

**Ausschuss für Gesundheit**  
**Wortprotokoll**  
**98. Sitzung**

**Berlin, den 15.10.2008, 15:30 Uhr**  
**Sitzungsort: Reichstag, SPD-Fraktionssaal 3 S001**

**Vorsitz: Dr. Martina Bunge, MdB**

**TAGESORDNUNG**

**Öffentliche Anhörung zu folgenden Vorlagen:**

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

Gesundheitsfonds stoppen - Beitragsautonomie der Krankenkassen bewahren

BT-Drucksache 16/7737

Antrag der Abgeordneten Birgitt Bender, Elisabeth Scharfenberg, Dr. Harald Terpe, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Gesundheitsfonds stoppen - Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich einführen

BT-Drucksache 16/8882

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

Das Gesundheitssystem nachhaltig und paritätisch finanzieren - Gesundheitsfonds, Zusatzbeiträge und Teilkaskotarife stoppen

BT-Drucksache 16/10318

**Anwesenheitsliste\*****Mitglieder des Ausschusses**

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses

Stellv. Mitglieder des Ausschusses

**CDU/CSU**

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

Blumenthal, Antje  
 Brüning, Monika  
 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, Dr.  
 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.  
 Seifert, Ilja, Dr.  
 Spieth, Frank

Ernst, Klaus  
 Höger, Inge  
 Knoche, Monika

**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>
Die <b>Vorsitzende</b> , Abg. <b>Dr. Martina Bunge</b> (DIE LINKE.)	5, 18	<b>SV Prof. Dr. Wolfram F. Richter</b>	5, 7, 17
Abg. <b>Annette Widmann-Mauz</b> (CDU/CSU)	5, 16, 17	<b>SV Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke</b>	6, 17
Abg. <b>Jens Spahn</b> (CDU/CSU)	6, 15, 17	<b>SV Dr. Hans Jürgen Ahrens</b> (AOK-Bundesverband (AOK-BV))	7, 9, 11, 15, 16, 17, 18
Abg. <b>Dr. Carola Reimann</b> (SPD)	7, 18	<b>SVe Dr. Hildegard Demmer</b> (BKK-Bundesverband (BKK-BV))	7, 10, 15
Abg. <b>Dr. Marlies Volkmer</b> (SPD)	8	<b>SVe Sylvia Weber</b> (IKK-Bundesverband (IKK-BV))	8, 9
Abg. <b>Peter Friedrich</b> (SPD)	9	<b>SV Rolf Stadié</b> (Knappschaft)	8, 9, 17
Abg. <b>Christian Kleiminger</b> (SPD)	9	<b>SV Thomas Ballast</b> (Verband der Angestellten Krankenkassen e.V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (VdAK/AEV))	8, 10, 15
Abg. <b>Daniel Bahr</b> (Münster) (FDP)	9, 10, 11	<b>SVe Dr. Doris Pfeiffer</b> (Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband))	8, 10, 13, 14, 15, 16
Abg. <b>Dr. Konrad Schily</b> (FDP)	10	<b>SV Dr. Volker Hansen</b> (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e.V. (BDA))	8
Abg. <b>Heinz Lanfermann</b> (FDP)	11	<b>SV Knut Lambertin</b> (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB))	9, 11, 12, 13, 14, 15
Abg. <b>Frank Spieth</b> (DIE LINKE.)	11, 12, 13	<b>SV Dr. Martin Danner</b> (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE))	11, 13
Abg. <b>Birgitt Bender</b> (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	13, 14, 15	<b>SV Herbert Weisbrod-Frey</b> (Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di))	12, 13
Abg. <b>Elisabeth Scharfenberg</b> (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	16	<b>SVe Waltraud Wagner</b> (Sozialverband Deutschland e.V. (SoVD))	12, 18
Abg. <b>Maria Eichhorn</b> (CDU/CSU)	16	<b>SV Dr. Stefan Etgeton</b> (Vertreter der Patientenorganisationen im G-BA)	14, 18
Abg. <b>Mechthild Rawert</b> (SPD)	18	<b>SV Dr. Carl-Heinz Müller</b> (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV))	16, 17
		<b>SV Wolfram-Arnim Candidus</b> (Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e.V. (DGVP))	18

Beginn der Sitzung: 15.30 Uhr

Die **Vorsitzende**, Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Guten Tag, verehrte Gäste, liebe Kolleginnen und Kollegen. Ich begrüße die Mitglieder der Bundesregierung, insbesondere Frau PStSn Caspers-Merk, sowie die Mitglieder des Bundesrates. Besonders begrüße ich diejenigen, die uns heute Rede und Antwort stehen wollen. Einziger Tagesordnungspunkt ist die öffentliche Anhörung zu folgenden Vordrucken: Erstens der Antrag der Abgeordneten der Fraktion der FDP „Gesundheitsfonds stoppen - Beitragsautonomie der Krankenkassen bewahren“ auf BT-Drucksache 16/7737, zweitens der Antrag der Abgeordneten der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Gesundheitsfonds stoppen – Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich einführen“ auf BT-Drucksache 16/8882 und drittens der Antrag der Abgeordneten der Fraktion DIE LINKE. „Das Gesundheitssystem nachhaltig und paritätisch finanzieren, Gesundheitsfonds, Zusatzbeiträge und Teilkaskotarife stoppen“ auf BT-Drucksache 16/10318. Die heutige Anhörung vollzieht sich nach dem üblichen Muster, das ich kurz erläutern möchte: Nachdem die Abgeordneten ihre Fragen gestellt haben, werde ich Sie auffordern zu antworten. Sofern ich das nicht bereits getan habe, möchte ich Sie bitten, Ihren Namen und die Institution, die Sie vertreten, zu nennen. Zudem bitte ich Sie, die Mikrofone zu benutzen und diese am Ende ihres Wortbeitrages wieder auszuschalten. Wir beginnen die Anhörung mit den Fragen der Fraktion der CDU/CSU.

Abg. **Annette Widmann-Mauz** (CDU/CSU): Meine erste Frage richtet sich an Herrn Prof. Richter, die zweite Frage an Herrn Prof. Henke. Prof. Richter, Sie gelten als Spiritus Rector des Gesundheitsfonds. Könnten Sie uns Vor- und Nachteile eines Gesundheitsfonds im Verhältnis zum heutigen Finanzierungssystem erläutern? Prof. Henke, könnten Sie den Grundgedanken des Fondskonzepts, insbesondere Wettbewerbs- und Einkommenswirkungen zu trennen, näher erläutern? An beide Professoren richte ich die Frage, wie Sie die Forderung der Antragsteller, der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und der Fraktion der FDP, bewerten, den Gesundheitsfonds zu stoppen. Sehen Sie einen akuten gesetzgeberischen Handlungsbedarf?

**SV Prof. Dr. Wolfram F. Richter:** Ich beginne mit der letzten Frage. Nach meiner Auffassung als Wissenschaftler und Sachverständiger wäre ein Stopp des Gesundheitsfonds nicht zu verantworten. Dies aus zwei Gründen: Erstens fehlt es an einer tragfähigen Alternative. Zweitens ist ersichtlich, dass der Fonds bzw. das Gesetzeswerk, das den Fonds beinhaltet, bereits erste Früchte trägt. Ich betone ausdrücklich, dass die problematische Anhebung des einheitlichen Beitragssatzes auf 15,5 Prozent nicht der Einführung des Fonds anzulasten ist, sondern dem alten Finanzierungssystem.

Weiterhin fragten Sie nach den Vorteilen der Reform. Zunächst möchte ich die Nachteile des alten Systems hervorheben. Auch ohne zu sehr ins Detail zu gehen, kann man aufgrund internationaler Vergleiche feststellen, dass das deutsche Gesundheitssystem nicht so effizient ist, wie wir uns das wünschen. Mit Effizienz ist dabei das Nutzen-Kosten-Verhältnis gemeint, wofür es eine Vielzahl von Indikatoren gibt. Die mangelnde Effizienz des deutschen Gesundheitssystems muss in internationaler Perspektive überraschen. Schließlich gibt es in Deutschland 215 Krankenkassen und man würde erwarten, dass der Wettbewerb die Kassen veranlasst, bei der Suche nach kostengünstigen Versorgungsmodellen und insbesondere bei der Gestaltung der Arzt-Patienten-Beziehung neue Wege zu gehen. Das ist aber nicht der Fall. Die Krankenkassen machen alle dasselbe. Die hohe Anzahl von Krankenkassen und der daraus resultierende Wettbewerb haben also nicht die institutionelle Vielfalt der Versorgungsformen hervorgebracht, die man erwarten würde, wenn man von außen auf Deutschland schaut. Aus ökonomischer Sicht kann das nur daran liegen, dass es falsche Anreize gibt. Und in der Tat setzt ein Wettbewerb über Beitragssätze mit Arbeitgeberbeteiligung zu geringe Anreize, kostengünstige Modelle in der medizinischen Versorgung zu entwickeln. Ich hoffe, dass wir noch Gelegenheit haben werden, auf diesen Aspekt näher einzugehen.

Im Zentrum der Reform steht die Neuorganisation des Wettbewerbs zwischen den Kassen. Die wesentlichen Elemente sind Vertragsfreiheit und Wettbewerb um Versicherte über Prämien und Zuschläge in Eurobeträgen. Die Vertragsfreiheit stellt – dies macht ein Blick auf Holland deutlich – ein wichtiges Instrument zur Stärkung der Effizienz im Gesundheitswesen dar. In diesem Punkt geht zwar die Reform meiner Auffassung nach nicht weit genug, die getroffenen Maßnahmen weisen aber

in die richtige Richtung. Im Ergebnis werden die Kassen stärker in die Verantwortung für die Kostenentwicklung einbezogen.

**SV Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke:** Meines Erachtens bildet der Fonds die Grundlage für mögliche weitere Reformen in den nächsten Legislaturperioden. Dabei sind zwei Richtungen denkbar: Entweder wird die – fälschlicherweise so genannte – Bürgerversicherung eingeführt, die de facto eine proportionale Einkommenssteuer darstellt, deren Aufkommen für die Gesundheitsleistungen zweckgebunden ist oder man erhebt Versicherungsbeiträge, die fälschlicherweise häufig Kopfpauschalen genannt werden. Vor diesem Hintergrund sehe ich keinen unmittelbaren Handlungsbedarf. Bei dem Fonds handelt sich um ein neues Finanzierungsinstrument, das in Holland, worauf Herr Richter bereits hingewiesen hat, bereits seit Jahren erfolgreich angewandt wird. Die Solidarität in Finanzierung und Leistungsabgabe wird durch den Fonds nicht beeinträchtigt. Denn zum einen knüpft die Finanzierung an die geltende Bemessungsgrundlage des Status quo an und zum anderen wird die verstärkte Berücksichtigung des Morbi-RSA eher zu mehr Gerechtigkeit im Gesamtsystem im Sinne von mehr Startgleichheit im Wettbewerb unter den Kassen führen. Die Grundversorgung ist für jedermann sichergestellt, wobei die ärztliche und medizinische Leistungserbringung in einem zu regulierenden Wettbewerb durchaus unterschiedlich erfolgen kann. Der Fonds ist nach meinem Dafürhalten besser als sein Ruf. Ich verfolge die Gesundheitspolitik seit nunmehr 30 Jahren. Keine der bisher durchgeführten Reformen ist anfangs in den Medien auf eine positive Resonanz gestoßen. Im Nachhinein war die Reform schließlich dann doch besser, als man erwartet hatte. Vielleicht wird das auch beim Gesundheitsfonds der Fall sein. Der Fonds schafft durch den RSA eine bessere Grundlage für den erwünschten Wettbewerb; er ist weitgehend kostenneutral, stärkt den Wettbewerb auf der Leistungsseite und führt zu einer deutlichen Zunahme der Wechselmöglichkeiten für die Versicherten.

Wie bereits ausgeführt, soll es bei der einkommensabhängigen Mittelaufbringung bleiben, andererseits soll mit Hilfe einkommensunabhängiger Prämien eine am Versicherungsprinzip ausgerichtete Mittelaufbringung ermöglicht werden. Somit eröffnet der Gesundheitsfonds beide Möglichkeiten für spätere politische Entscheidungen. Das ist aus politisch-

ökonomischer Sicht der größte Vorteil. Ab Januar 2009 wird es weiterhin die einkommensabhängigen Mittelaufbringungen geben, während die Krankenkassen über den Fonds einkommensunabhängige risikoorientierte Prämien erhalten, mit denen sie sich im Wettbewerb behaupten müssen. Die anteilige Steuerfinanzierung, die als Ausgleich für Teile des Familienlastenausgleichs in der GKV gedacht war, nimmt zu. Die diesbezüglich in den nächsten Jahren zu erwartenden 13 bis 15 Mrd. Euro werden zur Nachhaltigkeit der Finanzierung beitragen. Für die Krankenkassen ist die Umstellung auf den Fonds eine große Herausforderung. Deshalb setzen sich auch viele, insbesondere große Krankenkassen, dagegen zur Wehr.

Unmittelbarer Handlungsbedarf besteht nach meiner Ansicht nicht. Der Fonds bildet eine Grundlage für die weitere Entwicklung unseres bewährten Gesundheitssystems. Meiner Ansicht nach wird der Fonds in den Medien viel zu negativ dargestellt. Dies liegt daran, dass das Wesen des Fonds, nämlich ein eher technisches Finanzierungs- und Organisationsinstrument zu sein, oft nicht erkannt wird. Sicherlich ist der Gesundheitsfonds, der deutschen Gründlichkeit entsprechend, ein wenig zu detailliert ausgestaltet worden, er trägt aber letztlich zur Stärkung des Wettbewerbs im System bei.

**Abg. Jens Spahn (CDU/CSU):** Ich möchte Herrn Prof. Henke und Herrn Prof. Richter bitten, einige ergänzende Ausführungen zum Thema Nachhaltigkeit zu machen. Zudem habe ich eine Frage zur Wirkung der Preissignale, die sich künftig im Wettbewerb ergeben wird, und dies im Hinblick sowohl auf die heute erhobenen prozentualen Beiträge als auch auf die künftig zu erwartenden Prämien bzw. Zusatzbeiträge.

**SV Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke:** Die Frage nach der nachhaltigen Finanzierung kann sicherlich nur im Rahmen eines Forschungsprojektes zuverlässig beantwortet werden. Fest steht allerdings, dass es sich hierbei angesichts der demografischen Herausforderung und des raschen und wohl auch wünschenswerten medizinisch-technischen Fortschritts um ein Thema handelt, das beständig an Bedeutung gewinnt. Durch den Fonds wird die Nachhaltigkeit in keiner Weise tangiert, denn er ist weitgehend kostenneutral. In der Öffentlichkeit

wird oft verkannt, dass die Beitragssatzsteigerungen nicht auf die Einführung des Fonds zurückzuführen sind. Dies hat auch Herr Richter bereits gesagt. Die mögliche Abschaffung der Lohnabhängigkeit der Beiträge, der Wegfall oder die Festschreibung der Arbeitgeberbeiträge, die weitere partielle Kapitalbildung und die monistische Krankenhausfinanzierung seien als Beispiele für Themen genannt, die uns bei der sicherlich anstehenden Weiterentwicklung des Krankenversicherungsschutzes auch in Zukunft beschäftigen werden.

Mit dem Einstieg in die anteilige und auf diese Weise wohl auch die Nachhaltigkeit stärkende Steuerfinanzierung folgt man in Deutschland einer europaweiten Entwicklung hin zu einer Konvergenz der Finanzierungssysteme. Die Beveridge- und die Bismarcksysteme rücken näher zusammen. Die nachhaltige Finanzierung der Gesundheitsausgaben wird daher durch den Fonds zunächst einmal gar nicht berührt. Es bleibt abzuwarten, inwieweit die Kassen mit Zusatzbeiträgen und Ausschüttungen an den Markt gehen. Sie haben der Presse entnehmen können, dass sehr viele Kassen mit Auszahlungen beginnen werden. Die eigentliche Herausforderung für die Kassen besteht aber nach der Einführung des Fonds in der Weiterentwicklung des Wettbewerbs, der in einer Form zunimmt, wie man sich das vorher nicht vorstellen konnte. Wenn in den Medien immer gesagt wird, der Beitragssatz sei nun kein Indikator mehr, dann liegt hier ein Missverständnis vor. Denn die Bedeutung des Beitragssatzes wird ja in sublimierender Weise durch Bonus- und verschiedenste andere Programme auf der Leistungsseite relativiert. Daher entwickelt sich der Wettbewerb sowohl in finanzieller Hinsicht als auch in den Bereichen Qualität und Leistung weiter.

**SV Prof. Dr. Wolfram F. Richter:** Im Hinblick auf die auf Nachhaltigkeit bezogene Frage ist zunächst zu klären, was mit Nachhaltigkeit gemeint ist. Herr Henke sprach es an. Ökonomen verstehen unter Nachhaltigkeit, dass die öffentlichen Haushalte demografiefest ausgestaltet werden und die volkswirtschaftliche Kapitalbildung gestärkt wird. Dabei ist allerdings zu fragen, in welcher Säule der Sozialversicherung entsprechende Reformen vorzunehmen sind. Meiner Ansicht nach ist die Rentenversicherung für solche Reformen geeigneter als die GKV. Das liegt daran, dass sich die Entwicklung der Lebenserwartung leichter prognostizieren lässt als die Entwicklung des

medizinisch-technischen Fortschritts. Zwar dient der Einstieg in den Fonds nicht dem Nachhaltigkeitsziel, dies ist meiner Auffassung nach jedoch aus dem genannten Grund vertretbar. Im Übrigen dient es letztlich auch der Nachhaltigkeit, wenn wirksame Anreize zur Kostenkontrolle gesetzt werden. Das geschieht als Folge der Reform. Ich erwarte für das nächste Jahr durchaus eine spürbare Beruhigung an der Kostenfront. Die Kassen werden ihre Verantwortung für die Kosten schon aus eigenem Interesse – nämlich um im Wettbewerb zu überleben – stärker wahrnehmen und diese nicht länger allein auf die Bundesregierung abwälzen.

**Abg. Dr. Carola Reimann (SPD):** Ich habe eine Frage an die Spitzenverbände der Krankenkassen und an den GKV-Spitzenverband. Wie bewerten Sie es, dass es im Vorgriff auf die Einführung des Fonds zu Kassenfusionen kommt? Ist dies nicht ein Beleg dafür, dass der Fonds die richtigen Anreize zur Hebung von Effizienzreserven setzt? Halten Sie beispielsweise eine Bundes-AOK für sinnvoll?

**SV Dr. Hans Jürgen Ahrens (AOK-Bundesverband (AOK-BV)):** Die im Bereich der AOK erfolgten Fusionen haben zwar bereits vor Einführung des Fonds stattgefunden – so beispielsweise im Falle der AOK Hamburg-Rheinland oder der AOK-Plus. Wir sind allerdings der Meinung, dass wir zukünftig, ob unter Fondsbedingungen oder nicht, unsere Organisationsformen zum Zwecke hoher Wettbewerbsfähigkeit verändern müssen. Anlässlich des Verlusts der körperschaftlichen Stellung erfolgte im Rahmen eines Großprojekts die Umstrukturierung des AOK-Bundesverbandes. Durch die veränderte Rechtsform hat der Bundesverband einen erweiterten Vorstand erhalten, dessen Mitglieder nun im Wesentlichen die Zukunft des AOK-Systems bestimmen. Ich gehe davon aus, dass im AOK-System weitere Fusionen erfolgen werden, jedoch ist die Einführung einer Bundes-AOK zurzeit kein konkretes Ziel. Ob sich dies ändern wird, wird sich zeigen.

**SVe Dr. Hildegard Demmer (BKK-Bundesverband (BKK-BV)):** Zum Thema Fusionen möchte ich sagen, dass wir damit in der betrieblichen Krankenversicherung zahlreiche Erfahrungen gemacht haben. Dass es solche

Prozesse gibt, ist meiner Ansicht nach jedoch nicht auf den Fonds, sondern auf den mit der Einführung der Wahlfreiheit zusammenhängenden Wettbewerb in der Krankenversicherung zurückzuführen. Wir beobachten dabei – gleichsam wie die interessierte Öffentlichkeit –, dass solche Fusionen unterschiedlich erfolgreich verlaufen. Fusionen, die lediglich eine Reduzierung der Kassenzahl bezwecken, halte ich unabhängig davon, durch welche Anreize sie stimuliert werden, für nicht sinnvoll. Wie Herr Prof. Rürup bereits ausgeführt hat, bewirken Fusionen in der Regel keine Senkung, sondern eine Zunahme der Verwaltungskosten.

**Sve Sylvia Weber** (IKK-Bundesverband (IKK-BV)): Die Frage impliziert, dass Größe an sich schon etwas Gutes ist. Ich glaube, dafür ist noch kein abschließender Beweis erbracht worden. Gerade die Innungskrankenkassen als kleinere Marktteilnehmer sind derzeit in der Lage, einen unterdurchschnittlichen Beitragssatz zu offerieren. Auf Freiwilligkeit beruhende Konzentrationsprozesse wird es weiterhin geben; dazu hätte es keines Anreizes durch einen Gesundheitsfonds bedurft.

**SV Rolf Stadié** (Knappschaft): Eine Fusion der Knappschaft ist gesetzlich ausgeschlossen. Eine Ausnahme bildete die Fusion mit der See-Krankenkasse, die gesetzlich geregelt wurde. Darüber hinaus sind Fusionen nicht möglich.

**SV Thomas Ballast** (Verband der Angestellten Krankenkassen e.V./ Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (VdAK/AEV)): Auch wir sind der Auffassung, dass Kassenfusionen nicht wegen des Gesundheitsfonds erfolgen. Seit 2004 hat es 113 Kassenfusionen gegeben, daher kann man nicht von einer auffälligen Ballung solcher Fusionen im Vorfeld des Gesundheitsfonds sprechen. Hinzu gekommen sind lediglich die kassenartenübergreifenden Fusionen, die seit dem Inkrafttreten des WSG möglich sind. Der zweite Teil der Frage impliziert, dass eine Fusion immer zur Hebung von Effizienzreserven führt. Diesen logischen Zusammenhang kann man meines Erachtens nicht herstellen. Fusionen müssen individuell betrachtet und geprüft werden. Kassen, denen eine Fusion lohnenswert erschien, haben diese bereits in der Vergangenheit durchgeführt und werden dies unabhängig von der Einführung des Gesundheitsfonds auch künftig tun. Im Üb-

rigen haben wir festgestellt, dass man mit bundesweiten Organisationsstrukturen gut und erfolgreich am Markt bestehen kann.

**Sve Dr. Doris Pfeiffer** (Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)): Ich kann mich den Kollegen anschließen. Wie bereits betont, hat es in der Vergangenheit eine Vielzahl von Fusionen gegeben, wodurch sich die Zahl der Kassen – Herr Ballast erwähnte es bereits – offenkundig drastisch reduziert hat. Aus unserer Sicht ist eine Fusion nicht per se positiv. Sie kann zwar im Einzelfall zu einer Hebung von Effizienzreserven führen, dies haben die Kassen aber auch bereits in der Vergangenheit versucht. Kassenartenübergreifende Fusionen sind deshalb erst in neuerer Zeit zu beobachten, weil sie früher nicht möglich waren.

**Abg. Dr. Marlies Volkmer** (SPD): Ich habe zwei Fragen an die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände. Erstens: Inwieweit hat die bisherige Beitragssatzautonomie der Selbstverwaltung der Krankenkassen zu einer Stabilisierung der Lohnnebenkosten beigetragen? Zweitens: In welchem Umfang werden erhöhte Beitragsbelastungen der Arbeitgeber kompensiert durch die steuerliche Abzugsfähigkeit bei den Betriebsausgaben?

**SV Dr. Volker Hansen** (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e.V. (BDA)): Diese beiden Fragen sind nicht leicht zu beantworten. Die Beitragssätze haben sich in der Vergangenheit – trotz Beitragsautonomie der Kassen – erhöht. Es stellt sich die Frage, wie viel Autonomie die Kassen besitzen. Letztlich haben sie nur die Gesetze befolgt und die entsprechenden Ausgabenprogramme, die die Regierung veranlasst hat, genutzt. Bislang fehlt den Krankenkassen die Möglichkeit, auf Vertragsfreiheit basierenden Wettbewerb auszuüben. Daher bin ich der Überzeugung, dass die Entwicklung hin zu steigenden Beitragssätzen nicht eine Folge von vergrößerter, sondern vielmehr gerade umgekehrt eine Konsequenz mangelnder Autonomie der Krankenkassen ist. Die Beitragssatzhöhe von 15,5 Prozent ist meines Erachtens keine Folge der Einführung des Gesundheitsfonds. Ich bin vielmehr davon überzeugt, dass es im nächsten Jahr einen Durchschnittsbeitragssatz in derselben Größenordnung gegeben hätte, wenn der Fonds

nicht eingeführt worden wäre. Grund dafür ist unter anderem die Zusage, Ärzten und Krankenkassen einen Betrag von 6 Mrd. Euro zu gewähren. Aus der Steuerfreistellung der Krankenkassenbeiträge ergibt sich keine Entlastung der Arbeitgeber, denn die Arbeitgeberanteile an den Krankenkassenbeiträgen waren auch bisher bereits Kosten, die in voller Höhe von der Steuer abgesetzt werden konnten. Die vom Bundesverfassungsgericht geforderte Steuerfreiheit entlastet die Arbeitnehmer bzw. die Versicherten, aber nicht die Betriebe. Die durch den höheren Beitragssatz hervorgerufenen Belastungen der Arbeitgeber werden nicht durch die Abzugsfähigkeit kompensiert, denn die Beiträge waren auch schon vorher abzugsfähig.

Abg. **Peter Friedrich** (SPD): Meine Frage richtet sich an den IKK-Bundesverband, den AOK-Bundesverband und den Deutschen Gewerkschaftsbund. Mich interessiert, ob Sie Mitgliederwerbestrategien von Krankenkassen, die auf Risikoselektion abzielen, für legitime Wettbewerbsinstrumente in der gesetzlichen Krankenversicherung halten.

SV **Sylvia Weber** (IKK-Bundesverband (IKK-BV)): Derartige Selektionsstrategien haben wir noch nie für legitim oder wünschenswert gehalten.

SV **Dr. Hans Jürgen Ahrens** (AOK-Bundesverband (AOK-BV)): Die Antwort lautet schlicht „nein“. Es ist zwar nicht auszuschließen, dass es Derartiges in der Vergangenheit gab; der Morbi-RSA ist aber ein gutes Instrument, um dem entgegen zu wirken.

SV **Knut Lambertin** (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Auch wir halten Risikoselektion nicht für legitim. Aus Sicht der Krankenkassen stellt die Risikoselektion unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten jedoch ein legitimes Mittel zur Kostensenkung dar. Das ist der Unterschied zwischen Krankenkassen, die dem Allgemeinwohl verpflichtet sind, und Unternehmen, in denen Gewinnmaximierung und Kostensenkung im Vordergrund stehen.

Abg. **Christian Kleiminger** (SPD): Ich nehme gern die Anregung von Herrn Prof. Henke auf und richte meine Frage an die Knappschaft Bahn-See. Die Knappschaft Bahn-See hat in den vergangenen Tagen in Kenntnis der von der Bundesregierung beabsichtigten Beitragssatzfestsetzung angekündigt, ihren Versicherten im nächsten Jahr eine Prämie auszuzahlen. Wie beurteilt die Knappschaft vor diesem Hintergrund die Behauptung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Gesundheitsfonds sei mit einem paritätisch finanzierten Beitragssatz von 14,6 % erheblich unterfinanziert?

SV **Rolf Stadié** (Knappschaft): Ich kann nur für die Knappschaft sprechen. Unseren Berechnungen zufolge werden wir bei diesem Beitragssatz ausreichende Finanzmittel zur Verfügung haben, es sei denn, es kommt zu unerwarteten Belastungen im Zusammenhang mit der Festlegung der Normkosten des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs.

Abg. **Daniel Bahr** (Münster) (FDP): Meine erste Frage richtet sich an den AOK-Bundesverband, an Herrn Ahrens, und an den VdAK, Herrn Ballast. Am 29. Oktober will das Bundeskabinett endgültig die Beitragssatzverordnung beschließen. Die Höhe der Zuzahlungen aus dem Fonds ist den Krankenkassen bis jetzt offiziell noch nicht bekannt. Als es heute Morgen im Ausschuss um das GKV-Organisationsgesetz ging, hat Herr Hecken, der Präsident des BVA, jedoch die Auffassung vertreten, dass die Krankenkassen seit dem 22. September über eine Software, einen sog. Grouper, verfügen, der es ihnen ermöglicht, sich einen Überblick über die Finanzsituation im Jahre 2009 zu verschaffen. Der Presse ließ sich hingegen entnehmen, dass die Krankenkassen Schwierigkeiten haben, bis Anfang November Haushaltspläne aufzustellen. Können Sie uns darstellen, wie die Haushaltsplanungen in den Krankenkassen aussehen können? Können Sie bis Anfang November eine realistische und feste Haushaltsplanung vornehmen und somit verbindlich erklären, wie die Finanzen Ihrer Krankenkassen im Jahr 2009 aussehen werden?

SV **Dr. Hans Jürgen Ahrens** (AOK-Bundesverband (AOK-BV)): Eine solchen, von Herrn Hecken angesprochenen Grouper

haben wir nicht. Die Schwierigkeit bei der Aufstellung der Haushaltspläne liegt darin, dass uns viele Parameter, anhand derer die Finanzsituation im nächsten Jahr festgelegt wird, fehlen. So ist beispielsweise die Höhe der Zuweisungen, die wir erhalten werden, nicht bekannt. Daher können den Haushaltsplänen lediglich Prognosen zugrunde gelegt werden. Daher werden wir nach Erhalt der tatsächlichen Zahlen im Falle einer Divergenz genötigt sein, eine Anpassung der Haushaltspläne vorzunehmen.

**SV Thomas Ballast** (Verband der Angestellten Krankenkassen e.V./ Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (VdAK/AEV)): Richtig ist, dass das BVA am 22. September das Grouper-Modell vorgestellt hat. Nicht richtig ist hingegen, dass die Kassen über dieses Modell, das die Ermittlung der Zuweisungen für das Jahr 2009 und damit die Feststellung der Einnahmebasis ermöglicht, bereits verfügen. Dies liegt daran, dass die Software noch vorläufige, aktualisierungsbedürftige Daten enthält. Im Moment dient der Grouper den Kassen als eine vorläufige Grundlage zur Berechnung ihrer für das Jahr 2009 erwarteten Ausgabenwerte. Die Erstellung eines Haushaltsplanes, der im gesamten Jahr 2009 Bestand haben soll, wird bis Anfang November 2008 nicht möglich sein. Es wird nötig sein, den Plan nach Erhalt der konkreten Zahlen anzupassen.

**Abg. Daniel Bahr (Münster)** (FDP): Meine nächste Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband, an Frau Dr. Pfeiffer. Ich nehme Bezug auf die Beratungen im Schätzerkreis am 1. und 2. Oktober und bitte Sie darum uns darzulegen, in welcher Größenordnung die Schätzungsungenauigkeiten des RSA-Schätzerkreises lagen. Welche Folgen hätten Ungenauigkeiten im neuen System für die Krankenkassen in den folgenden Jahren?

**SVe Dr. Doris Pfeiffer** (Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)): Wir konnten im Rahmen des Risikostruktur-ausgleichs bereits Erfahrungen mit den Schätzerkreisen sammeln, und wir haben dabei festgestellt, dass die Prognosen in der Vergangenheit relativ genau waren. Bei einem Gesamtvolumen von 140 Mrd. Euro gab es lediglich geringe Divergenzen von maximal 300 bis 400

Mio. Euro. An der Erstellung der Prognosen waren nicht nur das BMG, das BVA und die Spitzenverbände der Krankenkassen, sondern auch Experten der Kassen beteiligt, die sich auf wirtschaftswissenschaftliche Daten stützen konnten. Dabei waren die von den Kassensachverständigen durchgeführten Schätzungen für die Ausgabenentwicklung in den einzelnen Leistungsbereichen genauer als die Schätzungen für die Einnahmeentwicklung. Im Vergleich zur Vergangenheit gibt es nunmehr größere Divergenzen zwischen den Schätzungen von BMG und BVA einerseits und den Schätzungen des GKV-Spitzenverbandes andererseits. Die Abweichungen haben eine Größenordnung von insgesamt 2,6 Mrd. Euro auf der Ausgabenseite. Die größten Abweichungen sind mit 1,1 Mrd. Euro im Krankenhausbereich, mit 600 bis 700 Mio. Euro im Bereich der ambulanten Vergütung und mit 300 Mio. Euro bei den Verwaltungskosten zu verzeichnen.

**Abg. Dr. Konrad Schily** (FDP): Meine Frage richtet sich an den BKK-Bundesverband. Unter welchen organisatorischen, zeitlichen und administrativen Voraussetzungen kann eine Kasse, die feststellt, dass die zugewiesenen Finanzmittel nicht ausreichen, den Zusatzbeitrag erheben? Mich würde besonders interessieren, mit welchem Aufwand und in welchem zeitlichen Rahmen Forderungen gegenüber den Versicherten zu realisieren sind und wie die fehlende Liquidität der Kassen in der Zwischenzeit zu überbrücken ist.

**SVe Dr. Hildegard Demmer** (BKK-Bundesverband (BKK-BV)): Zunächst ist zu betonen, dass sich die Kassen mit Unterstützung durch den BKK-Bundesverband auf den Worst Case vorbereiten. Es ist davon auszugehen, dass der mit der Erhebung des Zusatzbeitrages verbundene Verwaltungsaufwand im Vergleich zu den zu erzielenden geringen Zusatzbeiträgen unproportional hoch sein wird. Ich möchte an den Versuch erinnern, eine Prämie für den Zahnersatz einzuführen. Stattdessen kam es zu einer prozentualen Erhöhung in Kombination mit dem Sonderbeitrag von 0,9 Beitragssatzpunkten. Vor dem Hintergrund der in der Zwischenzeit entstandenen Insolvenzfähigkeit der Kassen kommt es – auch angesichts des Kreditaufnahmeverbots für die Kassen – auf die konkreten Regelungen und auf die Handhabung durch die Aufsicht an.

Abg. **Heinz Lanfermann** (FDP): An diese Problematik anschließend richte ich meine Frage an Herrn Ahrens vom AOK-Bundesverband. Die anderen Spitzenverbände können seine Aussagen bei Bedarf ergänzen. Für die Zusatzbeiträge und die Erstattung der Prämien müssen Konten eingerichtet werden. Probleme können außerdem im Hinblick auf die Frage nach der Zuständigkeit für die Deckelung der Zusatzbeiträge und im Rahmen der Beitreibung der Beträge durch Mahnverfahren auftreten. Mich würde interessieren, welche Zusatzkosten durch die Einrichtung dieser Konten und durch den sich entsprechend erhöhenden Verwaltungsaufwand zu erwarten sind.

SV **Dr. Hans Jürgen Ahrens** (AOK-Bundesverband (AOK-BV)): Für die Einrichtung der Konten, die Durchführung der Mahnverfahren und die weiteren Posten sind Zusatzkosten in Höhe von 2,50 Euro pro Mitglied zu erwarten.

Abg. **Daniel Bahr** (Münster) (FDP): Politiker der Koalition haben in der Öffentlichkeit gelegentlich der Eindruck erweckt, dass die Notwendigkeit, Zusatzbeiträge zu erheben, auf schlechtes Management der Krankenkassen zurückzuführen sei. Versicherten wurde geraten, in einem solchen Fall die Krankenkasse zu wechseln. Deswegen richte ich folgende Frage an Herrn Ahrens von der AOK: Wie beurteilen Sie diese Einschätzung von Krankenkassen, die Zusatzbeiträge verlangen? Können Sie uns darstellen, welche anderen Faktoren außer schlechtem Management die Entscheidung, Zusatzbeiträge zu erheben, beeinflussen und wie groß der Einfluss dieser Faktoren auf die Höhe des Zusatzbeitrages ist?

SV **Dr. Hans Jürgen Ahrens** (AOK-Bundesverband (AOK-BV)): Es trifft nicht zu, dass die Höhe des Beitragssatzes oder des Zusatzbeitrages einer Kasse mit schlechtem Management zu tun hat. Wenn eine Kasse einen Zusatzbeitrag erheben muss, liegt das daran, dass sie auf Grund einer im Vergleich zu anderen Kassen ungünstigeren Morbiditätsstruktur ihrer Mitglieder mit den zugewiesenen Mitteln nicht auskommt. Dieses Problem wird auch der Morbi-RSA in seiner jetzigen Gestalt nicht beheben können. Des Weiteren ist bei den Regelungen zur Begrenzung des Zusatzbeitrages auf ein Prozent ein handwerklicher Fehler gemacht

worden, der uns große Sorgen bereitet. Denn dieser Fehler führt zum Beispiel im AOK-System dazu, dass bei einem Zusatzbeitrag von nur 10 Euro nur noch drei AOKs mit dem Geld auskämen und bei einem Zusatzbeitrag von 20 Euro keine einzige mehr. Das bedeutet, dass wir hier Nachholbedarf haben. Die Professoren Fiedler und Rürup haben dazu Vorschläge gemacht. Wir haben im Grunde nichts gegen diese Klausel, sie muss allerdings so ausgestaltet sein, dass sie nicht einer Kassenart schadet.

Abg. **Daniel Bahr** (Münster) (FDP): Meine Frage richtet sich an die BAG-SELBSTHILFE. Ist Ihnen bekannt, dass im Vorfeld des Gesundheitsfonds spezielle Verträge von Krankenkassen gekündigt worden sind? Wie beurteilen Sie dies?

SV **Dr. Martin Danner** (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE)): Das ist uns nicht bekannt.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE.): Meine Fragen richten sich an den DGB, die BAG SELBSTHILFE, ver.di und den Sozialverband Deutschland. Wird aus Ihrer Sicht die Finanzierung der Gesundheitsversorgung durch den Gesundheitsfonds nachhaltig gesichert? Welche Forderungen stellen Sie an eine nachhaltige Finanzierung?

SV **Knut Lambertin** (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Zu Ihrer ersten Frage: Nein. Zu Ihrer zweiten Frage: Ebenso wie die Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und DIE LINKE. fordern wir als Basis für eine nachhaltige Finanzierung die Einführung einer Bürgerversicherung.

SV **Dr. Martin Danner** (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE)): Aus unserer Sicht ist eine nachhaltige Finanzierung des Gesundheitsfonds nicht gewährleistet, weil keine adäquaten Finanzierungsquellen vorhanden sind. Erstens wird der Solidarbeitrag der privaten Krankenversicherungen nicht in einem adäquaten Maße eingefordert.

Zweitens werden Steuerzuschüsse aus unserer Sicht nicht in ausreichendem Maße in den Fonds eingespeist. Drittens können die Zusatzbeiträge nicht als Instrument zur nachhaltigen Finanzierung angesehen werden. Dies entsolidarisiert vielmehr die Versichertengemeinschaft und führt – wie Herr Ahrens gerade ausführte – zu Finanzierungsengpässen oder zur Illiquidität von Kassen.

**SV Herbert Weisbrod-Frey** (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)): Eine nachhaltige Finanzierung durch den Gesundheitsfonds ist nicht gesichert. Wir sind ebenso wie der DGB der Auffassung, dass eine nachhaltige Finanzierung dadurch erreicht werden kann, dass das bisherige System durch eine Bürgerversicherung ergänzt wird.

**SVe Waltraud Wagner** (Sozialverband Deutschland e.V. (SoVD)): Wie soll durch den Gesundheitsfonds, der auf einem Umverteilungskonzept beruht, die Nachhaltigkeit der Finanzierung gesichert werden? Es werden weder Einnahmen verstetigt noch Effizienzreserven aktiviert. Ebenso wenig wird die Versorgung der chronisch Kranken durch den Gesundheitsfonds verbessert.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE.): Meine nächste Frage richtet sich an den DGB. Deckt der Beitragssatz Ihrer Meinung nach die zu erwartenden Ausgaben im Jahre 2009? Wenn nein, warum nicht? Welche Höhe müsste der Beitragssatz aus Ihrer Sicht unter den gegebenen Bedingungen haben?

**SV Knut Lambertin** (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Unseres Erachtens wird der Beitragssatz angesichts der jüngsten Konjunkturprognosen die Ausgaben der Krankenkassen nicht decken. Die Kalkulation des Beitragssatzes beruht auf einer Wachstumsprognose von 1,3 Prozent. Diese Prognose ist – bei Annahme des günstigsten Falles – nun auf 0,8 Prozent gesenkt worden. Unklar ist zudem, inwieweit steigende Löhne im nächsten Jahr zu zusätzlichen Einnahmen führen. Die Höhe der Ausgaben ist ebenfalls bislang nicht absehbar. Nach den bisherigen Schätzungen ist ein Beitragssatz von 15,7 bis 15,8 Prozent notwendig.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE.): Meine nächste Frage richtet sich ebenfalls an den DGB. Mit welchen Maßnahmen hätte der Beitragssatzanstieg, der zurzeit in der GKV erfolgt, verhindert werden können?

**SV Knut Lambertin** (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Alle Abgeordneten des Deutschen Bundestages haben vom DGB einen Brief erhalten, der einen Vorschlag zur Senkung der Beitragskosten bzw. zur Verhinderung des Beitragsanstieges enthielt. Unter anderem sah der Vorschlag vor, den Beitrag für ALG II-Bezieher, der zurzeit 118 Euro pro Kopf beträgt, zu verdoppeln und damit für diesen Bereich eine Kostendeckung herzustellen.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE.): Meine nächsten beiden Fragen richten sich an den Sozialverband Deutschland. In welchen Bereichen werden Ihres Erachtens Einsparungen erfolgen, wenn Kassen mit den Zuweisungen aus dem Fonds nicht auskommen? Welche Maßnahmen können dazu beitragen, dass Einsparungen nicht zu Lasten der Patientinnen und Patienten erfolgen?

**SVe Waltraud Wagner** (Sozialverband Deutschland e.V. (SoVD)): Aus betriebswirtschaftlicher Sicht ist zu befürchten, dass Kassen Einsparungen zu Lasten der Patienten vornehmen, weil diese Maßnahmen, z. B. die Streichung von Satzungs- und Ermessensleistungen sowie der Abbau von Service- und Beratungsangeboten, schnell umgesetzt werden können. Über die Beratung wird der Zugang zu Leistungen eingeschränkt. Wir befürchten zudem, dass die regressive Bewilligung von Regelleistungen zu einer Ausgabenverzögerung führt und sich Patienten mit ihrer Krankenkasse in einen Rechtsstreit begeben müssen. Da wir einen weiteren Anstieg der Ausgaben und eine Kostenabdeckung von nur 95 Prozent befürchten, halten wir eine jährliche Anpassung des Beitragssatzes für erforderlich. Es müssten Anreize für die Krankenkassen geschaffen werden, präventive Maßnahmen zu entwickeln, die die ausreichende Versorgung von chronisch kranken Menschen sicherstellen. Zudem müssten Instrumente zur Senkung der Arzneimittelausgaben geschaffen werden. Dies könnte durch die Reduktion der Mehrwertsteuer auf die Hälfte, die Zurückdrängung von Scheininnovationen im Arzneimittelbereich und durch

die Senkung der Arzneimittelpreise durch die Hersteller geschehen. Diese Punkte sieht das bisherige Konzept unseres Erachtens nicht vor.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE.): An die BAG SELBSTHILFE, den DGB und ver.di richtet sich folgende Frage: Wie bewerten Sie die Tatsache, dass bei der Einführung des Gesundheitsfonds einerseits eine Finanzierung von 100 Prozent zugesagt wird, andererseits aber laut Gesetz erst dann eine Anpassung der Beiträge stattfinden soll, wenn die Kostendeckung bei unter 95 Prozent liegt? Wie bewerten Sie die Möglichkeit zur Erhebung eines Zusatzbeitrages insbesondere im Hinblick auf das Prinzip der paritätischen Finanzierung? Was bedeutet dies für die Versicherten, insbesondere für die Geringverdiener?

SV **Dr. Martin Danner** (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE)): Aus unserer Sicht ist die Nichteinhaltung der 100-Prozent-Abdeckung negativ zu bewerten, denn diese wird dazu führen, dass die Kassen auf Zusatzbeiträge angewiesen sind. Insgesamt lehnen wir das Instrument des Zusatzbeitrages aus mehreren Gründen ab. Zunächst führt es zu einer Aufhebung des Prinzips der paritätischen Finanzierung, das seit Jahrzehnten der Solidarität zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern im Hinblick auf die Gesundheit der Arbeitnehmer dient. Außerdem halten wir die konkrete Ausgestaltung des Zusatzbeitrages schlichtweg für unsozial. Die Einkommensprüfung soll erst ab 8 Euro stattfinden, so dass Geringverdiener überproportional herangezogen werden. Hervorzuheben ist auch, dass chronisch kranke und behinderte Menschen ohnehin schon durch Zuzahlungen, Praxisgebühren, Eigenanteile etc. überproportional belastet werden, so dass sich ein Zusatzbeitrag bei diesen Menschen verstärkt niederschlagen würde.

SV **Knut Lambertin** (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Ich teile die Einschätzung von Herrn Dr. Danner. Wir stellen fest, dass Arbeitnehmer im Gesundheitsbereich zunehmend belastet werden. Bei pauschaler Berechnung des Zusatzbeitrages sehen sich beispielsweise ALG II-Bezieher Belastungen von 2,3 Prozent anstatt von nur 1 Prozent ausgesetzt.

SV **Herbert Weisbrod-Frey** (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)): Die Senkung auf 95 Prozent des Beitragsbedarfs wird vor allem die Kassen treffen, die hohe Leistungsausgaben für ihre Versicherten haben. Wir befürchten neben einem drohenden Zusatzbeitrag den Rückgang von Serviceleistungen. Dies wird vor allem diejenigen treffen, die auf wohnortnahe Krankenkassenversorgung angewiesen sind.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine erste Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband. Sie schreiben in ihrer Stellungnahme, dass im Schätzerkreis die Schätzung der Einnahmenentwicklung für das kommende Jahr, anders als die Einschätzung der Ausgabenentwicklung, einvernehmlich erfolgt sei. Nun hat in der Zwischenzeit die Finanzkrise ungeahnte Ausmaße angenommen. Den führenden Wirtschaftsforschungsinstituten zufolge müssen die Wachstumserwartungen deutlich reduziert werden; darüber hinaus wird für das kommende Jahr ein Anstieg der Arbeitslosenzahlen um über 200.000 erwartet. Konnten diese neuen Prognosen bereits in den Beratungen des Schätzerkreises berücksichtigt werden?

SVe **Dr. Doris Pfeiffer** (Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)): Diese Entwicklung war vor zwei Wochen noch nicht absehbar; die Wirtschaftsforschungsinstitute haben ihre Prognosen erst in den letzten Tagen massiv korrigiert. Anlässlich von Befragungen der Wirtschaftsforschungsinstitute, die auch während der Beratungen stattfanden, ist uns vermittelt worden, dass nicht mit Auswirkungen zu rechnen sei. Daher ist die Einnahmenentwicklung auf der Basis konstanter Arbeitslosenzahlen ermittelt worden. Eine Berücksichtigung des Anstiegs der Arbeitslosenzahlen ist bislang nicht erfolgt.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage richtet sich an Herrn Dr. Etgeton, den Patientenvertreter im G-BA. Die Bundesregierung will den Beitragssatz für das nächste Jahr deutlich niedriger ansetzen, als es die Krankenkassen für notwendig halten. Die Bundesgesundheitsministerin beruft sich dabei auch auf die Interessen der Versicherten, denen man keine höheren Bei-

träge zumuten könne. Wie bewerten Sie diese Aussage?

**SV Dr. Stefan Etgeton** (Vertreter der Patientenorganisationen im G-BA): Laut Gesetz soll der durchschnittliche Beitragssatz 100 Prozent der durchschnittlichen Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen abdecken. Das liegt im Interesse der Versicherten. Denn wenn der Beitragssatz zu hoch angesetzt ist, werden Versicherte und vor allem Rentner ungebührlich belastet. Ist er aber zu niedrig angesetzt, wird die Mehrzahl der Krankenkassen sehr früh einen Zusatzbeitrag erheben, der wiederum nur die Arbeitnehmerseite, also die versicherten Mitglieder, belastet. Es liegt somit auch nicht im Versicherteninteresse, den Beitragssatz zu niedrig anzusetzen.

**Abg. Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): An diese Problematik anknüpfend richte ich die nächste Frage an den GKV-Spitzenverband und den DGB. Rechnen Sie damit, dass Krankenkassen bereits im nächsten Jahr einen Zusatzbeitrag erheben müssen? Haben Sie Prognosen über die Anzahl dieser Kassen und die Gesamtgröße der Deckungslücke, die mit Zusatzbeiträgen zu schließen wäre?

**SVe Dr. Doris Pfeiffer** (Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)): Es gibt unterschiedliche Einschätzungen der Ausgabenentwicklung. Wir gehen davon aus, dass mit dem derzeit vorgesehenen Beitragssatz eine Deckung von 98,5 Prozent erreicht wird. Daher besteht eine Finanzierungslücke von 1,5 Prozent, die im nächsten Jahr durch Zusatzbeiträge abgedeckt werden muss. Diese Zahlen stammen vom Schätzerkreis. Eine Veränderung bei der Einnahmenentwicklung ist – wie bereits ausgeführt – noch nicht berücksichtigt worden. Das bedeutet, dass manche Kassen vermutlich früher und stärker als bislang erwartet im nächsten Jahr Zusatzbeiträge erheben müssen. Wir gehen zugleich davon aus, dass die meisten Kassen in den ersten Monaten des kommenden Jahres keine Zusatzbeiträge erheben werden, weil sie andernfalls erhebliche Wettbewerbsnachteile zu erwarten hätten. Wenn jedoch Kassen in den ersten Monaten oder im ersten Halbjahr darauf verzichten, Zusatzbeiträge zu erheben, obwohl dies erforderlich wäre, dann entstehen Deckungslücken, die

letztlich höhere Zusatzbeiträge zur Folge haben.

**SV Knut Lambertin** (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Nach unseren Schätzungen werden etwa 1,3 Mio. Versicherte von Beginn an Zusatzbeiträge bezahlen müssen. Das sind diejenigen Mitglieder von gesetzlichen Krankenkassen, deren Beitragssatz jetzt schon über 15,5 Prozent liegt. Wenn man davon ausgeht, dass die Kostensteigerung 0,5 bis 0,7 Prozent beträgt, dann werden nach unseren Schätzungen etwa weitere 5,7 Mio. Versicherte, die derzeit noch einen Beitrag von weniger als 15,5 Prozent zahlen, aufgrund dieser Kostensteigerungen künftig von Zusatzbeiträgen betroffen sein.

**Abg. Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband. Wenn Sie den Beitragssatz von 15,5 Prozent für nicht kostendeckend halten, welche zusätzlichen Sparmaßnahmen sind dann im nächsten Jahr erforderlich?

**SVe Dr. Doris Pfeiffer** (Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)): Eine wesentliche Diskrepanz gab es bei den Einschätzungen zur Ausgabenentwicklung im stationären Sektor. Nach den Schätzungen sowohl der Experten bei den Anhörungen als auch unserer Kollegen vom Spitzenverband werden die bereits im Gesetz enthaltenen Regelungen sowie die Neuregelungen im nächsten Jahr zu Mehrausgaben von insgesamt 4,6 Mrd. Euro führen. Das Ministerium geht demgegenüber von einem Ausgabenanstieg in Höhe von 3,5 Mrd. Euro aus, was es nötig macht, im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens Begrenzungen einzuführen. Wir haben heute einen Brief sowohl an das Ministerium als auch an die gesundheitspolitischen Sprecher der Bundestagsfraktionen gesandt, der Vorschläge zur Begrenzung der Ausgaben enthält. Damit soll sichergestellt werden, dass die Differenz von 1,1 Mrd. Euro kompensiert und somit die Grenze von 3,5 Mrd. Euro nicht überschritten wird.

**Abg. Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich richte meine Frage an den BKK-Bundesverband. Kürzlich haben mehrere Kassen, unter anderem aus dem BKK-Bereich,

für das nächste Jahr Beitragsrückerstattungen angekündigt. Wissen Sie, wie viele Kassen aus Ihrem Bereich eine solche Rückerstattung planen? Halten Sie derartige Ankündigungen zum jetzigen Zeitpunkt für sachlich begründbar?

SVe **Dr. Hildegard Demmer** (BKK-Bundesverband (BKK-BV)): Ich kann die Frage nach der Anzahl der Kassen, die solche Ankündigungen machen, nicht beantworten. Ich hege Zweifel, ob die Presseartikel, die von solchen Ankündigungen berichten, tatsächlich in jedem Fall zutreffend sind. Unseres Erachtens sind die Krankenkassen angesichts der fehlenden endgültigen Zahlen für die RSA-Zuweisungen und der bereits angesprochenen Unsicherheiten auf der Einnahmenseite gut beraten, solche Verlautbarungen zum jetzigen Zeitpunkt zu unterlassen.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage richtet sich an den DGB. In der Diskussion über den Gesundheitsfonds wird verschiedentlich behauptet, dass durch ihn eine künftig denkbare Einbeziehung der Privatversicherten in den Solidarausgleich und damit die Einführung einer Bürgerversicherung erleichtert werde. Wie bewerten Sie dieses Argument?

SV **Knut Lambertin** (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Das ist zwar theoretisch möglich, letztlich kommt es hierbei aber auf die politischen Kräfteverhältnisse an. Meiner Ansicht nach wird keine günstige Voraussetzung dafür geschaffen, wenn es jetzt zu Mehrbelastungen in dem von uns befürchteten Ausmaß kommt.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband. Bei den Zusatzbeiträgen gibt es ein anderes Einzugsverfahren als bei den normalen Beiträgen, weil die Kassen die Zusatzbeiträge selbst einziehen müssen. Im Falle von Zahlungsschwierigkeiten sind Probleme im Bereich des Inkassos zu erwarten. Haben Sie Prognosen zum Ausmaß solcher Inkassoprobleme bzw. zu den entstehenden Kosten?

SVe **Dr. Doris Pfeiffer** (Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)):

Nicht wir, sondern die Kassen ziehen die Beiträge ein. Doch auch für diese bedeutet der Beitragseinzug einen enormen Aufwand, insbesondere im Hinblick auf das Inkassoverfahren. Bislang besteht diesbezüglich kein Problem, da die lohnbezogenen Beiträge zurzeit von den Arbeitgebern abgeführt werden. Inwieweit mit Beitragsausfällen zu rechnen ist, wenn die Kassen nun die gegen die Mitglieder bestehenden Forderungen auf Zahlung der Zusatzbeiträge selbst durchsetzen müssen, ist nicht zu prognostizieren. Es liegt jedenfalls in der Natur der Sache, dass die Durchsetzung von Forderungen gegen GKV-Mitglieder schwierig sein wird und die Kosten für Mahn- und Inkassoverfahren möglicherweise Größenordnungen erreichen, die über dem Zusatzbeitrag liegen.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich richte meine Frage an Herrn Ahrens. Welche AOK hat heute einen Beitragssatz von weniger als 15,5 Prozent? Meine zweite Frage richte ich an Herrn Ballast. Wir haben heute im Ausschuss bei der Behandlung des OrgWG eine Ausgabenorientierung bei der Grundzuweisung beschlossen. Damit sind die Zuweisungen aus dem Fonds für die Kassen planbar geworden, und das Einnahmerisiko liegt nunmehr beim Fonds und nicht mehr bei den Krankenkassen. Vor diesem Hintergrund würde ich gern von Ihnen erfahren, ob sie sich unter der Prämisse, dass Sie bis zum 15. November 2008 die nötigen Bescheide des BVA haben werden, in der Lage sehen, bis zum 1. Januar 2009 eine sachgerechte Regelung zu treffen.

SV **Dr. Hans Jürgen Ahrens** (AOK-Bundesverband (AOK-BV)): Bei folgenden AOKs wird der neue allgemeine Beitragssatz niedriger als der bisher geltende liegen: bei den AOKs Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland, Brandenburg, Hessen, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein.

SV **Thomas Ballast** (Verband der Angestellten Krankenkassen e.V./ Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (VdAK/AEV)): Der heute gefasste Beschluss des Ausschusses stellt für uns nichts Neues dar. Es wird jedoch schwierig werden, bei einem Beitragssatz von 15,5 Prozent die Ausgaben für das gesamte Jahr 2009 zu decken, ohne einen Zusatzbeitrag zu erheben. Ich halte es für möglich, den

Haushalt für das Jahr 2009 annähernd zu bestimmen und diesen gegebenenfalls entsprechend nachzusteuern.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage richtet sich an Herrn Dr. Ahrens. Die zusätzlichen Mittel, die dem System zur Verfügung gestellt werden, entsprechen einer Beitragssatzerhöhung von 0,6 Prozent. Um wie viele Prozentpunkte hätten die AOKs ihre Beiträge ohne die Systemumstellung erhöhen müssen, um die steigenden Leistungsausgaben finanzieren zu können?

SV **Dr. Hans Jürgen Ahrens** (AOK-Bundesverband (AOK-BV)): Die Mehrausgaben, die aufgrund der politischen Vorgaben im kommenden Jahre auf uns zukommen, betragen im Bereich der ärztlichen Vergütung 1,5 Mrd. Euro, im Bereich der Krankenhäuser 3,5 bis 4,5 Mrd. Euro und im Arzneimittelbereich auch eine erhebliche Summe. Diese Mehrausgaben haben nichts mit der Einführung des Fonds zu tun. Der GKV-Spitzenverband hat zutreffend ausgeführt, dass der auf 15,5 Prozent festgelegte Beitragssatz die Ausgaben nur dann abdeckt, wenn zusätzlich Einsparmaßnahmen durchgeführt werden.

Abg. **Maria Eichhorn** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die Kassenärztliche Bundesvereinigung und an den Spitzenverband Bund. Welche Wirkung hat der Gesundheitsfonds auf unterversorgte Regionen?

SV **Dr. Carl-Heinz Müller** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Das können wir zurzeit noch nicht abschließend beurteilen. Wenn die finanziellen Mittel des Gesundheitsfonds nicht ausreichen, um auch in unterversorgten Gebieten die vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen, gibt es gemäß § 105 SGB V die Möglichkeit, betroffenen Vertragsärzten seitens der Kassenärztlichen Vereinigungen Sicherstellungszuschläge zu gewähren. Gleichwohl besteht weiterhin das Risiko, dass sich in unterversorgten Gebieten zu wenige Ärzte niederlassen. Bis zum Jahr 2009 findet § 105 SGB V noch Anwendung. Wie es dann im Folgejahr weitergehen soll, ist derzeit ungewiss.

SVe **Dr. Doris Pfeiffer** (Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)): Es gibt keinen direkten Zusammenhang zwischen der Unterversorgung in bestimmten Gebieten und dem Fonds, denn dieser erhöht nicht die zur Verfügung stehenden Mittel, sondern sorgt nur für eine andere Verteilung. Das liegt auch am Morbi-RSA und an dem 100-prozentigen Grundlohn Ausgleich. Entscheidend für die Finanzausstattung einer Region ist vielmehr die Frage, welche Kassen wie viele Mitglieder in dieser Region haben. Dementsprechend werden die Kassen Zuweisungen erhalten. Das ist unabhängig von der Versorgungssituation in einer Region.

Abg. **Annette Widmann-Mauz** (CDU/CSU): Meine erste Frage richtet sich an die Bundesknappschaft. Herr Stadié, laut Aussage von Vertretern der Spitzenverbände haben Sie den Grouper zwar erhalten, wüssten aber noch nicht, ob dessen Einsatz verlässliche Zahlen hervorbringe. Nun haben Sie mitgeteilt, dass Sie die Möglichkeit, eine Prämie zurückzuzahlen, nicht ausschließen können. Haben Sie vielleicht mit dem durch das BVA zur Verfügung gestellten Grouper bereits Berechnungen durchgeführt, die Sie zu dieser Aussage veranlassen haben? Bitte legen Sie uns dar, wie es sich mit dieser Software verhält. Meine zweite Frage richtet sich an die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Mich würde interessieren, wie hoch Sie den Finanzbedarf für Zu- und Abschläge nach der neuen Honorarordnung abschätzen. Meines Wissens liegt der Mehrbedarf bei 60 bis 70 Mio. Euro. Können Sie diese Zahl bestätigen? Meine dritte Frage richtet sich an Herrn Prof. Richter. Die Aussage des Vertreters des DGB, dass diejenigen Kassen, die heute einen Beitragssatz von über 15,5 Prozent erheben, auch diejenigen Kassen sein werden, die einen Zusatzbeitrag verlangen müssen, fand bei Ihnen keine Zustimmung. Bitte erläutern Sie uns dies. Schließlich würde ich gern von Prof. Henke erfahren, wie es sich mit den Bürokratiekosten in einem Fondssystem verhält? Wie wir hörten, werden im Falle der Erhebung von Zusatzbeiträgen oder der Ausschüttung von Prämien Kosten für die Eröffnung von Konten erforderlich. Verursacht ein Fonds mit Zu- und Abschlägen ein höheres Maß an Bürokratie? Wie könnten Bürokratiekosten eingespart werden?

**SV Rolf Stadié** (Knappschaft): Wie Herr Ballast bereits sagte, wurde der Grouper vom BVA in einer nicht aktualisierten Fassung vorgestellt. Wir sind bislang nicht in Besitz des Groupers, sondern haben lediglich Überschlagsberechnungen durchgeführt, die uns zu dem genannten Ergebnis führten.

**Abg. Annette Widmann-Mauz** (CDU/CSU): Haben Sie die Überschlagsrechnung mit der Ihnen zur Verfügung gestellten Software erstellt?

**SV Rolf Stadié** (Knappschaft): Ja.

**SV Dr. Carl-Heinz Müller** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Wir haben im erweiterten Bewertungsausschuss festgestellt, dass wir für die regionalen Zu- bzw. Abschläge keine Indikatoren haben. Eine Anwendung von Indikatoren im Jahre 2009 ist also nicht möglich.

**SV Prof. Dr. Wolfram F. Richter**: Es stellt sich die Frage, woran es denn liegt, dass Kassen hohe Beitragssätze erheben müssen. Bei der Beantwortung muss man verschiedene Arten von Kostenrisiken unterscheiden. Da gibt es in erster Linie das originäre Erkrankungsrisiko. Die Kosten können aber auch bei ungünstiger sozioökonomischer Mitgliederstruktur höher ausfallen als andernorts. Aufgabe des RSA ist es, Unterschiede im originären Krankheitsrisiko auszugleichen. Da dieser ab 2009 verfeinert wird, sollten auch Ausgabeungleichgewichte zwischen den Kassen, sofern sie auf unterschiedliche Erkrankungsrisiken zurückzuführen sind, zurückgehen. Es bleiben dann allerdings noch sozioökonomisch bedingte Ungleichgewichte in den Mitgliederstrukturen. Dagegen sichern sich die Kassen am besten dadurch ab, dass sie eine regionale oder branchenspezifische Schwerpunktbildung vermeiden. In Zukunft sind die Kassen gut beraten, sich bundesweit aufzustellen.

**SV Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke**: Bürokratie, Frau Widmann-Mauz, ist ein umfangreiches Thema. Meiner Ansicht nach erfordert der Fonds, abgesehen von den wenigen im Bundesversicherungsamt durch Herrn Hecken neu besetzten Stellen, keine zusätzliche Bürokratie.

Gut wirtschaftende Krankenversicherungen werden sich im Wettbewerb behaupten. Es wird, wie gesagt, nicht gleich zur Erhebung von zusätzlichen Prämien, sondern auch zu Rückzahlungen kommen. Die zur Verfügung stehenden Mittel werden zunächst unter Ausnutzung der Effizienzreserve ausreichen. Es ist darüber hinaus davon auszugehen, dass die Vereinfachung des Beitragseinzuges ab 2011 zu einem Bürokratieabbau führen wird. Unternehmen, die zuvor über 200 unterschiedlich hohe Beiträge an über 200 verschiedene Kassen abführen mussten, können diese Beiträge dann gebündelt über eine Weiterleitungsstelle entrichten. Hinzu kommt, dass Zusatzbeiträge und Ausschüttungen zwar Personal binden, dass das Optimierungskalkül der Krankenkassen jedoch zunimmt. Bisher wurde der Beitragssatz erhöht, und dafür der schwarze Peter der Politik zugeschoben. Jetzt ist das nicht mehr der Fall, weil der Beitragssatz festgesetzt ist. Nun sind die Kassen gefordert, zu Versicherungsunternehmen zu mutieren. Man sollte sich darüber hinaus vor Augen führen, dass die Bundesknappschaft mit eigenen Krankenhäusern und eigenen Ärzten arbeitet, wodurch eine neue Form der Arztwahlfreiheit möglich geworden ist. Ich glaube, dass wir auf einem guten Weg in Richtung Bürokratieabbau sind. Unnötige Bürokratie könnte jedoch aus der Beschränkung des Zusatzbeitrages auf 1 Prozent des beitragspflichtigen Einkommens erwachsen. Hieraus entsteht meines Erachtens in der kommenden Legislaturperiode ein Anpassungsbedarf. Für mich ist nicht ersichtlich, dass durch den Fonds die Bürokratie in großem Maße zunimmt. Vielmehr sind Einsparungen möglich, weil nun bei einem festgelegten Grundversicherungsangebot der Wettbewerb auf der Leistungsseite zum Tragen kommt. Ich möchte betonen, dass man in dem Leistungserbringungswettbewerb viel verändern kann, ohne dass die Grundversicherung dadurch in Frage gestellt wird.

**Abg. Jens Spahn** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den AOK-Bundesverband. Wie erklären Sie der Öffentlichkeit und den Versicherten angesichts des Berichts des Bundesrechnungshofes, dass Krankenkassen 300 Mio. Euro mehr für Verwaltungskosten fordern?

**SV Dr. Hans Jürgen Ahrens** (AOK-Bundesverband (AOK-BV)): Ich hatte bereits dargelegt, dass wir, im Gegensatz zu den von

Prof. Henke geäußerten Vorstellungen, davon ausgehen, dass es Mehrkosten geben wird, nämlich durch die Einrichtung von Einzelkonten und die Durchsetzung einzelner Forderungen. Die dadurch verursachte erhebliche Belastung mit Verwaltungskosten können wir, wenn wir danach gefragt werden, der Öffentlichkeit mit einfachen Worten erklären.

**Abg. Dr. Carola Reimann (SPD):** Ich habe ebenfalls eine Frage Herrn Dr. Ahrens. Wir haben von dem Vertreter des DGB gehört, dass etwa 1,5 Mio. Versicherten ein Zusatzbeitrag droht, insbesondere in den Kassen, die bereits jetzt einen hohen Beitrag erheben. Teilen Sie diese Einschätzung?

**SV Dr. Hans Jürgen Ahrens (AOK-Bundesverband (AOK-BV)):** Ich kann mich nur auf das AOK-System beziehen. Wir gehen davon aus, dass wir ohne Zusatzbeitrag in das kommende Jahr starten werden.

**Abg. Mechthild Rawert (SPD):** Meine Frage richtet sich an den Sozialverband Deutschland, die Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten sowie an den Vertreter der Patientenorganisationen. Die Frage bezieht sich auf die Regelungen zum Sonderkündigungsrecht, die sicherstellen sollen, dass ein Versicherter seine Krankenkasse verlassen kann, bevor es zu einer Anhebung von Zusatzbeiträgen kommt. Wie bewerten Sie den neuen Status gegenüber dem derzeitigen?

**SVe Waltraud Wagner (Sozialverband Deutschland e.V. (SoVD)):** Derzeit können Versicherte ihre Krankenkasse, selbst wenn der Beitrag erhöht wird, nicht ohne weiteres wechseln. Ich kann mir jedoch vorstellen, dass Versicherte beispielsweise zur Knappschaft wechseln, wenn ihre bisherige Kasse den Zusatzbeitrag erhebt. Das Sonderkündigungsrecht führt meines Erachtens nur zu einer Verlagerung des Problems.

**SV Wolfram-Arnim Candidus (Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e.V. (DGVP)):** Ich glaube, dass das Sonderkündigungsrecht den Patienten nicht weiterhilft. Sie sind dem System ausgeliefert, weil sie den Beitrag zu zahlen haben. Folgendes kann dem Versicherten widerfahren: Er ist bei einer Kas-

se versichert, die, bevor sie Prämien auszahlt, die Leistungen eingengt hat und damit wirtschaftlich besser da steht. Dann kann er zu einer Kasse wechseln, die bessere Leistungen anbietet. Das ist ein Wandlungsprozess, der wiederum Bürokratie und Verunsicherung verursacht. Ein weiteres Problem resultiert daraus, dass 80 Prozent unserer Bevölkerung das System überhaupt nicht verstehen, geschweige denn das Versicherungssystem. Ein Kassenwechsel aus Unwissenheit ist nicht gut für das System.

**SV Dr. Stefan Etgeton (Vertreter der Patientenorganisationen im G-BA):** Grundsätzlich ändert sich am Sonderkündigungsrecht nichts. Während früher das Sonderkündigungsrecht eintrat, wenn der Beitragssatz erhöht wurde, tritt es jetzt ein, wenn eine Zusatzprämie erhoben bzw. erhöht oder wenn eine Auszahlung verringert wird. Das heißt: Wenn sich für die Versicherten eine finanzielle Verschlechterung ergab bzw. ergibt, hatten bzw. haben sie ein Sonderkündigungsrecht. Rechtlich hat sich insofern nichts geändert. Wir haben in der Vergangenheit beobachtet, dass die Wechselbereitschaft insbesondere bei den gut verdienenden und gut informierten Versicherten hoch war. Ob jetzt die neue Form der Zusatzerhebung, der Absolutbetrag, dazu führt, dass die Geringverdiener, die stärker betroffen sind, vermehrt zum Wechsel motiviert werden, wird sich zeigen. Nach meinem Dafürhalten ist es noch nicht sicher, dass der Zusatzbeitrag tatsächlich die Wechselbereitschaft in erheblichem Maße steigern wird.

**Abg. Dr. Carola Reimann (SPD):** Frau Vorsitzende, wir haben keine Fragen mehr.

Die **Vorsitzende**, **Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.):** Dann bedanke ich mich für Ihre Anwesenheit und für die Hinweise, die Sie gegeben haben. Ich wünsche allen einen guten Heimweg und einen angenehmen Abend.

Sitzungsende: 16:55 Uhr