversicherung. Wir haben zurzeit über fünf Millionen freiwillig Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung. Deren durchschnittlicher Deckungsbeitrag pro Jahr, d. h. die Überzahlung des erhobenen Beitrages im Verhältnis zum Leistungsbedarf dieser Gruppe, liegt bei 1000 Euro, wobei man allerdings berücksichtigen muss, dass nur knapp 55 % der freiwillig Versicherten den Höchstbeitrag bezahlen. Diese Gruppe wiederum ist durch eine prozentuale Belastung im Bereich des Zahnersatzes besonders betroffen, weil hier nämlich ein monatlicher Beitrag von 14 Euro anfällt und im Verhältnis dazu eine Leistung steht, die im Augenblick knapp über 6 Euro kostet, von der aber der freiwillig Versicherte nur ca. 3 Euro zahlt. Man muss auch bedenken, dass die Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung 50 % bezogen auf den Festzuschuss ist, was wiederum heißt, dass bei bestimmten Formen der Zahnersatzversorgung der tatsächlich gezahlte Beitrag weit weniger als die Hälfte dessen ist, was der Zahnarzt in Rechnung stellt. Bei dem Personenkreis, der den Höchstbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung von 6000 Euro im Jahr bezahlt, ist der Deckungsbeitrag – selbst wenn man unterstellt, dass diese Gruppe überdurchschnittlich viele beitragsfreie Mitversicherte einbringt – bei ca. 2000 Euro.

Sie müssen weiterhin berücksichtigen, dass die gesetzliche Krankenversicherung in den letzten drei Jahren im Durchschnitt netto jährlich 220.000 freiwillig Versicherte an die private Krankenversicherung verloren hat. Insgesamt ist es – so wie es auch die Medien beispielsweise in den letzten Tagen dargestellt haben – am 1. Juli 2005 nicht etwa ein Betrag von 14 Euro, der auf die freiwillig Versicherten zukommt, sondern ein Betrag im Kontext mit dem Krankengeld von 32 Euro. Das heißt, ein freiwillig Versicherter wird zwar mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Beitragsermäßigung

auch zum 1. Juli wegen der Berücksichtigung dieser beiden Sachverhalte erhalten, aber nicht in der Größenordnung von 0,9 %-Punkten, weil in der Tat davon auszugehen ist, dass trotz der Entlastungswirkung des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes auch im Jahre 2005 durch Preissteigerungen und auch durch eine Abflachung der Beitragsseinnahmen diese 0,9 % nicht vollständig an die Versicherten weitergegeben werden.

Insgesamt ist es – und damit komme ich zur zweiten Frage – für freiwillig Versicherte noch überlegenswerter, als es bei dieser Gruppe ohnehin schon ist, in die private Krankenversicherung zu wechseln. Es kommt in der Tat hinzu, dass nach der augenblicklichen Gesetzeslage der privat versicherte Arbeitnehmer nach wie vor über einen Arbeitgeberzuschuss zu seinem Beitrag in der privaten Krankenversicherung auch den Zahnersatz mitfinanziert bekommt, weil wir dort die Regelung haben, dass der Beitrag zu 50 % zuschussfähig ist; allerdings bis zur Höchstgrenze des Beitrages der gesetzlichen Krankenversicherungen. Da die Höchstgrenze bei ca. 500 Euro liegt, und insbesondere bei dem Personenkreis der 30- bis 40-Jährigen, die überlegen, ob sie in die private Krankenversicherung wechseln, der Beitrag einer privaten Krankenversicherung aber wesentlich niedriger ist, kommt die Kappung hier nicht zum Tragen. Das ist ein Sachverhalt, der die gesetzliche Krankenversicherung bei diesem Personenkreis im Verhältnis zur privaten Krankenversicherung vollständig aus dem Markt wirft. Die sicher bei einer prozentualen Erhebung bei Geringverdienern relativ niedrige Summe wird möglicherweise durch den Verlust von freiwillig Versicherten aufgehoben. Denn das, was von diesem Personenkreis als Deckungsbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung gezahlt wird, wird über einen Beitragssatz insbesondere auch an die Geringverdiener weitergegeben, sodass man von daher eigentlich sagen muss, dass die ohnehin schwierige wettbewerbliche Situation, die sich an den Abgängen der letzten Jahre zeigt, verschärft wird.

Die dritte Frage bezog sich auf die Abkoppelung der Gesundheitskosten von den Arbeitskosten. Da ist natürlich eine einfache Wahrheit zu berichten. Wenn die Versicherten den Beitrag alleine bezahlen, und zwar sowohl in der Regelung des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes wie auch jetzt in der vorgeschlagenen Neufassung, wird es eine Entlastung der Ar-

beitgeberseite geben. Die wird sich im Durchschnitt aber nicht anders darstellen als im Gesundheitsmodernisierungsgesetz, weil hier insgesamt entweder der Pauschalbetrag alleine von den Versicherten gezahlt wird oder eben der prozentuale Beitrag. Insofern ist das neutral im Verhältnis zur Entlastungswirkung.

Abg. **Verena Butalikakis** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich auch an die Spitzenverbände der Krankenkassen. Ich habe nun gelernt, dass Voraussagen in die Zukunft bei Anhörungen nicht immer gesichert sind; deshalb gehen wir einmal in die Vergangenheit. Ich hätte gerne gewusst, wann denn nach Beschluss des GMG – das war im Oktober letzten Jahres – den Krankenkassen bewusst geworden ist, welche schwierigen Aufgaben bei der Verwaltung auf sie zukommen und wie man gegebenenfalls zu unbürokratischeren Verfahrensweisen kommen könnte. Was Rentner betrifft, was Arbeitslose betrifft: Gab es Vorschläge der Krankenkassen, gegebenenfalls das Quellenabzugsverfahren gesetzlich zu regeln? Wie hat jeweils die Bundesregierung auf ihre Vorschläge reagiert, sodass bitte einmal detailliert dargestellt wird, was im Laufe des letzten Jahres geschehen ist?

Vorsitzender Abg. **Klaus Kirschner** (SPD): Vielen Dank, Frau Kollegin Butalikakis. Ich habe vorher Herrn Gunkel nicht gefragt. Ich bitte um Nachsicht. Die Antwort muss er noch geben auf die Frage von Frau Kollegin Widmann-Mauz. Dann machen wir weiter mit den Spitzenverbänden, wenn Sie einverstanden sind.

SV **Alexander Gunkel** (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, BDA): Die Neuregelung der Zahnersatzfinanzierung durch das GKV-Modernisierungsgesetz hatte zwei Ziele. Das eine richtige Ziel ist die Senkung der Personalzusatzkosten. Dieses wichtige Ziel wird auch durch die Neuregelung durch den Sonderbeitrag in Höhe von 0,9 % ab 1. Juli des nächsten Jahres erreicht. Das zweite, genauso wichtige Ziel wird dagegen verfehlt. Das ist die zumindest teilweise für den kleinen Bereich des Zahnersatzes begrenzte Abkoppelung der Krankheitskosten von den Arbeitskosten. Es bleibt damit, wenn es zu diesem Sonderbeitrag käme, bei dem beschäftigungsfeindlichen Automatismus, dass jede Lohnerhöhung und jede Beitragserhöhung auch weiterhin zu

einer Erhöhung der Personalzusatzkosten und damit der Arbeitskosten führt. Am Abgabenteil zwischen Arbeitskosten einerseits und Nettolohn andererseits würde durch einen Sonderbeitrag nichts geändert.

SV **Dr. Hans-Jürgen Ahrens** (Bundesverband der allgemeinen Ortskrankenkassen, AOK): Das war keine plötzliche Erkenntnis, die über uns gekommen ist. Wir haben bereits im Gesetzgebungsverfahren darauf hingewiesen und gebeten, dass das geregelt wird. Wir haben das dann verschiedentlich auch durch Schreiben und entsprechende Vorschläge deutlich gemacht; die liegen auf dem Tisch. Übrigens hatten wir die Freude, das auch der Opposition vortragen zu dürfen, was wir auch gemacht haben bei einem Gespräch, zu dem wir eingeladen worden sind. Uns wurde dann erklärt, dass es schwierig sei; insbesondere auf die Durchführungsprobleme seitens der Rentenversicherungsträger und der BA wurde hingewiesen. Wir haben letztlich ein Schreiben erhalten, dass die Prüfung der Möglichkeit einer gesetzlichen Änderung der derzeitigen Gestaltung des Beitragssatzes für diesen Leistungsbereich noch nicht abgeschlossen sei.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Die Opposition hat auch schon im Mai dieses Jahres die Bundesgesundheitsministerin in einem Schreiben darauf hingewiesen, dass es da noch etwas zu regeln gibt. Deshalb frage ich die Spitzenverbände der Krankenkassen, den VDR und die BA, bis zu welchem Zeitpunkt denn eine gesetzliche Regelung hätte vorliegen müssen, damit es zum 1. Januar reibungslos hätte funktionieren können? Ich bitte darum, noch einmal etwas deutlicher zu sagen, wie die Bundesregierung auf ihre Vorschläge reagiert hat. Dann weiterhin: Wären die Krankenkassen, die Rentenversicherungsträger und die BA in der Lage gewesen, die geltende Regelung umsetzen, wenn noch vor der Sommerpause eine entsprechende Gesetzesänderung eingebracht worden wäre? Und last but not least: Wäre ein Beitragseinzug durch die Rentenversicherungsträger auch auf Grundlage von Verwaltungsvereinbarungen möglich gewesen, wie es zunächst von der Bundesregierung vorgeschlagen worden ist? Wie war Ihre Stellungnahme gegenüber der Bundesregierung dazu, und wie hat diese darauf reagiert?

**SV Dr. Hans-Jürgen Ahrens** (Bundesverband der allgemeinen Ortskrankenkassen, AOK): Wir haben im Schreiben vom 30. Juli die Bundesregierung gebeten, dass sie bis zum 15. August eine entsprechende Regelung schafft, damit wir in die Lage versetzt werden, das so umzusetzen, wie es vorgesehen ist. Die Frage, ob wir in der Lage gewesen sind, die geltende Regelung umzusetzen, beantworte ich einmal nur für die Spitzenverbände mit ja. Bezüglich der Verwaltungsvereinbarung haben wir das versucht. Es wurde aber von der anderen Seite abgelehnt, dies ohne gesetzlichen Auftrag zu tun. Insofern waren wir auch nicht in der Lage, weil man solche Vereinbarungen nicht einseitig schließen kann.

**SV Dr. Dirk von der Heide** (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, VDR): Wir haben deutlich gemacht, dass wir als Rentenversicherung ungefähr fünf Monate brauchen, um die Regelung umzusetzen – etwa für die Umstellung der Datenverarbeitung und die Abstimmung mit den Krankenkassen. Die Eckpunkte der Regelung hätten deshalb im Juni vorliegen müssen. Zu der zweiten Frage: Wir wären natürlich in der Lage gewesen, den Entwurf umzusetzen, wenn wir ihn vor der Sommerpause gekannt hätten. Vielleicht noch zu der dritten Frage nach den Verwaltungsvereinbarungen: Wir haben gesagt, dass diese Regelung durch ein Gesetz umgesetzt werden muss, dass eine Verwaltungsvereinbarung nicht möglich ist, weil die Rechte der Rentner erheblich betroffen werden.

**SV Michael Schweiger** (Bundesagentur für Arbeit, BA): Wir haben, als die Diskussion auf uns zulief, das heißt etwa im Mai dieses Jahres, als das Ansinnen der Spitzenverbände der Krankenkassen klar wurde, dass die Bundesagentur für ihre Versicherten diesen pauschalen Beitrag abzuführen hätte, von Anfang an darauf hingewiesen, dass es erstens eine gesetzliche Regelung geben muss, weil sich das nicht durch Verwaltungsvereinbarung regeln lässt. Zweitens haben wir gesagt, wir brauchen dafür Zeit. Keinesfalls wäre es möglich gewesen, diese Regelung zum 1. Januar 2005 in der Weise, wie sie jetzt im Gesetz mit der Ergänzung einer Verpflichtung der Bundesagentur steht, umzusetzen. Sie wissen alle, dass wir zum nächsten Jahreswechsel vor erheblichen Problemen stehen. Wir hätten summa summa-

rum eine Vorlaufzeit von etwa 12 Monaten gebraucht, um das umsetzen zu können.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Ganz kurz noch einmal eine Nachfrage: Ich frage noch einmal die Spitzenverbände der Krankenkassen und bitte jetzt wirklich darum, die Frage zu beantworten: Wie hat die Bundesregierung auf Ihre Aufforderung reagiert?

**SV Dr. Hans-Jürgen Ahrens** (Bundesverband der allgemeinen Ortskrankenkassen, AOK): Wir sind gefragt worden, was wir gemacht haben, und ich habe diese Frage beantwortet. Wir haben darauf hingewiesen, dass wir bis zu diesem Zeitpunkt eine gesetzliche Regelung haben müssen, und das ist nicht geschehen.

**SV Rolf Stuppardt** (Bundesverband der Innungskrankenkassen, IKK): Ergänzend zu dem, was Kollege Dr. Ahrens gesagt hat: Es hat mehrere Gespräche im Juni oder Juli mit dem BMGS und den Beteiligten, also sowohl VDR als auch BA, gegeben und den Spitzenverbänden der GKV, um diese Sachlage zu erörtern. Aus diesen Gesprächen heraus hat sich weiter nichts ergeben. Sachgerecht wäre natürlich – wenn ich mir das noch erlauben darf, weil das auch noch gefragt worden ist – eine Regelung im ursprünglichen Gesetzesvorhaben gewesen; das hat allen Parteien vorgelegen durch unsere Stellungnahme, die wir abgegeben haben, und durch einige Regelungen, die wir schon vorgeschlagen haben. Das wäre sachgerecht gewesen.

Vorsitzender Abg. **Klaus Kirschner** (SPD): Diese Fragen kann die Bundesregierung auch im Ausschuss beantworten, wenn Sie sie fragen. Der Staatssekretär ist hier, hat sich das notiert, und Sie können ihn fragen. Er wird Ihnen Rede und Antwort stehen. Wir kommen jetzt zu den Fragen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Es gab gerade schon eine Erörterung des möglichen Beitragseinzugsverfahrens bei der nach dem GMG beschlossenen Regelung. Dazu habe ich noch eine Frage an den VDR und die Bundesagentur für Arbeit. Wieso sollte eigentlich ein Quellenabzugsverfahren

bei Rentnern und Arbeitslosen nicht möglich gewesen sein?

**SV Dr. Dirk von der Heide** (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, VDR): Der VDR hat niemals behauptet, dass ein Quellenabzugsverfahren nicht möglich ist. Wir haben vielmehr darauf hingewiesen, dass es erhebliche Probleme für die Rentner geben kann, weil die Rentner diesen Einzug als Rentenkürzung empfinden würden. Darauf haben wir hingewiesen; das ist, denke ich, von der Regierung auch aufgenommen worden.

**SV Michael Schweiger** (Bundesagentur für Arbeit, BA): Im Kern kann ich mich dem anschließen, was mein Vorredner eben zu Protokoll gegeben hat. Wir haben auch nie behauptet, dass es technisch unmöglich sei, sondern dass es innerhalb des Zeitraumes bis 1. Januar 2005 – ausgehend vom letzten Sommer – nicht möglich gewesen wäre, das umzusetzen. Im Übrigen hätte es für eine entsprechende Ergänzung der geltenden Gesetzeslage nicht nur eines einfachen ergänzenden Satzes im Gesetz bedurft, sondern einer Vielzahl dezidierter Aussagen in Bezug auf Leistungsempfänger nach dem SGB III und zu Lebenssachverhalten, die nun einmal auftreten und sehr vielschichtig sind.

**Abg. Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Dann schließt sich daran die Frage an BDA und Bundesagentur an: Welche zusätzlichen Kosten wären Ihnen denn entstanden, wenn es bei der eigenständigen Zahnersatzversicherung geblieben wäre?

**SV Michael Schweiger** (Bundesagentur für Arbeit, BA): Wenn es bei der Gesetzeslage bleibt, wie sie momentan ist, würden uns als Bundesagentur für Arbeit keine zusätzlichen Kosten entstehen. Das ist ganz eindeutig. Vielleicht habe ich aber auch die Frage falsch verstanden. Für den Fall, dass die jetzige gesetzliche Regelung um eine Regelung ergänzt würde, die die Bundesagentur verpflichten würde, bei den Leistungsempfängern nach dem SGB III diesen Pauschalbeitrag abzuführen. Wir haben insofern keine Berechnung angestellt. Wir hielten es aber aus unserer Sicht auch für recht und billig, da es hier um Beiträge zugunsten der Krankenkassen ging, dass wir

dann auch eine entsprechende Vergütung durch die Versicherungsträger für dieses Geschäft bekommen sollten.

**SV Dr. Dirk von der Heide** (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, VDR): Ich muss sagen, wir haben auch keine Berechnung zu dieser Frage angestellt. Wir haben also keine Zahlen.

**Abg. Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Eine Frage an die Spitzenverbände: Der jetzt im Gesetzentwurf vorgesehene Zusatzbeitrag ist nicht dauerhaft an die tatsächlichen Kosten für Zahnersatz gekoppelt. Der angenommene Beitragsanteil von 0,4 % entspricht etwa den derzeitigen Aufwendungen. Bitte sagen Sie uns, wie sich die Leistungsausgaben in diesem Bereich in den letzten Jahren entwickelt haben. Welche künftige Entwicklung erwarten Sie?

**SV Dr. Hans-Jürgen Ahrens** (Bundesverband der allgemeinen Ortskrankenkassen, AOK): Die GKV-Ausgaben für Zahnersatz sind in den letzten Jahren um 20 % gestiegen, und zwar von 3,2 Mrd. im Jahre 1999 auf 3,8 Mrd. im Jahre 2003. Der stärkste Anstieg lag einige Zeit zurück, und zwar von 1999 bis 2000. Wir haben jetzt aber nach stagnierenden Entwicklungen im Jahre 2001 und 2002 im Jahre 2003 doch wieder einen sprunghaften Anstieg zu verzeichnen gehabt. Wir gehen davon aus, dass wir Ende dieses Jahres vielleicht noch eine stärkere Nachfrage haben werden. Aber Ihre Frage zielt darauf ab, ob das mit diesem Beitrag auf eine gewisse Zeit hin zu finanzieren ist. Wir denken, dass unter Ausklammerung von Sondereffekten die Einführung der Festzuschüsse kostenneutral umzusetzen ist.

**SV Martin Plass** (Verband der Angestellten-Krankenkassen und Arbeiter-Ersatzkassen-Verband, VdAK/AEV): Ergänzend dazu: Man muss berücksichtigen, dass 2003 und, wie Herr Dr. Ahrens erwähnt hat, 2004 noch einmal ein Anstieg da ist, der auch gewisse Vorzieheffekte enthält, die sich dann mit einem entsprechenden Sättigungsgrad im Jahr 2005 bemerkbar machen. Diese Einschätzung könnte man zumindest treffen. Das ist wahrscheinlich, so dass es dadurch auch gelingen wird, dies kostenneutral umzusetzen, wie es Herr Dr. Ahrens

ausgeführt hat. Allerdings muss man noch berücksichtigen, dass man die Ausgaben erst im Verlauf des Jahres 2006 richtig abschätzen kann. Dann werden im Jahr 2006 auch solche Effekte deutlich werden wie z. B. die Erweiterung der Festzuschüsse auf Suprakonstruktionen.

**Abg. Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die nächste Frage richtet sich an die Spitzenverbände der GKV und an die BDA. Durch die Erhebung des zusätzlichen Versichertenbeitrages kann der Arbeitgeberanteil rein rechnerisch um 0,45 % abgesenkt werden. Gehen Sie davon aus, dass diese Entlastung tatsächlich weitergegeben wird oder sind dafür zusätzliche Regelungen erforderlich?

**SV Dr. Hans-Jürgen Ahrens** (Bundesverband der allgemeinen Ortskrankenkassen, AOK): Wir gehen davon aus, dass mit der Einführung eines solchen zusätzlichen Versicherungsbeitrages entsprechende Entlastungen verbunden sind, die dann auch weitergegeben werden. Es ist jedoch ganz wichtig, dass man hier die individuelle Situation der Kasse im Auge hat. Man kann das nicht generalisieren, sondern das wird sehr davon abhängig sein, wie es mit den Härtefällen, der Vermögenssituation und dem Schuldenabbau aussieht. Eins möchte ich noch einmal deutlich machen: Hinweise darauf, dass Kassen, welche auch immer, aus irgendwelchen Gründen Geld horten würden und Beiträge nicht senken, sind unzutreffend, denn dahinter verbirgt sich die Tatsache, dass sie dem Wettbewerb nicht gerecht werden. Deshalb will ich noch einmal sagen: Wo immer eine Kasse Beiträge senken kann, wird sie das machen. Aber wenn ihre Frage darauf hinausläuft, ob wir eine Regelung für notwendig erachten: Ich halte es für völlig falsch, dies mit einer gesetzlichen Vorgabe erzwingen zu wollen. Denn das würde bedeuten, dass man den individuellen Verhältnissen der jeweiligen Kasse nicht gerecht werden kann.

**SV Martin Plass** (Verband der Angestellten-Krankenkassen und Arbeiter-Ersatzkassen-Verband, VdAK/AEV): Nur eine kurze Ergänzung: Die Antwort auf die Frage findet sich dem Grunde nach in § 220 Abs. 1 Satz 2 SGB V, wo es heißt: Die Beiträge sind so zu bemessen, dass sie zusammen mit den sonstigen Ein-

nahmen die im Haushaltsplan vorgesehenen Ausgaben und die vorgeschriebene Auffüllung der Rücklage decken.

**SV Alexander Gunkel** (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, BDA): Wenn der Gesetzentwurf umgesetzt würde, würde sich der Beitragssatzanteil der Arbeitgeber um 0,45 Prozentpunkte reduzieren; dies müsste natürlich durch entsprechende Festsetzungen der Selbstverwaltung innerhalb der Krankenkassen umgesetzt werden. Wir würden es nicht für richtig halten, dass der Gesetzgeber eine Regelung trifft, die zu einer automatischen Absenkung führt. Insbesondere warnen wir davor, dass der Schuldenabbau innerhalb der gesetzlichen Krankenkassen in irgendeiner Weise blockiert würde. Die umlagefinanzierte Krankenversicherung sollte die Leistungsausgaben finanzieren. Wir halten es aber nicht für richtig, dass Beitragsgelder dafür verwendet werden, mehr als nötig Zinsen und Tilgung zu finanzieren. Deshalb sollte der Gesetzgeber keine Vorgabe machen, wie die Beitragssatzsenkung tatsächlich hergestellt wird.

**Abg. Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe nun wieder eine Frage an die Bundesagentur für Arbeit. Sie schreiben in Ihrer schriftlichen Stellungnahme, dass der zusätzliche Versichertenbeitrag von 0,9 % zu zusätzlichen Ausgaben der BA in Höhe von insgesamt 300 Mio. Euro führen werde. Nun ist, wie wir gehört haben, mit dem zusätzlichen Versichertenbeitrag die Absicht verbunden, den arbeitgeberseitigen Anteil entsprechend zu senken. Da die BA beide Anteile zahlt, ist mir nicht recht erfindlich, wie Sie zu diesen Mehrausgaben kommen. Können Sie das bitte erläutern?

**SV Michael Schweiger** (Bundesagentur für Arbeit, BA): In der Tat haben wir diesen Gegenrechnungsaspekt bei der Angabe von 300 Mio. Euro per annum nicht berücksichtigt. Wir sehen uns momentan auch gar nicht in der Lage zu sagen, wie das exakt aussehen wird, in welcher Höhe sozusagen die Gegenbewegung stattfindet und die rd. 300 Mio. Euro, die wir da genannt haben, reduziert.

**Abg. Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe noch eine weitere Frage

an die BA: Sie schreiben außerdem, dass nach Ihrer Auffassung für die künftigen Bezieher von Arbeitslosengeld II kein Raum sei für den zusätzlichen Beitrag von 0,9 %. Wie habe ich das zu verstehen?

SV **Michael Schweiger** (Bundesagentur für Arbeit, BA): Wir sind der Auffassung, dass es hier eine spezielle gesetzliche Regelung für Empfänger von Arbeitslosengeld II gibt, nämlich den § 246 SGB V, und dieser Personenkreis insoweit außen vor ist. Ich möchte im Übrigen noch erwähnen, dass wir, was diesen Personenkreis angeht, natürlich nicht die Deutungshoheit haben. Die hat schlussendlich das BMWA, zusammen mit dem BMGS. Vielleicht noch eine Bemerkung in dem Kontext: In Bezug auf den pauschalen Zahnersatzbeitrag, so wie er jetzt geregelt ist, gab es auch eine Diskussion im Frühsommer diesen Jahres darüber, ob Alg II-Empfänger einzubeziehen wären, was die Abführungspflicht dieses Pauschalbeitrages angeht. Da gab es meiner Erinnerung nach zumindest eine Presseerklärung, wonach es eine Einigung auf Ebene der obersten Bundesbehörden gegeben habe, dass der Personenkreis der Alg II-Empfänger davon nicht tangiert werde.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Eine kurze Frage an die Spitzenverbände: Im GMG wurde festgelegt, dass die Spitzenverbände bis zum 1. Oktober den einheitlichen Beitrag für die Zahnersatzversicherung festlegen. Haben Sie angesichts des vorliegenden Gesetzesentwurfes die diesbezüglichen Aktivitäten eingestellt?

SV **Klaus-Dieter Voß** (Bundesverband der Betriebskrankenkassen, BKK): Wir haben heute im Beschlussgremium gemäß § 213 SGB V beraten und haben die gesetzlich erforderliche einstimmige Haltung nicht erreichen können. Wir werden die Beratungen am 19. Oktober fortsetzen und dann abschließen.

Vorsitzender Abg. **Klaus Kirschner** (SPD): Vielen Dank. Wir kommen nun zu den Fragen der Mitglieder der Fraktion der FDP, Herr Kollege Dr. Thomae.

Abg. **Dr. Dieter Thomae** (FDP): Wenn ich alles richtig verstehe, was ich eben gehört habe, muss ich feststellen, dass die Argumente der Bundesregierung und der Regierungskoalition, dass es furchtbar überbürokratisch und furchtbar teuer wäre, wenn man die Optionslösung realisieren würde, nicht stimmen. Das ist natürlich schon einmal eine sehr interessante Erkenntnis. Wenn ich dann weiter höre, dass Herr Schulte gesagt hat – in meinen Augen sehr klug und weise –, welche Chance das Optionsrecht eigentlich bieten würde, auch den gesetzlichen Krankenkassen, frage ich mich, warum dies nicht realisiert wird. Darum ist jetzt meine Frage an den Freien Verband Deutscher Zahnärzte, aber auch an die private Krankenversicherung gerichtet, bitte noch einmal die guten Argumente hervorzuheben, warum man das Optionsrecht beibehalten und realisieren sollte.

*Der stellvertretende Vorsitzende, Abg. Wolfgang Zöller (CDU/CSU), übernimmt den Vorsitz.*

SV **Dr. Wilfried Beckmann** (Freier Verband Deutscher Zahnärzte, FVDZ): Wenn man Pflichten auferlegt dergestalt, dass der Gesamtbeitrag allein vom Arbeitnehmer zu zahlen ist, erwartet man natürlich auch, dass man in seiner Absicherungsoption mehr Gestaltungsmöglichkeiten hat. Diese Optionen sind nun einmal im Zahnersatz sehr mannigfaltig und hängen sehr stark von der Individualität des Einzelnen ab. Wir haben das Gesetz immer so verstanden, dass hier eine Entwicklung eingeleitet werden soll, dem Einzelnen in Räumen, die er eigenverantwortlich gestalten kann, Optionen zu geben und ihn zu gesundheitsbewusstem Verhalten anzuleiten. Das hat nichts mit wohlhabend und weniger wohlhabend zu tun, sondern mit gesundheitsbewusst und nicht gesundheitsbewusst. Zahnersatz kann man steuern durch Prävention. Wir sehen in dem Bereich des Zahnersatzes eine erstklassige Möglichkeit, über eine solche Wahloption in einen Wandel des Systems einzusteigen, und verstehen überhaupt nicht, warum jetzt erstmalig die Empfänger sozialer Transferleistungen durch vorgebliche Probleme beim Beitragseinzug ein gesamtes Verfahren dominieren sollen, das allen in der Bevölkerung neue Rechte geben könnte.

**SV Dr. Volker Leienbach** (Verband der privaten Krankenversicherung, PKV): Wenn man – und der Gesetzgeber hat das verschiedentlich in der Vergangenheit getan – vor der Notwendigkeit steht, den Leistungskatalog in der GKV zu überprüfen, dann bietet sich der Zahnersatz wirklich als erste Leistung zur Ausgliederung an. Wir haben Leistungen ausgegliedert, die vielleicht größere sozialpolitische Dimensionen haben, wie Sterbegeld, Brillen etc. Beim Zahnersatz ist die individuelle Vorsorgemöglichkeit sehr stark ausgeprägt. Was eingangs über internationale Erfahrungen gesagt wurde, kann ich nicht bestätigen. Die internationalen Erfahrungen mit der Ausgliederung sind überwiegend sehr gut. Deutschland ist das einzige Land im europäischen Kontext – und im weltweiten Kontext erst recht –, das dieses hohe Absicherungs-niveau hat. Insofern hatten wir uns für eine freiwillige Versicherung ausgesprochen, um es jedem Einzelnen zu überlassen, ob und in welchem Umfang er Zahnersatz absichern will. Jetzt haben wir uns alle auf diesen Kompromiss eingelassen, Wettbewerb zwischen GKV und PKV. Das ist sicherlich die second-best-Lösung, aber auch bei second best schwingt best noch mit. Immerhin wäre dem Versicherten hier eine Wahlmöglichkeit geblieben zwischen GKV und PKV. Die PKV hätte diesen Wettbewerb nicht gescheut. Die GKV hat immer so argumentiert, dass sie diesen Wettbewerb scheut. Jetzt wo er abgeschafft werden soll, wird argumentiert, dass er nicht Wettbewerb zum Nachteil der GKV ist. Die Logik in dieser Argumentationskette ist mir nicht ersichtlich. Wenn man keine Angst vor Wettbewerb hat, wenn man die Wahlfreiheit jedes Individuums erhöhen will, dann sollte man ein Optionsrecht lassen zwischen GKV und PKV.

**Abg. Dr. Heinrich Kolb** (FDP): Wenn ich als richtig unterstelle, dass die Spitzenverbände der Krankenkassen, auch die PKV, sich in den letzten Monaten intensiv auf das Inkrafttreten der Zahnersatzregelung zum 1.1.2005 vorbereitet haben – was auch heißt, dass jetzt in den einzelnen Versicherungen erhebliche Aufwendungen angefallen sind –, würde mich einmal interessieren, in welcher Größenordnung sich das bewegt, was dann sozusagen vergebens aufgewendet wurde, wenn jetzt wieder die Kehrtwendung kommt.

**SV Dr. Volker Leienbach** (Verband der privaten Krankenversicherung, PKV): Im Vertrauen auf diese Regelung, ich konnte es eingangs schon einmal sagen, sind natürlich erhebliche Vorinvestitionen in einer ganzen Reihe von Unternehmen getätigt worden. Die PKV besitzt nicht das Privileg, dass ihr die Versicherten zugewiesen werden oder dass sie einen festen Bestand an Versicherten hat, deren Umfang 90 % aller Versicherten ausmacht. Das heißt, wenn man Wettbewerb ernst nimmt – und wir sind vom Gesetzgeber aufgefordert worden, ihn ernst zu nehmen –, dann muss man entsprechende Investitionen in Infrastruktur, EDV, aber auch in der Ausrichtung der Werbekampagnen machen. Ich kann Ihnen hier leider keine Zahlen nennen, aber wenn Sie sehen, dass auch Außendienst bedient worden ist – bereits für Verträge in einer Größenordnung von 500.000 –, dann können Sie sich vorstellen, dass wir hier nicht über kleine Zahlen reden. Insofern ist die Forderung nach Bestandsschutz für diese Verträge, die wir auch schriftlich erhoben haben, nur allzu verständlich. Vertrauensschutz muss es im Grunde für jedes Wirtschaftsobjekt in Deutschland geben, nicht nur für Verbraucher, sondern auch für Versicherungsunternehmen.

**Abg. Daniel Bahr** (Münster) (FDP): Ich möchte die Bundeszahnärztekammer fragen, wer aus ihrer Sicht Verlierer und wer Gewinner dieser neuen Regelung ist.

**SV Dr. Dr. Jürgen Weitkamp** (Bundeszahnärztekammer): Das ist relativ einfach zu beantworten. Die häufigsten Fragen, die wir in diesem Jahr in der Praxis hatten, waren die nach der Neuregelung des Zahnersatzes, weil sich in der Tat die Bevölkerung, unsere Patienten, darauf verlassen, wenn 90 % der Abgeordneten – und das hatte sich nun weiß Gott herumgesprochen – für ein bestimmtes Gesetz und damit für eine Neuregelung gestimmt haben. Sie gingen davon aus, dass man sich darauf verlassen kann, dass so etwas dann auch in die Tat umgesetzt wird. Meine Patienten haben mich nicht etwa ängstlich, sondern überwiegend neugierig gefragt, welche neuen Gestaltungsmöglichkeiten für sie persönlich mit dieser neuen Gesetzeslage verbunden seien. Da kam es Vielen als Erstes auf eine vergrößerte Transparenz an. Erstmals wird nämlich ein Beitrag nicht anonym abgeführt, sondern in einer Summe, die erkennbar ist. Und jeder

konnte oder wird – wenn das Gesetz, was ich hoffe, so bleibt, wie es ist – sehen, dass 6,21 Euro plus Verwaltungsgebühr – wir haben es eben gehört: unter 7 Euro für den Zahnersatz – als Absicherung notwendig sind. Das begreift die Bevölkerung, soweit ich das aus den Fragen erkennen konnte, als ein Stück vergrößerter Transparenz und begrüßt das.

Das Nächste ist: Die Wahlmöglichkeit zwischen PKV und GKV, so unvollkommen sie in dem Gesetz ausgestaltet ist, hat immerhin dazu geführt, dass die Patienten sehr intensiv darüber nachgedacht haben, wie sie demnächst ihren Zahnersatz versichert sehen möchten. Diese Option jetzt wieder einzukassieren, wird zu der gleichen Unruhe führen wie vielleicht zu Beginn des Jahres, als die Neuregelungen des Gesetzes bekannt wurden. Ich fürchte, dass die Patienten und die Bevölkerung nicht verstehen werden, dass diese Option wieder genommen wird, zumindest in der Mehrzahl. So sehe ich ganz klar – sollte dieses Gesetz wieder kassiert werden an dieser Stelle – den Patienten als Verlierer. Ganz klar!

Noch eins zur Solidarität: Es wird damit argumentiert, auch in der Begründung, dass mit der prozentualen Abgabe des Beitrags wieder mehr Solidarität herbeigeführt wird. Da muss ich ihnen sagen: Die alte Dimension Solidarität, solidarischer Ausgleich zwischen Arm und Reich, hat doch wohl eine neue Variante, ein neues Faktum bekommen, nämlich die Solidarität zwischen Jung und Alt. Die Demographie – das ist doch nun wirklich keine Erkenntnis erst des letzten halben Jahres – wird uns noch ganz ausführlich zu beschäftigen haben – ganz abgesehen davon, dass ich meine, dass bereits vor einem Jahr für diejenigen, die dem Gesetz zugestimmt haben, feststehen musste, dass an dieser Stelle die ursprüngliche Form der Solidarität oder Interpretation der Solidarität eingeschränkt worden ist. Insofern kann man sich nur wundern, dass es jetzt zu dieser späten Erkenntnis gekommen ist. Zusammengefasst: Verlierer bei einer Novellierung des Gesetzes in der jetzt vorliegenden Form wäre aus meiner Sicht der Patient.

Abg. **Dr. Dieter Thomae** (FDP): Mir geht immer wieder die Argumentation von Herrn Schulte durch den Kopf, der sagt, mit dem Optionsrecht gibt es auch Chancen für das gesetzliche System. Ich würde doch gern noch einmal die Vertreter der Krankenkassen bitten,

kurz etwas zu diesen Argumenten von Herrn Schulte zu sagen.

**SV Dr. Hans-Jürgen Ahrens** (Bundesverband der allgemeinen Ortskrankenkassen, AOK): Auch Herr Schulte ist Vertreter unserer Zunft, damit das nicht missverstanden wird. Wir sind durchaus der Meinung, dass man Wettbewerb haben sollte, auch wesentlich mehr Wettbewerb haben sollte. Wir sind weiter der Meinung, dass es einen guten Wettbewerb auch mit der PKV geben kann; aber dann müssen die Voraussetzungen stimmen, und die Spieße müssen gleich lang sein.

Amtierender Vorsitzender Abg. **Wolfgang Zöller** (CDU/CSU): Wir kommen nun wieder zu den Fragen der SPD-Fraktion.

Abg. **Klaus Kirschner** (SPD): Meine erste Frage geht an Herrn Schweiger von der Bundesagentur für Arbeit in Bezug auf seine Stellungnahme. Es würde mich interessieren, ob der prozentuale Sonderbeitrag verbunden ist mit einer Absenkung des allgemeinen Beitragssatzes in entsprechender Höhe. Nach dem Gesetzentwurf werden die Versicherten Sonderbeitrag und Zahnersatz in Höhe von 0,9 % allein zu tragen haben. Ist dies für die BA finanziell belastungsneutral?

Meine zweite Frage möchte ich an Herrn Dr. Ahrens richten. Frau Kollegin Widmann-Mauz hat vorhin darauf hingewiesen, dass es beispielsweise durch den jetzt im Gesetzentwurf vorliegenden Vorschlag möglicherweise zu großen Anreizen kommt, dass freiwillig Versicherte abwandern; das ist dann sicherlich ein großes Problem. Sie hat darauf hingewiesen, weil natürlich die Belastung höher ist, wenn sie prozentual ist, als wenn man zu einer Einheitspauschale von 8 oder 9 Euro oder wie viel auch immer kommt. Können Sie einmal darstellen, wie die Belastung sich beispielsweise auswirkt, wenn man die 9 Euro zugrunde legen würde, bei jemandem mit 3.400 Euro Monatseinkommen und bei jemandem, der 1.000 Euro hat? Wie wirkt sich das dann aus, und wie ist dann die Grenzbelastung? Außerdem würde mich noch einmal Ihre Einschätzung interessieren, wie es sich darstellt, wenn man jetzt nicht zu dem Quellenabzug käme, sondern Sie es einziehen müssten. Können Sie einmal sagen, wie hoch die Pfändungsfreigren-

zen sind und wie hoch die durchschnittliche Rente einer Frau in etwa ist?

Amtierender Vorsitzender **Abg. Wolfgang Zöllner** (CDU/CSU): Ohne den Gesichtsausdruck von Herrn Dr. Ahrens falsch interpretieren zu wollen: Ich glaube, das will er schriftlich nachreichen.

**SV Michael Schweiger** (Bundesagentur für Arbeit, BA): Ihre Frage ging, wenn ich Sie richtig verstanden habe, in die gleiche Richtung wie die Frage der Abgeordneten von der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Wie gesagt, wir haben den Betrag, der in der schriftlichen Stellungnahme genannt wurde, berechnet, ohne sozusagen gegenläufige Effekte zu berechnen, was Absenkung von Beitragssätzen angeht. Wir können das schlussendlich auch nicht beurteilen. Möglicherweise sehen sich die Spitzenverbände der Krankenkassen in der Lage, Aussagen dazu zu machen, wie die Entwicklung der Beitragssätze sein wird. Wir orientieren uns immer an den tatsächlichen Verhältnissen, wenn ich es so sagen darf.

**SV Dr. Hans-Jürgen Ahrens** (Bundesverband der allgemeinen Ortskrankenkassen, AOK): Herr Vorsitzender, Sie haben meinen Gesichtsausdruck schon richtig gedeutet. Da ich gelernt habe, dass man mit den Zahlen vorsichtig sein muss und immer wieder zitiert wird, würde ich gern Ihrem Vorschlag folgen und das schriftlich nachreichen.

**Abg. Götz-Peter Lohmann** (SPD): Mich interessiert ganz besonders die Problematik der Rückkehr der Zahnersatzausgaben zu den ausgleichsfähigen Ausgaben im Rahmen des Risikostrukturausgleiches. Meine Frage geht also an die Spitzenverbände der Krankenkassen. Im Zusammenhang damit interessiert mich auch, wie Sie das Problem der Streichung des Finanzausgleiches für härtefallbedingte Mehrausgaben bewerten. Ferner interessiert mich noch, wie Sie die Folgen für die Patientinnen und Patienten bewerten.

**SV Dr. Hans-Jürgen Ahrens** (Bundesverband der allgemeinen Ortskrankenkassen, AOK): Hier kann ich mich wieder zu Wort melden. Die vorgesehene Neuregelung bewirkt, dass

der Zahnersatz wie bisher im RSA bleibt und dort auch berücksichtigt wird. Deshalb bedarf es da auch keiner Härtefallregelung, und deshalb hat es auch keine Änderungen oder Auswirkungen auf die Patientinnen und Patienten.

**SV Klaus-Dieter Voß** (Bundesverband der Betriebskrankenkassen, BKK): Wir hätten allerdings ganz gern eine Entlastung des Risikostrukturausgleiches, gerade auch in Bezug auf die Position Zahnersatz, denn es ist ohnehin ein Volumen erreicht worden, was unter Wettbewerbsaspekten fast unerträglich ist. Da war eigentlich der Schritt, den Zahnersatz herauszunehmen durch andere Gestaltung, auch der Finanzierung, der richtige Weg in die richtige Richtung. Das wird jetzt durch diesen neuen Gesetzentwurf zunichte gemacht, und das ist zu bedauern.

**SV Martin Plass** (Verband der Angestellten-Krankenkassen und Arbeiter-Ersatzkassen-Verband, VdAK/AEV): Wir bewerten das durchweg positiv, auch im Risikostrukturausgleich, der dadurch auch weniger verwaltungsaufwendig wird. Dem Kollegen sei gesagt: Das Volumen ist nicht das Entscheidende.

**Abg. Dr. Carola Reimann** (SPD): Ich habe noch einmal eine Frage an die Spitzenverbände der Krankenkassen und an den Verband der privaten Krankenversicherung. Auch wenn Herr Dr. Ahrens jetzt gerade die Zahlen nicht nennen wollte: Ich möchte noch einmal auf die Wechseloptionen zu sprechen kommen und hätte gern Ihre Einschätzungen dazu, welche unterschiedliche Bedeutung Sie der Wechseloption zwischen PKV und GKV bei einkommensabhängiger Pauschale und bei prozentualem Beitragssatz zumessen. Daran schließt sich die Frage an, wie Sie den Wettbewerb überhaupt einschätzen vor dem Hintergrund der veröffentlichten Tarife der PKV, die es schon gab.

**SV Dr. Hans-Jürgen Ahrens** (Bundesverband der allgemeinen Ortskrankenkassen, AOK): Wenn Sie mir nachsehen, dass ich keine Zahlen nenne, sondern die Frage beantworte, will ich das gern tun. Wir sind durchaus der Meinung, dass in dem vorliegenden Gesetz der dort vorgegebene Wettbewerb einer ist, der akzeptierbar ist. Wir sind ein wenig überrascht,

dass es der PKV gelungen ist, ohne Kenntnis der Finanzierungsgrundlagen bereits zu einem Zeitpunkt, wo wir noch nichts dazu vereinbart hatten, festzulegen, wie hoch die Tarife sind. Aber das muss dann in der Besonderheit der PKV liegen. Wir sind auch der Meinung, dass wir uns in diesem Wettbewerb gut hätten halten können, denn die Konstellation dessen, was wir anbieten, wäre sicherlich günstiger gewesen, weil wir erheblich günstigere Verwaltungskosten haben, als dies bei der PKV der Fall ist. Wettbewerb in dem ersten Fall wäre gut gewesen und wohl auch zu unseren Gunsten ausgegangen. Wenn wir einen prozentualen Ansatz haben, dann ist eigentlich klar, dass es da für eine Option keine Möglichkeit geben kann, denn dies würde bedeuten, dass wir bei der Situation und bei den Bemessungsgrenzen in der GKV im Wettbewerb keine gleichlangen Spieße gehabt hätten. Deshalb hat es in dieser Situation auch gar keinen Raum gegeben.

**SV Dr. Volker Leienbach** (Verband der privaten Krankenversicherung, PKV): Es ist immer ganz nett, auf Herrn Dr. Ahrens zu reagieren, vor allen Dingen, wenn er die Verwaltungskosten anspricht. Die PKV hat eine gewisse Erfahrung im Beitragseinzug. Jetzt muss die GKV erstmals den Beitrag einziehen, und schon kapituliert sie. Herr Dr. Ahrens, wenn Sie 2 Euro, die Sie einmal genannt haben, für den Beitragseinzug annehmen, dann ist das bei einem Grundbetrag von 6 Euro ungefähr ein Drittel, 33 % Verwaltungskosten. Ich denke, mit dieser Zahl können wir mit unserer Erfahrung beim Beitragseinzug, den wir immer individuell ohne Hilfe des Arbeitgebers gestalten, sehr gut konkurrieren.

Die zweite Anmerkung betrifft die Angebote der PKV. Ich hatte eben schon einmal gesagt, dass es nicht verfrüht ist, sondern eher schon zu spät, jetzt mit Angeboten an den Markt zu kommen, wenn ab 1. Januar eine neue gesetzliche Regelung in Kraft tritt. Wenn ich gerade höre, dass die GKV am 18. Oktober wieder zusammenkommt, dann kann ich nur fragen: Wo bleibt denn da der Vertrauensschutz für die Versicherten, wo bleiben da Transparenz und Klarheit? Insofern hat die PKV nicht auf unzulässiger Basis Vorleistungen erbracht, sondern sie hat auch, glaube ich, als Einzige der Beteiligten den gesetzgeberischen Auftrag erfüllt.

Was die Seriösität der Zahlen anbelangt: Ich erinnere mich sehr gut an die Anhörung – oder sollte man es Verhör nennen – bei den Konsensgesprächen. Wir haben da mit Zahlen konkurriert, von denen die GKV sich dann schrittweise verabschieden musste, nachdem sie den Taschenrechner bemüht hatte. Ich denke, die Zahlen, die heute in der Welt sind, sind schon sehr viel realistischer. Wenn Sie sagen, man braucht den Wettbewerb mit der PKV nicht zu scheuen, weil die Zahlen hier im Augenblick sehr hoch sind, dann muss ich sagen, dass die Tarife, die jetzt auf dem Markt sind, nicht den Basisschutz der GKV abbilden, sondern den Basisschutz plus einen deutlich höherwertigen Schutz. Da die PKV gezwungen ist, in ihren Beiträgen die Wirklichkeit abzubilden, liegt das dann auch über den 6,20 Euro.

Zur letzten Frage, die die Wechseloptionen anbelangt: Es ist schwer nachzuvollziehen, dass ein freiwillig Versicherter mit seinem gesamten Krankenversicherungsschutz in die PKV wechseln kann unter Einschluss aller harten Risiken, aber dass er in einem Bereich, wo lange diskutiert worden ist, ob er denn überhaupt in den Leistungskatalog der GKV gehören soll, dass er mit dem Bereich nicht wechseln kann. Das ist ordnungspolitisch und wettbewerbspolitisch für mich nicht nachvollziehbar.

**Abg. Dr. Marlies Volkmer** (SPD): Meine Frage geht an die Spitzenverbände der Krankenkassen. Wie gehen Sie mit den Fällen um, in denen mit einer Zahnersatzbehandlung zwar noch im Jahr 2004 begonnen wurde, die endgültige Eingliederung aber erst im Jahr 2005 erfolgt? Werden Sie in diesen Fällen eine Aufteilung der erbrachten Leistungen nach altem Recht und nach neuem Recht vornehmen?

**SV Dr. Hans-Jürgen Ahrens** (Bundesverband der allgemeinen Ortskrankenkassen, AOK): Wir haben uns darauf verständigt, dass es der Zeitpunkt der endgültigen Eingliederung ist. Wenn das im kommenden Jahr der Fall ist, dann wird nach den Gegebenheiten des kommenden Jahres abgerechnet.

**SV Martin Plass** (Verband der Angestellten-Krankenkassen und Arbeiter-Ersatzkassen-Verband, VdAK/AEV): Eine kurze Ergänzung dazu: Es ist in vielen Fällen gar nicht möglich,

eine Aufteilung zu machen, weil der Bewertungsmaßstab, der Bema, bei den Komplexleistungen Schwierigkeiten macht. Wenn Sie sich vorstellen, dass Sie bei einer Behandlung drei Sitzungen haben – die letzte ist in 2005 und die ersten beiden sind in 2004, aber es gibt dafür eine Abrechnungsgebühr –, dann können Sie die nicht aufteilen. Das ist die Schwierigkeit dabei, eine Abrechnungsgebühr bei Komplexleistungen überhaupt aufteilen zu können.

Abg. **Karsten Schönfeld** (SPD): Meine Frage geht an die Spitzenverbände der Krankenkassen und an die Vertreter der Patientinnen und Patienten. Nach dem bisherigen Recht haben die Preise für zahntechnische Leistungen aus Praxislaboren die entsprechenden Höchstpreise für Gewerbelabore mindestens um fünf von Hundert zu unterschreiten. Wie hoch schätzen Sie die Mehrbelastung der Versicherten für zahntechnische Leistungen aus Praxislaboren ab dem 1.1. kommenden Jahres, wenn auf die Klarstellung in § 57 Abs. 2 SGB V verzichtet würde?

SV **Klaus-Dieter Voss** (Bundesverband der Betriebskrankenkassen, BKK): Das lässt sich rechnerisch beantworten. Das sind 28 Mio. Euro.

SV **Heinz Windisch** (Verband der Krankenversicherten Deutschlands, VKVD): Zu dieser Frage muss ich absolut passen, weil uns dazu keine Zahlen vorliegen.

Amtierender Vorsitzender **Abg. Wolfgang Zöllner** (CDU/CSU): Wir kommen nun zum letzten Block von Fragen, Herr Kollege Weiß von der Fraktion der CDU/CSU.

Abg. **Gerald Weiß** (Groß-Gerau) (CDU/CSU): Ich darf den Verband Deutscher Rentenversicherungsträger fragen: Mit welcher Rentenanpassung ist unter Berücksichtigung des vorliegenden Gesetzentwurfes, sollte er zum 1. Juli 2005 in Kraft treten, zu rechnen? Was bedeutet dieser Gesetzentwurf, sollte er umgesetzt werden, für die Höhe der Standardrente? Trifft es zu, dass schon ein Durchschnittsrentner durch den Vorschlag der Koalition im nächsten Jahr höher belastet würde als durch einen Pauschalbeitrag von rund 7 Euro?

Wenn ich noch eine Frage an Herrn Dr. Fedderwitz (KZBV) hinzufügen kann: Können Sie das Zahlenbild, das Herr Dr. Ahrens im Blick auf die Ausgabenentwicklung beim Zahnersatz dargelegt hat, zumindest in der Tendenz bestätigen oder nicht?

SV **Dr. Axel Reimann** (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, VDR): Zu der Frage, mit welchen Größen wir auf der derzeitigen Basis für die Rentenanpassung rechnen: Nach den Rechnungen, wie sie zur Jahresmitte geschätzt worden sind, ergibt sich für das nächste Jahr eine Rentenanpassung von 0,11 % in den alten Bundesländern und von 0,22 % in den neuen. Wenn ich dann die zusätzliche Belastung durch den Zahnersatzbeitrag gegenrechne bzw. durch den zusätzlichen Beitragsatz zur Krankenversicherung, dann stellt sich die Frage, ob hier die vollen 0,9 % gegengerechnet werden oder die Hälfte, weil man davon ausgeht, dass der normale Beitragssatz zu diesem Zeitpunkt in entsprechendem Umfang gesenkt wird. Wenn ich den halben Beitragsatz dagegen rechne, würde sich eine Verminderung des Zahlbetrages in den alten Bundesländern von 0,34 % – das sind etwa 4 Euro für den Standardrentner – und 0,23 % – das sind 2,40 Euro für den Standardrentner – in den neuen Bundesländern ergeben.

SV **Dr. Jürgen Fedderwitz** (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, KZBV): Ich will versuchen, diese Zahlen möglichst konkret zu halten, damit sie aus dem Raum des Spekultativen kommen. In diesem Zusammenhang hätte ich gerne einmal die 28 Millionen vorgerechnet bekommen. Um auf die Frage konkret einzugehen: Herr Dr. Ahrens hat einige Parameter angeführt; er hat gesagt, die Grundlohnsumme müsse berücksichtigt werden, die entsprechenden Preissteigerungen müssten berücksichtigt werden und die Verwaltungskosten. Die Auflistung ist zum einen nicht vollständig, aber bei diesen drei Kriterien kann man einmal bleiben. Wir hatten im Übergang von 2003 nach 2004 oder von 2002 nach 2003 0,02 % Grundlohnsummensteigerung. Damit ist der Parameter für Preissteigerungen innerhalb des Systems gleich Null. Wir haben jetzt nach der neuesten Schätzung 0,38 %; das hat sicherlich auch keine preistreibenden Effekte.

Wir haben hinsichtlich der grundsätzlichen Berechnungen aber etwas hinzuzufügen. Sie

dürfen nicht vergessen, dass im Rahmen der sog. Bema-Umrelationierung – das ist schließlich die Umsetzung eines Gesetzesauftrages – der Bereich Zahnersatz um etwas über 8 % abgesenkt worden ist. Wenn man als Leistungsvergleich die Zahlen früherer Jahre heranzieht, muss man berücksichtigen, dass man dieses Volumen erst einmal um diese 8,3 % reduzieren muss. Im gleichen Zusammenhang – das Stichwort Vorzieheffekt ist auch gefallen – muss man die Vorzieheffekte herausnehmen, die infolge der Verunsicherung der Bevölkerung zum Jahreswechsel 2003/2004 eingetreten sind, als ein Teil der Bevölkerung dachte, hinsichtlich der zahnprothetischen Versorgung würde der Untergang des Abendlandes eingeläutet. Dies hat entsprechende Vorzieheffekte ausgelöst, die sich natürlich hinsichtlich ihrer Abrechnung erst im Jahr 2004 niedergeschlagen haben, aber gleichwohl dem Jahr 2003 zuzurechnen sind. Wenn man dann eine ganz einfache Rechnung aufmacht, nämlich dass wir ungefähr 3,3 Mrd. Euro statt der 3,6 Mrd. oder sogar 3,8 Mrd. Euro hatten – die sind also bestimmt nicht nachzuvollziehen –, wenn man also 3,3 Mrd. Euro durch 51 Millionen Versicherte teilt, kommt man auf 5,40 Euro. Wenn man dann noch die Verwaltungskosten hinzurechnet, dann sehe ich den Beitrag eher bei 6 Euro denn bei 7 Euro – das zur Konkretisierung.

Ich möchte aber noch eins hinzufügen: dass wir natürlich bei der Umsetzung des Gesetzesauftrages darauf hinarbeiten mussten, eine kostenneutrale Umsetzung anzugehen und in dieser kostenneutralen Umsetzung zu berücksichtigen, dass die zusätzlichen Leistungen, wie die Aufnahme von Suprakonstruktionen bei Implantatversorgung, auch einen Festzuschuss auslösen, der durch entsprechende Gegenrechnungen im, ich sage mal, etablierten Leistungsbereich kompensiert werden muss.

Abg. **Gerald Weiß** (Groß-Gerau) (CDU/CSU): Ich möchte noch eine Zusatzfrage stellen an den VDR, um das Zahlenbild jetzt wieder auf die Rentnerinnen und Rentner zu richten. Trifft es zu, dass nach dem Willen der Koalition der erhöhte Sonderbeitrag, der sicherlich als Rentenkürzung wahrgenommen werden wird, am 1. Juli 2005 fällig werden soll, dass die Rentner aber erst ein Vierteljahr später von einer Senkung des allgemeinen Beitragssatzes profitieren?

SV **Dr. Axel Reimann** (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, VDR): Das ist in der Tat die Frage, zu welchem Zeitpunkt der allgemeine Beitragssatz bei den einzelnen Krankenkassen in dem entsprechenden Umfang gesenkt wird. Man kann hier nicht davon ausgehen, dass – so wie das Gesetz gegenwärtig gestaltet ist – eine Automatik besteht zwischen der Senkung des normalen Beitragssatzes und der Einführung des zusätzlichen Beitragssatzes.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die Spitzenverbände der Krankenkassen: Aus welcher Regelung ergibt sich für Sie die Zustimmungspflichtigkeit des vorliegenden Gesetzesentwurfes? Zweiter Teil der Frage: Wir haben gestern bei der Anhörung zum Thema Pflegeversicherung gehört, dass Änderungen im Beitragssatz oder im Beitragsrecht zustimmungsfrei wären. Weshalb ist die hier vorliegende Regelung zustimmungsbedürftig – oder beurteilen Sie das anders? Die dritte Frage in diesem Zusammenhang wäre: Wie müsste der Gesetzesentwurf ausgestaltet sein, damit er zustimmungsfrei wäre?

SV **Dr. Hans-Jürgen Ahrens** (Bundesverband der allgemeinen Ortskrankenkassen, AOK): Ich darf einmal als Jurist antworten, wie Juristen das tun: also nicht eindeutig. Das Ergebnis unserer juristischen Bewertung ist, dass eine Zustimmungsfreiheit nach einer cursorischen Einschätzung vertretbar erscheint, aber nicht zwingend ist. Das heißt, grundsätzlich kann man vertreten, dass es zustimmungsfrei ist, aber es gibt ein Gegenargument, das aus dem § 59 Abs. 2 SGB V folgt. Wenn darin enthalten ist, dass eine Rechtsverordnung nur mit Zustimmung des Bundesrates erfolgen kann, dann könnte man daraus schließen, dass dann, wenn der gesamte Härtefallausgleich wegfällt, dieser Bereich eher zustimmungspflichtig ist. Bezüglich der Pflegeversicherung kann man das nicht generell sagen, generell sind Änderungen im Beitragsrecht nicht immer zustimmungsfrei. Man muss genau betrachten, um welchen Einzelfall es sich handelt.

Abg. **Maria Michalk** (CDU/CSU): Es ist schon sehr gut herausgearbeitet worden, dass unserem Gesundheitswesen mehr Wettbewerb und mehr Wahlfreiheit für die Versicherten gut

täten. Vor diesem Hintergrund frage ich noch einmal die BDA, die PKV, den Freien Verband Deutscher Zahnärzte und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung: Gehört zur Eigenverantwortung der Versicherten nicht auch zwingend, dass sie mehr Gestaltungsmöglichkeiten bekommen? Ist unter diesem Aspekt der vorgesehene Sonderbeitrag nicht eine bloße Mehrbelastung ohne jeden Vorteil für Versicherte? Noch eine Zusatzfrage an die PKV zu den schon erwähnten 500.000 Verträgen im Vorgriff auf die Regelung vom 1. Januar: Wie beurteilen Sie die Antwort der Bundesregierung auf meine schriftliche Frage von gestern, in der gesagt wird, dass die PKV signalisiert hat, alle betroffenen Versicherten aus den Verträgen zu entlassen, und dass im Übrigen schon deshalb nicht auf einer Erfüllung der eingegangenen Verträge bestanden werden kann, weil bei einer Gesetzesänderung die Geschäftsgrundlage für derartige Versicherungsverträge entfällt?

**SV Alexander Gunkel** (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, BDA): In der Tat halten wir mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen für dringend erforderlich. Das betrifft zum einen den Wettbewerb der gesetzlichen Krankenversicherung, den Wettbewerb auch zwischen den gesetzlichen Krankenkassen, aber wir halten auch einen Wettbewerb zwischen GKV und PKV für wünschenswert. Die Gesetzesregelung im GKV-Modernisierungsgesetz hätte zumindest für den kleinen Bereich des Zahnersatzes eine Ausweitung des Wettbewerbs zwischen diesen beiden Versicherungssystemen gebracht. Der Wettbewerb zwischen GKV und PKV ist nicht ganz verzerrungsfrei. Das geht aufgrund der Verschiedenartigkeit beider Systeme nicht, aber ich stimme Herrn Dr. Ahrens völlig zu: Die Regelung, die im GKV-Modernisierungsgesetz vorgesehen ist, wäre unter Wettbewerbsgesichtspunkten gut gewesen und hätte tatsächlich auch zu einer akzeptablen Vergleichbarkeit von Versicherungstarifen geführt.

Wir meinen, dass die Möglichkeit, sich privat gegen die Kosten bei Zahnersatz zu versichern, auch erhalten bleiben sollte, wenn es tatsächlich – was wir nicht für richtig halten – zu einkommensabhängigen Beiträgen in der GKV kommt. Denn das Argument, dass die gesetzlichen Sozialversicherungssysteme nicht in der Lage sind, einen unbürokratischen und administrativ nicht aufwendigen Beitragseinzug

herzustellen, gilt für die private Krankenversicherung, wie Herr Dr. Leienbach noch einmal erläutert hat, nicht. Die private Krankenversicherung sagt, dass sie das kann und die administrativen Kosten für sie beherrschbar sind. Deshalb wäre es für uns auf jeden Fall wünschenswert, dass diese Option zur privaten Versicherung erhalten bleibt.

**SV Dr. Hans-Jürgen Ahrens** (Bundesverband der allgemeinen Ortskrankenkassen, AOK): Ich möchte noch einmal darauf hinweisen, dass wir durchaus den Wettbewerb unterstützen, aber der Wettbewerb wäre nur im Fall des geltenden Gesetzes durchführbar gewesen, da waren die Spieße gleich lang. Wenn wir das jetzt machen, bei einer einkommensabhängigen Gestaltung, dann würde das bedeuten, dass wir zwangsläufig gezwungen wären, für diesen Bereich höhere Beiträge zu nehmen, als das in der PKV der Fall ist. Damit wäre die Voraussetzung eines fairen Wettbewerbs nicht mehr gegeben.

**SV Dr. Wilfried Beckmann** (Freier Verband Deutscher Zahnärzte, FVDZ): Genau dieses bezweifeln wir. Der soziale Ausgleich in Deutschland wird sich nicht darüber realisieren lassen, dass Zahnersatzabsicherung zwischen der privaten Option und der GKV-Option abgewogen wird. Es handelt sich hier um Beiträge in Höhe von etwa 3 Euro monatlich. Ich fürchte, die sozialen Ungleichheiten in Deutschland sind so groß, dass sie nicht durch diesen Betrag geheilt werden können. Der Ansatz ist auch dem Versicherten nicht vermittelbar. Wir haben schon gehört, dass die Frage der Zahnersatzbedürftigkeit, das Krankheitsrisiko, anders zu bewerten ist und im Wesentlichen mit einer Generationengerechtigkeit gleichzusetzen ist. Für uns bleibt unter dem Strich ganz klar nichts anderes, wenn dieses Gesetz so wie heute vorgestellt realisiert wird, als dass am Ende einseitig der Versicherte mehr belastet wird, keine neuen Optionen erhält, aber anstelle des Arbeitgebers in die Pflicht genommen wird, dieses Pflichtsystem weiter zu finanzieren. Ansatz der Diskussion war doch nicht, allein eine Entlastung der Arbeitgeber durchzuführen, sondern auch der Bevölkerung mit auf den Weg zu geben, mehr Eigenverantwortung zu übernehmen und hier zu einer ausgewogenen Lösung zu kommen. Wir sehen, dass dieses jetzt vollkommen disharmonisch wird, dass wieder eine einseitige

Mehrbelastung erfolgt. Diese Mehrbelastung erinnert stärker an solche Instrumentarien wie das Krankenkassennotopfer namens Praxisgebühr als an einen evolutiven, evolutionären Prozess, der Möglichkeiten gibt, hier mit den Versicherten nach individuellen Lösungen zu suchen. Wir bedauern sehr, dass man diese Dinge hier diskutiert, und können das unseren Patienten überhaupt nicht vermitteln.

**SV Heinz Windisch** (Verband der Krankenversicherten Deutschlands, VKVD): Wir sehen das genauso: Dieser Neuentwurf geht ganz klar zu Lasten der Patienten. Es ist kein Wettbewerb mehr da, der gewünscht war. Uns wurde im Vorgang schon ganz deutlich gesagt, wir können im Moment unseren Mitgliedern nicht mehr klar machen, wo überhaupt die Reise hingehet. Da wird vier Monate, bevor das Gesetz in Kraft treten soll, plötzlich wieder zurückgerudert. Wenn man bedenkt, dass 500.000 Versicherte – wenn man mal diese Zahl nimmt –, die bereits jetzt eine private Krankenversicherung abgeschlossen haben – ganz gleich, ob sie aus diesen Verträgen wieder austreten können oder nicht –, Probleme haben werden und sich schriftlich mit den Versicherungen auseinandersetzen müssen: Das den Versicherten zu erklären, ist sehr schwer. Wir haben jetzt schon viele Anrufe im Verband, die genau darauf hinzielen.

**SV Dr. Jürgen Fedderwitz** (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, KZBV): Das Stichwort ist Eigenverantwortung gewesen. Wenn eine notwendige Finanzierungsreform der GKV dazu angetan sein sollte, die Sicherung der Finanzmittel und die Überlebensfähigkeit der GKV zu sichern, ist sicherlich Eigenverantwortung ein ganz wesentlich zu stärkendes Element. Dafür bildet nun einmal die zahnärztliche Versorgung – und hier besonders der Zahnersatz – den ersten Ansatz. Wenn man so will: ein Modellvorhaben. Wenn es hier nicht klappt, dann meine ich, klappt es wahrscheinlich in anderen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung auch nicht. Der Zahnersatz ist wegen seiner Therapiealternativen, die oftmals das gleiche Ziel haben, nämlich eine Verbesserung oder die Wiederherstellung der Kaufunktion, eine Sache, die gekoppelt ist mit ästhetischen und Komfort-Aspekten. Gerade in diesem Zusammenhang muss man sich dann fragen, ob es nicht gerechtfertigt ist, hier die Eigenverantwortung besonders herauszustellen.

Es ist das Stichwort gefallen, dass kein vergleichbares Land in Europa eine ähnlich hohe Absicherung innerhalb der Sozialversicherung für Zahnersatz vorsieht. Aus gutem Grund, wie ich meine. Denn gerade hier ist die Therapievelfalt der ideale Ansatz, eine individuelle Versicherung zu gestalten, die auch den Charme hat, ein individuell unterschiedliches Risiko durch einen individuellen Versicherungsbeitrag und einen individuell versicherten Umfang zu konkretisieren. Diese Chance ist sicherlich vertan, nicht nur auf kurzfristige Sicht, sondern, wenn das so weitergeht, auch auf mittelfristige Sicht.

**SV Dr. Volker Leienbach** (Verband der privaten Krankenversicherung, PKV): Zur ersten Frage, zum Wettbewerb: Der Gesetzgeber war im Zuge der Verhandlungen zum GMG mit der Opposition angetreten, den Wettbewerb zu verstärken, die Eigenverantwortung auszubauen und die Gestaltungsmöglichkeiten der Versicherten zu erweitern. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf werden diese Ziele schlichtweg ignoriert, als hätte es sie nie gegeben. Dabei wären die Karten für die GKV gar nicht so schlecht gewesen, denn sie sind in diesem Wettbewerb deutlich privilegiert, weil sie 90 % der Versicherten schon an ihrer Theke haben. Das Argument „Versicherung aus einer Hand“ ist kein schlechtes! Zum Zweiten haben sie natürlich deutlich günstigere Vergütungen gegenüber den Leistungserbringern, wo die PKV unter den jetzigen Bedingungen an die GOZ gebunden ist. Die Zahnärzte beklagen, dass es zu wenig ist, aber sie werden nicht bestreiten, dass es mehr ist als in der GKV. Insofern keine schlechten Bedingungen für die GKV.

Zur zweiten Frage, alle Versicherten aus den Verträgen zu entlassen: Ich habe eben schon ausgeführt, dass wir natürlich auf Bestandsgarantie für die Verträge bestehen müssen. Wenn jetzt gesagt wird, die Geschäftsgrundlage fällt weg, dann sagt mir die Politik, dass es keine Geschäftsgrundlage ist, wenn 90 % der Abgeordneten ein Gesetz verabschieden. Wenn man sich darauf nicht verlassen kann, was soll denn dann, bitte schön, noch bleiben? Wir verlassen uns jetzt auf das, was neu kommen wird, und warten mal ab, ob das dann bleibt. Aber, um das auch zu sagen, ich baue jetzt schon den Kompromiss ein, den ich allerdings nicht haben will, ich kann es noch einmal wiederholen:

Wenn denn wirklich alles den Bach hinuntergehen würde, was man sich ursprünglich immer vorgenommen hat, dann würde sich die Branche in der Tat um eine versichertenfreundliche Lösung bemühen.

**Abg. Matthias Sehling** (CDU/CSU): An Letzteres kann ich gleich anknüpfen. Ich habe eine Frage an den Sachverständigen und langjährigen Praktiker, Herrn Gerhard Schulte, die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, den PKV-Verband und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung. Schädigt die Politik nicht ihr Ansehen und das Vertrauen der Bürger, wenn eine Regelung, die der Deutsche Bundestag – wie wir gehört haben – mit 90 % seiner Mitglieder beschlossen hat, kurz nach ihrem Inkrafttreten wieder rückgängig gemacht wird? Wie beurteilen Sie das im Hinblick auf den Vertrauensschutz derjenigen, die sich auf diese neuen Möglichkeiten schon eingestellt haben? Zweite Frage an denselben Personenkreis: Die Koalition sieht es offenbar als Fortschritt an, wenn die Versicherten zwar erheblich mehr für den Zahnersatz zahlen müssen, aber nicht selbst über Art und Umfang ihrer Versicherung entscheiden können. Wir beurteilen Sie dieses Verständnis?

**SV Gerhard Schulte**: Es ist sicher sinnvoll, Fehler zu korrigieren, wobei sich allerdings die Frage stellt, wo denn der Fehler des GKV-Modernisierungsgesetzes liegt. Grundsätzlich haben auch die Krankenkassen da nur ein Problem: Es ist der Quelleneinzug des Beitrages. Diese an sich leicht zu korrigierende Frage im Blick auf die Rentenversicherung und die Bundesanstalt würde ausreichen, um den Vertrauensschutz wieder herzustellen im Hinblick auf Wahlrechte von Versicherten. Deswegen

ist auch der völlige Neuansatz des Gesetzentwurfes der Koalition bei diesem Aspekt nicht notwendig, um eine kleine Lücke im GKV-Modernisierungsgesetz zu schließen.

**Amtierender Vorsitzender Abg. Wolfgang Zöllner** (CDU/CSU): Mit Blick auf die Uhrzeit darf ich fragen, ob noch jemand eine davon abweichende Meinung hat.

**SV Dr. Jürgen Fedderwitz** (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, KZBV): Ich nehme das trotzdem gerne noch auf, weil es den zahnärztlichen Bereich im Besonderen betrifft und wir heute schon Zahnärzte ehrenhalber hier sitzen haben. Es bleibt natürlich der Alltag in unseren Praxen. Wenn die Koalition oder die Politik eine gewisse Logik verfolgt in diesem ‚Hickhack‘ – ‚rein in die Kartoffeln, raus aus den Kartoffeln‘ –, wenn schon eine große Koalition es nicht schafft, den in meinen Augen ‚Peanuts-Bereich‘ der gesetzlichen Krankenversicherung im 6 Euro/6,50 Euro-Bereich in einem Reformpaket zu verabschieden, wie will dann die große Politik diesen überfälligen Reformstau angehen? So gesehen ist die Frage eine Frage, die wir täglich beantworten sollten.

**Amtierender Vorsitzender Abg. Wolfgang Zöllner** (CDU/CSU): Ich darf mich recht herzlich bei Ihnen allen bedanken. Ich wünsche Ihnen eine gute Zahngesundheit und den Entscheidungsträgern viel Biss und einen schönen Abend.

Ende der Sitzung: 15.00 Uhr