

Ausschuss für Gesundheit
Wortprotokoll
32. Sitzung

Berlin, den 08.11.2006, 11:00 Uhr
Sitzungsort: Reichstagsgebäude

Sitzungssaal: CDU/CSU-Fraktionssaal 3 N001

Vorsitz: Dr. Martina Bunge, MdB
Dr. Hans Georg Faust, MdB (teilweise)

TAGESORDNUNG:

Öffentliche Anhörung (Teil V Private Krankenversicherung) zu folgenden Vorlagen:

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG)

BT-Drucksache 16/3100

Antrag der Abgeordneten Birgitt Bender, Matthias Berninger, Dr. Thea Dückert, weiterer Abgeordneter
und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Stärkung der Solidarität und Ausbau des Wettbewerbs - Für eine leistungsfähige
Krankenversicherung

BT-Drucksache 16/1928

Antrag der Abgeordneten Daniel Bahr (Münster), Heinz Lanfermann, Dr. Konrad Schily, weiterer
Abgeordneter und der Fraktion der FDP

Für Nachhaltigkeit, Transparenz, Eigenverantwortung und Wettbewerb im Gesundheitswesen

BT-Drucksache 16/1997

Antrag der Abgeordneten Frank Spieth, Klaus Ernst, Dr. Martina Bunge, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Dem Gesundheitswesen eine stabile Grundlage geben

BT-Drucksache 16/3096

Anlagen
Anwesenheitsliste
Sachverständigenliste
Sprechregister

Anwesenheitsliste*

Mitglieder des Ausschusses

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses

Stellv. Mitglieder des Ausschusses

CDU/CSU

Albach, Peter
Bauer, Wolf, Dr.
Eichhorn, Maria
Faust, Hans Georg, Dr.
Hüppe, Hubert
Koschorrek, Rolf, Dr.
Scharf, Hermann-Josef
Spahn, Jens
Straubinger, Max
Widmann-Mauz, Annette
Zylajew, Willi

Blumenthal, Antje
Brüning, Monika
Henrich, Michael
Jordan, Hans-Heinrich, Dr.
Krichbaum, Gunther
Luther, Michael, Dr.
Meckelburg, Wolfgang
Michalk, Maria
Philipp, Beatrix
Scheuer, Andreas, Dr.
Zöller, Wolfgang

SPD

Friedrich, Peter
Hovermann, Eike
Kleiminger, Christian
Lauterbach, Karl, Dr.
Mattheis, Hilde
Rawert, Mechthild
Reimann, Carola, Dr.
Spielmann, Margrit, Dr.
Teuchner, Jella
Volkmer, Marlies, Dr.
Wodarg, Wolfgang, Dr.

Bätzing, Sabine
Becker, Dirk
Bollmann, Gerd
Ferner, Elke
Gleicke, Iris
Hemker, Reinhold
Kramme, Anette
Kühn-Mengel, Helga
Marks, Caren
Schmidt, Silvia
Schurer, Ewald

FDP

Bahr, Daniel
Lanfermann, Heinz
Schily, Konrad, Dr.

Ackermann, Jens
Kauch, Michael
Parr, Detlef

DIE LINKE.

Bunge, Martina, Dr.
Ernst, Klaus
Spieth, Frank

Höger-Neuling, Inge
Knoche, Monika
Seifert, Ilja, Dr.

B90/GRUENE

Bender, Birgitt
Scharfenberg, Elisabeth
Terpe, Harald, Dr.

Haßelmann, Britta
Koczy, Ute
Kurth, Markus

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

Bundesregierung

Bundesrat

Fraktionen und Gruppen

Sprechregister Abgeordnete	Seite/n	Sprechregister Sachverständige	Seite/n
Vorsitzende, Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.)	7,49,51	SV Dr. Volker Leienbach (Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV))	8,15,18,19,26,27,33,36,37,38,39,41,42,46,47,48
Abg. Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU)	8,46,48	SV Prof. Dr. Peter Axer	10,27,31,46,47,49
Abg. Jens Spahn (CDU/CSU)	10,31,46	SV Dr. Albrecht Scheffler	11
Abg. Dr. Rolf Koschorrek (CDU/CSU)	10,48	SV Manfred Specht (Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen e.V. (PVS))	12,41
Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU)	11	SV Dr. Andreas Köhler (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV))	12,32,36,40
Abg. Dr. Carola Reimann (SPD)	13,29,36,51	SV Dr. Jürgen Fedderwitz (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV))	12,36
Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD)	14,48	SV Prof. Dr. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe (Bundesärztekammer (BÄK))	12
Abg. Dr. Margrit Spielmann (SPD)	15,34	SV Werner Schneider (AOK-Bundesverband (AOK-BV))	13,21,30,36,50
Abg. Hilde Mattheis (SPD)	15,37	SVe Dr. Doris Pfeiffer (Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (VdAK/AEV))	13,33,37,43
Abg. Daniel Bahr (Münster) (FDP)	16,18,19,39,40,41	SVe Sybille Sahmer (Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV))	14,15,31,45
Abg. Heinz Lanfermann (FDP)	17,19	SVe Dr. Birgit Clever (Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V. (bvvp))	14
Abg. Dr. Konrad Schily (FDP)	18,38,40,41	SV Prof. Dr. Rainer Richter (Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK))	14
Abg. Frank Spieth (DIE LINKE.)	19,20,21,42,43	SVe Dr. Astrid Wallrabenstein	15,27,29,34,35,51
Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	22,23	SV Wolfgang Scholl (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv))	16,24,28,29,34,35,38,39,51
Abg. Willi Zylajew (CDU/CSU)	25	SVe Lilo Blunck (Bund der Versicherten e.V. (BdV))	16,36
Abg. Eike Hovermann (SPD)	26	SV Prof. Dr. Helge Sodan	16,19,40,41,42,49
Abg. Peter Friedrich (SPD)	27	SV Prof. Dr. Gregor Thüsing	17
Abg. Hermann-Josef Scharf (CDU/CSU)	30	SV Klaus Dauderstädt (Deutscher Beamtenbund und Tarifunion (dbb))	18,25,37,48,49
Abg. Maria Eichhorn (CDU/CSU)	32	SV Dr. Jens Holst	19,20,43
Abg. Max Straubinger (CDU/CSU)	33	SV Prof. Dr. Ulrich Meyer	22,23,44,50
Abg. Mechthild Rawert (SPD)	35	SV Jens Trittmacher (Bund der Versicherten e.V. (BdV))	26,48
Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	44,45	SV Prof. Dr. Hans-Peter Schwintowski	28,29,51

Abg. Christian Kleiminger (SPD)	49	SV K.-Dieter Voß (BKK Bundesverband BKK BV))	30
Abg. Dr. Wolfgang Wodarg (SPD)	50	SV Dr. Thomas Muschallik (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV))	32
		SV Knut Lambertin (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB))	37,49
		SV Alexander Gunkel (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA))	37
		SV Horst-Dieter Schirmer (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV))	40,48
		SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG))	40

Tagesordnungspunkt 1

Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG)

BT-Drucksache 16/3100

Tagesordnungspunkt 2

Antrag der Abgeordneten Birgitt Bender, Matthias Berninger, Dr. Thea Dückert, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Stärkung der Solidarität und Ausbau des Wettbewerbs - Für eine leistungsfähige Krankenversicherung

BT-Drucksache 16/1928

Tagesordnungspunkt 3

Antrag der Abgeordneten Daniel Bahr (Münster), Heinz Lanfermann, Dr. Konrad Schily, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

Für Nachhaltigkeit, Transparenz, Eigenverantwortung und Wettbewerb im Gesundheitswesen

BT-Drucksache 16/1997

Tagesordnungspunkt 4

Antrag der Abgeordneten Frank Spieth, Klaus Ernst, Dr. Martina Bunge, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Dem Gesundheitswesen eine stabile Grundlage geben

BT-Drucksache 16/3096

Beginn der Sitzung: 11.00 Uhr

Vorsitzende, Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Meine sehr geehrten Damen und Herren, ich darf Sie ganz herzlich begrüßen im Zuge des Anhörungsmarathons zur Gesundheitsreform, heute Teil 3. Wir haben uns als Ausschuss für Gesundheit am 27. Oktober 2006 nach der Einbringung des Gesetzentwurfes der Regierungskoalition verständigt, eine umfangreiche Anhörung zu den Vorlagen durchzuführen. Wir befassen uns heute mit der privaten Krankenversicherung. Dazu stehen uns vier Stunden zur Verfügung.

Ich möchte damit offiziell in die heutige Tagesordnung eintreten und begrüße neben meinen Kolleginnen und Kollegen aus dem Gesundheitsausschuss Sie als Sachverständige, die Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung, voran Frau Staatssekretärin Caspers-

Merk und Herrn Staatssekretär Schwanitz, und die Vertreter auf der Bundsratsseite.

Ich darf die Gäste der heutigen öffentlichen Anhörung begrüßen und natürlich auch die Medienvertreter.

Damit kommen wir zu den uns vorliegenden Vorlagen. Das sind:

der Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD – Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung auf BT-Drs. 16/3100,

der Antrag der Fraktion der FDP – Für Nachhaltigkeit, Transparenz, Eigenverantwortung und Wettbewerb im Gesundheitswesen auf BT-Drs. 16/1997,

der Antrag der Fraktion DIE LINKE. – Dem Gesundheitswesen eine stabile Grundlage geben auf BT-Drs. 16/3096,

der Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Stärkung der Solidarität und Ausbau des Wettbewerbs – Für eine leistungsfähige Krankenversicherung auf BT-Drs. 16/1928.

Abg. **Annette Widmann-Mauz** (CDU/CSU): Meine erste Frage geht an den Verband der privaten Krankenversicherung. Die Eckpunkte der Gesundheitsreform 2006 sehen vor, dass das spezifische Geschäftsmodell der PKV erhalten bleiben soll. Was rechtfertigt es aus Ihrer Sicht, die PKV als Vollversicherung zu erhalten? Ich darf alle Gefragten am heutigen Vormittag von unserer Seite aus bitten, sich kurz und prägnant zu fassen, damit wir möglichst viele Fragen beantwortet bekommen. Herzlichen Dank.

SV Dr. Volker Leienbach (Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV)): Ich möchte drei Punkte nennen. Der erste Punkt ist, dass die PKV für Produktvielfalt und Wahlmöglichkeiten steht. Das heißt, der Versicherungsnehmer hat die Möglichkeit, sich entsprechend seiner Präferenzen seinen Schutz individuell zusammenzustellen.

Der zweite Punkt ist, dass die PKV für Demographiefestigkeit und Nachhaltigkeit steht. Die Mechanik der Alterungsrückstellung gewährleistet, dass der Beitrag allein aufgrund des Alterwerdens nicht steigt. Das heißt, die Generation, die in der Lage ist, die mit dem Alter steigenden Gesundheitskosten vorzufinanzieren, tut das in der Phase, in der sie dazu in der Lage ist, anders als im Umlageverfahren, wo Zukunftslasten bekanntlich auf die nächste Generation überantwortet werden.

Drittens: Einer freiheitlichen Gesellschaft mit einer freiheitlichen Wirtschaftsordnung steht es gut, ein Privatsystem zu haben, das ein Korrektiv zum gesetzlichen System ist, sich im Wettbewerb der Unternehmen gegenseitig befruchtet und den Menschen wirkliche Entscheidungsspielräume liefert. Ich werde sicherlich noch Gelegenheit haben, später darauf zu antworten, ob der Gesetzentwurf dem eigenen Anspruch gerecht wird, die PKV in diesem Geschäftsmodell zu erhalten.

Abg. **Annette Widmann-Mauz** (CDU/CSU): Ich frage nochmals den gleichen Verband. Ein

weiteres Ziel dieser Reform ist es, den Wettbewerb innerhalb der PKV zu fördern, deshalb sieht der Gesetzentwurf die Portabilität von Altersrückstellungen vor. Insbesondere die Protestwellen der letzten Wochen haben deutlich gemacht, dass die privaten Versicherungsunternehmen mit einem Anstieg der Prämien rechnen. Mich interessiert, in welcher Höhe und woraus sich aufgrund der einzuführenden Portabilität nach den Berechnungen der PKV Tarifsteigerungen für Alt- und Neuversicherte ergeben werden. Differenzieren Sie bitte bei Ihrer Antwort zwischen Prämiensteigerungen, die sich durch die Anpassung der Sterbetafeln ergeben und solchen, die durch das GKV-Wettbewerbsstärkungs-gesetz bedingt wären. Mit wie vielen Versicherten rechnen Sie im Basisarbit? Zu welchem Anteil werden die Basisversicherten aus Ihrer Einschätzung heraus aus der Gruppe der Nichtversicherten, aus der Gruppe der freiwillig GKV-Versicherten und aus der Gruppe der PKV-Bestandsversicherten stammen? Wie viele Beamte aus den unteren und mittleren Einkommensklassen sind mit ihren Familienangehörigen derzeit in der PKV versichert und wären eventuell von Tarifsteigerungen betroffen?

SV Dr. Volker Leienbach (PKV): Die erste Frage betrifft die Prämiensteigerung. Soweit es die Portabilität der Alterungsrückstellung anbelangt, verweisen wir auf Berechnungsgrundlagen aus dem ersten Arbeitsentwurf. In diesen Berechnungsgrundlagen steht, dass allein aufgrund der Portabilität der Altersrückstellung die Beiträge im Bestand bis zu 36 % steigen. Es ist anzuerkennen, dass bis zu 36 % von sehr wenig bis hin zu 36 % bedeutet. Es ist auch anzuerkennen, dass die Portabilität in die GKV jetzt nicht mehr vorgesehen ist, so dass wir mit einem Anstieg rechnen, der sich noch auf bis zu 28 % beläuft.

Differenziert nach einzelnen Versicherten-gruppen kann man grundsätzlich sagen, je älter man wird desto niedriger ist der Beitragsanstieg. Das heißt, die volle Beitragserhöhung in den Privatarifen betrifft die jungen, die niedrigeren Beitragsanstiege die älteren Versicherten. Ich darf dazu sagen, dass die Portabilität der Alterungsrückstellung eine Versicherungsleistung ist, die nicht kontrahiert wurde. Jeder Mann und jede Frau, die in die PKV gegangen sind, wusste, dass dieses Recht nicht besteht. Dieses Recht wird nachträglich implementiert. Das ist ein Eingriff in bestehende Verträge, der

diese Beitragskonsequenzen hat, die sicherlich nicht angemessen sind.

Zur zweiten Frage: Basistarif und Beitragswirkungen. Die Mechanik des Gesetzentwurfs sieht vor, dass der Basistarif attraktiv auszugestalten ist und die Vollversicherung, wie die PKV sie heute betreibt, attackiert bzw. negativ ausgestaltet wird. Ich versuche ganz kurz, die Mechanik zu erklären. Wir haben einen Basistarif, der auf GKV-Niveau konzipiert werden soll. Dieser Basistarif soll formal nach Kalkulationsvorschriften kalkuliert werden, er kennt aber Beitragsobergrenzen. Die Beitragsobergrenzen sind Ihnen allen bekannt, Höchstbeitrag, durchschnittlicher Beitrag GKV und darunter gibt es abgestaffelt noch weitere Höchstgrenzen. Die Differenz zwischen politisch gewolltem Beitrag und sich kalkulatorisch ergebendem Beitrag ist von den Bestandsversicherten zu zahlen, also ein weiterer Eingriff in bestehende Verträge.

Jetzt zur Frage, wer in den Bestandstarif geht. Wenn Menschen sich rational verhalten – der Gesetzentwurf unterstellt dies – dann werden sie immer dann aus den Vollversicherungsverträgen der heutigen PKV in den Basistarif gehen, wenn sich das für sie rechnet. Modellhaft rechnet sich das beispielsweise für alle Rentner. Unterstellt man, dass alle heutigen Rentner der PKV in diesen Basistarif gingen, hat das Beitragserhöhungen für die Bestandsversicherten durch die Subventionstatbestände zufolge, die bei den Normaltarifen bei rd. 6% je nach Annahmen liegen, bei den Beamtentarifen bis zu 20% betragen können. Ich sage nicht, dass das alles im ersten Jahr passiert, aber diese Mechanik ist angelegt. Wenn Sie weiterhin unterstellen, dass freiwillig Versicherte in der GKV, doppelverdienende Ehepaare, die vielleicht in der GKV jeweils den Höchstbeitrag zahlen würden, also jeweils 500 Euro, in der PKV bei einem identischen Schutz nur 150% zahlen, also 500 plus 250 Euro, dann ergibt sich natürlich auch daraus ein großer Trend für die freiwillig GKV-Versicherten, aber auch für die Ehepaare, die heute in der PKV versichert sind, in diesen Basistarif zu wechseln. Wenn Sie das alles bewerten, kommen Sie zu den von mir genannten Beitragserhöhungen. Die Konsequenz ist, dass der Basistarif in hohem Maße subventioniert wird und dass die Subvention von den Bestandsversicherten zu tragen ist. Viele dieser Bestandsversicherten kommen damit an ihre Belastungsgrenze, die es wiederum für sie attraktiv macht, auch in

den Basistarif zu gehen. Diese Spiralbewegung, wenn unterstellt wird, dass sich jährlich rd. 5% der Versicherten für diesen Basistarif entscheiden, führt dazu, dass die Beiträge jährlich um 2% steigen mit steigender Dynamik. Schließen haben wir die Konsequenz einer Beitragssteigerung für die Bestandsversicherten aus dem Basistarif, weil der Basistarif sich am durchschnittlichen GKV-Höchstbeitrag orientiert. Aber wenn wir unterstellen, dass dieser Beitrag nicht weiter steigt – wir haben von der Bundesregierung ja gehört, dass Beitragsstabilität ein realistisches Ziel ist – dann muss der steigende Finanzbedarf über den Zusatzbeitrag erhoben werden. Diesen Zusatzbeitrag gibt es im Basistarif nicht. Wir müssen ihn also im Basistarif einpreisen und daraus ergeben sich gewaltige Beitragssteigerungen, die in der Zeitschiene bis zu 20% betragen können. Ich sage das mit großem Ernst und möchte deutlich machen, welche Mechanik hier angelegt ist. Wenn man das addiert, was ich hier bewusst nicht tue, weil es nicht alle zeitgleich und in gleichem Umfang betreffen wird, dann kommen wir deutlich in einen zweistelligen Bereich allein aus dem Subventionstatbestand des Basistarifs heraus. Ich komme weiterhin zu einem zweistelligen Bereich allein aus der Portabilität der Alterungsrückstellung. Dies zusammengenommen führt dazu, dass sich die PKV verjüngen wird aus der Vollversicherung mit Tarifvielfalt hin auf einen Basistarif. Diese Spiralbewegung ist angelegt und damit wäre das gesetzgeberische Ziel, die PKV als Vollversicherung zu erhalten, nicht erreicht worden.

Zu den Zahlen selbst: Wir haben rd. 1 Mio. Versicherte, die über 65 Jahre sind. Wir haben von rd. 8,3 Mio. Versicherten rd. 4,3 Mio. Beamte. Von diesen Beamten sind rd. 29% im mittleren und einfachen Dienst mit einem Durchschnittseinkommen beim einfachen Dienst von 2.000 Euro, im mittleren Dienst bei 2.330 Euro. Wir haben hier das aberwitzige Ergebnis, dass Leute aus der GKV, die nicht schutzbedürftig sind, weil sie oberhalb der Versicherungspflichtgrenze verdienen und weil sie einen identischen Schutz wie den Basistarif haben, in einen zu subventionierenden Basistarif kommen und diese Subventionen von Klein- und Mittelverdiener in großer Zahl zu zahlen sind. Wobei ich nicht sage, dass alle in der PKV Klein- und Mittelverdiener sind. Hier haben wir strategisch eine Umverteilung angelegt von unten nach oben. Das kann es nicht sein. Der Basistarif beschreibt einen Weg, der

aus der PKV eine GKV macht. Das kann nicht gewollt sein.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Meine Fragen richten sich an Herrn Prof. Axer. Zum Ersten: Steht die in § 12 Abs. 1 Nr. 5 Versicherungsaufsichtsgesetz vorgesehene Mitgabe der Altersrückstellung beim Wechsel innerhalb der PKV mit dem Verfassungsrecht und dem Europarecht im Einklang?

Zum Zweiten: Wird unter der Prämisse, dass die Einführung portabler Altersrückstellung – wie gerade gehört – zu Tarifsteigerungen und damit zu einer Änderung der Kalkulationsgrundlage für diese Verträge führt, in die Privatautonomie der Altbestandskunden gemäß Artikel 2 Abs. 1 GG eingegriffen? Können sich die Altbestandskunden insofern ebenfalls erfolgversprechend auf das Rückwirkungsverbot des Artikel 20 Abs. 3 GG berufen?

SV **Prof. Dr. Peter Axer**: Die Portabilität der Altersrückstellungen innerhalb der PKV ist mit dem Grundgesetz vereinbar, und ist auch mit dem Europarecht vereinbar. Im Hinblick auf die privaten Versicherungsunternehmen kommt ein Eingriff in Artikel 12 GG - Berufsfreiheit- wie auch in Eingriff in Artikel 14 GG -Eigentumsfreiheit- in Betracht. Wenn man davon ausgeht, dass in beide Grundrechte ein Eingriff möglich ist – man kann sich bei Artikel 12 streiten, wie weit die berufsregelnde Tendenz reicht – stellt sich im Wesentlichen die Frage der Verhältnismäßigkeit des Eingriffs. Bei der Verhältnismäßigkeit ist zu beachten, dass das Bundesverfassungsgericht dem Gesetzgeber schon einen weiten Gestaltungsspielraum lässt. Das heißt, der Gesetzgeber hat Entscheidungsfreiräume, und die Portabilität dient hier der Stärkung des Wettbewerbs. Selbst wenn man sagt, dass es in einzelnen Bereichen zu Schwierigkeiten mit dem Wettbewerb kommen kann, ist es zuerst eine Einschätzung des Spielraums des Gesetzgebers, allenfalls kommt später eine Beobachtungspflicht und Änderungspflicht zum Tragen. Das heißt, zur Förderung des Wettbewerbs, dazu dienen diese Maßnahmen, ist der Eingriff gerechtfertigt und verhältnismäßig.

Im Hinblick auf die Versicherten kommt Artikel 2 Abs. 1 GG in Betracht. Die Altbestandskunden haben einen Vertrag geschlossen, die Prämien werden sich – Dr. Leienbach hat es

schon erwähnt – zum Teil drastisch erhöhen. Jetzt stellt sich wiederum die Frage der Verhältnismäßigkeit. Sollte es in einzelnen Fällen wirklich zu übertriebenen Steigerungen kommen, ursprünglich galt 36 %, jetzt 28 %, könnte man an eine Übergangsregelung denken, denken müssen. Aber für das Gros der Fälle ist der Eingriff in Artikel 2 Abs. 1 verhältnismäßig und gerechtfertigt durch den Gedanken des Wettbewerbs, der durch Portabilität innerhalb der PKV gefördert wird.

Die Altersrückstellungen sind Eigentum des Versicherten. Durch dieses Gesetz werden die Altersrückstellungen subjektiviert, das heißt, die Eigentumsgarantie des Versicherers steht der Eigentumsgarantie der Versicherten gegenüber und insoweit sind auch deren Ansprüche zu beachten und in die Verhältnismäßigkeitsprüfung gegenüber dem Versicherer einzufließen.

Im Hinblick auf das Europarecht ist festzustellen, dass die Dritte Richtlinie Schadensversicherung als Prüfungsmaßstab in Betracht kommt, aber auch da liegt kein Verstoß vor. Das Allgemeininteresse rechtfertigt die Portabilität. Die Frage, ob Artikel 54 Abs. 2 GG einen abschließenden Charakter hat, ist erstens nicht beantwortet, zweitens hat es keinen abschließenden Charakter.

Abg. **Dr. Rolf Koschorrek** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich ebenfalls an Prof. Axer. Mit der Verpflichtung der PKV zum Angebot eines Basistarifs mit gesetzlich definiertem Leistungsumfang, nicht risikoartikulierten Prämien und einem Kontrahierungszwang entfernt sich der Basistarif nach Meinung des PKV-Verbandes vom Leitbild eines privatrechtlichen Versicherungsvertrages. Die von der PKV in Auftrag gegebenen Rechtsgutachten kommen daher zu dem Ergebnis, dass eine Gesetzgebungskompetenz aus Artikel 74 Abs. 1 Nr. 11 GG nicht mehr gegeben ist, der Gesetzgeber sich andererseits auch nicht auf das Recht der Sozialversicherung Artikel 74 Abs. 1 Nr. 12 GG stützen kann. Wie beurteilen Sie die Gesetzgebungskompetenz für den Bund im Bereich der Artikel 43 bis 45 des Entwurfs eines GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes?

SV **Prof. Dr. Peter Axer**: Als Kompetenzgrundlage für die Regelungen kommt Artikel 74 Abs. 1 Nr. 11 GG -Privatrechtliches Versi-

cherungswesen- in Betracht. Sozialversicherung scheidet aus, weil die Durchführung durch private Organisationen erfolgt. Das heißt, wir haben trotz sozialrechtlicher Modifikationen des Tarifs keine Sozialversicherung. Die Kompetenz für privatrechtliches Versicherungswesen deckt auf der Grundlage der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts die Regelungen in den Artikeln 43 ff. Das Bundesverfassungsgericht hatte sich aus Anlass der privaten Pflichtversicherung mit der Frage zu befassen, ist eine – ich nenne es einmal so – sozialisierte PKV, das heißt Organisation privat, Tarifbedingungen sehr stark von der Sozialversicherung her geprägt, noch mit der Gesetzgebungskompetenz aus Nr. 11 GG vereinbar? Das hat es im Jahre 2001 bejaht. Es hat deutlich darauf hingewiesen, dass Regelungen des sozialen Ausgleichs den Charakter als privatrechtliches Versicherungswesen nicht ändern, so dass die Gesetzgebungskompetenz auf der Grundlage der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts besteht.

Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU): Meine Frage besteht aus drei Teilen. Der erste Teil richtet sich an Dr. Scheffler und den Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass das Vergütungsniveau für Basistarif-Versicherte auf dem Niveau der Ersatzkassen-Versicherten festgelegt wird. Was bedeutet diese Regelung für den Inhaber einer ärztlichen Praxis?

Meine zweite Frage geht an die KBV und KZBV. Ab welcher Größenordnung werden Wechselbewegungen von Versicherten aus einem PKV-Volltarif in einen Basistarif für niedergelassene Ärzte und Zahnärzte existenzgefährdend?

In diesem Zusammenhang richtet sich meine dritte Frage an die Bundesärztekammer. Wie beurteilen Sie die Folgen der Einführung des Basistarifs für die Attraktivität des Arztberufes?

SV Dr. Albrecht Scheffler: Es muss voraus gesagt werden, dass bisher eine normal gut funktionierende GKV-Praxis nicht in der Lage ist, irgendwelche Rücklagen zu bilden, um evtl. Investitionen vorzunehmen. Der Basisvertrag, obwohl PKV, vergütet nicht nach GOÄ sondern nach EBM, und zwar zu Ersatzkassen-Punktwerten. Die GOÄ ist folglich nicht mehr

die Grundlage der Gebühren. Die regionale KV soll mit dem PKV-Verband die Honorierung festlegen. Die Erträge der Ersatzkassen sind jedoch regional verschieden. Berlin liegt beispielsweise am unteren Ende der Honorierung in Deutschland, da die Punktwerte sich der wirtschaftlichen Lage der Situation bzw. der Region anpassen. Die GKV verrechnet Punktwerte ein halbes Jahr nach erbrachter Leistung unter Budgetbedingungen in Eurowerten. Welcher Punktwert wird nun für den Basistarif herangezogen? Die logische Folge ist, dass der Basistarif der Honorierung der Ersatzkassen gleicht. Hier wird ganz deutlich, dass Sie auf eine Einheitskasse zusteuern. Wo bleibt der politisch geforderte Wettbewerb? Da wir unsere Leistungen unter Budgetbedingungen erbringen müssen, wird die Basistarifkasse ebenfalls der Budgetierung und allen GKV-Einschränkungen unterliegen. Das heißt, auch hier werden die Ärzte, die zurzeit etwa 20 bis 30 % ihrer Leistungen umsonst erbringen, wieder benutzt, um als Leistungserbringer Subventionierer für das Gesundheitswesen zu werden. Die Folge wird sein, dass die Versicherten mit dem Basistarif nicht an der innovativen Medizin teilhaben werden.

Ein weiteres Problem besteht in dem Mobilitätsrisiko. Im budgetierten System tragen die Ärzte dieses Risiko, obwohl die Politik vorher versprochen hatte, dass dieses Risiko auf die Kassen übergehen sollte. Also auch hier bedeutet die Honorierung, dass die Ärzte die Beihilfe der Länder finanziell entlasten, also subventionieren.

Ein weiteres Problem sind die Verwaltungskosten, die die KVen aufbringen sollen. Wer trägt wieder die Kosten, die niedergelassenen Ärzte, die in der KV sind.

Weitere Fragen sind: Wie rechnet der niedergelassene Arzt mit der PKV ab? So wie es eigentlich sein müsste, wenn wir GKV-ähnlich sind oder müssen wir wieder Rechnungen eintreiben, juristisch auf unsere Kosten von Menschen, die uns konsultiert haben, deren Rechnungen aber nicht bezahlt werden, weil der Trick ganz einfach ist. Ich kann zunächst in einen Basisvertrag eintreten, wenn die Krankheit beendet ist, trete ich aus und warte bis zur nächsten Krankheit. Hier sind große Schlupflöcher zu sehen.

Die Frage für mich ist einfach: Gibt es noch ein Schiedsverfahren für den Basisvertrag oder

nicht? Wo liegen wir da? Die Schlussfolgerung ist schlicht und einfach: Der Beginn des Basisstarifes bewirkt, dass wir in den Praxen nicht mehr investieren können, wie gesagt, die GKV-Mittel reichen nicht aus. Dadurch werden die Praxen veraltern und wir werden nicht das haben, was die Politik will, nämlich eine moderne innovative Diagnostik und Therapie.

SV Manfred Specht (Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen e.V. (PVS)): Die Vergütungen werden natürlich erheblich geringer, wenn ein Großteil in den Basisstarif geht. Wenn Beamte beispielsweise in diese Form überführt werden, würden die Ärzte statt wie heute das durchschnittlich das 2,3fache nur noch das 1fache bekommen. Dadurch entstehen erhebliche Abstufungen und Abgrenzungen. Das würde erhebliche Einkommensverluste von weit über 100 % geben. Die Situation hat sich bei den Ärzten seit Jahren verändert. Heute ist es so, dass beispielsweise die Bitten der Ärzte, Vorschuss zu bekommen, wesentlich größer sind als noch vor vielen Jahren. Uns sagen die Ärzte, wenn wir das Privathonorar nicht hätten, kämen wir nicht zurecht.

SV Dr. Andreas Köhler (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Nach amtlichen Statistiken erhalten die niedergelassenen Vertragsärzte für die Behandlung eines PKV-Versicherten im Durchschnitt 917 Euro. In der GKV ist das entsprechend der Statistiken aus dem RSA-Ausgleich ein Betrag von 375 Euro. Das Delta beträgt, unter der Annahme, dass der Ersatzkassengrundwert gilt, 540 Euro. Würden alle beihilfeberechtigten PKV-Vollversicherten in den Basisstarif gehen, wäre das insgesamt ein Verlust an Vergütung in Höhe von 2,1 Mrd. Euro. Umgerechnet auf die Anzahl der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Praxen im Bundesgebiet würde jede Praxis im Durchschnitt 22.600 Euro weniger an Ertrag erwirtschaften können, wenn alle beihilfeberechtigten PKV-Vollversicherten in den Basisstarif wechseln würden. Das sind etwa 4,3 Mio. Euro. Die 22.600 Euro ist aber gerade die Summe, die dringend benötigt wird für die Reinvestition in die Infrastruktur der vertragsärztlichen Praxen, die nicht mehr aus den laufenden GKV-Einnahmen geleistet werden kann. Die hierfür notwendige Quersubvention fehlt.

Die Frage war, ab welcher Versichertenzahl die Existenz gefährdet wird. Ich denke, ab einer Versichertenzahl, die den Umfang von 1 Mio. Versicherten übersteigt, werden wir Liquiditätsprobleme in den vertragsärztlichen Praxen haben.

SV Dr. Jürgen Fedderwitz (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)): Ich kann mich den Ausführungen von Herrn Köhler und der übrigen Kollegen nur anschließen. Es ist bekannt, dass der PKV-Patient nicht nur für die Ärzte-, sondern auch für die Zahnärzteschaft ein ganz wesentliches, aber auch ganz notwendiges wirtschaftliches Standbein ist. Wenn das unter den Prämissen, die soeben von den Kollegen aufgezeigt worden sind, derartig abgeschnürt wird, ist die wirtschaftliche Sicherheit für eine Weiterführung einer freiberuflichen Praxis nicht mehr gegeben. Es ist ja nicht nur so, dass die PKV für das System GKV einen so genannten quersubventionierenden Beitrag leistet, sondern auch in der einzelnen Praxis schlägt diese Notwendigkeit der privaten Liquidation ganz beträchtlich in die betriebswirtschaftliche Kalkulation ein. Dazu ist zu sagen, dass natürlich auch die Steigerungsraten, die die GKV in den letzten Jahren ermöglicht hat, die immer zum Schutz der Beitragssatzstabilität an der Grundlohnsummensteigerungsrate orientiert waren, in keiner Weise, auch zukünftig nicht, irgendwelche betriebswirtschaftlichen Lockerungsübungen erlauben. Ich möchte daran erinnern, dass die Grundlohnsummensteigerungsrate vor zwei Jahren zwischen 0,02 % und etwa 0,5 % bis 0,6 % liegen. Das sind Steigerungsraten, die die effektiven Lebenshaltungskosten, Gehälter, Strom etc. nicht auffangen können. Insofern ist es fast schon ein bisschen zynisch, denn die Fragestellung könnte auch so lauten: Bis zu welchem Bereich könnte man die freien Praxen herunterdrücken, so dass sie gerade noch überlebensfähig sind? Tatsache ist, dass der Bestand eines privaten Patientengutes von enormer Wichtigkeit ist, sowohl angesichts der hohen Investitionen, die von diesem Berufsstand zum Segen der Patienten abverlangt werden als auch teilweise durch Pläne der Politik. So laufen die Gesundheitskarte und die RKI-Richtlinien in den Praxen nur mit hohen Investitionen.

SV Prof. Dr. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe (Bundesärztekammer (BÄK)): Ich gehe davon aus, dass sich die Minderungen der Umsätze in den

Praxen und Krankenhäusern in dem Umfang abspielen werden, wie es einleitend schon gesagt worden ist. Ich gehe auch davon aus, dass nicht vorgesehen ist, diese Einbrüche durch andere Finanzquellen, beispielsweise die GKV auszugleichen. Wenn das so ist, dann muss man davon ausgehen, dass die Zahl der Arbeitsplätze bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten massiv zurückgehen wird und damit auch die Weiterbildungsmöglichkeiten, also die Spezialisierungs- und Übungsmöglichkeiten in diesem Bereich, falls das nicht anders subventioniert und alimentiert wird. Das ist der eine Punkt, der uns in große Sorge versetzt, weil Weiterbildung ein integraler Bestandteil des Arztwerdens geworden ist.

Der zweite Punkt: Die Einkommen für die Ärztinnen und Ärzte in den Krankenhäusern werden zurückgehen. Nicht deswegen, weil sich tarifvertraglich etwas ändert, sondern weil das zweite Standbein der Vergütung von Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten im Nachwuchs zurückgehen wird. Grund hierfür sind insbesondere die Poolbildungen, die sich aus den Einkünften der liquidationsberechtigten leitenden Krankenhausärzte oder die Poolbildungen, die sich durch die Liquidation des Krankenhausträgers selber ergeben. Damit verschlechtert sich das Einkommensniveau für die nachwachsende Kollegenschaft. Die Sorge ist, dass sie sich noch mehr in andere Berufsfelder begeben, die außerhalb der Patientenversorgung liegen, weil dort Gehälter gezahlt werden, die die in patientenversorgenden Bereichen, insbesondere im Angestelltensektor, mühelos übersteigen. Nach wie vor wird das Ausland immer attraktiver, wobei Großbritannien als besonders interessant genannt wird. Das liegt nicht nur daran, dass Großbritannien gut bezahlt, sondern auch der Wechselkurs günstig ist, wenn man später aus Großbritannien nach Deutschland zurückkehrt. Das ist eine interessante Perspektive, die man mit berücksichtigen muss. Es ist ein Grund dafür, dass Kollegen im Ausland tätig sind. Dies kann nur dadurch kompensiert werden, dass in Deutschland anständige Arbeitsbedingungen geschaffen werden, was aber bei den Auswirkungen, die wir hier zu befürchten haben, immer schwerer wird.

Abg. **Dr. Carola Reimann** (SPD): Es wird vehement die Position vertreten, dass aufgrund der höheren Arzthonorare die PKV einen wichtigen Beitrag zur finanziellen Stabilität des

gesamten Versorgungssystems leistet. Meine Frage richtet sich an die Spitzenverbände, besonders an den AOK-BV: Wie beurteilen Sie dieses Argument?

SV Werner Schneider (AOK-Bundesverband (AOK-BV)): Es gibt zu dieser Einschätzung eine Studie des Wissenschaftlichen Institutes der Ortskrankenkassen, das sich mit dieser Frage intensiv befasst hat. Das Ergebnis dieser Studie ist, dass sich insbesondere die Ausstattung der Honorare der PKV in Gebieten vollzieht, die überversorgt sind. Unterversorgten Gebieten fließen derartige Mittel nicht zu, so dass am Ende nicht erkennbar ist, welchen Beitrag die PKV wirklich zur Verbesserung der Versorgungssituation leistet. Die Behauptung, dass durch den Mittelfluss von der PKV zu den Leistungserbringern das gesamte Versorgungssystem mit 8,5 Mrd. Euro zusätzlich ausgestattet würde, ist so nicht nachvollziehbar. Würde der Bereich der PKV nach gleichen Grundsätzen finanziert, wie es in der gesetzlichen Krankenversicherung der Fall ist, dann würden dem gesamten Versorgungssystem in etwa 10 Mrd. Euro mehr zur Verfügung stehen. Je nach dem, wie diese Situation auf der Leistungsseite ausgestattet würde, käme es zu einer Beitragssatzsenkung in der Größenordnung von 0,9 bis 1,5 Beitragssatzpunkten. Auf jeden Fall ist die Tatsache, dass es in der PKV für besondere Leistungstarife auch besondere Honorarausstattungen gibt, keine Hilfe für das gesamte Versorgungssystem. Die Mittel fließen nicht dort hin, wo sie benötigt werden. Sie entziehen vielmehr der Solidarversicherung in der Größenordnung von Milliarden die Mittel, die dort benötigt werden.

Sve Dr. Doris Pfeiffer (Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (VdAK/AEV)): Ich denke, es muss sehr deutlich gemacht werden, dass wir hier eine Umkehrung der Verhältnisse in der Darstellung erleben. Immerhin ist es so, dass die gesetzliche Krankenversicherung 90 % der Bevölkerung versichert. Wenn es die GKV nicht gäbe, wäre die Versorgung insgesamt nicht sicher gestellt. Das muss man noch einmal deutlich hervorheben. Im Übrigen profitiert die PKV von der Sicherstellung der Versorgung durch die GKV. Dass wir eine flächendeckende Versorgung haben, ist nur dem Umstand zu verdanken, dass für über 90 % der Bevölkerung die Versicherung und

damit auch die Versorgung in den Regionen sichergestellt wird. Sie profitiert von Festbetragsregelungen, die zu Preissenkungen bei Arzneimitteln geführt haben, vom Preissystem aus dem Krankenhaus etc. Bei den Beträgen, die genannt werden, muss deutlich gemacht werden, dass in der Regel auch die Zusatzversicherungen einbezogen sind, die über das hinausgehen, was in der Vollversicherung finanziert wird. Ein Großteil dieser Absicherung bzw. der Finanzierung erfolgt durch die Beihilfe und das sind Mittel, die wir über die Steuern finanzieren.

Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD): Meine Frage schließt sich daran. Ich möchte den Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundespsychotherapeutenkammer und den Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten fragen, was die jetzige Praxis rechtfertigt, dass Patienten, die in den letzten 10 bzw. 5 Jahren, das ist sehr unterschiedlich, eine psychotherapeutische Behandlung hatten, nicht in die PKV aufgenommen werden?

Die anschließende Frage geht an die PKV: Wird durch die Regelungen, die jetzt im Gesetzentwurf vorgesehen sind, sichergestellt, dass die im neuen Basistarif Versicherten tatsächlich den gleichen Versicherungsschutz genießen werden, wie die in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen, zum Beispiel einschließlich Psychotherapiebehandlung?

SVe Sybille Sahmer (PKV): Ich darf in Erinnerung rufen, dass bevor der private Krankenversicherungsvertrag abgeschlossen wird, eine Risikoprüfung durchgeführt werden muss. Diese erstreckt sich auf den gesamten Gesundheitszustand, also auf alle körperlichen und auch auf die psychischen Erkrankungen. Hier werden Menschen mit psychischen Vorbehandlungen nicht anders behandelt als andere, die körperliche Krankheiten haben.

SVe Dr. Birgit Clever (Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V. (bvvp)): Aus unserer Erfahrung kann ich die Aussage, die wir gerade von der PKV gehört haben, so nicht bestätigen kann. Es ist leider so, dass sehr viele Leute, die zu uns in Behandlung kommen, große Schwierigkeiten haben, in die PKV aufgenommen zu werden, wenn sie psychothera-

peutische Vorbehandlungen oder Erkrankungen hatten. Wir beklagen seit langer Zeit, dass es im Bereich der PKV tatsächlich eine Schlechterstellung der Behandlung psychisch Kranker gibt. Das bezieht sich nicht nur auf die Möglichkeit des Versicherungsabschlusses, sondern leider auch auf die Behandlungsumfänge, die in der PKV für psychische Erkrankungen gewährleistet werden. Gerade im Bereich der Psychotherapie, wenn man fortlaufende Behandlungen und nicht kurzfristige, kleine Interventionen hat, ist der Versicherungsschutz in den sehr unterschiedlichen Tarifen der PKV im Schnitt deutlich schlechter als in der GKV. Die Behandlungskontingente sind weit unter diesem Niveau. Oft ist es so, dass die Behandlungen von ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt werden und psychologische Psychotherapeuten von vornherein ausgeschlossen sind. Das ist nach unserer Auffassung ein nicht hinnehmbarer Zustand. Unter diesem Aspekt begrüßen wir, dass, wenn man einen Basistarif einführt – ich möchte mich jetzt nicht zu den grundsätzlichen Überlegungen äußern, die vorher zur Debatte standen – in § 12 Abs. 1 des Versicherungsrechts festgeschrieben wird, dass die Vertragsleistungen in Art und Höhe den Leistungen der GKV entsprechen. Wir würden allerdings sehr darum bitten, dass Sie noch ein Wort einfügen, und zwar, dass auch der Umfang dem GKV-Leistungsumfang gleichgestellt wird. Das bedeutet, dass dann ein psychisch Kranker, der in der PKV versichert ist, nicht weniger Leistungen in Anspruch nehmen kann, als ihm jetzt schon in der GKV zustehen. Das ist eine notwendige Voraussetzung für eine ordentliche und tatsächlich mit Aussicht auf Erfolg verknüpfte Behandlung. Wir bitten auch darum, dass Sie in die Begründung hineinschreiben, dass im Basistarif die Behandlung durch psychologische Psychotherapeuten und Kindertherapeuten gewährleistet sein soll.

SV Prof. Dr. Rainer Richter (Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)): Ich möchte noch auf einen Punkt hinweisen und ergänzen – das ist auch in unserer Stellungnahme ausgeführt. Wir haben eine telefonische Umfrage bei den privaten Versicherungsunternehmen gemacht, nach der die Hälfte der Unternehmen keine Menschen aufnehmen, die früher einmal in einer Psychotherapie waren oder psychisch erkrankt waren, die also wieder gesund sind. Das ist eine ganz klare Diskriminierung von psychisch Kranken nach dem Motto, einmal

psychisch krank, immer psychisch krank. Das zeigt deutlich, wohin der Wettbewerb – den wir alle wollen – führt. In diesem Fall müssen wir alle sehen, dass psychisch Kranke dort einen besonderen Schutz brauchen bzw. in diesem Bereich nicht diskriminiert werden dürfen.

SVe Sybille Sahmer (PKV): Dadurch, dass für den Basistarif in § 12 Versicherungsaufsichtsgesetz der gesamte Pflichtleistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung vorgeschrieben wird, ist der Umfang bestimmt.

Wenn ich zu der Frage von eben noch einmal nachhaken darf. Auch Menschen, die beispielsweise an einer Herzerkrankung oder dergleichen leiden, würden wir nicht aufnehmen können, also keine Ungleichbehandlung zwischen körperlichen und psychischen Erkrankungen.

Abg. Dr. Margit Spielmann (SPD): Ich habe eine Nachfrage zu den Ausführungen von Herrn Dr. Leienbach: Wie ist es zu erklären, dass laut PKV – Sie haben es vorhin gesagt – die PKV-Versicherten Prämiensteigerungen bis zu 20 %, 30 % oder 40 % befürchten müssen, die Zahnärzte und Ärzte aber weniger Vergütung von Privatversicherten erhalten? Hier bitte ich um eine Klarstellung und frage Sie, wo das Geld bleibt?

SV Dr. Volker Leienbach (PKV): Das ist kein Widerspruch. Die Beitragssteigerungen in den heutigen Vollversicherungstarifen für die Bestandsversicherten resultieren daher, dass es einen Subventionsbedarf für den Basistarif gibt. Wenn es ihn nicht geben würde, würden die Beitragsbegrenzungen, die im Gesetz angelegt sind, keinen Sinn machen. Sie sind gerade deswegen eingeführt worden, weil diese Tarife zu subventionieren sind. Die möglichen Bewegungen der Versicherten habe ich eben deutlich gemacht, dabei habe ich noch nichts über die Nicht-Versicherten gesagt, die durch den Gesetzentwurf eingeladen werden, sich individuell zu optimieren und zwischen Nichtbeitragszeiten und Beitragszeiten nach individueller Vorteilhaftigkeit zu wählen. Der Basistarif selber wird belastet mit einer wahrscheinlich schlechteren Risikostruktur und er wird belastet mit unterdurchschnittlich Verdienenden, weil diese als erstes den Anreiz spüren, in

preiswertere Tarife zu gehen. Insofern ist das kein Widerspruch.

Zusätzlich möchte ich noch erwähnen, dass über die Hälfte der Versicherten Beamte sind. Da wird unabhängig vom Risiko jeder aufgenommen, was wir immer machen, wenn wir ganze Kollektive bekommen. Und bei unserem Vorschlag eines Basistarifes hätte es auch keine Abweisungen gegeben.

Abg. Hilde Mattheis (SPD): Meine nächste Frage richtet sich an Frau Dr. Wallrabenstein, an die Verbraucherzentrale und den Bund der Versicherten. Im Gesetz ist bezüglich des Beitrags für den Basistarif vorgesehen, dass der Beitrag halbiert wird, wenn die Zahlung Hilfebedürftigkeit im Sinne der Sozialhilfe oder nach ALG II auslöst und dass, wenn dann immer noch Hilfebedürftigkeit besteht, der zuständige Träger den erforderlichen Beitrag ergänzt. Meine Frage ist: Welche Folgen hat es, wenn der zu zahlende Betrag nicht ausreicht? Wenn der vom Versicherten zu entrichtende Betrag zur PKV höher ist als 112 Euro? Besteht hier ein Anpassungsbedarf, um zu verhindern, dass jemand unter das Existenzminimum fällt? Wie beurteilen Sie diese Stufenregelung im Hinblick auf das angestrebte Ziel, einen sozial gerechten Ausgleich zu schaffen, der die Bezahlbarkeit des Basistarifs sicherstellt?

SVe Dr. Astrid Wallrabenstein: Die Idee dieses Basistarifs ist, jetzt auch in der PKV die sozialen Risiken, sagen wir das Armutrisiko oder das Risiko, nicht mehr so viel Geld zu haben, mit zu versichern, das heißt mit in die Umlage, die in einer Versicherung stattfindet, einzuspeisen. Diese Idee ist liberal, sie hat aber eine Untergrenze, und das ist an dem Punkt, an dem sonst auch Sozialhilfe greift. Wenn man das zur GKV spiegelt, zahlen Leute, die kein Einkommen haben, keinen einkommensbezogenen GKV-Beitrag, sondern der Sozialhilfeträger übernimmt den Beitrag. Deshalb ist es sinnvoll, in der PKV diesen Anteil ebenfalls spiegelbildlich dann der Sozialhilfe zu übertragen. Wie Sie richtig gesagt haben, gibt es bisher eine Lücke in der Regelung, wenn der Beitrag versicherungsmäßig auf die Hälfte des Beitrages reduziert wird und die Sozialhilfe nur 112 Euro bezahlt. Da gibt es noch einen Teil dazwischen. Wenn es die Idee des Basistarifes ist, zu versichern und nicht der Sozialhilfe

anheim zu fallen, ist es sinnvoll, diesen Teil auch noch in den Versicherungsblock, sprich in die Umlage hineinzutun. Technisch bedeutet das in der Umsetzung, dass man das zueinander abgleichen muss.

SV Wolfgang Scholl (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv)): Für uns ergibt sich grundsätzlich die Frage, ob man diesen Ausgleich innerhalb eines PKV-Systems vorsieht. Verfassungsrechtlich sehen wir keine Probleme, das so zu machen. Wir denken, dass die Umlage vor dem Hintergrund in Augenschein zu nehmen ist, dass wir zwei verschiedene Systeme bei der Umlage haben, einmal den Sozialausgleich und einmal die Krankheitsrisiken. Da stellt sich natürlich schon die Frage, ob es gerechtfertigt ist, hier zu differenzieren. Die Umlage für die Sozialkomponente soll unter allen Unternehmen und der Ausgleich für die Krankheitskosten, also für Vorerkrankungen, soll zwischen den Basistarifversicherten vorgenommen werden. Wenn man solche Ausgleichs vorsieht, dann sind wir eigentlich – und das schließt an das an, was Herr Dr. Leienbach schon gesagt hat – dafür die Dinge einheitlich zu regeln und alle Ausgleichs in der gleichen Systematik vorzunehmen, um Antiselektionen auszuschließen.

SVe Lilo Blunck (Bund der Versicherten e.V. (BdV)): Wir vertreten die Privatversicherten. Man sollte sich vor Augen halten, dass wir hier ein solidarisches System mit einem kapitalgedeckten System vergleichen. Wir sind der Meinung, wenn es sozialpolitisch gewünscht ist, dass alle Leute in einem Basistarif versichert sind, man sich darüber im Klaren sein muss, dass dies mit der Kalkulation in der PKV unvereinbar ist. Sie können ein solidarisch finanziertes System mit einem Kapitalgedeckten System nicht vergleichen. Sie können versuchen zu sagen, wir wollen eine Bürgerversicherung haben, damit können wir uns jederzeit einverstanden erklären. Aber dieser Regierungsentwurf ist der schleichende Tod der PKV. Wenn Sie das wollen, würde ich für Klarheit und Wahrheit sein, dann sollten Sie sagen, wir wollen etwas völlig anderes. Wenn Sie – sozialpolitisch gewünscht – alle Menschen versichern wollen, dann müssen Sie das leider, wie ich meine, steuerfinanziert machen. Dann müssen Sie höhere Zuschüsse zum ALG II tragen oder das über die Sozialhilfe lösen.

Aber Sie können damit nicht die Vollversicherten in der PKV belasten.

Abg. Daniel Bahr (Münster) (FDP): Nach den ersten beiden Runden der beiden Koalitionsfraktionen hat man den Eindruck, dass nicht alle in gleichem Maße von den Regelungen, die im Gesetz stehen, überzeugt sind. Ich möchte mich daher mit meiner ersten Frage den rechtlichen Konsequenzen dieses möglichen Gesetzes widmen und frage zuerst Herrn Prof. Dr. Sodan. Wie beurteilen Sie die Einführung des Basistarifs im Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung mit einem Kontrahierungszwang ohne vorangegangene Risikoprüfung im Hinblick auf die Wettbewerbs- und beruflich genutzte Vertragsfreiheit der privaten Krankenversicherungsunternehmen? Rechnen Sie mit einer großen Anzahl von Klagen, wenn das so beschlossen würde, wie es hier vorliegt?

SV Prof. Dr. Helge Sodan: Die privaten Unternehmen sind darauf angewiesen, dass ihre Risikoprognosen, die den Versicherungsprämien zu Grunde liegen, so präzise wie möglich die Realität abbilden. Bei einer Abweichung ist die Äquivalenz zwischen den Beitragseinnahmen und den Ausgaben für die Krankheitskosten der Versicherten nicht mehr gegeben. Je ungenauer diese Risikoprognosen sind, desto größer ist auch die Gefährdung der Äquivalenz. Um sie wieder herzustellen, müssen die Beiträge der Versicherten erhöht werden, darüber hat Herr Dr. Leienbach bereits Auskunft gegeben. Die Einführung eines Tarifs mit Kontrahierungszwang und ohne Risikoprüfung trägt, wegen der ungenauen Prognose der Krankheitskosten, dazu bei, dass die Äquivalenz bei denjenigen, die diesen Tarif wählen, nicht vorliegt. Das entsprechende Defizit ist regelmäßig von den übrigen Versicherten zu tragen. Die Einführung des Basistarifs greift damit in die Wettbewerbsfreiheit und die beruflich genutzte Vertragsfreiheit der privaten Krankenversicherungsunternehmen ein, die von dem Grundrecht der Berufsfreiheit des Artikels 12 Absatz 1 GG umfasst sind. Die Einbeziehung von Personen, die wegen vorangegangener arglistiger Täuschung über ihren Gesundheitsstatus den Versicherungsschutz verloren hatten und sich nunmehr zwar nicht bei demselben, aber bei einem anderen Unternehmen im Basistarif versichern können, ist ein unverhältnismäßiger Eingriff in die Berufs-

freiheit. Das gilt auch für die Einbeziehung von Personen, denen wegen Zahlungsverzugs der Versicherungsvertrag gekündigt worden war. Die Einbeziehung aller PKV-Versicherten wäre darüber hinaus wegen der beschriebenen schwerwiegenden Konsequenzen am Maßstab der dritten Stufe der so genannten Drei-Stufen-Theorie des Bundesverfassungsgerichts zu messen. Danach können nur nachweisbare oder höchstwahrscheinlich schwere Gefahren für ein überragend wichtiges Gemeinschaftsgut den Eingriff rechtfertigen. Diesen Anforderungen wird das Regelungsvorhaben nicht gerecht.

Die Einführung eines Basistarifs verstößt ferner gegen das in Artikel 20 Absatz 3 GG verankerte Rückwirkungsverbot, weil der Basistarif die vom Versicherer berechnete Globaläquivalenz zerstört. Das Vertrauen des Versicherers in die Stabilität seiner abgeschlossenen Risikoprognose ist vor gesetzlichen Veränderungen geschützt.

Was die Frage nach einer möglichen Klagewelle betrifft, kann ich nur vermuten, dass es in der Tat zu rechtlichen Auseinandersetzungen kommen wird, die in einer gewissen Phase ganz bestimmt auch das Bundesverfassungsgericht erreichen werden.

Abg. Heinz Lanfermann (FDP): Meine Frage geht an Prof. Thüsing. Die Konstruktion des Basistarifs greift durch Quersubventionierung deutlich in die bisherige Tarifwelt der PKV ein. Wie ist diese Belastung unter dem Kriterium der Verfassungsmäßigkeit zu beurteilen? Ist ein solcher Eingriff in bestehende Verträge überhaupt möglich? Sehen Sie in diesem Zusammenhang den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit gewahrt bzw. verletzt?

SV Prof. Dr. Gregor Thüsing: Bevor ich auf Ihre Frage antworte, knüpfe ich an die Worte von Prof. Sodan an und möchte etwas zu der Frage der Gesetzgebungskompetenz des Bundes in Bezugnahme auf das angezweifelte oder hinterfragte Gutachten sagen, das ich mit α stellt habe. Ich möchte deutlich machen, wieso ich zu dem Ergebnis komme, dass hier eine Gesetzeskompetenz tatsächlich nicht gegeben ist. Der Bund, das hat Prof. Axer bereits ausgeführt, kann die Kompetenz zur Erweiterung des privatrechtlichen Versicherungswesens nur auf Artikel 74 Abs. 1 Nr. 11 GG stützen. Es ist die Frage, ob das, was an PKV nach der Geset-

zesreform übrig bleibt, noch privatrechtliches Versicherungswesen in dem Sinne ist, wie es die Väter und Mütter des GG verstanden haben. Das zweifle ich an. Privatrechtliches Versicherungswesen ist sicherlich kein Begriff, der auf Ewigkeiten festgeschrieben ist. Das ist ein Typusbegriff, also etwas, was nicht definiert, sondern nur beschrieben werden kann. Man kann nicht sagen, privatrechtliches Versicherungswesen muss a, b und c, und wenn es das nicht ist, dann ist es das auch nicht. Genauso wie man nicht sagen kann, eine schöne Frau ist immer wenn a, b oder c, sondern man hat eine wertende Gesamtschau; dann kommt man zu dem Ergebnis, ist das eine schöne Frau oder nicht? Das lässt sich auch geschlechtlich auf den schönen Mann übertragen, wenn es schöne Männer gibt.

Die Frage ist: Gibt es hier nicht sehr viele Merkmale, die eben nicht mehr dem Typus PKV zugeordnet sind? Man sieht hier einen Kontrahierungszwang, die Unzulässigkeit des Leistungsausschlusses, einen festgesetzten Leistungsumfang, einen Verzicht auf individuelle Risikozuschläge und den Willen der Unterstützung sozial Bedürftiger; alles das ist dem privatrechtlichen Versicherungswesen fremd. Das nähert die PKV so weit der GKV an, dass es letztlich eine Regelung der GKV im privatrechtlichen Gewande ist, und das ist nicht mehr privatrechtliches Versicherungswesen, wie es sich der Bund vorstellt. Aus diesem Grund besteht keine Gesetzkompetenz.

Zweitens, und das ist der Dreh- und Angelpunkt der Argumentation über die Verfassungskonformität dieser Regelung: Ist das noch angemessen?

An der Legitimität des Zieles, dass jeder Versicherungsschutz haben soll, kann man ernsthaft nicht zweifeln, das ist ein hehres Anliegen. Die Frage ist: Wird das angemessen verfolgt? Das muss man aus ganz verschiedenen Gründen heraus bezweifeln. Das fängt mit praktischen Fragen an – wie Kollege Sodan schon hingewiesen hat – dass man einen Versicherungsschutz auch denen gewähren muss, die bislang nicht gezahlt haben oder zahlen wollten. Das geht weiter mit der Möglichkeit opportunistischen Verhaltens, dass ich erst dann in die Versicherung eintrete, wenn ich krank geworden bin, dass der Gesunde keine Beiträge zahlt, nur der Kranke. Das führt zu einer Verschlechterung des Risikos in der Gemeinschaft der Versicherten. Schließlich der

erheblichste Teil, dass es zur Quersubventionierung von Personen kommt, die nicht zur Solidargemeinschaft der im Basistarif Verbundenen zählen. Die Frage ist, ob diese besondere In-die-Pflicht-Nahme der nicht im Basistarif versicherten Privatversicherten zulässig ist? Frau Wallrabenstein hat richtig ausgeführt, dass das zwar ein legitimes Ziel ist, das aber doch eigentlich der Staat verfolgen und gewährleisten müsste; genauso wie er es bei der Sozialhilfe tut. Wenn jemand seinen Lebensunterhalt in menschenwürdiger Weise nicht bestreiten kann, hat er ein Recht auf Sozialhilfe. Hier werden Private KV'en in Dienst genommen, um diesen Versicherungsschutz für Personen mit geringeren finanziellen Mitteln zu ermöglichen. Diese Indienstnahme der Privaten ist etwas, was das Bundesverfassungsgericht an sehr strenge Kriterien knüpft. Zum Beispiel gibt es die Entscheidung zur Erdölbevorratung, in der gesagt wurde, wenn es besser durch Private ginge, dann können wir Private dazu verpflichten. Bei der Erdölbevorratung ist es klar, dass es sinnvoller ist, Erdölkonzerne dazu zu verpflichten als den Staat. Hier ist es nicht einsichtig, warum diese Quersubventionierung dessen, was über einen versicherungsmathematisch korrekten Beitrag hinausgehen würde, nicht vom Staat erfolgen könnte. Wenn man das dann noch mit einem Eingriff in den bisherigen Bestand verbindet, müssten die Argumente zur Rechtfertigung noch sehr viel tiefer greifen. Sie greifen schon nicht bei der zukünftigen Gestaltung; erst recht steht die Verfassung einem Eingriff in bestehende Verträge entgegen.

Abg. **Dr. Konrad Schily** (FDP): Meine Frage geht an den Deutschen Beamtenbund. Nach dem Entwurf soll es einen beihilfefähigen Basistarif geben. Welche Auswirkungen erwartet der Beamtenbund für die zukünftige Absicherung der Beamten?

SV **Klaus Dauderstädt** (Deutscher Beamtenbund und Tarifunion (dbb)): Die Tatsache, dass der Basistarif mit unterschiedlichen Varianten ausgestaltet wird, die den jeweiligen Beihilfeansprüchen entsprechen, ist erst einmal systemkonform. Die Konsequenzen, die wir daraus erwarten, sind eher problematisch zu definieren, weil es aus den für das Beihilferecht zuständigen Ministerien noch keine Rückkoppelung gibt. Wir haben mit dem BMI für den Bereich der Festsetzung der Bundes-

beihilfe diesen Kontakt bereits gesucht. Die Länder sind nach der Föderalismusreform für alle geldwerten Angelegenheiten der Beamten zuständig. Insofern müssen wir damit rechnen, dass theoretisch in jedem Land andere beihilferechtliche Regelungen kommen können. Unsere Sorge ist in der Tat, dass ein Basistarif, der von vielen Beamten angenommen würde – was wir auch nicht einschätzen können, weil die Wechselwirkungen, die vom PKV-Verband genannt worden sind, auch für uns mit einer gewissen Ungewissheit belegt sind – dass ein solcher Basistarif das Niveau der Beihilfeerstattung künftig generell definieren könnte. Wir haben in den letzten Jahrzehnten die leidvollen Erfahrungen machen müssen, dass die öffentlichen Hände nicht gerade gut gesegnet waren und überall Sparmaßnahmen gesucht haben. Also ist bei uns eine massive Sorge vorhanden, dass das Beihilfeniveau generell auf das Basistarifniveau festgeschrieben wird.

Abg. **Daniel Bahr** (Münster) (FDP): Ich frage den PKV: Wie beurteilen Sie, dass etwa 4 Mio. beihilfeberechtigte Privatversicherte dadurch in den Basistarif gezwungen wären, was nach meiner Kenntnis die Hälfte aller Privatversicherten in Deutschland betreffen würde?

SV **Dr. Volker Leienbach** (PKV): Unterstellt man, dass alle Beihilfeberechtigten, das sind etwas mehr als die Hälfte aller Privatversicherten, in diesen Basistarif gingen, mit den von mir zuvor beschriebenen Subventionstatbeständen, würden die verbleibenden Vollversicherten, also die Nichtbeamten in der heutigen PKV-Welt, erstens mit diesen Subventionstatbeständen zweistellig zu belasten sein.

Zweitens würden sie zu belasten sein mit der Neukalkulation durch die Portabilität der Altersrückstellung, ebenfalls zweistellig. Das heißt, dass von den verbleibenden Versicherten, die nicht Beamte sind, viele an ihre Belastungsgrenze kommen, die dann wiederum die Attraktivität des Basistarifs, der Beitragsobergrenzen kennt, nutzen werden, so dass wir einen schleichenden, sich beschleunigenden Prozess der Erosion der Vollversicherung hin zu dem einheitlichen Basistarif bekommen werden. Das was gewollt wäre, nämlich die PKV als Vollversicherung zu erhalten, wäre weg. Die PKV würde GKVisiert. Wenn das das Ziel ist, hat man es richtig gemacht, wenn es nicht das Ziel ist, sollte man hier auf die

Einkommensgrenze, auf die Subventionstatbestände verzichten.

Abg. **Heinz Lanfermann** (FDP): Ich habe eine Frage an Prof. Sodan. Es geht mir noch einmal um die Auswirkungen des Basistarifs auf die so genannten Altverträge. Ist das jetzt eine Änderung der privaten Verträge, die diese Versicherten mit ihren Versicherern abgeschlossen haben? Wenn ja, ist es überhaupt möglich, dass man insofern die Vertragsbedingungen von Staats wegen nachträglich verändert?

SV **Prof. Dr. Helge Sodan**: Eine formale Änderung liegt nicht vor. Ich habe versucht, deutlich zu machen, dass die Kalkulationsbasis für diese Verträge verändert wird. Irgendwer muss dafür aufkommen, wenn in dieser Weise eine Umverteilung innerhalb der PKV stattfindet, was an sich, auch das wurde mehrfach angesprochen, das wesentliche Element einer Sozialversicherung ist. Auf diese Weise werden Rechte der Altbestandsversicherten beeinträchtigt.

Abg. **Daniel Bahr** (Münster) (FDP): Ich habe noch eine Frage an den PKV. Dr. Leienbach sagte zuvor, die Festlegung des Höchstbeitrages sei ein Problem. Diese setzt aber voraus, dass Sie als PKV überhaupt Einfluss auf die Kostenseite nehmen können. Stellen Sie uns einmal dar, welche Steuerungsmöglichkeiten die PKV heute hat, um auf die Kostenentwicklung Einfluss zu nehmen?

SV **Dr. Volker Leienbach** (PKV): Es gibt derzeit – anders als in der GKV – in der PKV keine Rechtsbeziehungen zwischen dem Versicherungsunternehmen, also der PKV, und dem Leistungserbringer. Wir haben in der Vergangenheit immer wieder ohne Erfolg gefordert, diese Rechtsbeziehung zu etablieren. In dem jetzigen Gesetzentwurf wird die PKV mit nahezu allen Pflichten belegt, die GKV kennt, nicht jedoch mit deren Rechten ausgestattet. Leiten Sie aber bitte nicht die Forderung daraus ab, dass wir gleichbehandelt werden wollen wie die GKV. Wir wollen differenzierte Systeme haben. Wenn wir aber in die Pflicht genommen werden, dann müssen wir auch die Chance der Steuerung haben. In Zukunft wird es so sein – unterstellt der Basistarif käme –

dass Verträge zu Lasten Dritter abgeschlossen werden können. Zu unserer Vertragskompetenz zur Ärzteschaft komme ich vielleicht gleich noch. Wo ist unsere Vertragskompetenz zum Arzneimittelmarkt? Können wir Hilfsmittel ausschreiben, wie die GKV das kann? Kennen wir ein Budget wie die GKV? Ich könnte den Fragenkatalog unendlich fortsetzen, die Antwort würde immer „nein“ sein. Was wir nicht wollen, ist mit der GKV in dem Sinne gleich behandelt zu werden, dass wir nur noch diesen einen Basistarif haben und dann mit der KV verhandeln müssten. Dann könnten wir uns gleich der GKV anschließen. Wir glauben, dass wir sehr gut zu Recht kommen auf der Basis der Beziehungen, die heute mit der Bundesärztekammer und der Bundeszahnärztekammer bestehen. Wir haben eine Gebührenordnung für Ärzte als Grundlage, die für die heutigen Vollversicherten gilt. Wir haben eine Gebührenordnung, die als Grundlage für die Standardtarif-Versicherten gilt und wir können uns Differenzierungen dieser Gebührenordnung für Ärzte vorstellen, die den Basistarif betreffen würden. Um es noch einmal hervorzuheben, das ist eine Verbesserung im Schlechten. Den so konstruierten Basistarif müssen wir im Interesse der Versicherten ablehnen.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE.): Ich möchte einen etwas anderen Aspekt in die Fragestellung zum Verhältnis GKV:PKV einbringen. Meine Frage richte ich an Dr. Holst. Das Wettbewerbsstärkungsgesetz soll den Wettbewerb stärken und mehr Markt in das Gesundheitswesen bringen. Welche Risiken sehen Sie, wenn mehr PKV-Elemente in die GKV eingeführt werden, also mehr Markt realisiert wird? Hat es aus Ihrer Sicht möglicherweise nachteilige Wirkungen für Privatversicherte, wenn umgekehrt in der PKV mehr GKV-Elemente eingeführt werden?

SV **Dr. Jens Holst**: Es ist grundsätzlich so, dass man davon ausgehen kann, dass mehr Markt im Gesundheitswesen verbunden ist mit einem höheren Anteil von privat finanzierten Leistungen und mehr Wettbewerb. Das ist als Ausdruck von Eigenverantwortlichkeit und Freiheit eines rational entscheidenden Bürgers erst einmal nichts Schlimmes. Es hört sich sehr positiv an, wie wir mehrfach gehört haben. Das Problem ist, dass das Gesundheitswesen als solches einige Besonderheiten aufweist, die es

von anderen Systemen unterscheidet. Ich möchte nur das Problem erwähnen, dass die Gesundheit ein völlig unvorhersehbares Ereignis oder Problem darstellen kann und dass wir dort grundsätzlich massive Transparenzprobleme haben. Um diesem Problem zu begegnen, haben sich die europäischen Gesellschaften darauf geeinigt, einen umfassenden Schutz gegen die Risiken schlechter Gesundheit einzuführen und das für die meisten Bürger auf der Grundlage des Solidarprinzips, das in Anklängen schon einmal, wenn auch nicht hinreichend, zur Sprache kam. Es lässt sich mit der Darstellung zusammenfassen, jeder zahlt nach seinen Möglichkeiten und bekommt nach seinem Bedarf. Dies schließt bestimmte Diskriminierungen aus. Wenn wir nun dazu übergehen mehr Marktelemente in das Gesundheitssystem einzubauen – das zeigt die internationale Erfahrung weltweit – dann geht das über Auswahlmöglichkeiten bzw. Abwahlmöglichkeiten des Einzelnen und führt letztlich zu einer bestimmten Selektion und zu einem zumindest partiellen Aufbruch des Solidarprinzips.

Ich möchte das an zwei Beispielen verdeutlichen. Das eine ist das Versicherungsprinzip, was auch in der PKV fraglos gilt, dass immer die Gesunden für die Versorgung der Kranken zuständig sind. In der GKV ist im Unterschied zur PKV das Risiko unabhängig. Wenn man sich die Ausgabenstruktur des Gesundheitswesens aller westlichen europäischen Länder ansieht, sehen wir, dass auf 10 % der Versicherten 80 % der Ausgaben entfallen, auf 2,5 % – eine kleine Minderheit – immerhin noch 50 % der Ausgaben. Ich kenne kein Wettbewerbselement, was sich an diese Gruppe der Hoch- und Höchstnutzer wendet. Das wäre ökonomisch höchst unsinnig, da dort kein Geld zu verdienen und keine attraktiven Wettbewerbsvorteile herauszuarbeiten sind. Das heißt, letztlich führt es zu einer Benachteiligung dieser am stärksten vom Gesundheitsproblem betroffenen Gruppe, denn es geht letztlich immer um gute Risiken.

Ein anderer wichtiger Punkt ist der, dass – wie wir alle inzwischen wissen – Gesundheit ein in höchstem Maße sozial bestimmtes Gut und sehr ungleich über verschiedene soziale Schichten verteilt ist. Der jahrzehntelang in Deutschland verfolgte Ansatz und der Grund für die Einführung der GKV als Pflichtversicherung waren, auch Menschen mit schlechtem Gesundheitsrisiko den Zugang zu hochwertiger

medizinischer Versorgung zu ermöglichen. Diese Versorgung ist durch die Auswahl- und Abwahlmöglichkeiten potentiell in Gefahr.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE.): Ich habe noch eine Frage an Dr. Holst. Wie sehen Sie die Möglichkeiten der Wahltarife im Zusammenhang mit dem Gleichheitsgrundsatzgebot nach Artikel 3 GG? Hätten Sie Vorschläge, wie man das anders regeln könnte?

SV **Dr. Jens Holst**: Ich bin, ebenso wie die Vorsitzende, als Nichtjurist beeindruckt, welche Fülle von juristischen Argumenten es für die Erhaltung der PKV gibt. Ich wundere mich als Bürger und auch als Gesundheitswissenschaftler, dass andere Kriterien offenbar keine Rolle spielen. Sie haben soeben den Gleichheitsgrundsatz des GG genannt, der einem juristischen Laien zuerst einmal einfallen könnte. Hier stellt sich die Frage, ob der Gleichheitsgrundsatz bei dieser Zweiteilung des Gesundheitssystems gewahrt ist. Diese Zweiteilung ist übrigens, das muss noch einmal betont werden, nahezu einzigartig auf der Welt. Es gibt nur ein anderes Land, Chile, das eine völlige Trennung von gesetzlicher und privater Krankenversicherung als Vollversicherung erlaubt. Die Frage darf von einem juristischen Laien in den Raum gestellt werden, wenn ich mir überlege, was die Aufgabe eines Gesundheitssystems, was die Aufgabe eines Krankenversicherungssystems ist. Die Kernaufgabe ist die Absicherung der Bevölkerung gegen die finanziellen Risiken von Krankheit. Entscheidende Ziele eines KV-Systems dabei sind, möglichst die gesamte Bevölkerung zu versichern, d. h. abzusichern – wir sprechen von universeller Sicherung – und die Gesundheitsversorgung möglichst fair und sozial gerecht zu finanzieren. Das sind Definitionen der Weltgesundheitsorganisation in Bezug auf Gesundheitssysteme. Die Finanzierung, Solidarität und Gerechtigkeit unseres Systems leidet eindeutig an der Spaltung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung, weil sich ein Teil, gerade der Besserverdienenden, der solidarischen Finanzierung entzieht. Da stellt sich schon die Frage, ob man, anstatt der Besitzstandswahrung das Wort zu geben – worum es in diesem Fall im Wesentlichen geht – nicht besser die Frage in den Vordergrund stellt, ob eine solidarische Finanzierung langfristig aufrechterhalten werden kann. Die universelle Sicherung ist am ehesten

über eine Bürgerversicherung gewährleistet, die alle Bürger unter vergleichbaren Bedingungen einbezieht.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE.): Ich habe eine weitere provokante Frage an Herrn Schneider vom AOK-BV. Wie schnell ließe sich die PKV als Vollversicherung abschaffen?

SV **Werner Schneider** (AOK-BV): Auch wenn es unter den gegebenen politischen Rahmenbedingungen sicherlich eine hypothetische Frage ist, beantworte ich sie gerne. Auf der einen Seite gibt es natürlich die Möglichkeit, durch eine Anhebung oder Abschaffung der Versicherungspflichtgrenze bereits ab dem nächsten Jahr dafür zu sorgen, dass die Solidargemeinschaft der GKV sukzessive ausgeweitet wird. Für die Altfälle, die bereits heute in der PKV versichert sind, Verträge abgeschlossen und damit auch Besitzstände erlangt haben, muss es sicherlich einen verfassungsrechtlichen Bestandsschutz geben, so dass die Zeitdauer bis die PKV völlig verschwindet sicherlich eine längere wird.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE.): Ich möchte von Herrn Schneider noch einmal genauer erklärt haben, wie das mit der Quersubventionierung ist, die von der PKV behauptet wird und von Ihnen vorhin schon etwas widerlegt worden ist.

SV **Werner Schneider** (AOK-BV): Das Hauptproblem an der Schnittstelle zwischen der PKV und GKV ist der Abfluss der Mitglieder aus der GKV in die PKV, so dass durch diesen Wechsel von einem solidarisch finanzierten, einkommensbezogenen Versicherungssystem in ein äquivalent finanziertes, kapitagedecktes System der gesamten Gesundheitsversorgung Mittel entzogen werden. Ich sagte zuvor, nach der Studie des wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen können es bis zu 10 Mrd. Euro sein, je nach dem wie die Leistungsseite in einem integrierten Versorgungssystem ausgestaltet würde und je nach dem mit welchen Beitragssätzen man es rechnen würde. Das Hauptproblem an dieser Schnittstelle ist allerdings, dass der Wettbewerb zwischen dem System der GKV und der PKV empfindlich gestört wird, weil die Deckungsbeiträge erheblich sind, die der GKV

von Wechslern, die in jungen Jahren in die PKV wechseln, verloren gehen. Ich denke aber, dass auf diesen Aspekt sicherlich im Laufe des Tages noch zurückgekommen wird.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE.): Noch eine Frage an Herrn Schneider. Angenommen, die Portabilität der Altersrückstellung wird nicht nur für den Basistarif, sondern auch für den Wechsel in die GKV ermöglicht, wie hoch müssten die Altersrückstellungen pro Versicherten sein, um sie kostenneutral in die GKV aufzunehmen?

SV **Werner Schneider** (AOK-BV): Es gibt in der GKV das Umlagesystem, das im Prinzip funktionsfähig ist, wenn es nicht gestört wird. Es wird im Bereich der hohen Einkommen durch die Wechsel von der GKV in die PKV nachhaltig gestört. Das führt dazu, dass in der GKV das Beitragssatzniveau heute um drei bis vier Zehntel Beitragssatzpunkte niedriger sein könnte, wenn dieser Mittelabfluss in die PKV nicht stattgefunden hätte. In den letzten fünf Jahren von 2000 bis 2004 waren es etwa 340.000 Personen im Jahresdurchschnitt, die in die PKV abgewandert sind. Das ist ein Problem. Es kommt noch ein zweites Problem hinzu, dass aus diesem System der PKV ein Teil wieder in die GKV zurückkehrt. Das sind dann nicht mehr die günstigsten Risiken, sondern es ist eine sehr unterschiedliche Mischung, eine sehr breite Struktur mit unterschiedlichen Deckungsbeiträgen. Wir gehen davon aus, dass dieser Rückfluss in die GKV eher ein ungünstiges als ein günstiges Risiko darstellt. Im GKV-WSG gibt es für diesen Rückfluss keinerlei mitzubringende Alterungsrückstellungen, obwohl sie in der PKV angespart worden sind. Das ist ein Problem. Wir haben in den letzten fünf Jahren im Durchschnitt etwa 137.000 Rückkehrer von der PKV in die GKV registrieren können. Wenn wir davon ausgehen, dass ein 35-jähriger Mann die PKV wählt, müsste er in der GKV rd. 500 Euro Beitrag zahlen, würde aber nur 75 Euro Ausgaben verursachen. Die Differenz wäre sein Solidarbeitrag zum Generationenvertrag zur Finanzierung der Alterslasten. Diesen verliert die GKV durch den Wechsel in die PKV. Wenn dieser Mann dann etwa 15 Jahre in der PKV bliebe, hätte er nach unseren Schätzungen dort erhebliche Alterungsrückstellungen angespart. In der GKV hätte er 12.000 bis 14.000 Euro Solidarlasten zur Finanzierung der demographischen

Entwicklung getragen. Wir nehmen an, dass die 137.000 Menschen, die zurückkommen eine Mitnahme von Alterungsrückstellungen bräuchten, wenn es gerecht zugeht, in der Größenordnung von 1,4 bis 1,8 Mrd. Euro. Die GKV würde um ein bis zwei Zehntel Beitragssatzpunkte entlastet werden, wenn an dieser Schnittstelle das gleiche geschähe, wie bei einem Wechsel innerhalb der PKV.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich frage zunächst Herrn Prof. Meyer. Die GKV steht faktisch im Wettbewerb mit der PKV um nicht versicherungspflichtige Personen. Wie beurteilen Sie die Erfahrungen mit dem Wettbewerb zwischen diesen beiden Systemen und trägt der vorliegende Gesetzentwurf zu fairen Wettbewerbsbedingungen etwas bei?

SV Prof. Dr. Ulrich Meyer: Der Wettbewerb zwischen GKV und PKV um die freiwillig Versicherten ist ein äußerst verzerrter Wettbewerb. Insbesondere, da die PKV nicht jedem Versicherungswilligen nehmen muss, wie wir dies heute bereits gehört haben. Psychisch Kranke und Herzranke können sie gar nicht nehmen, wurde uns von kompetenter Stelle gesagt. Das ist ein enormer Vorteil im Wettbewerb, denn die richtig Kranken verbleiben dadurch bei der GKV und die GKV-Versicherten müssen diese Lasten mittragen. Ich möchte dies an einem fiktiven Beispiel genauer erläutern. Stellen Sie sich vor, 90 % aller Universitäten müssten jeden nehmen, der das Abitur hat. 10 % der Universitäten wären privilegiert und dürften sich ihre Studenten aussuchen. Sie dürften eine Risikoprüfung machen, sie dürften die Eignung prüfen und dann natürlich nur die Besten nehmen. Dies ist zwar ein fiktives Beispiel, es wäre aber völlig klar, dass die 10 % privilegierten Universitäten zu Exzellenzuniversitäten werden können. Genau das ist die Situation, in der die PKV steht. Die PKV steht exzellent da, aber das liegt nicht daran, dass sie sich an einem harten Wettbewerb gegen die GKV hat bewähren müssen und als Sieger daraus hervorgegangen ist, sondern es liegt an der Privilegierung, die sie genießt. Beispielsweise dass sie diese Risikoprüfung machen kann und das ist nicht die einzige Privilegierung. Daran wird auch die Einführung des Basistarifs, in den die freiwillig Versicherten ohne Risikoprüfung gehen können, kaum etwas ändern. Denn die Motiva-

tion als freiwillig Versicherter in diesen Basistarif zu gehen ist beschränkt, da er auch nichts anderes als das Minimum des Schutzes der GKV bieten wird. Zudem wird er im Prinzip durch die verschiedenen Effekte genauso teuer sein, da sich schlechte Risiken im Basistarif ansammeln. Es besteht also kaum ein Anreiz dafür, dass der Wettbewerb zwischen den beiden Systemen verstärkt wird, insbesondere solange den freiwillig Versicherten, wenn sie schlechte Risiken sind, nach wie vor der Zutritt in die normalen Tarife, also in die Tarife oberhalb des Basistarifes, verwehrt ist.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die nächste Frage geht wiederum an Prof. Meyer. Wir haben schon von der These gehört, wonach die PKV die GKV durch höhere Arzthonorare subventioniere. Was sagen Sie den zu der These?

SV Prof. Dr. Ulrich Meyer: Es ist zweifellos richtig, dass höhere Entgelte Privatversicherter an Ärzte in gewisser Weise eine Subvention zu Gunsten der GKV darstellen. Die GKV müssten ansonsten höhere Entgelte zahlen. Dazu ist aber zu sagen: Die PKV berechnet Subventionen irgendwo in der Größenordnung von 9,5 Mrd. Euro, was aber in dieser Höhe nicht zutrifft. Erstens beruhen Mehrausgaben der PKV pro Versichertem zum Teil darauf, dass PKV-Versicherte auch mehr Leistungen bekommen. Der Arzt müht sich mehr um die PKV-Versicherten, die Arztgespräche dauern länger. Der PKV-Versicherte kommt, ohne dass er sich versieht, in den Kernspintomograph und es wird etwas abgeklärt, wo hingegen der Arzt sich dieses beim GKV-Patienten dreimal überlegen würde. Also gibt es erstens mehr Leistungen.

Zweitens: Wie viel von dem, was die PKV mehr zahlt, tatsächlich Subvention ist, muss man daran bemessen, wie viel die GKV ansonsten mehr zahlen müsste. Es ist aber noch nicht geklärt, dass der ganze Differenzbetrag Subvention wäre.

Ich möchte an dieser Stelle noch auf etwas ganz anderes hinweisen: Der Subvention, die von PKV-Patienten zu GKV-Patienten fließt, stehen eine Reihe von Subventionen in umgekehrter Richtung gegenüber. Zwei Punkte, die schon angeklungen sind, stelle ich noch einmal klar. In der GKV gibt es systematisch mehr

schlechte Gesundheitsrisiken wegen der Risikoprüfung. Das führt dazu, dass die PKV von vielen teuren Versicherungsnehmern verschont bleibt, während die GKV-Versicherten deren hohe Krankheitskosten zu tragen haben. Das ist eine Milliarden-Euro schwere Subvention zu Gunsten der PKV-Versicherten. Die PKV bleibt verschont von diesen Risiken, die sie eigentlich – sage ich etwas unscharf – tragen müsste. Mit eigentlich meine ich, wenn die schlechten Risiken zwischen GKV und PKV gleich verteilt wären.

Ganz ähnlich ist es mit dem vorher angesprochenen Punkt der unterschiedlichen Altersstruktur. In der PKV ist der Anteil älterer, und damit teurer Versicherter deutlich niedriger als in der GKV, obwohl die Lebenserwartung der Privatversicherten höher ist, als die der gesetzlich Versicherten. Der PKV bleiben hohe Versicherungsleistungen für ältere Versicherungsnehmer dadurch erspart, dass viele Privatversicherte im Alter, wenn es bei der PKV richtig teuer wird, durch irgendwelche Schlupflöcher, die es doch noch geben muss, schnell unter das preiswerte Dach der GKV schlüpfen. Das ist ebenfalls eine Milliarden schwere Subvention der GKV an die PKV. Die GKV trägt Lasten, die eigentlich die PKV tragen müsste. Wird die Subvention, die von PKV zur GKV fließt, mit der umgekehrten Subvention saldiert, ist der Saldo ganz klar: die GKV-Versicherten subventionieren die PKV-Versicherten.

Der stellvertretende Vorsitzende, Abg. **Dr. Hans Georg Faust** (CDU/CSU), übernimmt den Vorsitz der Anhörung.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe noch eine weitere Frage an Prof. Meyer und den Bundesverband der Verbraucherzentrale. Die Übertragung der Altersrückstellung ist nach dem Gesetzentwurf begrenzt auf den Teil der Rücklage, der dem Leistungsniveau des Basistarifs entspricht. Reicht dies aus, um den Wettbewerb zwischen den PKV-Unternehmen um die Bestandsversicherten zu verstärken?

SV **Prof. Dr. Ulrich Meyer**: Die Einführung der Übertragbarkeit der Alterungsrückstellung im Basistarif hat nichts mit der Einführung eines wirklichen Wettbewerbs innerhalb der PKV zu tun. Welcher in einem Normaltarif

Versicherte wird einen Wechsel in den Basistarif eines zweiten PKV-Unternehmens erwägen? Er verschlechtert sich auf der ganzen Linie. Dass dadurch Wettbewerb zustande kommt, ist nicht zu erwarten. Es gäbe die Möglichkeit, einen Wettbewerb, der diesen Namen zu Recht verdienen würde, zu erzeugen. Dr. Holst sagte zuvor, 10 % der Versicherten verursachen 80 % der Kosten. Das ist so, und zwar sind es überwiegend die chronisch Kranken, die zu dieser starken Belastung führen. Dr. Holst führte weiter aus, dass er kein System des Wettbewerbs kenne, was dazu führen würde, dass sich die Unternehmen um diese Schwerkranken reißen würden. Ich kenne eines und habe das bereits vorgeschlagen. Das hat mit der Übertragung der Alterungsrückstellungen zu tun. Aber anders als nur die Alterungsrückstellungen im Basistarif, müssten dazu die Alterungsrückstellungen, die so genannten individuellen, prospektiven Alterungsrückstellungen übertragen werden. Das sind Geldbeträge, die den Gesundheitszustand der wechselnden Versicherungsnehmer berücksichtigen, die sich an den individuell für die wechselnden Versicherungsnehmer zu erwartenden späteren Krankheitskosten orientieren. Wird das gemacht, dann entstünde ein Wettbewerb, der dazu führt, dass letztlich im Gesundheitswesen Kosten gesenkt werden können und die Versorgung der Versicherungsnehmer verbessert wird. Da geht es um Einführung von Programmen wie Disease-Management und Case-Management. Es ist unter Fachleuten unumstritten, dass solche Programme eingeführt werden könnten, die die Gesundheitsversorgung verbessern und letztlich zu weniger Kosten führen. Ich denke an Diabetes; wenn sichergestellt ist, dass immer eine optimale Einstellung erfolgt, könnten viele Medikamenten- und Operationskosten gespart werden. Die Ausarbeitung, Einführung und Durchführung von solchen Programmen ist mit hohen Fixkosten verbunden. Kein privates Versicherungsunternehmen, nehmen wir ein mittleres Unternehmen mit 500.000 Versicherten, kann das machen, weil die Kosten nicht wieder hereinkommen. Für jeden Zuckerkranken werden zwar dadurch im Jahr rd. 3.000 Euro eingespart, aber die Fixkosten des Programms sind zu hoch. Das Unternehmen hat nicht so viele Zuckerkranken, dass es sich rechnet. Würde die individuelle prospektive Alterungsrückstellung übertragen, würde ein richtiger Wettbewerb entstehen. Ein Unternehmen, das ein gutes Programm für Zuckerkranken auflegt, würde einen Zugang an Zu-

ckerkranken aus anderen PKVen erzeugen. Die würden ihre hohe Alterungsrückstellung individuell, prospektiv mitbringen, weil das abgebende Unternehmen hohe zukünftige Krankheitskosten spart. Es würde sich also sowohl für das den Versicherten abgebende Versicherungsunternehmen lohnen, als auch für das Unternehmen mit dem innovativen neuen Programm, was eine bessere und billigere Behandlung ermöglicht. Es würde sich für sie lohnen einen Wettbewerb zu erzeugen, bei dem es um den Personenkreis der Gesunden, der Kranken, als auch der chronisch Kranken geht. Das wäre richtiger Wettbewerb. Damit hat aber das, was in diesem Gesetzentwurf zur Portabilität der Alterungsrückstellung vorgeschlagen wird, nichts zu tun.

SV Wolfgang Scholl (vzbv): Ich knüpfe an das an, was Prof. Meyer bereits gesagt hat. Wir haben zwischen GKV und PKV eine grundsätzliche Wettbewerbsverzerrung. Das muss ich vorweg schicken, um die Frage zu beantworten, ob die Mitgabe der fiktiven Alterungsrückstellung wirklich Wettbewerb erzeugen wird. Wir haben zwei Effekte, die für die PKV vorteilhaft und damit wettbewerbsverzerrend wirken. Ich nenne es das Rosinenpicken durch das Stellen von Fragen zur Gesundheit. Es ist im Gesetzentwurf vorgesehen, dass man im Neugeschäft nicht zwingend in den Basistarif hinein muss, sondern dass man in einen Vollversicherungstarif geht, der attraktiver sein wird, weil der Risikoausgleich für die höheren Erkrankungsrisiken innerhalb der Basistarif-Versicherten stattfindet. Im Endeffekt hat man dadurch, dass dieser Risikoausgleich so gestaltet wird letztlich einen erhöhten Wettbewerbsvorteil, eine Beitragsspreizung zwischen der gesetzlichen und der privaten Versicherung. Das heißt, die PKV hat niedrigere Beiträge.

Der zweite Effekt ist noch größer als der des Rosinenpickens. Er beruht darauf, dass die freiwerdenden Alterungsrückstellungen aus Storno, aus dem Wechsel hin in die GKV, den Beitrag mindert, der für die Neugeschäftsbeitragskalkulation herangezogen wird. Dies führt insgesamt schon heute zu einer zu niedrigen Beitragskalkulationen von in etwa 40 %. Wir hätten dann eine niedrigere Beitragsspreizung und eine niedrigere Attraktivität von der GKV in die PKV zu wechseln.

Eine rationale Entscheidung des Verbrauchers über die Vorteilhaftigkeit eines Wechsels er-

forderte ein Bedenken der Entscheidung bis zum Ende, ob möglicherweise die Beträge im Alter steigen, dessen bin ich mir sicher, dass nicht nur meine Leistungsfähigkeit meine Beitragsbemessung im Alter beeinflusst, sondern dass ich sozusagen auch mindestens den durchschnittlichen Höchstbeitrag für die GKV zu zahlen habe. Das ist alles in der Regel überhaupt nicht Gegenstand der Übertrittsentscheidung. Hinzukommt noch, dass bei dem Wechsel Provisionseinnahmen eine Rolle spielen.

Zur nächsten Frage: Führt die Mitgabe der Alterungsrückstellung zur Wettbewerbsverbesserung? Sie müssen sich überlegen, dass natürlich nur diejenigen wechseln werden, die gesund sind. Bezüglich der gesunden Versicherten haben wir heute schon einen intensiven Wettbewerb. Dieser Wettbewerb ist allerdings in der Regel kein Ergebnis rationaler Entscheidungen seitens der Verbraucher, sondern in der Regel durch relativ hohe Provisionseinnahmen der Vermittler bedingt. Wir nennen das Umdeckungen. Hier kommt es dazu, dass sich innerhalb von sieben bis zehn Jahren, das ist unsere Schätzung, ein kompletter Bestand des privaten Krankenversicherers, was die substitutive Vollversicherung angeht, einmal umschlägt. In der Regel wissen die Einzelnen nicht, dass die Alterungsrückstellung weg ist, sie wissen auch nicht, ob die Beiträge bei dem neuen Unternehmen im nächsten Jahr erheblich angehoben werden müssen.

Wir haben also heute schon einen erheblichen Wechsel, der dadurch bedingt ist, dass die Vermittler den Versicherten unter Verlust der Alterungsrückstellung des Wechselnden umlenken, dieser sich der Konsequenzen aber in der Regel nicht bewusst ist. Wir intensivieren durch die Mitgabe der fiktiven Alterungsrückstellung natürlich das Anreizsystem nochmals deutlich. Es betrifft aber nur die gesunden Versicherten. Die kranken Versicherten könnten allenfalls in den Basistarif wechseln, warum sollen sie das aber machen? Es findet eine über die Unternehmen hinweg durchgeführte Kalkulation statt und auf diese Kalkulation schlägt der einzelne Versicherer seine laufenden Verwaltungskosten auf. Die werden so gewaltig different nicht sein. Vielleicht kann es sein, dass es irgendwann Wechselmotive auslöst, aber ich glaube, die wesentliche Beitragskomponente ist von vornherein durch diesen Risikoausgleich festgelegt. Damit sind die Basistarifniveaus zwischen zwei verschiedenen Unternehmen in etwa gleich. Es gibt keinen

Grund, in den Basistarif eines anderen zu wechseln und insbesondere natürlich nicht, wenn man in einem normalen Volltarif des bisherigen Versicherers versichert ist. Dazu kommt das, was die PKV gesagt hat. Wenn überhaupt ein Anreiz besteht in den Basistarif zu gehen, dann nur in solchen Fällen, in denen die Beiträge gewaltig gestiegen sind und man durch die Beitragslimitierung Vorteile erreichen kann. Das führt wiederum zu Antiselektionseffekten, damit ist der Strudel zum Basistarif angelegt. Wenn das so ist, dann wäre das Plädoyer zu sagen, wir müssen den Basistarif zum zwingenden Bestandteil des Abschlusses jedes neuen privaten Vollversicherungsvertrages machen. Dann hätten Sie diese falsch gesetzten Incentives nicht. Dann würde zwar der Wettbewerb nicht in dem Maße gesteigert, dass die kranken Versicherten wechseln könnten, aber wir hätten zumindest viele negative oder falsche Anreize vermieden.

Die **Vorsitzende** übernimmt wieder den Vorsitz der Anhörung.

Abg. **Willi Zylajew** (CDU/CSU): Meine erste Frage richte ich an den Deutschen Beamtenbund und den Bund der Versicherten. Der Basistarif für Einzelpersonen ist begrenzt auf den durchschnittlichen Höchstbeitrag der GKV, wenn ein Ehepartner oder Lebenspartner mitversichert wird wiederum auf 150 % des Höchstbeitrages. Wie beurteilen Sie diese Regelung?

Meine zweite Frage geht an die PKV mit der Bitte, auch wenn dies aus Ihrer Sicht lustlos geschieht, sich noch einmal mit dem Bereich des Basisbeitrages auseinanderzusetzen, und zwar deshalb, weil wir im Gesetzentwurf vorgesehen haben, dass der Krankenversicherungsunternehmer den Beitrag für den Basistarif nur in der durchschnittlichen Höhe ansetzen darf, er darf ihn nicht überschreiten. Bei Auslösen von Hilfsbedürftigkeit im Sinne der Sozialhilfe und ALG II wird die Zahlung dieses Beitrages halbiert. Darüber hinaus, falls eine Hilfsbedürftigkeit ausgelöst wird, sind nur 112 Euro zu zahlen, die wir derzeit im Bereich der GKV zahlen. Wie glauben Sie, kann man dies praktisch umsetzen und erledigen? Wie kann im Hinblick auf den Kontrahierungszwang grundsätzlich sichergestellt werden, dass Versicherte im Basistarif in Zukunft ihrer Zahlungsverpflichtung nachkommen?

SV **Klaus Dauderstädt** (dbb): Ihre Frage interpretiere ich so, dass Sie wissen möchten, wie die Attraktivität der jetzigen Ausgestaltung des Basistarifs mit 100 % bzw. max. 150 % für Ehepaare oder entsprechende Lebenspartnerchaften für die Beamtschaft zu sehen ist. Die Attraktivität des Basistarifs wagen wir noch nicht einzuschätzen, weil sie zunächst einmal geprägt sein wird vom künftigen Beitrag, der noch nicht eindeutig feststeht. Wenn er der Höchstbeitrag ist, der sich aus dem Durchschnittsbeitrag der GKV ergibt, dann muss man erkennen, dass die Attraktivität für diejenigen im Sinne einer Beitragskappung interessant ist, der jetzt schon Risikozuschläge auf sich nehmen muss. Unsere Personengruppe, die im Augenblick sehr unzufrieden ist, sind Beamte des einfachen und mittleren Dienstes, bei denen der Beitrag in der PKV logischerweise nicht einkommensabhängig konstruiert ist, sondern wie bei allen anderen PKV-Versicherten nach dem Alter und ihrem Risikozustand. Diese werden möglicherweise in den Basistarif wechseln, wenn es individuell günstiger ist, da wird es eine Individualberechnung geben. Da die Versicherten den Ehepartner in der Regel privat extra versichern müssen und die Kinder zusätzlich, wird es ein Rechenexempel geben müssen, ob der Basistarif wirklich attraktiver ist oder nicht. Eine generelle Prognose, wie auch Herr Leienbach das in seinem Szenario als worst-case unterstellt, dass alle Beamten oder nur 50 % der Beamten, bzw. alle Beamten der niedrigen Besoldungsgruppen automatisch in den Basistarif wechseln, wage ich nicht abzugeben. Der junge gesunde Beamte, auch der niedrigeren Besoldungsgruppen, hat einen günstigen PKV-Tarif und er wird sich wohl überlegen, ob er in einen Basistarif wechselt. Wir haben auch eine ganze Reihe von Beamten, die trotz des Beihilfeanspruchs in der GKV versichert sind. Die haben in aller Regel ihre Gründe. Da gibt es eine Interessenoptimierung. Wenn ich eine große Familie oder entsprechende Erkrankungen habe, die mir Risikozuschläge bringen würden, sind das Gründe, in der GKV versichert zu sein. Diese Problematik ist im Gesetzentwurf nicht aufgegriffen worden. Wir bedauern das sehr. Wir haben einmal Gegenvorschläge gemacht, aber das ist ein anderes Feld, das ich an dieser Stelle nicht vertiefen möchte.

SV Jens Trittmaier (BdV): Man kann aus der Praxis sagen, dass der Zulauf in den Standardtarif, in dem es die 150 %-Regelung gibt, in den letzten zwei Jahren gestiegen ist. Die Leute sind aus finanziellen Gründen in den Standardtarif gewechselt. Es muss eindeutig gesagt werden, dass es eher die ultima Ratio ist, wenn ein Wechsel in die anderen Tarife, die meistens in vielfältiger Art bei den PKV-Unternehmen angeboten werden, aus Kostengründen nicht mehr möglich ist. Insofern kann ich mir nicht vorstellen, dass die Leute wechseln, wenn der Standardtarif, höchstens in diesem Umfang mag ein Basistarif denkbar sein, so attraktiv ist. Eigentlich ist das Ziel der meisten Personen, in die PKV zu wechseln, weil sie der Meinung sind, in gewissen Punkten bessere Leistung zu erhalten, die sie nicht einbüßen möchten. Es gibt Personen, die alle Jahre anfragen in den Standardtarif zu wechseln, mit den anderen Tarifen vergleichen, aber doch dort bleiben. Ich denke, das Potential wird vom Leistungsangebot gesehen gering sein, es hängt von den finanziellen Möglichkeiten ab. Andererseits sind wir vom Bund der Versicherten der Meinung, wenn schon ein Basistarif eingeführt wird, dann dürfte er nicht ohne Risikoprüfung sein, sondern vielleicht mit einem Zuschlag bis zu 30 %. Eine Begrenzung auf 150 % wird sicherlich nicht akzeptabel sein, höchstens wie die Regelung beim jetzigen Standardtarif auf 100 %, ab 55 oder 65 Jahre auf 150 % entsprechend des Standardtarifes.

SV Dr. Volker Leienbach (PKV): Lassen Sie mich zunächst sagen, dass der Standardtarif wie er heute existiert und der Basistarif wie er nach dem Gesetzentwurf bald existieren soll, völlig verschieden sind. Der Standardtarif setzt eine große Historie in der PKV voraus, eine eigene Geschichte, eine eigene, über Jahre aufgebaute Alterungsrückstellung. Dieser neue Basistarif richtet sich an alle freiwillig Versicherten, an alle Nichtversicherten, die nicht in der GKV pflichtversichert sind und an die heute privat Versicherten, unabhängig davon, ob sie, die erst genannten Gruppen, jemals einen Bezug zur PKV hatten oder nicht.

Zur konkreten Frage von Ihnen, Herr Zylajew: Das zentrale Problem ist in der Tat, dass durch die Subventionstatbestände im Basistarif und die gesetzliche Vorschrift, dass diese Subventionierung durch die bereits heute privat Versicherten vorgenommen werden soll, ein Eingriff in bestehende Verträge erfolgt, der wirklich

unverhältnismäßig ist. Ich habe Ihnen vorhin ein Szenario aufgezeigt; man kann lange darüber streiten, ob das ein Jahr dauert, ob es fünf Jahre dauert oder ob das 12 Jahre dauert und ob diese Einzelfaktoren immer kumulativ wirken. Es ist ein Geflecht von Einzelfaktoren, die in ihrem Zusammenwirken dazu führen, dass aus der heutigen Vollversicherung der PKV mit Tarifvielfalt in der Zeitschiene ein Einheitsprodukt Basistarif wird, wie wir es heute in der GKV kennen.

Konkret zu den Grenzen, das Stichwort ALG II ist gefallen. Die Bundesregierung fordert hier eine Gleichbehandlung mit der GKV. Es ist eine Gleichbehandlung im Rahmen einer wirklich schlechten Lösung. Wir haben in der Bundesanstalt für Arbeit einen Überschuss von 10 Mrd. Euro und dieselbe Bundesanstalt ist nur in der Lage, einen völlig unzureichenden Beitrag für ALG II-Empfänger an die GKV zu zahlen. Was ist die politische Schlussfolgerung? Alle gleich schlecht zu behandeln oder die Bundesanstalt für Arbeit in einem Versicherungssystem, das von Beiträgen lebt, und zwar von adäquaten Beiträgen, zu motivieren hier ordentliche Beiträge zu zahlen? Die Versicherten in der PKV werden mit einem weiteren Subventionstatbestand, wenn man nur einige Interpretationen des neuen Steuerzuschusses hört, zu konfrontieren sein. Denn der Steuerzuschuss, der im nächsten Jahr um 1 Mrd. Euro erhöht werden soll, soll nach Aussagen einzelner Mitglieder der Bundesregierung exklusiv der GKV zu Gute kommen. Da sollte man rechtlich darauf schauen. Wenn nach seiner Begründung, dieser Steuerzuschuss für Kinder zu verwenden ist, dann ist die Interpretation eindeutig, dass davon auch die PKV-Kinder profitieren müssen. Wenn Sie sich zudem anschauen, dass in dem Basistarif, wenn er der GKV nachgebildet werden soll, auch gesamtgesellschaftliche Aufgaben mitfinanziert werden sollen, dann gibt es überhaupt keinen Grund, die PKV davon auszusparen. Wie gesagt, dies ist nicht als Argument zu nehmen, den Basistarif zu perfektionieren, sondern als Argument zu nehmen, diese Gleichschaltung von PKV und GKV bitte noch einmal zu überdenken.

Abg. Eike Hovermann (SPD): Ich habe eine Nachfrage zum Wettbewerbsbegriff an Prof. Axer und an den PKV. Herr Prof. Axer, habe ich Sie richtig verstanden, dass die jeweils eingezahlten Beiträge von Ihnen als Eigentum

des jeweils Einzahlenden und damit auch als Eigentum der jeweils zugehörigen Kasse definiert werden? Oder ist das ein Beitrag, der zur Stabilisierung des Gesamtsystems dient? Ich frage das deshalb, weil das Gesamtsystem der PKV Wettbewerb will. Wenn man aber sagt, das ist jeweils Eigentum des Einzelnen und damit der einzelnen Kasse, bekommen Sie doch Schwierigkeiten mit der Portabilität und damit auch mit dem Wettbewerbsbegriff der PKV in sich.

Das wäre noch einmal die Frage an Sie, ist das das Eigentum des jeweils Einzelnen und der jeweils einzelnen Kasse und wie soll dann Wettbewerb im System, das das System selbst will, hergestellt werden?

SV Prof. Dr. Peter Axer: Die Altersrückstellungen sind Eigentum des Versicherungsnehmers. Die Altersrückstellungen sind gesetzlich veranlassenes und verfassungsrechtlich geschütztes zweckgebundenes Eigentum des Versicherten. Der Versicherte genießt zwar formal auch die Eigentumsstellung, aber als Treuhänder, d. h. er hat das Geld im Sinne des Versicherungsnehmers anzulegen und zu verwalten. Artikel 14 schützt den Versicherungsnehmer und insoweit besteht ein Anspruch darauf, diese Altersrückstellungen mitnehmen zu können. Mit dem Wettbewerbsbegriff habe ich soweit keine Probleme, weil ich einen Wettbewerb innerhalb der PKV durch die Mitnahme der Altersrückstellungen sehe.

SV Dr. Volker Leienbach (PKV): Die Alterungsrückstellung hat die Funktion, Beitragssteigerungen aufgrund des Älterwerdens nicht entstehen zu lassen. Diese Funktion kann nur im kapitalgedeckt finanzierten System der PKV realisiert werden. Diese Funktion kann nicht in der GKV realisiert werden.

Zum Charakter, zum Eigentum: Die Alterungsrückstellungen sind sehr schwierige Rechtskonstruktionen. Sie sind fremdnütziges Eigentum der Versicherungsunternehmen und sie werden nicht individuell gebildet, sondern sie werden für das Kollektiv gebildet. Die Unternehmen der PKV sind keine Sparkasse, Alterungsrückstellungen werden für das Kollektiv gebildet, das weiß jeder bei Vertragsabschluss. Das hat zur Konsequenz, dass diejenigen, die heute von Unternehmen A in Unternehmen B wechseln, ihre Wechselkosten selber finanziere-

ren, indem sie ihre – unterstellt, man könnte sie individualisieren – anteiligen Alterungsrückstellungen dem Kollektiv vererben und diese fehlenden Alterungsrückstellungen im neuen Unternehmen neu aufbauen müssen. Sie zahlen den Wechsel. Wie der Gesetzentwurf es vorsieht, sollen die Wechselkosten jetzt von denen bezahlt werden, die im Unternehmen verbleiben, die nicht wechseln. Und derjenige der wechselt, wird von den Wechselkosten freigestellt. Man kann zu dieser Perspektive kommen, allerdings nur für die Zukunft. Dann kann man das Einpreisen, dann kann man die Kalkulation entsprechend einrichten. Man kann nicht zu dieser Perspektive kommen für die Vergangenheit. Wenn man dies für die Vergangenheit macht, muss man sagen, dass Handeln Konsequenzen hat. Die Konsequenz ist eine nachträgliche Änderung der Kalkulationsgrundlagen mit den gravierenden Beitragssteigerungen, die im Arbeitsentwurf des Ministeriums stehen von bis zu 36 %. Die Zahl hatte ich eben, wegen der Neuorientierung, relativiert. Das ist etwas, was nicht akzeptabel ist.

Abg. Peter Friedrich (SPD): Meine Frage richtet sich an Frau Dr. Wallrabenstein, Prof. Schwintowski und die vzbv. Im Basistarif gilt der Kontrahierungszwang. Damit Einzelunternehmen, insbesondere wenn sich bei ihnen überdurchschnittlich viele Kranke im Basistarif versichern, nicht über Gebühr belastet werden, ist ein Risikoausgleich zwischen den Unternehmen vorgesehen. Bislang sieht der Gesetzentwurf allerdings vor, dass der Risikoausgleich für Mehraufwendungen durch Vorerkrankungen auf die Versicherten im Basistarif beschränkt ist. Führt dies nicht dazu, dass der Basistarif faktisch vergleichsweise teurer wird, während die übrigen Tarife sogar entlastet werden? Müsste der Risikoausgleich für Mehraufwendungen durch Vorerkrankungen nicht, um die Bezahlbarkeit des Basistarifs zu gewährleisten, auf alle Versicherten in allen Tarifen ausgeweitet werden?

SVe Dr. Astrid Wallrabenstein: Zuvor möchte ich noch eine kurze Anmerkung zur Eigentumsproblematik machen. Ich glaube, dass es bei dieser ganzen Diskussion wichtig ist, sich wenigstens als Stichwort zu merken, dass das Bundesverfassungsgericht für die Lebensversicherungen wegweisende Entscheidungen gefällt hat, die man auch auf die PKV übertragen

muss. Ich möchte das nicht ausführen, sondern nur als Punkt setzen.

Jetzt zu Ihrer eigentlichen Frage. Sie haben völlig recht mit dem Risikoausgleich im Basis-tarif. Er ist von der Grundanlage her schon schwierig, weil er soziale Sicherung und Wettbewerb ermöglichen soll. Weil es beide Ziele zu vereinbaren gilt, wird dieser Risikoausgleich eingerichtet. So wie er jetzt ist, glaube ich, ist er nicht wirklich glücklich. Ein Punkt den Sie ansprechen – man könnte noch andere sagen – ist der, dass der Ausgleich für das Krankheitsrisiko durch Vorerkrankungen nur im Basis-tarif und das soziale Risiko, ihn nicht bezahlen zu können, über alle Tarife verteilt werden soll. Sie erreichen damit nicht, dass Risikoselektion verhindert wird. Risikoselektion zu verhindern ist nicht nur deshalb wichtig, weil ein Unternehmen zu hohe Tarife hat. Prof. Meyer hat ausgeführt, dass es auch sinnvoll sein kann, weil spezielle Produkte, vielleicht für bestimmte Krankheitsbilder, entwickelt werden. Es ist aber deshalb wichtig, weil die Risikoselektion zu Wettbewerbsverzerrungen führt. Diese Wettbewerbsverzerrungen wiederum führen dazu, dass nicht alle Vollversicherungsschutz wählen, sondern die vermeintlich Gesünderen Selbstbehalte wählen. Das ist etwas, was wieder dem Ziel nicht passt, dass man Selbstbehalte hat, die von irgendwo her anders, von der Sozialhilfe etc. aufgefangen werden müssen. Das ist ein Problem. Deshalb ist es sinnvoll und richtig, alle Umlagen, die dieser Basis-tarif mitbringt, auf die gleiche Art und Weise umzulegen, eben nicht den einen Teil so, den anderen Teil anders.

Zur Finanzierungsperspektive: Die Versicherten, um die sich die PKV so sehr sorgt, die das alles durch Zuschläge finanzieren müssen, die erhalten ein Recht in diesen Basis-tarif zu wechseln, egal aus welchem Grund. Ob sie es nutzen, ist eine andere Frage. Es ist nicht zu erkennen, warum das eine Wechselrisiko von allen getragen wird, das andere nur von einer bestimmten Gruppe. Die müsste man gleich behandeln.

SV Prof. Dr. Hans -Peter Schwintowski: Ich glaube, es ist fast alles ganz präzise und richtig von Frau Dr. Wallrabenstein gesagt. Ich möchte nur noch einen Aspekt hinzufügen. Es ist ein systemimmanenter Fehler, wenn ich in einem Risikoverband, das sind ja Versicherte miteinander, sage, ein Risikoausgleich findet gerade

bei denen statt, die das Risiko haben. Also ein Ausgleich setzt logisch voraus, dass wir das gesamte Kollektiv zum Ausgleich heranziehen und gerade nicht nur die Gruppe, die den Ausgleich braucht. Deswegen ist es in sich nicht logisch und auch sonst versicherungstechnisch unüblich, den Ausgleich, den wir ähnlich in der GKV kennen, auf die Gruppe zu beschränken, die den Ausgleich braucht. Deshalb meine ich, kommen wir nur zu einer vernünftigen Lösung, die den Wettbewerb wieder verbessert, wenn wir bei dieser Lösung mit dem Risikoausgleich den Ausgleich über alle Versicherten hinweg organisieren.

SV Wolfgang Scholl (vzbv): Ich schließe mich inhaltlich den Ausführungen von Frau Dr. Wallrabenstein an. Wir müssen darüber nachdenken, ob der Risikoausgleich, so wie er im Moment gemacht ist, nicht zu erheblichen Wettbewerbsverzerrungen führt, die man vermeiden sollte. Wenn ich den Risikoausgleich lediglich innerhalb der Basis-tarif-Versicherten mache, dann werden die Beiträge im Neugeschäft der normalen Vollversicherungstarife der PKV gegenüber der GKV günstiger. Das wird dazu führen, dass aus dem GKV-System wieder verstärkt Menschen in die Neugeschäftstarife der PKV abwandern, weil der optisch sichtbare Beitragsvorteil besonders groß ist.

Ein zweiter Aspekt ist, ob es wirklich Sinn macht und wie es sich rechtfertigen lässt, dass der Risikoausgleich innerhalb der Basis-tarif-Versicherten stattfindet, aber der Ausgleich für die Sozialrisiken, also die Bezahlbarkeit der Beiträge, innerhalb des Kollektivs aller Versicherten über alle Unternehmen hinweg stattfindet. Das lässt sich meines Erachtens nicht rechtfertigen. Jedenfalls ist weder in der Begründung noch im Gesetzestext irgendetwas zu erkennen, warum man das macht. Wenn man darüber nachdenkt, dass für die PKV, also für diejenigen, die aus dem gesetzlichen Bereich herausgehen, eine Art Sozialauftrag gilt und eine Art Zuschusspflicht gelten soll, die entsteht, wenn aufgrund von Hilfsbedürftigkeit der Beitrag nicht gezahlt werden kann – wenn das also schon so ist – dann soll es auch für die Risiken gelten, die aus der Nichtvornahme von Risikoprüfungen entstehen, also für die Mehrkosten aufgrund des kränkeren Bestandes.

Abg. **Dr. Carola Reimann** (SPD): Ich habe Fragen an Herrn Prof. Dr. Hans-Peter Schwintowski, Frau Dr. Wallrabenstein und an den vzbv zum Leistungsumfang des Basistarifs. Es wurde viel über den Risikostrukturausgleich gesprochen. Der jetzige Gesetzentwurf sieht vor, dass der PKV-Verband das Nähere zur Umsetzung des Basistarifs mit Genehmigung des BAFin festlegt. Unternehmen der PKV, die nicht dem PKV-Verband angehören, können diese Regelung übernehmen. Müssen Sie das auch? Ist es bindend für alle und was würde passieren, wenn dem nicht so ist?

SV Prof. Dr. Hans-Peter Schwintowski: Im Moment kann ich nicht erkennen, dass ein Unternehmen, das dem Verband nicht angehört, automatisch Empfehlungen übernehmen muss, die ein Verband ausspricht. Einen solchen Zwang für Nichtmitglieder kennen wir nicht, so wie wir auch sonst umgekehrt den Zwang, dem Verband anzugehören, in der Regel nicht kennen. Das macht die Sache ein bisschen schwierig. Ein Unternehmen, das dem Verband nicht angehört, kann dann etwas anderes tun, kann einen anderen Leistungsumfang realisieren. Ob das sehr vernünftig ist, ist etwas ganz anderes. Es müsste so etwas wie eine Allgemeinverbindlichkeit her. Das könnte man auch erreichen. Das gibt es im deutschen Recht, indem ich nämlich einen Privaten zum Beliehenen mache. Das geht. Dann kann ich dafür sorgen, dass die Erklärungen des Beliehenen wie Erklärungen des Staates als verwaltungsrechtlich verbindlich gelten. Die darf ich dann als privates, dem Verband nicht angehöriges Unternehmen nicht mehr ignorieren. Was dann hinzukäme und das ist aus meiner Sicht sehr wichtig, ist dass so etwas dann allerdings aufgreifbar ist. Ich kann dagegen verwaltungsrechtlichen Rechtsschutz eröffnen, das heißt, ich kann das Ganze überprüfen. Das wäre ein Weg den man gehen könnte. Sinnvollerweise würde ich den nicht gehen, sondern ich würde den Weg gehen, dass hier eine Rechtsverordnung herkommt, die durch die Bundesregierung verantwortet wird. Das ist der einfachste Weg. Da sitzen die beteiligten Ministerien alle mit am Tisch und sie haben das Interesse, dass der Ausgleich des Leistungsumfangs zwischen der PKV-Basis und dem GKV-Bereich möglichst objektiv und möglichst neutral erfolgt. Da sitzt niemand am Tisch, der das Interesse hätte, die eine oder die andere Seite zu bevorzugen. Das wäre mein Vorschlag. Aber wenn

man das nicht tun möchte, dann muss der PKV-Verband beliehen werden.

Wenn Sie nur die BaFin nehmen, die das Ganze zu genehmigen hat, dann scheint mir das Ganze nicht vernünftig zu sein, denn die BaFin steht als Genehmigungsbehörde in einer Rechtskontrolle. Sie kann die Fakten, die Tatsachen, all das, was zur Grundlage der Entscheidung für oder gegen eine Leistungsabsenkung gemacht wird, gar nicht überprüfen. Sie ist auf Rechtskontrolle beschränkt und demnach wird sie Dinge genehmigen, die von der Sache her nicht notwendigerweise richtig sind.

Sve Dr. Astrid Wallrabenstein: Ich würde im Ergebnis etwas ganz ähnliches sagen, wobei ich die erste Frage doch anders beantworte. Wir haben bereits jetzt den Standardtarif, da funktioniert das so ähnlich. Wenn man eine substitutive Krankenversicherung anbieten will, braucht man die entsprechende, zwar nicht Genehmigung, aber quasi die Hand der Versicherungsaufsicht darüber. Deshalb, denke ich, könnte es zur Vereinheitlichung kommen.

Aber das eigentliche Problem ist das Kontrollproblem. Kann es richtig sein, dass ein privater Krankenversicherungsverband die Bedingungen festlegt, die letztlich für die Versicherten entscheidend sind? Dieses Kontrollproblem haben wir auch heute schon, nicht nur für den Standardtarif, sondern für jede private Versicherung. Es ist zurzeit ein großes Standardthema: Reicht die Zivilkontrolle, die wir haben? Würde man, wenn man eine Genehmigung des BaFin vorsieht, wie das jetzt gedacht ist, nicht auf den Rechtszustand von vor 1994 zurückgehen? Wie sieht denn das aus? Wir haben eigentlich seit zehn Jahren eine Liberalisierung des Versicherungsmarkts. Wie denkt man sich das damit? Wenn ein privater Verband das macht, was ist mit dem Europarecht? Das wäre erst einmal ein europarechtliches Problem. Ich sehe drum herum weitere Folgefragen, was aber wieder dazu zurückführt, dass man sich eine gut organisierte und kontrollierte Entscheidungsstruktur dafür überlegen muss.

SV Wolfgang Scholl (vzbv): Zunächst einmal tritt die Frage auf, warum man hier von allgemeinen Grundsätzen der Gesetzgebung abweicht. Das Regelverfahren wäre so, dass man eine Verordnungsermächtigung macht und dass dann entsprechend eine Verordnung erlas-

sen wird. Wenn das hier anders vorgesehen ist, wirft das in der Tat große Folgefragen auf, da schließe ich mich Frau Wallrabenstein an. Ich sehe das Problem insbesondere in § 12 VAG, in dem vorgesehen ist, dass das Nähere zur Umsetzung des Basistarifs mit Genehmigung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungen festgelegt wird und dass die Versicherer, die dem PKV-Verband nicht angehören, die Regelung übernehmen können. Wenn dann an anderer Stelle gesagt wird, dass die Unternehmen, die die substitutive Krankenversicherung betreiben, auch einen Basistarif anbieten müssen, der aber auf die zuvor beschriebene Weise bereits definiert ist, dann wird aus dem „können“ ein „müssen“ und aus der Nichtbeteiligung der Unternehmen, die nicht Mitglied des PKV-Verbandes sind, ein Problem.

Insofern ist das auch eine Folgefrage, die Sie bedenken sollten. Wie bei Herr Prof. Dr. Schwintowski und Frau Dr. Wallrabenstein ist ganz klar auch mein Plädoyer: Machen Sie eine Verordnungsermächtigung. Das ist der richtige Weg. Sie müssen nur bedenken, was passiert, wenn der PKV-Verband keine entsprechenden Regelungen ausarbeitet. Er hat zum Beispiel ein Eigeninteresse daran, dass die fiktiven Alterungsrückstellungen niedrig ausfallen, das heißt, dass immer niedrige Übertragungswerte zustande kommen. Er wird natürlich versucht sein, niedrige Leistungen zu definieren und dass, was hier eigentlich vergleichbar sein soll, niedrig anzusetzen. Diesen ganzen Incentives sollte man schon auf den Grund gehen und sollte das entsprechend anders organisieren.

Abg. **Hermann-Josef Scharf** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an einen Vertreter der Spitzenverbände der Krankenkassen und an die PKV. § 12 Absatz 1b Nr. 2 VAG sieht vor, dass PKV-Unternehmen allen Personen, die nicht in der GKV versicherungspflichtig sind, eine Versicherung im Basistarif zu gewähren haben. Wie wird vor diesem Hintergrund das Zugangsrecht in dem PKV-Basistarif von Sozialhilfeempfängern beurteilt, die aufgrund ihres eigenen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall gem. §§ 47, 52 SGB XII bzw. § 264 SGB V ausdrücklich nicht versicherungspflichtig sind?

SV **Werner Schneider** (AOK-BV): Wenn gleich wir das sozialpolitische Ziel nachvoll-

ziehen können, haben wir mit der Verpflichtung, Nicht-Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung zu versichern, grundsätzliche Probleme, auf die wir sicherlich heute noch zu sprechen kommen werden.

Wichtig für die Finanzierbarkeit jedes Versicherungssystems ist eine klare Zuordnung der sozialpolitisch zu regelnden Sachverhalte zu den ordnungspolitischen Gestaltungsprinzipien Fürsorge, Versorgung oder Versicherung. Das wird in diesem Bereich grundsätzlich durchbrochen. Konkret ist in der GKV klar geregelt, dass die heutigen Sozialhilfeempfänger nicht zu dem Personenkreis gehören, der künftig versicherungspflichtig wird. Wenn es das Ziel der Politik ist, diesen Personenkreis nahe der Sozialhilfe weiterhin zuzuordnen, sollte das sicherlich auch konsequent, nicht nur in der gesetzlichen, sondern auch in der privaten Krankenversicherung vollzogen werden.

Nach unserer Einschätzung ist nicht klar geregelt, wie denn die Zuordnung der künftigen Sozialhilfeempfänger aussehen soll. An dieser Stelle gibt es die eher nahe liegende Interpretation, dass diese Personen versicherungspflichtig werden und dort versichert werden, wo sie in der Vergangenheit zugehörig waren, also innerhalb der GKV der früheren Krankenkasse zugeordnet werden. Wenn das in der GKV so ist, dann ist natürlich klar, dass das adäquat in der PKV geregelt werden muss und auch die PKV diesen Personenkreis übernehmen muss. Ansonsten gäbe es eine erneute Schiefelage zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung.

SV **K.-Dieter Voß** (BKK Bundesverband (BKK BV)): Eine kurze Ergänzung: Hier geht es um die nicht GKV-Pflichtversicherten und damit um eine Konfliktlösung zwischen den Fragen, ob die Sozialhilfe selbst tätig wird und die Krankenversicherung beauftragt, die Leistungen zu erbringen oder für den Sozialhilfeberechtigten den Basistarif in der PKV mehr oder weniger vermittelt oder veranlasst. Da, vermute ich, ist der Kern der Frage, dass die Sozialhilfeträger im Sinne eigener ökonomischer Überlegungen dann den Weg wählen, der aus der Sicht der Sozialhilfe der preiswertere ist. Das heißt, wo es um Kostenerstattung geht für Leistungen, die die GKV für die Sozialhilfe erbringt, wird man den Basistarif wählen, in anderen Fällen, wo es kalkulierbarer ist, möglicherweise den Weg der Kostenerstattung gehen. Das Prinzip ginge bei dieser Abwägung

dann möglicherweise im Zweifel zu Lasten der PKV.

SVe Sybille Sahmer (PKV): Die PKV hat sich immer dazu bekannt, dass sie die Personen, die bei ihr versichert sind oder waren, auch in schlechten Lebenslagen unterstützen will. Der Personenkreis, der hier angesprochen ist, die Bezieher von Arbeitslosengeld II, sind ehemalige Privatversicherte. Insofern ist schon die Bereitschaft vorhanden, diesen Personen Versicherungsschutz anzubieten, zwar nicht im Basistarif, den wir grundsätzlich für verfehlt halten, aber dass sie aufgefangen werden sollen, ist klar. Wir können nur nicht auf Beiträge verzichten. Hier noch mal der Appell: Wenn es ein Ziel der Bundesregierung ist, allen Personen Versicherungsschutz zu ermöglichen, müssen die, die nicht aus der eigenen Tasche bezahlen können, in einem Sozialstaat über die Sozialhilfe finanziert werden.

Ein anderes Anliegen in diesem Zusammenhang: Wenn man diese Solidargemeinschaft der PKV in allen Lebenslagen intakt halten will, darf man uns allerdings nicht die gut verdienenden Angestellten über diese 3-Jahres-Regelung, die jetzt eingeführt worden ist, auf der anderen Seite wieder entziehen. Man muss sehen, dass sie erhalten bleiben müssen, damit an anderer Stelle Sozialfälle aufgefangen werden können.

Abg. Jens Spahn (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den PKV und Herrn Prof. Dr. Axer: Ist für die Festlegung des Leistungsinhalts des Basistarifs zwingend eine Rechtsverordnung der Bundesregierung oder eine Beleihung des Verbandes, wie gerade dargestellt, erforderlich oder reicht die bestehende Regelung in § 12 Absatz 1b Versicherungsaufsichtsgesetz aus? Da die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht heute nicht anwesend ist, bitte ich das Sekretariat, diese Frage auch dorthin zu übermitteln und um schriftliche Antwort zu bitten.

SVe Sybille Sahmer (PKV): Zur Ausfüllung des Basistarifs, um dieses Angebot zu erstellen, ist weder eine Rechtsverordnung noch eine Beleihung erforderlich. Das kann man sehr viel geräuschloser und sehr viel unbürokratischer erledigen. Es gibt dafür ein prominentes Vorbild, nämlich die Einführung der Pflegepflicht-

versicherung. Hier steht im Gesetz lediglich, dass den Privatversicherten ein Angebot zu machen ist, das den gleichen Leistungsumfang wie die soziale Pflegeversicherung hat. Das Ganze ist aufgrund eines privatrechtlichen Versicherungsvertrages anzubieten. Das waren seinerzeit die Ermächtigung und die Grundlage dafür, dass der Verband der privaten Krankenversicherung Bedingungswerke erarbeitet hat, auf deren Grundlage die private Pflegepflichtversicherung durchgeführt wird. Diese Bedingungen sind vom Verband gemacht worden. Sie sind mit der Aufsichtsbehörde abgestimmt worden. Der gesamte Leistungsumfang war durch den Verweis auf das SGB XI vorgegeben, insofern gab es da kein Vertun. Wer die Pflegepflichtversicherung betreiben wollte, musste es auf dieser Grundlage machen. Anders hätten sie gar nicht die Zulassung zum Geschäftsbetrieb bekommen. Die Aufsichtsbehörde hat auch alle aufsichtsrechtlichen Möglichkeiten durchzusetzen, dass nur diese anerkannten Bedingungen verwendet werden.

Was die Beteiligung von Unternehmen anbelangt, die nicht Mitglied des Verbandes sind, auch dafür gibt es ein Vorbild. Es gibt den Krankenversicherungsverein der Dienstordnungsangestellten der GKV, der lange Jahre nicht Mitglied im Verband der PKV war, aber die Pflegepflichtversicherung für seine Versicherten selbstverständlich anbietet und er tut das genauso wie alle anderen Krankenversicherungsunternehmen auf der Grundlage der von unserem Verband erarbeiteten Bedingungen. Das hat überhaupt keine Schwierigkeiten gemacht und so kann man das auch für den Basistarif tun. Die gleiche Verfahrensweise gilt im Übrigen auch für den Standardtarif. Dafür ist weder Rechtsverordnung noch Beleihung erforderlich.

SV Prof. Dr. Peter Axer: Die Regelung in § 12 Abs. 1d Versicherungsaufsichtsgesetz ist in sich widersprüchlich. Wenn man vom Satz 2 ausgeht, dass jedes Unternehmen, das nicht dem Verband angehört, eine eigene Leistungsumfangsbestimmung vornehmen kann, sieht man, das Ganze ist privatrechtlich. Dann bräuchten wir Satz 1 nicht. Satz 1 ist öffentlich-rechtlich formuliert und läuft letztendlich auf eine Beleihung hinaus. Da stellt sich die Frage: Kann bei einer Beleihung die Bundesanstalt sowohl das Allgemeininteresse als auch das Interesse des Versicherten wahrnehmen? Eine Beleihung ist dann durchaus zulässig.

Aber diese Regelung ist in sich widersprüchlich, weil Satz 1 und Satz 2, glaube ich, den Widerspruch verdeutlichen. Satz 2 ist rein privatrechtlich orientiert. Jedes Versicherungsunternehmen macht sich seinen eigenen Tarif und ein paar schließen sich zusammen in einen Verband und übernehmen diese. Satz 1 ist öffentlich-rechtlich formuliert, läuft auf eine Beleihung hinaus, nur so kann man sie erklären. Da stellt sich die Aufsichtsfrage. Verfassungsrechtlich ist die Beleihung mit Normsetzungskompetenz dann zulässig.

Abg. Maria Eichhorn (CDU/CSU): Die erste Frage geht an die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung: Verstößt der neue Sicherstellungsauftrag für die ärztliche Behandlung von Basistarifversicherten gegen den öffentlich-rechtlichen Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen?

Die zweite Frage geht nur an die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Hinsichtlich der Behandlung von Postbeamten der Gruppe A existiert ein Vertrag zwischen der KBV und der Postbeamtenkasse, dem die Ärzte freiwillig beitreten können und der die ärztliche Vergütung nach Kassensätzen beinhaltet. Ist dieser Vertrag mit der geplanten Regelung im §75 Absatz 3a SGB V vergleichbar? Wie viele Postbeamte werden von diesem Vertrag erfasst und wie viele Ärzte sind diesem Vertrag beigetreten?

SV Dr. Andreas Köhler (KBV): Wir halten das für verfassungsrechtlich höchst bedenklich. Da ist der Unterschied zwischen „kann“ und „muss“. Wir müssen hier kontrahieren, das ist der wesentliche Unterschied zum Vertrag Postbeamtenkasse. Hier ist ein höherrangiges Interesse dann zu vermuten, wenn wir das müssen. Dazu gibt es verfassungsrechtliche Aussagen, die sich gerade auf die freie Heilfürsorgeverträge mit der Bundeswehr bezogen haben. Da ist in besonderem Maße ein öffentliches Interesse gegeben gewesen. Das ist gerade noch mal so akzeptiert worden. Das sehen wir für diesen Basistarif nicht. In den Vertrag Postbeamtenkrankenkasse sind 200.000 Versicherte eingebettet. Der Vertrag existiert seit 45 Jahren und ist zwischenzeitlich geschlossen. Da besteht keine Vergleichbarkeit zu diesem Basistarif.

SV Dr. Thomas Muschallik (KZBV): Wir haben zwei Regelungsbereiche in diesem Zusammenhang. Zum einen die einheitliche Vergütung und zum anderen beim Sicherstellungsauftrag einen virtuellen Kontrahierungszwang für den Zahnarzt oder den Arzt, der behandeln soll. So was Ähnliches kennen wir schon. Im § 75 Absatz 3 bis Absatz 6 SGB V sind verschiedene Gruppen genannt, für die, teilweise obligatorisch, teilweise auf eigene Überlegung hin, den KZVen und KVen der Sicherstellungsauftrag übertragen worden ist. Die Leistungsansprüche derjenigen, die in diesen zusätzlichen Sicherstellungsauftrag einbezogen worden sind, sind öffentlich-rechtlich ausgestaltet. Das sind Heilhilfsberechtigte, Gefangene in Gefängnissen oder andere Personen. Bei der jetzt vorgesehenen Regelung haben wir aber einen Unterschied. Hier haben wir es mit Privatversicherten zu tun, die einen privaten Versicherungsvertrag abschließen. Es geht hier letztlich um eine Privatrechtsgestaltung. Herr Prof. Axer und andere haben heute Vormittag zu Recht darauf hingewiesen, dass hier eine Gesetzgebungskompetenz nur insofern besteht, als es sich um Privatrechtsgestaltung handelt. Hier geht es aber gerade nicht, wie bei der Vergütung, um eine Ausgestaltung des Privatrechts unter dem Aspekt des sozialen Ausgleichs, sondern es geht hier darum, einen Kontrahierungszwang zu vermitteln. Das wird – meine ich – nicht gehen.

Der Gesetzgeber hat offenbar das Problem selber entdeckt. Man sieht es daran, dass in der vorgesehenen Regelung im Satz 5 für die Verwaltungsaufwendungen eine Kostenerstattung der PKV an die KVen und die KZVen vorgesehen ist. Eine ganz merkwürdige Konstruktion. Man sieht eine sehr starke Vermischung öffentlich-rechtlicher und privatrechtlicher Aspekte, die wir bisher so nicht kennen.

Die Regelung ist in meiner Bewertung auch ungeeignet. Es ist schon angesprochen worden, dass wir auf Bundes- oder Landesebene den Vertrag nur mit dem PKV-Verband schließen würden. Wir haben aber schon gehört dass, im PKV-Verband nicht alle PKV-Unternehmen wiedergegeben sind. Was ist mit den anderen? Die können dem beitreten, müssen aber nicht.

Wie auch schon heute Vormittag angesprochen, ist eine Vergütung wie bei Ersatzkassen vorgesehen. Die sind aber regional durchaus

unterschiedlich. Die Regelung ist auch unklar, denn was ist überhaupt die Basis? Ist das die GOZ? Nach meiner Bewertung muss der Basis-Versicherte einen privaten Behandlungsvertrag abschließen und auf Grundlage der GOÄ, GOZ abgerechnet werden. Aber die Grundlage für die Vergütung muss dann wohl der EBM oder der BEMA sein. Das passt doch überhaupt nicht zusammen. Schließlich die Vorstellung, die eigentlich hinter diesem Kontrahierungszwang steht, dass man einem Vertragsarzt, Vertragszahnarzt über das Disziplinarrecht belangen könnte, ihm im Extremfall sogar die Zulassung zur Behandlung im Bereich der vertragsärztlichen, vertragszahnärztlichen Versorgung, entziehen könnte, weil er einen Basistarif-Versicherten eventuell nicht behandeln will, halte ich erstens für rechtlich zweifelhaft und zweitens – das kann ich Ihnen schon sagen – das wird nicht funktionieren.

Abg. Max Straubinger (CDU/CSU): Ich hätte eine Frage an die Krankenkassenverbände und an den PKV. Wenn derzeit ein Versicherungsnehmer, sei er freiwillig versichert, in der GKV oder in der PKV seinen Zahlungsverpflichtungen nicht nachkommt, erlischt das Versicherungsverhältnis, damit besteht kein Versicherungsschutz mehr. Jetzt ist vorgesehen, dass das Versicherungsverhältnis bei freiwillig Versicherten nicht erlischt, sondern weiterhin Versicherungsschutz besteht und die Beiträge weiterhin erhoben werden können, auch mit Säumniszuschlägen. Bei der PKV wird davon gesprochen, dass es ein Vorteilshopping geben kann, wenn man sich abmeldet, keinen Beitrag zahlt und wenn man den Versicherungsschutz wieder benötigt, dann wieder einen Beitrag zahlt und die Versicherungsleistung in Anspruch nimmt. In wie weit sehen Sie Belastungen bei der GKV und der PKV, die damit verbunden sind, dass es ein unsolidarisches Verhalten von Bürgerinnen und Bürgern geben kann? Müsste dies nicht eingrenzt werden? Welche Kosten schätzen Sie für die Zwangsvollstreckungsmaßnahmen? Führt die GKV gegenüber ihren Versicherten überhaupt Zwangsvollstreckungsmaßnahmen durch oder wurde dies bisher ständig vernachlässigt?

SVe Dr. Doris Pfeiffer (VdAK/AEV): Wir haben in unserer Stellungnahme gesagt, dass wir eine solche Regelung grundsätzlich nicht für sinnvoll halten. Das Problem ist, dass die freiwillig Versicherten, die ihre Beiträge nicht

zahlen, das in der Regel tun, weil sie die finanziellen Mittel dazu nicht haben. Hier mit Säumniszuschlägen zu arbeiten, würde die Zahlungswilligkeit nicht stärken. Daher sehen wir nicht, dass es einen Vorteil bringt, von den Versicherten in dieser Situation Gelder zu bekommen. Wir gehen eher davon aus, dass damit die uneinbringlichen Forderungen sogar ansteigen werden.

Vom Grundsatz her ist das Verfahren heute so, dass wir generell Zwangsvollstreckungsmaßnahmen einleiten. Das wird mit unterschiedlichen Instrumenten gemacht. Entweder gibt es eigene Vollstreckungsdienste der Kassen oder es werden die Hauptzollämter oder in Einzelfällen Gerichtsvollzieher eingeschaltet. Die Kosten hierfür können wir nicht genau beziffern, weil das vom jeweiligen Verfahren abhängt, dessen sich die Kassen bedienen. Wir haben schätzungsweise eine Erfolgsquote zwischen 40 % und 50 %.

Wir müssen davon ausgehen – und das gilt für die GKV wie für die PKV – dass, wenn diese Regelungen so kommen, Missbrauchspotential steigen wird. So, wie Sie das bereits angesprochen haben, ist dann bei Nichtzahlung der Ausschluss nicht mehr möglich, weil jederzeit auch wieder eine Eintrittsmöglichkeit besteht. Wir haben deshalb die Forderung gestellt, dass, wenn man eine solche Versicherungsmöglichkeit/Versicherungspflicht will, man ein Beitrittsrecht vorsieht, dass dann ähnlich geregelt ist, wie das Beitrittsrecht zur freiwilligen Krankenversicherung, analog der Pflegeversicherung. Die Regelungen müssen so ausformuliert sein, dass der Missbrauch ausgeschlossen wird. Es kann nicht sein, dass das Beitragsausfallrisiko, das durch diesen Missbrauch entsteht, von der Solidargemeinschaft getragen wird.

SV Dr. Volker Leienbach (PKV): Ich kann nahtlos an das anknüpfen, was Frau Dr. Pfeiffer gesagt hat. Wir sehen in dieser jetzt vorgesehen gesetzlichen Regelung in der Tat eine – wie wir finden – nicht zu rechtfertigende Einladung zur individuellen Vorteilsmaximierung.

Jeder Privatversicherte kann entscheiden, ob er seine Beitragszahlung einstellt, für einen Monat, für fünf Monate oder für 30 Jahre. Für den Fall, dass er Leistungen in Anspruch nehmen will, geht er wieder rein, und zwar rein in einem zu subventionierenden Basistarif, zu sub-

ventionieren von denjenigen, die ihr Leben lang, ich sage mal, dieses Versicherungssystem ernst genommen und es getragen haben. Jetzt wird immer wieder gesagt, man kann dieses Problem durch Versicherungspflicht lösen. Das ist nicht richtig. Denn es kommt nicht auf den formalen Status des Kandidaten oder der Kandidatin an, sondern es kommt letztlich darauf an, dass Beiträge fließen. Wir haben einen Blick auf die Niederlande geworfen, wo wir die Versicherungspflicht haben. Da ist die Nichtbeitragszahlung ein gewaltiges Problem. Man liest Zahlen von bis zu 5 % der Versicherten, die keine Beiträge zahlen.

Ein weiterer Aspekt: Wenn sie Versicherungspflicht hätten, setzt das eine Interventionsspirale in Gang. Sie müssen dann verbindlich definieren, Versicherungspflicht wozu. Sie müssen verbindlich definieren, Versicherungspflicht mit welchen Leistungen, Versicherungspflicht mit welchem Honorierungssystemen hinsichtlich der Leistungserbringer, sie müssen Kontrollgremien etablieren usw. Es gibt hier wirklich marktgerechtere Lösungen. Die wären, den Schutz – ich weiß, dass das nicht populär klingt – unattraktiver zu machen und die Einladung vielleicht ein bisschen verhaltener auszusprechen. Man könnte bestimmte Fristen vorsehen, sowohl hinsichtlich der Leistungen als auch hinsichtlich der Frequenz, in der man wieder in dieses Versicherungsverhältnis springen kann. Hier sind Vorschläge gemacht worden, die liegen auf dem Tisch, auch in unserer Stellungnahme.

Wenn der Versicherungsstatus ein so hohes Gut ist, dass der Staat, dass die Gesellschaft ihn für jeden will, dann muss der Staat auch jeden in die Lage versetzen, die Beiträge zu zahlen. Wenn er dazu nicht in der Lage ist, darf eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, das wäre dann nämlich eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, nicht den Beitragszahlern überantwortet werden, weil gleichzeitig Prinzip ist, die Lohnanbindung zu bckern. Dann muss es in dem System finanziert werden, das für Ausgleich zuständig ist und das ist das Steuersystem.

Abg. Dr. Margit Spielmann (SPD): Meine Fragen ranken sich um den großen Komplex „Kinder im Basistarif“. Ich frage die Verbraucherzentrale Bundesverband und Frau Dr. Wallrabenstein. Bisher werden in der PKV für Kinder keine Altersrückstellungen bezahlt. Für

den Basistarif sind diese aber generell vorgesehen. Ist hier eine gesetzliche Klarstellung dergestalt erforderlich, dass analog zu den übrigen Tarifen der PKV auch für im Basistarif versicherte Kinder keine Altersrückstellung aufgebaut werden, um zu verhindern, dass sich der Basistarif für Kinder im Vergleich zu anderen Tarifen deutlich verteuert?

Der Beitrag im Basistarif ist für Einzelpersonen auf den durchschnittlichen Höchstbetrag der gesetzlichen Krankenversicherung für Ehegatten bzw. Lebenspartner insgesamt auf 150 % dieses Betrages begrenzt. Ist es erforderlich, um das Ziel der Vermeidung finanzieller Unterversorgung zu erreichen, bei der Höchstgrenze auch Kinder zu berücksichtigen? Wie könnte eine solche Regelung Ihrer Meinung nach aussehen?

SV Wolfgang Scholl (vzbv): Bei der 150 %-Regelung sehen wir gegenüber dem eigentlichen Leistungsbedarf noch eine relativ starke Lücke. Wir haben jetzt keine Zahlen, die hat der PKV-Verband. Im Prinzip spricht eigentlich alles dafür, auch für die Kinderregelung eine Deckelung einzuführen. Denn warum sollte in Bezug auf die Ehefrau oder den Ehemann eine Beitragsdeckelung stattfinden, wenn das für Kinder nicht gilt. Im Übrigen haben wir im gesamten Gesetzgebungsvorhaben das Ziel, dass ein Kinderausgleich stattfinden soll. Das heißt natürlich, dass der Steuerausgleich dann entsprechend auch für die PKV angerechnet werden müsste.

Von der Höhe her, denke ich, hat man durch die 150 %-Grenze noch genügend Luft. Man könnte darüber nachdenken, ob für den Sonderfall Kinder eine Anhebung um maximal 15 % bis 20 % eingeführt wird.

SVe Dr. Astrid Wallrabenstein: Auf Ihre Fragen zweimal Ja. Dass Kinder bisher überhaupt nicht berücksichtigt wurden, ist erstaunlich genug. Kleine Anmerkung: Seltsame Blindheit, als ob es nur Männer gäbe. Man könnte auch einen anderen Weg wählen. Man könnte sagen, für jede Person gibt es einen individuellen Höchstbetrag. Das würde dann wahrscheinlich eine noch stärkere Subventionierung auslösen als die prozentuale Anrechnung, wie sie gerade von der Verbraucherzentrale Bundesverband vorgeschlagen wurde.

Hinsichtlich der Frage nach den Alterungsrückstellungen für den Kindertarif, ob der so oder so kalkuliert werden muss, denke ich, sollte eine Klarstellung her, dass der ohne Alterungsrückstellung kalkuliert wird. Er wird sonst systematisch teurer. Das Recht, das jetzt im Versicherungsvertragsgesetz geregelt ist, dass man als Privatversicherter oder Privatversicherte einen Anspruch darauf hat, dass die neugeborenen Kinder dort versichert werden, zwingt in den normalen Tarif. Das ist unsystematisch.

Abg. Mechthild Rawert (SPD): Meine Fragen an Dr. Wallrabenstein, vzbz, Bund der Versicherten und an den AOK-BV. Ich möchte zurückkommen auf das Thema Beitragsbegrenzung im Basistarif. Wir hatten vorhin schon mal darüber gesprochen, allerdings noch nicht über das Thema „Selbstbehalte“ in den unterschiedlichen Stufen, also 300 Euro, 600 Euro, 900 Euro oder 1.200 Euro diskutiert. Diese Regelungen zur Begrenzung des Beitrages gem. § 12 Abs. 1c SGB V (neu) berücksichtigen nicht, dass mit der Wahl eines Selbstbehalts der Beitrag reduziert wird. Ist es erforderlich, hier eine entsprechende Anpassung des Gesetzestextes vorzunehmen, um zu verhindern, dass es unattraktiver wird, Selbstbehalte zu vereinbaren? Wie kann, wie sollte eine solche Anpassung aussehen? Hinsichtlich der hier vorhin genannten Differenzierung nach Geschlecht: Wenn von „Männern“ gesprochen wurde, sind das dann Männer im Gegensatz zu Frauen oder sind das Männer, die nicht Väter sind? Ich denke, diese Form von Subdifferenzierung ist gerade im Hinblick auf Beitragssätze von herausragender Bedeutung.

Sve Dr. Astrid Wallrabenstein: Zu der ersten Frage nach den Selbsthalten: Wenn man Selbstbehalte hat, ist der Tarif günstiger. Leute, die wenig Geld haben, werden diese Tarife wählen. Wir haben eine Frage offen, wer das dann wie auffängt. Wenn man vollen Krankenversicherungsschutz will, muss man ein Wettbewerbssystem schaffen, bei dem die Risikoselektion dafür ausgeschaltet wird oder man muss insgesamt eine volle Versicherungspflicht einführen. Ob der Gesetzgeber aber so weit gehen will? Ich finde, er darf erst einmal abwarten. Er darf sagen, wir machen das jetzt ein paar Jahre und sehen dann, wie groß die Lücken sind. Was kommt auf die Sozialämter zu? Wenn man schon grundlegende Reformen

versucht, sollte man ein bisschen Gnade mit dem Gesetzgeber walten lassen.

Zweiter Punkt, Frauen: Man könnte jetzt viel über Gender reden, aber es kommt leider ein anderes Reizwort, nämlich das allgemeine Gleichstellungsgesetz auf Sie zu. Hier läuft eine Umsetzungsfrist, die so oder so bei der nächsten Novelle bis Ende 2007 auf Sie zu kommt. Sie werden zumindest für die Geburts- und Schwangerschaftskosten eine Regelung finden müssen, dass diese Kosten nicht mehr in die jeweiligen Männer- und Frauen-Tarife, so wie sie heute in der PKV existieren, eingerechnet werden. Das kann man auf verschiedene Art und Weise machen. Kommt es zum Basistarif und kommt es zum Risikoausgleich, wäre das ein Anknüpfungspunkt, um Geburts- und Schwangerschaftskosten auf diese Art und Weise umzulegen. Macht man das alles jetzt nicht, muss man sich etwas anderes überlegen.

Außerdem ist dann die eigentliche Frage: Unisex? Will man nach dem allgemeinen Gleichstellungsgesetz und Europäischer Richtlinie gleiche Tarife haben oder kann man unterschiedliche Tarife pro Geschlecht belassen, wenn es dafür nach Herausrechnen von Geburts- und Schwangerschaftskosten signifikante Merkmale gibt? Das muss man abwarten. Hätten wir jetzt den Basistarif, hätten wir wenigstens eine Datenbasis, aufgrund derer wir das erheben könnten. Dann könnte man mal sehen. Es wäre gar nicht so dumm, wenn man als Gesetzgeber schon bis Ende 2007 denken muss.

SV Wolfgang Scholl (vzbv): Die Frage der Selbstbehalte ist natürlich aus zwei verschiedenen Positionen zu sehen. Zunächst einmal lädt die Regelung, dass nach einer dreijährigen Festlegungsperiode wieder neu über den Selbstbehalt entschieden werden kann, zu einer Spekulation der Versicherten ein. Dessen muss man sich klar sein. Wenn man hier Wahlrechte einräumt, dann werden die auch entsprechend genutzt. Es wird derjenige, der erwartet keine oder geringe Kosten zu haben, also den Selbstbehalt durch Behandlungskosten nicht zu überschreiten, die Selbstbehalte wählen. Derjenige, der höhere Kosten hat, wird möglichst auf die Selbstbeteiligung verzichten. Das muss man berücksichtigen. Man kann eventuell diese Antikollektivspekulationen dadurch bekämpfen, dass man längere Festlegungszeiten für die Selbstbeteiligung macht.

Andererseits ist die jetzige Regelung insofern unbefriedigend, als lediglich vorgesehen ist, dass für Ehegatten oder Lebenspartner insgesamt 150 % des durchschnittlichen Höchstbeitrages der GKV nicht überschritten werden soll. Gedacht ist, meiner Ansicht nach, eigentlich daran, dass die Summe aus Beitrag und Selbstbehalt diese entsprechende Grenze nicht überschreitet. Wenn das nicht so vorgesehen ist, würde es für die Versicherten völlig unattraktiv sein, Selbstbehalte zu vereinbaren. Insofern sollte man das noch mal in der Regelung des § 12 Satz 1c des VAG-Entwurfs klarstellen.

SVe Lilo Blunck (BdV): Als erkonservative Protestantin glaube ich nicht an die unbefleckte Empfängnis. Von daher habe ich Schwierigkeiten, so ganz auseinander zu dividieren, dass Schwangerschaft und Geburt ausschließlich ein Risiko von Frauen darstellt. Die Möglichkeit, im Basistarif Selbstbehalte zu wählen und diese nach einer vertraglichen Mindestfrist von drei Jahren wechseln zu können, halten wir für positiv. Diese Wahlmöglichkeit sollte auf alle Tarife ausgedehnt werden. Nach unserer Ansicht stellt das kein Leistungs-, sondern lediglich ein Beitragskriterium dar.

SV Werner Schneider (AOK-BV): Wir schließen uns den Ausführungen der Vorredner, insbesondere der Vorrednerin vom Bund der Versicherten an. In der GKV haben wir seit eh und je geschlechtsneutrale Beiträge, die nicht differenzieren. Wir haben auch hinsichtlich der unterschiedlichen Belastungen nach Geschlechtern nicht nur einen kasseninternen, sondern im Rahmen des Risikostrukturausgleichs einen kassenübergreifenden Ausgleich, so dass dieses in der GKV insoweit kein Problem darstellt.

Abg. Dr. Carola Reimann (SPD): Ich habe eine Nachfrage zu der Frage der Kollegin Eichhorn, die die Postbeamten als Beispiel genannt hat für die Vergütungen und die Vergütungsvereinbarungen im Basistarif. Ich möchte den PKV-Verband, die KBV und die KZBV fragen: Warum sollten für vergleichbare Standardleistungen im brancheneinheitlichen Basis- und Standardtarif der PKV nicht gleiche Honorare gezahlt werden, wie für die entsprechenden vertragsärztlichen Leistungen?

SV Dr. Volker Leienbach (PKV): Aufgrund der Vorerfahrungen, die wir – wenn auch noch auf bescheidenem Niveau – mit der Bundesärztekammer und der Bundeszahnärztekammer haben, hätten wir gerne die Möglichkeit, die Vergütungsvereinbarung gemeinsam mit der Ärzteschaft selber zu treffen. Denn wer ist näher dran, als die privaten Krankenversicherungsunternehmen selbst. Wir wollen uns nicht vorschreiben lassen, auch nicht vom Staat, wie ein Leistungspaket, das wir idealer Weise auch selbst mitdefinieren wollen, letztlich zu honorieren ist. Das wollen wir in freier Vereinbarung mit der Ärzteschaft selber regeln.

SV Dr. Andreas Köhler (KBV): Es sind zwei unterschiedliche Rechtskreise. Wir haben kollektiv-vertragliche Vergütungen im Sachleistungsprinzip der GKV geregelt. Hier hätten wir individualrechtliche, auf dem Behandlungsvertrag basierende Vergütungen. Deswegen müssen und können diese unterschiedlich sein. Darüber hinaus muss man bedenken, dass wir wegen der Vermischung von Einnahmen aus PKV und GKV noch in der Lage sind, die Praxen existenziell abzusichern. Deswegen auch die, aus unserer Sicht für die Versorgung relevante, unterschiedliche Vergütung zwischen PKV und GKV.

SV Dr. Jürgen Fedderwitz (KZBV): Ich könnte jetzt mit Herrn Prof. Meyer, zumindest auszugsweise, antworten. Er hat gesagt, eigentlich müsste die GKV höhere Honorare zahlen. Er hat weiterhin gesagt, in der PKV müht sich der Arzt mehr. So gesehen muss man wissen, was man will. Wenn wir einen Basistarif unter einheitlichen Bedingungen haben, dann haben wir auch einen Einheitstarif und auch eine Einheitsversicherung. Wir haben vorhin aufgezeigt, weshalb wir aus betriebswirtschaftlichen Gründen hier eine Differenzierung brauchen. Ein ganz wesentlicher Unterschied, Herr Dr. Köhler hat das schon ein bisschen angerissen, ist, dass wir im Bewertungsmaßstab, also der Honorarliste in der GKV, eine Mischkalkulation haben, während wir in den Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte eine auf die einzelne Leistung, ihre Schwierigkeit, ihren Aufwand, ihre Umstände bezogene Konstruktion haben. Das sind in der Tat zwei verschiedene Welten. Bisher war die GOZ, war auch die GOÄ mit der Möglichkeit, die Innovatio-

nen und damit auch den medizinischen Fortschritt in die Therapie einzubringen, ein Innovationsmotor in der Medizin. Ich fürchte, dass mit einem Basistarif, der eine Gleichschaltung zur Folge hat, dieser Innovationsmotor abstirbt und deshalb die Versorgung schlechter wird. Wenn Sie die Honorare auf das durchschnittliche Niveau runterdrücken, das für das Gros im Rahmen einer Grundversorgung gilt, kann es nicht unbedingt ein Vorteil sein.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Ich habe eine etwas generelle Frage an die Spitzenverbände der Krankenkassen, den PKV, an den DGB, an den Deutschen Beamtenbund, an die BDA und an die Verbraucherzentrale Bundesverband: Eines der wichtigsten Reformziele, das mit diesem Gesetzentwurf erreicht werden soll, ist, dass niemand in Deutschland ohne Versicherungsschutz dasteht. Haben Sie die Einschätzung, dass dieses Ziel mit diesem Reformprojekt erreicht wird?

SVe **Dr. Doris Pfeiffer** (VdAK/AEV): Grundsätzlich ist diesem Anliegen zuzustimmen. Wir hatten das in einem anderen Zusammenhang schon erwähnt. Wir halten nur den gewählten Lösungsansatz für problematisch, weil die gewählte Regelung nicht mit den Regelungen einerseits der Pflichtversicherung, andererseits der freiwilligen Versicherung zusammenpasst. Wir haben die Befürchtung, dass hier Lasten zu Lasten der GKV verschoben werden, obwohl es eigentlich – und davon war hier schon in einem anderen Zusammenhang die Rede – um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe geht. Hier werden uns Lasten zugewiesen, die eigentlich dem Fürsorgesystem, das heißt der Sozialhilfe zugewiesen werden sollten und damit gesamtgesellschaftlich getragen werden müssen.

SV Dr. **Volker Leienbach** (PKV): Das Ziel, dass in Deutschland niemand ohne Versicherungsschutz ist, wird durch den Gesetzentwurf sicherlich erreicht. Was der Gesetzentwurf nicht macht, ist dafür zu sorgen, dass dieser Versicherungsschutz auch bezahlt wird. Das wird umgelegt – ich konnte es eben schon mal sagen – auf die Versichertengemeinschaft. Wenn man als Staat will, dass alle versichert sind, dann muss man sehen, dass diejenigen, die nicht in der Lage sind, das zu bezahlen, aus der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe heraus

aus dem Steuertransfersystem bedient werden und nicht aus der Versichertengemeinschaft. Anders kriegen sie auch die Lohnbindung, die alle weg haben oder zumindest gelockert haben wollen, nicht gelockert.

SV **Knut Lambertin** (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Auch der DGB teilt die grundsätzliche Haltung, dass alle Personen in Deutschland krankenversichert sein müssen. Die vorgesehenen Regelungen erzeugen jedoch weitere Bedürftigkeiten nach dem SGB II und SGB XII. Das halten wir für problematisch, weil es zu Verschiebungen zwischen den verschiedenen Sozialsystemen kommt. Wir als DGB lehnen die Verschiebepahnhöfe zu Lasten einzelner sozialer Sicherungssysteme komplett ab und teilen die Auffassung, dass gesamtgesellschaftliche Aufgaben durch Steuerzuschüsse an die PKV zu finanzieren sind.

SV **Klaus Dauderstädt** (dbb): Auch in unsere Programmatik steht, dass alle Bürger in der Bundesrepublik Deutschland im Prinzip einen Versicherungsschutz vorweisen sollten. Das Gesetz ist ein Schritt, dies formal weiter zu vollenden. Wie sieht die Wirklichkeit aus? Da stimmen wir den Bedenken zu, die bereits genannt worden sind. Weil nicht überall gezahlt wird, haben wir auf der einen Seite die Forderung, dass steuerrechtliche Ausgleichsmechanismen sozial Schwächerer bedienen sollten. Auf der anderen Seite haben wir die Sorge, dass ein umfangreicher Vollstreckungsapparat dort, wo keine Beiträge gezahlt werden, sehr bürokratisch und aufwendig wäre, was wir ebenfalls nicht wollen.

SV **Alexander Gunkel** (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA)): Die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände unterstützt die Zielsetzung des Gesetzentwurfs, dass grundsätzlich jeder in Deutschland Krankenversicherungsschutz haben sollte. Wobei ich darauf hinweise, dass dieses Problem, keinen Krankenversicherungsschutz zu haben, sich auf weniger als 1 % der der heutigen Bevölkerung beschränkt. Der Gesetzentwurf könnte aber mit dem, was er regelt, genau das Gegenteil erreichen, nämlich dazu führen, dass diejenigen, die sich heute nicht versichern müssen, insbesondere gerade Selbständige, dies künftig nicht tun, weil ihnen über den neuen Basistarif die Möglichkeit ge-

geben wird, sich im späten Lebensalter und dann, wenn Erkrankungen vorliegen, ohne einen Risikozuschlag zu versichern und in den jungen Jahren der Gesundheit zunächst darauf zu verzichten. Das ist das, was gemeinhin als „Moral Hazard“ bezeichnet wird, das heißt auf Versicherungsschutz zu verzichten und sich dann als Trittbrettfahrer zu Lasten der Solidargemeinschaft, in dem Fall der Privatversicherten, den Versicherungsschutz zu organisieren.

Dieses Phänomen haben wir heute nicht, weil gerade Selbständige sich in der PKV versichern, weil sie wissen, dass es sonst später im Alter nicht mehr möglich ist, insbesondere, weil sie dann bei Erkrankung entsprechende Zuschläge zu zahlen haben. Besonders ärgerlich ist dann aus Arbeitgebersicht, dass Arbeitgeber ihren Arbeitnehmern zur PKV einen Zuschuss zahlen müssen, so dass die Arbeitgeber im Ergebnis letztlich dieses Versicherungshopping über die Subventionierung des Basistarifs auch noch mitfinanzieren müssen.

Deshalb lehnen wir die vorgesehene Regelung ab. Es ist einseitig vorgesehen, dass ein Kontrahierungszwang zwar für die private Krankenversicherungswirtschaft besteht, aber nicht für diejenigen, die sich eigentlich versichern müssten. Für die Selbständigen insbesondere gibt es keine Versicherungspflicht. Bei Arbeitnehmern glaube ich nicht, dass sie auf Versicherungsschutz verzichten werden, denn sie bekommen schließlich einen Zuschuss vom Arbeitgeber zu ihrer Versicherung. Darauf werden sie nicht verzichten.

Generell, wenn eingewandt wird, dass sich viele nicht versichern, weil ihnen die Mittel dazu fehlen, kritisieren wir in dem Zusammenhang insbesondere, dass sowohl für Arbeitslosengeld II-Empfänger, die ihren Versicherungsschutz über die GKV bekommen, als auch für die Privatversicherten Arbeitslosengeld II-Empfänger, die Aufwendung zur Krankenversicherung viel zu niedrig angesetzt sind. Mit den 110 bis 120 Euro, die heute als pauschale an die GKV, analog dann auch für die Privatversicherten, geleistet würden, lässt sich selbstverständlich kein ausreichender Versicherungsschutz organisieren. Deshalb muss dieser Betrag deutlich angehoben werden. Wir kritisieren daher auch, dass er in diesem Jahr durch das Haushaltsbegleitgesetz im Gegenteil sogar herabgesetzt worden ist und damit Arbeitgeber und Arbeitnehmer als Beitragszahler höher belastet werden.

SV Wolfgang Scholl (vzbv): Es ist selten, dass die Verbraucherzentrale Bundesverband mit den Arbeitgeberverbänden 100 %ig übereinstimmt, aber in diesem Fall ist es so. Wir sagen auch, dass die Regelung, dass bisher versicherungslose Personen jederzeit in den Basistarif wechseln können, dazu führt, dass jemand sich zunächst nicht versichert und einfach abwartet, bis er richtig krank wird und dann in den Basistarif geht. Das kann man so nicht zulassen. Die Frage ist, was man tun kann, um das zu verhindern. Wenn man eine Versicherungspflicht macht, dann hat man das faktische Problem noch lange nicht beseitigt, dass jemand dann doch nicht zahlt. Dann hat man auch die Problematik, dass man den Beiträgen hinterherlaufen muss, die nicht gezahlt werden. Andererseits, was bedeutet es, wenn man den Vorschlag von Herrn Dr. Leienbach folgt, dass man den Tarif unattraktiver macht, das heißt das Tor nur für eine bestimmte Frist aufmacht und dann für längere Zeit verschließt, man sich z. B. nur alle zwei Jahre entscheiden kann? Man hat sich nicht für den Basistarif entschieden, aber jetzt kommen die Krankheitskosten, anders als man spekuliert hatte, dann doch vorzeitig. Wer zahlt denn dann? Dann zahlt es doch wieder die Allgemeinheit. Aus diesem Dilemma kommen wir nicht raus. Vor diesem Hintergrund wäre unser Verband eher für eine Versicherungspflicht.

Abg. Dr. Konrad Schily (FDP): Meine Frage an die PKV: Sie haben im Vorfeld der Gesundheitsreform einen Basistarif angeboten. Ich würde gerne wissen, worin sich dieser Vorschlag der PKV von dem jetzt im Gesetzentwurf zur Rede stehenden im Wesentlichen unterscheidet. Insbesondere würde mich interessieren, welche Bedingungen erfüllt sein müssten, um das Anbieten von Versicherungen für den Personenkreis unterhalb der Versicherungspflichtgrenze attraktiv zu machen.

SV Dr. Volker Leienbach (PKV): Es ist in der Tat richtig, dass wir vor gut zwei Jahren ein Angebot gemacht haben, allen freiwillig Versicherten einen Basistarif als Möglichkeit des Versicherungsschutzes in der PKV anzubieten.

Zunächst ist zu sagen, dass dieses Angebot in einem gänzlich anderen Kontext erfolgt ist, als

wir ihn hier in dem Gesetzentwurf sehen. Es ist in dem Kontext erfolgt, dass wir über den Leistungskatalog in der GKV sprechen. Aber nicht mit der Idee, ihn zu erweitern, sondern zu schauen, was man demographiefest in kapitalgedeckte Verfahren übernehmen kann. Wir haben den Kontext aufgebaut, dass die Versicherungspflichtgrenze nicht etwa einzufrieren, sondern abzusenken ist. Wir haben dann schließlich diesen Basistarif selbst reserviert für freiwillig in der GKV-Versicherte. Es war ein Tarif, der sich in die Zukunft richtete. Es war kein Tarif, der sich, wie der jetzt vorgesehene, auch in die Vergangenheit richtet, indem Privatversicherte ohne Nachteile in diesen Basistarif wechseln können. Es war auch kein Tarif, der sich an alle Nicht-Versicherten richtete. Wir haben gerade gehört, dass man es leicht schaffen kann, zum Nicht-Versicherten zu mutieren, um in den subventionierten Basistarif zu kommen. Der Basistarif wurde nach der Kalkulationsverordnung berechnet, das heißt, er kannte keine sozialpolitisch motivierten Obergrenzen mit der Konsequenz, dass der Basistarif sich aus sich selbst heraus finanzieren konnte. Wir brauchten keinen Eingriff in bestehende Verträge. Wir mussten nicht die heute Bestandsversicherten überplanmäßig belasten, so dass wir jetzt wirklich von der Situation ausgehen, dass wir keinen Zweifel an der Verfassungswidrigkeit dieser Belastung haben. Der Begriff „Basistarif“ ist genommen worden. Der Inhalt ist komplett mutiert worden. Das auch nur annähernd gleichzusetzen, würde die Wirklichkeit überhaupt nicht treffen.

Abg. **Daniel Bahr** (Münster) (FDP): Ich möchte noch mal zu dem Thema „Nicht-Versicherte“ kommen. Herr Scholl sagte, dass es eine Auffangmöglichkeit gibt, in der wieder die Allgemeinheit herangezogen wird. Ich würde sagen, es ist eigentlich immer so, dass es eine solche Rückfallmöglichkeit gibt, zumindest bei meinem Verständnis davon, wofür die Allgemeinheit zuständig ist. Ich möchte aber zunächst fragen: Wie viel Nicht-Versicherte gibt es eigentlich in Deutschland? Wie viele Menschen sind davon betroffen? Da kursieren sehr wilde Zahlen, mir ist zumindest eine Zahl von lediglich 188.000 bekannt; häufig war aber von 400.000 die Rede. Ich möchte Herrn Leienbach und Herrn Scholl fragen: Können Sie diese Zahl bestätigen?

SV **Dr. Volker Leienbach** (PKV): Die Zahlen, die uns bekannt sind, sind in der Tat die, die Sie gerade genannt haben. 188.000 bezieht sich, glaube ich, auf das Jahr 2004, vielleicht auch 2003, das kann ich jetzt nicht verbindlich sagen. Selbst dort gibt es nach Ansicht der Autoren Ungereimtheiten drin, wahrscheinlich Doppel- oder Falschzählungen, weil sich eine Reihe von Beamten als nicht-versichert dargestellt hat. Die dachten, ich bin über Beihilfe versichert und nicht über die PKV, was aber der Fall ist. Der Personenkreis ist also überschaubar. Wir haben immer gesagt, dass die heute Nicht-Versicherten nicht das Problem sind. Für die kann man eine großzügige Lösung treffen, weil sie niemals die Chance hatten, sich individuell sich zu optimieren. Sie mussten davon ausgehen, wenn ich in die Nicht-Versicherung gehe, dann bin ich nicht versichert und komme nicht wieder rein. Was aber jetzt geschieht, ist eine Einladung zu überlegen, was günstiger für mich ist, Nicht-Versicherung oder Versicherung? Ich brauche mich jetzt nicht zu versichern, wenn ich gesund bin; ich kann jederzeit wieder rein. Das heißt, wir müssen unterscheiden zwischen den Personengruppen der heute Nicht-Versicherten und denen, die wir zukünftig einladen zwischen dem Status Versicherung und Nicht-Versicherung zu springen. Für die heute Nicht-Versicherten finden wir sicher eine Lösung, die auch gar nicht an das Leistungsniveau rangehen muss, aber für diejenigen, die sich in Zukunft nicht versichern, brauchen wir einschränkende Bedingungen, damit nicht die Allgemeinheit die Lasten des individuellen Vorteilhoppings bezahlen muss.

SV **Wolfgang Scholl** (vzbv): Da kann ich mich eigentlich anschließen, wobei ich bei den Maßnahmen mit Herrn Dr. Leienbach sicherlich nicht einig bin. Zu den Zahlen: Wir haben auch in etwa Zahlen geschätzt zwischen 160.000 und 200.000, vielleicht sogar noch ein paar mehr. Das kann man nicht 100 %ig sagen, aber man wird in der Größenordnung liegen.

Wir sind der Meinung, dass man – auch das war richtig – in Zukunft eine ganz andere Zahl Nicht-Versicherter haben wird, weil es durch die jetzige Regelung dazu kommen wird, dass jeder, der bisher nicht versichert war, jederzeit in den Basistarif hineinkommt. Das kann man so sicherlich nicht lassen, weil es zu einem weiteren Aufblähen des Tarifs im Basistarif

und zu einer weiteren Ansammlung negativer Risiken führt.

Abg. **Dr. Konrad Schily** (FDP): Ich habe eine Frage an Herrn Prof. Sodan: Wie sehen Sie vom rechtlichen Standpunkt her das Problem der Nicht-Versicherten?

SV **Prof. Dr. Helge Sodan**: Ich meine, dass eine Versicherungspflicht an sich verfassungsrechtlich zulässig ist. Das greift insoweit in das Grundrecht aus Artikel 2 Absatz 1 GG ein, also in das Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit. Die Frage ist, wie man es ausgestaltet. Da bleibe ich bei den intensiven Bedenken, dass durch die jetzige Form eines Basistarifs letztlich der PKV Elemente der Sozialversicherung übergestülpt werden und dass nicht die bestehenden Risikokollektive der privaten Krankenversicherungsunternehmen für diese sozialstaatliche Aufgabe herangezogen werden können. Das ist ein systematischer Fehler, der hier im Gesetzentwurf angelegt ist und der dringend einer Korrektur bedarf. Denn um es in aller Deutlichkeit zu formulieren: Die GKV wird nicht dadurch saniert, dass die PKV ruiniert wird.

Abg. **Daniel Bahr** (Münster) (FDP): Meine nächste Frage geht an die Bundesärztekammer und an die KBV: Halten Sie es für rechtlich zulässig, der KBV und den KVen den Sicherstellungsauftrag für die Privatversicherten in dem brancheneinheitlichen Basistarif zu übertragen? Welche Auswirkungen hätte dies? Gibt es vielleicht einen Änderungsvorschlag, wie man das besser regeln könnte?

SV **Horst-Dieter Schirmer** (KBV): Die Frage ist schon Herrn Dr. Köhler gestellt worden. Für die Bundesärztekammer nehmen wir denselben Standpunkt ein, dass die Übertragung in § 75 SGB V nichts anderes ist, als die Nutzung eines sozialrechtlichen Mechanismus, um eine Behandlungspflicht gegenüber Privatversicherten und Beamten einzuführen, die diesen Tarif gewählt haben. Das ist mit der Identität der Körperschaft und ihrem gesetzlichen Auftrag nicht mehr vereinbar. Wir beziehen uns da auf Verfassungsrechtsprechung, die 1982 in der Sache „Heilfürsorge“ ergangen ist, in der das Verfassungsgericht eine entsprechende Grenzziehung vorgenommen hat.

Als zusätzliches Argument kommt ein Gesichtspunkt hinzu, der unter dem Rechtsstaatsgebot vielleicht auch von Bedeutung ist, nämlich ob der Staat befugt ist, seine eigenen Beamten über eine bestimmte Vergütung in eine Behandlungspflicht bei Ärzten einzubringen ist.

Änderungsvorschläge hat die Bundesärztekammer nicht.

SV **Dr. Andreas Köhler** (KBV): Wir haben dazu insofern einen Änderungsvorschlag, als dass wir als KVen kein Interesse daran haben unter den Bedingungen, wie es diese Gesetzesformulierung vorgibt, solche Verträge abzuschließen. Wir haben keine Schiedslösung. Wir sind verpflichtet, diese Verträge abzuschließen und für den Fall des Konfliktes bei der Vergütung wird uns sogar der Ersatzkassenpunktwert vorgegeben. Wer glaubt, uns da Gutes getan zu haben, irrt, weil der Wert heute teilweise schlechter ist als der Primärkassenpunktwert. Zudem besteht die eigenartige Situation, dass die PKV in vielen Bereichen schlechter vergütet als die GKV. Das Phänomen der notwendigen Quersubventionierung habe ich heute morgen schon erläutert. Wir werden einen nominalen Ertragsverlust haben, den wir eigentlich benötigen für die Reinvestitionen in innovative Komponenten in der Versorgung. Der ist nicht weg zu diskutieren, weil das Vergütungsniveau das schlechtere ist. Uns wäre es am liebsten, hier könnten die Kammern auf der Grundlage der GOÄ kontrahieren. Das wäre auch ein konkreter Vorschlag.

Abg. **Daniel Bahr** (Münster) (FDP): Meine nächste Frage an die DKG: Hat es Auswirkungen auf die ambulante Versorgung der Privatpatienten in den Krankenhäusern, wenn der Sicherstellungsauftrag hier auf die KVen übertragen wird?

SV **Georg Baum** (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Ja, es hat Auswirkungen. Wenn der Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung der Privatversicherten in diesem Tarif auf die KVen übertragen wird, dann dürften diese Privatpatienten nur zu zugelassenen Ärzten gehen, das heißt, die heute allen Privatversicherten offen stehende Möglichkeit, sich im Krankenhaus ambulant be-

handeln zu lassen, würde damit abgeschnitten werden. Das hätte gravierende Auswirkungen.

Abg. **Dr. Konrad Schily** (FDP): Ich habe noch eine Frage an den PKV: Wären die PKV-Unternehmen technisch in der Lage, die jetzt geforderten Umstellungen zu dem vorgesehenen Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens am 1. Januar 2008 umzusetzen?

SV **Dr. Volker Leienbach** (PKV): Da das Bedingungsmerk für den Basistarif im Detail nicht feststeht, wissen wir exakt nicht, wie der Leistungskatalog ist. Wir wissen nicht, wie die Vergütung ist – wir wissen auf Ersatzkassenniveau, aber wir wissen nicht, welche Region gemeint ist – wir wissen nicht, ob wir mit Budget oder ohne Budget kalkulieren, wir wissen nicht, wie viele Personen kommen, wir wissen auch nicht, ob wir Kompetenzen bekommen – ähnlich wie die GKV – Preise zu verhandeln für Heilmittel usw. und wir wissen nicht, ob wir die Rabatte im Arzneimittelbereich bekommen. Bevor das alles nicht feststeht, können wir nicht seriös kalkulieren. Ich kann heute verbindlich für die Branche sagen, dass das In-Kraft-Treten zum 1. Januar 2008 von uns nicht garantiert werden kann. Ich möchte sogar, nach den Informationen unserer Fachleute, so weit gehen zu sagen, dass das nicht möglich ist, zumal dann, wenn man weiß, dass im Bereich der GKV in Beziehung zu den Ärzten 2009 ein neues Honorierungsverfahren in Kraft tritt. Will man wirklich erwarten, dass wir auf Basis des alten Honorierungsverfahrens ein so großes Rad drehen, was wahrscheinlich gar nicht zu drehen ist, um dann nur ein Jahr später wieder ein neues Rad in gleicher Größenordnung zu drehen? Das geht nicht.

Abg. **Daniel Bahr** (Münster) (FDP): Ich habe eine Frage an Herrn Prof. Sodan. Eben hat Herr Prof. Axer dargestellt, dass nach seiner Auffassung die heutige Regelung der Altersrückstellung so zu werten ist, dass diese als Eigentum des Versicherungsnehmers zu bezeichnen ist. Würden Sie diese Auffassung auch teilen?

SV **Prof. Dr. Helge Sodan**: Diese Auffassung teile ich nicht. Ich widerspreche nachdrücklich der von Herrn Kollegen Axer vertretenen Rechtsauffassung. Wir sollten schon so redlich

sein und das rechtswissenschaftliche Schrifttum korrekt wiedergeben. Es entspricht einer wirklich nahezu allgemeinen Auffassung, dass die Alterungsrückstellung dem Unternehmen zusteht und nicht dem einzelnen Versicherten. Dagegen spricht auch nicht die neueste Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zur Lebensversicherung, denn die Lebensversicherung basiert auf anderen Grundlagen als die Krankenversicherung.

Abg. **Daniel Bahr** (Münster) (FDP): Ich möchte Herrn Prof. Sodan fragen: Meinen Sie, dass es weiterer rechtlicher Regelungen bedarf, um den Leistungskatalog der GKV im Basistarif auf die PKV zu übertragen?

SV **Prof. Dr. Helge Sodan**: Ich denke, dass wir die gesamten Regelungen zum Basistarif überdenken müssen, weil sie auf diesem fundamentalen Missverständnis gründen, man könne – ich habe das bereits schon ausgeführt – Versichertenkollektive der PKV mit sozialstaatlichen Überlegungen überziehen. Deswegen muss das noch mal grundlegend neu bedacht werden. Die PKV hat – darauf wurde von Herrn Dr. Leienbach hingewiesen – vor einiger Zeit ein Modell vorgestellt, das den so genannten Standardtarif betrifft. Das wäre eine durchaus angemessene Lösung. Nur in der jetzigen Form, mit diesem Basistarif, mit diesem großen zugangsberechtigten Personenkreis wird die Kalkulationsbasis zu Lasten der Altbestandsversicherten nachdrücklich beeinträchtigt. Darin liegt das verfassungsrechtliche Problem. Insoweit bin ich sehr gespannt, wie das Bundesverfassungsgericht eines Tages darüber entscheiden wird.

Abg. **Daniel Bahr** (Münster) (FDP): Eine Frage an den PVS. Hier wurde jetzt eine gesamtschuldnerische Haftung von Versicherern und Versicherten geschaffen. Hat das Auswirkungen auf die privatärztlichen Verrechnungsstellen?

SV **Manfred Specht** (PVS): Das könnte es haben. Im Grunde läuft heute durchaus ein guter Kontakt zu der PKV und zu dieser Abrechnung, aber vom Grundsatz her wäre das nicht zu begrüßen.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE.): Ich möchte auf die Portabilität der Altersrückstellungen zurückkommen und Herrn Dr. Leienbach fragen. Ich hatte Sie hoffentlich vorhin richtig verstanden, dass Sie gesagt haben, dass die Portabilität dazu führt, dass erhebliche zusätzliche Belastungen in der PKV entstünden. Klären Sie mich bitte darüber auf, weshalb dies stattfindet? Meiner Erinnerung nach sind Sie Mitte der 70er Jahre wegen mangelnder Dynamisierung Ihrer Alterstückstellungen dazu gezwungen worden, genau diese Dynamisierung vorzunehmen, um den zukünftigen Altersanforderungen gerecht zu werden. Also müssten Sie doch im ausreichenden Umfang Altersrückstellungen gebildet haben. Daraus abgeleitet – was dann an Altersrückstellungen dem Einzelversicherten mitgegeben würde, dürfte doch, dem Einmaleins jedenfalls folgend, keine zusätzliche Belastung bedeuten.

Zweiter Punkt: Können Sie mir sagen, in welcher Größenordnung konkret die PKV Rückstellungen gebildet hat?

SV Dr. **Volker Leienbach** (PKV): Zur zweiten Frage: Die Rückstellungen belaufen sich Ende 2005 auf 88 Mrd. Euro.

Zur ersten Frage: Die Alterungsrückstellungen sind ausreichend bemessen. Sie sind nach der Kalkulationsverordnung kalkuliert und diese sieht vor, dass bei einem Wechsel eines Bestandsversicherten der Teil der Alterungsrückstellung, den Sie gerne individuell dem Einzelnen zugerechnet hätten, beim Kollektiv verbleibt. Exakt das ist einkalkuliert. Wenn Sie im Nachhinein diese Kalkulationsgrundlagen ändern, belasten Sie diejenigen, die nicht wechseln können oder die nicht wechseln wollen, denn die müssen nachfinanzieren, zum einen die Alterungsrückstellung, die ihnen jetzt für die Zukunft fehlt – mit der aber kalkuliert worden ist – und sie müssen nachfinanzieren die Tatsache, dass ein Risiko, was für den Versichertenbestand eher gut ist, diesen Versichertenbestand, dieses Kollektiv verlässt. Es gibt kein Gesamtkollektiv der privat Krankenversicherten. Das gibt es nicht. Es gibt immer nur eine Vielzahl von individuellen Kollektiven. Wenn ich hier in die Mechanik eingreife, was das Gesetzeswerk – wie wir finden in unzulässiger Weise – tut, dann hat das Konsequenzen. Diese Konsequenz ist eine gewaltige Belastung der Bestandsversicherten.

Wenn ich das an der Stelle sagen darf: Die Bundesregierung ringt zu Recht lange um die 1 %-Überforderungsklausel bei dem Zusatzbeitrag, aber hier wird sehenden Auges der großen Tarifgemeinschaft der Privatversicherten eine Belastung aufgedrückt, die ein Vielfaches dieses einen Prozentes beträgt. Das bitte ich zu bedenken.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an Herrn Prof. Sodan. Zum Themenkomplex Privatversicherung, GKV und europäische Rechtsgrundlagen konnte ich am Montag nur sehr begrenzte Informationen erhalten. Die Frage, inwieweit eine in privater Trägerschaft stehende Einrichtung Träger sozialer Sicherheit ist, ist eigentlich bisher durch die europäischen Gerichtsurteile und durch die Praxisordnung Europa beantwortet. Es wird gesagt, sie seien nicht Träger der sozialen Sicherung in den Nationalstaaten. Das ist bisher die einheitliche Rechtsauffassung. Daraus abgeleitet die Frage: Wenn tatsächlich die nationalen Grundlagen der sozialen Sicherung nach EU-System bisher in besonderer Weise geschützt sind und die PKV in diesem Schutzbereich, insbesondere vor dem Hintergrund der Wettbewerbsrichtlinien, nicht steht, welche Konsequenzen könnte dann die Öffnung der PKV mit Basistarifen rückwirkend für diese Schutzmauer der GKV bedeuten? Könnten über diesen Umweg international alle Versicherungen – was bisher nicht möglich gewesen ist – auf dem deutschen Versicherungsmarkt antreten? Können Sie mir dazu etwas sagen?

SV Prof. Dr. **Helge Sodan**: Es ist unbestritten und eindeutig, dass die privaten Krankenversicherungsunternehmen die Grundfreiheiten für sich in Anspruch nehmen können. Zu den Grundfreiheiten gehört selbstverständlich gerade die Dienstleistungsfreiheit. Das heißt, was eben in der Frage angedeutet wurde, betrifft mehr dieses Verhältnis. Möglicherweise meinen Sie die Rechtsprechung, wonach gesetzliche Krankenkassen nicht dem Wettbewerbsrecht der Gemeinschaft unterliegen. Das ist vom Europäischen Gerichtshof in der sogenannten Festbetragsentscheidung aus dem Jahre 2004 deutlich gemacht worden. Es war bis zu diesem Zeitpunkt außerordentlich umstritten, inwieweit sich gesetzliche Krankenkassen dem Wettbewerbsrecht zu unterwerfen haben. Da bleibt immer noch ein Schlupfloch insofern, als es um die Wahrnehmung sozialstaat-

licher Aufgaben gehen muss. Der Europäische Gerichtshof hat deutlich gemacht, außerhalb dieses Bereiches kann es schon sein, dass die gesetzlichen Krankenkassen dem Wettbewerbsrecht unterfallen. Diese Problematik müssen wir jetzt natürlich von der hier vorliegenden trennen. Ein Konkurrenzverhältnis zwischen gesetzlichen Krankenkassen und privaten Krankenversicherungsunternehmen sehe ich in jedem Falle im Hinblick auf die freiwillig Versicherten. Das war bislang schon so und das wird auch weiterhin so bleiben. Insoweit muss hier auch ein fairer Wettbewerb bestehen; darauf ist stets zu achten. Da kann man aus der Vergangenheit gelegentlich nachfragen, wieweit dieser Wettbewerb wirklich ein fairer war.

Im Hinblick auf den Basistarif gilt es zu bedenken, dass dann die Fokussierung ganz auf die PKV erfolgt. Um die Absicherung von bisher Nicht-Versicherten zu ermöglichen – das ist die Intension des Gesetzgebers – sollen diese nun einbezogen werden. Aus europäischer Perspektive würde ich hier auch wieder einhaken und beanstanden, dass insoweit die Dienstleistungsfreiheit zu Lasten der privaten Unternehmen beeinträchtigt ist. Ihnen werden hier, ich kann das nur noch mal wiederholen, Elemente einer Sozialversicherung übergestülpt. Das ist wesensfremd und gehört nicht zur PKV.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an Fr. Dr. Pfeiffer: Könnten Sie uns bitte erläutern, wo die GKV im Bereich der Prävention Kosten übernimmt und damit unter Umständen Quersubventionen für die PKV-Versicherten übernimmt?

SVe **Dr. Doris Pfeiffer** (VdAK/AEV): Es ist so, dass die GKV über das SGB V, insbesondere § 20 SGB V, Präventionsleistungen finanziert. Es war am Montag in der Anhörung zum Thema Früherkennungsuntersuchungen usw. zu hören, dass hier die GKV Präventionsleistungen erbringt, die von der PKV so nicht finanziert werden. Das gilt im Übrigen auch für die Rehabilitationsleistungen, wo die GKV einen umfassenderen Leistungskatalog als die PKV hat. Wir haben im Zusammenhang mit der Diskussion um das Präventionsgesetz die Frage gehabt, wer überhaupt an der Finanzierung von Präventionsleistungen beteiligt werden soll. Da ist unser Anliegen immer gewe-

sen, dass Prävention eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, sowohl GKV als auch PKV, aber natürlich auch Staat und andere Beteiligte an der Finanzierung von Prävention beteiligt werden sollen, weil das der Gesamtbevölkerung zugute kommt und daher die Finanzierung von allen geleistet werden sollte.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an Herrn Dr. Holst. Sie wissen, dass wir als LINKE. eine andere Form der Finanzierung der GKV anstreben, die Bürger- und Bürgerinnenversicherung. Welche Rolle könnte in einem derartig aufgebauten Versicherungssystem zukünftig die PKV haben? Wir hatten vorhin schon über die Ausweitung der Wahlmöglichkeiten gesprochen: Zu welchen Konsequenzen kann das für die Zufriedenheit der Versicherten mit dem GKV-System führen? Gibt es dazu Studien, die möglicherweise darüber Erkenntnisse liefern?

SV **Dr. Jens Holst**: Zum einen zu der Frage, was die PKV unter den Bedingungen einer zukünftigen Bürgerversicherung leisten kann. Ich denke, da gibt es eine ganze Reihe von Möglichkeiten im Rahmen von verschiedenen Zusatzversicherungsangeboten, das von der Bürgerversicherung gewährleistete Basispaket der Gesundheitsversorgung durch bedürfnis- und nicht-bedarfsorientierte Angebote aufzustoßen.

Man muss aber auf das hinweisen, was in dieser heutigen Diskussion viel zu kurz gekommen ist und in dem ganzen Geschrei über mögliche Gefährdungen der PKV auch selten vorkommt. Wenn man sich wirklich überlegt, was Privatversicherte eigentlich verlieren, was sie verlieren würden bei einer kompletten Abschaffung der PKV als Vollversicherung? Darauf muss ich Ihnen mit dem Hintergrund internationaler Gesundheitssystemvergleiche sagen, das das nicht wirklich viel ist. Sie fallen einem der besten Gesundheitssysteme der Welt anheim. Wir haben mehrfach gehört, die Leistungserbringer für die GKV- und für die PKV-Versicherten sind identisch. Es sind dieselben Ärzte, es sind dieselben Krankenhäuser und wahrscheinlich werden mir die medizinischen Kollegen auch zustimmen, dass sie sicherlich in der Behandlung keinen Unterschied vornehmen, ob jemand PKV oder GKV versichert ist. Das heißt, diese Verschlechterung, die im Raume schwebt, ist zum einen Teil gefühlt,

zum anderen Teil instrumentalisiert. Die Gründe, die wir hier von den Ärztevertretern schon gehört haben, sind auf betriebswirtschaftlicher Ebene teilweise terecht, wobei ich da ein bisschen als Seitenhieb die Verteilungsfrage vermissen. Wer zählt wie viele privatversicherte Patienten zu seinen Kunden? Das unterscheidet sich zwischen Neukölln und Zehlendorf ganz erheblich.

Ein weiterer Bereich neben Zusatzversicherungen, die in Bezug auf Hotellerie, also Unterbringung im Einzelzimmer/Doppelzimmer und Chefarztbehandlung auch heute schon gewährleistet werden, wäre sehr zu diskutieren, nämlich das Anbieten zusätzlicher Gesundheitsleistungen. Solche, die nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss als notwendig und wirtschaftlich geboten definiert und akzeptiert werden. Hier müsste man zumindest auf eine klare Aufklärungspflicht dringen, wenn die PKV hier das Geschäftsfeld sieht, bedürfnisgesteuerte und nicht nachgewiesenermaßen bedarfsgesteuerte Angebote zu machen.

Zum anderen muss man auch dazu sagen, dass, wenn die PKV ihre eigenen Prognosen ernst nehmen würde, sie eigentlich gar nicht so besorgt sein müsste, weil offenbar das öffentliche System so ineffizient sein und bleiben wird, dass sich die Zusatzversicherungsmöglichkeiten in dem Maße ausweiten werden, wie im öffentlichen System rationiert werden muss.

Direkte Vergleichsstudien zur Zufriedenheit der GKV-Versicherten gibt es nicht. Man kann nur untersuchen, was auf der Welt passiert in verschiedenen marktorientierten, wettbewerbsorientierten Systemen mit Selbstbeteiligungen. Hierzu kann man sagen, dass die Zuzahlungen steigen. Da wären die Vereinigten Staaten ein gutes Beispiel: Eingeführt als relativ geringe Zuzahlung – wie bei uns auch – steigen sie in den letzten Jahren deutlich in den Bereich von 1.000 bis 5.000 Dollar pro Jahr. Das ist eine Tendenz.

Das andere ist, dass im Unterschied zu den eher ernüchternden Aussagen zum Vergleichsabschneiden des deutschen Gesundheitssystems jüngere Studien gezeigt haben, dass Marktsysteme offenbar in Bezug auf die Zufriedenheit der Versicherten und der Patienten überhaupt nicht überlegen, sondern eher unterlegen sind. Sowohl die steuerfinanzierten als auch die Sozialversicherungssysteme in Euro-

pa produzieren zufriedenerer Kunden als das US-amerikanische Marktsystem.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine erste Frage richtet sich an Herrn Prof. Meyer. Wir haben heute die Argumente der Privatversicherer gehört, dass es durch die Einführung des Basistarifs zu einem massenhaften Wechsel in diesen Tarif kommen und dies zu erheblichen Tarifsteigerungen führen wird. Auf der anderen Seite haben wir vom Bund der Versicherten gehört, dass es wahrscheinlich nicht so sein wird. Wir haben den heutigen Standardtarif in der PKV, der von sehr wenigen Privatversicherten in Anspruch genommen wird. Steht zu erwarten, dass der vorgesehene Basistarif deutlich mehr Interessenten finden wird? Für welche Personengruppe könnte dieser neue Tarif attraktiv sein? Welche Gründe könnten freiwillig GKV-Versicherte haben, diesen Tarif zu wählen?

SV Prof. Dr. Ulrich Meyer: Der entscheidende Unterschied zwischen dem Basistarif und dem schon lange bestehenden Standardtarif besteht darin, dass wir im Basistarif Kontrahierungszwang haben und zwar auch außerhalb der PKV. Insofern steht zu befürchten, dass in den Basistarif teilweise massenhaftes Wechseln erfolgt. Allerdings tendenziell nur von denen, die sich einen anderen Versicherungsschutz nicht mehr leisten können. Da haben wir dann leider negative Risikoselektionen, wie es hier schon mehrfach angesprochen wurde.

Die Konstruktion des Basistarifs hat einen fundamentalen Fehler. Der Basistarif wird mit zwei Aufgaben belastet. Er soll als Auffangbecken für Nicht-Versicherte außerhalb der GKV und für PKV-Versicherte, die sich ihren normalen Versicherungsschutz nicht mehr leisten können, fungieren. Das ist die eine Aufgabe. Wenn man sich die ansieht, dann könnte – und jetzt bin ich ausnahmsweise voll mit Herrn Dr. Leienbach konform – der Versicherungsschutz vielleicht sogar noch etwas sparsamer dimensioniert werden, weil es da wirklich nur darum geht, den absoluten Minimumschutz anzubieten für nicht Versicherte, die sonst gar nichts hätten. Wenn das so wäre, hätten wir viel weniger Gefahr eines Missbrauchs durch ständiges Kündigen.

Jetzt ist der Basistarif aber noch mit einer zweiten Aufgabe versehen worden, nämlich Portabilität der Alterungsrückstellungen. Da geht es darum, dass innerhalb der PKV jemand, der in einem Normaltarif ist, also weit oberhalb Basistarifs, zu einem anderen Unternehmen wechseln will. Da die PKV-Unternehmen es nicht geschafft haben, die Übertragbarkeit der Alterungsrückstellungen zwischen den Unternehmen in ihren normalen Tarifen zu organisieren – sie haben es deswegen nicht hingekriegt, weil sie es gar nicht ernsthaft versucht haben – wird jetzt der Basistarif, für den die Portabilität über einen Kontrahierungszwang eingerichtet ist, als Vehikel genommen, die Möglichkeit des Versicherungsverwechslens darzustellen. Allerdings verfehlt er diesen zweiten Zweck völlig, weil er dazu völlig falsch konstruiert ist. Für jemanden der von einem Normaltarif in einen anderen Normaltarif wechseln will, ist es ein schlimmer Abstieg, wenn er dabei über den Basistarif gehen muss. Insofern wird das nicht massenhaft eintreten. In Wirklichkeit werden wir insofern gar keinen wirklichen Wettbewerb innerhalb der PKV bekommen.

Es ist meiner Meinung nach die Befrachtung mit den zwei völlig unterschiedlichen Aufgaben, Auffangbecken und Vehikel des Versicherungsverwechslens innerhalb der PKV, was dazu führt, dass der Basistarif letztlich beide Aufgaben nicht richtig erfüllen kann.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich würde noch mal das Stichwort „Altersrückstellung“ aufnehmen wollen. Wir haben die unterschiedlichen Auffassungen gehört, wem die Altersrückstellungen gehören. Gehören sie dem Versicherten oder gehören sie dem Versicherer? Das sei nun dahin gestellt. Auf der anderen Seite haben wir von der PKV gehört, dass die Altersrückstellungen kalkuliert wurden vor dem Hintergrund, dass sie den Versicherern gehören. Diesem Argument könnte man sich in gewisser Weise vielleicht sogar anschließen, weil diese kalkulatorischen Rechnungen natürlich versicherungsmathematische Grundlagen haben. Es muss doch irgendwie ermittelbar sein, wie groß der Anteil ist, der bei diesen Altersrückstellungen aufgrund der Kalkulation ermittelt wurde und welchen Anteil man dem Versicherten wirklich mitgeben könnte. Dazu wäre meine Frage an Herrn Dr. Leienbach: Können Sie sagen, wie viel von diesen 88 Mrd. Euro man tatsächlich

mitgeben könnte, wenn man diese kalkulatorische Unsicherheit berücksichtigt?

Sve Sybille Sahmer (PKV): Das Problem besteht darin, dass diese 88 Mrd. Euro nicht bestimmt sind zur Auszahlung an die Versicherten, sondern das sind vorfinanzierte Krankheitskosten. Der Versicherer geht im Vertrag die Verpflichtung ein, dass die Beiträge nicht wegen des altersbedingt steigenden Krankheitsrisikos erhöht werden dürfen. Das ist seine vertragliche Leistungszusage zur Bedeckung dieser Verpflichtung. Die Krankenversicherungsverträge laufen lebenslang. Der Versicherer darf sie von sich aus nicht kündigen. Zur Deckung dieser Verpflichtung ist er nach kaufmännischen Grundsätzen verpflichtet, eine Rückstellung zu bilden. Aus diesem Grund ist es das Geld des Versicherers.

Wenn man dem Versicherten jetzt etwas mitgeben will, muss man erst einmal ganz tief in die Verträge eingreifen und diesen Anspruch auf „verschont werden von Beitragserhöhungen“ umwandeln in einen Anspruch darauf, dass ihm plötzlich Geld ausgezahlt werden soll. Das ist der eine Eingriff, den man vornehmen muss. Der nächste Eingriff ist der: Es ist überhaupt nicht vorgesehen, dass er bei Vertragsbeendigung etwas mitkriegt. Das hat vor vielen Jahren der Bundesgerichtshof nach allen denkbaren Anspruchsgrundlagen durchgeprüft. Er ist zum Ergebnis gekommen, dass es einen Anspruch auf Auszahlung der Altersrückstellung es nicht gibt.

Man kann natürlich für die Zukunft irgendeine Leistung kalkulieren, die man bei Vertragsbeendigung oder beim Versichererwechsel mit gibt, aber das muss man erst neu kalkulieren. Das ist der Grund dafür, weshalb es teurer wird. Man muss die alten Verträge auf neue Rechnungsgrundlagen umstellen und damit muss es einfach teurer werden.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Es würde sich lohnen, noch mal nachzuhaken, weil Sie der Antwort irgendwie elegant ausgewichen sind, wie viel das in Anteilen ausmachen würde. Ich stelle noch eine weitere Frage an Herrn Dr. Leienbach, der gesagt hat, dass Policen-Steigerungen stattfinden werden, wenn der Basistarif eingeführt werden soll. Mich würde interessieren: Trifft das auch die Kinder? Sie haben gesagt, die Jüngeren werden entsprechend höher belastet

mit 28 % oder mehr. Sind da die Kinder eingeschlossen oder nicht?

SV Dr. Volker Leienbach (PKV): Die Kinder werden bei uns ohne Alterungsrückstellung kalkuliert. Daher kann der Anheim fall auch keine Kosten verursachen. Aber ansonsten gilt – hier ist der Gesetzentwurf nicht präzise – dass alle Subventionstatbestände aus dem Basistarif auf die Bestandsversicherten umgelegt werden.

Frau Sahmer ist der Frage wirklich nicht ausgewichen. Es gibt keinen Anteil der Alterungsrückstellung, der zu individualisieren wäre. Die Alterungsrückstellung hat heute kollektiven Charakter.

Abg. Jens Spahn (CDU/CSU): Ich bitte Herrn Prof. Axer, im Hinblick auf die Aussagen seiner Kollegen Herrn Prof. Sodan und Herrn Prof. Thüsing zur Gesetzgebungskompetenz des Bundes und zur Frage der Verfassungsmäßigkeit des Basistarifs, zu erwidern.

SV Prof. Dr. Peter Axer: Im Hinblick auf die von Herrn Prof. Dr. Sodan vorgetragene Portabilität bzw. den Eigentumsschutz der Altersrückstellung möchte ich eigentlich nur auf ein Gutachten des Kölner Kollegen Depenheuer verweisen. Es heißt „Verfassungsrechtliche Grenzen einer Portabilität von Altersrückstellungen in der Krankenversicherung“, erstellt im Auftrag des Verbandes der PKV. Dort finden Sie den Satz, den ich am Anfang genannt habe: „Die Altersrückstellungen der PKV sind gesetzlich veranlassenes und verfassungsrechtlich geschütztes, zweckgebundenes Eigentum der Versicherten in der PKV.“ Das nur auf Ihren Einwand hin.

Im Hinblick auf die Gesetzgebungskompetenz ist zu sagen, dass man natürlich trefflich darüber streiten kann, ob das, was der Basistarif regelt, noch Privatversicherung oder schon Sozialversicherung ist, aber wegen der Organisationsform nicht unter Sozialversicherung passt. Aber wenn wir auf der Grundlage der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts 2001 zur privaten Pflegeversicherung diskutieren und uns überlegen, was das Bundesverfassungsgericht dazu sagen würde, stellen wir fest, dass das Bundesverfassungsgericht dort auch Instrumente, wie den Kontrahierungs-

zwang, gerechtfertigt hat. Insoweit kann man sich auf der Grundlage des Bundesverfassungsgerichts bewegend sagen, die Gesetzgebungskompetenz ist gegeben.

Im Hinblick auf den Basistarif muss man sagen, die Prämienhöhungen sind ein mittelbarer Eingriff in Artikel 2 Absatz 1 GG. Dieser mittelbare Eingriff muss sich verfassungsrechtlich rechtfertigen. Wo da ein Verstoß gegen das Rückwirkungsverbot sein soll, ist mir nicht klar, denn, wenn es eine Rückwirkung wäre, dann eine unechte Rückwirkung und die lässt sich relativ einfach, wenn man sich auf dem Boden der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts bewegt, lösen.

Zu Artikel 12 GG „Berufsfreiheit“: Das Bundesverfassungsgericht ist da sehr vorsichtig. Natürlich kann ich einen weiten Begriff der Berufsfreiheit wählen und ich kann auch sagen, das Bundesverfassungsgericht hat den falschen Ansatz. Das ist etwas für ein wissenschaftliches Seminar. Aber wenn ich auf der Grundlage dieser Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts, sei es in der Festbetragsentscheidung, sei es in der Kammerentscheidung, die aber auch die Wirkung einer verfassungsgerichtlichen Entscheidung hat, zum Beitragssatzsicherungsgesetz vorgehe, dann schützt Artikel 12 nicht vor staatlichen Marktveränderungen. Das Risiko, dass sich der Markt verändert, ist nicht von der Berufsfreiheit aufgefangen. Dann bleibt nur noch über, dass ich meine Kalkulationsbasis ändern muss, wenn ich den Basistarif einführe. Das dürfte aber allenfalls eine Berufsausübungsregelung sein und auch wieder die Frage der Verhältnismäßigkeit aufwerfen. Insoweit ist der Basistarif auch verfassungsrechtlich gerechtfertigt.

Abg. Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU): Die erste Frage richtet sich an Herrn Prof. Axer. Wir haben jetzt viel von der Portabilität der Altersrückstellungen innerhalb der PKV gehört; es gab auch die Diskussion die Mitnahme in die GKV vorzusehen. Wie würden Sie diese Mitnahme verfassungsrechtlich beurteilen? Wie sehen Sie die Frage der Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben, insbesondere der beitragsfreien Mitversicherung von Kindern vor dem Hintergrund, dass die PKV diesen Zuschuss immer wieder auch für sich reklamiert? Ist das aus Ihrer Sicht zwingend notwendig?

Eine Frage an den privaten Krankenversicherungsverband. Sie haben, Herr Dr. Leienbach, immer wieder auf die Belastung im Basistarif hingewiesen, die im ersten Arbeitsentwurf vom Bundesfinanzministerium angegeben wurde. Würden Sie uns bitte mitteilen, wo der Unterschied zwischen dem ersten Arbeitsentwurf und dem Gesetzentwurf, insbesondere bei der Festlegung des Basistarifs, besteht, denn dann können die Kalkulationsgrundlagen von dort nicht mehr uneingeschränkt ins heute übertragen werden? Ist es richtig, dass fehlenden Altersrückstellungen, wenn man die Portabilität herstellt, auch fehlende Leistungsausgaben gegenüberstehen? Wie beurteilen Sie diese fehlende Belastung, die dann in den Bestandstarifen resultieren würde?

Eine Frage an den PKV und die KBV zum Termin des In-Kraft-Tretens des Basistarifs, nämlich dem 1. Januar 2008. Halten Sie diese In-Kraft-Tretens-Regelung für realistisch? Welche Bedenken haben Sie an dieser Stelle?

SV Prof. Dr. Peter Axer: Eine Portabilität in die GKV hinein ist unzulässig, weil dort nicht gewährleistet ist, dass derjenige, der von der PKV zur GKV wechselt und dann wieder in die PKV zurückgeht, weil er vielleicht jetzt wieder selbständig geworden ist, etwas Vergleichbares aus der GKV mitnehmen kann. Wenn die GKV – das ist aber illusorisch, weil es ein solches System in der GKV nicht geben kann, denn es passt einfach nicht – ein Ausgleichssystem schaffen würde, das die aus der PKV mitgebrachte Altersrückstellung – ich sage mal – verzinst, weiterführt und diese dann aus der GKV wieder mitgenommen werden kann, könnte man so etwas überlegen. Das aber passt einfach nicht in das GKV-System. Deshalb ist eine Portabilität in die GKV nicht möglich und unzulässig.

Im Hinblick auf die Frage der Finanzierung von Kindern kommt es darauf an, was man mit den Milliarden tun möchte? So, wie ich die Begründung verstanden habe, möchte man mit diesen Milliarden die „Fremdlasten“ Familienversicherung, Kinder ausgleichen, also einen Beitrag zum Ausgleich dieser Fremdlasten leisten und nicht eine allgemeine Kinderförderung betreiben, für die das Familienministerium zuständig wäre. Dann hätte auch die PKV den Anspruch. Man müsste sonst, wenn man den Ansatz weiter denkt, sagen, dass die PKV

auch eine Familienversicherung anbieten müsste. Dann könnte man mit Fug und Recht sagen, gefordert ist Artikel 3 und diese Lasten der PKV sind auszugleichen. Solange aber die PKV, und wir hatten eben das Problem Kinder angesprochen, Kinder nicht als Familienversicherte ansieht, sehe ich aus der Begründung „wir gleichen Fremdlasten in der GKV aus“ keinen Grund für Ansprüche der PKV.

SV Dr. Volker Leienbach (PKV): Ich hatte mehrfach darauf hingewiesen, dass im ersten Arbeitsentwurf eine Tabelle mit den Beitragswirkungen aus der Portabilität der Alterungsrückstände aufgeführt worden ist. Die weiteren Arbeitsentwürfe unterscheiden sich erstmal darin, dass es diese Tabelle – nachdem sie auch hart kritisiert worden ist – dort nicht mehr gibt. Sie unterscheiden sich dadurch, da konnte ich eingangs auch schon darauf hinweisen, dass die Portabilität in die GKV nicht mehr vorgesehen ist. Von daher wird sich die Beitragswirkung von 36 %, wie ich es eben gesagt habe, nach unseren Berechnungen auf rund 28 % in der Spitze reduzieren. Die in der Beitragstabelle aufgeführten Beiträge decken sich mit unseren Kalkulationsgrundlagen.

Ich weiß nicht, ob ich die zweite Frage richtig verstanden habe. Wenn ich Altersrückstellungen mitgebe, habe ich im Kollektiv weniger, das heißt, mir bleibt weniger an vorfinanzierten Krankheitskosten und das bedeutet als Konsequenz Beitragserhöhung für den verbleibenden Bestand.

Schließlich zur Frage „In-Kraft-Treten“: Ich hatte schon Gelegenheit, dazu was zu sagen. Die erste Begründung ist, wenn wir den Basistarif in Relation zum GKV-Leistungsniveau und zum GKV-Honorierungsniveau gegenüber den Leistungserbringern abbilden müssen, dann kann es nicht sein, dass der PKV-Teil schon 2008 in Kraft tritt, wenn doch der GKV-Teil erst 2009 in Kraft tritt.

Zweite Begründung: Man kann nichts objektiv Unmögliches verlangen. Wir kennen – sollte das Gesetz so durchkommen – die Modalitäten eines Basistarifs, selbst nach Verabschiedung des Gesetzes immer noch nicht, denn danach kommt die Auseinandersetzung bzw. die Zusammenarbeit zwischen BaFin und PKV-Verband oder wenn Sie es ändern, es käme die Rechtsverordnung. Da sind viele Fragen im Detail zu klären, das wird dauern. Ich kann

heute sicher sagen, dass diese Umsetzung bis zum 1. Januar 2008 nicht zu leisten sein wird.

SV Horst-Dieter Schirmer (KBV): Ich nehme an, dass sich die Frage auf den § 75 SGB V bezieht, also den Sicherstellungsauftrag, den die KBV und die Kassenärztlichen Vereinigungen haben sollen. Wenn ich einmal unterstelle, dass diese Vorschrift so geschaffen würde, dann setzt es sicher voraus, dass der Vertragspartner bei Vertragsabschluss mit den entsprechenden Unterlagen kommen kann, auf deren Grundlage dann die entsprechenden Regelungen getroffen werden. Herr Leienbach hat gerade ausgeführt, dass das wohl nicht möglich ist. Wenn ich unterstelle, dass die Vorschrift eine gesetzliche Schlichtungsregelung in dem Sinne enthält, dass, wenn man sich nicht einigt, die Vergütungen nach den Ersatzkassenvergütungen gelten sollen, dann müsste man wissen, welche Leistungen vergütet werden sollen. Wenn das auch nicht bekannt ist, würde die Vorschrift vermutlich zu diesem Zeitpunkt nicht vollziehbar sein.

Abg. Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU): Herr Schirmer, die Frage bezieht sich auch und vor allen Dingen auf die folgende Fragestellung. Wir haben zu Beginn des Jahres 2009 ein neues Vergütungssystem in der GKV. Da sich die Vergütungsregeln auf die Honorarregeln in der GKV beziehen sollen, ist die Frage: Sehen Sie hier die Notwendigkeit, eine Parallelität herbeizuführen?

SV Horst-Dieter Schirmer (KBV): Ich beziehe mich auf die Antwort, die Herr Leienbach vorhin gegeben hat. Er sagte, es könne der PKV nicht zumutbar sein, hier zwei unterschiedliche Regelungen zu treffen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die damit verbundenen Gremien sollen zum ersten 1.1.2009 eine neue Vergütungsregelung schaffen. Es wäre sicherlich unpraktisch, ein Vorlaufjahr mit einer anderen Vergütungsregelung zu haben. Ganz abgesehen davon, wird es vermutlich auf Seiten potentieller Vertragspartner gar nicht möglich sein, dies zu vereinbaren.

Abg. Dr. Rolf Koschorrek (CDU/CSU): Frau Dr. Wallrabenstein äußerte vorhin ihre Bedenken zu Risikopoolen hinsichtlich der Risikose-

lektion. Die Frage geht an den BdV, dbb und PKV: Wie beurteilen Sie Überlegungen zum Schutz vor Verteuerungen des Basistarifs die Gesamtheit aller Versicherten in allen Tarifen in den Risikopool einzubeziehen, um so zu verhindern, dass sich der Basistarif zu einem extrem kostenintensiven Tarif entwickelt?

SV Jens Trittmacher (BdV): Wir haben einen Basistarif vorgeschlagen, der sich ähnlich gestalten könnte wie der Standardtarif mit einem Risikozuschlag von 30 %. Mehr wollen wir dazu nicht sagen. Wenn jetzt ein Risikoausgleich geschaffen wird, soll er zwischen den Basisversicherten aller PKV-Versicherten möglich sein. Diese Muss-Regelung soll allerdings nach einem Zeitraum von z. B. fünf Jahren überprüft werden, ob eine Kann-Regelung denkbar ist. Es darf aber nicht eine Belastung der anderen PKV-Vollversicherten daraus folgen, denn damit würden die anderen Tarife unattraktiver werden.

SV Klaus Dauderstädt (dbb): Genau die gleiche Sorge haben wir auch, dass hier eine Wechselwirkung stattfindet und sich der Volltarif oder auch der beitragsrestkostendeckende Tarif nach bisherigen Konditionen verteuert und dass deswegen ein verstärkter Trend zum Wechsel in den Basistarif entstehen könnte. Diese Konsequenz halten wir für problematisch.

SV Dr. Volker Leienbach (PKV): Die Ausgleichstatbestände, die der Gesetzentwurf für den Basistarif mit Auswirkung auf Beitragserhöhung für die Bestandsversicherten vorsieht, sind nach unserer festen, durch Gutachten gestützten Überzeugung schon jetzt rechtlich nicht machbar. Sie sind auch wirtschaftlich nicht verkraftbar. Da noch eins draufzusetzen, würde diese Problematik verstärken.

Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD): Ich habe eine Frage an den dbb und an den DGB. Zur Zeit ist es so, dass Beamte sich privat versichern müssen für den Teil, der durch die Beihilfe nicht abgedeckt ist bzw. für den sie keine Beihilfe bekommen. Sie können aber diesen Teil nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung abdecken. Halten Sie in diesem Bereich eine Veränderung für notwendig?

SV Klaus Dauderstädt (dbb): Die Ausgangsvorgabe ist nicht zutreffend. Der Beamte ist frei, ob er sich privat versichert oder ob er sich gesetzlich versichert. Ich habe das vorhin schon angeführt. Es gibt eine Größenordnung zwischen 5 % und 8 % der Beamten, das ist in Bund und Ländern unterschiedlich, die bereits jetzt Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung sind. Neben den erwähnten Tatbeständen des Familienbezugs und der Risikozuschläge, die sie vermeiden wollen, gibt es auch überzeugte privatversicherte Beamte, die gerne in der Solidargemeinschaft sein wollen. Diese Gruppe ist zwar klein, aber die Alternative heißt immer: Beihilfe entspricht im Prinzip dem Arbeitgeberzuschuss, den auch der Arbeitnehmer bekommt. Deswegen ist hier eine Ergänzung sinnvoll. Dass der Gesetzgeber ein weiteres Mal die Problematik gesetzlich versicherte Beamte und Beihilfe nicht angepackt hat, die wir zweimal in Novellen hatten, einmal bei der Übertragung der Pflegeversicherung auf die Bundesbeamten und einmal in einer Novelle zum Bundesdisziplinargesetz, ist beklagenswert, aber ganz offensichtlich findet sich dafür keine Mehrheit. Wir haben unser Modell der Teilkostenerstattung, was sich an die Pflegeversicherungskonstruktion anlehnt, schon vorgelegt.

Ich weise noch auf einen letzten Punkt hin. Es gibt eine Spezialgruppe von Beschäftigten, quasi Beamte in der GKV, die aus Loyalität zu ihrem Arbeitgeber dort versichert sind. Bei denen, die derzeit eine Teilkostenerstattung nach §14 SGB V bekommen, sieht der neue Gesetzentwurf vor, dass sie am Jahresende nur noch eine Prämienrückzahlung bekommen. Dies führt dazu, dass sie anstatt einer halben Beitragszahlung nur noch diese Prämienrückzahlung, betragsmäßig begrenzt auf 600 Euro, erhalten und somit erheblich belastet werden. Dieser Personenkreis wird geradezu aus der GKV herausgedrängt, obwohl er angesichts seines quasi Beamtenstatus und seines Dienstherrenstatus im Arbeitgeberprofil gerne in der GKV bleiben würde.

SV Knut Lambertin (DGB): Es ist so, dass Beamtinnen, Beamte und Versorgungsempfänger nicht wie andere Arbeitnehmer den Arbeitgeberbeitrag bekommen. Wir glauben als Deutscher Gewerkschaftsbund, dass durch mehr Vertragsfreiheit – und zwar echte Vertragsfreiheit auch für diese Personengruppe –

eine sozialere Regelung möglich wäre, indem der Arbeitgeber der Beamten, der Dienstherr, wie es im Fachjargon heißt, den Beamten und Versorgungsempfängern den Arbeitgeberbeitrag gewährt. Eine solche soziale Öffnung des Beamtenrechts ist unserer Meinung nach schon deswegen notwendig, weil Herr Leienbach vom Verband der privaten Krankenversicherungsunternehmen Kostensteigerungen von 28 % in Aussicht stellt. Das trifft natürlich die organisierten Beamtinnen und Beamten für die wir sprechen. Hier muss eine soziale Öffnung stattfinden, damit sie solchen Preissteigerungen, die aus unserer Sicht nur schwer nachvollziehbar sind, ausweichen können.

Abg. Christian Kleiminger (SPD): Meine Frage richtet sich an die Professoren Thüsing, Sodan und Axer. Nach dem Gesetzentwurf soll es im Basistarif der PKV Differenzierungsmöglichkeiten nach Geschlecht und Alter geben. Mich würde Ihre Haltung dahingehend interessieren, ob Sie hier eine Kollision zur europarechtlichen Normsetzung unter dem Stichwort „Unisex-Tarife im Versicherungswesen“ sehen?

Die Vorsitzende, **Abg. Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.), weist darauf hin, dass Prof. Dr. Thüsing die Veranstaltung bereits verlassen hat.

SV Prof. Dr. Helge Sodan: Ich sehe keine Kollision, weil die europarechtlichen Regelungen hier festlegen, dass Differenzierungen möglich sind, sofern sie auf beachtlichen Gründen beruhen. Die sehe ich in diesem Bereich, denn die Kalkulation muss differenziert sein. Das ist nun mal so und vor allen Dingen wird das leicht etwas einseitig gesehen, denn es gibt Bereiche der Versicherung, in denen Männer höhere Tarife bezahlen als Frauen. Insoweit kommt es auf den jeweiligen Einzelfall an.

SV Prof. Dr. Peter Axer: Die Antidiskriminierungsrichtlinie, die Frau Dr. Wallrabenstein erwähnt hat, gilt natürlich auch hier. Insoweit schließe ich mich den Äußerungen von Frau Dr. Wallrabenstein an.

Abg. **Dr. Wolfgang Wodarg** (SPD): Eine Frage an den Sachverständigen Prof. Meyer und an den AOK-BV, Herrn Schneider. Es liegt jetzt ein Gesetz vor, welches die Verstärkung des GKV-Wettbewerbs vorschlägt. Dabei gibt es zwei völlig unterschiedlich wirkende Ebenen von Wettbewerb in diesem System, die aber auch von Fachleuten immer wieder vermischt werden, einmal die Ebene des Wettbewerbs der GKV-Kassen untereinander und auf der anderen Seite die Ebene des Wettbewerbs unter den Leistungsanbietern. Ein Vertreter des BKK-Spitzenverbandes hat kürzlich geäußert, es sei weder erwiesen, dass der GKV-Wettbewerb sich für Kranke positiv auswirke noch sei es erwiesen, dass er zu Einsparungen im System geführt habe. Mit Hinweis auf den verschobenen Morbi-RSA und die notwendige Versorgung der 10 %, die niemand gern versichern möchte, frage ich deshalb folgendes: Ist der angestrebte GKV-Wettbewerb eine Lösung oder ist er gar eine wichtige Ursache auf dem Weg zu einer effizienten Krankenversorgung? Kennen Sie volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen, Wirksamkeitsstudien oder evidenzbasierte Erkenntnisse zu dieser Kernfrage?

SV **Prof. Dr. Ulrich Meyer**: Die Frage betrifft ein ganz wichtiges Problem. Wir wollen den Wettbewerb nicht als l'art pour l'art, weil Wettbewerb einfach sein muss, sondern wir wollen den Wettbewerb seiner Wirkung wegen. Deswegen ist es ganz wichtig, dass der Wettbewerb so ausgestaltet wird, dass er dazu führt – wir haben ja immer das Versicherungssystem und das Leistungserbringungssystem – dass die Versorgung besser und billiger wird. Wie ich schon mit meinem Beispiel ausgeführt habe, ist der durch die im Gesetz vorgesehene Portabilität der Alterungsrückstellung ausgelöste Wettbewerb nicht geeignet, einen Wettbewerb zu erzeugen, der dazu führt, dass die PKV mit den Leistungserbringern so verhandelt, dass letztlich etwas gesamtwirtschaftlich positives herauskommt. Dazu müsste die Ausgestaltung des Wettbewerbs ganz anders erfolgen.

Die Frage mit den Wirksamkeitsstudien: Da kann ich leider nur sagen, ich kenne keine solchen Studien.

SV **Werner Schneider** (AOK-BV): Zu der Frage der Effizienz des Wettbewerbs innerhalb der GKV, also zwischen den Krankenkassen,

ist zu sagen, dass die Effizienz, das heißt der Vorteil für die Patientinnen und Patienten und die Auswirkungen auf die Versorgung, auf die Qualität der Versorgung und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung im Wesentlichen davon abhängen, wie die Rahmenbedingungen des Wettbewerbs gestaltet sind. In der GKV waren die Rahmenbedingungen bisher extrem ungerecht und unzureichend gestaltet, weil sie Spielräume ließen für Risikoselektionen, insbesondere für die Selektionen Höher-Verdienender. Die Anreize höherverdienende Mitglieder zu akquirieren sind selbst innerhalb des Risikostrukturausgleichs noch vorhanden, weil dieser gerade mal 90 % des Ausgabe-geschehens abdeckt. Erst recht sind im heutigen System Anreize vorhanden, gesunde Menschen zu akquirieren, weil der Risikostrukturausgleich Krankheiten nicht berücksichtigt. Dies wird auch nach dem GKV-WSG nicht viel besser, es kann sogar schlechter werden. Das ist aber nicht das Thema von heute, sondern von nächster Woche.

Was die Gestaltung der Neukonzeption im GKV-WSG innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung anbelangt, wird der Wettbewerb künftig durch den Zusatzbeitrag in Kombination mit der Härteregelung gesteuert. Das wird deutlich schlimmer, als wir es heute haben, weil sich der Wettbewerb dann im Wesentlichen um die Höher-Verdienenden drehen wird. Eine Krankenkasse, die mit ungünstigen Einkommensstrukturen ihrer Mitglieder geschlagen ist, wird künftig wahrscheinlich keine Existenzmöglichkeit mehr haben, so dass man sagen kann, dieses Konzept führt nicht zu einer Verbesserung des Versorgungsgeschehens, sondern wird die gesetzliche Krankenversicherung insgesamt gefährden.

Was den Wettbewerb zwischen GKV und PKV anbelangt, sind die Regelungen nicht geeignet, die Rahmenbedingungen zu verbessern, so dass hier allenfalls der Wettbewerb innerhalb der PKV etwas vernünftiger läuft. Für die gesamte Versorgung unserer Patientinnen und Patienten, die Qualität und die Wirtschaftlichkeit sehe ich aber keine wirklich erkennbaren Verbesserungen.

Es gibt eine ganze Reihe von Studien, die sich mit den Wirkungen der wettbewerblichen Rahmenbedingungen befassen, insbesondere sind die Studien zu nennen, die vom Gesundheitsministerium selbst in Auftrag gegeben worden sind, bevor das RSA-Reformgesetz

2001 kam. Das war dann eine Konsequenz diese Studien. Bevor diese Gesetzgebung zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs mit dem Ziel kam, auch die Krankheiten zu berücksichtigen, gab es eine Studie, die seit 2004 auf dem Tisch liegt. Die Regierung hatte aber nicht die Konsequenz tatsächlich umzusetzen, was der Gesetzgeber vorgegeben hatte, nämlich den Risikostrukturausgleich ab 2007 zu verbessern. Sie hat stattdessen mit dem GKV-WSG bzw. dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz dieses auf 2009 verschoben. Allerdings in einer sehr unzureichenden Art und Weise, die möglicherweise die heutigen Rahmenbedingungen noch weiter verschlechtert.

Abg. Dr. Carola Reimann (SPD): Ich habe eine Frage zur Übergangsregelung für die Portabilität der Altersrückstellungen. Wir haben im vorliegenden Gesetzentwurf vorgesehen, dass dies für fünf Jahre auf einen fiktiven Wert von 40 Jahren bemessen sein soll. Ich habe die Frage an Frau Dr. Wallrabenstein, Prof. Schwintowski und an die Verbraucherzentrale: Halten Sie diesen Übergangszeitraum für angemessen auch im Hinblick auf das Ziel Wettbewerb zu schaffen?

Sve Dr. Astrid Wallrabenstein: Ich kann es Ihnen nicht genau sagen, weil man es rechnen müsste. Da hat der PKV-Verband Daten. Ich denke, man kann sich auch weitere Übergangsregelungen, vielleicht für die besonders Alten vorstellen, um da die Spitze abzufangen. Dazu muss man in Gespräche kommen.

SV Prof. Dr. Hans-Peter Schwintowski: Ganz sicher weiß das keiner, aber was derzeit als Übergangszeit vorgesehen ist, scheint mir plausibel zu sein.

SV Wolfgang Scholl (vzbv): Ich muss Sie leider enttäuschen, wir haben auch keine Rechnungen. Da müssten wir Herrn Leienbach fragen. Ich denke aber, es ist im Gesetzentwurf selbst gesagt, dass wir in dieser Zeit kaum eine nennenswerte Mitgabe haben werden, dennoch wird man wahrscheinlich an der Regelung nicht vorbeikommen.

Vorsitzende, **Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.):** Wir werden die Auswertungszeit in den internen Beratungen des Ausschusses nutzen, um die Bundesregierung danach zu fragen und uns zu verständigen.

Ich darf mich ganz herzlich bei Ihnen bedanken, dass Sie gekommen sind, um sich vier Stunden befragen zu lassen. Den Kolleginnen und Kollegen wünsche ich einen weiterhin guten Arbeitstag, den Gästen Dank für ihr Hiersein und kommen Sie gut nach Hause.

(Ende der Sitzung: 15.03 Uhr)