

**Ausschuss für Gesundheit**  
**Wortprotokoll**  
**34. Sitzung**

**Berlin, den 14.11.2006, 08:00 Uhr**  
**Sitzungsort: Reichstag, SPD-Fraktionssaal 3 S001**

**Vorsitz: Dr. Martina Bunge, MdB**  
**Dr. Wolf Bauer, MdB (zeitweise)**

**TAGESORDNUNG:**

**Öffentliche Anhörung (Teil I: Finanzierung) zu folgenden Vorlagen:**

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

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 Finanzgrundlage geben

BT-Drucksache 16/3096

Anlage:  
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**

<b>Sprechregister Abgeordnete</b>	<b>Seite/n</b>	<b>Sprechregister Sachverständige</b>	<b>Seite/n</b>
Vorsitzende Abg. <b>Dr. Martina Bunge</b> (DIE LINKE.)	7,15,18,21,22,26 30,34,40,47,53, 63,64,67,71,75, 77,80	<b>SV Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke</b>	8,10,14,36,38 39,61,74
Abg. <b>Annette Widmann-Mauz</b> (CDU/CSU)	8,34,36	<b>SV Prof. Dr. Eberhard Wille</b>	8,9,10,11,14, 35,36,37,47, 48,75,77
Abg. <b>Jens Spahn</b> (CDU/CSU)	9,10,13,36,36,48 49,51,52,53,71, 72,73,74	<b>SV Dr. Dirk Göppfarth</b> (Bundesver- sicherungsamt)	11,16,20,39, 41,54,79
Abg. <b>Dr. Rolf Koschorrek</b> (CDU/CSU)	10,37,50,75,76	<b>SV Dr. Rainer Daubenbüchel</b> (Bun- desversicherungsamt)	12,15,17,38, 39,47,57,69
Abg. <b>Dr. Wolf Bauer</b> (CDU/CSU)	11,59,60	<b>SV Dr. Hans Jürgen Ahrens</b> (AOK- Bundesverband)	12,15,17,19, 22,35,40,41, 43,45,49,54, 57,63,70,71, 78
Abg. <b>Maria Eichhorn</b> (CDU/CSU)	12,50	<b>SVe Dr. Doris Pfeiffer</b> (VdAK/AEV)	12,13,15,18, 22,29,35,38, 41,42,44,45, 57,59,60,63, 70
Abg. <b>Max Straubinger</b> (CDU/CSU)	13,39,50,76,77	<b>SV Rolf Stuppardt</b> (IKK- Bundesverband)	12,18,19,35, 43,71
Abg. <b>Dr. Carola Reimann</b> (SPD)	15,17,45,57,79	<b>SV K.-Dieter Voß</b> (BKK Bundesver- band)	13,20,22,25, 30,35,36,57, 60
Abg. <b>Hilde Mattheis</b> (SPD)	15,16,18	<b>SV Dr. Stefan Etgeton</b> (Verbrau- cherzentrale Bundesverband e.V.)	14,20,44,52, 60
Abg. <b>Dr. Marlies Volkmer</b> (SPD)	20,53,77	<b>SVe Claudia Korf</b> (BKK Bundes- verband)	15,23,24,45, 46,49,50,51, 70,76,78
Abg. <b>Daniel Bahr</b> (Münster) (FDP)	21,22,25,63	<b>SV Alexander Gunkel</b> (Bundesver- einigung der Deutschen Arbeitgeber- verbände e.V.)	16,26,43
Abg. <b>Heinz Lanfermann</b> (FDP)	22,24,61,62	<b>SVe Annelie Buntenbach</b> (Deutscher Gewerkschaftsbund)	16,25,43,69, 71
Abg. <b>Dr. Konrad Schily</b> (FDP)	23,24,59,60	<b>SV Dr. Eckart Fiedler</b>	17,18,19,21, 54,78
Abg. <b>Frank Spieth</b> (DIE LIN- KE.)	26,27,28,29,30, 64,65,66,67	<b>SV Dr. Axel Reimann</b> (Deutsche Rentenversicherung Bund)	18,37
Abg. <b>Birgitt Bender</b> (BÜND- NIS 90/DIE GRÜNEN)	30,31,32,67,68, 69,70,71	<b>SV Christian Hagist</b>	23
Abg. <b>Willi Zylajew</b> (CDU/CSU)	38,39,74	<b>SV Dr. Andreas Köhler</b> (Kassenärzt- liche Bundesvereinigung)	24,42,53
Abg. <b>Peter Friedrich</b> (SPD)	40	<b>SV Dr. Reimar Buchner</b>	24,62
Abg. <b>Dr. Margrit Spielmann</b> (SPD)	42,44,78	<b>SV Prof. Dr. Christoph Fuchs</b> (Bun- desärztekammer)	26
Abg. <b>Hermann-Josef Scharf</b> (CDU/CSU)	47	<b>SV Werner Schneider</b>	27,33,41,46, 58,64,65,77, 79

Abg. <b>Peter Albach</b> (CDU/CSU)	39,48	<b>SV Dr. Rolf Hoberg</b>	28,29,40,68,69
Abg. <b>Mechthild Rawert</b> (SPD)	79	<b>SV Prof. Dr. Jürgen Wasem</b>	30,31,32,55,61,70
		<b>SV Klaus Dauderstädt</b> (Gewerkschaft der Sozialversicherung)	51,77
		<b>SV Andreas Wagener</b> (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.)	52
		<b>SV Prof. Dr. Johannes Hager</b>	53,72,73,74
		<b>SV Georg Baum</b> (Deutsche Krankenhausgesellschaft)	59
		<b>SV Dr. Ellis E. Huber</b>	65,66,67
		<b>SV Willi Siebert</b> (Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen)	76
		<b>SV Knut Lambertin</b> (Deutscher Gewerkschaftsbund)	79
		<b>SV Dr. Martin Kröger</b> (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e.V.)	79

### 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 Finanzgrundlage geben

BT-Drucksache 16/3096

(Beginn: 8.10 Uhr)

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (Die LINKE.): Guten Morgen, meine sehr verehrten Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich begrüße Sie zur 34. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit.

Einzigster Tagesordnungspunkt ist heute:

Öffentliche Anhörung von Sachverständigen zu folgenden Vorlagen:

Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und der SPD

„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 des BÜNDNISSES 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

Wir setzen also heute unseren Anhörungsmarathon fort; ich verwende dieses Wort ganz bewusst. Am 27. Oktober 2006 wurde der Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung dem Ausschuss für Gesundheit zur Beratung überwiesen. Die Obleute und der Ausschuss haben daraufhin beschlossen, dass zu diesem Gesetzentwurf und drei weiteren Anträgen 26 Stunden Anhörung stattfinden sollen. Wir haben zwischen dem 6. November und heute Morgen bereits 20 Stunden Anhörung absolviert.

Ihnen, den Sachverständigen, wird zuteil, gemeinsam mit den Ausschussmitgliedern - sie sitzen an der linken und rechten Seite -, den Vertreterinnen und Vertretern der Bundesregierung - allen voran Herr Staatssekretär Schwanitz und Herr Staatssekretär Dr. Schröder -, den anwesenden Vertreterinnen und Vertretern des Bundesrates und den Gästen in diesem Raum die letzten sechs Stunden der Anhörung zu absolvieren. Ich begrüße Sie alle recht herzlich.

Ich danke dem Stenografischen Dienst, der ein Wortprotokoll anfertigt und damit das Ausschusssekretariat bei diesem Mammutprojekt unterstützt.

Damit treten wir in die Anhörung ein. Wir beginnen mit der Fraktion der CDU/CSU. Frau Widmann-Mauz ist die erste Fragestellerin.

**Abg. Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU):** Meine erste Frage geht an Professor Wille. In der gesetzlichen Krankenversicherung driften die Einnahmen und Ausgaben seit Jahren auseinander. Welche Anforderungen sind aus Ihrer Sicht an eine zielorientierte Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung zu stellen? Mit welchem Modell lassen sich die Ziele am besten realisieren?

**SV Prof. Dr. Eberhard Wille:** Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung sollte fiskalische Nachhaltigkeit aufweisen, keine allokativen Verzerrungen erzeugen, Beschäftigung und Wachstum nicht hemmen, Verteilungsgerechtigkeit wahren und nach Möglichkeit Transparenz über die Effekte gewährleisten. Zudem sollte sie den Wettbewerb auf der Leistungsseite stimulieren; denn nur dort, wo die eigentlichen Leistungen erbracht werden, können Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung verbessert werden.

Der jetzige Gesetzentwurf trägt den genannten Zielen relativ wenig Rechnung; sie könnten mit kassenspezifischen Gesundheitspauschalen weitaus besser erreicht werden. Die Finanzierungsbasis wäre zumindest nachhaltiger als im derzeitigen System. Je nachdem, wie man die Gesundheitspauschale finanziert, kann sie auch im Hinblick auf die Verteilung Vorteile bringen.

**Abg. Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU):** Ich habe eine Frage an Herrn Professor Henke. Mit dem GKV-WSG und dem darin vorgesehenen Gesundheitsfonds beschreiten wir einen neuen Weg. Der Fonds geht auf einen Vorschlag des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium der Finanzen zurück. Er hat in den Niederlanden ein entsprechendes Vorbild. Könnten Sie den Kerngedanken des Fondsmodells erläutern? Inwiefern weicht das dem Gesetz zugrunde liegende Konzept von seinen Vorbildern, also dem vom Wissenschaftlichen Beirat vorgeschlagenen Fonds und dem Fonds in den Niederlanden, ab?

**SV Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke:** Der Wissenschaftliche Beirat, dem ich angehöre, hat das Fondsmodell entwickelt. Ich möchte kurz ausführen, wie es zustande gekommen ist. Ich habe nämlich das Gefühl, dass die breite Öffentlichkeit nach wie vor nicht weiß, welcher Grundgedanke mit dem Fonds verbunden war.

Der Wissenschaftliche Beirat hat vor einiger Zeit ein kleines Gutachten mit dem Titel "Nachhaltige Finanzierung der Renten- und Krankenversicherung" geschrieben. Darin haben wir uns zu einem Pauschalprämienmodell geäußert. Ich möchte fünf Charakteristika eines solchen Modells aus dem Gutachten nennen:

qualitätsgesicherte Grundversorgung für alle, verbunden mit der Möglichkeit, höhere Leistungen nachzufragen,

Selbstbehalt- und Bonusregeln als Option, mehr Wettbewerb in Form einer selektiven Kontrahierung der Versicherungsunternehmen mit den unterschiedlichen Leistungsanbietern,

die Möglichkeit zur versicherungsvertraglichen Einschränkung der freien Arzt- und Krankenhauswahl ... - also ein Preferred-Provider-Modell – sowie das Recht der Versicherungsnehmer auf diskriminierungsfreie Kontrahierung mit allen privaten und gesetzlichen Versicherungen.

Nach der Wahl wurde dann die große Koalition geschaffen. Der Beirat hat erkannt, dass sein Modell, das Pauschalprämienmodell, keine Mehrheit finden und daher weiter in den Schubladen liegen würde. Daraufhin hat sich der Beirat zusammengesetzt und überlegt, wie vor dem Hintergrund des Wahlergebnisses ein Konsensmodell aussehen könnte. Am 8. Oktober letzten Jahres haben wir auf zwei Seiten eine kurze Stellungnahme „Zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung“ abgegeben und das Fondsmodell erklärt. Wir sahen im Konsensmodell die Grundlage dafür, nach der nächsten Wahl entweder die eine oder die andere politische Richtung einzuschlagen, also entweder die so genannte Bürgerversicherung - sie ist an und für sich eine proportionale Einkommensteuer mit zweckgebundenem Aufkommen für die Krankenversicherung - oder aber das Prämienmodell - sie wurde auch als Kopfpauschale bezeichnet - einzuführen.

Wir hatten darauf hingewiesen, dass der Beitragseinzug mit diesem Fonds unterschiedlich gestaltet werden kann. Sie alle wissen, dass abgesehen davon, dass die Beitragssätze stabil gehalten werden, keine Veränderungen vorgesehen sind. Der große Unterschied zwischen dem vorgesehenen Fonds und unserem Vorschlag liegt auf der Leistungsseite; diesen Aspekt haben sehr wenige aufgegriffen oder überhaupt verstanden. Unser Vorschlag sieht vor, dass jeder Versicherte eine monatliche Pauschale erhält, um damit Krankenversicherungsschutz zu kaufen. Wir hatten also - das war die Grundidee - ein Gutscheinformodell, ein Vouchermodell vor Augen. Die Realität sieht nun anders aus.

Man könnte ergänzen - das führt schon in die weitere Diskussion -, dass es in den Niederlanden schon seit 1. Januar 2006 ein solches Modell gibt - allerdings unter ganz anderen Voraussetzungen. Der Pfiff liegt darin, dass der Arbeitnehmerseite sehr viele Freiheiten eingeräumt wurden, sodass etwa 21 Prozent der Versicherten nach der Einführung eines Fonds die Kasse gewechselt haben.

Der Grundgedanke des Beirats war, dass man mit dem Vouchersystem eine Menge erreichen kann, wenn die bisher monolithische Kassenarztstruktur angepasst wird und das Gesetz es erlaubt, dass in der Krankenversicherung Vollkasko- und Teilkaskoschutz, verschiedene Providermodele und eine unterschiedlich teure Basisversorgung angeboten werden.

Der Grundgedanke war, ein Konsensmodell zu schaffen. In der Realität erkennen wir - man muss das als positiv betrachten -, dass Konsens erzielt worden ist. Es hieß, dass der Fonds die beiden Fraktionen im März zusammengeführt habe. Damit stellt er eine Grundlage für weitere Überlegungen dar. Ich finde es schön, dass die Anhörung es erlaubt, noch Änderungen vorzunehmen.

**Abg. Jens Spahn (CDU/CSU):** Ich habe zwei Teilfragen an Herrn Professor Wille.

Erstens. Lassen sich mit dem im Gesetzentwurf angelegten Finanzierungsmodell die bestehenden Schwächen bei der Einnahmehbasis der GKV beseitigen? Wenn nein, wo liegt Ihrer Meinung nach die Schwachstelle?

Zweitens. Wird es gelingen, mit dem Zusatzbeitrag mehr Transparenz für die Versicherten über wirtschaftliche und unwirtschaftliche Kassen herzustellen? Wenn nein, wie könnte dies anderweitig erfolgen?

**SV Prof. Dr. Eberhard Wille:** Zum ersten Teil der Frage. Die Beitragserhebung knüpft wie bisher an Löhne und Renten an. Die damit verbundenen Probleme werden also nicht gelöst. Die Tatsache, dass im vorgesehenen Modell die Finanzierungsströme etwas anders fließen - über die Kassen zum Fonds und wieder zurück -, ist eher nebensächlich. In fiskalischer und verteilungspolitischer Hinsicht liegt eine Schwachstelle darin, dass die Beiträge weiter an eine schwache Finanzierungsbasis anknüpfen. Es ist bekannt, dass Lohnbezieher

gegenüber Beziehern anderer Einkunftsarten benachteiligt werden; Zweiverdienerfamilien werden gegenüber Einverdienerfamilien benachteiligt. Das heißt, im Prinzip bleiben die bisher existierenden Schwachstellen bestehen. Positiv sehe ich lediglich die Möglichkeit kas- senartenübergreifender Fusionen.

Die letzte Bemerkung zur ersten Frage leitet schon zur zweiten Frage über. Der Fonds könnte den Wettbewerb zwischen den Kassen fördern, weil er eine Vereinheitlichung des heutigen Arbeitgeberbeitragssatzes implizit vorsieht. Damit hat der Versicherte im Grunde genommen für die unterschiedlich hohen Ausgaben der Kassen aufzukommen; dadurch ist nun seine Motivation, die Kasse zu wechseln, größer.

Dem steht aber die Begrenzung des Zusatzbeitrages entgegen; denn Menschen mit niedrigem Einkommen haben jetzt geringe Anreize, die Kasse zu wechseln. Menschen mit hohem Einkommen wechseln schon heute die Kasse. Der Zusatzbeitrag ist nach heutigem Stand kein Indikator für die Unwirtschaftlichkeit einer Kasse. Damit er zu einem solchen Indikator wird, müssten ein zielführender und praktikabler RSA gewährleistet werden und die Kassen im Vertrags- und Versorgungsbereich mehr Wettbewerbsparameter erhalten. Obwohl ein Zusatzbeitrag unter den vorgesehenen Gegebenheiten kein Indikator für Unwirtschaftlichkeit ist, ist zu befürchten, dass Kassen, die relativ viele Versicherte im unteren Einkommensbereich haben, durch hohe Zusatzbeiträge an die Grenze der Insolvenz geraten.

**Abg. Jens Spahn (CDU/CSU):** Herr Professor Wille, wie schätzen Sie die Preissignale Wirkung des Zusatzbeitrages ein?

**SV Prof. Dr. Eberhard Wille:** Die Gestaltung des Zusatzbeitrages weist zwei elementare Schwächen auf, die meiner Ansicht nach behoben werden müssten. In verteilungspolitischer Hinsicht verhält es sich so: Wenn eine Kasse einen Zusatzbeitrag von 20 Euro erheben möchte, so ist der Zusatzbeitrag einer verheirateten Person, die monatlich 800 Euro verdient, auf 8 Euro begrenzt, selbst wenn ihr Ehepartner 10 000 Euro verdient. Ein Haushalt mit über 10 000 Euro Monatseinkommen würde mit 12 Euro von der

Kasse alimentiert. Wenn man eine Überforderungsklausel anstrebt, muss man sie vernünftigerweise am Haushaltseinkommen festmachen, nicht an den beitragspflichtigen Einnahmen. Ich gebe aber zu, dass das verwaltungsaufwendiger ist.

Der zweite Nachteil der Begrenzung des Zusatzbeitrages ist noch evidenter. Wir unterstellen, dass jemand 400 Euro verdient. Ist er bei einer Kasse versichert, die einen Zusatzbeitrag von 8 Euro erhebt, so muss er einen Beitrag von 8 Euro zahlen. Wenn er aber zu einer Kasse wechselt, die einen Beitrag von 20 Euro erhebt, dann werden seine tatsächlichen beitragspflichtigen Einnahmen veranschlagt und er zahlt einen Zusatzbeitrag von nur 4 Euro. Er kann also seinen Zusatzbeitrag von 8 auf 4 Euro absenken, wenn er sich eine teure Kasse aussucht. Das ist nun wirklich kein Anreiz, den wir schaffen sollten.

**Abg. Dr. Rolf Koschorrek (CDU/CSU):** Ich habe zwei Fragen an Herrn Professor Henke und an Herrn Professor Wille.

Erstens. Ziel ist es, mit dem Gesundheitsfonds den Wettbewerb der Kassen um die bestmögliche Versorgung zu stärken. Wie bewerten Sie vor diesem Hintergrund die Kombination aus der Überforderungsklausel - sie wurde schon von Herrn Professor Wille kritisch beleuchtet - und der Forderung, 95 Prozent der Leistungsausgaben über den Fonds zu finanzieren? Welche Maßnahmen schlagen Sie gegebenenfalls vor, um die Ziele von mehr Wettbewerb in der GKV und einer Entlastung der Wirtschaft zu erreichen?

Zweitens. Können für die Kassen finanzielle Risiken entstehen, wenn der Fonds anfangs weniger als 100 Prozent und in den Folgejahren weniger als 95 Prozent der Leistungsausgaben abdeckt? Welche Lösungen bieten sich zur Vermeidung eventueller Risiken an?

**SV Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke:** Ich betone, was ich schon vorhin ausgeführt habe: Der Wettbewerb könnte gestärkt werden, indem man weiterhin Vertragsfreiheit auf Grundlage des alten § 140 SGB V gewährleistet und das Einkaufsmodell forciert, sodass die Krankenversicherungen gemäß dem Preferred-Provider-Modell - ich habe es vorhin erwähnt -

unterschiedliche Pakete anbieten können. Ich denke, dass hier viele Möglichkeiten bestehen.

Es wird immer nur von Zusatzbeiträgen gesprochen. Ich habe gehört, dass es bei größeren Kassen, bei Ersatzkassen und Betriebskrankenkassen, in größerem Umfang zu Rückzahlungen kommen soll. Auch diese Rückzahlungen, nicht nur die Zusatzprämien, sollte man im Blick haben.

Zu Ihrer zweiten Frage: Um finanzielle Risiken zu vermeiden, könnte man die Steuerfinanzierung, eine weitere Säule im System, stärken.

**SV Prof. Dr. Eberhard Wille:** Es gibt eine Analogie zwischen den Zusatzbeiträgen und den Zuzahlungen etwa bei Arzneimitteln. Während ein Patient, der ein bestimmtes Arzneimittel benötigt, die Zuzahlung nicht vermeiden kann, hat er die Möglichkeit, die Kasse zu wechseln, um den Zusatzbeitrag zu vermeiden. Solange 100 Prozent über den Fonds finanziert werden und es noch zahlreiche Kassen gibt, die keinen Zusatzbeitrag erheben oder sogar einen Betrag ausschütten, ist es verteilungspolitisch nicht erforderlich, mit einer Überforderungsklausel den Zusatzbeitrag zu begrenzen.

Anders kann es sein, wenn nur noch 95 Prozent über den Fonds finanziert würden. Das würde natürlich dazu führen, dass der Zusatzbeitrag steigt. Die daraus folgenden Probleme der Kassen, die ich eben charakterisierte, würden verschärft. Es wäre dann unbedingt erforderlich - Herr Henke hat zu Recht darauf hingewiesen -, vor allem den größeren Kassen mehr Möglichkeiten im Vertrags- und Versorgungswettbewerb einzuräumen.

Wenn der Zusatzbeitrag bei jeder Kasse eine Höhe von mindestens 8 oder 10 Euro erreicht hat, macht die Überforderungsklausel Sinn. Dann wäre es in systematischer Hinsicht am besten, die Differenz über Steuern zu finanzieren.

**Abg. Dr. Wolf Bauer (CDU/CSU):** Ich habe drei Fragen zur Errichtung des Gesundheitsfonds an das Bundesversicherungsamt und an Herrn Professor Wille.

Erstens. Die Kassen erhalten aus dem Fonds mitgliederbezogene Pauschalen und risikoadjustierte Zuschläge. Welche Vorteile bzw. Nachteile hat diese Mittelverteilung im Vergleich zum jetzigen Verfahren?

Zweitens. Welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein, damit es bei der Einführung des Fonds nicht zu Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Kassen kommt?

Drittens. Mit welchem Aufwand ist die Errichtung des Gesundheitsfonds im Vergleich zum jetzigen RSA-Verfahren verbunden?

**SV Dr. Dirk Göppfarth (Bundesversicherungsamt):** Zur ersten Frage, zur Mittelverteilung. Sieht man von weiteren Änderungen, die vorgesehen sind, ab, entspricht die Mittelverteilung über den Fonds grundsätzlich dem, was im Rahmen des Risikostrukturausgleichs getan wird. Im jetzigen System muss jede Krankenkasse entsprechend ihrer Finanzkraft, bemessen nach einem einheitlichen Hebesatz, Gelder an den RSA abführen; entsprechend erhalten Kassen Zuweisungen aus dem Risikostrukturausgleich, den so genannten Beitragsbedarf. Er entspricht im Wesentlichen der Zuweisung, die die Krankenkasse zukünftig - alters- und geschlechtsadjustiert - aus dem Gesundheitsfonds erhalten wird.

Die wesentliche Änderung ist also eher auf der Ebene des Zahlungsverkehrs angesiedelt. Im Augenblick ist es so, dass die Krankenkassen die beitragspflichtigen Einnahmen schätzen, entsprechende Mittel einbehalten und Restbestände an den RSA abführen müssen bzw. aus dem RSA erstattet bekommen. Zukünftig werden die gesamten Mittel in einen Fonds fließen und von dort verteilt. Das heißt, die Verrechnung über den Gesamtsozialversicherungsbeitrag und die Beitragszahlungen der Rentenversicherung würde wegfallen. Das führt meiner Ansicht nach zu mehr Transparenz über die Zahlungsströme und den tatsächlichen Zahlungsverkehr; denn jede Kasse kann genau sehen, wie viele Mittel sie erhält, um ihre Aufgaben zu erfüllen und die Versorgung zu gewährleisten.

**SV Prof. Dr. Eberhard Wille:** Ich sehe keinen allzu großen Unterschied zwischen dem alten und dem neuen Modell. Heute sammeln die Kassen die Beiträge ein und geben im

Rahmen des Risikostrukturausgleichs das ab, was sie angesichts der Höhe der Einnahmen und der zu tragenden Risiken nicht behalten dürfen. Dieses Geld fließt den Kassen zu, die auf der Einnahmenseite, bei der Finanzkraft und beim Beitragsbedarf schlechter gestellt sind. Künftig fließt das Geld über die Kassen an den Fonds; der Fonds gibt es ihnen risikoadjustiert zurück.

Man hätte den heutigen Risikostrukturausgleich als Fonds bezeichnen können; dann hätten wir eine ähnliche Regelung. Allerdings hat sich der Finanzausgleich geändert. Er beträgt jetzt praktisch 100 Prozent, während vorher die Verwaltungsausgaben nicht im Finanzausgleich enthalten waren. Dem einen mag es mehr, dem anderen weniger gefallen, dass es beim geplanten Verfahren keine Geber- und Nehmerkassen mehr gibt, weil das Geld von den Kassen nur noch eingesammelt wird und unmittelbar in den Fonds fließt; vom Fonds fließt es dann an die Kassen zurück. Man muss allerdings sagen: Im Grunde genommen gab es schon in der Vergangenheit keine Kassen, die andere Kassen alimentierten; vielmehr haben die Versicherten einer Kasse die Versicherten einer anderen Kasse alimentiert.

Um Wettbewerbsverzerrungen zu vermeiden, ist es ganz wichtig, dass vor allen Dingen die größeren Kassen mehr Wettbewerbsparameter im Vertrags- und Versorgungsbereich erhalten, damit sie eventuelle Schlechterstellungen bei der Morbiditätsstruktur ausgleichen können, sofern der RSA dies nicht vollständig gewährleistet.

**SV Dr. Rainer Daubenbüchel** (Bundesversicherungsamt): Ich möchte auf den finanziellen und personalwirtschaftlichen Aufwand für den Gesundheitsfonds hinweisen. Der Gesundheitsfonds und der Risikostrukturausgleich in der zunächst angedachten Form hätten beim Bundesversicherungsamt zu einem Mehrbedarf von sieben Stellen geführt. Je mehr Elemente jedoch einbezogen werden, die zusätzliche Arbeit verursachen, desto höher wird der Aufwand. Das betrifft insbesondere die neue Form des Risikostrukturausgleichs, bei dem 50 bis 80 Krankheiten eruiert und bei der Zahlung von Zuschlägen berücksichtigt werden müssen. Um das zu gewährleisten, brauchen wir einen wissenschaftlichen Beirat mit einer Geschäftsstelle und damit vier bis fünf zusätzliche Stellen.

len. Bleibt es bei der derzeitigen Fassung der Konvergenzklausel, die als neues Element hinzugekommen ist und dem RSA eigentlich fremd ist, entsteht zusätzlicher Bedarf.

**Abg. Maria Eichhorn** (CDU/CSU): Meine Frage geht an die Spitzenverbände der Krankenkassen und an das Bundesversicherungsamt: Halten Sie die Errichtung des Gesundheitsfonds beim Bundesversicherungsamt für sachgerecht und effektiv, insbesondere im Hinblick auf den Verwaltungsaufwand, der möglichst gering gehalten werden soll?

**SV Dr. Hans Jürgen Ahrens** (AOK-Bundesverband): Wir halten den Fonds weder für sachgerecht noch für effektiv. Er ist überflüssig. Das, was der Fonds leisten soll, hätte der RSA in bisheriger Prägung - Professor Wille hat es ausgeführt - leisten können. Hinzu kommt - Herr Daubenbüchel hat darauf hingewiesen -, dass der Personalaufwand steigt. Die Einrichtung wird Geld kosten, denn ein Sondervermögen bedarf einer Liquiditätsreserve. Das macht 0,3 Prozentpunkte beim Beitragsatz aus.

**SVe Dr. Doris Pfeiffer** (VdAK/AEV): Ich möchte das unterstreichen. Aus unserer Sicht bringt der Gesundheitsfonds nichts außer neuen Problemen. Wir werden im weiteren Verlauf noch auf die Folgen der Einführung eines einheitlichen Beitragssatzes und einer Zusatzprämie zu sprechen kommen. Der heutige RSA ist quasi ein Fonds, der über das BVA virtuell abgewickelt wird. Jetzt sollen zusätzlich die Finanzströme über das BVA geleitet werden. Das macht überhaupt keinen Sinn. Diese ganze Konstruktion ist falsch und wird die Intransparenz erhöhen, weil es nun eine Vielzahl von Finanzströmen aus unterschiedlichen Quellen geben wird.

**SV Rolf Stuppardt** (IKK-Bundesverband): Ich möchte mich den Vorrednern anschließen. Die Argumentation der Wissenschaft, die wir gehört haben, zeigt ganz deutlich, dass die heutige Konstruktion des RSA als virtueller Fonds wesentlich verwaltungswirtschaftlicher als das ist, was wir nun erwarten müssen.

**SV K.-Dieter Voß** (BKK Bundesverband): Ich schließe mich meinen Vorrednern an. Sollte der Fonds aber nicht zu verhindern sein, ist eine Verwaltung durch das Bundesversicherungsamt geboten und am wenigsten aufwendig.

**SV Dr. Rainer Daubenbüchel** (Bundesversicherungsamt): Wir teilen die grundsätzliche Kritik nicht. Wir halten die Anbindung an das Bundesversicherungsamt für zielführend. Wenn wir schon wie bisher den RSA berechnen - das ist wohl unstrittig -, ist es konsequent, dass wir die sich daraus ergebenden Zahlungen an die Kassen überweisen und die Mittel verwalten. Des Weiteren teilen wir nicht die Auffassung, dass die neue Lösung zu Intransparenz führt. Die Zahlung konkreter Eurobeträge führt im Grunde zu mehr Transparenz. Zudem wird das Verwaltungsverfahren vereinfacht, weil die beitragspflichtigen Einnahmen für den RSA nicht mehr gemeldet werden müssen - hier verbergen sich viele Fehlerquellen -, da das gesamte Geld gleich an den Fonds überwiesen wird.

**Abg. Max Straubinger** (CDU/CSU): Ich habe ebenfalls Fragen an die Spitzenverbände der Krankenkassen.

Erstens. Wie beurteilen Sie angesichts der Erfahrungen, die Sie beim Einzug eines Zusatzbeitrages für Zahnersatz gemacht haben, die finanziellen Auswirkungen des Einzugs eines Zusatzbeitrages auf Ihre Verwaltungskosten?

Zweitens. Wie wird sich das Verhältnis zwischen Aufwand und Ertrag darstellen, wenn Sie die Überforderungsklausel, also die Begrenzung des Zusatzbeitrages auf 1 Prozent des beitragspflichtigen Einkommens der Mitglieder berücksichtigen müssen?

Drittens. Wie bewerten Sie die Tatsache, dass die 1-Prozent-Überforderungsklausel nur dann greifen soll, wenn die Kasse einen Zusatzbeitrag von mehr als 8 Euro erhebt?

Viertens. Wie werden Sie sicherstellen, dass der Zusatzbeitrag, wenn er erhoben werden muss, pünktlich gezahlt wird?

**SVe Dr. Doris Pfeiffer** (VdAK/AEV): Wir haben bereits im Sommer eine Kalkulation des

zu erwartenden Aufwands für den Einzug des Zusatzbeitrages vorgelegt. Wir müssen für die Mitglieder eigene Konten einrichten; der normale Beitragseinzug läuft über die Arbeitgeber. Wir gehen davon aus, dass bei der GKV insgesamt 18 000 Beschäftigte notwendig sein werden, um den Zusatzbeitrag zu erheben. Das verursacht Kosten in Höhe von 1,2 Milliarden Euro.

Hinzu kommt der Aufwand durch die Überforderungsklausel, die in den Fällen, in denen die Grenze von 1 Prozent des beitragspflichtigen Einkommens erreicht wird, eine Überprüfung erforderlich macht. Das verursacht weitere Kosten in Höhe von 100 Millionen Euro. Wenn bei 50 Millionen GKV-Mitgliedern die Erhebung eines Zusatzbeitrages von 12 Euro notwendig wäre, würde dies zu Einnahmen von 6 Milliarden Euro führen; gleichzeitig entstünden aber Kosten in Höhe von 1,3 Milliarden Euro für den Einzug der Zusatzprämie. Die Überforderungsklausel würde nicht nur zu einem höheren Verwaltungsaufwand, sondern auch zu reduzierten Einnahmen führen, weil die Zusatzprämie bei einigen Mitgliedern nicht in vollem Umfang erhoben werden kann.

Durch die Regelung für Zusatzbeiträge von bis zu 8 Euro entsteht das Problem, das schon angesprochen wurde: Wenn der Zusatzbeitrag nicht mehr als 8 Euro beträgt, soll keine Prüfung des Einkommens erfolgen; fällt der Zusatzbeitrag jedoch höher aus, muss eine Prüfung erfolgen, weil er nicht mehr als 1 Prozent des beitragspflichtigen Bruttoeinkommens betragen darf. Das heißt, für einen Versicherten mit geringem Einkommen ist es von Vorteil, in einer Kasse versichert zu sein, die einen höheren Zusatzbeitrag erhebt.

Der Einzug des Zusatzbeitrages kann theoretisch über Mahnverfahren und Zwangsvollstreckung sichergestellt werden. Angesichts der Größenordnung, um die es hier geht, würde der Aufwand dafür im Verhältnis zum Ertrag sehr hoch sein, sodass man es beim üblichen Mahnverfahren beließe. Dabei wäre es notwendig, dass die Beitragsschuldner die Kosten des Mahnverfahrens tragen.

**Abg. Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage zum Zusatzbeitrag, die ich an die Verbraucherzentrale richten möchte: Wie beurteilen Sie den Wettbewerbs- und Transpa-

renzcharakter des Zusatzbeitrages mit Blick auf Preissignalwirkungen? In Replik auf diese Antwort würde ich gern eine Bewertung von Herrn Professor Wille und Herrn Professor Henke dahin gehend hören, wie sie eine solche Preissignalwirkung gestalten würden.

**SV Dr. Stefan Etgeton** (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.): Eines der Argumente für den Zusatzbeitrag war ja, dass dadurch eine Art Preis entsteht und dadurch für die Versicherten die Transparenz erhöht wird. Die Verbraucherzentrale kann dieses Argument aus ihrer Beratungserfahrung nicht wirklich nachvollziehen. Wir führen ja schon seit Jahren eine Beratung der Versicherten bezüglich des Kassenwechsels durch. Dabei hat sich herausgestellt, dass die Unterschiede im Beitragssatz von den Versicherten sehr wohl im Sinne eines Preissignals wahrgenommen werden. Immerhin weist der Beitragssatz derzeit die Gesamtausgaben aus. Es ist also nicht ganz nachvollziehbar, warum der Wettbewerb auf maximal 5 Prozent der Gesamtausgaben reduziert werden soll. Aus Transparenz- und Wettbewerbsgründen ist dies jedenfalls unserer Ansicht nach nicht notwendig.

Wir bewerten die Einführung eines Zusatzbeitrages eher als weiteren Schritt in die einseitige Mehrbelastung der Versicherten bis zu der Grenze, die erreicht werden muss, um den gesamten Beitragssatz anzuheben. Das heißt, dass allein die Versicherten für die Kosten aufkommen, die durch die Modernisierung im Gesundheitswesen entstehen. Das Ganze ist dadurch, dass der einheitliche Beitragssatz vom Gesetzgeber festgelegt wird, politisch strategiefähig.

Wenn dieser Zusatzbeitrag wirklich zu einem Preissignal werden sollte, dann müssten die Angebote, die die Kassen ihren Versicherten machen, deutlich transparenter werden. Das heißt, allein über den Preis erreiche ich im Grunde nur aufseiten der Krankenkassen Kostenwettbewerb. Aus Versichertensicht brauchen wir aber einen Qualitätswettbewerb. Dieser ist nicht allein durch Einführung eines Zusatzbeitrages zu erreichen. Im Gegenteil: Der Preis- und Kostenwettbewerb wird eher angetrieben. Wichtiger wäre es, auch Versorgungsangebote der externen vergleichenden Qualitätssicherung zu unterziehen. Dann wäre für Versicherte tatsächlich ein Vergleich der Qualität der Angebote der Krankenkassen möglich.

Wenn ihnen die Kasse ein qualitativ besseres Angebot machen kann, dann wären sie möglicherweise sogar bereit, einen höheren Zusatzbeitrag zu zahlen.

**SV Prof. Dr. Eberhard Wille:** Dem Letzteren stimme ich voll zu. Allerdings könnte der Zusatzbeitrag ohne eine Begrenzung tatsächlich das Preissignal verschärfen, weil, wie ich vorhin schon ausführte, der Arbeitgeberbeitragssatz im Prinzip vereinheitlicht wird. Das heißt, Unterschiede in den Ausgaben der Kassen schlagen sich jetzt voll im Zusatzbeitrag nieder. Er wird, absolut gesehen, in Bezug auf die Arbeitnehmer eine größere Spanne haben, als dies bei den heutigen Beitragssatzunterschieden der Fall ist. Denn wenn heute eine Kasse einen Beitragssatz von 12 Prozent und eine andere einen Beitragssatz von 14 Prozent verlangt, wird diese Differenz zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber aufgeteilt. In dem neuen Finanzierungssystem ist das nicht mehr der Fall. Die unterschiedlichen Zusatzbeiträge fallen ausschließlich beim Arbeitnehmer an.

Wenn man unterstellt, dass sich die Zusatzbeiträge sehr weit spreizen werden, dann könnte man sich vorstellen, dass Versicherte mit einem niedrigeren Einkommen unter Umständen die Kasse wechseln. Wir hätten dann nicht mehr wie bisher die Entmischung der Risiken - deswegen nahm das Volumen des Risikostrukturausgleichs zu -, sondern eher eine Vermischung, wenn Versicherte mit „schlechten“ Risiken von Kassen mit hohen Zusatzbeiträgen zu Kassen mit niedrigeren Zusatzbeiträgen oder zu solchen wechseln, die sogar Beiträge zurückerstatten. Dieser Weg - es sei dahingestellt, ob man sich ihn wünscht oder nicht - wird in jedem Fall durch die Überforderungsklausel begrenzt, die aus meiner Sicht im jetzigen Stadium, in dem 100 Prozent der Leistungsausgaben finanziert werden, verteilungspolitisch überflüssig ist.

**SV Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke:** Ich möchte etwas grundsätzlicher an das Ganze herangehen und darauf hinweisen, dass wir am grünen Tisch der Wissenschaft einmal davon geträumt haben, dass der Arbeitgeberbeitrag ausgezahlt wird und die Autonomie voll an die Nachfrageseite übergeht. Nun wird das nicht gehen, weil ein anderer Konsens gefunden worden ist. Aber ein nächster Schritt wäre aus idealtypi-

scher Betrachtung heraus ein floatender Arbeitnehmerbeitrag. Dann käme es zu Rückzahlungen und Zusatzprämien. Diese Autonomie auf der Nachfrageseite würde den Wettbewerb stärken, und zwar insbesondere dann, wenn Qualität zu einem Wettbewerbsparameter würde.

Ich bin von daher der Meinung, dass die Zukunft floatenden Gesundheitsprämien gehört. Das ist - wenn auch nur mit einem kleinen Pflänzchen - bereits im jetzigen Konsens angelegt. Es muss also auf der Nachfrageseite mehr Autonomie geben, indem der floatende Arbeitnehmerbeitrag nach dem Vorbild Hollands gestaltet wird, wo er, wie man weiß, derzeit schon sehr gut funktioniert.

Vorsitzende **Abg. Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Wir kommen zur Fragerunde eins der SPD-Fraktion.

**Abg. Dr. Carola Reimann** (SPD): Meine Frage richtet sich an die Spitzenverbände der Kassen und an das BVA. - Ich habe im Zusammenhang mit dem Gesundheitsfonds eine Frage zu den monatlichen Zuweisungen; diese sollen ja gleich bleibend sein. Sehen Sie es als sachgerecht an, monatlich gleich bleibende Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Kassen zu zahlen, und wie beurteilen Sie die Ansiedlung der Einnahmerisiken beim Gesundheitsfonds und die Übertragung der Schwankungen auf der Ausgabenseite auf die Krankenkassen?

**SV Dr. Hans Jürgen Ahrens** (AOK-Bundesverband): Wir sehen ein großes Risiko darin, dass das Ausgaberrisiko jetzt praktisch bei den Kassen liegt. Das bedeutet, wir können in der Regel gar nicht darauf reagieren, wenn finanziellen Schätzungen nicht zutreffen und Kostenentwicklungen entstehen, die nicht dem entsprechen, wovon wir ausgegangen sind. Über den Beitragssatz wird keine Kompensation möglich sein und auch über die so genannte kleine Prämie wird man das nicht ausgleichen können. Insofern besteht da ein Risiko, das dazu führen kann, dass die Kassen veranlasst werden, weitere Schulden zu machen oder Außenstände nicht zu bezahlen. Deshalb sehen wir diese Konstruktion als nicht gelungen an.

**SVe Dr. Doris Pfeiffer** (VdAK/AEV): Auch wir sehen dieses Problem so. Es muss im Fonds eine entsprechende Liquiditätsreserve geben; dies ist ja vorgesehen. Diese ist bislang nicht näher bestimmt worden. Es gab in früheren Entwürfen die Überlegung, dass sie etwa einer Viertelmonatsausgabe entsprechen soll. Wir gehen jedoch davon aus, dass, selbst wenn im November, Dezember zusätzlich eine halbe Monatsausgabe oder fast eine Monatsausgabe anfällt, eine Viertelmonatsausgabe zum Ausgleich für die ersten zehn Monate nicht ausreichen wird. Das heißt, man bräuchte eine höhere Reserve, um die niedrigeren Einnahmen in den Monaten Januar bis Oktober zu kompensieren.

**SVe Claudia Korf** (BKK Bundesverband): Darüber hinaus muss man Folgendes berücksichtigen: Wenn man es ernst damit meint, dass mit dem Zusatzbeitrag stärkere Wirtschaftlichkeitssignale ausgesendet werden sollen, und wenn es infolgedessen zu Wanderungsbewegungen in großem Stil kommt, dann muss man die Anpassung der Zahlungen aus dem Fonds natürlich unterjährig vornehmen, um auf die entsprechende Mitgliederentwicklung reagieren zu können.

**SV Dr. Rainer Daubenbüchel** (Bundesversicherungsamt): Wir haben den Vorschlag gemacht - er wurde auch aufgegriffen -, die unterjährige Liquidität des Fonds durch eine Liquiditätsreserve sicherzustellen. Diese Liquiditätsreserve in Höhe von 3 Milliarden Euro wird, wenn sie denn aufgebaut ist, ausreichen.

Die kritische Phase ist dann, wenn die Mittel nicht reichen, wenn also die Einnahmen die Ausgaben unterschreiten. Dann muss der einheitliche Beitragssatz erhöht werden. Diese Erhöhung wird von der Bundesregierung beschlossen. Das alles steht und fällt damit, ob die Bundesregierung den einheitlichen Beitragssatz erstens rechtzeitig und zweitens in ausreichender Höhe erhöht, damit die Mittel ausgeglichen sind.

**Abg. Hilde Mattheis** (SPD): Meine Frage richtet sich an die BDA und den DGB. - Der Gesundheitsfonds soll eine stabilisierende Wirkung auf den Arbeitgeberanteil an den Beiträgen zur Krankenversicherung haben. Wie bewerten Sie die Entlastungswirkung für die

Wirtschaft? Wie bewerten Sie daraus resultierende Konsequenzen für das Wachstum, die Schaffung von Arbeitsplätzen und die konjunkturelle Entwicklung?

**SV Alexander Gunkel** (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e.V.): Wir halten den Gesundheitsfonds für überflüssig. Die angestrebte Wirkung einer Begrenzung des Arbeitgeberbeitrags lässt sich auch auf andere Art und Weise herstellen. Insbesondere ist im Gesetzentwurf vorgesehen, dass der Arbeitgeberbeitrag vereinheitlicht wird; er wird ja nicht festgeschrieben, sondern lediglich vereinheitlicht. Dadurch entsteht in Verbindung mit dem Zusatzbeitrag eine Wirkung, die im Vergleich zum Status quo tendenziell zu einer Entlastung führen soll. Allerdings braucht man dafür keinen Gesundheitsfonds. Der Gesundheitsfonds entlastet die Arbeitgeber nicht und führt per se nicht zu mehr Wirtschaftlichkeit. Alle angestrebten Wirkungen, die ihm zugesagt werden - im Gesetzentwurf heißt es, der Gesundheitsfonds garantiere mehr Wirtschaftlichkeit -, werden nicht eintreten.

**SVe Annelie Buntenbach** (Deutscher Gewerkschaftsbund): Der Gewerkschaftsbund hat das große Interesse, dass nicht die gesamten Kostensteigerungen der Zukunft bei den Versicherten abgeladen werden. Genau das befürchten wir aber bei der jetzigen Fondskonstruktion.

Eine strukturelle Unterfinanzierung der Kassen ist ja angelegt. Man beginnt zwar damit, dass 100 Prozent der Mittel, die den Kassen für die Versicherten zustehen, über den Fonds finanziert werden, geht dann aber auf 95 Prozent über. Die Kassen sollen diese Lücke dann über die Erhebung von Zusatzbeiträgen oder über Druck auf den Leistungskatalog füllen.

Genau an dieser Stelle haben wir die Befürchtung, dass die Versicherten diejenigen sind, die die Lasten tragen sollen; es sei denn, der Gesundheitsfonds, wenn er denn eingerichtet wird - wir halten ihn für nicht sinnvoll -, würde auch in Zukunft zu 100 Prozent die Ausgaben der Kassen finanzieren, um eine strukturelle Unterfinanzierung der Kassen zu vermeiden. Wenn er die Ausgaben nicht zu 100 Prozent finanziert, dann haben wir das Phänomen, dass bei den Versicherten Zusatzbeiträge anfallen

und jede Kostensteigerung der Zukunft von den Versicherten gezahlt werden muss.

Dieses Kostenventil, nämlich dass die Zusatzbeiträge steigen, wird immer wieder unter Druck stehen. Die Zusatzbeiträge belasten aber besonders die Bezieher unterer und mittlerer Einkommen, die sich eine weitere Belastung gar nicht leisten können. Denn es ist ja nicht so, dass wir bei null anfangen. Schon durch die vergangenen Reformen haben wir über Zuzahlungen, die Praxisgebühr und den Sonderbeitrag, der die bisher zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer bestehende Parität bereits verschoben hat, eine Verteilung der Kosten zulasten der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer zu verzeichnen.

Ich stelle auch vor dem Hintergrund der Frage, welche Konsequenzen sich für die konjunkturelle Entwicklung und die Wirtschaft ergeben, deutlich fest: Mit dieser zusätzlichen Belastung der Versicherten, die absehbar ist, werden die Nachfrage und die Binnenkonjunktur in Mitleidenschaft gezogen. Denn gerade diejenigen, die über untere und mittlere Einkommen verfügen, würden überhaupt die Nachfrage anschieben. Da wird Geld fehlen. Sie werden zudem, wenn sie es können - nicht alle werden das können -, zusätzliches Geld für eine private Absicherung im Krankheitsfall investieren müssen.

**Abg. Dr. Marlies Volkmer** (SPD): Ich möchte meine Frage an das Bundesversicherungsamt und an Herrn Dr. Fiedler stellen. - Mich würde interessieren, welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen, damit es bei der Einführung des Gesundheitsfonds nicht zu Wettbewerbsverzerrungen aufseiten der Krankenkassen kommt.

**SV Dr. Dirk Göppfarth** (Bundesversicherungsamt): Um Wettbewerbsverzerrungen zu vermeiden, ist es natürlich wichtig, dass die Zusatzbeiträge bzw. Rückzahlungen, die die Krankenkassen erheben bzw. vornehmen, tatsächlich die Wirtschaftlichkeit der Krankenkassen widerspiegeln und dass sie damit ein entsprechendes Preissignal für die Wahlentscheidung der Versicherten bilden. Voraussetzungen hierfür sind zielgenaue Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Das heißt, es ist zwingend, dass bis dahin ein funktionsfähiger und zielgenauer Risikostrukturausgleich entwickelt und implementiert wurde. Eine Vor-

aussetzung ist auch, dass die Zusatzbeiträge die Wirtschaftlichkeit widerspiegeln und nicht Anteile enthalten, die zum Beispiel dem Abbau einer Verschuldung dienen. Insofern ist die Zielsetzung richtig, die Krankenkassen bis zum Start des Gesundheitsfonds zu entschulden.

Ein weiterer Punkt, den wir im Zusammenhang mit den Zusatzbeiträgen kritisch sehen, ist die Überforderungsklausel, die in der augenblicklichen Ausgestaltung dazu führen wird, dass verschiedene Formen der Verzerrung eintreten werden, wie Professor Wille schon eingangs dargestellt hat.

**SV Dr. Eckart Fiedler:** Im Mittelpunkt des Wettbewerbs steht ja der Zusatzbeitrag. Der Zusatzbeitrag wird nicht über einen Finanzausgleich finanziert, sondern über die Mitglieder der eigenen Kasse. Das heißt, Einkommensunterschiede und Unterschiede in der Morbidität werden im Rahmen des Zusatzbeitrages nicht ausgeglichen. Eine Kasse, die einkommensschwache Mitglieder hat und eine kränkere Klientel versichert, verlangt also automatisch einen höheren Zusatzbeitrag, wenn der Fonds dies nicht abfedert.

Deshalb hat der Fonds zwei entscheidende Aufgaben. Er muss erstens die unterschiedliche Finanzkraft, das heißt die unterschiedlichen Einkommen der Mitglieder, die der Beitragschöpfung zugrunde liegen, zu 100 Prozent ausgleichen. Wenn er das nicht tut, muss der Rest über den Zusatzbeitrag bei den Mitgliedern der Krankenkasse eingezogen werden. Dort kommt es dann zu Verzerrungen, wenn sich die Mitglieder höchst unterschiedlich nach ihrem Einkommen auf die Kassen verteilen. Das tun sie. Es gibt heute Unterschiede in der Grundlohnstärke der Kassen von 100 Prozent und mehr.

Der Fonds muss zweitens die Lasten im Bereich der Morbidität sehr zielgenau ausgleichen; sonst bekommen wir einen Wettbewerb, der im Hinblick auf die Versorgung der Kranken nicht Qualität und Wirtschaftlichkeit zum Inhalt hat, sondern das, was heute noch sehr stark im Vordergrund steht: eine Risikoselektion in Bezug auf Gesunde und vor allen Dingen Gutverdiener.

Im Zusammenhang mit dem Risikostrukturausgleich spielt heute die Morbidität eine viel zu geringe Rolle. Das heißt, die standardisier-

ten Leistungsausgaben, die die Kassen erhalten, betreffen nicht die tatsächlichen Morbiditätsausgaben. Das lässt sich sehr deutlich an einer Zahl belegen: Heute verursachen in der GKV 75 Prozent der Versicherten etwa 3 Prozent der Leistungsausgaben, während 25 Prozent der Versicherten 97 Prozent verursachen. Für diese 75 Prozent der Versicherten, die nur 3 Prozent der Leistungsausgaben bewirken, erhalten die Kassen heute Gutschriften von 60 Prozent des Geldes, das über den RSA umgewälzt wird. Das heißt, sie erhalten viel zu viel Geld. Die Kassen, die viele Kranke haben, bekommen viel zu wenig Geld.

Das muss sehr zielgenau austariert werden, damit wir letztlich nicht das Phänomen haben, das der Sachverständigenrat in seinem Gutachten unter der Überschrift „Fehlversorgung“ dokumentiert hat: eine Unterversorgung der chronisch Kranken, induziert durch den heutigen, nicht zielgenauen RSA. Dies sollte in Zukunft nicht mehr so sein. Vielmehr sollte gerade die gute Versorgung der chronisch Kranken zum Zielinhalt eines positiven Wettbewerbs werden.

**Abg. Dr. Carola Reimann (SPD):** Ich habe noch eine Frage zum Beitragseinzug. Meine Frage richtet sich an die Spitzenverbände, das Bundesversicherungsamt, die Deutsche Rentenversicherung, die Bundesagentur für Arbeit und an Herrn Dr. Fiedler.

Der Beitragseinzug verbleibt ja jetzt im Wesentlichen bei den Kassen. Ist Ihrer Meinung nach eine einheitliche Praxis beim Beitragseinzug gewährleistet und reicht die Kompetenz des vorgesehenen Spitzenverbandes zur Regelung grundsätzlicher Fragen aus?

**SV Dr. Hans Jürgen Ahrens (AOK-Bundesverband):** Wir sehen den einheitlichen Beitragseinzug in der Form, wie er jetzt durchgeführt wird, als gewährleistet an. Wir haben die Sorge, dass dies bei einem Spitzenverband, der 250 Kassen zu koordinieren hat, nicht klappt.

**SV Dr. Rainer Daubenbüchel (Bundesversicherungsamt):** Wir halten den Beitragseinzug in seiner jetzigen, aber auch in seiner zukünftigen Form für gewährleistet. Der neue Spitzen-

verband wird in der Lage sein, eine einheitliche Regelung sicherzustellen.

**SV Dr. Axel Reimann** (Deutsche Rentenversicherung Bund): Ob die jetzt für einen neuen Spitzenverband getroffenen Regelungen ausreichend sind, um ein einheitliches Verfahren zu gewährleisten, können wir im Moment nicht beurteilen. Wir möchten aber darauf hinweisen, dass sich durch die Einführung der Weiterleitungsstellen zusätzliche Akteure im Verfahren befinden werden.

Die Frage wird sein, mit welchen Kompetenzen diese Weiterleitungsstellen ausgestattet sind. Im Moment ist nach dem Gesetzentwurf vorgesehen, dass sie mit bestimmten Aufgaben, die bisher die Einzugsstellen hatten, nicht betraut sein werden. Hier wird es zusätzliche Institutionen und Bürokratie geben. Damit wächst natürlich die Gefahr, dass der Beitragseinzug nicht mehr in der Geschwindigkeit funktionieren kann, wie dies bisher der Fall ist.

**SV Rolf Stuppardt** (IKK-Bundesverband): Eine Ergänzung: Es gibt beim Beitragseinzug, der gut funktioniert, nicht nur ein technisches Problem. Im Zusammenhang mit dem Beitragseinzug ergeben sich sehr häufig sehr unterschiedliche qualitative Fragen, die beantwortet werden müssen. Inwieweit die Kompetenz des vorgesehenen Spitzenverbandes ausreichen wird, hängt natürlich sehr stark davon ab, inwieweit die fachlich-inhaltliche Breite und das Know-how, über das die verschiedenen Spitzenverbände heute bei den unterschiedlichen Fragestellungen, die aus der Praxis und dem Arbeitgeberbereich kommen, verfügen, übergangslos auch von dem vorgesehenen Spitzenverband gewährleistet werden können. Das kann heute nicht beantwortet werden. Es wird aber große Friktionen im Übergang geben, weil nicht das gesamte Know-how, das für den Service im Rahmen des Beitragseinzuges erforderlich ist, sofort bei dem zukünftigen Spitzenverband angesiedelt sein kann.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Frau Dr. Reimann, die Bundesagentur für Arbeit wurde nicht eingeladen. Daher gebe ich jetzt das Wort Herrn Dr. Fiedler.

**SV Dr. Eckart Fiedler:** Ich begrüße es, dass der Beitragseinzug in der Zuständigkeit der Krankenversicherung verbleibt, weil das heutige Verfahren relativ reibungslos und fehlerfrei ist und bei einer Verlagerung die Gefahr bestünde, dass es zu einem Chaos kommt. Ich finde es richtig, dass demnächst Weiterleitungsstellen eingerichtet werden, die zu einer Erleichterung bei der Abführung des Beitrages durch die Arbeitgeber führen werden. Auch begrüße ich nachdrücklich, dass diese Weiterleitungsstellen nur die Aufgabe haben, das Geld einzusammeln und dann weiterzuleiten, und sie keine Sacharbeit leisten müssen.

Ich finde, dass die Gesetzesbestimmungen, die derzeit eine Vereinheitlichung des Beitragseinzugs gewährleisten sollen, ausreichen, zumal bereits jetzt der Prozess der Vereinheitlichung in großem Maße abläuft. Jüngst ist ja eine GKV-Standardsoftware für den Beitragseinzug entwickelt worden. Diese wird schon von Krankenkassen, die über 50 Prozent des Marktanteiles verfügen, angewandt. Dabei bilden sich neuerdings Großrechenzentren heraus. Hier findet ein Prozess statt, der dazu führt, dass das wichtige Gebiet des Beitragseinzugs auf freiwilliger Basis vereinheitlicht und einer optimalen Rationalität zugeführt wird. Diesen Prozess sollte man nicht durch überflüssige Gesetzesbestimmungen stören.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Meine Frage richte ich an die Spitzenverbände, an Herrn Dr. Fiedler, an die Verbraucherzentrale, die Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten sowie an den Verband der Krankenversicherten Deutschlands.

Der Zusatzbeitrag soll künftig die Wirtschaftlichkeit der Krankenkassen in transparenterer Weise widerspiegeln als die heutigen Beitragsunterschiede der Krankenkassen, die von den Versicherten in der Regel nur unzureichend wahrgenommen werden. Teilen Sie diese Auffassung? Welche Möglichkeiten ergeben sich hieraus mit Blick auf einen Preis- und Qualitätswettbewerb für die Krankenkassen?

**SVe Dr. Doris Pfeiffer** (VdAK/AEV): Wir müssen davon ausgehen, dass dieser kassenindividuelle Zusatzbeitrag nichts über die Wirt-

schaftlichkeit der Kassen sagen wird. Es ist eben schon mehrfach angeklungen, dass dies entscheidend davon abhängt, wie der Fonds gestaltet wird. Auch ist die Frage entscheidend, welche Möglichkeiten die Kassen überhaupt haben, ihre Ausgaben über wettbewerbliche Vertragsmöglichkeiten zu gestalten.

Da durch die Regelungen zur Festsetzung des Beitrags über einen Spitzenverband Bund eine massive Vereinheitlichung vorgesehen ist, sind die Möglichkeiten der Kassen, wirtschaftlicher als andere zu agieren, äußerst eng begrenzt bzw. werden durch die jetzt vorgesehenen gesetzlichen Regelungen noch weiter eingengt.

Es ist davon auszugehen, dass der Zusatzbeitrag die Versichertenstruktur einer Kasse hinsichtlich der Einkommenshöhe und der Krankheitsrisiken widerspiegeln wird. Deshalb nehmen wir an, dass das Preissignal, das es sicherlich geben wird, lediglich dazu führen wird, dass es einen verstärkten Wettbewerb um einkommensstarke und gesunde Mitglieder geben wird. Diesen Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung halten wir für völlig widersinnig. Es sollte darum gehen, Qualität und Effizienz der Versorgung zu stärken, und nicht darum, den Wettbewerb um Gesunde und Gutverdienende zu fördern.

**SV Dr. Hans Jürgen Ahrens** (AOK-Bundesverband): Wir halten dies für einen falschen Weg und nicht mit den Zielen vereinbar, die sich die große Koalition gesetzt hat, als sie mehr Wettbewerb einführen wollte. Es wird weniger Wettbewerb geben; denn es wird nur weniger Wettbewerb möglich sein.

Die Höhe des Zusatzbeitrages gibt keine Auskunft über die Wirtschaftlichkeit einer Kasse, sondern über die Struktur der Versicherten und deren Einkommen. Es besteht die große Gefahr, dass wir wegen des Zusatzbeitrages in eine Situation zurückfallen, in der es den Kassen darum geht, Gesunde und Gutverdienende anzuwerben. Das ist etwas, was wir längst überwunden haben wollten. Wir wollten einen Wettbewerb um mehr Qualität einführen. Das wird hierdurch verschlossen.

**SV Rolf Stuppardt** (IKK-Bundesverband): Zu diesen Ausführungen möchte ich ergänzen: Aus meiner Sicht ist es eindeutig so, dass - was

eigentlich begrüßenswert wäre - keine objektive Transparenz bezüglich der Wirtschaftlichkeit einer Krankenkasse hergestellt werden kann. Es werden zwar bei den Versicherten Unterschiede erkennbar sein; aber es wird objektiv nicht der Weg zu einem Wettbewerb um die wirtschaftlichste Krankenkasse gewiesen.

Dafür gibt es im Wesentlichen zwei Ursachen. Die erste Ursache ist, dass auf der Ausgabenseite eine unzureichende Weiterentwicklung der Risiken festzustellen sein wird. Wir werden mit der Vorgabe, 50 bis 80 eng abgrenzbare Krankheiten festzulegen, erhebliche Umsetzungsprobleme haben, die auf der Ausgabenseite nicht zu Verteilungsgerechtigkeit führen werden. Die zweite Ursache ist, dass auf der Einnahmenseite ein Problem besteht. Damit ergeben sich bei der geplanten Reform zwei sich gegenseitig verstärkende Defizite, die das Insolvenzrisiko der Kassen noch erhöhen können.

**SV Dr. Eckart Fiedler:** Ich glaube, aus den Antworten ist klar geworden, dass der Zusatzbeitrag die Funktion haben sollte, den Mitgliedern Auskunft über das wirtschaftliche Handeln einer Krankenkasse zu geben und nicht über die Frage, wie sich Einkommensstarke und -schwächere, Gesunde und Kranke zwischen den Kassen verteilen.

Um das Letztere zu vermeiden und das Erste zu erreichen, nämlich einen Preiswettbewerb in Richtung Qualität und Wirtschaftlichkeit zu induzieren, muss erstens das geschehen, was schon mehrfach angesprochen wurde: Der Fonds muss 100 Prozent der Leistungsausgaben einschließlich der Verwaltungskosten der Kassen verteilend zuweisen, damit wir sozusagen die Einkommenschwäche zu 100 Prozent ausgleichen. Zweitens muss der Morbi-RSA sehr zielgenau sein.

Darüber hinaus gibt es weitere Faktoren, die zwar nicht durch den Fonds aufgefangen werden können, die sich aber im Zusatzbeitrag niederschlagen, zum Beispiel die Tatsache, dass eine Kasse, die viele Mitglieder hat, die Geringverdiener und zugleich die Kränkeren sind - diese Kombination ergibt sich meist -, Ausfälle bei den Zuzahlungen durch zahlreiche Befreiungen in Härtefällen hat. Diese Zuzahlungen müssen über den Zusatzbeitrag kompensiert werden. Dies gilt auch für die höheren Verwaltungskosten, die natürlich eine Kran-

kenkasse hat, die vorzugsweise Kränkere versorgt. Die Kasse muss nahe am Versicherten sein. Sie braucht mehr Geschäftsstellen und ein Leistungskosten- und Versorgungsmanagement. Das alles sind Dinge, die natürlich nicht umsonst zu machen sind.

Von daher sollte man neben der Beachtung meiner Empfehlung, dass der Fonds immer möglichst 100 Prozent der Leistungsausgaben ausschütten sollte und ein zielgenauer Morbi-RSA benötigt wird, zusätzlich bestehende Grundlohnunterschiede ausgleichen, indem man einen so genannten Grundlohnfaktor einführt. Das heißt, diejenigen Kassen, deren Mitglieder in Bezug auf den Grundlohn unter dem Bundesdurchschnitt liegen, sollten bei Erhebung eines Zusatzbeitrages diese Grundlohnunterschiede aufgefüllt bekommen. Das ist Grundlage des Vorschlages gewesen, den ich seinerzeit für die Bundesregierung bei der Konstruktion des Zusatzbeitrages gemacht habe.

**SV K.-Dieter Voß** (BKK Bundesverband): Zu der Frage, ob der Zusatzbeitrag die Wirtschaftlichkeit einer Kasse ausweist, ein Hinweis: Wir sind hier in Berlin. Daran wird deutlich, dass auch regionale Gesichtspunkte eine sehr deutliche Rolle spielen. Denn Kassen, die beispielsweise in Berlin oder in anderen Ballungszentren tätig sind, dort die Versorgung ihrer Mitglieder gewährleisten und deren Versicherte nur aus dieser Region kommen, haben von vornherein einen entscheidenden Nachteil. Berliner Kassen müssten jenseits der anderen Faktoren, über die schon diskutiert wurde, einen sehr viel höheren Zusatzbeitrag erheben. Das wird über den Fonds nicht abgebildet.

**SV Dr. Stefan Etgeton** (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.): Ich versuche, die Frage aus Sicht der Patienten bzw. Verbraucher zu beantworten. Ich habe bereits darauf hingewiesen, dass es überhaupt keinen Hinweis dafür gibt - aufgrund unserer Beratungserfahrung in den Verbraucherzentralen können wir das sagen -, dass der Zusatzbeitrag in Bezug auf die Preisgestaltung besser ist als der bisherige Beitragssatz. Die Versicherten orientieren sich schon jetzt relativ stark am Beitragssatz. Die Verbraucher sind gut darüber informiert, wie hoch die Beitragssätze sind und wie sie sich zusammensetzen. Der Beitragssatz fungiert bereits als Preis. Aus unserer Sicht ist das die

bessere Information über den Preis, weil die Unterschiede im Leistungskatalog der Krankenkassen gering sind. Die Kassen unterscheiden sich vorrangig im Wie der Leistungserbringung, und zwar bezogen auf alle Leistungen. Der jetzige Beitragssatz drückt die ses Wie adäquater aus, als selbst ein 5 Prozent umfassender Zusatzbeitrag es könnte.

Wir bemühen uns in der Beratung, die Versicherten von der reinen Beitragssatzfixierung wegzubekommen, indem wir sie über die Angebote der einzelnen Krankenkassen, über das Wie der Leistungserbringung - Zusatzprogramme, Bonusprogramme, Wahlverträge, Wahltarife und besondere Versorgungsformen - informieren. Diese Formen der Leistungserbringung wurden durch die letzte Gesundheitsreform gestärkt. Die Krankenkassen sollten ein Qualitätsprofil und kein Preisprofil entwickeln. Diese, wie ich finde, positive Entwicklung, die wir durch unsere Beratungstätigkeit unterstützt haben, wird jetzt dadurch konterkariert, dass sich die Versicherten bei ihrer Wahl zukünftig wieder sehr stark auf den - nicht einmal adäquaten - Preis fokussieren sollen.

Das Ganze funktioniert ohnehin nur - das kann ich nur noch einmal unterstreichen -, wenn der Risikostrukturausgleich die Morbidität adäquat abbildet. Ob das gewährleistet ist, steht auf einem anderen Blatt.

**Abg. Dr. Marlies Volkmer** (SPD): Es ist wiederholt darauf hingewiesen worden, dass beim Start des Gesundheitsfonds ausreichend Mittel eingestellt sein müssen, um die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen zu 100 Prozent decken zu können. Ich frage das Bundesversicherungsamt und Herrn Dr. Fiedler: Werden einzelne Krankenkassen, obwohl ein 100-prozentiger Ausgleich der gesamten Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehen ist, schon beim Start einen Zusatzbeitrag erheben müssen? Welche Beitragssatzhöhe erwarten Sie beim Start des Fonds?

**SV Dr. Dirk Göppfarth** (Bundesversicherungsamt): Da beim Start des Fonds eine 100-prozentige Ausgabendeckung vorgesehen ist, muss der Zusatzbeitrag anfangs im Durchschnitt 0 Euro betragen. Die bisher stattfindende Differenzierung bei den Beitragssätzen wird

sich aber in Zusatzbeiträgen bzw. Rückzahlungen niederschlagen. Das heißt, einige Kassen werden schon beim Start des Fonds Zusatzbeiträge erheben müssen und andere werden Rückzahlungen anbieten können. Im Durchschnitt müsste das null ergeben. Da die Höhe der Rückzahlungen bzw. Zusatzbeiträge von einer ganzen Reihe von Faktoren abhängig sein wird, unter anderem von der Zielgenauigkeit der Zuweisungen, ist es im Augenblick schwierig, Aussagen dazu zu machen.

Ich denke, dass es zum jetzigen Zeitpunkt schwierig ist, eine Prognose für den Beitragssatz im Jahr 2009 abzugeben.

**SV Dr. Eckart Fiedler:** Grundsätzlich ist es natürlich zu begrüßen, wenn der Fonds anfangs 100 Prozent der Leistungsausgaben ausschüttet. Das ist auch erforderlich. Ob eine Kasse trotzdem einen Zusatzbeitrag erheben muss oder nicht - das haben wir hier schon mehrfach betont -, hängt von der Zielgenauigkeit des RSA ab. Man wird darüber hinaus davon ausgehen müssen, dass einige Kassen einen Zusatzbeitrag erheben müssen. Dieser wäre mehr oder weniger Ausdruck der wirtschaftlichen Situation der Krankenkasse. In diesem Zusammenhang spielt es zum Beispiel eine Rolle, ob eine Kasse mit Ärzten oder Zahnärzten Verträge geschlossen hat, die höhere Honorare vorsehen - solche Unterschiede gibt es schon heute -, oder ob sie intensives Fallmanagement betreibt.

Ob eine Kasse kostengünstig arbeitet, wird sich daran zeigen, ob sie mit den standardisierten Zuweisungen aus dem Fonds auskommt oder nicht. Da es sich bei den Angaben um Durchschnittswerte der tatsächlichen GKV-Ausgaben handelt, muss man damit rechnen, dass die eine Hälfte der Kassen keinen, die andere Hälfte aber einen Zusatzbeitrag erheben muss. Dieser Zusatzbeitrag ist dann aber mehr oder weniger Ausdruck des wirtschaftlichen Verhaltens. Ich gehe an dieser Stelle nicht auf die Frage Härtefälle, Verwaltungskosten ein.

Zur zweiten Frage. Die Höhe des Beitragssatzes beim Start des Fonds ist natürlich schwierig zu prognostizieren. Das gilt insbesondere, da die Möglichkeit besteht, dass sich die Bundesregierung doch noch dazu entschließt, mehr Steuergelder in den Fonds ein-

zustellen; die Beitragsbelastung würde entsprechend sinken. Aufgrund der aktuellen Zahlen dürfte der Beitragssatz bei über 15 Prozent liegen. Ich gehe von 15,3 Prozent aus. Wenn man davon 0,9 Prozent Sonderbeitrag abzieht - dieser Sonderbeitrag wird ja fortbestehen -, kommt man auf einen paritätisch zu finanzierenden Beitragssatz von 14,4 Prozent; sprich: 7,2 Prozent je Beteiligtem. Das ist eine sehr vorsichtige, relativ optimistische Prognose. Sie unterstellt, dass über dieses Gesetz eine Reihe von Wirtschaftlichkeitsreserven mobilisiert werden können, wodurch der Ausgabenanstieg etwas abgebremst werden könnte.

Auf der Einnahmeseite rechne ich nicht mit großen Zuwächsen. Die Einnahmeentwicklung liegt derzeit bei plus/minus null. Vonseiten des Schätzerkreises wird in den nächsten Jahren mit einer leichten Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen um 0,4 Prozent gerechnet. Das liegt natürlich deutlich unter der zu erwartenden Steigerung bei den Leistungsausgaben. Die Lücke zwischen Ausgaben und Einnahmen wird also auch weiterhin bestehen bleiben.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Wir kommen zur ersten Fragerunde der FDP.

Abg. **Daniel Bahr** (Münster) (FDP): Vor nicht einmal drei Jahren saßen fast alle von Ihnen und uns schon einmal im Rahmen der Anhörung zu dem GMG zusammen. Den damals formulierten Erwartungen zufolge müsste der Beitragssatz heute bei 13,0 Prozent liegen, wohingegen er im Durchschnitt bei 14,3 Prozent liegt. Deswegen möchte ich die Vertreter der Spitzenverbände der Krankenkassen nach ihren Beitragssatzerwartungen für 2007, 2008 und 2009 fragen, und zwar vor dem Hintergrund, dass die Koalition mit dem GKV-WSG das Ziel verfolgt, die finanziellen Grundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung zu stabilisieren, sie laut Koalitionsvertrag aber auch das Ziel verfolgt, die Lohnzusatzkosten zu stabilisieren, wenn nicht gar zu senken, und zwar auch im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung.

Im Gesetzentwurf ist außerdem die Rede von einer Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung um rund 1,4 Milliarden Euro.

Können Sie dieses Entlastungsvolumen bestätigen?

**SVe Dr. Doris Pfeiffer** (VdAK/AEV): Ich fange mit der letzten Frage an. Wir gehen davon aus, dass wir durch das GKV-WSG eher belastet als entlastet werden. Infolge der neu aufgenommenen Leistungen, beispielsweise der Leistungsausweitung bei der häuslichen Krankenpflege, der Aufnahme der Schutzimpfungen oder der technischen Kontrolle der Hilfsmittel, rechnen wir mit einer zusätzlichen Belastung in Höhe von 700 Millionen Euro pro Jahr. 2007 wird die Belastung aufgrund des Datums des In-Kraft-Tretens bei knapp 500 Millionen Euro liegen.

Wir haben die Beitragssatzentwicklung für die nächsten Jahre kalkuliert. Unsere Prognose für 2009 stimmt in etwa mit der von Herrn Dr. Fiedler überein. Wir gehen davon aus, dass der Beitragssatz 2009 bei etwa 15,4 Prozent liegen wird. Für das nächste Jahr erwarten wir eine Beitragssatzsteigerung um knapp 0,8 Prozentpunkte. Diese Steigerung hat vor allem damit zu tun, dass der Steuerzuschuss reduziert wird. In den letzten Tagen wird ja so getan, als würden Geschenke - 1 Milliarde zusätzlich in 2007 - an die Krankenkassen verteilt. Tatsächlich handelt es sich gegenüber dem derzeitigen Stand um eine Minderung: In dem von Herrn Bahr angesprochenen GMG wurde der Steuerzuschuss für 2006 auf 4,2 Milliarden Euro festgesetzt; er liegt jetzt aber noch darunter. Die Mehrwertsteuererhöhung und die schon angesprochenen Belastungen kommen noch hinzu.

Man muss berücksichtigen, dass die zusätzlichen Belastungen, die sich aus dem GKV-WSG ergeben, in den Beitragssatz von 15,39 Prozent im Jahr 2009 nicht einkalkuliert sind. Da die Auffassung der Bundesregierung und unsere diesbezüglich sehr weit auseinander liegen, haben wir zunächst einmal nur die übliche Ausgabensteigerung aufgrund der Dynamik einkalkuliert und sind von einer Konstanz bei der Grundlohnentwicklung ausgegangen. Mögliche Forderungen vonseiten der niedergelassenen Ärzte, der Krankenhausärzte bzw. der Krankenhausträger hinsichtlich der zusätzlichen Kosten aus Honorar- und Tarifsteigerungen sind ebenso wenig wie die zusätzlichen Kosten der Telematik und die Einnahmeverluste, die sich aus der Verlängerung der Bezugsdauer des Elterngeldes ergeben, einkal-

kuliert. All diese Faktoren kommen noch hinzu. Allein aufgrund der bislang vor allen Dingen im Arzneimittel- und Krankenhausbereich üblichen Dynamik, des Finanzbedarfs für die Entschuldung und der Belastungen, die aus der Kürzung der Steuerzuschüsse und der Erhöhung der Mehrwertsteuer resultieren, werden wir 2009 Beitragssätze in Höhe von 15,39 Prozent haben.

**SV Dr. Hans Jürgen Ahrens** (AOK-Bundesverband): Sie können diesen Ausführungen entnehmen, dass unsere Schätzung ausgesprochen konservativ ist. Wir haben die bestehenden Risiken, die sich finanziell ganz erheblich auswirken können, gar nicht einkalkuliert. Wir müssen einfach berücksichtigen, dass die Ausgabendynamik konstant ist und wir die Entschuldung durchführen. Wir kommen daher zu folgender Prognose: Wenn wir den Beitragssatz für 2006 mit 14,2 Prozent ansetzen, wird er 2009 bei circa 15,4 Prozent liegen.

**Abg. Daniel Bahr** (Münster) (FDP): Ich möchte bei den Spitzenverbänden der Krankenkassen bleiben. Enthält das Gesetz irgendwelche entscheidenden Regelungen, die einen Anstieg der Beitragssätze in 2007 und den Folgejahren vermeiden könnten?

**SV K.-Dieter Voß** (BKK Bundesverband): Eine kurze Antwort: Nein.

Vorsitzende **Abg. Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Möchte jemand ergänzen?

**SV Dr. Hans Jürgen Ahrens** (AOK-Bundesverband): Die Antwort lässt sich nur vervierfachen.

**Abg. Heinz Lanfermann** (FDP): Ich habe einige Fragen an Herrn Hagist. Für die nächsten Jahrzehnte ist der unumkehrbare Prozess abzusehen, dass wir infolge der gesunkenen Geburtenrate eine zunehmende Zahl älterer und eine geringere Zahl jüngerer Menschen haben werden. Der Gesetzentwurf bleibt aber bei dem bestehenden umlagefinanzierten System, das letztlich auf dem Generationenvertrag basiert. Welche Konsequenzen hat das? Wie entwi-

ckelt sich diese Nachhaltigkeitslücke? Welche Möglichkeiten hätte man, um dieser Entwicklung entgegenzusteuern?

**SV Christian Hagist:** Die impliziten Lasten der GKV werden durch den vorliegenden Gesetzentwurf in keiner Weise berührt, da an der Umlagefinanzierung festgehalten wird. Nach unseren Berechnungen liegen die impliziten Lasten der GKV für zukünftige Generationen bei 1,7 Billionen Euro. Daran wird sich kaum etwas ändern, höchstens hinsichtlich der Zahl hinter dem Komma. Die sinkende Geburtenrate und vor allem die stetig steigende Lebenserwartung - das Statistische Bundesamt hat in diesem Monat die 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung herausgegeben, die eine weitere Erhöhung der Lebenserwartung aufzeigt - führen dazu, dass zukünftig eine Schiefelage bei der Finanzierung der GKV zu erwarten ist. Wenn man die Probleme, die sich für die GKV aus der demografischen Schiefelage ergeben, lösen will, muss man aus unserer Sicht nicht auf der Einnahmeseite ansetzen - darauf fußt der Gesetzentwurf -, sondern nur auf der Ausgabenseite.

**Abg. Dr. Konrad Schily (FDP):** Meine Frage richtet sich an den BKK Bundesverband und an die KBV. Ich verhehle nicht, dass ich noch immer darüber nachgrübele, wie der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich - Herr Fiedler sprach in diesem Zusammenhang von „zielgenau“ - funktionieren soll. Bitte erklären Sie mir das noch einmal, insbesondere vor dem Hintergrund, dass im Gesetzentwurf vorgesehen ist, die Zuschüsse für Disease-Management-Programme auch nach Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs zu zahlen. Macht es Sinn, dass im Rahmen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs für einen Diabetiker einerseits eine Ausgleichszahlung geleistet wird - diese Ausgleichszahlung soll dazu führen, dass die Krankenkassen die Versorgung ihrer Versicherten optimieren - und gleichzeitig ein Zuschuss gezahlt wird, wenn sich dieser Diabetiker in ein Disease-Management-Programm einschreibt? Das ist für mich nach wie vor sehr verwirrend. Ich hätte gerne ein bisschen Aufklärung darüber.

**SVe Claudia Korf (BKK Bundesverband):** Sie empfinden das zu Recht als verwirrend. Hier

prallen nämlich zwei Ansätze aus zwei verschiedenen Welten aufeinander. Die Disease-Management-Programme wurden in einer Zeit eingeführt, in der Morbidität ausschließlich indirekt erfasst wurde. Wir haben den Risikostrukturausgleich damals um diese strukturierten Behandlungsprogramme angereichert. Wir haben anfangs aus den Faktoren Alter, Geschlecht, EU-/BU-Status und Einkommen das Krankheitsrisiko, das wir versichern, indirekt abgeleitet. Dann ist man einen Schritt weiter gegangen und hat sich überlegt, ob man eine Morbiditätsorientierung einführen kann, indem man für chronisch Kranke besondere Behandlungsprogramme fördert. Für die Berücksichtigung der DMP im Risikostrukturausgleich stand sicherlich auch der Gedanke Pate, dass man diese strukturierten Behandlungsprogramme fördern muss, damit die Kassen überhaupt ein Interesse daran haben, diese Programme anzubieten, und die Leute sie in Anspruch nehmen. Aus dieser Zeit stammt die Berücksichtigung der DMP im Risikostrukturausgleich.

Mit der jetzt geplanten Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs wird eine direkte Erfassung des Morbiditätsfaktors angestrebt. Die Frage, ob man Morbidität direkt erfassen kann, ist aber sehr schwierig zu beantworten. Aus Zeitgründen fasse ich mich kurz: Das Erkrankungsrisiko eines Menschen kann man nicht direkt erfassen, jedenfalls so lange nicht, wie wir nicht komplett gescannt und gentechnisch ausgewertet sind, wie wir nicht die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung bestimmen können, wie wir nicht sagen können, ob und wann ein Mensch erkranken wird und welche Erkrankungen er haben wird. Das geht schon allein deshalb nicht, weil Krankheiten nicht nur anlagebedingt sind, sondern man auch akut erkranken kann, zum Beispiel aufgrund von Unfällen. Eine direkte Morbiditätserfassung ist also gar nicht möglich.

Wir machen uns trotzdem Gedanken darüber, wie man das Morbiditätsrisiko so konkret wie möglich erfassen kann. Seit Jahren diskutieren wir über den Ansatz, die Morbidität möglichst direkt über bestimmte Ausgabenkategorien und Diagnosen zu erfassen. Im Augenblick diskutieren wir in diesem Zusammenhang insbesondere über die Krankenhausdiagnosen und Arzneimittelverordnungen. Das ist der Ausgangspunkt. Die Frage ist, wie die DMP dazu passen. Eigentlich passen sie überhaupt nicht dazu. Im Gesetzentwurf ist vorgesehen, dass die

Programmkosten nach wie vor bezuschusst werden, um weiterhin eine Refinanzierung im System zu ermöglichen. Bei den Programmkosten handelt es sich zum Beispiel um die Schulungskosten, also um Kosten, die nicht in einem direkten Zusammenhang mit der Leistung von strukturierten Behandlungsprogrammen stehen. Diese Programme sollen nach wie vor gefördert werden. Die Frage, ob das politisch gewünscht wird, müssen Sie sich selbst beantworten; systematisch passt das jedenfalls nicht.

**SV Dr. Andreas Köhler** (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Vorausgesetzt, es kommt zu einem zielgenauen Morbi-RSA und die im DMP enthaltenen Diagnosen finden Berücksichtigung, sehe auch ich keinen Grund, warum das doppelt finanziert werden soll.

Bei den DMP muss man zwei Aspekte berücksichtigen: Der eine betrifft die Kopplung an den RSA, der andere die Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme. Strukturierte Behandlungsprogramme können wir nur mittels der Disease-Management-Programme durchführen, es sei denn, wir haben den Mut, mit der Ärzteseite Behandlungsleitlinien ohne Kopplung an den RSA zu erstellen und Vertragspartner dafür zu finden. Ich bin höchst skeptisch, dass wir eine Krankenkasse für strukturierte Behandlungsprogramme finden, wenn diese Programme nicht in den RSA einbezogen werden.

**Abg. Dr. Konrad Schily** (FDP): Ich habe eine Frage an den BKK Bundesverband. Mit welchem zusätzlichen Umverteilungsvolumen rechnen Sie beim Übergang von der derzeitigen Form des RSA auf den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich? Bisher lag das Volumen bei 14 Milliarden Euro. Wie hoch wird es in der Zukunft sein?

**Sve Claudia Korf** (BKK Bundesverband): Die Frage kann ich Ihnen nicht beantworten, jedenfalls nicht, wenn ich seriös bleiben will. Das hängt nämlich komplett von der Ausgestaltung des Morbi-RSA ab. Im Augenblick haben wir noch keine ausreichenden Grundlagen, um abschätzen zu können, wie das Klassifikationsmodell aussehen soll. Das hängt beispielsweise davon ab, welche Kategorien - es sollen 50 bis 80 sein, vielleicht mehr, vielleicht

weniger - gewählt werden. Es ist noch vollkommen unklar, wie sich das im Ergebnis auf der Ebene der einzelnen Kassen darstellen wird. Es kann sein, dass es bei dem Volumen bleibt. Das Volumen kann sich aber auch deutlich vergrößern. Auf der Ebene der einzelnen Kasse kann es zu starken Verzerrungen kommen. Das ist gegenwärtig überhaupt noch nicht abschätzbar.

**Abg. Heinz Lanfermann** (FDP): Ich habe zwei Fragen, die ich, da es sich um Rechtsfragen handelt, an Herrn Dr. Buchner stelle. Erstens. Wir haben gerade viel von dem Morbi-RSA gehört. Es ist vorgesehen, dass die Auswahl der 50 bis 80 Krankheiten durch das Bundesversicherungsamt auf Vorschlag eines bei diesem Amt zu bildenden wissenschaftlichen Beirates erfolgt. Die Frage ist, ob eine solche Aufgabenzuordnung an eine nachgeordnete Behörde angesichts der erheblichen finanziellen Bedeutung dieser Krankheitsauswahl - wir haben das gerade gehört - zulässig ist.

Die zweite Frage lautet: Wie beurteilen Sie die Intention der Koalition, lediglich für die Kinder von GKV-Versicherten einen Staatszuschuss vorzusehen? In Begleitung dieses Gesetzes sind für das nächste Jahr 1 Milliarde Euro dafür vorgesehen. Wie sieht es mit den PKV-versicherten Kindern aus? Muss für diese Kinder auch ein Steuerausgleich vorgesehen werden? Er könnte allerdings nicht in Höhe der angepeilten 14,5 Milliarden liegen, sondern nur einen Teilbetrag umfassen.

**SV Dr. Reimar Buchner**: Derzeit wird der Risikostrukturausgleich durch Rechtsverordnungen geregelt. Ich meine, dass das aus verfassungsrechtlichen Gründen nicht notwendig ist. Es ist durchaus möglich, dem Bundesversicherungsamt durch gesetzliche Ermächtigung, wie im Entwurf des GKV-WSG vorgesehen, die Auswahl dieser Krankheiten nach Beratung durch den wissenschaftlichen Beirat zu übertragen. Letztlich ist entscheidend, dass der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich seinen Zweck erfüllt: Er soll verhindern, dass die Unterschiede bei den Zusatzbeiträgen zwischen den Krankenkassen zu groß werden.

Bezüglich des bestehenden Risikostrukturausgleichs hat das Bundesverfassungsge-

richt entschieden, dass die Beiträge zu den gesetzlichen Krankenkassen nicht zu weit auseinander laufen dürfen, da es sich um ein Pflichtversicherungssystem handelt. Das Gericht hat Grenzen gesetzt. Diese Grenzen werden im zukünftigen System durch den Risikostrukturausgleich gezogen. Letztlich muss es funktionieren. Wer das festlegt, ist verfassungsrechtlich nicht die entscheidende Frage.

Zur zweiten Frage, zur Finanzierung der Versicherung von Kindern ist Folgendes zu sagen: Es kommt insoweit zu einer Benachteiligung der privat Versicherten, als sie sowohl einen Beitrag zu der privaten Krankenversicherung ihrer Kinder zahlen müssen als auch über ihre Steuern die beitragsfreie Versicherung von Kindern in der GKV finanzieren müssen. Das ist eine sachlich zu rechtfertigende Benachteiligung. Ob sie sachlich gerechtfertigt werden kann, ist aber fraglich. Man müsste die Begründung darauf abstellen, dass die privat Versicherten dadurch, dass sie nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, einen Vorteil haben, der es rechtfertigt, sie an diesem Punkt zu benachteiligen. Ob diese Betrachtungsweise trägt, scheint mir aber sehr fraglich zu sein.

**Abg. Daniel Bahr** (Münster) (FDP): Ich möchte zwei Fragen an den BKK Bundesverband, den Deutschen Gewerkschaftsbund, die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände und die Bundesärztekammer stellen. Was halten Sie davon, wenn die Bundesregierung demnächst ohne Zustimmung des Bundesrates und ohne Beteiligung des Parlaments darüber bestimmt, wie viel Geld für die Gesundheitsversorgung eines Großteils der Bevölkerung zur Verfügung gestellt wird, indem der Beitragssatz vonseiten der Bundesregierung festgelegt wird? Welche Auswirkungen hat das unter anderem auf die Qualität und Quantität der Gesundheitsversorgung?

**SV K.-Dieter Voß** (BKK Bundesverband): Herr Bahr, die Beitragssätze werden jetzt sehr basisdemokratisch von der einzelnen Kasse kalkuliert, und zwar im Rahmen der Selbstverwaltung. Die Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber, die an der Finanzierung der einzelnen Krankenkasse beteiligt sind, üben dieses Recht mit einer hohen Sensibilität, bezogen auf die Einnahmeseite, aber auch auf die

zu erwartenden Ausgaben, aus. Das drückt sich in der jeweiligen Beitragssatzpolitik aus.

Man muss erkennen, dass die geplante Konstruktion der Beitragssatzfindung weniger demokratisch angelegt ist. Sie ist vielmehr global angelegt. Damit ist die Gefahr verbunden, dass der Fondsbeitragssatz schon aus politischen Gründen eher knapp denn hinreichend kalkuliert werden wird. Das hätte zur Folge, dass der Zusatzbeitrag den Finanzierungsbedarf abfedern müsste - um das physikalische Bild von den kommunizierenden Röhren zu verwenden -, der über den Fonds nicht abgesichert ist. Dass dies eintreten kann, zeigen auch die Äußerungen des Schätzerkreises. Auf der letzten Sitzung vor 14 Tagen kam - leider - zum Ausdruck, dass die Kassen und das BMG, das künftig wahrscheinlich die entsprechenden Zahlen für die Bundesregierung generieren wird, unterschiedliche Sichtweisen haben und verschiedene Berechnungen zugrunde legen.

Wenn dieses Bild Wirklichkeit wird - ich erhoffe es mir nicht; es ist aber möglich -, kann die Versorgung, die jetzt, so denke ich, noch bedarfsgerecht erfolgt, eher knapp werden. Schon aus Gründen der knappen Mittelausstattung wird es dann möglicherweise zu einer Rationierung kommen. Ich kann mir nicht vorstellen, dass die Kassen alles über den Zusatzbeitrag abfedern können, weil dieser dann eine gigantische Höhe annehmen würde. Aus Wettbewerbsgründen werden sie unter Umständen auch auf der Ausgabenseite einen knappen Kurs fahren müssen, was nicht zu mehr Qualität führen wird, gar nicht führen kann.

**SVe Annelie Buntenbach** (Deutscher Gewerkschaftsbund): Wir möchten, dass die Kassen ihre Finanzautonomie auch bezüglich der Festlegung des Beitragssatzes behalten. Eine zentrale Festsetzung durch die Bundesregierung, wie sie beim Fonds vorgesehen ist, halten wir für nicht zielführend. Die Selbstverwaltung, die bei den Kassen über die Höhe der Beitragssätze entscheidet, hat eine demokratische Qualität und ist eine Voraussetzung dafür, dass Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit in Einklang gebracht werden können.

Die Politik nimmt auch jetzt schon Einfluss auf die Höhe der Beitragssätze. Es ist nicht so, dass die Politik keinen Rahmen für das Gesundheitswesen setzen würde. Dieser wird

erkennbar. Eine weitere Stärkung des politischen Willens zulasten der Selbstverwaltung halten wir für falsch, zumal der Fonds direkt politisch beeinflusst werden kann. Infolge des Absenkens der Fondsmittel bis auf 95 Prozent kann es bei einzelnen Kassen zu einer Unterfinanzierung kommen. Der politische Wille, keine zusätzlichen Beitragssatzerhöhungen durchzuführen, wirkt sich natürlich auf die Möglichkeiten der Kassen zur Versorgung der Versicherten negativ aus. Aufgrund der Unterfinanzierung kommt es wahrscheinlich zu einer stärkeren Belastung der Versicherten.

Die Selbstverwaltung hat unseres Erachtens eine demokratische Qualität. Die Finanzautonomie sollte bei den Kassen bleiben. Die Beitragssatzhöhe sollte weiterhin von der Selbstverwaltung festgelegt werden. Die Zentralisierung von Entscheidungen bei der Bundesregierung halten wir für falsch, weil sie nicht nur die soziale Selbstverwaltung der Versicherten und Arbeitgeber entmachtet, sondern auch dem Parlament vorgreift; denn allein aufgrund der Verordnungsermächtigungen würden Finanz- und Kontrollentscheidungen über Versichertengelder in Zukunft in einer Hand liegen. Das halten wir nicht für gut.

**SV Alexander Gunkel** (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e.V.): Wir halten die Vereinheitlichung des Arbeitgeberbeitrages in der im Gesetzentwurf angelegten Form grundsätzlich für sinnvoll. Wir haben allerdings die Sorge, dass die Bundesregierung, wenn sie den Beitragssatz festlegen kann, ihn so festlegen wird, dass möglichst wenig Zusatzbeiträge erforderlich sein werden. Sie hat eine unbegrenzte Einschätzungsprärogative. Sie ist nicht an die Empfehlungen der wissenschaftlichen Berater gebunden.

Wir meinen, es wäre nicht erforderlich gewesen, der Selbstverwaltung ihre Beitragsautonomie zu nehmen, um dieses Ziel zu erreichen. Es wäre vielmehr möglich gewesen, den Beitragssatz - abgesehen vom festgeschriebenen Arbeitgeberbeitragsatz - von der Selbstverwaltung in den Krankenkassen festlegen zu lassen.

**SV Prof. Dr. Christoph Fuchs** (Bundesärztekammer): Aus Sicht der Bundesärztekammer bedeutet die Beitragsfestlegung durch die Bundesregierung eine Finanzierung von Staats

wegen. Das ist ein weiterer Schritt in Richtung eines staatlichen Gesundheitswesens. Ich denke, dass wir dann in Verhältnisse marschieren, wie wir sie in England beobachten können: mit nur wenigen Vorteilen, aber mit sehr vielen Nachteilen, weil abzusehen ist, dass das Finanzierungsvolumen nicht mehr ausreichen wird. Dies wird in eine Wartelistenmedizin münden.

Vieles, was das deutsche Gesundheitswesen bisher auszeichnet, wird aufs Spiel gesetzt. Ich meine, mit großem Nachdruck sagen zu dürfen, dass die Qualität des deutschen Gesundheitswesens über Jahrzehnte gewahrt wurde, weil es eine funktionierende gemeinsame Selbstverwaltung gab, die in der Lage war, ein gutes Stück mit Mittelknappheit umzugehen. Die Selbstverwaltung degeneriert durch solche Maßnahmen zu einer Resteverwalterin. Ich meine, dass die Festlegung der Beitragssätze durch die gesetzliche Krankenversicherung weiterhin gewährleistet sein müsste. Hinsichtlich der Qualität der Versorgung, Herr Abgeordneter Bahr, sage ich voraus: Sie wird unter diesen Bedingungen teurer, schlechter und unsicher.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Jetzt kommen wir zur ersten Frageunde der Fraktion Die Linke.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE): Ich habe beim Thema Beitragsfestsetzung viel über Basisdemokratie erfahren. Ich habe aufgrund langjähriger Erfahrung mit der Selbstverwaltung gelernt - das muss ich hier erwähnen -, dass wir bisher eigentlich nur die Möglichkeit hatten, die Beiträge anhand der tatsächlichen Kosten festzusetzen.

Meine Frage richte ich an den Sachverständigen Schneider. Herr Schneider, die Finanzexperten der Spitzenverbände haben die voraussichtliche Entwicklung der Beitragssätze für die kommenden Jahre kalkuliert. Wir haben ja schon etwas zu diesem Thema gehört. Mich würde noch einmal präzise interessieren: Welchen Startbeitragssatz wird es im Durchschnitt im Jahre 2007 geben? Vor allen Dingen möchte ich wissen: Wie hoch werden die zusätzlichen Einnahmen des größten Systems der Versorgerkassen, der AOKen, durch diese Regelung auf der Beitragsseite - auch bedingt durch die Vorgaben des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes - im kommenden Jahr sein?

**SV Werner Schneider:** Die Spitzenverbände haben in den letzten Wochen einheitliche Analysen über die Finanzentwicklung, über die Ausgabenentwicklung und über die Einnahmementwicklung in der GKV - nicht nur im RSA-Schätzerkreis, sondern auch jenseits des RSA-Schätzerkreises - durchgeführt. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass in 2007 - auch unter Berücksichtigung der noch in 2007 nachlaufenden Wirkungen des AVWG, also der Einsparungen im Arzneimittelbereich - mit einer Ausgabendynamik in Höhe von rund 4 Milliarden Euro zu rechnen ist. Die Kürzung der Bundesmittel um nunmehr 1,7 - nicht mehr 2,7 - Milliarden Euro von 2006 auf 2007 belastet den Beitragssatz zusätzlich. Die Mehrausgaben durch die Mehrwertsteuererhöhung sind mit 0,9 Milliarden Euro im Arzneimittelbereich und in verschiedenen Sachkosten- und Verwaltungskostenbereichen anzusetzen, sodass in 2007 ohne Entschuldung mit einer Beitragssatzerhöhung von 0,6 bis 0,7 Prozent zu rechnen ist. Mit Entschuldung unter Berücksichtigung etwaiger Entschuldungseffekte in 2006 - in 2006 wird es voraussichtlich einen Überschuss zwischen 500 Millionen und 1 Milliarde Euro geben - oder auch unter Berücksichtigung etwaiger Verlagerungseffekte auf 2008 ist mit einer Beitragssatzerhöhung von im Durchschnitt des Jahres 2006 14,2 auf rund 15 Prozent zu rechnen.

**Abg. Frank Spieth (DIE LINKE):** Unter der Überschrift „Sicherung einer nachhaltigen und gerechten Finanzierung“ steht in der Koalitionsvereinbarung im Abschnitt zur Gesundheitspolitik:

Wir wollen für diese Frage im Laufe des Jahres 2006 gemeinsam eine Lösung entwickeln. Erforderlich ist ein Konzept, das dauerhaft die Grundlage für ein leistungsfähiges, solidarisches und demografiefestes Gesundheitswesen sichert.

Wie bewerten Sie vor dem Hintergrund dieser Zielsetzung den Gesundheitsfonds als Herzstück dieser Reform?

**SV Werner Schneider:** Ich möchte die Stichworte „Leistungsfähigkeit“, „Demografiefestigkeit“ und „Stärkung der Solidarität“ aufgreifen. Zur Leistungsfähigkeit muss man

bei nüchterner Beurteilung der Regelungen - insbesondere denen zum Zusatzbeitrag in ihrer Wechselwirkung zum Insolvenzrecht und zur Abschaffung der Spitzenverbände in ihrer Eigenschaft als Körperschaften des öffentlichen Rechts - sagen: Die GKV wird nicht leistungsfähiger, sondern sie wird in ihrer Leistungsfähigkeit erheblich geschwächt. Dies ist das Ergebnis des Zusammenwirkens verschiedener Regelungen, die in dieser Ausgestaltung nicht zusammenpassen und zu offensichtlich nicht erwarteten Effekten führen.

Hinsichtlich der Demografiefestigkeit kommt es darauf an, die Einnahmegrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung nachhaltig zu stärken, und zwar ursachenbezogen. Ursachen der GKV-Finanzprobleme liegen in erster Linie in den verschiedenen, immer wieder vorkommenden Finanzverschiebungen, Risikoverschiebungen und Lastenverschiebungen zwischen Bund und GKV und auch zwischen Sozialversicherungszweigen. Diese Lastenverschiebungen haben inzwischen, insbesondere bei den Arbeitslosenversicherungsbeiträgen, ein Volumen von 0,5 Beitragssatzpunkten erreicht und von noch einmal zwei Zehntel Beitragssatzpunkten bei weiteren Schwächungen, etwa im Bereich der Rentenreform, der Entgeltumwandlung.

Das hat zu einer Erosion der Einnahmegrundlagen im Bereich der Versicherten mit niedrigem Einkommen geführt. Im Bereich der Versicherten mit höheren Einkommen kommt es an der Schnittstelle zwischen GKV und PKV zu Erosionsprozessen. Die GKV verliert mit jeweils 100 000 Wechslern zur PKV Deckungsbeiträge in Höhe von 500 Millionen Euro. Diese Ursachen der Finanzprobleme werden in diesem Gesetz nicht angegangen.

Es gibt nicht zu viel Einkommensbezogenheit im heutigen GKV-Finanzsystem, sondern zu wenig. Denn große Teile der Einkommen werden überhaupt nicht zur Beitragsbemessung herangezogen. Die Fokussierung allein auf Löhne und Gehälter bei strukturellen Veränderungen, insbesondere bei Zunahme von Vermögenseinkünften, muss zwangsläufig dazu führen, dass die Finanzgrundlagen der GKV immer weiter geschwächt werden. Im GKV-WSG ist kein Gegensteuern zu finden, sondern eine weitere Verschärfung dieser Entwicklung. Ich erinnere nur daran, dass bei der Einbeziehung von heute nicht Versicherten in die GKV, die unter sozialpolitischen Gesichtspunkten

sicherlich zu begrüßen ist, nicht die Konsequenz gezogen wird, auf der Einnahmeseite eine adäquate Beitragsbemessung mitzuliefern. Das schwächt die gesetzliche Krankenversicherung weiter und macht sie nicht demografiefester, sondern demografieanfälliger.

Hinsichtlich der Solidarität ist zu begrüßen, dass es Ziel der Fondsausstattung ist, die Defizite im Finanzkraftausgleich, die wir heute im RSA haben - er berücksichtigt ja nur 90 Prozent des Ausgabengeschehens -, vollständig auszugleichen. Allerdings muss man sagen, dass dieses Ziel nicht erreicht wird, wenn die tatsächliche Höhe des Zusatzbeitrags letztendlich gar nicht von der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Entwicklung der Krankenkasse, sondern von der Einkommensstruktur der Krankenkasse geprägt wird. Das wurde heute schon wiederholt gesagt. Die Risikoselektionsprobleme, die wir an dieser Schwachstelle bekommen werden, werden weitaus gravierender sein als die Risikoselektionsprobleme, die wir heute an der Schwachstelle des unvollständigen Finanzkraftausgleichs haben.

Bezüglich der Stärkung der Solidarität muss man zu dem Ergebnis kommen: Es ist nicht mehr, sondern weniger Solidarität zu erwarten, weil die kleine Prämie - sie wird sich als Nominalprämie und nicht als Prozentualbeitrag darstellen - dazu führen wird, dass Bezieher höherer Einkommen proportional geringer belastet werden als Bezieher geringerer Einkommen. Zudem kommt es zu einer weiteren Verschiebung in der Parität, mit der mit dem Zusatzbeitrag in Höhe von 0,9 Prozent zum 1. Juli 2005 bereits begonnen worden ist.

Zu allen drei Zielen, die in der Koalitionsvereinbarung genannt worden sind, muss man sagen: Fehlanzeige.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE): Ich richte meine Frage an Herrn Dr. Hoberg, den Vorstandsvorsitzenden der AOK Baden-Württemberg. Herr Dr. Hoberg, was bedeutet die immer noch vorgesehene Insolvenzfähigkeit von Krankenkassen für die gesetzlich Krankenversicherten?

SV **Dr. Rolf Hoberg**: Sie bedeutet eine massive Verunsicherung, da aus dem Zusammenspiel von Änderungen bezüglich der Haftung innerhalb einer Kassenart und von der

Einführung der Insolvenzfähigkeit der einzelnen Kasse ein Dominoeffekt ausgelöst werden kann, der seinen Ausgangspunkt bei der heute schon mehrfach angesprochenen unzureichenden Ausgestaltung des Zusatzbeitrages mit der Kappungsgrenze nimmt. Daraus entsteht eine reale Insolvenzgefahr, die im Dominoeffekt auf alle Kassen einer Kassenart durchschlagen kann. Dies wird die Leistungsansprüche der Versicherten tangieren bis hin zu der Frage, ob für den Insolvenzfall oder zur Vorbeugung des Insolvenzfalles das Sachleistungsprinzip überhaupt noch aufrechterhalten werden kann.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE): Kann das bedeuten, Herr Dr. Hoberg, dass der Versicherte zukünftig nicht mehr mit seiner Krankenkassenkarte, sondern mit seiner EC-Karte bei Leistungserbringern antreten muss?

SV **Dr. Rolf Hoberg**: Dies hängt sicherlich von der Reaktion der Leistungserbringer ab. Aber bereits jetzt kursieren in der Ärzteschaft Gutachten zu der Frage, ob nicht generell zum Kostenerstattungsprinzip übergegangen werden sollte, um möglichen Insolvenzfolgen vorzubeugen.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE): Herr Dr. Hoberg, meine nächste Frage: Was bedeutet die Einführung der Insolvenzfähigkeit für die Krankenkassen und deren Zukunft?

SV **Dr. Rolf Hoberg**: Das ist schwer abschätzbar. Wenn der Bevölkerung dämmert, dass Krankenkassen insolvent werden können, ist aufgrund der massiven Verunsicherung eine Veränderung in der Einschätzung der sozialen Sicherung zu erwarten. Was dies dann für das Vertrauen in die Krankenkassen insgesamt und den Schutz durch die gesetzliche Krankenversicherung bedeutet, möge man sich am Beispiel des Falls Gerling für die gesetzliche Krankenversicherung überlegen.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE): Ich habe eine weitere Frage an Herrn Dr. Hoberg. Sie haben bei der Anhörung zum Vertragsarztrechtsänderungsgesetz freundlicherweise darauf hingewiesen, dass mit der Einführung des Insolvenzrechtes in die GKV Forderungen wie zum Beispiel Pensionsansprüche der ehemals

bei einer Krankenkasse Beschäftigten im Fall der AOK Baden-Württemberg mit etwa 1 Milliarde Euro veranschlagt werden müssten, also ein Risiko ausmachten. Welche Folgen haben die Einführung des Insolvenzrechtes und die persönliche Haftung des Vorstandes für Ihre Haushaltsgestaltung schon im Jahre 2007? Sie als persönlich haftender Vorstand müssten dies ja schon bei der Beitragsgestaltung 2007 berücksichtigen oder liege ich da falsch?

**SV Dr. Rolf Hoberg:** Erstens leben wir noch in der Hoffnung, dass Anhörungen in einem Gesetzgebungsverfahren durchaus etwas bewirken. Zweitens stellen wir unseren Haushaltsplan 2007 auf der Grundlage geltenden Rechts auf und gehen davon aus, dass zumindest in dem jetzt aufzustellenden Haushaltsplan diese Risiken noch nicht abgebildet werden müssen.

Für die Zeit nach 2008 stellt sich dann in der Tat die Frage, wie die Partner, die wir heute für die Betriebsrenten - VBL und ZVK - und die Pensionsabsicherung haben, auf die neue Risikolage reagieren werden und ob hieraus Risikozuschläge für die Absicherung auch bei den Kassen erfolgen, die nach heutigem Stand noch nicht einmal am Horizont Insolvenzrisiken erkennen können.

**Abg. Frank Spieth (DIE LINKE):** Ich hätte das gern etwas konkreter gewusst. Wären Sie möglicherweise unter den gegebenen Voraussetzungen gezwungen, im Haushaltsjahr 2008 Insolvenz anzumelden?

**SV Dr. Rolf Hoberg:** Das hängt noch von der näheren Ausgestaltung der Anforderungen des Insolvenzrechtes ab. Wir lesen den Gesetzentwurf - jedenfalls nach heutigem Stand - so, dass wir Verpflichtungen im Bereich der Betriebsrenten und der Pensionsabsicherung nicht bilanzieren müssen. Für den Fall der Insolvenz einer Kasse würde aber die dort entstehende Notwendigkeit, auch Betriebsrenten und Pensionsansprüche bei einer Insolvenz zu bilanzieren, dann auf den Haftungsverbund durchschlagen und könnte in einem Kaskadeneffekt in der Tat dazu führen, dass im Einzelfall Kassen, die von dieser Einzelinsolvenz entfernt sind, in die Situation getrieben werden, dass sie überschuldet sind und die Insolvenz vorsorglich bei ihrer Aufsicht anzeigen müssten.

**Abg. Frank Spieth (DIE LINKE):** An einen Vertreter der Spitzenverbände stelle ich die Frage: Wie sehen Sie das Haftungsrecht im Zusammenhang mit dem Insolvenzrecht bezüglich der Folgewirkungen für die Spitzenverbände nach den neuen Regelungen?

**SVe Dr. Doris Pfeiffer (VdAK/AEV):** Das Problem liegt ja darin, dass zum einen das Insolvenzrecht für die Kassen gelten soll und zum anderen der Haftungsverbund bei den Spitzenverbänden aufgegeben werden soll. Wir haben heute die Regelung: Wenn Kassen nicht mehr zahlungsfähig sind, müssen die Verbände für die Verpflichtungen haften. Das soll bis auf die festgelegten Ausnahmefälle aufgegeben werden. Das betrifft die Kassen, die am 1. Januar 2008 noch verschuldet sind. Durch die Haftungsverbände - Landesverbände, Bundesverbände oder Ersatzkassenverbände - gibt es eine Absicherung, die zukünftig entfallen würde. Das bedeutet, dass sich hier - Dr. Hoberg hat es bereits angesprochen - die Folgen dieser Insolvenzen fortsetzen würden, und zwar nicht nur bei den Kassen eines Kassenartenverbundes, sondern sich in der Folge auch auf andere übertragen würden.

Die Verpflichtungen werden jetzt zunächst in § 155 SGB V so geregelt, dass dann die Kassen einer Kassenart ohne Verband für die Verpflichtungen aufkommen sollen. Ich stelle mir das sehr interessant vor, wenn eine Kasse einer Kassenart insolvent wird und dann Krankenhäuser oder Ärzte sozusagen in der Republik sammeln gehen müssen, um ihre Kosten erstattet zu bekommen, ohne dass es, wie heute, die Haftungsverbände in Form der Körperschaften gibt. Das wird meines Erachtens dazu führen, dass wir zukünftig das Problem haben werden, dass sich, wenn auch nur das Gerücht aufkommt, dass eine Kasse vor der Insolvenz steht, Krankenhäuser und Ärzte nicht mehr in der Lage sehen werden, gegen Vorlage der Versichertenkarte dieser Krankenkasse zu behandeln, weil sie befürchten müssen, dass ihre Kosten im Falle einer Insolvenz nicht gedeckt sind bzw. sie nur in langwierigen Verfahren von den übrigen Kassen der Kassenart die Kosten erstattet bekommen. Das heißt, hier wird ein Kaskadeneffekt eintreten, der sich nicht nur auf die Kassenlandschaft auswirken und das Vertrauen in die Solidität der gesetzlichen Krankenversicherung erschüttern wird,

sondern auch Auswirkungen auf die Versorgungslandschaft haben wird, weil im Insolvenzverfahren die Verpflichtungen nicht erfüllt werden können und damit Nachfolgersolvenzen in diesen Bereichen entstehen können.

**SV K.-Dieter Voß** (BKK Bundesverband): Vielleicht noch ein Aspekt jenseits der Wirkungen auf die Versorgerseite: Frau Dr. Pfeiffer sprach davon, dass schon ein Gerücht, eine Kasse sei insolvenzgefährdet, schmerzliche Auswirkungen für die Kasse haben werde - jedenfalls im Vergleich zum Istzustand, in dem sich die Haftungsverbände auch präventiv mit den Kassen befassen, bei denen eine finanzielle Schiefelage eingetreten ist. Das wird künftig nicht mehr der Fall sein und ist mit der sehr großen Gefahr verbunden, dass schon ein Gerücht - es muss gar nicht einmal bestätigt werden - bewirkt, dass sich die Mitglieder fragen werden, ob sie bei dieser Kasse gut versichert sind. Sie werden den Exodus antreten mit der Folge, dass sich eine Kasse, die nur gerüchteweise in den Ruf einer Insolvenz kommt, dann im Grunde als leistungsunfähig sehen und Schließungskandidat sein wird. Das wird zur Bereinigung der Kassenlandschaft führen - das ist möglicherweise von einigen politisch gewollt -; aber es wird nicht das Vertrauen der Versicherten in die Kassenlandschaft, in die gesetzliche Krankenversicherung stärken.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Herr Spieth, eine Minute haben Sie gut.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE): Ich nehme das als Guthaben mit.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.) Dann kommen wir zur ersten Frageunde der Fraktion des Bündnisses 90/Die Grünen.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine erste Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Professor Wasem. Herr Wasem, wir haben heute Morgen schon gehört, es sei positiv zu würdigen, dass sich die Koalition immerhin auf das Modell eines Ge-

sundheitsfonds geeinigt habe, auch wenn das nicht das Modell des Sachverständigenbeirats sei. Wenn man jetzt die Fragen hört, die die jeweilige Koalitionsseite stellt, und die Botschaften, die in den Antworten vermittelt werden, dann kann man sich fragen, ob die gemeinsame Überzeugung, der Gesundheitsfonds sei gut, tatsächlich vorhanden ist und ob man sich insbesondere über die Ausgestaltung des Zusatzbeitrages einig ist. Würden Sie es vor diesem Hintergrund für zielführend halten, wenn die Opposition einmal den Saal verlasse, um der Koalition Zeit zu geben, sich zu einigen?

**SV Prof. Dr. Jürgen Wasem:** Frau Abgeordnete, ich hatte schon gestern bei der Anhörung zum Thema Arzneimittel gelegentlich den Eindruck, dass im Saal 80 Prozent Opposition und nicht 60 Prozent Regierungsmehrheit sitzen. Das ist in der Tat so.

Ich verstehe Ihre Frage so, dass es Ihnen im Kern darum geht, ob der Gesundheitsfonds so, wie er beschlossen worden ist, ein sinnvolles Konzept ist. Ich frage zunächst einmal grundsätzlich: Warum machen wir die ganze Veranstaltung? Wir machen die ganze Veranstaltung, weil wir ein strukturelles Einnahmeproblem der gesetzlichen Krankenversicherung haben. Das ist heute schon in ein, zwei Fragen und Statements, etwa dem des Sachverständigen Schneider, thematisiert worden.

Wenn wir uns den Gesundheitsfonds anschauen, kommen wir zu dem Ergebnis, dass man auf der generellen Ebene sagen muss, dass er sicherlich keine Antwort auf das Einnahmeproblem der gesetzlichen Krankenversicherung liefert. Das Dilemma ist ja, dass wir vor der Wahl zwei Konzepte hatten, die sehr unterschiedlich sind und die man unterschiedlich bewerten kann, über die aber je für sich mit einiger Plausibilität gesagt werden kann, dass sie eine Antwort auf das Einnahmeproblem der gesetzlichen Krankenversicherung liefern. So wie diese zwei Konzepte in der konkreten Ausgestaltung des Gesundheitsfonds miteinander kombiniert worden sind, kann man nicht sagen, dass sich die positiven Effekte der Einzelelemente in diesem Konstrukt addiert haben. Das wäre die denkbar vorteilhafteste Lösung gewesen. Vielmehr interagieren sie in einer Weise, die den Gesamteffekt relativ problematisch erscheinen lässt.

Wenn Sie zusätzliche Detailfragen haben, können wir sie sicher besprechen. Ich belasse es jetzt erst einmal bei diesem allgemeinen Statement.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich frage Sie, Herr Wasem, gleich weiter: Das Gesetz erhebt ja schon im Titel den Anspruch, dass mit dem Fonds der Wettbewerb zwischen den Kassen gestärkt werden und Anreize für eine wirtschaftliche Versorgung gesetzt werden sollen. Sehen Sie das mit dem Fonds gegeben und wie bewerten Sie die Ausgestaltung?

SV **Prof. Dr. Jürgen Wasem**: Frau Abgeordnete, zunächst einmal weise ich darauf hin, dass wir seit der Grundentscheidung zum GSG von 1992 Kassenwettbewerb haben. Dieser Kassenwettbewerb - schauen wir uns das einmal im Detail an - findet faktisch ausschließlich auf der Finanzierungsseite statt und schlägt sich in Gestalt von Beitragssatzwettbewerb nieder. Uns fehlt - ich denke, viele Akteure würden dem zustimmen - ein vernünftiges Konzept, wie wir den Wettbewerb auf der Ausgabenseite so mit Leben füllen können, dass sich die Kassen als kluge Einkäufer von Gesundheitsleistungen, denen es um Qualität und Wettbewerb geht, wettbewerbslich profilieren können. Meine Diagnose lautet zunächst einmal: Uns fehlt eigentlich nicht der Wettbewerb auf der Finanzierungsseite, sondern uns fehlt ein schlüssiges Konzept für Wettbewerb auf der Ausgabenseite.

Der Entwurf ist aus meiner Sicht so einzuordnen, dass versucht wird - das sollten wir gleich noch im Detail betrachten -, auf der Finanzierungsseite den Wettbewerb schärfer zu machen. Insbesondere das Konstrukt der sehr kleinen, im Durchschnitt nahe null liegenden Zusatzprämie wird zu einer Verschärfung des Wettbewerbs auf der Ausgabenseite führen. Daran gibt es, glaube ich, wenig Zweifel. Deswegen wird ja von vielen Seiten betont, dass man ganz sorgfältig darauf achten muss, dass die Zusatzprämie wirklich Preissignale widerspiegelt etc. Uns liegen dazu keine harten Daten vor; aber es besteht allgemein der Eindruck, dass Prämienunterschiede bei einer kleinen Zusatzprämie nahe null sehr sensibel wahrgenommen werden. Das wird deutlich stärker wahrgenommen werden, als es heute bei den Beitragssatzunterschieden der Fall ist.

Wir haben also im Gesetzentwurf schon eine Verstärkung des Wettbewerbs auf der Finanzierungsseite, weil die Merklichkeit dieser Unterschiede der kleinen Zusatzprämie vermutlich nahe null sein wird.

Auf der Ausgabenseite besteht eine sehr ambivalente Situation. Ich will dem Gesetzentwurf nicht absprechen, dass er Elemente enthält, die den Wettbewerb auf der Ausgabenseite durchaus intensivieren. Aber es ist aus meiner Sicht kein kohärenter Entwurf für mehr Vertragswettbewerb. Gestern in der Anhörung zu Arzneimitteln habe ich davon gesprochen, dass wir einen Regulierungsschub haben, in dem wir eine Regulierungsschicht auf die andere laden. Das gilt natürlich auch zum Teil in anderen Bereichen, sodass wir weit davon entfernt sind, ein konsistentes Wettbewerbsmodell auf der Ausgabenseite zu haben. Wir haben natürlich auch Regelungen auf der Ausgabenseite, die stärker vom Wettbewerb wegführen.

Mein zusammenfassendes Fazit lautet: Verschärfung des Preiswettbewerbs findet statt; aber die Möglichkeiten der Kassen, sich als kluge Einkäufer von Gesundheitsleistungen im Vertragswettbewerb zu gerieren, fehlen weitgehend. So eine Wettbewerbsmischung finde ich nicht unproblematisch.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Zum Wettbewerb auf der Finanzierungsseite, und zwar zum Zusatzbeitrag, würde ich gerne nachfragen, Herr Wasem. Dort ist weder ein Ausgleich vorgesehen für die unterschiedlichen Einkommensstrukturen der Versichertenkollektive noch für ihre abweichenden Risikostrukturen, noch für die unterschiedliche Zahl der beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen. Welche Auswirkungen hat diese fehlende Risikoadjustierung des Zusatzbeitrages?

SV **Prof. Dr. Jürgen Wasem**: Man muss sicherlich einiges unterscheiden. Ich bin mir bei den Risikostrukturen noch nicht ganz sicher. Ich kann mir nicht ernsthaft vorstellen, dass der Gesetzentwurf vorsieht, dass die risikoadjustierten Zahlungen, die aus dem Fonds kommen, nicht so ausgestaltet werden, dass damit auch eine Risikoadjustierung hinsichtlich des Morbiditätsrisikos für den über Zusatzprämien finanzierten Teil erfolgen soll. Sprich: Ich halte §266 SGB V zwar für un-

glücklich formuliert; aber ich gehe nicht davon aus, dass der Gesetzentwurf grundsätzlich keine Morbiditätsadjustierung für den Zusatzprämienteil vorsieht.

Das möchte ich Ihnen am Beispiel Hollands deutlich machen. Das dortige Modell ist sehr ähnlich strukturiert. Ein wichtiger Unterschied besteht allerdings darin, dass die Zusatzprämie in Holland durchschnittlich 50 Prozent der Gesamtausgaben beträgt. Selbstverständlich sind die risikoadjustierten Zahlungen aus dem Fonds in Holland so ausgestaltet, dass die Risikoadjustierung für 100 Prozent und nicht für nur 50 Prozent der Ausgaben stattfindet. Es wäre schließlich völlig absurd, wenn in Holland für die Hälfte der Gesundheitsausgaben der GKV jeglicher Risikoausgleich unterbleiben würde.

Man muss also eine Ausgestaltung wählen - ich will jetzt keine technischen Einzelheiten ansprechen; sie sind allerdings sehr gut darstellbar -, durch die sichergestellt werden kann, dass der Zusatzbeitrag im Hinblick auf die Morbidität risikoadjustiert ist, sodass keine Kasse deswegen einen höheren Zusatzbeitrag erheben muss, weil ihre Mitglieder höhere Gesundheitsrisiken als die anderer Kassen haben. Ich kann mir nicht vorstellen, dass dieses Haus diese Regelung tatsächlich in dieser Form beschließen wollte, und vermute daher, dass § 266 des SGB V lediglich unglücklich formuliert ist.

Nun zur Frage der unterschiedlichen Einkommensstrukturen. Der Sachverständige Schneider hat darauf hingewiesen, dass sich, was die Ausgestaltung der Zusatzbeiträge betrifft, vermutlich die Pauschalprämie durchsetzen wird. Ich teile diese Einschätzung. Sinnvoll wäre es, Geringverdienern, die die Pauschalprämie nicht aufbringen können, einen externen Zuschuss zu gewähren. Auch im Kopfprämienmodell der CDU/CSU waren steuerliche Transfers für Geringverdiener vorgesehen. Ebenso wären - so lautete, wie ich glaube, der Vorschlag von Herrn Rürup - steuerliche Transfers aus dem Gesundheitsfonds an die Geringverdiener vorstellbar.

Wenn man so vorgehe, dass man den Menschen, die ein geringes Einkommen haben und den Zusatzbeitrag daher nicht aufbringen können - weil das als nicht zumutbar gilt -, einen externen Zuschuss zukommen lässt, bräuchte man in diesem Zusammenhang keinen Ein-

kommensausgleich. Diesen Weg hielte ich für sinnvoll.

Die momentan geplante 1-Prozent-Regelung sieht vor, dass zunächst mindestens 8 Euro zu zahlen sind, bevor die Härtefallregelung greift. Die Kassen müssen die ihnen fehlenden Mittel durch Erhebung einer höheren Zusatzprämie selbst generieren. Das halte ich für völlig absurd. Das Ergebnis ist nämlich, dass die Zusatzprämien, die die Kassen erheben müssen, überhaupt nichts mit Effizienz und schlauem Vertragsmanagement zu tun haben. Vielmehr würde dadurch in sehr hohem Maße die Einkommenssituation der Versicherten widerspiegelt. Auch in diesem Fall kann ich mir nicht ernsthaft vorstellen, dass der Deutsche Bundestag tatsächlich eine solche Regelung beschließen möchte.

**Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):** Meine nächste Frage zum Thema Morbi-RSA richtet sich erneut an Herrn Wasem und überdies an Herrn Schneider: Es ist vorgesehen, die Zahl der im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich berücksichtigten Krankheiten auf 50 bis 80 zu begrenzen, nämlich nur auf solche, die Kosten verursachen, die um mindestens 50 Prozent über den durchschnittlich für jeden Versicherten getätigten Ausgaben liegen. Welche Auswirkungen werden diese Einschränkungen auf die Zielgenauigkeit des RSA haben?

**SV Prof. Dr. Jürgen Wasem:** Frau Abgeordnete, bitte lassen Sie mich zunächst noch einen kurzen Nachtrag zu meiner Antwort auf Ihre vorherige Frage machen: Wenn man eine Zusatzprämie einführen möchte - ich selbst habe Anfang dieses Jahres ein Modell mit einer im Durchschnitt deutlich höheren Zusatzprämie vorgeschlagen -, muss man über die Frage diskutieren: Brauchen wir eine Überforderungsklausel oder nicht? Das ist letztlich eine politische Entscheidung. Wenn man sich für eine Überforderungsklausel entscheidet, dann muss man sie aber so ausgestalten, dass durch sie nicht alle anderen Absichten, die man mit diesem Modell verfolgt, zunichte gemacht werden.

Ich muss deutlich sagen: Durch die konkrete Ausgestaltung der Regelung, dass die Kasse die aufgrund der Überforderungsklausel fehlenden Mittel durch Erhebung einer höheren

Zusatzprämie vom Rest der Versicherten einnehmen muss, wird der ansonsten potenziell positive Prämienansatz zerstört; in diesem Punkt möchte ich mich der Einschätzung von Herrn Wille durchaus anschließen. Ich denke, die Koalition sollte sich wirklich überlegen, ob sie wirklich ein solches Modell beschließen will; denn es schadet mehr, als es nützt. Das können Sie aus meiner Sicht nicht ernsthaft wollen.

Nun, Frau Abgeordnete, komme ich auf Ihre Frage zur Morbiditätsorientierung beim Risikostrukturausgleich zu sprechen. Zunächst einmal möchte ich betonen: Ich begrüße es, dass der Morbi-RSA, den die Bundesregierung ursprünglich auf rechtswidrige Weise nicht planmäßig zum 1. Januar 2007 einführen wollte, nun hiermit eingeführt werden soll. Der seit 2001 bestehenden eindeutigen gesetzlichen Verpflichtung zur Einführung des Morbi-RSA ist die Bundesregierung bisher nicht nachgekommen.

Es ist möglich, auf der Basis des innerhalb der Koalition gefundenen Kompromisses, dass die Zahl der im Morbi-RSA zu berücksichtigenden Krankheiten 50 bis 80 betragen soll, einen funktionsfähigen morbiditätsorientierten RSA zu schaffen. Ich glaube, es besteht unter allen Akteuren Konsens, dass ein prospektiver Morbi-RSA eingeführt werden soll. Ein prospektiver RSA fokussiert auf chronische Erkrankungen. Akuterkrankungen werden in ihm faktisch nicht berücksichtigt - selbst dann nicht, wenn er sehr umfassend ist und in ihm Hunderte von Krankheiten enthalten sind -, weil sie im prospektiven RSA des Folgejahres nicht mehr zu Buche schlagen.

Ich bin grundsätzlich der Auffassung, dass man mit einem Morbi-RSA, der 50 bis 80 Krankheiten umfasst, vernünftig arbeiten kann. So ist zum Beispiel der Morbi-RSA, der im Medicare-System der USA Anwendung findet, eine abgespeckte Version des Gutachternvorschlags aus dem Jahr 2004, in dem ebenfalls vorgesehen war, lediglich einige Dutzend Erkrankungen zu berücksichtigen. Ein solcher RSA ist, wie ich glaube, eine gute Arbeitsgrundlage.

Allerdings habe ich ein Problem mit der zusätzlichen Vorgabe, dass die Morbiditätszuschläge auf solche Krankheiten begrenzt werden sollen, die Kosten verursachen, die um mindestens 50 Prozent über den für je den Ver-

sicherten durchschnittlich getätigten Ausgaben liegen. Wenn man schon eine solche Grenze einführt, hielte ich es für sachgerechter, sich dabei an einem Risikoprofil für Gesunde zu orientieren, was bedeuten würde, dass solche Krankheiten berücksichtigt werden, die Kosten verursachen, die 50 Prozent über den durchschnittlichen Ausgaben für gesunde Versicherte liegen.

Ebenso hielte ich es für sachgerecht, eine Altersadjustierung vorzunehmen. Denn es ist plausibel, dass das Niveau der Ausgaben für junge Versicherte prinzipiell deutlich niedriger ist. Wenn bei der Bemessung der 50-Prozent-Grenze keine Altersadjustierung vorgenommen würde, ginge dies zulasten der jungen Erkrankten. Das darf in einem System, in dem Wettbewerb herrschen soll, sinnvollerweise nicht der Fall sein.

Auch die 50-Prozent-Regel ist eine politische Regelung. Ich kann sie mir allerdings grundsätzlich vorstellen. Wichtig fände ich aber, dass zumindest eine Altersadjustierung vorgenommen wird; das erscheint mir fast zwingend. Darüber hinaus hielte ich es für sinnvoll, als Benchmark das Risikoprofil gesunder Versicherter heranzuziehen.

**SV Werner Schneider:** Ich sehe die Konzeption des GKV-WSG deutlich skeptischer, als sie der Sachverständige Wasem beurteilt. Eine Reduzierung der Zahl der Krankheiten ist aus mehreren Gründen weder sachlich begründbar noch vertretbar. Sie ist insbesondere aufgrund der Unbestimmtheit des Begriffes „Krankheiten“ sachwidrig. Im Gesetzentwurf ist tatsächlich der Begriff „Krankheiten“ genannt. In der Wissenschaft gibt es aber keine eindeutige und auch keine einvernehmliche Definition dieses Begriffes. In den international gebräuchlichen Kodifizierungen von Krankenhausdiagnosen gibt es 20 000 Diagnosen auf der Einzelebene, 210 Gruppen und 14 Kapitel. Die Frage, welches Verständnis von „Krankheiten“ die Bundesregierung zugrunde gelegt hat, wird an keiner Stelle beantwortet.

Auch die Art und Weise, wie man zu einer vernünftigen Auswahl der Krankheiten kommen möchte, ist im vorliegenden Konzept völlig unzureichend geregelt. Dadurch entsteht der Eindruck, dass man sich nicht verständigen konnte und das Problem daher lediglich auf

das Jahr 2008 verschoben hat. In diesem Zusammenhang misstrau ich der politischen Akzeptanz der vorliegenden Ergebnisse, die möglicherweise im Jahre 2008 nach Beratung durch den wissenschaftlichen Beirat von der zuständigen Behörde gefunden werden. Es wird innerhalb der Koalition erneut zu einem Streit über die Vorschläge der zuständigen Behörde kommen.

Ebenso ist von meiner Seite aus kein Vertrauen in die rechtliche Akzeptanz der vorliegenden Regelungen vorhanden, weil diese sehr unbestimmt sind. Man kann nicht den Begriff „Krankheiten“ verwenden, ohne eine konkrete Definition zugrunde zu legen, und man muss zumindest ein sinnvolles und sachgerechtes Verfahren anwenden.

Hierzu liegen Verbesserungsvorschläge vor. Auch wenn die Festlegung einer Zahl der im Morbi-RSA zu berücksichtigenden Krankheiten auf politischer Ebene nicht mehr zu beseitigen ist, sollte man an dieser Stelle auf jeden Fall nachbessern.

Die Vorgabe der 50-Prozent-Überschreitung ist in der Tat - hier teile ich die Einschätzung von Herrn Professor Wasem - völlig unzureichend. Sie führt nicht nur zu nicht vernünftigen Ergebnissen. Vielmehr birgt sie sogar die Gefahr von zusätzlichen Verzerrungen in sich. Weil die Höhe der Ausgaben altersstrukturell bestimmt ist, kann sich das Problem ergeben, dass die Kosten bestimmter Krankheiten, die eigentlich zu berücksichtigen wären, nicht berücksichtigt werden. Das geschieht typischerweise im Falle von Multimorbiditäten bei alten Menschen. Die Multimorbidität kann in diesem Konzept überhaupt keine Berücksichtigung finden.

Die 50-Prozent-Vorgabe ist auch im Hinblick auf den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen, bei denen überwiegend junge Menschen versichert sind, die in sehr unterschiedlichem Ausmaß krank sein können, eine unzureichende Vorgabe. Denn junge Menschen überschreiten die 50-Prozent-Hürde sehr häufig sogar trotz ernsthafter chronischer Erkrankungen nicht. Selbst durch die meisten DMP-Diagnosen würde die 50-Prozent-Schwelle nicht überschritten werden. Deshalb sind im Jahr 2008 innerhalb der Koalition erneut Streitigkeiten über die Ausgestaltung dieser Regelung zu erwarten.

Noch viel schlimmer ist allerdings Folgendes: Wenn im Jahre 2009 auf der Basis des Konzepts die Bescheide des Bundesversicherungsamtes an die Krankenkassen verschickt werden, ist mit einer neuen Klagewelle zu rechnen. Die Unbestimmtheit des Begriffes „Krankheit“ führt dazu, dass eine nachgeordnete Behörde einen erheblichen Ermessensspielraum bekommt und im Hinblick auf die RSA-Transfers über Veränderungen in einer Größenordnung von mehreren Milliarden Euro entscheiden kann.

Als es um das RSA-Reformgesetz ging, führten wir einen Streit über die Frage: Ist es rechtlich überhaupt zulässig, die Klassifikation des Morbiditätsmodells in einer Rechtsverordnung zu regeln? Einige namhafte Staatsrechtler haben die Position vertreten, sie müsse in einem Gesetz vorgegeben werden. Diese Normenhierarchie wird gegenwärtig gar nicht mehr beachtet. Die Zuständigkeit dafür soll jetzt schlichtweg einer Behörde übertragen werden. Das kann nicht rechtens sein und wird im Rahmen der Durchführung des RSA erhebliche Rechtsunsicherheiten zur Folge haben.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Wir kommen nun zur zweiten Frageunde der CDU/CSU-Fraktion.

Abg. **Annette Widmann-Mauz** (CDU/CSU): Meine Fragen betreffen drei unterschiedliche Themenkomplexe.

Meine erste Frage richtet sich an die Spitzenverbände der Krankenkassen: Die Krankenkassen haben künftig die Möglichkeit, den Zusatzbeitrag entweder pauschal oder prozentual zu erheben. Für welchen Weg werden sich die Kassen Ihrer Kassenart nach Ihrer Einschätzung mehrheitlich entscheiden?

Meine zweite Frage stelle ich Professor Wille: Zur Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags haben wir die Aussagen von Herrn Gunkel von der BDA und von Frau Buntenbach vom DGB gehört. Sie sind nicht deckungsgleich. Während die BDA davon ausgeht, dass es sich nicht um eine Festschreibung handelt, ist der DGB der Auffassung, dass die Kostensteigerungen in Zukunft auf Arbeitnehmerseite zu verzeichnen sein werden. Professor Wille, können Sie diesen Widerspruch aufklären? Kann man nicht von einer temporären Fest-

schreibung sprechen, die so lange fortbesteht, bis die 95-Prozent-Grenze im Hinblick auf die Leistungsausgaben unterschritten ist?

Meine dritte Frage: Wir haben verschiedene Vorschläge dazu gehört, wie der Zusatzbeitrag auf praktikable Weise erhoben werden kann. Sie selbst haben vorgeschlagen, ihn im Falle der Überforderung über Steuerzuschüsse zu finanzieren. Mich würde interessieren: Sollten nicht, bevor kassenindividuelle oder steuerliche Solidargemeinschaften in Anspruch genommen werden, Zumutbarkeitsregeln angewandt werden, die den Kassenwechsel befördern? Sie selbst haben schließlich erläutert, dass es auch solche Kassen geben wird, die einen Beitrag ausschütten bzw. gar nicht erst solche Zusatzbeiträge, die eine Überforderung auslösen, erheben müssen. Sollte man also nicht zunächst an die Anwendung von Zumutbarkeitsregeln, die einen Kassenwechsel befördern, denken, bevor Solidargemeinschaften in Anspruch genommen werden?

**SV Dr. Hans Jürgen Ahrens** (AOK-Bundesverband): Zu Ihrer ersten Frage, Frau Abgeordnete, die Sie an uns gerichtet haben: Die Alternative, die Sie genannt haben, ist eine Scheinalternative. Es mag zwar auf den ersten Blick als der gerechtere Weg erscheinen, einen prozentualen Zusatzbeitrag zu erheben, weil sich die Besserverdienenden dadurch in größerem Umfang beteiligen müssten. Das hätte aber sofort zur Konsequenz, dass sie die Kasse wechseln würden. Daher kann ich mir nicht vorstellen, dass sich eine Kasse für diese Alternative entscheidet.

**SV Dr. Doris Pfeiffer** (VdAK/AEV): Ich kann den Ausführungen von Herr Dr. Ahrens nur beipflichten. Wir müssen davon ausgehen, dass manche Kassen eine pauschale Prämie erheben wollen. Sobald dies auch nur eine einzige Kasse tut, sind alle anderen Kassen aufgrund des Wettbewerbs gezwungen, ebenfalls eine pauschale Prämie zu erheben, weil ihnen andernfalls die Abwanderung ihrer gut verdienenden Mitglieder droht.

**SV K.-Dieter Voß** (BKK Bundesverband): Das gilt für uns genauso. Angesichts des Wettbewerbs werden die Kassen lieber einen pauschalen Zusatzbeitrag als einen solidarischen Vomhundertsatz erheben. Eine Umfrage unter

unseren Kassen, welche Tendenz es in dieser Frage gibt, hat gezeigt, dass sie sich unter Wettbewerbsbedingungen so verhalten würden, wie ich es beschrieben habe.

**SV Rolf Stuppardt** (IKK-Bundesverband): Diese Einschätzung teile auch ich, zumal wir davon ausgehen müssen, dass die Kassen, die nicht aufgrund von Wirtschaftlichkeitsvorteilen, sondern aufgrund anderer pekuniärer Vorteile eine Auszahlung vornehmen müssen, dies in Form einer Kopfprämie tun werden. Das wird sich herumsprechen. Insofern wird es für die Mehrheit der Kassen mit Sicherheit auf eine Prämienauszahlung hinauslaufen.

**SV Prof. Dr. Eberhard Wille:** Die Antwort auf Ihre Frage hängt sehr stark von der künftigen Ausgestaltung des Fonds ab. Wenn der Fonds bereits existieren würde und der Beitragssatz zur Krankenversicherung bei einem Ausgleich von 100 Prozent bei 13,2 Prozent fixiert wäre, dann würde dies für die Arbeitgeber in der Summe keinen Unterschied bedeuten, im Detail und regional betrachtet allerdings schon.

Die AOK Baden-Württemberg beispielsweise hat einen Beitragssatz von über 13,2 Prozent; bei einer Krankenkasse, die einen solchen Beitragssatz hat, müssten die Arbeitgeber weniger zahlen. Der Beitragssatz der AOK Sachsen hingegen liegt unterhalb von 13,2 Prozent; bei einer Kasse mit einem solchen Beitragssatz müssten die Arbeitgeber mehr zahlen. Eine derartige Situation wäre unter regionalpolitischen Gesichtspunkten nicht ideal. Aber das wäre die faktische Auswirkung dieser Regelung.

Würde die Finanzierung des Fonds 100 Prozent betragen, würde die Belastung der Arbeitgeber in der Summe konstant bleiben. Würde sie allerdings auf 95 Prozent sinken, hätten Sie Recht: Die Arbeitgeber würden entlastet und die Arbeitnehmer stärker belastet, weil dann zwangsläufig die Höhe des Zusatzbeitrags steigen würde.

Wenn ich den Gesetzentwurf richtig interpretiere, soll der Anteil der Finanzierung des Fonds aber nicht unter 95 Prozent sinken. Ab dieser Schwelle bleibt das Verhältnis zwischen der Zahlung des Beitrags durch den Arbeitgeber

ber und dem Zusatzbeitrag in der Summe immer gleich.

Abg. **Annette Widmann-Mauz** (CDU/CSU): Ich hatte noch eine dritte Frage zur Anwendung von Zumutbarkeitsregeln im Falle der Überforderung bzw. im Hinblick auf die Beförderung des Kassenwechsels gestellt.

**SV Prof. Dr. Eberhard Wille:** Die Antwort auf diese Frage hängt davon ab - ich deutete das schon an -, wie viele Kassen es insgesamt geben wird, deren Zusatzbeitrag weniger als 1 Prozent des beitragspflichtigen Haushaltseinkommens beträgt. Solange das bei einer Fülle von Kassen der Fall ist, halte ich es für zumutbar, die Höhe des Zusatzbeitrags nicht im Sinne der Überforderungsklausel zu begrenzen; denn der Betroffene hat die Option, in eine günstigere Kasse zu wechseln. Es muss nicht zwangsläufig so sein, dass alle Menschen mit niedrigem Einkommen Mitglieder der Kassen sind, die die höchsten Zusatzbeiträge erheben.

Die Einführung einer Überforderungsklausel hat unter verteilungspolitischen Gesichtspunkten erst dann eine Berechtigung, wenn es für die Versicherten mit niedrigem Einkommen keine zumutbare Option mehr gibt, in eine Kasse, deren Zusatzbeitrag weniger als 1 Prozent des Haushaltseinkommens beträgt, zu wechseln. Das wäre bei einer 95-prozentigen Finanzierung wahrscheinlich der Fall; bei einer 100-prozentigen Finanzierung würde ich das ausschließen.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den BKK-Bundesverband und an Herrn Professor Henke: Der Vertreter des BKK-Bundesverbandes hat gerade ausgeführt, dass die Festlegung der Beitragssätze nicht mehr hinreichend demokratisch legitimiert sei. Wie wäre es denn, wenn der Deutsche Bundestag und nicht die Bundesregierung die Höhe des Beitragssatzes festlegen würde?

Ich habe noch folgende Zusatzfrage an die Deutsche Rentenversicherung mit der Bitte um eine sehr kurze Antwort: Welche Konsequenzen hat die Neuordnung der Finanzierung, insbesondere die Neubestimmung des Fälligkeitstermins, für die Rentenversicherung?

**SV K.-Dieter Voß** (BKK Bundesverband): Herr Abgeordneter, wenn der Deutsche Bundestag die Höhe des Beitragssatzes festsetzen würde, wäre dies mit einer größeren demokratischen Legitimation verbunden. Aber auch diese Lösung wäre keinesfalls so problemorientiert und basisdemokratisch, als wenn die einzelnen Kassen die Höhe ihres Beitragssatzes selbst bestimmen, wie es gegenwärtig der Fall ist.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Ist das ein Zweifel an der parlamentarischen Demokratie schlechthin?

**SV K.-Dieter Voß** (BKK Bundesverband): Nein, das ist kein Zweifel an der parlamentarischen Demokratie. Es geht um die Frage, ob es nicht besser ist, Probleme vor Ort zu lösen, da ihre Lösung auf diesem Wege möglicherweise passgerechter gestaltet werden könnte, als eine globale Regelung durch den Deutschen Bundestag in Erwägung zu ziehen, die dann für die gesamte Republik, für alle Betriebe und alle Versicherten Geltung hätte.

**SV Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke:** Es ist schwierig, als Ökonom zu einer solchen juristischen Frage Stellung zu nehmen. Daher möchte ich erneut einige grundsätzliche Überlegungen anführen. Ich hatte mich dafür ausgesprochen - auch viele meiner Kollegen haben das getan -, dass der Arbeitgeberbeitrag ausbezahlt wird. Dazu wird es allerdings nicht kommen. Somit können wir ihn dauerhaft festschreiben, um durch die Prämie - längerfristig gedacht - eine Art floatenden Arbeitnehmerbeitrag zu schaffen.

Ob der Deutsche Bundestag über die Höhe des Beitragssatzes entscheiden sollte, ist eine juristische Frage. Ich bin der Auffassung, dass solche Wesentlichkeitsentscheidungen durchaus dort angesiedelt sein könnten. Ich kann mich erinnern, dass der verstorbene Herr Jung immer wieder das Beitragssatzstabilitätsgesetz betont hat. Wenn man die Beitragssatzstabilität immer weiter relativiert, ist das ein Freibrief für die Kassen, ihre Beitragssätze zu erhöhen. Das ist jetzt nicht mehr möglich. Diese Möglichkeit wird den Kassen genommen. Dann muss auf der Leistungsseite Wettbewerb generiert werden. Die Liberalität dieses Systems

soll erhöht und dadurch der bestehende monolithische Block aufgebrochen werden. Aus politökonomischer Perspektive kann ich nachvollziehen, dass diese Grenze eingezogen wird. Aber selbst wenn diese Grenze prozentual festgesetzt wird, ist angesichts der Erosion der Bemessungsgrundlage nicht mit hohen, sondern nur mit marginalen Mehreinnahmen zu rechnen, mit denen aber schon.

Hinzu kommen der Kinderlastenausgleich und die Steuerzahlungen, die zu starken Senkungen der Beitragssätze geführt hätten. Aus politökonomischer Sicht begrüße ich diese Entwicklung in ihrer Gesamtheit. Ich befürworte es, dass der Arbeitgeberbeitrag dauerhaft festgeschrieben wird. Der floatende Arbeitnehmerbeitrag ist das Tierchen, das wir in Zukunft besonders pflegen müssen.

**SV Dr. Axel Reimann** (Deutsche Rentenversicherung Bund): Im Hinblick auf die Festsetzung des Beitragssatzes und das Rentenzahlverfahren müssen wir darauf hinweisen, dass wir einen zeitlichen Vorlauf von zwei Monaten benötigen, sodass der Beitragssatz zum 1. November eines Jahres festgesetzt sein muss, damit zum 1. Januar des nächsten Jahres von den Renten die Beiträge gemäß der dann aktuellen Beitragssätze einbehalten bzw. abgeführt werden können. Das hängt damit zusammen, dass die Versicherten im Voraus über Änderungen der Beitragssätze zu informieren sind.

Wenn ein solcher zeitlicher Vorlauf nicht gewährleistet ist, müsste weiterhin mit den alten Beitragssätzen gearbeitet werden. Anschließend müsste dann mittels komplizierter Bescheidverfahren Geld einbehalten werden. Das würde zu einem erheblichen Mehraufwand führen. In Anbetracht von mehr als 20 Millionen Rentenzahlungen, die wir monatlich zu leisten haben, ist es aus verfahrenstechnischen Gründen erforderlich, dass der Beitragssatz, wenn er jeweils zum 1. Januar eines Jahres neu bestimmt werden soll, schon zum 1. November des Vorjahres bekannt gegeben wird.

**Abg. Dr. Rolf Koschorrek** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an Professor Wille und an Professor Henke: Sie haben im Zusammenhang mit dem Zusatzbeitrag angemahnt, dass die Kassen auf der Ausgabenseite mehr Gestal-

tungsmöglichkeiten brauchen. Im jetzt vorliegenden Gesetzentwurf wird das Instrument der Selektivverträge deutlich gestärkt. Welche Ansätze sehen Sie, um die Nutzung dieses Instruments noch weiter auszubauen?

**SV Prof. Dr. Eberhard Wille:** Wir haben in der gestrigen Anhörung zum Thema Arzneimittel festgestellt, dass § 130 a Abs. 8 des SGB V, in dem es um die Rabattverträge zwischen den Krankenkassen und den Herstellern geht, im Grunde genommen nicht zu effektuieren ist. Es ist für die pharmazeutische Industrie uninteressant, solchen Kassen einen Rabatt in Aussicht zu stellen, die keinen Mehrverbrauch ihrer Arzneimittel gewährleisten können.

Unter den gegenwärtigen gesetzlichen Bedingungen müssten die Krankenkassen unter Einbindung der Apotheker und der Ärzte verwaltungsaufwendige Konstrukte entwickeln, wie es die Barmer getan hat. Hier gibt es aus meiner Sicht bessere Wege der Effektuierung, so zum Beispiel das Modell der kassenspezifischen Positivlisten, das das WIdO, das IGES, Herr Cassel und ich vorgeschlagen haben.

Wir müssen den großen Kassen, die teilweise zweifellos eine etwas schlechtere Risikostruktur aufweisen, unbeschadet der Ausgestaltung des Risikostrukturausgleichs die Möglichkeit bieten, ihre Marktmacht im Rahmen eines Vertragswettbewerbs auszunutzen. Diese Situation ist im Arzneimittelbereich auch heute noch immer relativ unbefriedigend. Ich halte die jetzige Ausgestaltung im Hinblick auf die Einbeziehung der Apotheken für weniger geeignet als Direktverträge zwischen Herstellern und Kassen. - Das ist nur ein Beispiel.

Ein weiteres, salopp formuliertes Beispiel: Eine Kasse wie die DAK oder die Barmer könnte Arznei- und Hilfsmittel sicherlich preiswerter einkaufen als die BKK Löwensenf. Dafür bietet die BKK Löwensenf vielleicht die etwas bessere Risikostruktur. Eine Kasse wie die AOK Baden-Württemberg hätte, wenn man Vertragsverhandlungen im Krankenhaus zuließe und sie einem Krankenhaus eine Vollbekung in Aussicht stellen könnte, angesichts ihrer regionalen Verdichtung wesentlich günstigere Preise zu zahlen als eine kleine Krankenkasse.

Der Einstieg in den Abschluss von Selektivverträgen war bisher relativ halbherzig. Ich

gebe zu, dass im vorliegenden Gesetzentwurf deutlich mehr Lichtblicke auf der Leistungsseite zu finden sind als auf der Finanzierungsseite; es fällt mir schwer, dort überhaupt Lichtblicke zu finden. Alles in allem sollte die Stringenz der Regelungen aber deutlicher ausgeprägt sein.

**SV Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke:** Ich stimme den von Herrn Wille ausgeführten Überlegungen zu und möchte erneut einige grundsätzliche Ergänzungen machen. Ich bin der Meinung, dass die Möglichkeiten des selektiven Kontrahierens noch lange nicht ausgereizt sind. In diesem Zusammenhang haben wir über verschiedene Modelle diskutiert. Besonders wichtig ist mir, dass ein Versicherter eines der unterschiedlichen Modelle, die vorgeschlagen werden, als eine Form des Krankenversicherungsschutzes muss kaufen können.

Ich denke auch hier wieder an die Preferred-Provider-Modelle: Ein Versicherter bekommt, wenn er zertifizierte Krankenhäuser und zertifizierte Ärzte in Anspruch nimmt, einen niedrigeren Beitragssatz als die Versicherten, die Doktor-Hopping betreiben. Hinzu kommen Lebensstilvariablen, durch deren Anwendung man als Versicherter einen weiteren Bonus erhalten kann. Ich würde es befürworten, wenn die Möglichkeiten des selektiven Kontrahierens nicht nur von den Krankenkassen genutzt würden, sondern wenn dieses Prinzip auch in anderen Bereichen, in denen individuell nachgefragt wird, angewendet würde.

Ein zweiter Aspekt, der zukünftig ebenfalls eine stärkere Rolle spielen wird, ist die Navigation der Patienten durch die Krankenkassen. Die Krankenkassen werden gewisse Krankenhäuser ausweisen, die eine ganz bestimmte Qualität haben und in denen terminierbare Eingriffe bzw. Operationen durchgeführt werden sollen. Die Navigation der Patienten ist aus Sicht der Krankenkassen auch im Hinblick auf den Wettbewerb von Bedeutung.

Noch wichtiger ist mir aber, dass die Nachfrageseite autonomer gestaltet wird. Mit der Pauschalprämie wurde das grundsätzliche Ziel verfolgt, im Interesse der Nachfrageseite, die den Krankenversicherungsschutz einkauft, für mehr Wettbewerb zu sorgen. Diese Überlegung wird in Zukunft wohl eine noch stärkere Rolle spielen.

**Abg. Willi Zylajew (CDU/CSU):** Meine Frage richtet sich an das Bundesversicherungsamt und an die Spitzenverbände der Krankenkassen: Ist durch die gewählte Konstruktion des Fonds und des Zusatzbeitrags aus Ihrer Sicht gewährleistet, dass auf eine unterjährige Erhöhung der Ausgaben hinreichend schnell reagiert werden kann?

**SV Dr. Rainer Daubenbüchel (Bundesversicherungsamt):** Aus unserer Sicht können solche Einnahme- und Ausgabenschwankungen im Jahresverlauf mit der geplanten Liquiditätsreserve abgedeckt werden. Allerdings muss der allgemeine Beitragssatz - ich habe das eben schon erwähnt -, wenn nicht mindestens 95 Prozent der Ausgaben aus dem Fonds bestritten werden können, rechtzeitig und ausreichend angepasst werden.

**SVe Dr. Doris Pfeiffer (VdAK/AEV):** Es besteht, wie Herr Daubenbüchel gerade gesagt hat, die Möglichkeit einer Beitragsanpassung. Man muss allerdings auf Folgendes hinweisen: Nehmen wir an, dass der gemeinsame Beitragssatz 2009 so bemessen wird, dass die Kassen davon 100 Prozent ihrer Ausgaben decken können. Nehmen wir weiter an, dass die jährliche Steigerung der Ausgaben wie in der Vergangenheit bei 3,5 Milliarden Euro pro Jahr liegt; das entspricht 6 Euro pro Kassenmitglied. Dann ergeben 3,5 Milliarden Euro für 2010 zusammen mit 3,5 Milliarden Euro für 2011 die 7 Milliarden Euro, die, ausgehend von Gesamtausgaben von 140 Milliarden Euro, 5 Prozent der Ausgaben entsprechen. Genau genommen müsste man noch etwas mehr veranschlagen, weil die Steigerungen ja auch die Summe von 140 Milliarden verändern. Das heißt, wir haben schon 2011 eine Durchschnittsprämie von 12 Euro, bevor die Beitragsanpassung erfolgt, weil nicht mindestens 95 Prozent der Ausgaben aus dem Fonds bestritten werden können. Diese Anpassung kann dann auch kurzfristig erfolgen. Doch zwischenzeitlich müssen die Kassen für die zusätzlichen Ausgaben eine Zusatzprämie erheben, die wie heute der Beitragssatz angepasst werden kann.

Daraus ergibt sich das vorhin schon angesprochene Problem mit der Überforderungsklausel: Sind die Kassen überhaupt in der Lage, Zusatzbeiträge in dieser Größenordnung

zu erheben? Wenn hier kein Spielraum mehr besteht - wie es in diversen Äußerungen klar geworden ist -, ergeben sich bei der Finanzierung der Kassen erhebliche Probleme.

Abg. **Willi Zylajew** (CDU/CSU): Das reicht uns bis dahin.

Abg. **Peter Albach** (CDU/CSU): Herr Professor Henke, ich glaube, Sie waren es, der von der Frage an den grünen Tisch der Wissenschaft gesprochen hat. Ich halte ihn eher für einen grauen - nach Goethe; aber das ist eine andere Sache.

Der Gesundheitsfonds wird von den Kassen kritisch beäugt und ist als bürokratisches Monstrum verschrien. Ist dies aus Ihrer Sicht berechtigt? Ist es sachgerecht, wenn die Kassen aus diesem Fonds monatlich gleich bleibende Zuweisungen erhalten? Mit anderen Worten: Wie sehen Sie die Einnahmerisiken beim Fonds und den Zusatzbeitrag im Falle von Ausgabensteigerungen?

SV **Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke**: Ich denke, dass wir zu beiden Fragen schon viel gesagt haben. Dass dieser Fonds, wie immer wieder behauptet wird, ein Ungeheuer wird und damit die Ausgaben aufgebläht werden, dazu hat Herr Daubenbüchel eine klare Antwort gegeben. Ich denke, das hängt von der Ausgestaltung ab. Ich sehe das nicht so pessimistisch wie die Verbände.

Zu dem zweiten Punkt kann ich nur allgemein sagen - auch das ist schon ausgeführt worden -, dass bei den Zuweisungen natürlich die Risikostrukturen berücksichtigt werden müssen, dass alters- und geschlechtsadjustiert werden muss. Ich bin noch etwas verhalten in der Einschätzung, was die 50 bis 80 Krankheiten angeht, die der Bestimmung der Morbiditätsgruppe zugrunde liegen sollen. Wie man das operationalisieren will, ist mir unklar. Ich denke, dass diese Vereinheitlichung der Strukturen zu weit geht.

Abg. **Max Straubinger** (CDU/CSU): Mit Bildung dieses Fonds kommt es zu einer Verschiebung von Beiträgen zwischen den Ländern, zu Zuflüssen bzw. Abflüssen. In diesem Zusammenhang habe ich eine Frage an das

Bundesversicherungsamt, an Herrn Dr. Hoberg und an den AOK-Bundesverband. Mit dem vorgesehenen § 272 SGB V sollen die Abflüsse auf 100 Millionen Euro im Jahr begrenzt werden. Nun gibt es Berechnungen, nach denen Nordrhein-Westfalen mit einem Abfluss von 2,2 Milliarden Euro zu rechnen hat und Bayern mit einem Abfluss von 1,7 Milliarden Euro. Halten Sie die vorgesehene Regelung für sachgerecht? Oder ist sie vielleicht nicht wirksam?

SV **Dr. Rainer Daubenbüchel** (Bundesversicherungsamt): Eine regionale Begrenzung des Risikostrukturausgleichs ist mit dem überregionalen Charakter des Risikostrukturausgleichs zunächst einmal nicht vereinbar; das ist dem RSA fremd. So hat das Bundesverfassungsgericht in seinem Beschluss zur Verfassungsgemäßheit des Risikostrukturausgleichs sehr deutlich zum Ausdruck gebracht, dass letztlich nur eine überregionale Ausgleichswirkung zielführend ist. Wenn der Gesetzgeber den Ausgleich dennoch regional begrenzen will, muss die Regelung zielführend sein und darf nicht zu verfälschenden Ergebnissen führen. Die Regelung, die gegenwärtig vorgesehen ist, leidet genau an diesen Mängeln; sie ist nicht zielführend und führt zu verfälschenden Ergebnissen. Sie muss daher deutlich nachgebessert werden. Vorschläge im Einzelnen dazu kann Herr Dr. Göppfarth machen.

SV **Dr. Dirk Göppfarth** (Bundesversicherungsamt): Nach der vorgesehenen Regelung von § 272 sollen die Zuweisungen an die Krankenkassen je nach Wohnsitz-Bundesland ihrer Versicherten erhöht oder abgesenkt werden, um Belastungsunterschiede zu kompensieren. Das kann als System nur funktionieren, wenn das, was an der einen Stelle mehr ausgezahlt wird, dadurch kompensiert wird, dass an einer anderen Stelle weniger ausgezahlt wird. Der vorgesehenen Regelung mangelt es daran, dass genau dies nicht sichergestellt ist. Möglicherweise muss mehr Geld ausgeschüttet werden, als einbehalten wird. Deshalb ist diese Regelung in der Form nicht durchführbar.

Ich will das an einem drastischen Beispiel deutlich machen, das die methodischen Verzerrungen aufzeigt, die diese Regelung mit sich bringen würde. In dieser Regelung für den zukünftigen Gesundheitsfonds ist nicht vorgesehen, das Einnahmenvolumen aus Zusatzbe-

trägen zu berücksichtigen. Bei einer Ausgabendeckung von 95 Prozent reden wir von einem Volumen von 7 Milliarden Euro. Diese 7 Milliarden Euro würden in der Logik des Modells als Belastung der gesamten GKV und damit auch in Summe als Belastungen der einzelnen Bundesländer dargestellt. Wir hätten also sehr schnell die Situation, dass jedes deutsche Bundesland aufgrund dieser Regelung als belastet dargestellt würde, woraufhin die Versicherten in jedem Bundesland einen Anspruch auf erhöhte Zuweisungen hätten, die aber nirgendwo gegenfinanziert werden. Das zeigt, dass diese Regelung in dieser Form keinesfalls durchgeführt werden kann.

**SV Dr. Rolf Hoberg:** Ich möchte bei den unterschiedlichen Berechnungen, die vorgelegt wurden, anfangen. Man muss genau hinschauen, auf welcher Basis die Mittelabflüsse, die von einzelnen Ländern reklamiert werden, ermittelt worden sind. Bereits durch den bestehenden Risikostrukturausgleich kommt es zu Mittelabflüssen. Allerdings sind diese nie genau quantifiziert worden. Zu den Auswirkungen des vorgesehenen 100-prozentigen Finanzkraftausgleichs hat das Bundesversicherungsamt Berechnungen vorgelegt. Es hat festgestellt, dass sich die Abflüsse aus den einzelnen Ländern - insbesondere von Süd nach Nord und West nach Ost - in Grenzen halten. Darüber hinaus kann man fragen, welche Verschiebungen die vorgesehene bundesweit einheitliche Vergütung - im ambulanten Bereich, aber auch in den Krankenhäusern - nach sich ziehen wird. Nur wenn man bei seinen Abschätzungen alle drei Punkte berücksichtigt, kommt man auf die Größenordnungen, die politisch verlaublich wurden.

Konzentriert man sich auf die Wirkungen der Einführung eines einheitlichen und 100-prozentigen Finanzkraftausgleichs, wie er, denke ich, in regionaler Sicht zur Angleichung der Lebensverhältnisse richtig ist, muss man feststellen, dass diese Wirkungen begrenzt sind und möglicherweise - so jedenfalls die Berechnungen vom BVA - unter der 100-Millionen-Euro-Schwelle bleiben. Insoweit kann es sein, dass die ganze Regelung ins Leere läuft.

Was die Ausgestaltung des § 272 und das von der Bundesregierung in Auftrag gegebene Gutachten angeht: Hier werden Äpfel mit Birnen verglichen. Diese lassen sich vielleicht auf der Preisebene miteinander vergleichen. Doch

ein korrekter Vergleich lässt sich nicht vornehmen, weil für das, was mit dem heutigen Stand verglichen werden soll, keine Daten vorliegen. Das gilt in zeitlicher Hinsicht. Auch das, was verglichen werden soll, ist gar nicht vergleichbar. Das für den einkommensbezogenen Ausgleich genannte Volumen passt nicht zu den tatsächlichen Volumina, die umgeschichtet werden. Von daher gehe ich davon aus: Diese Regelung ist insgesamt nicht zielführend, nicht umsetzbar und wird ins Leere laufen.

**SV Dr. Hans Jürgen Ahrens** (AOK-Bundesverband): Dies ist aus der Sicht des AOK-Bundesverbands zu unterstützen. Auch wir gehen davon aus, dass jede regionale Einflussnahme auf den Risikostrukturausgleich mit den Leitlinien des Bundesverfassungsgerichts nicht vereinbar ist.

Die Konvergenz würde eine Kappung bedeuten. Eine Kappung ist aber ein willkürlicher Vorgang und würde dazu führen, dass wir die Zielgenauigkeit des Morbi-RSA aufgeben.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Wir kommen zur zweiten Runde der SPD-Fraktion.

Abg. **Peter Friedrich** (SPD): Ich möchte gern an das Thema, bei dem wir eben waren, anknüpfen. Meine Frage richtet sich an das Bundesversicherungsamt, die Spitzenverbände und Herrn Schneider. Wir haben eben gehört, dass die Belastungen das Grenzvolumen von 100 Millionen Euro wahrscheinlich gar nicht erreichen. Wie würde es sich auf das Gleichnissniveau des RSA und des Fonds auswirken, falls dieses Volumen doch erreicht werden sollte? Über welche Zahlen reden wir da, um wie viel Prozent geht es?

Zweitens würde mich interessieren, wie die Kassenärztliche Bundesvereinigung bewertet, wie sich die bestehenden Unterschiede, die sehr stark sind - es gab gestern eine ganze Reihe von Fragen zu den regionalen Gewichtungen -, und die Abflüsse auf die Entgelte auswirken. Wie würde es sich auswirken, wenn die Konvergenzregel tatsächlich greifen würde und dann auslief? Das hieße doch, dass sich die Unterschiede, die bei den Ärzteentgelten zu

verzeichnen sind, im zeitlichen Verlauf verändern würden.

**SV Dr. Dirk Göppfarth** (Bndesversicherungssamt): Zur vorliegenden Regelung - von der Durchführbarkeit einmal abgesehen und die methodischen Mängel, die meiner Ansicht nach groß sind, ausgeblendet -: Wenn man Äpfel mit Birnen vergleicht, wird man die 100 Millionen Euro immer erreichen, allein aufgrund methodischer Fehler in den Berechnungen. Eine Regelung, die das Ziel, die Belastungen auf 100 Millionen Euro zu begrenzen, umzusetzen versucht, würde wahrscheinlich ins Leere laufen. Die Auswirkungen dieser Regelung beschränken sich zum einen auf die Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs - das ist eben schon ausgeführt worden -, zum anderen auf die Umverteilungswirkung eines dank der Morbiditätskriterien zielgenaueren RSA. Wir schätzen ihre Wirkung im Hinblick auf eine Umverteilung zwischen den Ländern als sehr gering ein, sodass die Wahrscheinlichkeit sehr hoch ist, dass sie in dieser Form ins Leere läuft. Wenn sie das tut, bedeutet das im Prinzip eine Art Einwohnerveredelung im Risikostrukturausgleich. Das heißt, abhängig vom Wohnsitz des Versicherten wird mehr Geld oder weniger Geld ausgezahlt.

Man muss aber auch sagen: Die Empfänger sind immer die Krankenkassen, nicht die Bundesländer. Die Krankenkassen wiederum, von denen sehr viele bundesweit tätig sind, können Ent- und Belastungen, die im Rahmen eines solchen Verfahrens entstehen, nur bundeseinheitlich durch einen Zusatzbeitrag oder eine Rückzahlung an die Versicherten weitergeben. In welcher Form das in welchem Bundesland endet, wenn wir diese Regelung einführen, ist eine Frage, die so abstrakt nicht zu beantworten ist.

**SV Dr. Hans Jürgen Ahrens** (AOK-Bundesverband): Zu der Frage, ob wir vorher sagen können, wie die finanziellen Verschiebungen aussehen werden: So etwas sollte man seriöserweise nicht versuchen; denn da sind so viele Imponderabilien, wir müssten mit so vielen fiktiven Annahmen rechnen. Deshalb unternehmen wir gar nicht erst den Versuch.

Ungeachtet dessen bleibt unser Widerstand gegenüber der Kappung. Unabhängig davon, ob Zielgrößen erreicht werden oder nicht, muss

man feststellen, dass eine Kappung willkürlich ist und dazu führt, dass die Zielgenauigkeit nicht mehr eingehalten wird.

**SVe Dr. Doris Pfeiffer** (VdAK/AEV): Nur ganz kurz als Ergänzung: Für solche Kalkulationen müsste man den alten RSA mit dem neuen RSA vergleichen. Das ist nicht möglich, beispielsweise wegen der DMP-Berücksichtigung, weil der Risikopool entfällt und weil Wanderungen stattfinden. Ein exakter Vergleich unter gleichen Bedingungen ist nicht vorstellbar.

**SV Werner Schneider**: Ich kann dem, was meine Vorredner ausgeführt haben, weitgehend zustimmen. Was die regionalpolitische Zielsetzung der Regelung anbelangt, würde ich gerne die verfassungsrechtlichen Risiken, die angesprochen worden sind, mit zwei Zitaten veranschaulichen. Das Bundesverfassungsgericht hat sich am 18. Juli 2005 ausführlich mit dem heutigen Risikostrukturausgleich, insbesondere mit den Angriffen der Beschwerdeführer auf die bereits bestehenden interregionalen Transfers, speziell die West-Ost-Transfers, befasst. Es kam zu dem Ergebnis - ich zitiere Randziffer 204 -:

Sollten regional unterschiedliche Krankheitshäufigkeiten ... die Ursache für regionale Ausgabenunterschiede sein, so forderte der Zweck des Solidarausgleichs zwischen Gesunden und Kranken grundsätzlich deren Berücksichtigung.

An anderer Stelle wurde es noch deutlicher - Zitat, Randziffer 244 -: Ein so genannter regionalisierter RSA ist weniger gut geeignet, Belastungsgleichheit im Hinblick auf die den Solidarausgleich prägenden Faktoren herzustellen, als ein bundesweit durchgeführter Finanzausgleich.

Das Bundesverfassungsgericht hat also sehr deutlich ausgedrückt, dass mit einer Regionalisierung verfassungsrechtliche Risiken verbunden sind.

Was die Umsetzung anbelangt, sind die Argumente weitgehend genannt. Man vergleicht in der Tat Äpfel mit Birnen, und zwar deshalb, weil man beim alten RSA nach Rechtslage 2006 berücksichtigen müsste, dass in diesem Jahr 4,2 Milliarden Euro an Bundesmitteln

geflossen sind, die die Finanztransfers, die nach dem heutigen Risikostrukturausgleich eigentlich erforderlich wären, erheblich reduzieren. Zudem muss man berücksichtigen, dass wir im Jahre 2006 keinen gesamtdeutschen Risikostrukturausgleich von 100 Prozent realisiert haben, sondern lediglich einen von 87,5 Prozent, in einer Stufenmodellierung. Das heißt, schon wenn man sich statt auf 2006 auf 2007 bezieht, entfielen zwei wesentliche Einflussfaktoren, die 2006 zu einer erheblichen Verringerung der Transfers führen. Die heutige Konstruktion würde also dazu führen, dass erhebliche interregionale Transfers aus der Rechnung fallen. Die Rechengrundlagen im Vergleich sind einfach schief und falsch.

Auch die Hochrechnung der heutigen Transfers mit der Anknüpfung an die Grundlohnsumme auf das Jahr 2009 ist schief, weil regionale Entwicklungen, insbesondere auf der Einnahmeseite, überhaupt nicht berücksichtigt werden. Auch die Tatsache, dass aller Voraussicht nach bereits 2009 ein Zusatzbeitrag erhoben wird - insbesondere in verschiedenen Regionen -, wird überhaupt nicht berücksichtigt. Deshalb muss man sagen: Selbst wenn man die vorgeschlagene Regelung nachbessern wollte - wofür es Vorschläge aus dem Bundesversicherungsamt gibt -, ist es schlicht nicht vorstellbar, zu vergleichen, wie die regionalen Transfers im Vergleich der beiden RSA-Systeme aussehen, weil die Transferwirkungen jedes Systems eine spezifische Folge der ihm eigenen Rechtsgrundlagen sind. Zum Beispiel lässt sich nicht schätzen, wie sich die Zahl derer, die sich für strukturierte Behandlungsprogramme einschreiben, bis 2009 entwickelt. Deswegen gibt es keine solide Möglichkeit, einen solchen Vergleich vorzunehmen. Wenn Sie einen unparlamentarischen Ausdruck verzeihen: So etwas ist handwerklich schlicht Murks.

**SV Dr. Andreas Köhler** (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Die ärztlichen Vergütungen im Vergleich der kassenärztlichen Vereinigungen haben zunächst nichts mit den Wirkungen des RSA im Ausgangszeitraum zu tun. Zwar wird es, bedingt durch den bundeseinheitlich festzusetzenden Orientierungswert, Veränderungen der Gesamtvergütungen geben. So wissen wir, dass insbesondere den Kassenärztlichen Vereinigungen der neuen Bundesländer mehr Mittel für die ambulante Versorgung zur Verfügung gestellt werden müssen. Das geht aber nicht synchron mit den Wirkun-

gen des RSA. Ab 2009 wird mit der Weiterentwicklung der Gesamtvergütungen auf Morbidität ein gleichgerichteter Effekt entstehen. Wie sich die Transferleistungen dann auf die ärztlichen Vergütungen auswirken, können wir derzeit nicht ermitteln. Eines ist allerdings sicher: Damit sich Morbiditätsaspekte in den ärztlichen Vergütungen widerspiegeln, brauchen wir den Morbi-RSA.

**Abg. Dr. Margrit Spielmann** (SPD): Ich will mich dem Themenkomplex der Steuerfinanzierung zuwenden und die Spitzenverbände fragen - den DGB, die BDA und den Verbraucherzentrale Bundesverband -: Wie bewerten Sie die vorgesehene Regelung zur Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben aus Steuermitteln?

Meine zweite Frage: Wie bewerten Sie die Steuerfinanzierung von Gesundheitsleistungen im Hinblick auf die Verteilungsgerechtigkeit?

**Sve Dr. Doris Pfeiffer** (VdAK/AEV): Mit dem GMG haben wir angefangen, versicherungsfremde Leistungen steuerzufinanzieren. Es war von allen Seiten anerkannt, solche gesamtgesellschaftlichen Aufgaben aus Steuern zu finanzieren. Zur Frage nach der Verteilungswirkung: Durch eine Steuerfinanzierung bezieht man die gesamte Bevölkerung ein statt nur die in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten.

Im Rahmen der Koalitionsverhandlungen ist beschlossen worden, den Steuerzuschuss zu kürzen. Jetzt soll er für 2007 wieder um 1 Milliarde Euro erhöht werden. Doch auch damit bleibt er hinter dem zurück, was bisher an versicherungsfremden Leistungen durch Steuern gesamtgesellschaftlich finanziert werden sollte. In Zukunft soll dieser Zuschuss aufgestockt werden.

Wir haben im letzten Jahr erlebt, wie unsicher eine Steuerfinanzierung sein kann, wenn es keine Verlässlichkeit gibt. Es wäre notwendig, den Steuerzuschuss auszuweiten, weil wir schon heute erhebliche Belastungen durch die so genannten Verschiebebahnhöfe haben. So sind die Beiträge für arbeitslose Versicherte bereits seit Anfang der 90er-Jahre massiv abgesenkt worden, was dazu geführt hat, dass die Krankenversicherung ein Risiko trägt, das eigentlich die Bundesagentur für Arbeit tragen

müsste. Dass die Bundesagentur jetzt zu Beitragsenkungen in der Lage ist, ist auch darauf zurückzuführen, dass die Krankenversicherungen für Arbeitslose keine kostendeckenden Beiträge bekommen, insoweit also unterfinanziert sind.

Wir sind der Auffassung, dass die gesamtgesellschaftlichen Aufgaben, die die Krankenversicherung übernimmt, insgesamt stärker durch Steuermittel finanziert werden müssen. Das ist auch unter dem Gesichtspunkt der Verteilungsgerechtigkeit angemessen. Allerdings gibt es das Problem, dass eine langfristige Stabilität des Steuerzuschusses nicht sichergestellt ist. Hierfür brauchen wir sichere Regelungen, um die Beitragsentwicklung stabil gestalten zu können.

**SV Dr. Hans Jürgen Ahrens** (AOK-Bundesverband): Wir gehen davon aus, dass, wenn man die Krankenversicherung auf sichere Beine stellen will, der Steuerzuschuss zur Finanzierung der versicherungsfremden Leistungen und zur Behebung der Unterfinanzierung der Versorgung der Arbeitslosen mittelfristig bei 10 Milliarden Euro wird liegen müssen. Allerdings stellt sich, wie wir erlebt haben, die Frage nach der Verlässlichkeit des Zuschusses. Wir müssen gemeinsam darüber nachdenken, wie wir diesen Zuschuss - den wir einfordern - so sattelfest machen können, dass nicht beim leisesten Wind der Reiter vom Pferde fällt, sprich: der Zuschuss gekürzt wird. Das wäre keine dauerhafte Lösung.

**SV Rolf Stuppardt** (IKK-Bundesverband): Grundsätzlich ist es positiv, gesellschaftspolitische Aufgaben durch Steuerzuschüsse zu finanzieren; das ist gesagt worden. Wir müssen konstatieren, dass sich die entsprechenden Belastungen, die die gesetzliche Krankenversicherung jährlich zu schultern hat, auf etwa 7 Milliarden Euro belaufen. Sie haben gefragt, wie die vorgesehenen Regelungen zu bewerten sind. Da will ich die Hoffnung zum Ausdruck bringen, dass man sich irgendwann einmal darauf verlassen kann, was im Hinblick auf die gesellschaftspolitischen Aufgaben seitens des Staates zu erwarten ist. Innerhalb der letzten drei Jahre sind diesbezüglich drei oder viermal Änderungen vorgenommen worden. Das ist keine verlässliche Grundlage. Wenn ich das heute bewerten müsste, müsste ich also sagen:

Wir können uns auf den Zuschuss nicht verlassen.

**SVe Annelie Buntenbach** (Deutscher Gewerkschaftsbund): Wir setzen uns dafür ein, dass die solidarische Finanzierungsbasis des Gesundheitswesens insgesamt verbreitert wird, um es auf eine zukunftsfähige Grundlage zu stellen. Dazu gehört, dass gesamtgesellschaftliche Aufgaben über Steuermittel finanziert werden. Dazu gehört auch, die privaten Versicherungsunternehmen stärker mit in die Pflicht zu nehmen und andere Einkommensarten einzubeziehen. Denn die Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung brechen immer mehr weg. Die Lasten gesamtgesellschaftlicher Aufgaben müssen auf die gesamte Bevölkerung verteilt werden; sie dürfen nicht allein denen aufgebürdet werden, die Löhne und Gehälter beziehen.

Deswegen ist die Steuerfinanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben aus unserer Sicht ausgesprochen sinnvoll und wir bedauern, dass dem Gesundheitswesen Mittel entzogen werden - die Mittel aus der Erhöhung der Tabaksteuer -, die ihm nach dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz bereits zugesagt waren. Wir begrüßen, dass jetzt eine zusätzliche Milliarde investiert werden soll, auch wenn das weniger ist als das, worum insgesamt gekürzt worden ist. Wir halten eine verlässliche und stärkere Steuerfinanzierung, also in einem größeren Volumen, als jetzt vorgesehen ist, für die kommenden Jahre für erforderlich, zumal wir mit diesem Gesetz ein Aufwachsen der gesamtgesellschaftlichen Leistungen festlegen, zum Beispiel - was wir begrüßen -, dass Eltern-Kind-Kuren zur Pflichtleistung werden oder dass die Kassen ehemalige Versicherte wieder aufnehmen müssen, ohne dass dies daran geknüpft wird, dass der Beitrag die der Kasse entstehenden Kosten deckt. Hier werden weitere gesamtgesellschaftliche Aufgaben den Kassen, dem Gesundheitswesen zugewiesen. Dementsprechend muss eine stärkere Steuerfinanzierung vorgesehen werden. Diese muss allerdings verlässlich und planbar sein.

**SV Alexander Gunkel** (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e.V.): Auch die Arbeitgeber begrüßen, dass mit der jetzigen Gesundheitsreform wieder ein Bundeszuschuss für versicherungsfremde Leistungen in der Krankenversicherung eingeführt

werden soll. Denn zum einen werden damit gesamtgesellschaftliche Aufgaben systemgerecht über Steuermittel finanziert, zum anderen bedeutet eine Steuerfinanzierung ein Stück weit eine Abkoppelung von der Finanzierung über das Arbeitsverhältnis, was zur Entlastung von Lohnzusatzkosten beiträgt. Damit wird zumindest ein Teil der Mehrbelastungen, die der gesetzlichen Krankenversicherung aus dem in diesem Jahr beschlossenen Haushaltsbegleitgesetz entstehen, korrigiert. So ist die Krankenversicherung durch die Beschlüsse, den bisherigen Bundeszuschuss zu streichen, die Mehrwertsteuer zu erhöhen und die Krankenversicherungsbeiträge, die für Arbeitslosengeld-II-Empfänger gezahlt werden, zu kürzen, in der Summe mit über 5 Milliarden Euro belastet worden; die Erhöhung der Mehrwertsteuer macht dabei knapp 1 Milliarde Euro aus. Wenn die Krankenkassen jetzt laut Gesetzentwurf zumindest in der Endphase 3 Milliarden Euro erhalten, wird diese Mehrbelastung zu einem erheblichen Teil wieder korrigiert. Trotzdem bleibt es dabei, dass der steuerfinanzierte Teil der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung gegenüber heute sinken und damit der lohnbezogene Ausgabenanteil zumindest bis 2009 steigen wird. Das bedauern wir. Wir hätten uns eine größere Steuerfinanzierung gewünscht.

**SV Dr. Stefan Etgeton** (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.): Ziel dieser Regelung ist es ja, die Nachhaltigkeit und die Gerechtigkeit in der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung zu erhöhen; so lautet die Vorgabe des Koalitionsvertrags und der Eckpunkte. Das ist zu erreichen, indem man in die Beitragsbemessung auch andere Einkommensarten als Erwerbseinkommen einbezieht. Dazu gibt es unterschiedliche Möglichkeiten: einen eigenen Beitrag auf andere Einkommensarten oder eben diesen Steuerzuschuss. Was den Steuerzuschuss angeht, ist letztlich die Frage, wie gerecht die Steuererhebung ist; im Grunde genommen wird die Gerechtigkeitsfrage verschoben auf die Frage der Steuergerechtigkeit. Das wäre, wenn ein eigener Beitrag auf andere Einkommensarten eingeführt wird, möglicherweise anders.

Zur Nachhaltigkeit und Verlässlichkeit dieser Regelung: Das Hin und Her bei der Tabaksteuer zeigt, wie strategieanfällig ein Steuerzuschuss ist. Zu dem von der Regierung gesetzlich festgelegten gemeinsamen Beitrag käme

insoweit ein zusätzliches Finanzierungselement hinzu, das durch das Parlament bzw. durch die Bundesregierung mitbestimmt würde.

Deswegen plädieren wir dafür, den Steuerzuschuss durch eine klare gesetzliche Regelung zu erhöhen. Dabei sollte es sich möglichst um eine zweckgebundene Abgabe handeln, wodurch gesichert wird, dass der Steuerzuschuss auch in den nächsten Jahren fließt. Zugleich sollte die Zwecksetzung eng an den Solidarausgleich der gesetzlichen Krankenkasse angelehnt werden, um zu vermeiden, dass die privaten Krankenversicherungen verfassungsrechtliche Ansprüche auf die Leistungen, die mit diesem Steuerzuschuss finanziert werden, erheben können.

**Abg. Dr. Margrit Spielmann** (SPD): Ich möchte die Spitzenverbände Folgendes fragen: Erstens. Wie sollen die Finanzmittel verteilt werden? Sollen sie pauschal oder für besondere Leistungen gewährt werden?

Zweitens. Auf welchen Betrag müssten sich die Bundesmittel für eine sinnvolle kurz- und langfristige Finanzierung belaufen? Können Sie den Betrag von 10 Milliarden Euro, von dem Herr Dr. Ahrens vorhin gesprochen hat, bestätigen?

**SVe Dr. Doris Pfeiffer** (VdAK/AEV): Entscheidend ist - das habe ich wie ja auch andere Kollegen eben schon gesagt - die Verlässlichkeit. Bei den versicherungsfremden Leistungen hatte man zumindest die Vermutung, dass eine Verlässlichkeit gegeben war. Die Erfahrung hat gezeigt, dass das nicht der Fall ist. Auch bei der zweckgebundenen Abgabe gibt es dieses Problem: Man müsste die Verfassung ändern, um sie zu realisieren, wobei ich jetzt nicht erwarte, dass Sie in diesem Zusammenhang eine Verfassungsänderung anstreben. Für uns ist entscheidend, dass es Verlässlichkeit gibt. Deshalb halte ich es nach wie vor für sinnvoll, solche Leistungen an bestimmte Aufgaben zu binden.

Die versicherungsfremden Leistungen - das habe ich eben schon angesprochen - haben einen Umfang von etwa 4,2 Milliarden Euro. Die Minderbeiträge von Arbeitslosen belaufen sich auf etwa 5 Milliarden Euro, sodass wir ungefähr auf die von Dr. Ahrens genannte

Größenordnung kommen. Darüber hinaus haben wir immer wieder die Frage angesprochen, ob es sinnvoll ist, für Arzneimittel den vollen Mehrwertsteuersatz zu erheben. In anderen europäischen Ländern ist ja ein ermäßigter Mehrwertsteuersatz oder gar keine Mehrwertsteuer vorgesehen.

Bei all diesen Dingen wird genau das Gegenteil von dem an anderer Stelle immer hervorgehobenen Prinzip, Lohnnebenkosten und Sozialversicherungsbeiträge zu senken und eine Finanzierung über Steuern sicherzustellen, praktiziert. Infolge der Regelungen des Haushaltsbegleitgesetzes wird nun nämlich über Leistungen der Krankenversicherungen ein Beitrag zur Haushaltssanierung geleistet. Ich denke, genau der umgekehrte Weg müsste gegangen werden. Das ist vor der Wahl von allen Seiten immer wieder betont worden. Hier müsste eine Regelung getroffen werden, durch die uns die Lasten, die wir für die Arbeitslosenversicherung zu tragen haben, abgenommen werden. Dann käme man auf die Größenordnung, die Herr Dr. Ahrens genannt hat.

**SV Dr. Hans Jürgen Ahrens** (AOK-Bundesverband): Kurzfristig müsste der alte Zustand - 4,2 Milliarden Euro - wieder hergestellt werden. Wir glauben, wie gesagt, dass wir mittelfristig diesen Betrag brauchen, um die gesellschaftspolitischen Leistungen erfüllen zu können.

In welcher Form diese Mittel verteilt werden, wird davon abhängig sein, wofür sie gezahlt werden. Ich könnte mir vorstellen, dass sie bei familienpolitischen Leistungen als Pauschale und bei einem spezifischen Aufwand - zum Beispiel für die Versorgung von Arbeitslosen - gezielt gezahlt werden.

**Sve Claudia Korf** (BKK Bundesverband): Ich möchte zunächst Folgendes zu bedenken geben: In den hier genannten knapp 10 Milliarden Euro ist die Steuerfinanzierung der Beiträge für Kinder in der GKV, über die wir an anderer Stelle schon einmal diskutiert haben, noch nicht enthalten. Auch wir schließen uns hier der Einlassung des VZBV an, dass ein solches Vorhaben wasserdicht gemacht werden muss, wenn das für die GKV Gültigkeit haben soll, und insbesondere auch die Problematik mit der privaten Krankenversicherung dabei beachtet werden muss.

Außerdem ist zu bedenken, dass pauschal zugewiesenes Geld überhaupt nicht zweckgebunden sein kann, was zur Folge hat, dass der Rechnungsprüfungshof alles prüfen muss. Wenn das Geld demgegenüber zweckgebunden für bestimmte Aufgaben zugewiesen wird, dann kann das auch der Rechnungshof etwas einfacher prüfen.

**Abg. Dr. Carola Reimann** (SPD): Ich habe eine Frage zu den schon angesprochenen Liquiditätshilfen. Das Bundesversicherungsamt hatte sich da positioniert, während die Spitzenverbände nur die Rückmeldung gaben, dass sie höher sein sollten. Wie hoch sollen sie denn nun sein?

Herrn Schneider möchte ich fragen, ob die Regelungen ausreichen, um die entsprechenden Zuweisungen des Fonds an die Kassen sicherzustellen.

Eine weitere Frage richtet sich an das Bundesversicherungsamt, an die Spitzenverbände und an Herrn Schneider. Die Liquiditätshilfen müssen ja innerhalb von zwei Jahren zurückgezahlt werden. Reichen vor diesem Hintergrund die regulären Beitragseinnahmen - in der Regel fließt ja aufgrund von Einmalzahlungen mehr Geld zum Jahresende in den Gesundheitsfonds - in den Jahren danach für die Rückzahlung dieser Liquiditätshilfen aus? Es geht mir also darum, welche Regelung nach dieser Zweijahresfrist greift.

**Sve Dr. Doris Pfeiffer** (VdAK/AEV): Bei dieser Regelung müssen wir zwischen der Liquiditätsreserve und der Liquiditätshilfe unterscheiden.

Die Liquiditätsreserve soll dazu dienen, die unterjährigen Einnahmeunterschiede auszugleichen. Wie eben bereits gesagt, werden es in den ersten zehn Monaten geringere Einnahmen sein, während sie im November bzw. Dezember höher sein werden. Während es früher jedoch noch eine 13. Monatseinnahme gab, fallen heute die Einmalzahlungen aufgrund der bekannten Entwicklungen geringer aus. In einem der Vorentwürfe war vorgesehen, eine Viertelmonatsausgabe, also etwa 3,3 Milliarden Euro, als Liquiditätsreserve vorzuhalten. Bei der Rechnung, die ich eben angestellt habe, bin ich von der Annahme aus-

gegangen, dass im November und Dezember die Monatseinnahme um die Hälfte höher liegt. Vor diesem Hintergrund müsste man sich noch einmal sehr genau ansehen, ob eine Viertelmonatsausgabe ausreicht, um diese zehn Monate zu überbrücken. Herr Daubenbüchel hat zwar gesagt, dass das reicht; das ist aber zumindest kritisch.

Die Liquiditätshilfe des Bundes wird dann gewährt, wenn die Liquiditätsreserve nicht ausreicht. Das kann man sich für den Fall vorstellen, dass die Einschätzung, die im Vorjahr vorgenommen worden ist, nicht zutrifft, dass also beispielsweise - und zwar unabhängig der saisonalen Schwankungen - die Löhne und Gehälter einbrechen und die Einnahmen nicht in dem kalkulierten Umfang eingehen und die monatlichen Pauschalen an die Kassen nicht ausgezahlt werden können. Der Bund muss dann eine Liquiditätshilfe leisten, die innerhalb des Haushaltsjahres bzw. in den nächsten zwei Haushaltsjahren zurückzuzahlen ist. Der Hintergrund dafür, dass man das Geld möglichst im laufenden Haushaltsjahr wieder zurückhaben will, ist wohl, wie ich vermute, das Haushaltsrecht. Das bedeutet aber im Grunde genommen, dass man, wenn eine solche Situation eintritt, darangehen müsste, den Beitragssatz erhöhen, weil diese Rückzahlung finanziert werden muss. Ich gehe davon aus, dass es im Prinzip nur um die Überbrückung der zwei Monate zwischen der Feststellung des Einnahmedefizits und der Erhöhung des Beitragssatzes geht. Für diese Zeit braucht man die Liquiditätshilfe. Das Einnahmedefizit muss dann aber über eine Beitragserhöhung refinanziert werden.

**Sve Claudia Korf** (BKK Bundesverband): Bevor das Bundesversicherungsamt darauf antwortet, möchte ich sagen: Einige Fragen und Details bezüglich der Darlehensvergabe sind noch vollkommen ungeklärt. Es ist noch völlig unklar, wann und unter welchen Bedingungen das Bundesversicherungsamt ein entsprechendes Darlehen beantragen kann oder sogar muss und inwieweit der Bund verpflichtet ist, einem entsprechenden Antrag zu entsprechen.

**SV Werner Schneider:** Mit der Liquiditätsreserve wird ja nicht das Ziel verfolgt, Ausgabenschwankungen oder Fehlprognosen auf der Ausgabenseite auszugleichen, sondern

es geht nur darum, Fehlprognosen auf der Einnahmeseite auszugleichen.

Auch mit der Liquiditätshilfe des Bundes können die Probleme, die durch Fehlprognosen auf der Ausgabenseite entstehen, nicht wirklich abgedeckt werden, weil das Liquiditätsdarlehen des Bundes gemäß der bisherigen Konstruktion ab 2010 bereits im jeweiligen Haushaltsjahr zurückzuzahlen ist. In der Regelung steht, dass das Bundesversicherungsamt die geeigneten Maßnahmen einzuleiten hat, damit dies sichergestellt ist. Was geeignete Maßnahmen sein können, wird im Gesetzentwurf offen gelassen. Man könnte sich vorstellen, dass das in der hierzu noch ausstehenden Rechtsverordnung so geregelt wird, dass die Zuweisungen an die Krankenkassen einfach pauschal reduziert werden. Wenn man bei dieser Regelung die unterschiedlichen Risikobelastungen der Krankenkassen nicht berücksichtigen würde, dann würde dies eine Verzerrung der Wettbewerbsbedingungen bedeuten. In den Regelungen wird nicht bestimmt, wie die Zuweisung bei einer unzureichenden Fondsausstattung erfolgt.

Wichtig ist die Prognosegüte. Die Leitung des Bundesgesundheitsministeriums hat nämlich auf der Grundlage einer Prognose den Beitragssatz durch eine Rechtsverordnung festzusetzen. Erfahrungen mit Ausgabenprognosen haben wir beim Bundeshaushalt gesammelt. Deshalb haben wir uns diese für die letzten drei Jahre einmal genauer angesehen: Der Planwert, der für den Bundeshaushalt ermittelt wurde, ist in den letzten Jahren regelmäßig um mehrere Prozentpunkte - nicht Zehntelprozentpunkte - von den Istwerten abgewichen. Das Soll des Bundeshaushalts 2003 auf der Ausgabenseite sollte minus 0,6 Prozent betragen, gelandet ist man bei plus 3,0 Prozent. 2004 sollte das Soll bei plus 0,2 Prozent liegen, während man bei plus 2,0 Prozent gelandet ist. 2005 sollte das Soll auf der Ausgabenseite des Bundeshaushalts plus 1,1 Prozent betragen, gelandet ist man bei plus 3,3 Prozent. Man kann durchaus nachvollziehen, dass in die Prognosen nicht nur sachbezogene, sondern auch politische Aspekte oder eine optimistischere Sicht der Dinge einfließen. Aber das würde Tat dazu führen, dass die Krankenkassen nur unzureichend mit Mitteln ausgestattet würden.

Es hätte unmittelbare Auswirkungen auf den Zusatzbeitrag, wenn es zu diesen Fehlprognosen auf der Ausgabenseite käme. Die

Krankenkassen müssten dann nicht vorhandene Mittel über den Zusatzbeitrag erheben. Zu diesem Problem der Fehlprognose kann es bereits in 2009 kommen. Wenn verschiedene Fehlprognosen kumuliert auftreten, kann das sogar dazu führen, dass die Fondsausstattung in 2009 weniger als 95 Prozent betragen wird. Es ist möglich, dass das nicht durch die Gestaltung des Beitragssatzes für 2010 bereinigt wird, weil hierfür nicht das Istergebnis des Jahres 2009, sondern wiederum eine neue Prognose der Bundesregierung für 2010 maßgeblich ist. Es ist also durchaus denkbar - ich möchte nicht unbedingt „wahrscheinlich“ sagen -, dass die Fondsausstattung gleich zu Beginn mehrere Jahre hintereinander deutlich weniger als 100 Prozent betragen wird - theoretisch sind sogar weniger als 95 Prozent denkbar -, weil nicht das Istergebnis, sondern immer nur die Prognose maßgeblich ist.

**SV Dr. Rainer Daubenbüchel** (Bundesversicherungsamt): Die Vorschrift dient dazu, unterjährige Einnahmeausfälle auszugleichen. Sie berührt also ausschließlich die Einnahmeseite. Unseres Erachtens ist hierfür - ich sagte es schon - die Höhe der Liquiditätsreserve ausreichend und auch die Verpflichtung des Bundes, notfalls ein Darlehen zu gewähren, eindeutig geregelt. Im Gesetz heißt es:

... leistet der Bund dem Gesundheitsfonds ein nicht zu verzinsendes Liquiditätsdarlehen in Höhe der fehlenden Mittel ...

Das ist eine klare Verpflichtung des Bundes.

Weiter heißt es im Gesetz:

Das Darlehen ist im Haushaltsjahr zurückzuzahlen. Die jahresendliche Rückzahlung ist durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen.

Wenn das zum Jahresende nicht durch Mehreinnahmen aus Weihnachtsgeldern oder sonstigen Einmalzahlungen sicherzustellen ist, weil diese möglicherweise durch Konjunkturschwächen etc. wegbrechen, dann ist der einheitliche Beitragssatz in der Tat zu erhöhen. Das ist die geeignete Reaktion, um wegbrechende Einnahmen aufzufangen und das Darlehen zurückzuzahlen.

Das Problem ist letztlich, dass der Zusatzbeitrag aufgrund seiner gegenwärtig immanenten Begrenzungen nach wie vor nur eine

begrenzte Möglichkeit als Ausgleichsmittel für die Ausgabenseite darstellt.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Damit kommen wir zur dritten Runde der CDU/CSU-Fraktion.

Abg. **Hermann-Josef Scharf** (CDU/CSU): Meine Fragen richten sich an Herrn Professor Wille.

Erstens. Welche Faktoren sind im Sinne eines zielorientierten Risikostrukturausgleichs zwingend zu beachten?

Zweitens. Welche Bedeutung messen Sie der Morbiditätsstruktur der Versicherten für das Gelingen eines funktionsfähigen Wettbewerbs bei?

Drittens. Welche Konsequenzen hätte ein Vorziehen der Ausgestaltung des RSA auf der Basis der derzeitigen Wettbewerbsparameter?

**SV Prof. Dr. Eberhard Wille:** Zunächst ist festzustellen, dass der Risikostrukturausgleich genauso wie der Wettbewerb keinen Selbstzweck darstellt, sondern eine Wettbewerbsbasis bildet. Der Wettbewerb seinerseits dient dazu, die Effizienz und die Effektivität der Gesundheitsversorgung zu verbessern. Insofern werden mit dem Risikostrukturausgleich drei Ziele verfolgt: Erstens soll eine aktive Risikoselektion der Krankenkassen verhindert werden, zweitens sollen für alle Beteiligten Anreize für wirtschaftliches Handeln gesetzt werden und drittens sollen den Krankenkassen faire Chancen im Wettbewerb eröffnet werden.

Um diese Ziele zu erreichen, ist keine maximale Ausdifferenzierung des Risikostrukturausgleichs in dem Sinne erforderlich, dass alle denkbaren Risiken ausgeglichen werden, sondern es reicht aus, den Risikostrukturausgleich auf die Faktoren zu beschränken, die es nach Bereinigung um eindeutig exogene Faktoren wie Alter und Geschlecht noch gibt; für diese Risikostrukturfaktoren gibt es ja bereits einen Risikostrukturausgleich. Es geht dabei nur um die Ausdifferenzierung exogener Faktoren, die deutlich höhere Ausgaben verursachen, die Beitragssätze wesentlich beeinflussen und be-

züglich derer die konkurrierenden Kassen starke Unterschiede aufweisen.

Die Morbiditätsstruktur stellt beim Wettbewerb der Krankenkassen sicherlich einen wichtigen Faktor dar, aber nicht den einzigen Faktor. Weitere bedeutende Faktoren für einen funktionsfähigen Wettbewerb wären zum Beispiel die Marktmacht der Krankenkassen oder die regionale Verdichtung. Insofern wäre es fatal, wenn wir jetzt nur an die Ausdifferenzierung des Risikostrukturausgleichs denken und keinen Schritt in Richtung Verbesserung und Flexibilisierung des Vertrags- und des Leistungsrechts wagen würden. Wir würden dann Gefahr laufen, den Risikostrukturausgleich - egal, wie er aussieht - zu überfrachten. Das heißt, man sollte den Risikostrukturausgleich nicht isoliert, sondern in Verbindung mit dem Wettbewerb der Krankenkassen sehen und beide Aufgaben sollten zusammen in Angriff genommen werden.

Im Übrigen gibt es in Deutschland - das wird durch internationale Studien bestätigt - keine nennenswerte aktive Risikoselektion der Krankenkassen; das verbietet schon das gemeinsame Leistungsrecht. Zu großen Unterschieden bei der Morbiditätsstruktur und zur Entmischung der Risiken kommt es vorwiegend durch die Selbstselektion der Versicherten. Menschen mit niedrigem Einkommen, die häufig eine schlechte Gesundheit haben, haben nämlich keinen Anreiz, die Kasse zu wechseln; denn weder der Arbeitslose noch der Sozialhilfeempfänger zahlen ihre Beiträge selbst. Die Versicherten mit einem Einkommen nahe der Beitragsbemessungsgrenze haben aber einen hohen Anreiz, die Kasse zu wechseln; denn sie können im Jahr etwa 400 Euro sparen, ohne dass sich die Leistungen entscheidend verändern.

Wenn es im Vertragsrecht mehr Wettbewerbsparameter gäbe, dann könnten große Kassen dies ausnutzen - das habe ich bereits angedeutet - und trotz einer vielleicht leicht schlechteren Morbiditätsstruktur immer noch sehr kompetitiv bleiben. Ich wage einmal, zu behaupten: Wenn eine regional verdichtete AOK größere Chancen im Vertragswettbewerb hätte, dann könnte sie diese mindestens genauso gut ausnutzen, als wenn der Risikostrukturausgleich noch etwas erweitert würde. Das würde sich auch fiskalisch ähnlich niederschlagen.

Ich bin also ein Befürworter des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, halte aber eine Ausdifferenzierung um der Ausdifferenzierung willen für nicht erforderlich.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich habe eine kurze Zusatzfrage dazu. Herr Professor Wille, Sie haben gerade gesagt, dass Menschen mit einer schlechten Risikostruktur und niedrigem Einkommen keinen Anreiz haben, die Kasse zu wechseln. Könnte man das mit einer richtigen Ausgestaltung des Fonds und des Zusatzbeitrages ändern?

SV **Prof. Dr. Eberhard Wille**: Ja, ich hatte das schon angedeutet. Ob man das politisch will, ist eine andere Frage. Bei der Ausgestaltung des Fonds zum jetzigen Zeitpunkt - also ohne Verfeinerung des Risikostrukturausgleichs - müsste eine bestimmte Kasse wahrscheinlich einen Zusatzbeitrag von 40 Euro erheben, während eine andere Kasse etwa 30 Euro auszahlen könnte. Diese 70 Euro Differenz würden zweifellos - auch Herr Wasem hat schon darauf hingewiesen - eine wesentlich größere Sensibilität bei den Versicherten auslösen als Beitragssatzunterschiede von 2 Prozentpunkten.

Wenn es dann zu einer Abwanderung so genannter schlechter Risiken von heute teuren zu den preiswerten Kassen käme, dann würde erstmalig eine Vermischung stattfinden; das wäre durchaus denkbar. Das Problem ist natürlich - darauf wurde schon hingewiesen -, dass die Ausgangspositionen der Kassen wegen der fehlenden Wettbewerbsparameter heute noch ungleich sind.

Abg. **Peter Albach** (CDU/CSU): Meine Frage geht an den BKK Bundesverband. In ihrem Gutachten haben IGES/Lauterbach/Wasem im Hinblick auf den Ausgleich des Krankengeldes eine Orientierung an der Morbidität für nicht durchführbar erklärt. In dem Gesetzentwurf wird offen gelassen, ob das Krankengeld bei den standardisierten Leistungsausgaben berücksichtigt wird. Wie soll das Krankengeld im RSA zukünftig behandelt werden?

SVe **Claudia Korf** (BKK Bundesverband): IGES/Lauterbach/Wasem haben erkannt, dass da durchaus ein großes Problem besteht. Das

erkennt auch jeder, der sich jetzt darum bemüht, die entscheidenden Ausgabenfaktoren zu finden, die dem Morbi-RSA zugrunde gelegt werden sollen. Hintergrund ist Folgendes: Der Morbi-RSA fußt jetzt - das habe ich bereits ausgeführt - auf einer direkten Erfassung des Erkrankungsrisikos. Dabei spielt das Krankengeld natürlich eine sehr exotische Rolle, da Morbiditätsindikatoren wie Diagnosen oder Verordnungen nur eine sehr geringe Aussagekraft bezüglich der Höhe der Krankengeldleistungen haben. Die Höhe der Krankengeldleistungen hängt ja zunächst einmal vom Einkommen des Mitglieds und von sehr unterschiedlichen Zugangsbedingungen ab. Es spielt eben eine entscheidende Rolle, ob man einen Anspruch auf Lohnfortzahlung über sechs Wochen hat oder Krankengeld erst nach zwölf Wochen erhält.

Erschwerend kommt jetzt noch hinzu, dass die Rahmenbedingungen für den Bezug des Krankengeldes verändert werden. Für hauptberuflich Selbstständige wird es einen satzungsmäßigen obligatorischen Wahltarif geben. Das Ganze wird also noch komplizierter. Deshalb lautet unser Votum: Bevor man hier irgendetwas, möglicherweise sogar etwas Falsches macht, sollte man ein ganz spezielles Gutachten zum Krankengeld in Auftrag geben. Das wäre eine gute und sinnvolle Investition des neuen wissenschaftlichen Beirats beim Bundesversicherungsamt.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die AOK und an den BKK-Bundesverband. Für die Abgrenzung schwerwiegender Krankheiten ist im Gesetzentwurf ein Schwellenwert von 150 Prozent der durchschnittlichen Kosten vorgesehen. Ist es sachgerecht und praktikabel, von derartigen Schwellenwerten auszugehen?

Zusatzfrage an den BKK-Bundesverband: Wäre zur Abgrenzung schwerwiegender Krankheiten zusätzlich zum Schwellenwert von 150 Prozent ein weiteres Auswahlkriterium sinnvoll, und, wenn ja, nach welchem Kriterium sollte der wissenschaftliche Beirat beim BVA unter den infrage gekommenen Krankheiten 50 bis 80 Krankheiten auswählen?

SV **Dr. Hans Jürgen Ahrens** (AOK-Bundesverband): Ein solcher Schwellenwert ist weder sachgerecht noch zielführend. Wir la-

ben eben gehört, dass bei einem solchen Schwellenwert ein Großteil der Programme für Chroniker nicht mehr berücksichtigt würde. Das bedeutet, dass sie nicht mehr finanzierbar wären. Das macht deutlich, dass wir hinter dem zurückstehen würden, was wir jetzt haben.

Sve **Claudia Korf** (BKK Bundesverband): Hier hört die Harmonie zwischen uns auf. Wir sehen die Festlegung eines Schwellenwertes für den Fall, dass man diesen auf Krankheiten beschränkt, die mit hohen Folgekosten verbunden sind - dafür war der Schwellenwert ja einmal gedacht -, durchaus als eine sinnvolle Sache an. Sachgerecht wäre es, den Schwellenwert auf die Durchschnittskosten insgesamt und nicht nur, wie das vom Sachverständigen Herrn Schneider vorgeschlagen worden ist, auf die Durchschnittskosten der Gesunden in Bezug zu setzen. 150 Prozent von null - also der Kosten eines Gesunden - sind eben auch null. Das bringt nichts. Der Schwellenwert muss sich also auf die Durchschnittskosten beziehen.

Zur Auswahl der infrage kommenden 50 bis 80 Krankheiten möchte ich zwei Dinge sagen:

Erstens ist es richtig, dass nach wie vor vollkommen offen ist, was eine Erkrankung ist. Bevor sich der Gesetzgeber jetzt befließigt, einen R<sup>2</sup>-Wert in das Gesetz hineinzuschreiben, halten wir es für notwendig und unerlässlich, sich erst einmal mit der Definition der jeweiligen Krankheit und des Krankheitsbegriffs zu beschäftigen. Das Ganze geht man anhand der ICD-10-Klassifikation an. Die Systematik der ICD-10 ist aber seinerzeit eigentlich nur für Berichtszwecke entstanden - zum Beispiel für die Epidemiologie - und orientiert sich weitgehend an der Genese von Erkrankungen. Aspekte wie der Versorgungsaufwand, also alles, was Kostenrisiken für die Krankenversicherung bedeutet, haben dabei überhaupt keine Rolle gespielt. Da wird nach Erregern und nicht nach Diagnosen klassifiziert, wie wir es benötigen würden. Deshalb muss man sich mit diesem Verfahren auseinander setzen und in diesem Punkt für Klarheit sorgen.

Zweitens. Wir stehen dazu, dass hier nur schwerwiegende und kostenträchtige chronische Erkrankungen erfasst werden sollten, damit das Ganze überschaubar bleibt und sinnvoll angewandt werden kann. Die Einteilung in Kategorien, seien es 50, 80, 13 oder 84, ist

nicht zwingend im Gesetz zu regeln, sondern stellt mehr eine Frage des Verfahrens dar. Deshalb lege ich großen Wert darauf, dass wir uns in Zukunft damit auseinander setzen, welches Verfahren angewandt wird, um die richtigen Kategorien und Klassifikationen auszuwählen. Ziel muss es dabei sein, die Erkrankungsrisiken, mit denen die höchsten Leistungsausgaben für die Krankenkassen verbunden sind, je Krankenversicherten zu erfassen. Das höchste finanzielle Risiko sollte dabei das Kriterium darstellen.

Abg. **Maria Eichhorn** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den BKK-Bundesverband: Ist es sachgerecht, in einem Morbi-RSA gesonderte Zuschläge für Erwerbsminderungsrentner vorzusehen?

SVe **Claudia Korf** (BKK Bundesverband): Nein, das ist aus den Gründen, die ich heute Morgen schon genannt habe, nicht sachgerecht. Ich habe ja erwähnt, dass wir bisher von einer indirekten Erfassung der Morbidität anhand des Alters und des Geschlechts - ausgegangen sind, und gerade der Erwerbsminderungs- bzw. Berufsunfähigkeitsstatus ist ja ein indirektes Kriterium. Jetzt wollen wir einen anderen Weg gehen: Bei einer direkten Erfassung der Morbiditätsrisiken ist es eben nicht sachgerecht, als zusätzlichen Faktor Zuschläge für Erwerbsminderungsrentner vorzusehen. Ziel muss es vielmehr sein, dass alle Versicherten unabhängig von ihrem jeweiligen Rentenstatus für dieselbe Erkrankung auch dieselben Zuschläge erhalten. Es wäre nämlich vollkommen willkürlich, wenn nur auf bestimmte Personengruppen zugegriffen würde. Wer nicht versicherungspflichtig beschäftigt ist, kann nicht zu einem Erwerbsgeminderten werden und man hätte keine Möglichkeiten, Zuschläge zu erhalten. Das halte ich also nicht für sachgerecht.

Einen weiteren Faktor sollte man berücksichtigen: Bescheide über die Erwerbsminderungsrente werden durchweg mit einer zeitlichen Befristung versehen. Das würde zu deutlichen zeitlichen Verzögerungen führen, sodass wir bei einem möglichen Morbi-RSA ein noch viel schwierigeres, komplexeres und weniger zielführendes Korrekturverfahren anwenden müssten als wir es jetzt schon haben.

Abg. **Max Straubinger** (CDU/CSU): Ich habe ebenfalls eine Frage an den BKK-Bundesverband. Wie bewerten Sie das Vorhaben, neben den Leistungsausgaben zukünftig auch die Verwaltungskosten durch Mittel aus dem Fonds auszugleichen, und wie kann eine Standardisierung der Verwaltungskosten aussehen?

SVe **Claudia Korf** (BKK Bundesverband): Zunächst einmal bin ich der Meinung, dass man die Verwaltungskosten scharf von den Kosten trennen muss, die durch Erkrankungsrisiken im Zusammenhang mit dem Morbi-RSA entstehen. Wir haben heute Morgen zwar gehört, dass es auch versicherungsseitig einen Bezug zwischen der Versorgung Kranker und dem Verwaltungsaufwand gibt. Einen eindeutigen Bezug gibt es aber nicht. Ein Gros der Verwaltungskosten der Krankenkassen hängt von der Anzahl der Geschäftsstellen ab. Das Fall- oder Versorgungsmanagement einer Krankenkasse gibt aber keinen eindeutigen Hinweis darauf, ob Verwaltungskosten in den Morbi-RSA einbezogen wurden. Die Verwaltungskosten sollten im Morbi-RSA auf keinen Fall wie die Leistungsausgaben behandelt werden können und auch nicht nach den gleichen Regeln ausgeglichen werden wie künftig die Leistungsausgaben im Morbi-RSA. Es gibt also keinen empirischen Beleg für den Zusammenhang zwischen der Höhe der allgemeinen Verwaltungskosten und der Höhe der Kosten für die Behandlung der Krankheiten der Versicherten. Wenn wir das mit berücksichtigen würden, dann entstünden eine ganze Menge Fehlanreize.

Auch in Zukunft soll ja das Ziel der Beitragssatzstabilität gelten. Das heißt, wenn man Verwaltungskosten überhaupt berücksichtigen will, dann bitte nur in Form von einheitlichen Kopfpauschalen.

Abg. **Dr. Rolf Koschorrek** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den BKK-Bundesverband. Arzneimittel stellen in einem Klassifikationsmodell ein Problem dar, da sie nicht eindeutig auf eine bestimmte Krankheit verweisen. Außerdem können Fehlanreize in der Versorgung entstehen. Gibt es aus Ihrer Sicht eine Möglichkeit, bei einem morbiditätsorientierten RSA auf Arzneimittel als Indikatoren ganz zu verzichten?

Sve **Claudia Korf** (BKK Bundesverband): Die Arzneimittel stellen beim Morbi-RSA ein schwieriges Thema dar. Wir haben darauf ja auch in unserer Stellungnahme hingewiesen. Dass durch die Verordnung eines bestimmten Arzneimittels keine eindeutigen Hinweise auf eine bestimmte Erkrankung gegeben werden, wie Sie zu Recht sagen, liegt zum einen daran, dass es verschiedene Indikationen für einen bestimmten Wirkstoff gibt, zum anderen kann das aber auch ganz einfach in einem Off-label-Use begründet sein.

Jetzt zur Frage, ob man beim Morbi-RSA generell darauf verzichten kann. Das wird sicherlich schwierig; denn im Augenblick fungiert die Verordnung von Arzneimitteln im Klassifikationssystem für den ambulanten Bereich als Statthalter. Ausgehend von IGES/Lauterbach/Wasem gibt es die Krankenhausdiagnosen und die Verordnung von Arzneimitteln. Das Hauptproblem dabei, dass die ICD-10-Verschlüsselungen im ambulanten Bereich gerade für Deutschland nicht sehr belastbar waren, ist allerdings differenziert zu betrachten. Nur auf eine kleine Gruppe schwerwiegender Erkrankungen bezogen sind diese Verschlüsselungen doch relativ tragfähig. Das heißt also, Diagnosen des Arztes hinsichtlich wirklich spezifischer und gut abgrenzbarer Erkrankungsbilder sind weniger das Problem.

Gleichwohl sind wir der Auffassung, dass die ambulanten Diagnosen nicht alleine stehen können. Bei Ermittlung des Morbi-RSA werden wir also um die Berücksichtigung der Verordnung von Arzneimitteln nicht herumkommen. Ich bitte aber, sich des Verfahrens noch einmal genau anzunehmen und auch einen Blick in die Niederlande zu werfen, wo man eine riesige Gruppe in sehr überschaubare und kostenhomogene Gruppierungen aufgeteilt hat. Wenn man so verfährt, kann auch eher eine Sicherheit vor Manipulationen gewährleistet werden.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich habe noch eine Frage an den BKK Bundesverband. Voraussetzung für den Start des Fonds ist nach § 155 SGB V neu die Entschuldung der Kassen. Für die verbleibenden Verpflichtungen findet die Insolvenzordnung Anwendung. Gilt das ausschließlich für die Altschulden der Kassen oder für alle angefallenen Verbindlichkeiten?

Sve **Claudia Korf** (BKK Bundesverband): Diese Frage haben wir uns auch gestellt. Wenn man den Wortlaut des Gesetzes analysiert, dann stellt man nämlich fest, dass das offen formuliert wurde.

Wenn Sie mich fragen würden, wie es sein sollte, dann würde ich Ihnen glattweg sagen: Das kann sich sinnvollerweise nur auf die Altschulden beziehen. Die meisten Kassen müssen sich bis zum 1. Januar 2008 entschulden. In Einzelfällen haben sie dafür bis zum Jahresende 2008 Gelegenheit. Die Vorgabe ist also, dass jede Kasse bis spätestens Ende 2008 komplett entschuldet sein muss. Die Haftungsverpflichtungen sollten sich nur auf Altschulden der Kassen, die ehemals der entsprechenden Kassenart zuzurechnen waren, nach Ende 2008 noch Schulden haben und in den darauf folgenden Jahren scheitern - ich formuliere es einmal freundlich -, beziehen.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die Gewerkschaft der Sozialversicherung. Wie wird sich die Insolvenzfähigkeit der Kassen auf die Beschäftigten in den Kassen auswirken?

SV **Klaus Dauderstädt** (Gewerkschaft der Sozialversicherung): Die Beschäftigten der gesetzlichen Krankenversicherung sind leidgeprüft. Einerseits haben die Deckelung der Verwaltungskosten und andererseits beschäftigungssichernde Maßnahmen, die wir vereinbart haben, seit Jahren Auswirkungen auf ihre Einkommen und ließen sie gelegentlich zittern. Dass ihre Kasse nun aber Pleite gehen kann, erschüttert sie bis ins Mark; denn sie haben ja schließlich einmal einen Job bei einer Körperschaft des öffentlichen Rechts angenommen.

Formal soll durch das GKV-WSG zunächst einmal nur die bisherige Zweigleisigkeit beseitigt werden und eine Gleichbehandlung aller Krankenkassen vollzogen wird. Die Insolvenzordnung ist ja unabhängig davon anzuwenden, welche Rechtsform eine Institution hat. Ausgeschlossen ist eine Insolvenz nur für den Bund und die Bundesländer sowie für Körperschaften, die nach Landesrecht für insolvenzunfähig erklärt worden sind. 14 Bundesländer haben für ihre landesunmittelbaren Krankenkassen davon Gebrauch gemacht. Das heißt, die bundesunmittelbaren Krankenkassen und ihre

Verbände sowie die landesunmittelbaren Krankenkassen in zwei Bundesländern waren bisher schon insolvenzfähig. Jetzt wird formal eine Gleichstellung vollzogen.

Eine Zweigleisigkeit beim Verfahren gab es allerdings auch bisher, wenn eine Kasse leistungsunfähig wurde: zum einen die Insolvenzordnung und zum anderen eine Spezialregelung im SGB V in Form eines speziellen Schließungsrechts, das nach unserer Ansicht dem Insolvenzrecht vorgeht. Der Gesetzgeber hat es jedoch immer versäumt, eine konsistente Deckung beider Systeme herbeizuführen. Wir beklagen, dass diese auch dieses Mal nicht richtig vollzogen wird.

Die bisherigen Auffangtatbestände wurden, wie vorhin schon einmal erwähnt, ebenfalls in doppelter Weise geschwächt, zunächst einmal durch die faktische Entwicklung, dass es Landesverbände, die gemäß §§ 155 ff. SGB V - die Verweisungsvorschriften für die AOKs, die Ersatzkassen und die Innungskrankenkassen waren ähnlich gefasst - eintreten sollten, wenn eine einzelne Kasse leistungsunfähig wurde, flächendeckend nur noch im BKK-System gibt. Durch Fusionen haben sich nämlich die Allgemeinen Ortskrankenkassen selbst zu Landesverbänden entwickelt; auch bei den Innungskrankenkassen ist das weitgehend der Fall. Nun wird aber auch noch die Bundesebene geschwächt, indem durch einen Eingriff des Gesetzgebers die bisherigen Körperschaften des öffentlichen Rechts in Gesellschaften bürgerlichen Rechts umgewandelt werden, insofern die einzelnen Verbände der Ersatzkassen nicht als e. V. bestehen bleiben. Dadurch werden deren Stabilität und natürlich auch die Haftung infrage gestellt. Wir schlagen vier Lösungen für das Problem vor:

Erstens sollten alle Krankenkassen aus der Insolvenzordnung herausgenommen werden.

Zweitens sollten die Folgen einer Leistungsunfähigkeit und die dafür vorgesehenen Instrumente konsistent nur im SGB V geregelt werden.

Drittens sollte das Problem der Mitgliedschaft im Pensions-Sicherungs-Verein zur Absicherung von Versorgungslasten, das von Herrn Dr. Hoberg schon einmal angesprochen worden ist, durch eine Änderung des Betriebsrentengesetzes korrigiert werden. So kann man nämlich

die Aufnahme der Krankenkassen, die konkursunfähig sind, regeln.

Viertens sollte der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, falls es diese Konstruktion geben sollte, nach unserer Ansicht abschließend für alle entstehenden Konsequenzen haften, also auch für die Mitarbeiter einer insolventen Kasse.

**Abg. Jens Spahn (CDU/CSU):** Ich habe eine Frage an den Verbraucherzentrale Bundesverband: Welche Folgen hat die Insolvenz einer Kasse für die Versicherten?

Eine ähnlich gelagerte Frage habe ich an die DKG und an die KBV: Welche Konsequenzen hat die Feststellung einer Insolvenz für die Leistungserbringer?

**SV Dr. Stefan Etgeton (Verbraucherzentrale Bundesverband):** Wenn, wie sich das im Moment darstellt, nicht sichergestellt ist, wer das Finanzrisiko übernimmt, dann ist das Risiko für die Versicherten nicht unerheblich. Es besteht einerseits darin, dass deren Ansprüche von medizinischen Leistungen bis hin zum Krankengeld möglicherweise nicht mehr befriedigt werden. Andererseits besteht die Gefahr - das wurde auch schon gesagt -, dass die Leistungserbringer die Versicherten schon dann, wenn nur das Gerücht auftritt, eine Kasse sei von Insolvenz bedroht, zur Kostenerstattung drängen, um sich sozusagen von dem Risiko zu befreien. So hätten allein die Versicherten das Problem der Kostenübernahme mit der möglicherweise oder wirklich insolventen Versicherung zu klären. Insofern kann es passieren, dass das Kostenrisiko letztlich auf die Versicherten abgewälzt wird.

**SV Andreas Wagener (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.):** Letztlich werden die strukturellen Probleme durch die Möglichkeit der Insolvenz einer Krankenkasse nicht gelöst, sondern an die Leistungserbringer, die mit den Krankenkassen abrechnen, weitergereicht. Wenn die Krankenhäuser als Leistungserbringer bei einer Kostenübernahmeerklärung durch die Krankenkassen nicht mehr dieselbe Sicherheit wie heute haben, müssten sie zu Sicherungsmechanismen greifen, die in der Privatwirtschaft üblich sind. So müsste etwa, wie vorhin schon erwähnt, der Versicherte in Vor-

kasse treten oder eine andere Art der Sicherheit bieten, zum Beispiel in Form einer Bankbürgschaft der Krankenkasse, damit der Leistungserbringer, der große Außenstände hat, abgesichert ist; denn bei großen Leistungserbringern laufen erhebliche Summen auf, die bei der Insolvenz einer Krankenkasse dazu führen könnten, dass das Krankenhaus an den Rand einer Insolvenz gerät oder sogar insolvent wird. Das muss man im Vorhinein vermeiden.

**SV Dr. Andreas Köhler** (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Letztendlich sind wir mit den Gesamtvergütungen Gläubiger wie jeder andere auch. Das wird dazu führen, dass unsere Vertragsärzte, da wir dann ja mit der Gesamtvergütung haften, nur noch gegen Vorkasse ambulante Behandlung durchführen werden.

**Abg. Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an Professor Hager. Wie stellt sich die Rechtslage dar, wenn heute eine Krankenkasse zahlungsunfähig ist bzw. wenn Zahlungsunfähigkeit droht?

**SV Prof. Dr. Johannes Hager:** Ich darf das Ganze am Beispiel der Betriebskrankenkassen exemplifizieren. § 155 Abs. 4 Satz 4 SGB V lautet:

Die Sätze 1 bis 3 gelten nicht, wenn die Satzung der geschlossenen Betriebskrankenkasse eine Regelung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 enthält; in diesem Fall hat der Landesverband die Verpflichtungen zu erfüllen.

Was bedeutet das? Das ist ein bisschen kompliziert ausgedrückt; es meint Folgendes: Es geht um die so genannten geöffneten Betriebskrankenkassen, bei denen man nicht nur als Angehöriger eines Betriebes Mitglied werden kann, sondern als Versicherter generell. Konsequenz ist, dass die Verpflichtungen auf die Landesverbände übergehen. Die weitere Frage ist: Wenn der Landesverband selber nicht konkursfrei gestellt ist, dann findet eine Übergabe an den Bundesverband statt. Dieser hat aber in der Regel keine Mitglieder, sondern ist bloß ein Dachverband. Das bedeutet also, dass der nicht konkursfrei gestellte Landesverband ganz normal nach Insolvenzregeln abgewickelt wird. So ist im Moment die Rechtslage.

Der Bundesverband ist nach herrschender Meinung seinerseits insolvenzfähig. Er gehört nicht zu den kraft Verfassung oder kraft Bundesgesetz ausgenommenen Körperschaften des öffentlichen Rechts; diese Insolvenzfrestellung findet regelmäßig nach § 12 Abs. 1 Nr. 2 Insolvenzordnung nur auf der Landesebene statt. Das hat historische Gründe. Man hat sich nicht vorstellen können, dass die Landesverbände dann ihrerseits ins Trudeln geraten. Die Voraussetzung für die Schließung ist in § 153 SGB V geregelt: „Eine Betriebskrankenkasse wird von der Aufsichtsbehörde geschlossen, wenn“ - das ist die Nr. 3- „ihre Leistungsfähigkeit nicht mehr auf Dauer gesichert ist.“

Wenn Sie in den Kommentaren zum SGB V nachschlagen, was eine fehlende Sicherung der Leistungsfähigkeit bedeutet, werden Sie dort relativ wenig finden. Das Problem wird kaum erörtert. Es gibt keine Rechtsprechung dazu. Man wird deswegen für den Begriff der Überschuldung eine Anleihe in der Insolvenzordnung, und zwar des dortigen § 19, nehmen.

Vorsitzende **Abg. Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Damit kommen wir zur dritten Frage der SPD-Fraktion.

**Abg. Dr. Marlies Volkmer** (SPD): Ich bleibe beim Risikostrukturausgleich und frage die Spitzenverbände der Krankenkassen, das Bundesversicherungsamt, Herrn Dr. Fiedler und Herrn Professor Wasem: Sind die vorgegebenen 50 bis 80 Krankheiten sowie der vorgegebene Schwellenwert geeignet, um ein relevantes Morbiditätsspektrum zu erfassen, und sehen Sie es als gewährleistet an, dass alle relevanten Kosten dieser Erkrankungen, zum Beispiel Rehaleistungen - bei Rheumakranken etwa das Funktionstraining - oder Leistungen einer Beratung, die mit dem Versicherten gemeinsam erfolgen muss, in diese Bewertung einbezogen werden?

Herrn Professor Wasem möchte ich gern noch fragen, ob er es nach wie vor für erforderlich hält - bei einem anderen Sachverständigen klang das vorhin ganz anders -, die Erwerbsunfähigkeits- und die Berufsunfähigkeitsrenten in den Risikostrukturausgleich einzubeziehen?

**SV Dr. Hans Jürgen Ahrens** (AOK-Bundesverband): Maßgeblich ist nicht, ob es

50 oder 80 Krankheiten sind, sondern maßgeblich ist die Definition des Krankheitsbegriffes. Bei der Definition des Krankheitsbegriffes wird man auch nicht darum herumkommen, sich darüber Gedanken zu machen, was darunter fällt. Wir sind der Meinung, das sind auch die von Ihnen genannten Nebenleistungen.

Der von Ihnen angesprochene Schwellenwert ist kontraproduktiv, weil er dazu führen wird, dass Menschen in Chronikerprogrammen herausfallen. Wir würden also hinter dem zurückstehen, was wir jetzt schon haben.

**SV Dr. Dirk Göppfarth** (Bundesversicherungssamt): Die Beschränkung auf 50 bis 80 Krankheiten erlaubt es unserer Ansicht nach nach wie vor, einen zielgerichteten RSA zu konstruieren, unter der Voraussetzung, dass wirklich eine sachgerechte Auswahl der Krankheiten stattfindet. Das ergeben unsere eigenen Analysen, aber auch Gespräche mit Experten in den Niederlanden und in den USA, die uns in diesem Urteil entsprechend unterstützen.

Was den Krankheitsbegriff angeht, so ist Folgendes richtig: Es ist nirgendwo definiert, was eine Krankheit ist, und es lässt sich eigentlich auch so gut wie gar nicht ein geeigneter Krankheitsbegriff finden. Wir haben uns mit der Klassifikation im ICD auseinander gesetzt und überlegt, ob man auf dieser Basis eine entsprechende Klassifikation vornehmen kann. Ergebnis war, dass bei der Abgrenzung des Krankheitsbegriffes und damit der Einbeziehung im RSA sehr viele Aspekte berücksichtigt werden müssen, zum Beispiel welche Aufnahmefähigkeiten es über Arzneimittel und über Diagnosen gibt. Insofern war es unserer Meinung nach richtig, die Entscheidung hinsichtlich Auswahl, Definition und Abgrenzung der Krankheiten dem wissenschaftlichen Beirat zu überlassen.

Der Schwellenwert ist bei Auswahl der Krankheiten sicherlich ein Problem. Wir teilen grundsätzlich die Auffassung - die der Sachverständige Wasem auch schon dargestellt hat -, dass die Altersabhängigkeit der Ausgaben relevant ist. Ältere Menschen verursachen immer höhere Ausgaben als jüngere Menschen. Natürlich kann der Fall eintreten, dass Ausgaben für Krankheiten, die insbesondere unter jüngeren Menschen verbreitet sind, nicht mehr als 50 Prozent über dem Gesamtdurchschnitt liegen, auch wenn sie signifi-

kant über den Ausgaben einer altersgleichen Vergleichsgruppe liegen. Unser pragmatischer Vorschlag wäre, einfach den Schwellenwert an diesem Punkt ein bisschen aufzuweichen, indem man sagt: Eine Abweichung vom Schwellenwert ist auch bei solchen Krankheiten möglich, die eine Prävalenz bei jungen Menschen haben. So würde man die Auswahl nicht auf die Alterskrankheiten beschränken, sondern könnte ein wirklich breites Morbiditätsspektrum im RSA berücksichtigen.

Noch kurz zur Einbeziehung der Verwaltungsausgaben: Das ist natürlich ein anderer Baustein. Das heißt, neben standardisierten Leistungsausgaben gibt es jetzt auch standardisierte Verwaltungsausgaben, wo die Morbidität genauso eine Rolle spielt wie die Einschreibung in ein DMP. Insofern als Anmerkung zum Beitrag des BKK-Bundesverbandes, dessen Vertreter gesagt hat, im neuen System hätten DMPs keine Funktion: Bei den Zuweisungen für Leistungsausgaben spielen sie in der Tat keine Rolle mehr; aber bei den Zuweisungen für Verwaltungsausgaben haben sie die Funktion, die erhöhten Verwaltungsausgaben bei solchen anspruchsvollen Programmen zu berücksichtigen.

**SV Dr. Eckart Fiedler:** Ich hatte ja schon dargelegt, dass die derzeitigen Standardausgaben zu gering sind für diejenigen Kassen, die die Kranken haben. Ich will Ihnen das noch einmal an einem Beispiel deutlich machen. Die Mehrwertsteuer wird um 3 Prozentpunkte steigen, also steigen die Arzneimittelausgaben um 3 Punkte. Entsprechend müssen auch die RSA-Zahlungen um 3 Prozent ansteigen. Da standardisierte Ausgaben zugeteilt werden, bekommen die Kassen, die die Gesunden haben, wegen dieser Mehrwertsteuererhöhung deutlich mehr Geld, während die Kassen, welche die Kranken haben und die Arzneimittel eigentlich bezahlen müssen - und auch die 3 Prozent zusätzlich -, relativ gesehen weniger bekommen als das, was sie aufzuwenden haben. Dahinter liegt eine Ungerechtigkeit, die in meinen Augen einen Anreiz bietet, sich zu fragen: Wie kann ich Leistungen verweigern bzw. wie kann ich in diesem Wettbewerb - insofern widerspreche ich denjenigen, die sagen, es gibt keine Risikoselektion - Gute an mich binden und geringe Risiken im Wettbewerb gewinnen? Das ist heute die Strategie des Wettbewerbs.

Ein zielgenauer RSA soll ja den Anreiz bieten, auch bei Finanzschwäche auf der Ausgabenseite eine hohe Effizienz zu erreichen. Das muss es sein: ein Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit und nicht um Risikoselektion. So gesehen ist jede Einschränkung - sei es über die Zahl von Krankheiten oder über Schwellenwerte - willkürlich und behindert den Ausgleich. Ich halte damit die Selektion „gesund“ in einem gewissen Umfang für attraktiv. Das ist die Konsequenz.

Von daher gibt es eigentlich kein Argument für die Einschränkung eines Morbi-RSA, wie ihn die Gutachter nach dem Auftrag des Gesetzes von 2001 empfohlen haben. Selbst dieser empfohlene Ausgleich wird nur zu 24 Prozent die Krankheitsrisiken tatsächlich sachgerecht ausgleichen.

Jetzt heißt es in der Begründung, dass man 12 Prozent nicht unterschreiten will, also noch einmal unter die Hälfte dessen gehen will, was die Gutachter eigentlich als sachgerecht empfohlen haben und was international auch unbestritten ist. Von daher muss man die Fragen stellen: Warum empfiehlt man hier eine willkürliche Schnittstelle? Die Selbsthilfegruppen werden - mit Recht - auf die Barrikaden gehen, wenn ihre Krankheit nicht im RSA enthalten ist, weil sie sich diskriminiert fühlen, und sagen: Wenn unsere Krankheit nicht komplett ausgeglichen wird, ist es logisch, dass jede Krankenkasse um uns einen großen Bogen macht.

Auch mit Schwellenwerten werden Sie ein riesiges Problem aufwerfen. Für Diabetes zum Beispiel liegt der Schwellenwert, also der Durchschnitt der Ausgaben der Versicherten plus 50 Prozent, nach heutigen Grenzen etwa bei 2850 Euro. Für einen jungen, 30-jährigen Diabetiker werden heute etwa 2300 Euro aufgewandt und für einen 75-jährigen Diabetiker 5500 Euro. Das heißt, der junge Diabetiker fällt aus der Berücksichtigung heraus; der ältere wird berücksichtigt. Gerade der junge Diabetiker braucht aber eine exzellente Betreuung, um prophylaktisch schwerwiegende Komplikationen wie Erblindung, Fußamputation, Dialysepflichtigkeit etc. zu vermeiden. Sie bekommen plötzlich völlig falsche Anreize in der Betreuung der Kranken. Von daher lautet mein ganz massives und ernsthaftes Plädoyer: Bitte nehmen Sie Abstand von einem solchen Schwellenwert! Er wird falsche Anreize setzen und Verzerrungen im RSA mit sich bringen.

Das gilt insbesondere auch für die Multimorbidität. Wenn Sie den Schwellenwert auf die einzelne Krankheit - wie immer diese definiert wird; diese Schwierigkeit hat Herr Schneider hier ja schon aufgezeigt - beziehen, was machen Sie dann mit Multimorbiden? Im Grunde haben im Alter alle chronisch Kranken eine Multimorbidität. Wie kombinieren Sie das? Das heißt, womöglich fallen gerade die Multimorbiden aus der Berücksichtigung im RSA heraus und bekommen nachher gar nichts, weil sie mit ihren Einzelkosten unter der Schwelle liegen, obwohl sie in der Summe deutlich höhere Ausgaben bei der Kasse induzieren. Deshalb die nachdrückliche Empfehlung, hier keine falsche Weichenstellung vorzunehmen.

**SV Prof. Dr. Jürgen Wasem:** Die Frage, ob eine Beschränkung auf 50 bis 80 Krankheiten funktioniert oder nicht, hängt in der Tat natürlich davon ab, wie ich die Krankheit definiere. Um es an einem Beispiel deutlich zu machen, das zeigt, wie es sicherlich nicht sinnvoll wäre: Wenn Sie in die ICD-10 gucken, finden Sie dort 29 ICD-Codes für Diabetes. Man könnte jetzt in einer zugespitzten Form sagen: Also gibt es 29 Krankheiten, die irgendwie Diabetes heißen. Dann hätten Sie 29 von 50 bis 80 Krankheiten schon ausgeschöpft. Das kann es sicherlich nicht sein. Genauso wenig kann man sicher die 14 Hauptkapitel des ICD-10 als *eine* Krankheit bezeichnen. Eine Beschränkung auf 50 bis 80 Krankheiten - das Bundesversicherungsamt hat ja meine Einschätzung geteilt, dass das durchaus ein gangbarer Weg ist - setzt also ein sinnvolles Verständnis von Krankheit voraus. Da liegt eine verantwortungsvolle Aufgabe für den wissenschaftlichen Beirat in Zusammenarbeit mit dem Bundesversicherungsamt: Definitionen zu finden, dass ein funktionsfähiger morbiditätsorientierter RSA herauskommt.

Die Diskussion um die Prämie und die Neuordnung der ambulanten Vergütung hat wohl allen Seiten des Hauses inzwischen weitgehend deutlich gemacht: Wenn man auf der Ebene der Gesamtvergütung Morbiditätsbezug einkehren lassen - wie immer man das bewerten mag - und dabei eine Verzerrung der Anreize vermeiden will, ganz abgesehen vom Problem einer Überforderungsklausel, dann muss die Morbiditätsorientierung im RSA hinreichend gut funktionieren. Von daher müs-

sen alle ein Interesse daran haben, dass die Bestimmung der „50 bis 80 Krankheiten“, wenn sie von diesem Haus so beschlossen werden sollte, sachgerecht ausgelegt wird. Dann aber kann man damit zurechtkommen.

Das Thema Schwellenwert hatte ich vorhin schon angesprochen. Ich will es noch einmal betonen, vor allem weil Herr Kollege Fiedler gerade den jugendlichen Diabetes angesprochen hat. Aus meiner Sicht kann ein sachgerechter Umgang mit dem Schwellenwert in der Tat nur in einer Altersadjustierung liegen. Das ist nahe liegend und zwingend für eine sachgerechte Lösung, die ja wohl alle hier in diesem Hause wollen.

Frau Abgeordnete, Sie haben als Nächstes gefragt: Werden denn auch Beratungsleistungen bei komplexen Krankheitsbildern mit einbezogen? Ich will noch einmal in Erinnerung rufen, dass der RSA - und das gilt unabhängig davon, ob ich mir den heutigen RSA oder eine morbiditätsorientierte Weiterentwicklung ansehe - grundsätzlich mit standardisierten Ausgaben arbeitet. Im morbiditätsorientierten RSA, der vermutlich ja als so genanntes Regressionsmodell ausgestaltet werden wird, heißt das: Es gibt für die jeweiligen Erkrankungen Zuschläge zu der Grundpauschale. Diese Zuschläge ergeben sich aus den durchschnittlichen Mehraufwendungen, die mit einer solchen Erkrankung verbunden sind. Die Zuschläge berücksichtigen - wenn man vom Sonderfall DMP einmal absieht, über den ich gleich noch zwei Sätze sagen will -, unabhängig davon, was die Kasse damit macht, die durchschnittlichen Ausgaben aller Sektoren, also auch die durchschnittliche Beratungsleistung, die durchschnittlichen Reha-Anteile usw.

Als nächstes Thema haben Sie EU-/BU-Rentner angesprochen. Der Gesetzentwurf setzt den Vorschlag von IGES/Lauterbach/Wasem um, auch bei einem morbiditätsorientierten RSA die gesonderte Berücksichtigung von EU-/BU-Versicherten aufrechtzuerhalten. Die Sachverständige Korf hat das eben so dargestellt, als ob dann für die Versicherten doppelt bezahlt würde, zum Ersten über die variable Krankheit und zum Zweiten über die variable EU/BU. Ich möchte darauf hinweisen, dass der Vorschlag der Gutachter aus der empirischen Untersuchung generiert worden ist, und zwar auch zu meiner Überraschung. Auch ich hätte vor unserer Untersu-

chung vermutet - das sage ich ganz offen -, dass über die Morbiditätsorientierung im RSA die Morbidität hinreichend abgebildet wird, so dass das eigenständige Merkmal „Erwerbs- und Berufsminderungsrente“ keine Aussagekraft mehr hat. Dies war aber erstaunlicherweise in dieser empirischen Untersuchung überhaupt nicht der Fall. Zu meiner wirklich großen Überraschung haben wir festgestellt, dass auch nach Morbiditätsorientierung die EU-/BU-Versicherten als Gruppe mit Beitragsbedarf deutlich unterausgestattet und die Nichtbezieher von Erwerbsminderungsrenten entsprechend leicht überausgestattet werden. Die Zahlen können Sie der Gutachertabelle 31 entnehmen.

Deswegen ist es aus meiner Sicht schon sinnvoll, diese Variable gesondert darin zu lassen. Das galt für den Vorschlag des kompletten RSA-Groupers, den die Gutachter vorschlagen haben. Ich vermute, dass das erst recht gilt, wenn man sich auf einen reduzierten Grouper mit 50 bis 80 Krankheiten bezieht.

Als nächsten Punkt hatten Sie die Verwaltungsausgaben der Krankenkassen angesprochen. Herr Kollege Wille und Herr Kollege Henke haben ja heute Morgen schon darauf hingewiesen, dass wir mit der Einführung des Gesundheitsfonds die Komplettierung des Finanzkraftausgleichs bewirken. Das bedeutet faktisch, dass die Krankenkassen auch standardisierten Beitragsbedarf aus dem RSA für Verwaltungskosten bekommen. Die Alternative wäre, dass man die Verwaltungskosten über die Zusatzprämie der Krankenkassen finanziert. In diesem Modell des Gesundheitsfonds gibt es ja keinen anderen Weg. Entweder gibt es standardisierte Leistungsausgaben für Verwaltungskosten aus dem RSA oder sie werden über die Zusatzprämie finanziert. Über die Probleme der Zusatzprämie haben wir ja heute schon hinreichend viel diskutiert.

Ich will noch auf einen Punkt eingehen, der im Gutachten von Cassel/IGES/Wasem aus dem Jahr 2001 untersucht worden ist, nämlich die Frage: Gibt es einen Zusammenhang zwischen Verwaltungsausgaben und Morbidität? Unsere Untersuchung hat seinerzeit ziemlich eindeutig gezeigt, dass Krankenkassen, die pro Kopf einen geringen Beitragsbedarf haben, auch pro Kopf niedrigere Verwaltungsausgaben haben als Kassen, die pro Kopf einen hohen Beitragsbedarf haben. Anders formuliert: Die Krankenkassen, die mehr Versorgungslast

tragen, haben auch höhere Pro-Kopf-Verwaltungsausgaben. Da sich das durchgängig statistisch so gezeigt hat, würde ich das schon im Sinne einer Kausalität bewerten. Natürlich ist eine Korrelation nie eine Kausalität; aber erklärbar ist es schon. Ein Zusammenhang mit dem Versorgungsmanagement zum Beispiel ist signifikant. Aus meiner Sicht wäre es deswegen sinnvoll, bei der Zuteilung der standardisierten Leistungsausgaben den entsprechenden Vorschlag zur Standardisierung aus dem Gutachten von I-GES/Cassel/Wasem aus 2001 aufzugreifen.

**Abg. Dr. Carola Reimann** (SPD): Ich habe noch zwei Fragen zur Insolvenzfähigkeit der Kassen, mit der Bitte um kurze Antworten. Ich möchte fragen nach den Sonder- und Übergangsregelungen, die vorzusehen sind, wenn wir die Insolvenzordnung jetzt flächendeckend auf das Krankenversicherungsrecht anwenden, und danach, ob es Landes- und Bundesunterschiede gibt. Hier sind natürlich die Spitzenverbände gefragt, das Bundesversicherungsamt und, wenn es die Zeit zulässt, Herr Schneider.

**SV Dr. Hans Jürgen Ahrens** (AOK-Bundesverband): Ganz kurz: Dieses Insolvenzrecht ist eine Katastrophe für die Kassen. Bei der Anwendung des Insolvenzrechts würde rein bilanziell schon die erste Bilanz eine Konkursöffnungsbilanz darstellen, weil dort Altersrückstellungen aufgeführt werden müssen, die bei Kassen teilweise 1 Milliarde Euro ausmachen. Das kann so nicht gewollt sein. Deshalb kann ich mir nur vorstellen, dass man das nicht zu Ende gedacht hat, als man den durch die Verbände und ihre Körperschaft gebildeten Haftungsverbund zerschlagen hat. Ich kann nur dafür plädieren, bei dem bisherigen Haftungsverbund zu bleiben; denn die jetzt beabsichtigte Lösung ist schädlich nicht nur für die Kassen. Wir haben vorhin gehört, was sie für die Ärzte und Krankenhäuser bedeutet: Es würde dazu führen, dass wir das Gesundheitswesen flächendeckend lahm legen.

**SVe Dr. Doris Pfeiffer** (VdAK/AEV): Sie haben auch nach den Unterschieden zwischen Bundes- und Landesebene gefragt. Es ist ja eben noch einmal betont worden, dass die Erklärung der Insolvenzunfähigkeit nur auf der Landesebene möglich ist. Bei uns gilt das beispielsweise für die bundesweiten Ersatzkassen

auch heute schon. Allerdings gibt es zwei entscheidende Unterschiede. Erstens gilt heute die Verbandshaftung, die durch die vorgesehenen Regelungen aufgehoben wird, mit den damit verbundenen Konsequenzen. Zweitens gibt es in der entsprechenden Rechnungslegungsverordnung die Möglichkeit, nicht aber die Verpflichtung, die Pensionsverpflichtungen zu bilanzieren. Es würde die Situation auch bei den anderen Kassen verändern, wenn diese Bestimmung jetzt verpflichtend aufgenommen würde.

Was Herr Ahrens angesprochen hat, trifft zu: Es gibt diesen Dominoeffekt. Wenn es in einem Bereich beginnt, wird sich dieser Effekt, selbst wenn er bei den anderen Kassen im ersten Jahr nicht wirksam wird, natürlich fortsetzen, weil sich für das System entsprechende Folgewirkungen ergeben.

**SV K.-Dieter Voß** (BKK Bundesverband): Frau Dr. Reimann, kurzfristig ist der Umstieg auf Insolvenzrecht gar nicht möglich; die Gründe sind dargestellt worden. Langfristig ist er möglicherweise nicht auszuschließen, vielleicht sogar anzustreben. Aber dann wäre sicherlich zu überlegen, ob man nicht nach der Rechtsstruktur der Forderung unterscheidet. Um die Versorgungssicherheit zu gewährleisten und die Versicherten auch nicht zu verunsichern, könnte man sich vorstellen, dass öffentlich-rechtliche Forderungen oder Verpflichtungen der Kasse weiterhin unter das besondere Haftungsrecht der Verbände fallen, für privatrechtliche Verpflichtungen der Kassen aber - die derzeit unter das Sonderhaftungsrecht der Verbände fallen, mit schädlichen Folgen auch für die Systeme - das Insolvenzrecht gilt. Das wäre eine gespaltene Folge, die aber durchaus funktional wäre, sich auch durchsetzen ließe und die Tendenz der Kassenvorstände, eine gefahrgeneigte Finanzpolitik zu organisieren, möglicherweise dämpfen oder gar nicht aufkommen lassen würde.

**SV Dr. Rainer Daubenbüchel** (Bundesversicherungsamt): Erhebliche Sorgen bereitet uns, dass das Verhältnis zwischen den Vorschriften der Insolvenzordnung und den Schließungs- und Auflösungs Vorschriften nach dem SGB V in keiner Weise geklärt ist. Einerseits deutet eine Vorschrift darauf hin, dass nur der fünfte Teil der Insolvenzordnung gilt; das ist der Teil, der die Folgen der Insolvenz regelt, insbeson-

dere die Aufteilung auf die verschiedenen Gläubiger. Andererseits - und das ist ein Widerspruch - wird verwiesen auf Vorschriften zur Einleitung des Insolvenzverfahrens, nämlich die Vorschrift zur Eröffnung des Insolvenzverfahrens über das Vermögen einer Kasse oder die Ablehnung der Eröffnung mangels Masse. Deshalb ist nach wie vor völlig ungeklärt: Was gilt denn nun? Gilt die gesamte Insolvenzordnung? Gilt sie auch für die Einleitung des Insolvenzverfahrens mit allen Konsequenzen? Dann aber steht das im Widerspruch zu den nach wie vor bestehenden Vorschriften über die Auflösung oder Schließung einer Kasse, die wir bisher jedenfalls - auf Bundesebene gab es ja immer schon die Insolvenzfähigkeit - als *Lex specialis* angesehen haben, wonach der Startschuss für die Insolvenz nicht der Antrag eines Gläubigers war, sondern die Feststellung der Aufsichtsbehörde, dass eine Kasse nicht mehr leistungsfähig ist und deshalb geschlossen werden muss. Da bedarf es dringend der Nachbesserung. Wir bitten, klarzustellen, welche Vorschriften denn nun gelten und wie umfassend sie gelten.

Den zweiten Punkt, an dem hier Kritik geäußert wurde, teilen wir nicht. Es ist zwar richtig, dass die Verbände nicht mehr haften; die Leistungsfähigkeit der Haftungsmasse aber ist für Leistungserbringer und Versicherte nach wie vor abgesichert, und zwar im gleichen Umfang wie bisher, weil alle Kassen einer Kassenart für diese Verbindlichkeiten haften. So ist es jedenfalls in dem uns vorliegenden Gesetzentwurf geregelt; das ist im Nachhinein eingeführt worden. Ob nun ein Landesverband bzw. ergänzend der Bundesverband haftet oder ob sämtliche Kassen einer Kassenart für verbleibende Verbindlichkeiten haften, ist hinsichtlich der Haftungsgrundlage egal.

Nicht abgesichert sind - auch das ist schon deutlich gesagt worden - die Ansprüche der übrigen Gläubiger, insbesondere die der Beschäftigten. Für die Versorgungsansprüche gilt natürlich der Pensionssicherungsfonds. Es gibt Konkursausfallgeld. Aber das ist es dann auch schon. Nicht abgesichert sind die Ansprüche von sonstigen Lieferanten und sonstigen Verkäufern, zum Beispiel aus dem Dienstleistungsbereich. Für diese Ansprüche gibt es nach wie vor - reines Insolvenzrecht - keine Haftung der anderen Kassen.

**SV Werner Schneider:** Mit der Haftung nach dem Insolvenzrecht will man ja offensichtlich erreichen, dass unwirtschaftliche Krankenkassen vom Markt verschwinden, wirtschaftliche Krankenkassen sich durchsetzen und somit auch die Anreize zu mehr Wirtschaftlichkeit und Qualität gestärkt werden. Das Insolvenzrecht, aufgestülpt auf die Grundstrukturen der gesetzlichen Krankenversicherung, bietet allerdings überhaupt keinen Zugang zur Beurteilung der Frage, ob eine Krankenkasse geschlossen werden muss, weil sie unwirtschaftlich war oder weil sie nicht mehr leistungsfähig war. Es reicht völlig aus, festzustellen, dass ein Überschuldungstatbestand nach Insolvenzrecht vorliegt. Die Historie dieser Schulden spielt dabei keine Rolle, anders als im Krankenversicherungsrecht, welches Schließungsgründe durchaus auf unterschiedliche Historien und Strukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung abstellt.

Es kann deshalb passieren, dass eine Krankenkasse - insbesondere in der Kombination der Wirkungen des neuen Zusatzbeitrags, budgetiert durch die Härteregelung - schließen muss, weil sie unterjährig nicht mehr in der Lage ist, die Rechnungen der Leistungserbringer zu bezahlen. Schon bei einem Zusatzbeitrag von 20 Euro wäre das nach Analysen des AOK-Bundesverbandes bei allen AOKs der Fall. Es könnte also sein, dass eine solche Krankenkasse geschlossen werden muss, obwohl sie in ihrer Grundstruktur extrem wirtschaftlich ist, und andere Krankenkassen am Markt überleben, die aus verschiedensten Gründen eine recht günstige Finanzstruktur haben.

Dass eine Krankenkasse mit einer ungünstigen Finanzstruktur nicht gleich unwirtschaftlich ist, lässt sich schon an zwei sehr typischen Beispielen ablesen; denn Auswirkungen auf den Finanzbedarf einer Krankenkasse haben die regionalen Versorgungsstrukturen. Auch bei extrem wirtschaftlichen regionalen Versorgungsstrukturen ist es in Ballungszentren - das weiß jeder Fachmann - einfach teurer als in der Fläche. Zudem können solche Merkwürdigkeiten wie die fehlende Resistenz gegenüber politischem Druck, die Beitragssätze in bestimmten Situationen doch bitte nicht anzuheben - insbesondere in Kombination mit Landtagswahlen -, dazu führen, dass eine Krankenkasse, die eine extrem ungünstige Finanzsituation und eine extrem ungünstige Vermögenssituation hat, nach Insolvenzrecht zu schließen wäre, obwohl sie, gemessen an der Versorgungsqua-

lität und der Wirtschaftlichkeit im GKV-Ordnungsgefüge, eine hervorragende Krankenkasse ist, deren Überleben man sicherstellen müsste. Ein solches Sicherstellen des Überlebens wäre mit dem heutigen Haftungssystem möglich - im AOK-System passiert das auch seit zehn Jahren -, in Zukunft jedoch nicht mehr, wenn die Spitzenverbände „entkörperlicht“ würden, weil dann Steuerungsmöglichkeiten oder flankierende Finanzhilfen nicht mehr möglich sind. Diese Kombination aus Zusatzbeitrag, Insolvenzordnungsgefüge und Eingriffen in die Verbandsstrukturen ist verheerend.

Amtierender Vorsitzender **Abg. Dr. Wolf Bauer** (CDU/CSU): Wir kommen zur letzten Runde für die FDP.

**Abg. Dr. Konrad Schily** (FDP): Ich stelle meine Frage an die Deutsche Krankenhausgesellschaft und an die Spitzenverbände der Krankenkassen: In den Regelungen für den Fonds ist vorgesehen, dass die Be- bzw. Entlastungen eines Bundeslandes nicht mehr als 100 Millionen Euro betragen sollen. Die Ausgaben der Krankenkassen in einer Region können sehr stark auseinander liegen; gerade auch die Basisfallwerte der Krankenhäuser, die immerhin ein Drittel der Gesundheitsausgaben ausmachen, schwanken zwischen den Bundesländern erheblich. Wie ist vor diesem Hintergrund die bundeseinheitliche Berechnung und Ausschüttung an die einzelnen Krankenkassen aus dem Fonds zu bewerten?

**SV Georg Baum** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.): Es ist zutreffend: Ein Drittel der Ausgaben absorbieren die Krankenhäuser. Die Vergütungen für die Krankenhäuser sind hochgradig landesregionalisiert. Wir haben 16 landesweite Basisfallwerte, die zurzeit zwischen 2650 und 3000 Euro schwanken. Um ein Beispiel zu nennen: Zwischen Brandenburg und Berlin gibt es einen Unterschied von 300 Euro: Eine Blinddarmoperation kostet in Berlin 300 Euro mehr als in Brandenburg. Zwischen Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg schwanken die Werte um 100 Euro: Die Blinddarmoperation in Baden-Württemberg kostet 100 Euro mehr. So stellt sich die Ausgabenseite für ein Drittel der Krankenhausausgaben dar.

Dem steht die bundeseinheitliche Einnahmesituation gegenüber. Selbst bei einer kompletten Durchdeklinierung mit 80 Morbiditätsfaktoren löst ein 58-jähriger unter anderem an Diabetes erkrankter Patient, der zum Beispiel am Blinddarm operiert wird, bundesweit eine einheitliche Beitragsmasse aus, sodass vom Tag der Umstellung an von den landesregionalisierten Kassen über 100 Euro mehr pro landesweitem Basisfallwert bezahlt werden müssen.

Angenommen, ein Fünftel der Bevölkerung - 16 Millionen von 80 Millionen - ginge ins Krankenhaus. Bezogen auf mein Beispiel Rheinland-Pfalz müssten dann für 1 Million Menschen je 100 Euro mehr bezahlt werden; der Finanzbedarf der Kassen in Rheinland-Pfalz wäre um 100 Millionen höher als der der Kassen in Baden-Württemberg. Hier entstehen durch die Einführung des bundesweiten Mittelzuweisungssystems regionalwirtschaftliche Auswirkungen, die weit über das hinausgehen, was im Hinblick auf die Einnahmenverteilung und die Konvergenzphase auf der Einnahmenseite diskutiert wird.

Selbst dann, wenn ein bundesweiter Basisfallwert eingeführt würde, blieben die regionalwirtschaftlichen Auswirkungen gleich; denn dann würden die rheinland-pfälzischen Krankenhäuser 100 Millionen Euro weniger bekommen. Man muss sich in diesem Zusammenhang vergegenwärtigen, dass ein landesweites Vergütungssystem gegen die RSA-Intention in diesem Sinne immun ist. Das wird an der Stelle nicht ausgeglichen.

**SVe Dr. Doris Pfeiffer** (VdAK/AEV): Es ist eben in anderem Zusammenhang schon angesprochen worden, dass es eigentlich keinen Sinn macht, die Regionalisierung durch die Konvergenzregelung im Risikostrukturausgleich vorzusehen, weil der Risikostrukturausgleich nun einmal bundesweit angelegt ist. Das ist auch weiterhin richtig. Aber man muss auch konstatieren, dass sich durch die Regelung mit Fonds und Zusatzbeitrag auch die regionalen Unterschiede sowohl hinsichtlich der Krankenhausvergütung als auch der Versorgungsdichte in der Zusatzprämie niederschlagen werden, was dann für verschiedene Kassen besondere Probleme bringen wird. Ich muss an dieser Stelle nicht wiederholen, was eben schon hinsichtlich der Überfordersklausel etc. gesagt worden ist.

Abg. **Dr. Konrad Schily** (FDP): Ich habe noch eine sehr einfache Frage an die Spitzenverbände der Krankenkassen und an Herrn Etgeton.

Wie sieht das eigentlich für die Versicherten aus? Es gibt dann den lohnbezogenen Beitrag, als Zweites die Pauschale und dann eventuell noch die Sonderzahlung bzw. den Zusatzbeitrag. Lässt sich das vonseiten der Versicherer den Versicherten vermitteln?

SVe **Dr. Doris Pfeiffer** (VdAK/AEV): Sie haben in Ihren Ausführungen schon deutlich gemacht, dass das System für die Versicherten sicherlich nicht transparenter werden wird. Wir haben schon mehrfach darauf hingewiesen, dass wir grundsätzliche Probleme mit dieser Konstruktion - einheitlicher Beitragssatz, Gesundheitsfonds, Zusatzprämie - haben. Sie haben jetzt noch den Versichertenanteil angesprochen, der durch das GMG festgelegt worden ist.

Wir gehen davon aus, dass es für die Versicherten weniger transparent wird, dass aber auch die Entwicklungen nicht mehr verlässlich sein werden, weil sich die Frage stellt, ob und in welchem Zeitraum die Kassen in der Lage sein werden, den Zusatzbeitrag zu kalkulieren. Die Unwägbarkeiten spielen ebenfalls eine Rolle. Man muss sicherlich erst Erfahrungen sammeln, in welcher Größenordnung sich die Einnahmen entwickeln, ob beispielsweise eine Erhöhung des Zusatzbeitrages zu Kündigungen bzw. zur Abwanderung von Mitgliedern führt, welche Abflüsse dadurch entstehen und welche Mindereinnahmen die Überforderungsklausel bewirkt. Zu all diesen Fragen liegen derzeit noch keine Erfahrungen vor. Niemand kann abschätzen, wie sich das auswirken wird.

SV **Dr. Stefan Etgeton** (Verbraucherzentrale Bundesverband): Nach meiner Einschätzung ist es so, dass der Zusatzbeitrag oder diese kleine Kopfprämie im Grunde verschleiern wird, dass es zu einer weiteren Verschiebung in der paritätischen Finanzierung kommt, wie es mit dem Zusatzbeitrag schon geschehen ist. Gleichzeitig wird es bei den Versicherten - das habe ich eben schon angedeutet - zu einer verstärkten Konzentration gerade auf diesen kleinen Anteil an den Gesamtausgaben kommen,

wodurch das, worum wir uns in den letzten Jahren bemüht haben - nämlich die Kassenwahl nicht nur von der Höhe des Beitrages, sondern auch von den Versorgungsprofilen abhängig zu machen -, im Grunde konterkariert wird.

Insofern kann man sagen: Es wird zwar mehr Transparenz - in Anführungszeichen - geben, was das Preissignal anbelangt - wobei es mir sehr fraglich erscheint, ob mit dem Zusatzbeitrag tatsächlich ein reales Preissignal einhergeht -; aber was die Versorgungsprofile anbelangt, wird sich die Wahrnehmung durch die Versicherten in der Beratung sicherlich deutlich verringern, zumal die Kassen in einen Wettbewerb hineingetrieben werden, der es ihnen schwer machen wird, diese Versorgungsprofile auch wirklich weiterzuentwickeln.

Amtierender Vorsitzender Abg. **Dr. Wolf Bauer** (CDU/CSU): Herr Dr. Schily, sind Sie damit einverstanden, dass Herr Voß für den BKK-Bundesverband noch auf Ihre Frage eingetht?

Abg. **Dr. Konrad Schily** (FDP): Ich bitte darum.

SV **K.-Dieter Voß** (BKK Bundesverband): Der Zusatzbeitrag würde sicherlich dann Sinn machen, wenn er eine eigenständige Funktion hätte, beispielsweise für Zusatzleistungen oder wählbare Leistungen erhoben würde. Bei der jetzigen Funktion, die im Grunde sehr intransparent ist und darin bestehen kann, dass ein unzureichender Fondsbeitrag ausgeglichen werden muss, dass er möglicherweise bei einer verschuldeten Kasse auch Entschuldungsanteile enthält, wird für den Versicherten gar nicht deutlich, welche zusätzlichen Versicherungsleistungen er daraus generieren kann. Das macht das Ganze für Verbraucher - ich bin selbst GKV-versichert - sehr intransparent und nicht gerade attraktiv. Wenn man sich dann noch die Prämie hinzudenkt, ist wahrscheinlich eher die Verwirrung bei den Versicherten problematisch und es ist keineswegs gesichert, dass sie sich wettbewerblich positionieren können.

Abg. **Heinz Lanfermann** (FDP): Ich darf an diesem Punkt anschließen und meine Frage zunächst einmal an Herrn Professor Henke und Herrn Professor Wasem richten. Dabei gehe ich von Ihrer Anfangsbemerkung aus, dass sich die Einrichtung des Fonds nicht von der Sache her ergeben hat, sondern auf die Absicht zurückgeht, zwei Konzepte von zwei Fraktionen zusammenzuführen.

Ich möchte auf die letzte Frage eingehen. Wäre es nicht auch eine Möglichkeit, den Zusatzbeitrag von 0,9 Prozent im bestehenden System mit dem jetzigen Zusatzbeitrag zusammenfassen, um wenigstens an dieser Stelle eine gewisse Vereinheitlichung zu erreichen? Meines Wissens sind in dem holländischen Modell zwar ein Fonds und ein Arbeitgeberanteil vorgesehen, der nicht an den Arbeitnehmer ausbezahlt wird, sondern ebenfalls in den Fonds fließt; daneben gibt es aber einen ungefähr hälftigen Anteil des Arbeitnehmers, der - als reine Prämie ausgestaltet - dann doch für Wettbewerb sorgt und nach den Auskünften, die wir bei vielfachen Besuchen in den Niederlanden erhalten haben, sogar 40 Prozent zum Wechsel veranlasst hat. Andersherum gefragt: Wenn man schon einen Fonds einrichten will, ist dann das niederländische Modell - schon deshalb, weil es einfacher und wettbewerbsfördernder ist - nicht wesentlich intelligenter als das, was uns mit dem vorliegenden Gesetzentwurf angeboten wird?

**SV Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke:** Herr Lanfermann, vielen Dank für diese überraschende Frage auch an mich. Ich teile Ihre grundlegenden Ausführungen zu dem holländischen Modell und habe schon mehrfach deutlich gemacht, dass ich zumindest in meiner Welt von so etwas wie einem floatenden Arbeitnehmerbeitrag träume, der mit einer weit reichenden Autonomie verbunden ist und für den man unterschiedliche Krankenversicherungsschutzpakete kaufen kann. Von daher wäre es sehr gut, wenn die Autonomie auf der Nachfrageseite dadurch erhöht würde, dass der ganze Arbeitnehmeranteil - nicht nur das kleine Pflänzchen, wie vorgesehen - für den Kauf von Krankenversicherungsschutz freigestellt würde. Das wäre sinnvoll in einem wettbewerblichen Modell, das den Krankenkassen im Wettbewerb unterschiedliche Angebote ermöglichen würde, zum Beispiel die Basisversorgung zu unterschiedlichen Tarifen, weil die Leistungserbringung im Wettbewerb

unterschiedlich gestaltet wird. Das wäre sehr sinnvoll und es wäre zu begrüßen, wenn in Zukunft der floatende Arbeitnehmerbeitrag eine Bedeutung bekäme. Der Arbeitgeberbeitrag wird damit festgeschrieben; die Auszahlung ist wohl aus Konsensgründen nicht möglich. Ich glaube, der floatende Arbeitnehmerbeitrag hat, wenn darüber weiter aufgeklärt wird, eine große Zukunft, weil er die Nachfrageseite stärkt und damit eine kostengünstigere und wohl auch bedarfsgerechtere Versorgung ermöglicht.

**SV Prof. Dr. Jürgen Wasem:** Zunächst einmal möchte ich der Vollständigkeit halber darauf hinweisen, dass in den Niederlanden ein einheitliches Versicherungssystem besteht, in dem auch die privat Versicherten einkommensbezogene Beiträge in den Gesundheitsfonds zahlen, von dem aus sie dann dem risikoadjustierten Bedarf entsprechend verteilt werden. Wenn man das holländische Gesundheitssystem als Beispiel nimmt, kann man zumindest darüber nachdenken, ob das holländische Modell im Ganzen für uns vorstellbar ist.

Unabhängig von der Frage eines einheitlichen Versicherungssystems würde ich Ihnen Recht geben: Es ist durchaus vorstellbar, die 0,9 Prozent oder auch andere Anteile, die bisher einkommensabhängig erhoben werden, über eine Kopfprämie zu erheben. Das ist im Wesentlichen eine politische Entscheidung: Welche Einkommensumverteilung wird im GKV-System angestrebt - das wird über den einkommensabhängigen Beitrag zum Gesundheitsfonds realisiert - und welche Umverteilung soll in der GKV vermieden werden? Das holländische Modell sieht in der Tat 50 Prozent Einkommensumverteilung in der GKV vor.

Die Konsequenz, die sich daraus ergibt, ist völlig logisch: Wir brauchen dann ein entsprechendes Steuertransfersystem, um die Einkommensumverteilung als Ausgleich für Geringverdiener über die Kopfprämie über das Steuersystem oder über einen anderen geeigneten Weg zu erreichen. Dass mit einem anderen geeigneten Weg - um das noch einmal sehr deutlich zu sagen - nicht gemeint sein kann, dass die Kassen, die viele Geringverdiener als Mitglieder haben, die zusätzlichen Mittel durch entsprechend höhere Kopfprämien aufbringen müssen, ist völlig evident. Das ist schon bei

der kleinen Prämie Murks, die im Gesetzentwurf steht; wenn die kleine Prämie zu einer größeren Prämie ausgeweitet würde, wäre das dann großer Murks.

Ich möchte noch eine Zahl nennen, die in Deutschland inzwischen bekannt ist. In dem holländischen 50:50-Modell sind knapp 60 Prozent der Haushalte transferberechtigt aus dem Zuschuss an die Geringverdiener, weil nach der dortigen Vorstellung von der Zumutbarkeitsgrenze 60 Prozent der Haushalte die Kopfprämie nicht selber bezahlen können. Andere Modelle, die in Deutschland 2001 bis 2005 diskutiert worden sind, erfassten je nach Grenze ebenfalls zwischen 30 und 50 Prozent der Haushalte. Man kann also ein solches Modell einführen, müsste dann aber auch den Mut haben, ein stabiles, verlässliches Steuertransfersystem für die Geringverdiener zu schaffen.

Ich selber finde - das habe ich immer wieder gesagt - eine deutlich von null entfernte Kopfprämie sinnvoller als die im Durchschnitt nahe null zirkulierende; denn die Wettbewerbswirkung einer Nullprämie ist verheerend. Das ist heute auch deutlich geworden. Bei einer Nullprämie würde der Wettbewerb der Kassen in Bezug auf Qualität und Wirtschaftlichkeit erschwert. Denn die magische Kraft der vorgesehenen Regelung - die einen schütten 10 Euro aus; bei den anderen muss man 10 Euro zahlen - sensibilisiert so sehr für den Preis, dass ich befürchte, dass andere Wettbewerbsparameter keine Chance haben.

**Abg. Heinz Lanfermann (FDP):** Ich möchte auf die Frage der Insolvenz zurückkommen und eine weitere Meinung anhören. Deswegen geht diese Frage an Herrn Dr. Buchner. Sie haben sich in dem Gutachten auch mit diesem Thema auseinandergesetzt. Sind Sie der Auffassung, dass man diesen Weg gehen kann? Wenn ja, welche Bedingungen müssten Ihrer Meinung nach erfüllt sein, damit es weder zu einer offenkundigen Benachteiligung bestimmter Krankenkassen kommt noch dazu, dass die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in einer Region in Gefahr gerät?

**SV Dr. Reimar Buchner:** Zunächst eine Vorbemerkung: In der Tat - wie Professor Hager schon gesagt hat - ist nach der ein-fachgesetzlichen Rechtslage der Großteil der gesetzlichen Krankenkassen insolvenzunfähig -

weil die Bundesländer sie durch gesetzliche Regelungen für insolvenzunfähig erklärt haben -, während ein weiterer Teil, nämlich die Krankenkassen, die unter Bundesaufsicht stehen, mangels eines entsprechenden Bundesgesetzes insolvenzfähig ist. Dasselbe gilt auch für die Bundesverbände.

Nun soll durch den neu einzufügenden § 171 b SGB V des Entwurfs generell die Insolvenzfähigkeit eingeführt werden und es ist zu erwarten, dass damit die Insolvenz anders als bisher nicht mehr nur Theorie bleibt, sondern ein reales Problem werden wird, weil jetzt viele Kassen ihre Versorgungsanwartschaften bilanzieren müssen und weil auch die bisherigen Haftungssysteme per se abgeschafft werden. Deswegen stellt sich die Frage - und zwar generell für alle Krankenkassen -, ob es verfassungsrechtlich zulässig ist, dass eine gesetzliche Krankenkasse als Körperschaft des öffentlichen Rechts in die Insolvenz geht. In Übereinstimmung mit der herrschenden Auffassung in der Rechtswissenschaft ist es unsere Meinung, dass dies nur dann möglich ist, wenn die Insolvenzordnung so modifiziert wird, dass ein funktionierender Krankenversicherungsschutz zu jedem Zeitpunkt - das ist wesentlich - gewährleistet ist. Das ist nach den Regelungen, die derzeit im Entwurf des GKV-WSG vorgesehen sind, meines Erachtens nicht der Fall.

Ich möchte das kurz begründen. Die verfassungsrechtliche Fragestellung ist relativ einfach. Der Bund hat zwingend die Aufgabe, die Krankenversorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Dabei hat er - das ist auch in der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts geklärt - einen extrem breiten Spielraum. Wir könnten also per 1. Januar auch ein deutsches NHS - also eine staatliche Gesundheitsversorgung mit angestellten Ärzten - einführen. Es soll aber bei dem bestehenden System bleiben. Solange es bei diesem System bleibt, muss es funktionsfähig sein. Der Gesetzgeber hat zwar die Wahl, wie er die Krankenversorgung organisiert, aber nicht, ob er sie organisiert. Letzteres muss sichergestellt sein.

Dann stellt sich die Frage: Ist die Versorgung gewährleistet, wenn unter Berücksichtigung der im GKV-WSG für diesen Fall vorgesehenen Regelungen das Insolvenzverfahren über das Vermögen einer gesetzlichen Krankenkasse eröffnet wird? Dagegen bestehen erhebliche Bedenken. Zwar sind in dem vor-

liegenden Entwurf der Regierung und der Koalitionsfraktionen noch Änderungen dergestalt vorgenommen worden, dass in § 155 Abs. 5 letzter Satz für den Fall der Eröffnung des Insolvenzverfahrens über das Vermögen einer Krankenkasse oder der Ablehnung der Eröffnung des Insolvenzverfahrens mangels Masse auf die Schließungsregelung verwiesen wird. Für den Schließungsfall ist ausdrücklich eine kassenartbezogene Haftung aller anderen Krankenkassen vorgesehen. Dabei bestehen schon gewisse Probleme im Detail, weil Satz 1 dieser Vorschrift nur die Haftung der anderen Krankenkassen für am 1. Januar 2008 bestehende Verbindlichkeiten regelt. Ob jetzt über die Anordnung der entsprechenden Geltung dieses Satzes 1 dann auch zukunftsbezogen alle anderen Verbindlichkeiten oder jedenfalls die, die wesentlich sind, erfasst sein sollen, ist fraglich. Aber das ist vielleicht durch eine entsprechende Klarstellung zu regeln.

Geregelt wäre in diesem Fall, dass in Zukunft Ansprüche der Versicherten aus der Versicherung und Ansprüche der Leistungserbringer im Fall der Insolvenz durch eine Haftung der anderen Krankenkassen derselben Kassenart abgesichert sind. Die Frage ist: Reicht das wirklich aus? Ich verneine diese Frage aus verschiedenen Gründen.

Es gibt eine ganze Zahl von Gläubigern, deren Forderungen nicht gesichert sind. Ich komme noch einmal auf meine Prämisse zurück: Der Krankenversicherungsschutz muss zu jedem Zeitpunkt gewährleistet sein. Es fehlt eine Regelung darüber, was passiert, wenn das Insolvenzverfahren eröffnet wird. Es gibt keine Regelung, dass die Krankenkasse zu diesem Zeitpunkt als aufgelöst gilt. Das würde erst einmal bedeuten: Sie existiert fort; die Mitgliedschaftsverhältnisse und auch die Beziehungen zu Leistungserbringern bestehen fort. Gleichzeitig wird ein Insolvenzverwalter bestellt, der nach der Insolvenzordnung bestimmte Befugnisse hat.

Es gibt jetzt einen weiten Überschneidungsbereich, bei dem unklar ist, ob die Rechte des Vorstandes und seine gesetzlichen Pflichten oder die Befugnisse des Insolvenzverwalters vorrangig sind, der eine gänzlich andere Aufgabe als der Vorstand hat. Der Insolvenzverwalter soll den Zwecken des Insolvenzrechts entsprechend letztlich unter Gleichbehandlung aller Gläubiger das Vermögen geordnet verwerten. Der Vorstand soll sozusagen weiter die

Erfüllung der Krankenversicherungsaufgabe gewährleisten. Das ist sehr schwierig.

Ich will das am Beispiel des Verleihs von Rollstühlen als Hilfsmittel durch die Krankenversicherungen verdeutlichen. Der Insolvenzverwalter wird nun prüfen, ob die Rollstühle unpfändbar sind, deswegen nicht in die Insolvenzmasse fallen und weiter ausgegeben werden können; vielleicht kommt er aber auch zu dem gegenteiligen Ergebnis. Oder er fragt sich, wie mit den Beiträgen zu verfahren ist: Fließen die Beiträge während des Verfahrens eins zu eins weiter an die Leistungserbringer oder kann er darauf zugreifen und sie für die Tilgung der Mitschulden verwenden? Sie sehen, dass in diesem Bereich große Probleme bestehen.

Es gibt, wie gesagt, Mitschulden und es gibt Versorger. Wenn diese den Strom oder das Wasser abdrehen, können die Kassen den Krankenversicherungsschutz nicht mehr sicherstellen. Insofern ist eine Überleitungsregelung notwendig, nach der der Versichertenbestand zum Zeitpunkt der Eröffnung des Insolvenzverfahrens sofort auf eine andere Krankenkasse übertragen wird, damit die Versorgung aller Versicherten gewährleistet ist.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Die Zeit reicht höchstens für eine Ja/Nein-Frage, Herr Bahr.

Abg. **Daniel Bahr** (Münster) (FDP): Das ist ja eine Wahlfreiheit hier. - Meine Frage geht an die Spitzenverbände der Krankenkassen. Ich ahne, dass sie mit Ja oder Nein zu beantworten ist. Ist es Ihrer Meinung nach angesichts des Streits über den Steuerzuschuss für die gesetzlichen Krankenkassen nicht notwendig, den Zuschuss nicht - wie es zurzeit der Fall ist - für gesamtgesellschaftliche Ausgaben zu verwenden, sondern eine Zweckbindung für die Kinderversicherung vorzusehen?

SV **Dr. Hans Jürgen Ahrens** (AOK-Bundesverband): Ja, unbedingt.

SVe **Dr. Doris Pfeiffer** (VdAK/AEV): Vielen Dank.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Das reicht; dann sind wir wunderbar in der Zeit. - Damit komme ich zur letzten Fragerunde der Fraktion Die Linke.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE): Ich frage, meinem Kollegen Bahr direkt nachfolgend, Herrn Schneider: Halten Sie die Steuerfinanzierung der Kindermitversicherung für ein geeignetes Instrument bzw. einen geeigneten Ansatz, um die Einnahmegrundlage der GKV nachhaltig und dauerhaft zu sichern?

SV **Werner Schneider**: Es gibt grundsätzliche Argumente für eine Steuerfinanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung, insbesondere wenn man zu dem Ergebnis kommt, dass die Belastung der Steuerzahler gerechter ist als die Belastung der Beitragszahler, die im Regelfall lediglich von ihren Löhnen und Gehältern Beiträge entrichten. Die Steuerfinanzierung macht insbesondere dann Sinn, wenn sie bei der Übertragung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben auf die gesetzliche Krankenversicherung ansetzt. Dies ist mit der bisher erreichten Steuerfinanzierung bis 2006 auch vollzogen worden.

Die Ausgaben für versicherungsfremde Leistungen wie Mutterschaft und Schwangerschaft, bei denen es sich um gesamtgesellschaftliche Aufgaben handelt, erreichen eine Größenordnung von 4,2 Milliarden Euro. Die Spitzenverbände hatten bereits darauf hingewiesen, dass es darüber hinaus noch weitere gesamtgesellschaftlich zu finanzierende Aufgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung gibt. Ich nenne in diesem Zusammenhang die unzureichenden Beitragsbemessungsgrundlagen für Arbeitslosengeldempfänger als Stichwort. Dies sollte man auch über vernünftige Finanzkonzepte so absichern, dass die finanziellen Grundlagen der GKV künftig von der Arbeitsmarktentwicklung abgekoppelt werden. Hierzu wäre es sogar sinnvoll, die Steuerfinanzierung nicht unmittelbar über die Krankenversicherung vorzusehen, sondern über die Bundesagentur für Arbeit, um an dieser Stelle die Finanzierbarkeit kostendeckender und sachgerechter Beiträge für die Mitglieder der Krankenkassen zu gewährleisten.

Die Anbindung an die Kinder-/ Familienversicherung ist insbesondere deshalb nicht unproblematisch, weil die Kinder-/Familienver-

sicherung von Beginn an zu den Grundlagen der sozialen Krankenversicherung gehörte und die Frage, ob dieser Punkt versicherungsfremd ist, außerordentlich schwierig zu beantworten ist. Insbesondere stellt sich in diesem Punkt sicherlich auch die verfassungsrechtliche Frage, ob dann auch die PKV beteiligt werden muss, was dazu führen würde, dass die GKV nur 87 Prozent des gesamten zur Verfügung stehenden Volumens bekäme und 13 Prozent davon in die PKV gelenkt werden müssten. Deswegen ist die Begründung mit der Kinder-/Familienversicherung nicht gerade glücklich.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE): Eine weitere Frage an Herrn Schneider: Wir haben einiges über die so genannte Konvergenzregelung gehört, mit der im Übergang zum RSA in einigen Ländern die Mehrbelastungen auf 100 Millionen Euro begrenzt werden sollen. Ist das aus Ihrer Sicht umsetzbar und mit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes vom 18. Juli 2005 vereinbar?

SV **Werner Schneider**: Es gab dazu schon eine ganze Reihe von Fragen, sodass ich mich kurz fassen kann. Die Konvergenzregelung ist in verfassungsrechtlicher Hinsicht sicherlich risikobehaftet. Das Bundesverfassungsgericht hat sich in seiner Entscheidung vom Juli letzten Jahres an verschiedenen Stellen mit Fragen der Regionalisierung befasst und ist zu dem Ergebnis gekommen, dass ein bundesweit organisierter Risikostrukturausgleich sachgerecht ist. Mit der Übergangsregelung werden Regionalaspekte in den RSA eingeführt. Sie bedingt zusätzliche Verwerfungen, die ganz offenkundig sind und die hier auch schon in der Breite genannt worden sind.

Ich halte die Konvergenzregelung nicht für umsetzbar; denn selbst das Produzieren der hierfür notwendigen regionalisierten Daten wird auf große Probleme stoßen, insbesondere das eines erheblichen Verwaltungsaufwands. Aber das ist das kleinere Problem. Es werden dabei Äpfel mit Birnen verglichen und deswegen kommt kein vernünftiges Ergebnis bei der wissenschaftlichen Analyse zustande. Die Regelung muss unbedingt gestrichen werden.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE): Die Herren vom Bundesversicherungsamt äußerten vorhin die Auffassung, dass hinsichtlich der Krank-

heitsdefinition die Beschränkung auf 50 bis 80 Krankheiten ausreichend ist. Sie, Herr Schneider, bezeichnen dies in Ihrer schriftlichen Stellungnahme als unzureichend oder zumindest im Gesetz als definitorisch unscharf. Können Sie uns dies vielleicht etwas näher erklären, weil die Frage bisher nur sehr allgemein behandelt wurde?

**SV Werner Schneider:** Es gibt zunächst einmal keinen sachlichen Grund für eine Beschränkung innerhalb eines Modells, welches - wie der Entwurf ebenfalls vorsieht - analog zu den Vorschlägen der Gutachter prospektiv ausgerichtet sein soll. Prospektiv bedeutet: Die Krankheiten des Jahres 2008 und die Ausgaben des Jahres 2009 für die Versicherten mit den ausgewählten Krankheiten bestimmen letztendlich in einem Klassifikations- und Regressionsverfahren die Höhe der Morbiditätszuschläge. Die Höhe der Morbiditätszuschläge ist in einem solchen Modell nicht das Ergebnis willkürlicher Auswahlentscheidungen, sondern eines mathematischen statistischen Vorgangs. Das garantiert, dass Krankheiten mit einer gewissen Schwere und Chronizität, die mit hohen Ausgaben verbunden sind, dann automatisch berücksichtigt werden, weil akute Erkrankungen, die nur kurzzeitig vorkommen, die Voraussetzungen der Jahresüberschreitung in dem prospektiven Modell erst gar nicht erreichen und erfüllen werden. Die Grundlagen bzw. Ideen dieses Modells garantieren von vornherein, dass nur chronische und schwere Krankheiten mit wirklich relevanten Ausgaben berücksichtigt werden.

Der Entwurf sieht jetzt einen willkürlichen Eingriff in diese sehr gute und von den Wissenschaftlern sehr gründlich vorbereitete Idee vor. Es gibt keinen Grund für die Beschränkung auf 50 oder 80 Krankheiten. In der Kombination mit dem Ausgabenschwellenwert - das haben verschiedene Sachverständige heute sehr anschaulich dargestellt - führt das nicht zum Abbau von Verwerfungen, sondern kann in einer ungünstigen Ausgestaltung sogar zur Zunahme von Verwerfungen führen.

Wenn ich dann noch die dritte Beschränkung hinzunehme, auf die wir eben zu sprechen gekommen sind, nämlich die Konvergenzregelung in Verbindung mit einer Transferbegrenzung - dies wurde auch vom Bundesverfassungsgericht als sehr problematisch an-

gesehen -, kann es sogar dazu kommen, dass der Risikostrukturausgleich eine geringere Zielgenauigkeit hat als bisher. Das gilt insbesondere für die Finanzkraftwirkungen zwischen West und Ost; denn die Konvergenzregelung kann - wie wir heute ebenfalls schon gehört haben - dazu führen, dass es zu keinem wirklich geordneten Verfahren im gesamtdeutschen Angleichungsprozess kommen wird, weil dieses Verfahren bis 2008 gelten soll und für die Konvergenzregelung die RSA-Transferströme aus dem Jahre 2006 mit gewissen Veränderungsfaktoren zugrunde gelegt werden.

**Abg. Frank Spieth (DIE LINKE):** Meine nächste Frage richtet sich an Herrn Dr. Huber. Bisher erfolgt die Bemessung der Krankenversicherungsbeiträge in aller Regel anhand der Höhe des Einkommens aus Arbeit, Rente oder Lohnersatz. Teil dieses solidarischen Prinzips ist es, dass Besserverdienende mehr bezahlen und Geringverdienende einen geringeren finanziellen Beitrag leisten. Was halten Sie von diesem Grundsatz und glauben Sie, dass angesichts der großen gesellschaftlichen und auch gesundheitlichen Veränderungen dieser Ansatz unverändert bestehen bleiben kann? Oder denken Sie, dass neben den Arbeits- und Renteneinkommen auch andere Elemente bei der Beitragsbemessung zugrunde zu legen sind?

**SV Dr. Ellis E. Huber:** Die Bertelsmann-Stiftung hat in einer Umfrage festgestellt, dass die überwiegende Mehrheit der Bevölkerung eine solidarische Krankenversicherung wünscht. Die Steuerungswirkung der vorgesehenen Regelungen verschärft die heute bereits vorhandene Entsolidarisierungswirkung. Herr Fiedler, Herr Wasem und Herr Schneider haben mehrfach darauf hingewiesen. Die Bevölkerungskreise, die krank und arm sind, werden gegenüber den Bevölkerungskreisen benachteiligt, die reich und relativ gesund sind.

Nun wissen wir als Ärzte und nach dem Stand der gesundheitswissenschaftlichen Erkenntnis, dass soziale Kohärenz - also das Gefühl des einzelnen Bürgers, in seinen sozialen Bezügen auch aufgehoben und geborgen zu sein; die Solidarität, wenn Sie so wollen - einer der stärksten gesundheitsschützenden Faktoren ist. Will die Politik die individuelle wie die soziale Gesundheit, die immer miteinander verwoben

sind, tatsächlich schützen und fördern, bedarf es einer solidarischen Krankenversicherung, die transparent, verständlich und einfach sein muss, sodass sie auch für jemanden mit minderer Schulbildung verständlich ist.

Vor diesem Hintergrund zeigt sich europaweit, dass eine Pflichtversicherung für alle mit Wahlmöglichkeiten für individuelle Bedürfnisse notwendig ist. Es macht dann Sinn, alle Einkünfte mit einzubeziehen: Alle zahlen von allen Einkunftsarten einen prozentualen Anteil. Darüber besteht unter dem Stichwort „solidarische Bürgerversicherung“ auch in weiten Teilen des Deutschen Bundestages Konsens. Das wäre eine gesundheitspolitisch vernünftiger Orientierung als das, was jetzt ansteht.

**Abg. Frank Spieth (DIE LINKE):** Könnten Sie, Herr Dr. Huber, noch einmal konkretisieren, was Sie mit anderen Einkommensarten meinen?

**SV Dr. Ellis E. Huber:** Andere Einkommensarten sind alle Einkommensarten jenseits von Löhnen und Gehältern, also Mieten, Zinsen, Pachten und sonstige Kapitaleinkünfte.

**Abg. Frank Spieth (DIE LINKE):** Nächste Frage an Herrn Dr. Huber: Wenn Sie eine Erhebung von Krankenkassenbeiträgen auf andere Einkommensarten oder Einkünfte unterstützen, können Sie den Versichertenkreis wohl kaum auf die nach dem heutigen SGB V versicherten Menschen begrenzen. Wie stellen Sie sich eine zukünftige Lösung oder Regelung vor?

**SV Dr. Ellis E. Huber:** Wenn die Bevölkerung insgesamt das Bedürfnis nach einer solidarischen Krankenversicherung hat, dann ist das nur zu verwirklichen, wenn alle gleiche Rechte und gleiche Pflichten haben, also wenn alle Bevölkerungsgruppen in die gleiche Pflichtversicherung bei freier Kassenwahl und Kontrahierungspflicht der jeweiligen Kassen einzahlen. Dieses Konzept wird europaweit durchgesetzt. Eine Aufspaltung der Bevölkerung in gesetzlich Krankenversicherte und privat Krankenversicherte mit dem Recht der Versicherer, Risiken zu selektieren, gibt es sonst nicht.

In einem gemeinsamen Beschluss der europäischen Länder im Regionalkomitee für Europa der Weltgesundheitsorganisation im Jahr 1998 - noch unter der alten Kohl-Regierung - hat auch Deutschland einem Beschluss zugestimmt, wonach private Krankenversicherungen mit dem Recht der Risikoselektion das solidarische Ziel und Prinzip der europäischen Werte in den sozialstaatlichen Gliederungen verraten würden. Ich wundere mich, warum das heute vergessen wird und man solche Beschlüsse nicht mehr kennt.

**Abg. Frank Spieth (DIE LINKE):** Ich habe noch zwei Fragen an Sie: Erstens. Welche Rolle würde in einem solchen anders organisierten Versicherungsmodell noch der PKV zukommen und welche Rolle hätte dann die GKV, auch in ihrem Leistungsangebot?

Zweitens. Welcher Beitrag wäre, wenn wir alle Einkommensarten einbeziehen würden, nach Ihrer Einschätzung zu erwarten?

**SV Dr. Ellis E. Huber:** Wenn wir die heutigen Finanzierungsgrößenordnungen beibehalten wollen, müssten von allen Einkunftsarten etwa 10 Prozent abgeführt werden.

Das Problem, das wir - neben der Einnahmenseite - gegenwärtig in der gesetzlichen Krankenversicherung und im deutschen Gesundheitssystem haben, ist die Ressourcenverschwendung auf der Ausgabenseite aufgrund schlechter und mangelhafter Organisation der Versorgung selbst. Wir brauchen mehr Kreativität und mehr Entwicklungschancen für ein gutes Versorgungsmanagement. Als Beispiele für die Umsetzung nenne ich die AOK Baden-Württemberg im Kinzigtal oder die AOK Bayern in Nürnberg oder in Landshut sowie die Betriebs- und Innungskassen in Bünde in Westfalen und die Ersatzkassen in Witten-Herdecke. Überall dort gibt es - das ist das Geheimnis - eine Kooperation zwischen Krankenkassen und Netzwerken von Versorgern mit dem Ziel, preiswerte Gesundheit für alle anzustreben. Dadurch werden die Overheadkosten radikal verschlankt.

Die Prosper-Projekte der Knappschaft zeigen, dass 15 Prozent Optimierungsreserven bestehen. Entsprechende Projekte in der Schweiz beweisen empirisch, dass wir im System nach

wie vor eine Optimierungsreserve von 20 Prozent besitzen. Diese kann aber nur gehoben werden, wenn wir zu einem neuen kooperativen Miteinander von Ärzteschaft - im Wesentlichen -, Krankenhausträgern und Krankenkassen kommen. Ich sehe im deutschen System entsprechende Reformpotenziale und erwarte von der Gesundheitspolitik, dass hier gefördert und unterstützt und nicht weiter entmutigt und gegängelt wird.

**Abg. Frank Spieth (DIE LINKE):** Eine Frage haben Sie leider nicht beantwortet, Herr Dr. Huber. Deshalb die Nachfrage: Welche Aufgabe sehen Sie in der zukünftigen Gesundheitsversorgung nach Ihren Modellvorgaben für die PKV und dann für eine GKV, die quasi Bürgerversicherung ist?

**SV Dr. Ellis E. Huber:** Die Kompetenz, ein vernünftiges Versorgungsmanagement praktisch umzusetzen, zeigt sich in den Gliederungen der GKV wesentlich deutlicher und besser als in den Gliederungen der privaten Krankenversicherer. Ich glaube nicht, dass die PKV in der Lage wäre, in einem ergebnisorientierten Wettbewerb mit den Kassen der GKV mitzuhalten. Von daher würde für die PKV wahrscheinlich der Bereich der Zusatz- und Ergänzungsversicherungen bleiben.

**Abg. Frank Spieth (DIE LINKE):** Noch eine Frage an Herrn Dr. Huber. Herr Dr. Huber, Sie sprechen in Ihren Veröffentlichungen häufig von sozialen Krankheiten. Wird denn mit den Vorgaben, die wir jetzt durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz bekommen, den Herausforderungen, die sich dort zukünftig ergeben werden, tatsächlich Rechnung getragen? Werden darauf Antworten gegeben oder glauben Sie, dass diese genau hier unterbleiben?

**SV Dr. Ellis E. Huber:** Die Antworten fehlen. Aber die Frage ist, ob der Gesetzgeber da überhaupt Antworten geben kann. Gegenwärtig sind in Deutschland die Krankenstände bei der lohnabhängig beschäftigten Bevölkerung historisch betrachtet so niedrig wie noch nie zuvor. Gleichzeitig ist - sozial-epidemiologisch betrachtet - eine wirklich dramatische Zunahme der psychosomatischen und der psychosozialen Krankheiten, der funktionellen Störungen und

der Schmerzsyndrome zu verzeichnen. All diese Krankheitsbilder ergeben ein großes Feld, auf dem medizinisch-technische Massencplacebos aktionistisch eingesetzt werden können. Das geschieht auch. An dieser Stelle muss sich eine andere Orientierung und Versorgungskultur bei den Trägern der Versorgung entwickeln.

Die größte Herausforderung, die ich sehe, ist die Sorge für eine angemessene psychosoziale Gesundheit. Das erfordert wiederum, um es noch einmal zuzuspitzen, ein neues Miteinander von Versorgungsseite und Versicherungsseite. Entsprechende Konzepte sind de facto unter den Bedingungen des § 140 des Sozialgesetzbuches möglich. Es ist aber im Moment schwierig, sie umzusetzen, weil auf beiden Seiten Misstrauen und Angst vorherrschen. Diese Kultur des gegenseitigen Misstrauens in eine Kultur des gegenseitigen Vertrauens und der gemeinsamen Zielorientierung zu transformieren, ist nicht gerade einfach; aber Ansätze sind da.

**Abg. Frank Spieth (DIE LINKE):** Die letzte Frage an Herrn Dr. Huber: Welche Rolle kämen den Patienten, also denen, die praktisch die Nutznießer dieses Gesundheitssystems sind, in einem anderen Modell zu?

**SV Dr. Ellis E. Huber:** Die Erfahrung und die Wahrnehmung von Patienten und Versicherten müssen in einem modernen Gesundheitssystem aufgenommen und in Form einer eigenständigen Controllingfunktion und Gesundheitsberichterstattung in das Versorgungssystem insgesamt zurückgespiegelt werden. Das heißt, auf Verbraucherzentralen und Patientenorganisationen kommt eine neue, wesentliche Aufgabe zu. Ich halte es für sinnvoll, die Verlässlichkeit und die Ergebnisqualität der Versorgungsseite durch die Rückmeldung der Patientenseite kontrollieren zu lassen.

Vorsitzende **Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.):** Damit kommen wir zur letzten Runde der Fraktion des Bündnisses 90/Die Grünen.

**Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):** Ich möchte das Thema Insolvenzfähigkeit der Kassen noch einmal aufgreifen und dazu Fragen an Herrn Dr. Hoberg richten.

Können Sie uns noch einmal darstellen, wie das Thema Insolvenzfähigkeit in der Gesamtschau mit den Regelungen zur Entschuldung, den Haftungsregelungen und den Schließungsregelungen zu bewerten ist und wie insbesondere die Abgrenzung von Sozialrecht und Insolvenzrecht hier gelungen oder misslungen ist?

**SV Dr. Rolf Hoberg:** Man wird insgesamt feststellen müssen, dass die Einfügung der Insolvenzfähigkeit über § 171 b in einer unscharfen Abgrenzung zum Schließungs- bzw. Auflösungsrecht bis jetzt jedenfalls nicht gelungen ist. Entweder wird diese Regelung - am besten - aktuell herausgenommen oder es muss noch sehr stark nachgearbeitet werden, um hier auf einen Stand zu kommen, wie er in anderen Rechtsmaterien, beispielsweise im Bereich der Banken und im Bereich der übrigen Versicherungen, geregelt ist. Die geplante kurzfristige Änderung muss gegenwärtig als nicht geglückt bezeichnet werden.

Aus dem, was heute in der Anhörung deutlich geworden ist, bilden sich ja Gefährdungssyndrome für die gesetzliche Krankenversicherung insgesamt heraus. Nach wie vor unwidersprochen ist heute hier festgestellt worden, dass die Regelungen zur Zusatzprämie mit der Deckelung auf 1 Prozent dazu führen, dass es eine vom Gesetzgeber nicht geregelte Finanzierung für eine noch unbekannt Zahl von Krankenkassen gibt. Dies hat kein Experte anders dargestellt. Daraus folgt, dass die Insolvenzfähigkeit eine reale Bedrohung ist, wie es sie bisher in der gesetzlichen Krankenversicherung noch nicht gegeben hat. In der Vergangenheit galt, dass eine Insolvenz theoretisch eintreten kann, aber real nie eintreten wird, da sich an eine Schließung nie mand getraut hat. Jetzt ist der Sachverhalt auf einmal so, dass das ab 2009 zusammen mit der kleinen Prämie zu einem Massenphänomen in der GKV werden kann.

Dies wird verschärft durch die Enthauptung der Haftungsverbände, die wir heute haben, durch den Wegfall der Bundesverbände als Körperschaft öffentlichen Rechts als Haftungsanker auf Bundesebene. Dadurch wird es dann einem Haftungsverbund, der künftig nach Regelungen des bürgerlichen Rechts existiert oder verbunden nicht mehr existiert, unterstellt, jemanden für die Ärzteschaft oder für die

Krankenhäuser zu finden, der langfristig bereit ist, mangels Masse der einzelnen Kasse und mangels Masse eines Haftungsverbundes die aufgelaufenen Verbindlichkeiten zu übernehmen. Dies muss im Zusammenhang gesehen werden mit einer wirklich existenziellen Gefährdung für die Beschäftigten der gesetzlichen Krankenkassen, zumindest dort, wo Ansprüche in der betrieblichen Alterssicherung oder in den Pensionen nicht rückgesichert sind. Wir haben in der Vergangenheit - da grenzt es an Zynismus - keine Rückstellungen für die Alterssicherung bilden dürfen - dies ist uns von den Aufsichten verwehrt worden -, weil wir nicht insolvenzfähig sind. Jetzt werden wir darauf verwiesen, wir könnten die Sicherung von irgendwo herzaubern. Diese ist schlicht und einfach für Pensionen nicht da und sie ist, je nach dem, wie die Absicherung über VWL oder ZVK erfolgt, dann auch kraft Satzung nicht gegeben.

Für den Fall, dass wir darauf verwiesen werden, wir könnten dann eine Absicherung über den Pensionssicherungsverein erhalten, stellt sich die Frage: Nimmt der Pensionssicherungsverein - Stand heute jedenfalls nicht - eine Kasse, wenn der Vorrang des Schließungsrechts noch gilt, dann überhaupt auf oder nicht? Gilt das dann auch für Altansprüche aus Betriebsrenten? Diese Fragen sind für eine Größenordnung von 70 000 Beschäftigten in der GKV nicht beantwortet, und dieses in einem Gesetzgebungsverfahren in einer politischen Umwelt, in der Vorgänge wie bei BenQ als ganz schrecklich bewertet werden. Hier macht der Gesetzgeber unter Umständen mit einem Federstrich das Gleiche.

**Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):** In der Begründung des Gesetzentwurfes zum Thema Insolvenzfähigkeit werden Übergangs- und Sonderregelungen, die für die Besonderheiten der gesetzlichen Krankenversicherung notwendig sein könnten, angekündigt. Was halten Sie von dieser Ankündigung und was wäre aus Ihrer Sicht unabdingbar?

**SV Dr. Rolf Hoberg:** Ich halte die Ankündigung für unzureichend. Wenn der Gesetzgeber bereits in die Begründung schreibt, dass das, was er Stand heute auf den Tisch gelegt hat, nicht ausreicht, sollte das eigentlich alarmierend sein.

Zum Zweiten: Vielleicht sollte man warten, bis eine bessere Regelung gefunden wurde. Hier muss grundsätzlich gesagt werden: Das Insolvenzrecht ist ja nichts, was auf die gesetzliche Krankenversicherung nicht anwendbar sein dürfte; nur muss es richtig und sauber ausgestaltet sein. Es muss Haftungsschirme geben wie im Bereich der Sparkassen oder auch der Banken mit einem gestaffelten System, das sauber konstruiert ist, sodass die Pensionssicherung durch die Unterstellung unter das Betriebsrentengesetz gesichert ist. Wenn alle diese Voraussetzungen geschaffen sind, kann man so etwas darstellen. Wenn man so etwas nicht sauber durchkonstruiert, ist das fahrlässig. Dann sollte man bei den heutigen Regelungen, also Nichtinsolvenzfähigkeit und Haftungsanker Bundesverbände als Körperschaft öffentlichen Rechts, so lange bleiben, bis man etwas Besseres hat.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Zum selben Thema habe ich eine Frage an das Bundesversicherungsamt. Sie haben in Ihrer Stellungnahme erhebliche Bedenken vorgebracht, und zwar gerade gegen die Regelung, wonach für die Ansprüche der Leistungserbringer und der Versicherten weiterhin die Kassen einer Kassenart haften. Wo sehen Sie da das Problem?

SV **Dr. Rainer Daubenbüchel** (Bundesversicherungsamt): Ich habe es als Vorteil bezeichnet, dass nunmehr die Ansprüche der Leistungserbringer und der Versicherten im Gesetzentwurf berücksichtigt sind und von allen Kassen einer Kassenart erfüllt werden müssen. Das ist ein Missverständnis. Ich hatte keine Bedenken geäußert, sondern das begrüßt.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielleicht kann Herr Hoberg uns noch einmal das bisherige Vorgehen der Verbände zur Sanierung einer Kasse darlegen und uns sagen, welche Wege in Zukunft nicht mehr möglich sind.

SV **Dr. Rolf Hoberg**: Wir stellen bisher auf die Unterstützung von Krankenkassen ab, deren Wettbewerbsfähigkeit und Leistungsfähigkeit gefährdet sind, und sichern dieses auch im Rahmen des § 265 a ab. Hier muss man nun zwei Gesetze zusammen sehen, näm-

lich auch eines, was den Bundestag und zu unserem Erstaunen auch den Bundesrat schon passiert hat. Man muss sehen, dass die Regelungen des § 265 a bis Ende 2008 begrenzt sind, und sich fragen, wie dann in einer Welt, in der der Haftungsverbund aufgehoben ist und die Wettbewerbsfähigkeit nicht mehr durch Satzungsrecht einer Körperschaft öffentlichen Rechts auf dem Sanierungspfad unterstützt werden kann, durch einen völlig diffusen, gegebenenfalls durch die Kündigung eines Mitglieds einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts in Auflösung befindlichen Bundesverband die Haftung sichergestellt werden kann. Da vermag ich den Optimismus des Bundesversicherungsamtes nicht zu teilen, dass dieser diffuse Verbund dann schon genug Geld aufbringen wird, um die Pensionsansprüche, die in einem solchen Haftungsverbund bestehen, überhaupt zu befriedigen.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Eine Frage an den DGB: Wie sehen Sie denn die europarechtlichen Aspekte der Insolvenzfähigkeit?

SVe **Annelie Buntenbach** (Deutscher Gewerkschaftsbund -Bundesvorstand-): Ich kann mich dem dringenden Appell, diese Neuregelung in Bezug auf die Frage der Insolvenz hier herauszunehmen, nur anschließen. Ein Argument möchte ich den schon genannten hinzufügen. Wir sehen hier eine zusätzliche Gefährdung besonders unter europarechtlichen Gesichtspunkten, wo wir ja immer, gerade für den Gesundheitsbereich, die Frage zu beantworten haben: Markt oder öffentliche Daseinsvorsorge? Mit Geltung dieser Insolvenzordnung würde drohen, dass die gesetzliche Krankenversicherung ihren Sonderstatus verliert, der bislang die Nichtgeltung zum Beispiel von solchen Regelungen wie der Dienstleistungsrichtlinie garantiert, sodass eben nicht eine entsprechende Marktöffnung verlangt wird.

Dem Verlust des Sonderstatus kann nur vorgebeugt werden, wenn klar ist, dass der Staat für die Erfüllung von Forderungen aus Leistungen, die die Kassen der GKV in seinem Auftrag zur Erfüllung der gesetzlichen Verpflichtung eingegangen sind, die Letztgarantie übernimmt; „die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern“, so das Zitat aus dem Sozia-

gesetzbuch V. Wenn mit der Insolvenzordnung die Haftung nicht mehr sichergestellt ist, sondern die Kassen auf sich allein gestellt sind, dann droht aus unserer Sicht hier auch unter europarechtlichen Gesichtspunkten ein Verlust des jetzigen Status der GKV.

**Abg. Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich möchte noch Herrn Wasem zum Thema DMP fragen: Wie sehen Sie die Berücksichtigung der Programmkosten für die DMPs?

**SV Prof. Dr. Jürgen Wasem:** Ich verweise zunächst noch einmal darauf, dass die DMPs ja eine Geschichte im RSA haben, die mit dem Wort „vorgezogene Morbiditätsorientierung“ zu beschreiben war. 2001 hat der Bundestag beschlossen, einen Schritt in Richtung Morbiditätsorientierung zu gehen. Man braucht aber längere Vorbereitungszeiten, bis man das Morbi-RSA-Modell entwickelt hat, und in der Zwischenzeit federn wir das durch den Risikopool und die DMPs ab.

Dieser Zwang, der in Richtung vorgezogene Morbiditätsorientierung geht, entfällt mit der Einführung des Morbi-RSA, sodass logischerweise dann auch keine gesonderte Berücksichtigung von DMPs als Merkmal von Morbidität mehr erfolgt.

Was die Programmkosten angeht, besteht aus der RSA-Logik keine Notwendigkeit mehr, sie zu berücksichtigen. Das steht und fällt mit einer politischen Entscheidung über die Frage: Wollen Sie DMPs als solche auch dann fördern und das, was in den letzten Jahren auf diesem Gebiet gemacht worden ist, erhalten, wenn es sich um DMPs handelt, die auf kurze Sicht nicht zu Einsparungen für die Kassen führen? Das ist je nach Krankheit wohl recht unterschiedlich. Es gibt DMPs, die sich ziemlich schnell refinanzieren, wobei das unter dem Modell einer kleinen Zusatzprämie auch sehr schnell sein müsste. Bei solchen DMPs kann man sich vorstellen, dass die Kassen sie auch dann aus eigener Initiative weiter fahren, wenn es dafür kein RSA-Geld gibt. Für alle anderen DMPs, die Investitionen bedeuten - wenn sie sich überhaupt rechnen, dann eher on the long run, oder sie sind vielleicht auch tatsächlich kosteneffektiv in dem Sinne, dass sie Lebensqualität verbessern usw.; aber sie sparen kein Geld -, wird man unter den Bedingungen des

neuen Finanzierungssystems feststellen müssen, dass die Kassen sie ganz schnell fallen lassen werden. Es ist letztlich eine politische Entscheidung, ob Sie solchen DMPs dann durch Programmkosten eine Chance geben wollen, sodass sie am Leben bleiben oder nicht. Das RSA-Gutachterteam hatte vor dem Hintergrund der Investitionen in diese DMPs gesagt, man solle das weiterlaufen lassen. Eine zwingende Notwendigkeit aus der RSA-Logik gibt es dazu nicht, sondern das ist eine politische Entscheidung.

**Abg. Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich möchte die Spitzenverbände nach dem Zusatzbeitrag fragen. Über die wettbewerbsverzerrenden Wirkungen haben wir ja schon lang und breit gesprochen. Jetzt einmal der ganz praktische Aspekt: Wenn eine Kasse einen Zusatzbeitrag erheben muss, muss sie ja auch dafür sorgen, dass er pünktlich gezahlt wird. Welche Erfolgsquote hatten Sie denn in der Vergangenheit bei Selbstzahlern mit Vollstreckungsmaßnahmen?

**SV Dr. Hans Jürgen Ahrens** (AOK-Bundesverband): Bei Selbstzahlern hatten wir bei Vollstreckungsmaßnahmen einen mäßigen Erfolg von 40 bis 60 Prozent. Nachdem wir auf Nichtzahlung bisher immerhin reagieren konnten, indem wir die Mitglieder dann aus der Kasse entlassen haben, wird es umso schwieriger, wenn wir das, wie es hier der Fall ist, nicht können.

**SVe Dr. Doris Pfeiffer** (VdAK/AEV): Bei uns war das ähnlich, wobei man dazu sagen muss, dass es um ganz andere Beträge ging, nämlich um die Gesamtbeiträge und nicht um den Zusatzbeitrag, der hier in Rede steht. Der Aufwand, der hier betrieben werden muss, um diese Gelder hereinzuholen, wäre im Verhältnis natürlich ungleich größer.

**SVe Claudia Korf** (BKK Bundesverband): Nur um das einmal transparent zu machen: Wenn Sie Zwangsvollstreckungsmaßnahmen einleiten wollen, müssen Sie für den Gerichtsvollzieher einen einmaligen Satz von 28 Euro je Amtshandlung einrechnen. Wenn Sie also eine Zusatzprämie von 8,50 Euro einfordern wollen, können Sie sich ausrechnen, ab wann

es überhaupt lohnend ist, ein solches Verfahren einzuleiten.

Die Erfolgsquote bei den GSV-Vollstreckungen liegt bei maximal zwei Dritteln.

**SV Rolf Stuppardt** (IKK-Bundesverband): Den letzten Faktor kann auch ich bestätigen. Wir müssen uns Folgendes vergegenwärtigen: Wenn man einmal die Vergangenheitswerte hochrechnet, ist ein Potenzial von etwa 11 Millionen Nichtzahlern zu erwarten. Unter Berücksichtigung auch der Erfahrungen beim Krankenhausnotopfer sind etwa 20 bis 30 Prozent nicht einzuholen und das wird auch hier in etwa zutreffen.

**Abg. Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe noch folgende Frage an den DGB: Die Koalition hält ja an der Zweiteilung des Krankenversicherungsmarktes in GKV und PKV fest. Wie bewerten Sie die Beibehaltung dieser Spaltung gerade unter wettbewerblichen Gesichtspunkten, die das Gesetz ja vorgibt fördern zu wollen?

**Sve Annelie Buntenbach** (Deutscher Gewerkschaftsbund): Gerade an diesem Punkt stellen wir als DGB fest, dass hier eine große Chance verpasst wird, nämlich die privaten Krankenversicherungen mit ins Boot zu holen und gleiche Wettbewerbsbedingungen zu schaffen. Jetzt bleibt nach wie vor der Wettbewerb über den Preis und über die guten Risiken; wir bekommen keinen Wettbewerb um eine gute Qualität der Leistungen. In Deutschland wird erst einmal die Besonderheit bleiben, dass es eine private Vollversicherung gibt. Die Wanderungsbewegung aus der GKV in die privaten Krankenversicherungen kann mit diesem Gesetz an einigen Stellen bestenfalls „entschleunigt“ werden. Es kann ihr aber nicht Einhalt geboten werden. Wenn man das könnte, würde eine breitere Basis von Solidarität und solidarischer Finanzierung geschaffen werden. Insbesondere für Beamte bleibt das Problem dieser getrennten Absicherung. Gleichzeitig ist es so, dass diejenigen, die mehr verdienen und zu den guten Risiken gehören, sich auch in Zukunft in den privaten Krankenversicherungen finden und folglich nicht in irgendeiner Art und Weise am solidarischen Finanzausgleich für alle beteiligt sind, wie er in den gesetzlichen Krankenversicherungen

mit einem hoffentlich morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich stattfindet. Das bedauern wir sehr.

**Abg. Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Dann komme ich noch einmal auf den Zusatzbeitrag zurück. Nach dem, was ich jetzt von den Spitzenverbänden gehört habe, verursacht es einen hohen Aufwand, einen solchen Beitrag einzutreiben, und Sie müssen sich deshalb überlegen, ob es sich wirtschaftlich überhaupt lohnt. Zum Zweiten haben Sie, falls der Beitrag uneintreibbar bleibt, keinerlei Sanktionsmöglichkeiten gegenüber den Versicherten. Wie bewerten Sie die Lage, in die Sie da geraten?

**SV Dr. Hans Jürgen Ahrens** (AOK-Bundesverband): Als fatal, Frau Abgeordnete. Sie haben im Grunde das gefragt, was ich geantwortet hätte.

Vorsitzende **Abg. Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Hat jemand noch etwas zu ergänzen? - Das ist nicht der Fall. Dann haben Sie noch drei Minuten, Frau Bender.

**Abg. Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe keine weiteren Fragen!

Vorsitzende **Abg. Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Dann kommen wir zur Abschlussrunde der Fraktion der CDU/CSU.

**Abg. Jens Spahn** (CDU/CSU): Eine Vorbemerkung: Es ist ja interessant, zu sehen, wie schwer sich die Krankenkassen mit dem Zusatzbeitrag tun, wo sie doch gleichzeitig der KBV ohne Mühe den Einzug der Praxisgebühr zumuten.

Ich frage Herrn Professor Hager noch einmal zur Insolvenz: Halten Sie die ausnahmslose Unterstellung der Krankenkassen unter das Insolvenzrecht - auch vor dem Hintergrund dessen, was Herr Dr. Buchner gesagt hat - für verfassungskonform oder gegen welche verfassungsrechtlichen Vorschriften könnte eine solche gesetzliche Regelung sprechen?

**SV Prof. Dr. Johannes Hager:** Ich persönlich halte die Regelung für verfassungskonform. Die insbesondere in dem Gutachten von Scholz/Buchner angeführten Argumente überzeugen mich nicht. Lassen Sie mich zwei herausgreifen. Das eine ist der Hinweis auf Art. 120 Abs. 1 Satz 4 des Grundgesetzes. Er wird in dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 18. Juli 2005 eindeutig nur als eine Regelung des Bund-Länder-Verhältnisses und nicht als Anspruchnahme angesehen.

Der zweite Punkt: Der Bund hat auch die Kompetenz zur Regelung. Auch das hat das Bundesverfassungsgericht ganz klar ausgesprochen. Es hat sogar den Fall für möglich erachtet, dass der Bund sämtliche Krankenkassen abschafft und sie durch eine einzige, bundesunmittelbare Körperschaft ersetzt. Insofern überzeugen mich die verfassungsrechtlichen Bedenken in dieser Hinsicht nicht. Ich werde nachher noch zu einem Punkt kommen, bei dem ich mehr Probleme sehe.

Lassen Sie mich vielleicht noch einmal ganz kurz das Ganze in einen Kontext stellen. Wir haben aufgrund unserer Verfassung konkursfrei natürlich den Bund, die Länder und die Gemeinden. Wir haben ferner aufgrund besonderer Vorschriften des Grundgesetzes konkursfrei die Kirchen und die Rundfunkanstalten. Wir haben aufgrund einfachgesetzlicher Regelung konkursfrei etwa die Deutsche Bundesbank sowie Institutionen, die als solche durch Gesetz geschaffen sind und nur per Gesetz wieder aufgelöst werden können. Die übrigen Körperschaften, auch des öffentlichen Rechts, sind, jedenfalls nach herrschender Meinung, im Insolvenzrecht konkursfähig.

Wir haben auf Länderebene die vom Land konkursfrei gestellten Körperschaften. Das waren bisher Einrichtungen wie etwa die Sparkassen, für die es eine Garantiehaftung gab, und in 14 der 16 Länder die Krankenkassen.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich habe noch eine Frage an Herrn Professor Hager: Welche Konsequenzen hat die Feststellung der Insolvenzfähigkeit bei der Kasse für die Versicherten?

**SV Prof. Dr. Johannes Hager:** Das ist eine relativ schwierige Frage. Lassen Sie mich mit

der bisherigen Rechtslage beginnen. Bisher gehen bei einer Schließung die Verbindlichkeiten zunächst einmal - ich bleibe bei der Betriebskrankenkasse - auf den Arbeitgeber über und dann auf den Landesverband, wenn die Kasse geöffnet war. Diese Systematik spricht dafür, dass die Versicherten nicht bei der geschlossenen Krankenkasse bleiben, sondern zu einer anderen gehen müssen, aber vor allem auch gehen können. Hier ist im gegenwärtigen Gesetz ein Bruch. Nach § 175 Abs. 4 Satz 1 besteht nämlich eine Bindung an eine Kassenwahl für 18 Monate. Dies kann natürlich nicht greifen, wenn die Kasse insolvent wird. Dasselbe Problem hatten Sie natürlich bisher auch, wenn die Kasse vor Ablauf der 18 Monate geschlossen wurde. Das heißt, hier besteht schon im gegenwärtigen Recht eine Gesetzeslücke, die im neuen Recht mit mindestens derselben Intensität auftreten wird. Mir steht es nicht zu, dem Gesetzgeber Ratschläge zu geben; aber das wäre vielleicht ein Punkt, über den man noch nachdenken könnte.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Aber genau um Ratschläge zu bekommen, sitzen wir ja gemeinsam hier.

Ich habe noch eine Frage an Herrn Professor Hager mit Blick auf den Gläubigerschutz: Wie wäre dieser denn im Falle einer Insolvenz gesichert?

**SV Prof. Dr. Johannes Hager:** Ich hatte ja vorher angedeutet, dass ich bei der gegenwärtigen Lage gewisse verfassungsrechtliche Bedenken sehe, und zwar genau im Hinblick auf die Leistungserbringer; denn diese sind nach gegenwärtiger Lage nicht abgesichert. Das bedeutet einen Bruch mit den sonstigen gesetzlichen Vorkehrungen. Lassen Sie mich das an drei Beispielen erklären.

Bei einem so genannten synallagmatischen Vertrag, der sofort abgewickelt wird - Parade-fall ist Kauf -, sagt § 320 BGB, dass die Leistung nur Zug um Zug gegen die Gegenleistung zu erbringen ist. Das heißt, ich kann mich als Käufer sichern und gebe das Geld erst aus der Hand, wenn ich meinerseits den Kaufgegenstand bekomme.

In synallagmatischen Verträgen mit typischer Vorleistung eines Teils, etwa bei einem Werkvertrag - dort können Sie ja schlecht unmittel-

bar nach Fortschritt zahlen -, entsteht von Gesetzes wegen - das ist geregelt in § 647 BGB - ein so genanntes Werkunternehmerpfandrecht, das im Fall der Krise des Schuldners - in unserem Fall des Bestellers - dem Werkunternehmer eine abgesonderte Befriedigung ermöglicht.

Im dritten Fall geht es um die Sicherheiten. Wenn heute jemand als Darlehensgeber ein Darlehen ausreicht, dann wird er gut daran tun, dieses Darlehen durch dingliche oder persönliche Sicherheiten abzusichern.

Alle diese Möglichkeiten sehe ich im Moment nicht für die Leistungserbringer, sprich: die Ärzte und die Krankenhäuser. In dieser Hinsicht halte ich das Gesetz in der Tat für ergänzungsbedürftig. Ob man das mit zwei verschiedenen Haftungsmassen machen kann, wie heute vorgeschlagen wurde, vermag ich im Moment nicht abschließend zu beurteilen.

Die zweite Gläubigergruppe sind die „normalen“ Angestellten. Das sind die Angestellten, für die eine Rentenversicherungspflicht besteht, denen aber Zusatzleistungen im Sinne einer Betriebsrente versprochen wurden. Hier bin ich relativ sicher, dass das ein Fall für den Pensionssicherungsverein ist. Das heißt, wenn die Krankenkasse in Konkurs geht, wird der Pensionssicherungsverein nach § 7 des BetrAVG einzustehen haben.

Die komplizierteste Gruppe sind die so genannten dienstordnungsmäßigen Angestellten. Ich bitte um Ihre Nachsicht, wenn es jetzt relativ technisch wird. Es gibt hier drei Möglichkeiten: Entweder stellt sich nunmehr heraus, dass sie im Fall der Konkursfähigkeit gar keine Zusage hätten bekommen dürfen, sondern hätten nachversichert werden müssen. Oder es stellt sich heraus, dass dies ein Fall ist, in dem pro rata die Haftung der Länder nach § 12 Abs. 2 Insolvenzordnung greift. Oder aber es stellt sich heraus, dass sämtliche Zusagen zu Lasten des Pensionssicherungsvereins gehen.

Eine Prognose in dieser Hinsicht ist unglaublich schwierig und ich drücke mich deswegen ganz bewusst vorsichtig aus. Es gibt Rechtsprechungen des Bundesverwaltungsgerichts aus den Jahren 1985 und 1999, die in die Richtung tendieren, dass letztendlich der Pensionssicherungsverein Schuldner ist. Das heißt, es würde in der Tat im Fall des Konkurses einer Krankenkasse möglicherweise

der Pensionssicherungsverein die gesamten Alterskosten aufzubringen haben. Es gibt dazu eine Entscheidung aus dem Jahre 1985, in der damals der Pensionssicherungsverein für einen dienstordnungsmäßigen Angestellten den Beitrag der Krankenkasse - das war eine AOK in Nordrhein-Westfalen - auf Basis der gesamten Zusage durchgeklagt und Recht bekommen hat. Es wurde also schon einmal der Beitrag auf Basis dieser Gesamtzusage berechnet. Aus dem Jahr 1999 gibt es eine Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts, die ebenfalls wieder in diese Richtung tendiert.

Aber natürlich wären das gewaltige Beträge, und ob das hier dann nicht doch ein Systembruch wäre, wage ich nicht abschließend zu beurteilen.

**Abg. Jens Spahn (CDU/CSU):** Ich habe noch eine letzte Frage an Herrn Professor Hager. Das Bundesversicherungsamt hat hier ausgeführt, die Schließung von Kassen und die Anwendung des Insolvenzrechts seien nicht oder zumindest nicht hinreichend kohärent geregelt. Würden Sie sich dieser Auffassung anschließen oder haben Sie eine andere?

**SV Prof. Dr. Johannes Hager:** Das ist ebenfalls eine sehr schwierige Frage. Ich würde zunächst einmal mit dem Aspekt des Konkursrechts beginnen. Dort haben wir relativ harte Fakten, nämlich Zahlungsunfähigkeit und Überschuldung, und natürlich stellt sich an diesem Punkt dann - das haben meine Vorredner zu Recht oft angemahnt - die Frage, ob und inwieweit Rückstellungen auszuweisen sind. Ob daneben die Schließung, unabhängig von der Frage des Konkurses, noch Platz greift, kann ich nicht abschließend beurteilen. Ich halte es aber für möglich anhand der Beispiele, die hier genannt wurden, dass nämlich Krankenkassen, obwohl nicht überschuldet, doch schlecht wirtschaften, oder umgekehrt, dass Krankenkassen, obwohl an der Grenze der Verschuldensfähigkeit, doch gut wirtschaften. Ob der Begriff der Schließung neben dem Begriff der Überschuldung, also der Insolvenzpflicht, weiter eine Funktion haben wird, ist eine schwierige Frage, zu der ich mir kein abschließendes Urteil zutraue.

**Abg. Jens Spahn (CDU/CSU):** Bei so vielen schwierigen Fragen habe ich doch noch eine

letzte, allerdings etwas allgemeinere Frage: Macht die Einführung eines Gesundheitsfonds ohne die Regelung der Insolvenzfähigkeit der Kassen Sinn?

**SV Prof. Dr. Johannes Hager:** Das ist eher eine Frage für den medizinischen oder sonstigen Sachverständigen. Ich persönlich sehe aus Sicht des Juristen - als solcher bin ich hier - natürlich schon eine gewisse Kohärenz zwischen einem Wettbewerb und der Konsequenz aus diesem Wettbewerb, dass nämlich die, die sich dem Wettbewerb nicht gewachsen sehen, aus dem System ausscheiden. Ob es aus Gründen sozialpolitischer oder sonstiger Art Gegenargumente gibt, ist für mich aus Sicht des Rechts schwer zu beurteilen. Noch einmal: Aus Sicht des Rechts kann es durchaus Sinn machen, beides zu koppeln.

**Abg. Willi Zylajew (CDU/CSU):** Herr Professor Henke, meine erste Frage: Wie bewerten Sie die Steuerfinanzierung gesundheitlicher Leistungen mit Blick auf die Nachhaltigkeit der Finanzierung? Zweite Frage: Ist aus Ihrer Sicht eine Zweckbindung der Steuerfinanzierung an bestimmte Leistungen, zum Beispiel an die Mitversicherung der Kinder, sinnvoll und sollte dieser Betrag dann entsprechend zweckgebunden als eine Summe gezahlt werden? Dritte Frage: Wie bewerten Sie grundsätzlich die Folgen einer Steuerfinanzierung des Gesundheitswesens für den Wettbewerb von GKV und PKV?

**SV Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke:** Vielen Dank für diese Fragen, die mir noch einmal Gelegenheit geben, etwas zur Ambivalenz der Steuerfinanzierung zu sagen. Wir haben in eindrucksvoller Weise gehört - ich teile diese Auffassung -, dass es sich beim Kinderlastenausgleich um eine gesellschaftliche Aufgabe handelt und man daher für eine entsprechende Verlässlichkeit sorgen muss. Das ist alles leicht gesagt. Deshalb würde ich an dieser Stelle gern noch ein paar Ergänzungen machen.

Diese Steuerfinanzierung ist aus zwei Gründen ambivalent. Ich möchte zunächst sagen, was ich im Hinblick auf diese Steuerfinanzierung befürchte, und danach, was ich erhoffe und auch empfehle.

Ich befürchte, dass aus diesem Zuschlag aus Steuermitteln - diesen Ausdruck hat hier bisher niemand benutzt - ein Bundeszuschuss wird, den wir aus der gesetzlichen Rentenversicherung allzu gut kennen: Dort liegt die politische Zielgrenze bei 20 Prozent. Alles, was darüber hinausgeht, wird durch den Bundeszuschuss ausgeglichen. Wenn man heute den Beitrag zur Rentenversicherung richtig berechnen würde, käme man auf einen Anteil von weit über 20 Prozent. Das ist bekannt.

Ich befürchte, dass man bei der GKV dann ähnlich sagt: 15 Prozent sind die Obergrenze. Wir schieben also immer ein bisschen Steuern nach und sorgen mit Blick auf die Außenwirkung - Stichwort „Bild-Zeitung“ - für Beitragsstabilität. Damit hätten wir auch auf dieser Ebene einen Bundeszuschuss eingeführt, was ich nicht für gut halte. Deswegen sage ich: Diese Maßnahme ist ambivalent.

Nun zu dem, was ich erhoffe: Man könnte einiges bewegen; aber das ist auch schwierig. Wir haben mit Herrn Steinbrück, für den der wissenschaftliche Beirat arbeitet und der diese unselige Idee des Fonds gehabt hat, auch den Kinderlastenausgleich diskutiert. Wir haben ihm gesagt: Das kostet 13,5 Milliarden Euro. Dafür will auch die PKV 2 Milliarden Euro haben. Können Sie das nicht selbst regeln, denn es ist keine Aufgabe der Versicherungen, sondern eine des Bundes? - Darauf sagte er - das ist auch politisch verständlich -: Die Jungs sollen erst einmal in der Kasse 15 Milliarden Euro einsparen und dann können wir weiter reden.

Das ist ökonomisch gesehen vollkommen verkehrt gedacht. Meiner Meinung nach muss es Transfers für diese versicherungsfremde Leistung geben. Wie Herr Wille vertrete auch ich die Auffassung, dass der Transfer nicht so erfolgen darf, wie es bisher diskutiert worden ist, sondern dass der gesamte Familienlastenausgleich aus dem Bundeshaushalt geleistet werden muss. Dann könnte man auf Grundlage einer aufkommensneutralen Umschichtung mit Sicherheit ausrechnen, um wie viele Prozentpunkte - 1,5, 1,7 oder 1,8 - der Beitrag gesenkt werden kann. Ich variere deswegen zwischen 1,5 und 1,8 Prozentpunkten, weil die ursprüngliche Idee war: Wir geben den Beitragssatzvorteil nur an die arbeitende Bevölkerung zurück, also an die Menschen zwischen 20 und 65 Jahren, aber nicht an die älteren Menschen, weil diese angesichts bestimmter Faktoren, die

ich als Statistiker jetzt nicht alle darlegen kann, vielleicht etwas stärker zur Finanzierung herangezogen werden sollten. Das war einmal die Idee, die aber im Moment dadurch verkommt, dass man jetzt 1 Milliarde Euro hier und 2 Milliarden Euro da nimmt und dann das Ganze mit dem Beitragssatz verbindet. Die Grundidee ist sozusagen ein bisschen kaputtgegangen.

Ich möchte gern noch auf einen weiteren Punkt hinweisen. Sie haben das Verhältnis GKV/PKV angesprochen. In dem Modell, das wir diskutiert haben und in dem es um diese Mindestversicherungspflicht für alle geht, gibt es eine Anbietervielfalt von privat und gesetzlich geführten Kassen. Nach den Ausführungen von Ellis Huber könnte ich natürlich sagen: Nach dem, was die Juristen sagen, kann man auch alles privat absichern und dann hat man Verhältnisse wie in Holland.

Zur Frage des Kinderlastenausgleichs. Dieser muss in der PKV natürlich genauso durchgeführt werden wie in der GKV. Kind ist Kind, ob PKV-Kind oder GKV-Kind. Der Familienlastenausgleich umfasst alle Kinder und muss nach oben in den Bundeshaushalt verlagert werden. Dann könnte man sicherstellen, dass er eben nicht zu einem Bundeszuschuss degeneriert.

Ich will noch auf einen letzten Punkt eingehen, weil die Bedeutung der entsprechenden Frage nicht so klar wurde. Ich denke, dass die öffentlichen Krankenversicherungen vor dem Hintergrund des europäischen Wettbewerbsrechts und des Privatrechts noch einmal überprüft werden müssen; denn es besteht ein Widerspruch zwischen dem Sozialrecht in Deutschland und dem Recht im europäischen Binnenmarkt. Ich meine, dass angesichts der ungeheuren Nachfragemacht der gesetzlichen Krankenversicherung hier mehr und mehr wettbewerbliche Regelungen gelten müssen und dass daher auch die rechtliche Seite neu überlegt werden muss. Ich denke schon, dass diese Einrichtungen nicht automatisch öffentlich-rechtlich bleiben müssen.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Ein Hinweis für diejenigen, die später gekommen sind: Wir haben aus technischen Gründen etwas später begonnen und schließen demzufolge auch etwas später.

Abg. **Dr. Rolf Koschorrek** (CDU/CSU): Ich habe Fragen an Herrn Professor Wille: Sind Ihnen internationale Studien bekannt, die sich damit beschäftigen, ob in Deutschland überhaupt Risikoselektion existiert? Ist die Risikoselektion in der GKV durch rechtliche Regelungen wie Kontrahierungszwang ausreichend eingeschränkt? Ist vor diesem Hintergrund ein morbiditätsorientierter RSA überhaupt erforderlich?

SV **Prof. Dr. Eberhard Wille**: Grundsätzlich halte ich einen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich in einer Versicherung, die nicht risikoäquivalent tarifiert, für erforderlich. Wenn wir risikoäquivalent tarifiert, kann es keine Risikoselektion geben, weil ein hohes Risiko dann hoch und ein niedriges Risiko niedrig belastet wird. Aber immer wenn wir nicht risikoäquivalent tarifiert - das gilt für unser System; das würde auch für kassenspezifische Gesundheitspauschalen gelten -, brauchen wir einen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich. Ich würde aber die Berücksichtigung von Alter und Geschlecht schon als morbiditätsorientiert bezeichnen. Die Frage ist also nicht, ob wir einen Morbi-RSA brauchen, sondern wie ausdifferenziert er sein soll.

Sie haben zu Recht gesagt: Eine der wichtigsten Aufgaben ist die Vermeidung aktiver Risikoselektion. Ich will nicht ausschließen, dass gewisse Kassen versuchen, durch sehr subtile Methoden sich guter Risiken zu bemächtigen. Ein gutes Risiko für eine Kasse ist ein Risiko, bei dem sie weniger aufwendet, als sie aus dem Risikostrukturausgleich oder von dem Beitragszahler erhält. Theoretisch kann also auch jemand, der relativ krank ist, ein gutes Risiko sein, wenn für den Betreffenden aus dem Risikostrukturausgleich mehr Geld gezahlt wird. Man muss also unterscheiden zwischen guten und schlechten Risiken bezüglich der Morbidität sowie guten und schlechten Risiken in Bezug auf die Interessen der Kasse. Aber im Vergleich zu anderen Ländern, etwa zu den USA oder auch zur Schweiz, haben wir eine relativ geringe Risikoselektion durch die Kassen; denn wir haben einen einheitlichen Leistungskatalog. In anderen Ländern läuft die Risikoselektion zum Beispiel über einen solchen Leistungskatalog.

Was die Entmischung der Risiken angeht, kann man sagen: Sie ist weit mehr durch die Selbst-

selektion der Versicherten getrieben als durch die aktive Risikoselektion der Kasse, wobei ich nicht ausschließen will, dass es da auch einen Bodensatz gibt. Aber dieser ist im internationalen Vergleich ausgesprochen niedrig.

Abg. **Max Straubinger** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen. Sie führen in Ihrer schriftlichen Stellungnahme aus, die landwirtschaftliche Krankenkasse sei zwar ein Sondersystem, aber partizipiere am Ausgleich versicherungsfremder Leistungen. § 221 wird dahin gehend umformuliert, dass ab 2009 nur noch der Spitzenverband Bund der Krankenkassen einen entsprechenden Zugang hat. Befürchten Sie also, dass Sie zukünftig nicht mehr am Ausgleich beteiligt sind? Wie bewerten Sie die sich daraus ergebenden Auswirkungen? Gibt es weitere Anregungen zu sonstigen Regelungen, die Sie im Zusammenhang mit der Gesundheitsreform betreffen?

SV **Willi Siebert** (Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen): Bisher war das nicht in § 221 geregelt. Richtig ist, dass die landwirtschaftlichen Krankenkassen ihren Anteil für versicherungsfremde Leistungen bisher bekommen haben. Das war auch völlig unbestritten. Wir gehen davon aus, dass das auch künftig so sein wird; denn selbstverständlich haben die landwirtschaftlichen Krankenkassen in etwa gleichem Umfang wie die anderen Kassen versicherungsfremde Leistungen zu finanzieren. Ich brauche nicht aufzuführen, welche das sind; da gibt es keine Unterschiede.

Wir gehen also davon aus, dass es nur ein Versehen ist, dass das im Gesetz nicht ausdrücklich geregelt ist. Bis jetzt ist es so, dass die Bundesmittel in einen Fonds gezahlt werden sollen, an dem die landwirtschaftlichen Krankenkassen nicht teilnehmen. Aus diesem Grunde steht zu befürchten, dass nach der jetzigen Formulierung die landwirtschaftlichen Krankenkassen unter Umständen künftig nicht mehr an diesen Bundesmitteln partizipieren könnten. Wir erwarten daher, dass im Gesetzgebungsverfahren klargestellt wird, dass es eine Partizipation weiterhin gibt, weil keine sachlichen Gründe genannt werden können, warum die landwirtschaftlichen Krankenkassen hier abgehängt werden sollen.

Abg. **Dr. Rolf Koschorrek** (CDU/CSU): Noch eine Frage an Frau Korf. Herr Wasem hat in seinen Ausführungen dafür plädiert, die Verwaltungskosten und die Erwerbsminderungsrenten in den standardisierten Leistungsausgaben zu berücksichtigen. Dies widerspricht Ihrer Stellungnahme. Ich möchte Ihnen Gelegenheit zu einer kurzen Replik geben.

SVe **Claudia Korf** (BKK Bundesverband): Das ist sehr nett, ändert aber nichts an den Argumenten. Die Einbeziehung von Erwerbsminderungsrentnern ist aus meiner Sicht - dabei bleibe ich auch - systemfremd, wenn man eine direkte Morbiditätsorientierung will. Ich setze voraus, dass wir genau das unter Morbi-RSA verstehen.

Wenn wir uns auf der Grundlage des Vorschlags von Professor Wille bewegen, nämlich nur Alter und Geschlecht als Morbiditätskriterien zu berücksichtigen, dann könnte ich mich darauf einlassen, dass wir EU/BU weiterhin als Ausgleichsfaktoren berücksichtigen. Aber wenn wir eine unmittelbare direkte Morbiditätsorientierung wollen, dann taugt die Einbeziehung von Erwerbsminderungsrentnern einfach nicht, weil sie systemfremd ist. Ein Rentnerstatus ist nicht automatisch mit Morbidität in Verbindung zu bringen. Für gleiche Erkrankungen sollen gleiche Zuschläge gezahlt werden, unabhängig vom Status eines Versicherten.

Herr Wasem hat gesagt, er habe die Vermutung, dass es in dem Modell auch bei der Einbeziehung der EU-/BU-Rentner zu den von ihm genannten Effekten kommt. Jetzt haben wir aber ein wirklich anderes Modell als das, was bei IGES/Wasem/Lauterbach seinerzeit diskutiert wurde. Es geht hier um schwerwiegende chronische Erkrankungen. Das sollte meiner Meinung nach auch im Rahmen des wissenschaftlichen Beirats beim BVA genau untersucht werden, bevor man sich darauf einlässt, einfach das zu umsetzen, was in dem alten Gutachten enthalten ist. - So weit zum Thema EU/BU.

Die Einbeziehung der Verwaltungskosten in den Risikostrukturausgleich haben wir immer abgelehnt. Ich halte eine Einbeziehung nach wie vor für systemfremd. Gerade dann, wenn DMP-Pauschalen, die zum Teil auch Verwaltungskosten im Zusammenhang mit struktu-

rierten Behandlungsprogrammen abdecken, schon enthalten sind, möchte ich nicht die gesamten Servicekosten, die im Zusammenhang mit Geschäftsstellen anfallen, auch noch durch den RSA ausgeglichen sehen. Das hat mit Erkrankungen wirklich nur am Rande zu tun.

**Abg. Max Straubinger** (CDU/CSU): Ich habe eine kurze Frage an Herrn Professor Wille. Heute wurde schon dargelegt, dass es Umsetzungsschwierigkeiten bei der Erhebung des Zusatzbeitrages gibt. Teilen Sie diese Auffassung? Kommt es möglicherweise zu einem Verlust des Versicherungsschutzes - wie er bei anderen Versicherungsformen üblich ist -, wenn Teile der Beiträge nicht gezahlt werden?

**SV Prof. Dr. Eberhard Wille:** Ich darf die Chance zu einer kurzen Bemerkung vorab nutzen: Ich habe nicht gesagt, dass ich für einen RSA bin, der nur Kriterien wie Alter und Geschlecht beinhaltet, sondern ich habe mich gegen eine sehr starke Ausdifferenzierung, die nicht unter Wettbewerbsaspekten gesehen wird, gewandt.

Zu Ihrer Frage: Ich würde unterstellen, dass in einer gesetzlichen Krankenversicherung der Schutz der Betroffenen bestehen bleibt. Ein Versorgungsschutz ist ja ohnehin gegeben. Er würde notfalls die Kommunen betreffen, sodass im Grunde genommen die Sicherheit für den Versicherten, eine Krankenversorgung zu erhalten, gewährleistet bleibt. Es stellt sich nur die Frage, wer dies finanziert. In der privaten Krankenversicherung ist es bisher so, dass die Betroffenen ausgesteuert werden können. Das soll jetzt geändert werden. Da wäre es widersinnig, wenn man die GKV-Versicherten einem solchen Schicksal überließe.

Vorsitzende **Abg. Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Damit kommen wir zur letzten Frageunde der SPD-Fraktion.

**Abg. Dr. Marlies Volkmer** (SPD): Ich habe eine Frage an Herrn Dauderstädt und an Herrn Schneider. Was bedeutet der Übergang von einer Körperschaft des öffentlichen Rechts zu einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts für die Übertragung der Insolvenzordnung auf die Krankenkassen? Das ist vorhin schon einmal angesprochen worden. Könnte das nicht auch

für die europarechtliche Beurteilung von Bedeutung sein, weil sich die Krankenkassen dem europäischen Wettbewerb öffnen müssen?

**SV Klaus Dauderstädt** (Gewerkschaft der Sozialversicherung): Zur letzten Frage möchte ich sagen, dass die Verbände selbst - nur diese verlieren derzeit nach dem Gesetzentwurf ihren Status als Körperschaft des öffentlichen Rechts, indem sie in Gesellschaften bürgerlichen Rechts umgewandelt werden - keine Krankenversicherungsträger sind. Deswegen sehe ich hier den europarechtlichen Aspekt nicht als bedrohlich an.

Was die Haftungsfrage angeht, so ist zu sagen, dass die Verbände hier bisher als dritte Stufe des von Herrn Dr. Hoberg richtigerweise so bezeichneten Haftungsankers aufgestellt sind. Natürlich haben wir Sorge, dass die Haftung durch die Umwandlung der Rechtsform nicht mehr so greift wie bisher und ins Leere laufen könnte. Zwar haftet eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts als Rechtsnachfolgerin auch für Körperschaftsverpflichtungen. Aber aus dieser Gesellschaft können Mitglieder austreten und damit die Gesellschaft insgesamt ins Wanken bringen. Es steht zwar im Gesetz, dass sie zeitlich unbegrenzt weiter haften; das bedeutet aber eine mühselige Verfolgung von Haftungsansprüchen gegen ausgetretene Gesellschafter.

Schließlich haben wir in dem Gesetz noch die Perspektive der kassenartübergreifenden Fusionen. Damit sind die noch verbleibenden GbR-Gesellschaften, die kassenartstrukturiert angelegt sind, in ihrer Zusammensetzung weiterhin gefährdet. Das mag nicht in jedem System gleichermaßen so sein. Bei dem einen ist es vielleicht stärker und bei dem anderen weniger stark ausgeprägt, so wie die zentrifugalen Kräfte in den Systemen im Augenblick ebenfalls unterschiedlich stark sind.

Wir sehen hier also einen Verlust an Haftungssicherheit. Deswegen meinen wir, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen dann, wenn wirklich alles so kommt, für diese Haftungen geradestehen muss.

**SV Werner Schneider:** Ich möchte kurz erinnern an die Historie der Einführung der Finanzausgleichssysteme freiwilliger Art innerhalb der Kassenarten. § 265 a wurde mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 ein-

geführt, um Ungenauigkeiten des Risikostrukturausgleichs, der ab 1995/96 eingeführt werden sollte, auszugleichen. Man wusste, dass der vorherige KVdR-Finanzausgleich - das ist der Finanzausgleich, der für Rentner durchgeführt wurde, bevor es zum Risikostrukturausgleich kam - insbesondere für bestimmte Regionen effizienter wirkte, weil er an den Ist-Ausgaben ansetzte und nicht an den bundesweit standardisierten Durchschnittsausgaben.

Weil man dieses wusste, hatte man mit dem neuen § 265 a neben dem Risikostrukturausgleich eine Auffangmöglichkeit für die jeweiligen Kassenarten geschaffen, die von den Regionalkassen, insbesondere von den Ortskrankenkassen, seitdem regelmäßig und auch mit guten Erfahrungen genutzt wird, weil die Möglichkeit, über diesen Mechanismus Finanzhilfe für erhaltenswerte Krankenkassen zu leisten, mit Einflussnahme des Bundesverbandes, mit aktiver Steuerung und mit aktiver Einflussnahme derjenigen Krankenkassen einhergeht, die sich an der Finanzierung dieser Hilfe beteiligen. Dieses funktioniert nur in einer Organisationsstruktur mit öffentlich-rechtlicher Körperschaft. Es funktioniert natürlich auch nur so lange, wie der Gesetzgeber die Möglichkeit der Finanzhilfe nach § 265 a vorsieht. Das ist aber durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz mit Wirkung ab 2009 abgeschafft.

Dieses sehr wichtige interne Steuerungsinstrument ist ja kein Subventionsinstrument, sondern ein Sanierungsinstrument und ein Instrument aktiver Einflussnahme mit dem Ziel, die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit von Krankenkassen zu verbessern. Die Abschaffung dieser Steuerungsmöglichkeit bei gleichzeitiger Entkörperung des Spitzenverbandes wirkt dann in Kombination mit der Einführung des neuen Haftungs- und Insolvenzsystems gefährlich. Man mutet den Krankenkassen der bisherigen Kassenart zu, bei Schließung einer Krankenkasse deren Restschulden zu übernehmen, ohne diesem Haftungsverbund auch nur eine Möglichkeit an die Hand zu geben, den Schließungsfall präventiv, vorbeugend, beeinflussen zu können, obwohl mit Sicherheit derartige Einflussmöglichkeiten vielfach bestünden.

Abg. **Dr. Margrit Spielmann** (SPD): Nach dieser Diskussion möchte ich den Krankenkas-

sen, Herrn Dr. Fiedler und dem Bundesversicherungsamt die folgende Frage stellen: Sind denn die Neuregelungen zur Weiterentwicklung des RSA insgesamt geeignet, die Chancengleichheit der Krankenkassen im Wettbewerb im Vergleich zum Status quo nachhaltig zu verbessern?

**SV Dr. Hans Jürgen Ahrens** (AOK-Bundesverband): Der Weg ist richtig. Es wird auch Zeit, dass er eingeschlagen wird. Entsprechende Maßnahmen standen schon seit einiger Zeit im Gesetz; aber sie wurden nicht umgesetzt.

Wir haben darauf hingewiesen, dass es einige Punkte gibt, die einer Umsetzung im Wege stehen. Das sind zum Beispiel die vorgesehenen Konvergenzregelungen, die dort nicht wirken können. Sie sind Zugeständnisse an die Länder, die nichts mit dem RSA zu tun haben können. Durch die Einführung des Schwellenwertes besteht die Gefahr, dass ganze Krankheitsbilder nicht berücksichtigt werden können und dass wir teilweise hinter die Morbiditätsorientierung jetziger Prägung zurückfallen. Diese Dinge müssen ausgeräumt werden. Wenn der RSA zielgenau ist, so wie wir uns das vorstellen, ist es der richtige Weg - was eine Verbesserung bedeutet.

**Sve Claudia Korf** (BKK Bundesverband): Im Wesentlichen können wir uns dieser Position anschließen; aber ich möchte betonen: Es kommt darauf an, dass wir die Krankheiten richtig erfassen und dass wir vor allen Dingen ein praktikables, manipulationssicheres Verfahren finden, um - ausgehend von den Diagnosen und Verordnungen - zu einem Ausgleichsverfahren zu kommen, das dann wirklich zielgenau und fair ist.

Was die Verwaltungskosten angeht: Diese gehören in die Grundpauschale, die es neben den risikoadjustierten Zuschlägen noch gibt.

**SV Dr. Eckart Fiedler**: Auch ich kann mich der Auffassung anschließen, dass der RSA weiterentwickelt werden muss. Er muss sehr zielgenau werden. Sonst erwächst ein Zusatzbeitrag, der für die Kassen, die mit schlechteren Risikostrukturen arbeiten müssen, ein großer Nachteil - das kann bis zur Insolvenz gehen - ist. Daher noch einmal mein Hinweis:

Insbesondere dieser Schwellenwert ist für einen zielgenauen RSA kontraproduktiv. Wenn man ihn herunterbricht auf ein enges Krankheitsspektrum, kann es letztlich sogar dazu führen, dass wir hinter die Zielgenauigkeit des heutigen RSA zurückfallen. An dieser Stelle ist meines Erachtens der größte Handlungsbedarf für eine Weiterentwicklung zu sehen.

Die Begrenzung auf 50 bis 80 Krankheiten ist, wie ich schon sagte, willkürlich. Dadurch soll wahrscheinlich der RSA, wie er von Gutachterseite als Ausfluss einer Gesetzesbestimmung aus dem Jahre 2001 vorgeschlagen wurde - das wurde vom Bundesverfassungsgericht eigentlich als verfassungskonform bezeichnet, aber bis heute nicht umgesetzt -, ein Stück zurückgedreht werden. Man kann sich natürlich jetzt politisch darüber streiten, ob das richtig ist oder nicht. Aus sachlichen Erwägungen ist es eigentlich nicht geboten.

**SV Dr. Dirk Göppfarth** (Bundesversicherungsamt): Auch das Bundesversicherungsamt sieht in den gesetzlichen Regelungen eine ausreichende Basis, ein gutes System für einen Finanzausgleich zu entwickeln. Entscheidend wird die Auswahl der Krankheiten sein. Aus unserer Sicht wäre es hilfreich, wenn man auch bei den Kriterien für die Auswahl der Krankheiten auf die Prävalenz der Krankheit abstellen könnte. Es wäre auch hilfreich, wenn man den Schwellenwert abmindern könnte, zumindest im Bereich von Krankheiten, die eine hohe Prävalenz bei Jugendlichen oder jungen Menschen aufweisen. Das würde eine sachgemäße Auswahl der Krankheiten erheblich erleichtern.

**Abg. Mechthild Rawert** (SPD): Wir haben vorhin über die Kriterien Alter und Geschlecht beim Morbi-RSA gesprochen. Ich möchte den DGB bitten, sich hierzu zu positionieren, sowohl was die Beitragsseite als auch was die Ausgangsseite angeht, weil es schon einmal Diskussionen darüber gegeben hat, ob das Kriterium Geschlecht zieführend ist.

Dann habe ich noch eine Frage an den BDA und an den DGB: Halten Sie im Rahmen der Erleichterungen für Arbeitgeber Veränderungen des Arbeitberausgleichsgesetzes für sinnvoll? Das U1-Verfahren, das den Ausgleich der Entgeltfortzahlungskosten der Arbeitgeber regelt, die nicht mehr als 30 Mit-

arbeiter und Mitarbeiterinnen beschäftigen, könnte so von einem verpflichtenden zu einem freiwilligen Verfahren umgewandelt werden. Sehen Sie weiterhin einen Bedarf für unterschiedliche Erstattungsätze im U1-Verfahren, falls dieses freiwillig gestellt wird?

**SV Knut Lambertin** (Deutscher Gewerkschaftsbund): Vielen Dank für die Frage. Der DGB ist für eine reine morbiditätsorientierte Abbildung im Risikostruktur ausgleich.

Zu Ihrer zweiten Frage nach der U1-Umlage: Dabei handelt es sich um eine Umlage des Krankengelds für Kleinbetriebe. Die Kassen bezeichnen dies teilweise als Wettbewerbselement. Dem Deutschen Gewerkschaftsbund ist an der Stelle einerlei, ob die Beitrag einheitlich oder verschieden erhoben wird. Für uns ist das Hauptargument, dass es arbeitsplatzneutral geschieht. Wenn also die Arbeitgeber an dieser Stelle der Meinung sind, dass eine Neuregelung eine neutrale Wirkung hinsichtlich der Arbeitsplätze hat, haben wir keine Einwände.

**SV Dr. Martin Kröger** (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e.V.): Ich will nur ganz kurz sagen, dass wir uns dafür einsetzen, das U1-Verfahren auf eine freiwillige Basis zu stellen. Das ist unsere Position dazu.

**Abg. Dr. Carola Reimann** (SPD): Ich habe nur noch eine einzige Frage, die sich gerade ergeben hat. Es geht um den allgemeinen Beitragssatz. Herr Schneider hatte gesagt, dass die Prognosequalität schlechter wird. Was veranlasst Sie zu dieser Annahme? Soweit ich weiß, gibt es schon jetzt einen Schätzerkreis, auf den sich die Kassen beziehen.

**SV Werner Schneider**: Ich habe nicht unbedingt gesagt, dass die Prognosequalität schlechter wird, sondern ich habe gesagt: Die Prognosequalität hat eine andere Bedeutung als in der Vergangenheit; denn die Prognosen des RSA-Schätzerkreises wurden quartalsmäßig erstellt. Es sitzen dort - ich weiß nicht, ob Sie das wissen - Vertreter des Bundesversicherungsamtes, die Finanzexperten der Spitzenverbände und Vertreter des Bundesgesundheitsministeriums. Zuarbeit leisten die Exper-

ten des Wirtschaftsministeriums, des Statistischen Bundesamtes und des Finanzministeriums.

Dieser Schätzerkreis schätzt für das monatliche Abschlagsverfahren des Risikostrukturausgleichs die notwendigen Recheneckwerte. Die tatsächlichen Finanzbedarfe der Krankenkassen werden von den Krankenkassen selber kalkuliert unter Berücksichtigung der vom Bundesversicherungsamt mitgeteilten voraussichtlichen Zuweisungen durch den Risikostrukturausgleich und unter Berücksichtigung der jährlichen Mitgliederwanderungen. Es ist also davon auszugehen, dass die Kalkulationen der Krankenkassen, die die konjunkturellen Besonderheiten vor Ort, vor allem die Ausgabenbesonderheiten und die Mitgliederwanderungen, sehr genau voraussehen werden können, mit großer Wahrscheinlichkeit eine höhere Genauigkeit erlangen werden.

Der Risikostrukturausgleich und die Schätzungen des RSA-Schätzerkreises sind nicht ausschlaggebend für die tatsächlichen Zuweisungen, sondern sie sind lediglich ausschlaggebend für die Abschlagszahlungen. Die Zuweisungen über den Risikostrukturausgleich richten sich am Ende des Folgejahres eines abgelaufenen Kalenderjahres nach den tatsächlichen Gegebenheiten. Dieses Verfahren wird mit dem Zusatzbeitrag und den Zuweisungen aus dem Fonds auf den Kopf gestellt. Der GKV-einheitliche Beitragssatz richtet sich nicht nach irgendwelchen Ist-Werten, sondern er richtet sich ausschließlich nach der Prognose der Bundesregierung, die dann von einem neu einzurichtenden Schätzerkreis, dessen Zusammensetzung mit Sicherheit vom Bundesgesundheitsministerium bestimmt wird, beraten wird.

Diese Prognose entscheidet somit über die Finanzausstattung des Fonds im Folgejahr.

Diese Prognose führt zu einer Rechtsverordnung, zu einer GKV-einheitlichen Beitragssatzfestsetzung. Wenn die Prognose nicht stimmt, weil sie zu optimistisch ist, führt das dazu, dass die Krankenkassen zu wenig Geld bekommen. Wenn die Prognose nicht nur für 2009, sondern auch noch für 2010 zu optimistisch ausfällt, kann das dazu führen, dass die Krankenkassen, insbesondere im Folgejahr, mit weniger als 95 Prozent der GKV-Ausgaben ausgestattet werden. Das führt dann dazu, dass die Krankenkassen Zusatzbeiträge erheben müssen und unterjährige Risiken auffangen müssen, was wiederum bewirken kann, dass die Zusatzbeiträge unterjährig verändert werden müssen.

Das ganze System ist also insgesamt wesentlich instabiler und sehr stark abhängig von der Güte der Prognose des BMG. Diese Prognosegüte entscheidet letztendlich auch über die Verschiebung der Finanzierungsparität zwischen Arbeitgebern sowie Arbeitnehmern und Rentnern.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina** Bunge (DIE LINKE.): Meine sehr verehrten Damen und Herren, genau 26 Stunden standen Sie, die Sachverständigen, uns zur Verfügung. Vielen Dank dafür!

Die Fraktionen, die Bundesregierung und auch der Bundesrat werden das Gesagte auswerten. Am 29. November trifft sich der Ausschuss zu einer geschlossenen Sitzung wieder, um weiter zu beraten.

Ich wünsche Ihnen allen noch einen schönen Nachmittag. Auf Wiedersehen!

(Ende der Sitzung:: 14.12 Uhr)