

Ausschuss für Gesundheit
Wortprotokoll
21. Sitzung

Berlin, den 25.10.2010, 12.00 Uhr
Sitzungsort: Reichstag, CDU/CSU-Fraktionssaal 3 N001

Vorsitz: Dr. Carola Reimann, MdB

TAGESORDNUNG:

Öffentliche Anhörung zum

- a) **Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP**

Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz - GKV-FinG)

BT-Drucksache 17/3040

- b) **Antrag der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Kathrin Senger-Schäfer, Harald Weinberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.**

Solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung in Gesundheit und Pflege einführen

BT-Drucksache 17/1238

Anwesenheitsliste*

Mitglieder des Ausschusses

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses

CDU/CSU

Henke, Rudolf
Hennrich, Michael
Koschorrek, Rolf, Dr.
Maag, Karin
Michalk, Maria
Monstadt, Dietrich
Riebsamen, Lothar
Rüddel, Erwin
Spahn, Jens
Stracke, Stephan
Straubinger, Max
Vogelsang, Stefanie
Zöllner, Wolfgang
Zylajew, Willi

SPD

Bas, Bärbel
Franke, Edgar, Dr.
Graf, Angelika
Lauterbach, Karl, Dr.
Lemme, Steffen-Claudio
Mattheis, Hilde
Rawert, Mechthild
Reimann, Carola, Dr.
Volkmer, Marlies, Dr.

FDP

Ackermann, Jens
Aschenberg-Dugnus, Christine
Flach, Ulrike
Lanfermann, Heinz
Lindemann, Lars
Lotter, Erwin, Dr.

DIE LINKE.

Bunge, Martina, Dr.
Senger-Schäfer, Kathrin
Vogler, Kathrin
Weinberg, Harald

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Bender, Birgitt
Klein-Schmeink, Maria
Scharfenberg, Elisabeth
Terpe, Harald, Dr.

Stellv. Mitglieder des Ausschusses

Bär, Dorothee
Bilger, Steffen
Brehmer, Heike
Gerig, Alois
Heinrich, Frank
Luther, Michael, Dr.
Middelberg, Mathias, Dr.
Philipp, Beatrix
Raab, Daniela
Rief, Josef
Selle, Johannes
Singhammer, Johannes
Tauber, Peter, Dr.
Zimmer, Matthias, Dr.

Ernstberger, Petra
Ferner, Elke
Gerdes, Michael
Gleicke, Iris
Kramme, Anette
Meßmer, Ullrich
Schmidt, Silvia
Schurer, Ewald
Tack, Kerstin

Dyckmans, Mechthild
Kauch, Michael
Knopek, Lutz, Dr.
Kolb, Heinrich L., Dr.
Luksic, Oliver
Molitor, Gabriele

Behrens, Herbert
Binder, Karin
Höger, Inge
Möhring, Cornelia

Göring-Eckardt, Katrin
Kekeritz, Uwe
Kuhn, Fritz
Kurth, Markus

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

Bundesregierung

Bundesrat

Fraktionen und Gruppen

Sprechregister

Die Vorsitzende, Abg. Dr. Carola Reimann (SPD)	7, 38
Abg. Bärbel Bas (SPD)	17
Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	28, 29, 30, 31
Abg. Dietrich Monstadt (CDU/CSU)	9, 10
Abg. Dr. Karl Lauterbach (SPD)	14, 35, 36
Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD)	15
Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.)	24, 27
Abg. Dr. Rolf Koschorrek (CDU/CSU)	8
Abg. Erwin Rüdell (CDU/CSU)	33
Abg. Harald Weinberg (DIE LINKE.)	25
Abg. Heinz Lanfermann (FDP)	22, 23
Abg. Jens Spahn (CDU/CSU)	7, 34, 35
Abg. Karin Maag (CDU/CSU)	32
Abg. Kathrin Senger-Schäfer (DIE LINKE.)	25
Abg. Kathrin Vogler (DIE LINKE.)	27
Abg. Maria Michalk (CDU/CSU)	11
Abg. Mechthild Rawert (SPD)	16
Abg. Stephan Stracke (CDU/CSU)	31
Abg. Ulrike Flach (FDP)	20, 21, 22
Abg. Willi Zylajew (CDU/CSU)	9
SV Dr. Alfred Spieler (Volkssolidarität-Bundesverband e.V. (VS))	28
SV Dr. Heinrich Höfer (Bundesverband der Deutschen Industrie e.V. (BDI))	8, 22
SV Dr. Herbert Reichelt (AOK-Bundesverband (AOK-BV))	10, 32, 37
SV Dr. Joachim Rock (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband - Gesamtverband e.V. – (DPWV))	29
SV Dr. Manfred Schnitzler (Bundesagentur für Arbeit (BA))	17, 22
SV Dr. Markus Lungen	14, 15

SV Dr. Peter Bartmann (Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V. (EKD))	9, 28, 34
SV Dr. Stefan Etgeton (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv))	35, 36
SV Dr. Thomas Drabinski	20, 21
SV Dr. Volker Hansen (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e.V. (BDA))	8, 13, 19, 25, 27
SV Dr. Volker Leienbach (Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV))	11, 12, 23, 33, 34
SV Dr. Wolfgang Binne (Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV-Bund))	18, 23
SV Fabian Székely (Sozialverband Deutschland e.V. (SoVD))	17, 30
SV Heinz Kaltenbach (BKK Bundesverband (BKK-BV))	10, 33
SV Herbert Weisbrod-Frey (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di))	25, 31
SV Ingo Kailuweit	32, 34
SV Klaus Dauderstädt (Beamtenbund und Tarifunion (dbb))	13
SV Klaus Dauderstädt (Gewerkschaft der Sozialversicherung (GdS))	9
SV Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger	24, 25
SV Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke	7, 12
SV Stefan Gründer (Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen e. V. (IKK))	11, 29
SV Thomas Ballast (Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek))	10, 28, 32
SV Thomas Quell (Betriebskrankenkassen im Unternehmen e.V. (BKKiU))	11
SVe Annelie Buntenbach (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB))	26, 27
SVe Dr. Anne Dohle (Zentralverband des Deutschen Handwerks e.V. (ZDH))	19
SVe Dr. Doris Pfeiffer (GKV-Spitzenverband)	9, 10, 13, 16, 22, 23, 31, 35, 37
SVe Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband e.V.)	30
SVe Dr. Siiri Ann Doka (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE))	30
SVe Katja Kracke (Sozialverband VdK Deutschland e.V.)	16

Sitzungsbeginn: 12.00 Uhr

Vorsitzende Abg. Dr. Carola Reimann (SPD): Sehr geehrte Damen und Herren, ich möchte Sie ganz herzlich zu der öffentlichen Anhörung zum GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) begrüßen. Wir haben die Anhörung in zwei Blöcke aufgeteilt. Für den ersten Block haben wir zweieinhalb Stunden Zeit eingeplant. Ich möchte für all diejenigen, die zum ersten Mal an einer öffentlichen Anhörung teilnehmen, einige Erläuterungen zum Verfahren geben. Die Anhörung ist in Zeitkontingente für die einzelnen Fraktionen aufgeteilt. Ich bitte alle Sachverständigen und Gäste, wenn ich sie aufrufe, die Mikrofone zu benutzen sowie ihren Namen und den Verband, den Sie vertreten, zu nennen, damit diese Angaben auch aufgezeichnet werden. Außerdem möchte ich Sie darüber informieren, dass der Einzelsachverständige Prof. Greß aus gesundheitlichen Gründen abgesagt hat. Ich verweise auf seine schriftliche Stellungnahme auf der Ausschussdrucksache 17(14)74.4. Ferner bitte ich Sie darum, ihre Mobiltelefone auszuschalten, um einen reibungslosen Ablauf der Sitzung zu gewährleisten. Gegenstände des ersten Teils der Anhörung sind der Beitragssatz, die Zusatzbeiträge, der Sozialausgleich sowie die Änderungsanträge zum GKV-Finanzierungsgesetz Nr. 2, 3, 5 und 7. Wir beginnen mit der Fragezeit der CDU/CSU-Fraktion.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den Einzelsachverständigen Prof. Henke. Ich möchte wissen, wie Sie die Zukunftsorientierung der vorgeschlagenen Maßnahmen zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung, auch mit Blick auf den Zusatzbeitrag, beurteilen. Dabei geht es mir auch um einen Vergleich mit der geltenden Regelung, wonach bereits heute die Möglichkeit besteht, einkommensunabhängig einen Zusatzbeitrag zu erheben, für den bis zu einer Höhe von acht Euro kein Sozialausgleich vorgesehen ist. Ferner bitte ich Sie um

eine Stellungnahme zu der Frage, wie Sie die künftige Wettbewerbssituation der Krankenkassen vor dem Hintergrund beurteilen, dass sie ihre Beitragsautonomie teilweise zurückgewinnen.

SV Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke: Gestatten Sie mir eine kurze Vorbemerkung. Ich habe eine schriftliche Stellungnahme im Umfang von vier bis fünf Seiten verfasst, die mit drei Vorbemerkungen beginnt und dann auf die Zusatzbeiträge, den Sozialausgleich, das Verhältnis zwischen GKV und PKV sowie auf die Arbeitgeberbeiträge eingeht. Ich habe diese Stellungnahme zusammen mit einigen Kollegen und Mitarbeitern ausgearbeitet. Wir haben versucht, eine ausgewogene Position zu entwickeln. Bevor ich auf die mir gestellten Fragen näher eingehe, möchte ich betonen, dass ich gern bereit bin, auch auf Details einzugehen, die sich auf die Stellungnahme beziehen. Es ist sicherlich für niemanden, der mich kennt, überraschend, dass ich dafür plädiere, die Versicherungsaufgaben von den Umverteilungsaufgaben zu trennen. Ausgehend von diesem Prinzip der Trennung von Allokation und Distribution sollten der Familienlastenausgleich und die Einkommensumverteilung über das Steuer- und Transfersystem geregelt werden, während sich die Aufgabe der Versicherung darauf reduziert, eine versicherungsimmanente Umverteilung zwischen den unterschiedlichen Risiken, also zwischen Kranken und Gesunden, vorzunehmen. Das ist, denke ich, eine klare Aussage. Wenn man meine Wertentscheidung, Versicherungsaufgaben von Umverteilungsaufgaben zu trennen, teilt, dann ergibt sich daraus folgerichtig, dass man einkommensunabhängige Zusatzbeiträge erhebt. Jedenfalls ist das ein Schritt in die richtige Richtung, vor allem, wenn man bedenkt, dass auch heute schon der Familienlastenausgleich partiell durch Steuermittel bzw. aus allgemeinen Deckungsmitteln finanziert und die Liquiditätsrücklage mit Hilfe dieser Mittel gebildet wird. Das ist genau der richtige Weg, um Versicherungsaufgaben

zu bewältigen. Die gesetzliche Krankenversicherung bedarf eines veränderten Rechtsrahmens, etwa eines genossenschaftlichen. Aber das sind zusätzliche Aufgaben, die in dieser Legislaturperiode sicherlich nicht mehr zu bewältigen sein werden. Auf jeden Fall müssen die Zusatzbeiträge einkommensunabhängig ausgestaltet sein, und die Liquiditätsrücklage, die jetzt erstmalig in einer Höhe von 2 Mrd. Euro gebildet wird, wird dafür sicherlich auf absehbare Zeit ausreichen. Nach meinen Informationen wird es zu ihrer Inanspruchnahme im nächsten Jahr noch nicht kommen, aber es wäre eine Ausweitung erforderlich, wenn die nötigen Steuermittel für alle versicherungsfremden Leistungen zur Verfügung stehen sollen. Ich wiederhole daher meine Aussage, dass unter der Prämisse einer Trennung der Umverteilungsaufgaben, wie Familienlastenausgleich oder Einkommensumverteilung, von den Versicherungsaufgaben die einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge das richtige Instrument sind. Dabei ist davon auszugehen, dass der Bedarf für den Sozialausgleich allmählich zunehmen wird. Wir kennen das aus der Schweiz und auch aus anderen Ländern. Am Ende werden wir eine Versicherung haben, die ihren Namen verdient und in der nicht mehr diese internen intransparenten Umverteilungen stattfinden, wie man sie heute beobachten kann.

Abg. **Dr. Rolf Koschorrek** (CDU/CSU): Meine Fragen richten sich an die BDA und den BDI. Wie beurteilen Sie die Wirkung der einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge auf die Wettbewerbssituation der Krankenkassen und wie bewerten Sie in diesem Zusammenhang die Tatsache, dass der Zusatzbeitrag ausschließlich von den Mitgliedern erhoben wird und direkt an die Kasse abzuführen ist? Wie bewerten Sie die Regelung zum Sozialausgleich, insbesondere im Hinblick auf das Arbeitseinkommen?

SV **Dr. Heinrich Höfer** (Bundesverband der Deutschen Industrie e.V. (BDI)): Wir

sind davon überzeugt, dass die Zusatzbeiträge einen entscheidenden Beitrag zur Stärkung des Wettbewerbs im Gesundheitswesen leisten werden, und zwar nicht nur für den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen, die damit einen Teil ihrer Beitragsouveränität zurückerhalten, sondern auch für den Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern. Daher halten wir die Neugestaltung des Zusatzbeitrags, durch die einige bisher geltende Begrenzungen wegfallen, für einen entscheidenden Reformschritt. Es ist lediglich zu bedauern, dass die Auswirkungen der neuen Regelungen nicht schon in diesem oder im nächsten Jahr zur Geltung kommen werden.

SV **Dr. Volker Hansen** (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e.V. (BDA)): Ich kann mich im Wesentlichen dem BDI anschließen. Wir als Arbeitgeber haben immer schon gefordert, den Zusatzbeitrag einkommensunabhängig auszugestalten, und zwar vor allem deshalb, weil damit der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen intensiviert wird. Ein Beitrag in Form eines festen Geldbetrages ist gut spürbar und erkennbar, während ein prozentualer Beitrag die Transparenz vermindert. Der Zusatzbeitrag ist also ein gutes Instrument, dessen Einführung unseren Forderungen entspricht. Ferner halte auch ich es für bedauerlich, dass der Zusatzbeitrag in seiner neuen Form noch nicht im Jahre 2011, sondern erst 2012 zur Wirkung kommen wird, weil im kommenden Jahr die einkommensorientierte Finanzierung durch die Erhöhung des Beitragssatzes um 0,6 Prozentpunkte erst noch einmal an Volumen zunimmt. Zum Thema Sozialausgleich ist Folgendes zu sagen: Wir befürworten grundsätzlich die Einführung eines Sozialausgleichs. Aber wir lehnen es ab, dass die Abwicklung über die Betriebe und die Berechnung auf Basis des Lohn- einkommens erfolgen soll. Denn wenn man nur den Lohn oder die Rente in die Berechnung einbezieht, dann bleiben andere Einkommensarten unberücksichtigt und dann ist der Zusatzbeitrag ähnlich

ineffizient und ungerecht wie eine einkommensbezogene Beitragsfinanzierung. Die Einbindung der Arbeitgeber in die Abwicklung des Sozialausgleichs ist ebenfalls nicht sachdienlich. Denn wenn man einen Zusatzbeitrag einführt, um die Finanzierung der Krankenversicherung vom Beschäftigungsverhältnis abzukoppeln, dann sollte man nicht auf der anderen Seite alle dreieinhalb Millionen Betriebe in die Organisation des Sozialausgleichs einbinden. Man sollte sich fragen, ob es nicht des Guten zu viel ist, was hier an Bürokratie aufgebaut wird. Wir hätten es für den besseren Weg gehalten, den Sozialausgleich über die Krankenkassen abzuwickeln.

Abg. **Willi Zylajew** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den Spitzenverband der Krankenkassen, das Diakonische Werk und die Gewerkschaft der Sozialversicherung (GdS). Wie bewerten Sie die Regelung zum Säumniszuschlag bei Nichtzahlung des Zusatzbeitrages?

SVe **Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband): Grundsätzlich begrüßen wir, dass es einen Verspätungszuschlag geben soll, der das Inkassoverfahren erleichtert. Das ist notwendig, um die Einnahmeausfälle bei den Kassen zu reduzieren. Dies wird allerdings nur in den Fällen funktionieren, in denen das Inkassoverfahren auch durchgeführt werden kann. Bei Einkommen unterhalb der Pfändungsgrenze ist dies nicht möglich. Dieses Problem bleibt auch dann bestehen, wenn man den Verspätungszuschlag einführt.

SV **Dr. Peter Bartmann** (Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V. (EKD)): Auch ich halte einen Verspätungszuschlag für ein angemessenes Instrument, um ausstehende Beiträge für die Krankenkassen einzutreiben. Wir lehnen jedoch die Verkoppelung der Sanktionsregelungen mit dem Sozialausgleich ab. Es ist vorgesehen, dass bei Versicherten, die den Verspätungszu-

schlag zu zahlen haben, der Anspruch auf den Sozialausgleich ausgesetzt wird. Dies trifft einseitig Menschen mit geringem Einkommen. Außerdem wird hier der Arbeitgeber zum Sanktionsinstrument der GKV und erfährt bei dieser Gelegenheit von dem Zahlungsver säumnis des Versicherten. Wir sind der Auffassung, dass dies von den Krankenkassen geregelt und der Sozialausgleich nicht einbezogen werden sollte.

SV **Klaus Dauderstädt** (Gewerkschaft der Sozialversicherung (GdS)): Auch wir sehen grundsätzlich die Notwendigkeit eines Säumniszuschlages, und zwar insbesondere vor dem Hintergrund der Erfahrungen, die bisher mit der Zahlungsmoral bei den Zusatzbeiträgen gemacht worden sind. Aber ähnlich wie meine Vorredner halten wir eine doppelte Sanktionierung für ungerecht. Sobald die Schuld beglichen ist, sollte nach unserer Auffassung auch der Sozialausgleich rückwirkend wieder gewährt werden. Man kann den Menschen, die Zahlungsrückstände haben, nicht unterstellen, aus Böswilligkeit zu handeln oder weil sie das System der Zusatzbeiträge für rechts- oder verfassungswidrig halten. Vielmehr geraten sie meist aus Geldknappheit in Zahlungsverzug. Wahrscheinlich wird sich die Zahl der Privatinsolvenzen erhöhen, wenn wir die geplante Kombination von Sanktionsmaßnahmen tatsächlich einführen. Deswegen schlagen wir vor, wenigstens nach der Begleichung der Schuld den Sozialausgleich rückwirkend wieder einzuführen.

Abg. **Dietrich Monstadt** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage zum Thema Nichtzahlung, die ich an alle Spitzenverbände der Krankenkassen und die PKV richte. Wie hoch ist der Anteil der Nichtzahler von Beiträgen und Zusatzbeiträgen im Bereich Ihres Verbandes? Wie wird aktuell mit diesem Problem umgegangen und welche Lösungsansätze schlagen Sie vor, um diesen Entwicklungen künftig entgegen zu wirken?

SVe **Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband): Uns liegen erste Zahlen zu den Nichtzahlern bei ALG-I- und ALG-II-Empfängern vor. Die Kassen berichten, dass zwischen 50 und 60 Prozent der ALG-II-Empfängern den Zusatzbeitrag nicht gezahlt haben. Bei den ALG-I-Empfängern sind es knapp 40 Prozent. Das ist natürlich auch auf das Direktzahlungsverfahren zurückzuführen. Wir haben im Jahre 2009 beobachten können, dass das Problem der Nichtzahlung massiv zunimmt, weil es an wirksamen Sanktionsmöglichkeiten fehlt. Das gilt auch für die allgemeinen Beiträge, die von den Versicherten direkt gezahlt werden. In der Vergangenheit hat es für solche Fälle die Sanktionsmöglichkeit gegeben, die Versicherten nach drei Monaten Zahlungsrückstand auszuschließen. Nach der Neuregelung der Versicherungspflicht ist dies nun nicht mehr möglich. Daher sind in dem Zeitraum von 2007 bis 2009 die Beitragsrückstände von freiwilligen Mitgliedern auf 430 Mio. Euro angestiegen. Darüber hinaus sind bei den seit April 2007 neu zu versichernden Personen, den früheren Nichtversicherten, binnen zwei Jahren Beitragsrückstände in Höhe von rund 200 Mio. Euro aufgelaufen. Auch in diesen Fällen haben wir keine wirksamen Sanktionsmechanismen zur Verfügung. Hier gilt aber das Gleiche wie bei der zuvor angesprochenen Frage. Wir begrüßen zwar den Verspätungszuschlag, dieser läuft aber ins Leere, wenn das Inkassoverfahren bei Zusatz- und Verspätungszuschlag an den Pfändungsfreigrenzen scheitert. Das gilt insbesondere für Personen, die ein geringes Einkommen haben oder die wegen eines geringen oder fehlenden Einkommens keine Beiträge zahlen können.

SV **Dr. Herbert Reichelt** (AOK-Bundesverband (AOK-BV)): Ich kann mich den Ausführungen von Frau Dr. Pfeiffer weitgehend anschließen. Ich will allerdings eine Ergänzung anbringen. Die Probleme resultieren zu einem Großteil daraus, dass bei den Zusatzbeiträgen nicht mehr das Quellenabzugsverfahren

zur Anwendung kommt, sondern dass die individuelle Zahlung an dessen Stelle tritt. Wenn dies politisch so gewollt ist, dann muss man die genannten Probleme auch in Kauf nehmen. Denn wenn man ein solches Verfahren einführt, dann schafft man damit auch Ausfallrisiken und auch ein Stück weit mehr Bürokratie.

Abg. **Dietrich Monstadt** (CDU/CSU): Ich hatte auch nach Lösungsansätzen gefragt. Ich vermisste bei den beiden Vorrednern entsprechende Antworten.

SV **Thomas Ballast** (Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)): Für den Kreis der Ersatzkassen kann ich folgende ergänzende Information geben: Die Kassen, die Zusatzbeiträge erheben, müssen dauerhaft mit einem Einnahmeausfall bei dieser Beitragsart in Höhe von 10 bis 20 Prozent rechnen. Allerdings sind wir noch nicht am Ende der Kette von Inkassomaßnahmen angelangt, weil wir die Forderungen zum Teil erst so weit auflaufen lassen, dass sie eine relevante Größenordnung erreichen. Das Problem wird aber auf Dauer bestehen bleiben. Daher ist es ein völlig konsequenter Vorschlag, der auch von uns unterstützt wird, einen Säumniszuschlag vorzusehen, der die Zahlungsmoral hoffentlich erhöhen wird. Weitere Lösungsmöglichkeiten ergeben sich – den Ausführungen von Frau Dr. Pfeiffer folgend – aus den Pfändungsfreigrenzen.

SV **Heinz Kaltenbach** (BKK Bundesverband (BKK-BV)): Ich möchte diese Ausführungen kurz ergänzen. Nach unseren Erfahrungen aus dem vergangenen Jahr liegt die Nichtzahlerquote in Bezug auf den Zusatzbeitrag bei etwa bei 20 bis 30 Prozent, also relativ hoch. Der Einzug des Beitrags ist äußerst mühsam, weil sich ein Teil Versicherten in schwierigen finanziellen Verhältnissen befindet. Außerdem verursacht der Zusatzbeitrag einen zusätzlichen bürokratischen Aufwand, der bei den Kassen, die gegenwärtig einen

Zusatzbeitrag erheben, etwa 10 Prozent ihrer Verwaltungskosten ausmacht. Eine Lösung für dieses Problem könnte darin bestehen, dass die Krankenkassen die Option erhalten, mit den Arbeitgebern einen Quellenabzug zu vereinbaren. Damit könnte man positiv auf die Zahlungsmoral einwirken und die Zahl der Nichtzahler erheblich verringern.

SV Stefan Gründer (Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen e. V. (IKK)): Da wir bislang in unserem System noch keine Erfahrungen mit Zusatzbeiträgen gemacht haben, können wir auch noch nicht über empirische Erfahrungen hinsichtlich des Nichtzahleranteils berichten. Im Übrigen schließen wir uns den Ausführungen des GKV-Spitzenverbandes an.

SV Thomas Quell (Betriebskrankenkassen im Unternehmen e.V. (BKKiU)): Ich kann das, was Herr Kaltenbach gerade zu der Option der Krankenkassen gesagt hat, unterstützen. Wir haben eine entsprechende Stellungnahme abgegeben und würden uns wünschen, dass es möglich wäre, mit den Arbeitgebern auf freiwilliger Basis einen Quellenabzug zu vereinbaren, weil dies das Verfahren vereinfachen und den Anteil der tatsächlich entrichteten Beiträge erhöhen würde. Außerdem könnte man so das Ziel des Gesetzes, Transparenz herzustellen, dennoch erreichen, indem man den Zusatzbeitrag in der Lohnabrechnung gesondert ausweist. Wenn jeder Versicherte einen Beitragsbescheid erhalten würde, hätte er auch eine Information über die Höhe seines Zusatzbeitrages. Im Übrigen kann ich für die Betriebskrankenkassen feststellen, dass wir weit höhere Einzugsquoten bzw. weit weniger Ausfälle als die anderen Kassen haben.

SV Dr. Volker Leienbach (Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV)): Als Nichtzahler haben wir die Versicherten definiert, die länger als sechs Monate ihren Beitrag nicht gezahlt haben. Denn

wir haben festgestellt, dass versäumte Zahlungen später oft nachgeholt werden. Wenn wir die Sechsmonatsfrist zugrunde legen, dann ergibt sich die Zahl von rund 75.000 Nichtzahlern bei rund 8,9 Mio. Vollversicherten. Die ausstehenden Beiträge belaufen sich bisher auf 209 Mio. Euro. Anders ist die Situation beim Basistarif, in dem derzeit etwa 20.000 Personen versichert sind. Hier liegt der Nichtzahleranteil bei 30 Prozent, was gut 6.000 Personen entspricht, und der Beitragsausfall bei ca. 30 Mio. Im Übrigen stehen wir ebenso wie die GKV vor dem Problem, dass das ursprüngliche Sanktionsinstrument nicht mehr zur Verfügung steht. Hingegen erhält die private Krankenversicherung, anders als die GKV, keinen Bundeszuschuss, der theoretisch diese Ausfälle ausgleichen könnte. Darüber hinaus stehen wir vor dem Problem, dass wir für die Nichtzahler auch noch Alterungsrückstellungen aufbauen müssen. Eine Lösung des Problems der Zahlungsrückstände müsste auch diesem Umstand Rechnung tragen und Abstriche am Leistungskatalog vor allem für solche Nichtzahler in Betracht ziehen, die längere Zeit mit ihren Zusatzbeiträgen im Rückstand sind, obwohl sie in der Lage wären zu zahlen. Denn bei den Nichtzahlern unter unseren Versicherten gibt es nur einen kleinen Teil von anerkannt Hilfebedürftigen. Außerdem wäre zu überlegen, die Alterungsrückstellungen für die Nichtzahler auszusetzen, damit diejenigen, die ihrer Beitragspflicht nachkommen, nicht über die Maßen belastet werden.

Abg. **Maria Michalk** (CDU/CSU): Es ist vorgesehen, die Wartezeit für einen Wechsel von der GKV in die PKV von drei Jahren auf ein Jahr zu reduzieren. Ich richte an Prof. Henke, die PKV, die BDA, den Beamtenbund und die Tarifunion folgende Frage: Was halten Sie von unserem Vorhaben, in diesem Bereich den Zustand vor Verabschiedung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes wiederherzustellen? Ferner richte ich an die PKV und den GKV-Spitzenverband die

Frage, mit welcher Zahl von Wechslern sie infolge der Reduzierung der Wartezeit rechnen und welche Folgen diese haben wird. Abschließend möchte ich von der PKV erfahren, welche Probleme bei der Umsetzung des Basistarifs auftreten, insbesondere im Hinblick auf die Zusatzversicherung.

SV Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke: In meiner schriftlichen Stellungnahme habe ich zum Verhältnis von GKV und PKV ausgeführt, dass es keinen Goldstandard für die Ausgestaltung eines Krankenversicherungssystems gibt. Die Dualität von GKV und PKV ist historisch gewachsen und folgt insofern einer historischen Rationalität. Aus einer übergeordneten Sicht habe ich jedoch immer die Meinung vertreten, dass das Krankheitsrisiko generell privat abgesichert werden sollte. Für eine grundlegende Veränderung des geltenden Systems gibt es viele Vorschläge, die auch im gesundheitsökonomischen Umfeld erörtert werden. So könnte man die GKV ganz einfach mit einem privatrechtlichen Rahmen versehen, was vor dem Hintergrund des zunehmenden Wettbewerbs ohnehin erforderlich wird. Die Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit in der PKV haben schon jetzt genossenschaftlichen Charakter. Dieses Modell könnte man auf die GKV übertragen. Man könnte auch die Versicherungspflichtgrenze und die Beitragsbemessungsgrenze abschaffen und die Entwicklung des Systems gänzlich dem Wettbewerb überlassen. Das wäre allerdings nur dann möglich, wenn man sich zuvor generell darauf verständigt hätte, eine neue Form der privaten Absicherung des Krankheitsrisikos einzuführen und den Status Quo als Regelversorgung zu akzeptieren, die zu unterschiedlichen Preisen erbracht werden kann. Die Entscheidung, den Status quo ante wiederherzustellen, ist in einer parlamentarischen Demokratie nichts Ungewöhnliches. Hier wird nicht selten nach dem Prinzip von Trial and Error verfahren. Jedenfalls überrascht es mich nicht, dass in der gegenwärtigen Situation so entschieden worden ist. Einem Goldstandard ent-

spricht dies jedoch nicht. Ich bleibe daher bei meiner grundsätzlichen Auffassung, die ich immer vertreten habe, dass das Krankheitsrisiko privat abgesichert werden sollte. Wenn man dies in der Form realisieren würde, wie es in der gesundheitsökonomischen Literatur dokumentiert ist, dann bekämen wir einen Rechtsrahmen, der dem Goldstandard eher entsprechen würde als das derzeit neue alte System.

SV Dr. Volker Leienbach (Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV)): Zu den Auswirkungen einer Rückkehr von der dreijährigen zur einjährigen Wartezeit haben wir Modellrechnungen durchgeführt und einen Vergleich zwischen dem letzten Jahr, in dem die alte Regelung galt, und dem ersten Jahr, in dem die neue Regelung voll zur Geltung kam, gezogen. Durch die Einführung der dreijährigen Wartezeit konnten ungefähr 16.000 Angestellte nicht in die private Krankenversicherung wechseln. Wir gehen daher davon aus, dass wir nach der Rückkehr zu der einjährigen Wartezeit wieder einen jährlichen Zuwachs um etwa 16.000 Mitglieder haben werden. Die GKV wird dadurch rechnerisch einen Nettoverlust in Höhe von 78 Mio. Euro im Jahr erleiden. Dabei muss man allerdings berücksichtigen, dass sich diejenigen, die von der GKV zur PKV wechseln werden, in der zweiten Lebenshälfte befinden und daher die kostenträchtigste Zeit ihres Lebens als Mitglieder in der PKV verbringen werden. Ich möchte in diesem Zusammenhang auch betonen, dass die privat Krankenversicherten in einem erheblichen Maße zur Finanzierung des Bundeszuschusses, der über 15 Mrd. Euro beträgt, beitragen. Wenn wir von einem Anteil an PKV-Versicherten von rund 10,8 Prozent ausgehen, dann tragen diese mit rund 1,7 Mrd. Euro zur Finanzierung des Bundeszuschusses und damit auch der gesetzlichen Krankenversicherung bei. Zudem leistet jeder, der in die PKV wechselt, durch die höheren Honorare und Preise, die er im Gesundheitswesen zahlt, einen Beitrag zur Subventionierung des Ge-

samtsystems. Mit der Verkürzung der Wartezeit wird auch ein Schritt in Richtung einer größeren Wahlfreiheit gegangen, wie er von vielen Sachverständigen immer wieder eingefordert wird. Zu der Frage nach der Kombination von Basistarif und Zusatzversicherung ist Folgendes zu sagen: Hierbei geht es um den Fall, dass Neuversicherte in der PKV seit 2009 von einem Unternehmen A in den Basistarif eines Unternehmens B unter Mitnahme der Alterungsrückstellungen wechseln dürfen. Dies betrifft aber nur den Teil der Alterungsrückstellungen, der dem Umfang des Basistarifs entspricht. Das heißt, ein Teil der Alterungsrückstellungen verbleibt bei dem Altunternehmen und kann auf die Zusatzversicherungen angerechnet werden. Im Einzelfall kann daher der Beitrag für die Zusatzversicherung wegen der Höhe der Alterungsrückstellungen bei Null liegen. Der Versicherte hat damit die Option, in einen gedeckelten quersubventionierten Basistarif zu wechseln. Somit haben auch Gutverdienende die Möglichkeit, in einen gedeckelten Basistarif zu wechseln, der dann von Versicherten mit mittleren oder niedrigen Einkommen subventioniert wird, und zugleich ihre Zusatzversicherung beizubehalten. Das heißt, sie behalten ein hohes Schutzniveau, lassen dies aber von Dritten finanzieren. Das ist eine Form der Vorteilsoptimierung, die wir für unakzeptabel halten, weil es keinen vernünftigen Grund gibt, den Einzelnen selbst darüber entscheiden zu lassen, ob er Subventionszahler oder Subventionsempfänger sein will. Man kann die Kombination aus Basistarif und Zusatzversicherung natürlich nicht verbieten, aber man könnte, wenn sie gewählt wird, zumindest die Deckelung im Basistarif aufheben. Das wäre sozialpolitisch gerechtfertigt.

SV Dr. Volker Hansen (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e.V. (BDA)): Wir begrüßen es sehr, dass die Verlängerung der Wartezeit auf drei Jahre zurückgenommen werden soll. Denn diese Maßnahme hat zu einer Verschiebung der Gewichte zugunsten der GKV beigetragen.

Die Verkürzung der Wartezeit auf ein Jahr lässt sich zum einen damit begründen, dass der Wettbewerb zwischen den zwei Systemen, die wir in Deutschland haben, erhalten bleibt bzw. nicht durch Eingriffe zu Lasten der PKV verzerrt wird. Zum anderen sollten die Versicherten generell möglichst viel Wahlfreiheit haben.

SV Klaus Dauderstädt (Beamtenbund und Tarifunion (dbb)): Der Deutsche Beamtenbund, für den ich hier sprechen darf, hat immer die Zweigleisigkeit der Systeme, also die Koexistenz von privater und gesetzlicher Krankenversicherung, bejaht. Wir sind daher immer sehr wachsam, wenn die finanziellen oder zeitlichen Kriterien für die Abgrenzung der beiden Systeme geändert werden sollen. Wir haben seinerzeit den Schritt zur Verlängerung der Wartezeit mit Skepsis betrachtet und halten daher die Einlösung der im Koalitionsvertrag getroffenen Zusage für konsequent. Mit Interesse haben wir bei der Anhörung im BMG zur Kenntnis genommen, dass die finanziellen Auswirkungen dieser Regelung ebenso wie die Fragen der Solidarität im Rahmen der GKV ganz unterschiedlich beurteilt werden. Je nachdem, auf welches Beispiel man rekurriert, kommt man zu ganz unterschiedlichen Schlüssen. Als Vorsitzender einer Einzelgewerkschaft im Deutschen Beamtenbund, der GDS, muss ich die Entscheidung hingegen bedauern. Denn die Kollegen in der gesetzlichen Krankenversicherung hätten gern an der dreijährigen Wartezeit festgehalten.

SVe Dr. Doris Pfeiffer (GKV-Spitzenverband): Auch wir haben einen Versuch gemacht, das Ausmaß der Wechselbewegungen auf Basis der vorliegenden Zahlen, das heißt unter anderem auf der Grundlage von Daten, die der PKV-Verband veröffentlicht hat, abzuschätzen. Wir haben im Jahr 2009 rund 280.000 Eintritte in die PKV gehabt. Davon waren 80 Prozent zuvor Mitglieder der GKV, und von diesen hatten wiederum 25 Prozent den Status eines freiwilligen Mitglieds. Diese Schät-

zung beruht auf den gerundeten Zahlen des PKV-Verbandes. Daher gehen wir davon aus, dass im Jahr 2009 etwa 55.000 freiwillige Mitglieder von der GKV in die PKV gewechselt sind. Wenn wir diese Zahl zugrunde legen, dann verlieren wir bei einer Verkürzung der Wartefrist um zwei Jahre potenziell bis zu 110.000 freiwillige Mitglieder. Wie viele tatsächlich wechseln, hängt auch davon ab, ob der Wechsel unmittelbar zu Jahresbeginn oder später erfolgt. Außerdem gehen wir davon aus, dass viele, die nach heutigem Recht zwei Jahre länger in der GKV bleiben, diese Mitgliedschaft auch zu schätzen gelernt haben, insbesondere dann, wenn sie die Leistungen der GKV mit den Kosten vergleichen, die in der PKV auf sie zukommen würden. Ferner ist der Bundeszuschuss keine Subvention für die GKV, sondern eine Finanzierung der versicherungsfremden Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, die es in der PKV gar nicht gibt. Wir gehen davon aus, dass es zwischen 30.000 und 70.000 zusätzliche Wechsler geben wird. Von diesen Zahlen geht auch das Ministerium aus. Daraus ergibt sich, je nach zugrunde liegender Annahme, ein jährlicher Verlust in Höhe von 200 bis 400 Mio. Euro für die gesetzliche Krankenversicherung. Damit wird der Intention des Gesetzes, eine finanzielle Stabilisierung der GKV zu erreichen, entgegengewirkt.

Abg. **Dr. Karl Lauterbach** (SPD): Meine Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Dr. Lungen. Um Zusatzbeiträgen zu entgehen, wird den Versicherten von der Bundesregierung geraten, sie sollten in eine Kasse ohne Zusatzbeitrag wechseln. Sie haben Berechnungen zu den Zusatzbeiträgen durchgeführt. Ich möchte Sie bitten zu erläutern, wie sich die Höhe der durchschnittlichen Zusatzbeiträge entwickeln wird und was diese Entwicklung für die Krankenkassen sowie für die Versicherten bedeutet. Ferner möchte ich erfahren, ob der Kassenwechsel tatsächlich einen Weg darstellt, um dem Zusatzbeitrag zu entgehen und wie hoch ist die Belastung durch die Zusatzbeiträge, insbeson-

dere für die Bezieher geringerer Einkünfte, sein wird.

SV Dr. Markus Lungen: Zu der ersten Frage, der Entwicklung des Zusatzbeitrages, haben wir im Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität Köln in der Tat Berechnungen durchgeführt. Diese basieren auf den Daten des SOEP, also des sozioökonomischen Panels. Auf dieser Grundlage kann man sehr genau berechnen, wie sich die Ausgaben und die Mitgliederzahlen in der GKV entwickeln werden und welche Einnahmen zu erwarten sind. Wir haben zunächst angenommen, dass die Ausgaben um 2 Prozent steigen werden. Im Jahr 2011 sind wahrscheinlich noch keine Zusatzbeiträge zu erwarten. Dies ist auch auf die geplante Beitragserhöhung zurückzuführen. Im Jahr 2012 werden Zusatzbeiträge in Höhe von knapp 4 Euro pro Monat anfallen, die dann in den Folgejahren auf 9,20 Euro bzw. 15 Euro steigen werden. Danach ist ein weiterer rascher Anstieg zu erwarten, so dass in ungefähr 15 Jahren im Prinzip jeder Versicherte der GKV den Anspruch auf einen Sozialausgleich haben wird, weil er die 2-Prozent-Grenze überschritten hat. Man kann die Szenarien natürlich auch verändern. Wenn man eine höhere Ausgabensteigerung annimmt, beispielsweise von 4 Prozent, dann wird bereits in ungefähr zehn Jahren jedes Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung Anspruch auf einen Sozialausgleich haben. Dies bedeutet nichts anderes, als dass die Ausgabensteigerung in der gesetzlichen Krankenversicherung überwiegend zu Lasten des Sozialausgleichs und damit des Steueraushalts gehen wird. Der Hauptgrund für diesen rasanten Anstieg ist, dass die anderen Mechanismen, die es bisher gab, um mehr Geld ins System zu bekommen, verstopft wurden. Wenn allein die Zusatzbeiträge eine Steuerungsfunktion übernehmen sollen, dann entwickeln diese natürlich eine sehr starke Dynamik. Es war zwar anzunehmen, dass die Zusatzbeiträge eine steigende Tendenz haben würden. Es ist jedoch überraschend, dass sich dieser

Anstieg so schnell vollziehen wird. Zu der Frage, was diese Entwicklung für die Krankenkassen bedeutet und wie man den Zusatzbeiträgen entgehen kann, ist Folgendes zu sagen: Im Jahr 2011 wird man den Zusatzbeiträgen wahrscheinlich noch entgehen können, im Jahr 2012 aber nicht mehr. Denn dann wird es wohl ungeachtet der Anstrengungen der Krankenkassen um eine Effizienzsteigerung flächendeckend zur Erhebung von Zusatzbeiträgen kommen. Im Übrigen wäre zu überlegen, ob es nur darauf ankommt, die Effizienz zu steigern, oder ob man nicht auch stärker auf eine Erhöhung der Kosteneffektivität oder auf Qualitätssteigerungen hinwirken sollte. Jedenfalls werden im Jahr 2012 wohl flächendeckend Zusatzbeiträge erhoben werden, so dass die Versicherten diesen im Prinzip nicht mehr ausweichen können. Wir gehen auch davon aus, dass es dann einen überproportionalen Anstieg geben wird, weil die Krankenkassen zunächst versuchen werden, die Erhebung von Zusatzbeiträgen zu vermeiden. Wenn aber erst einmal flächendeckend Zusatzbeiträge erhoben werden müssen, dann wird es zu einer Art von Dambruch kommen, im Zuge dessen ein Nachholeffekt eintritt. Was heißt das für die Bezieher niedriger Einkommen? Ich weiß nicht, ob es allen klar ist, dass es im Prinzip drei Belastungswirkungen gibt. Das wird oft übersehen. Die erste Belastungswirkung ergibt sich aus den 2 Prozent, die das Gesetz als Grenze vorsieht. Die zweite Belastungswirkung tritt dadurch ein, dass die kassenindividuellen Zusatzbeiträge höher sein können als der durchschnittliche Zusatzbeitrag. Das heißt, dass der einzelne Versicherte unter Umständen mehr als nur 2 Prozent seines Einkommens für die Zusatzbeiträge zahlen muss. Die dritte Belastungswirkung ergibt sich daraus, dass der durchschnittliche Zusatzbeitrag, der prospektiv geschätzt wird, falsch berechnet sein kann. Wenn man beispielsweise annimmt, dass die konjunkturelle Lage sich günstiger entwickelt, als dies später der Fall ist, dann wird der Zusatzbeitrag zu niedrig eingeschätzt. Rückwirkend gibt es aber keinen Ausgleich mehr für diesen zu niedrig angesetzten durchschnittlichen

Zusatzbeitrag. Der Versicherte muss dann für die finanziellen Folgen dieser Fehlschätzung selbst aufkommen.

Abg. **Dr. Marlies Volkmer** (SPD): Ich möchte zwei Fragen an Herrn Dr. Lungen richten. Erstens: Je höher der durchschnittliche Zusatzbeitrag ist, desto höher ist auch der Anteil der Haushalte, die einen Sozialausgleich bekommen. Wie viele Haushalte werden voraussichtlich von dem Verfahren des Sozialausgleichs betroffen sein und welche Haushalte sind dies? Was bedeutet dies für die weitere Ausgabendynamik der Krankenkassen? Zweitens: Die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrages ist die maßgebliche Größe für den Sozialausgleich, so dass Unterschätzungen den Anspruch der Versicherten auf einen Sozialausgleich verringern. Erzeugt dieses Verfahren systematische Anreize für Fehlschätzungen und wenn dies der Fall ist, welcher Art werden diese Fehlschätzungen sein?

SV **Dr. Markus Lungen**: Zu der Zahl der Haushalte haben wir ebenfalls eine Schätzung vorgenommen, die auf den Daten des sozio-ökonomischen Panels basiert. Wir mussten eine Annahme zur Höhe des Zusatzbeitrags treffen, um zu ermitteln, wie viele Haushalte betroffen sind. Geht man von 20 Euro monatlichem Zusatzbeitrag aus, dann wären mindestens 14,8 Mio. Haushalte betroffen. Ein Haushalt gilt als betroffen, wenn mindestens eine Person in dem Haushalt von der 2-Prozent-Regel betroffen ist. Es gibt auch Haushalte, in denen ein Teil der Personen privat und ein anderer Teil gesetzlich versichert ist. Diese Haushalte haben wir mitgezählt, wenn mindestens ein Mitglied des Haushaltes betroffen war. Auf diese Weise kommen wir auf die Zahl von 14,8 Mio. Haushalten. Zudem haben nach diesen Berechnungen 3,1 Mio. Haushalte mit mindestens einem Kind unter 16 Jahren, 18,5 Mio. Einzelpersonen bzw. 35 Prozent aller Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung oder 5,8 Mio. Personen über 65 Jahre Anspruch auf einen Sozial-

ausgleich, wenn der Zusatzbeitrag 20 Euro beträgt. Die BARMER GEK, die auf Basis eigener Daten ebenfalls Berechnungen zum Zusatzbeitrag angestellt hat, kommt zu ähnlichen Ergebnissen. Auch wenn in den Berechnungen der BARMER die Zahl der betroffenen Mitglieder etwas niedriger geschätzt wird, halte ich die hier präsentierten Daten insgesamt für belastbar. Wenn der durchschnittliche Zusatzbeitrag ansteigt, dann erhöht sich auch die Zahl der Betroffenen. Wenn der Zusatzbeitrag beispielsweise 50 Euro monatlich betragen würde, dann wären 27,8 Mio. Haushalte oder 72,4 Prozent aller Mitglieder der GKV betroffen. Das ist eine sehr erhebliche Zahl von Menschen. Die Frage nach den systematischen Anreizen für Fehlschätzungen lässt sich relativ einfach beantworten. Je niedriger der durchschnittliche Zusatzbeitrag geschätzt wird, desto geringer ist die Belastung des Steuerhaushaltes. Das heißt, es ist zumindest aus ökonomischer Sicht rational, den durchschnittlichen Zusatzbeitrag möglichst niedrig zu schätzen, um die Belastungen für den Steuerhaushalt zu minimieren. Ob dies auch politisch opportun ist, ist eine andere Frage.

Abg. **Mechthild Rawert** (SPD): Wir haben gerade gehört, dass es Anreize dafür gibt, Berechnungen nach Kassenlage durchzuführen. Vor diesem Hintergrund möchte ich eine Frage an den GKV-Spitzenverband, den VDK und den SoVD richten. Der vorgesehene Sozialausgleich soll sich nicht auf die tatsächliche Belastung der Versicherten durch den jeweils von ihrer Krankenkasse erhobenen, also den kassenindividuellen, sondern auf den durchschnittlichen Zusatzbeitrag beziehen. Die Prüfung des Anspruchs auf den Sozialausgleich soll aber wiederum ausnahmslos, das heißt für alle Versicherten durchgeführt werden, und zwar unabhängig davon, ob sie tatsächlich Zusatzbeiträge zahlen müssen. Was halten Sie von dieser Regelung?

SVe **Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband): Vom Grundsatz her ist es sicherlich richtig, beim durchschnittlichen Zusatzbeitrag anzusetzen, weil dies das Ausgleichsverfahren erleichtert und Geringverdienern, die einen Sozialausgleich erhalten, einen Anreiz bietet, zu einer günstigeren Kasse zu wechseln. Allerdings ist es problematisch, dass der Sozialausgleich auch dann durchgeführt wird, wenn eine Kasse gar keinen oder einen niedrigeren als den durchschnittlichen Zusatzbeitrag erhebt. Wenn der durchschnittliche Zusatzbeitrag beispielsweise 26 Euro beträgt, dann erhält ein Versicherter mit einem Einkommen von 800 Euro einen Sozialausgleich, auch wenn der Zusatzbeitrag seiner Krankenkasse bei Null liegt. Der Versicherte erhielte dann die 10 Euro als zusätzliche Wechsel- bzw. Bleibepremie sozusagen geschenkt. Das ist insofern problematisch, als es den Wettbewerb verzerrt. Kassen, die mit ihrem Zusatzbeitrag unterhalb des durchschnittlichen Zusatzbeitrages liegen, haben insoweit keinen Vorteil gegenüber Kassen, die den durchschnittlichen Zusatzbeitrag erheben. Es treten hier eigentümliche Effekte ein, die für den Wettbewerb zwischen den Kassen falsche Anreize setzen. Probleme sehe ich auch im Hinblick auf die notwendigen Steuermittel. Bisher ist vorgesehen, dass sämtliche Ausgaben für den Sozialausgleich durch Steuermittel finanziert werden. Dies führt aber dazu, dass die Steuermittel dazu verwendet werden, einen Kassenwechsel auch in den Fällen zu subventionieren, in denen er eigentlich nicht notwendig ist, weil die betreffenden Versicherten von einem Zusatzbeitrag gar nicht oder nur in geringem Umfang betroffen sind.

SVe **Katja Kracke** (Sozialverband VdK Deutschland e.V.): Wir begrüßen einerseits den automatischen Sozialausgleich, der von den Arbeitgebern und von der Rentenversicherung durchgeführt wird, weil dadurch ein aufwändiges Antrags- und Nachweisverfahren vermieden wird. Andererseits wird das vereinfachte Verfahren unserer Auffassung nach mit erheblichen

Gerechtigkeitsdefiziten erkaufte. Aufgrund des ausschließlichen Bezuges auf das beitragspflichtige Einkommen trägt der Sozialausgleich das Etikett „gerecht“ zu unrecht. Denn hier wird gerade nicht auf die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Versicherten abgestellt. Zusätzliche Einkünfte werden bei der Berechnung der Belastungsgrenze nicht berücksichtigt. Eine gerechte Verteilung der Belastungen ist daher unserer Auffassung nach nicht gegeben. Außerdem ergeben sich unterschiedliche Belastungswirkungen, je nachdem, ob ein Versicherter in einer Kasse mit hohem oder mit einem niedrigen Zusatzbeitrag versichert ist. Denn dies hat, wenn der individuelle Kassenbeitrag über dem durchschnittlichen Zusatzbeitrag aller Kassen bzw. wenn er über der Belastungsschwelle von zwei Prozent des Einkommens liegt, weitere Ungereimtheiten zur Folge. Sofern der Versicherte die Krankenkasse wechselt, zahlt er möglicherweise einen Zusatzbeitrag, der unter dem Durchschnitt und damit auch unter der Belastungsgrenze liegt. Daher befürchten wir, dass sich die vorgesehene Regelung letztlich vor allem zu Lasten der sozial Schwächeren auswirkt.

SV Fabian Székely (Sozialverband Deutschland e.V. (SoVD)): Ich möchte zunächst feststellen, dass wir den Ausbau der Zusatzbeiträge generell ablehnen. Daher stellt sich für uns nicht die Frage, ob der Sozialausgleich sinnvoll ist oder nicht. Im Hinblick auf die geplante Regelung möchte ich mich meiner Vorrednerin anschließen. Auch wir halten diese Regelung für nicht sozial und nicht gerecht. Die tatsächliche Belastung wird nicht ausgeglichen, weil für den Ausgleich nur der durchschnittliche und nicht der kassenindividuelle Zusatzbeitrag maßgebend ist. Dadurch kann es zu merkwürdigen Situationen kommen. Zum Beispiel sieht der Gesetzentwurf vor, dass bei der Berechnung des Sozialausgleichs für kinderlose ALG-I-Bezieher 67 Prozent ihrer Transferleistung zugrunde gelegt werden. Tatsächlich aber erhalten sie nur 60 Prozent ausgezahlt. Deshalb liegt für sie die Be-

lastungsgrenze faktisch bei über zwei Prozent. Wenn man ein höheres Einkommen hat, das zwischen der Beitragsbemessungsgrenze und der Versicherungspflichtgrenze liegt, dann sinkt die Belastungsgrenze hingegen unter zwei Prozent. Die Regelung ist also nicht so konzipiert, dass tatsächlich in allen Fällen die 2-Prozent-Grenze gilt. Ferner setzt die Regelung ein patientenfeindliches Signal, insbesondere gegenüber kranken oder behinderten Menschen, weil Versicherte, die Mitglied in einer teuren Krankenkasse sind, beim Wechsel der Krankenkasse unter Umständen aus einem kassenindividuellen Disease-Management-Programm ausscheiden müssen. Dies schadet der Compliance der Patienten, die in ein solches Programm eingeschrieben und nun gezwungen sind, die Kasse zu wechseln, nur weil sie des Sozialausgleichs bedürfen. Deshalb sind die geplanten gesetzlichen Regelungen, die an den durchschnittlichen Zusatzbeitrag anknüpfen, aus unserer Sicht nicht zielführend und nicht akzeptabel.

Abg. Bärbel Bas (SPD): Meine Frage richtet sich an die Bundesagentur für Arbeit, die Deutsche Rentenversicherung-Bund, den ZDH und die BDA. Sie betrifft auch noch einmal den Sozialausgleich, der laut Gesetz EDV-gestützt über die Abrechnung von Lohn, Gehalt und Renten abgewickelt werden soll. Das Ganze soll zudem automatisch erfolgen. Mich würde interessieren, ob das Verfahren wirklich so unkompliziert ist bzw. welchen bürokratischen Aufwand der Sozialausgleich tatsächlich verursacht und welche zusätzlichen Kosten nach Ihren Berechnungen zu erwarten sind.

SV Dr. Manfred Schnitzler (Bundesagentur für Arbeit (BA)): Wir müssen nun Arbeiten erledigen, die wir bisher nicht erledigen mussten. Das verursacht zusätzlichen Personalaufwand und zusätzliche Investitionen bei den IT-Verfahren. In unserer Stellungnahme haben wir das beziffert. Im Ergebnis rechnen wir mit un-

gefähr 2.000 zusätzlichen Personentagen pro Jahr und 1.000 zusätzlichen Personentagen in Bereich der IT-Investitionen. Wir sind der Meinung, dass man die Aufgabe, den Sozialausgleich zu berechnen, nicht verschiedenen Trägern, sondern allein den gesetzlichen Krankenkassen übertragen sollte, da diese ohnehin für bestimmte Bevölkerungsgruppen die Berechnung durchführen und entsprechende Verfahren entwickeln müssen. Da die Kassen die Nutznießer des neuen Systems sind, sollten sie auch den Verwaltungsaufwand tragen.

SV Dr. Wolfgang Binne (Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV-Bund)): Aus unserer Sicht zeigt die im Gesetzentwurf enthaltene Aussage, die Umsetzung des Sozialausgleichs durch die Rentenversicherung sei ohne großen Aufwand möglich, dass der Verwaltungsaufwand stark unterschätzt wird. Es trifft zwar zu, dass der Sozialausgleich in der Rentenversicherung im Wesentlichen EDV-gestützt, das heißt maschinell, erfolgen soll. Dies bedeutet aber nicht, dass der durch den Sozialausgleich bedingte Verwaltungsaufwand marginal ist. Denn sowohl die erforderlichen Arbeiten für die Etablierung des Sozialausgleichsverfahren in der Rentenversicherung als auch die permanente Durchführung des Sozialausgleichs werden einen erheblichen zusätzlichen Verwaltungsaufwand und damit erhebliche Zusatzkosten verursachen. Zu der Frage, wie hoch der bürokratische Aufwand bei der Etablierung des Sozialausgleichsverfahrens ist, kann ich Folgendes sagen: Hierfür müssen umfangreiche EDV-technische Vorarbeiten geleistet und zahlreiche Verfahren angepasst werden. Dies betrifft zunächst die sogenannten Kernverfahren der Rentenversicherung. Für die Prüfung des Sozialausgleichsanspruchs und auch für die Durchführung des Sozialausgleichs müssen neue Berechnungsabfolgen programmiert werden. Dies betrifft die Programmsysteme der Rentenversicherung und verursacht einen entsprechenden Programmieraufwand. Auch die Darstellung der Berechnung des

Krankenversicherungsbeitrags im Rentenbescheid muss erweitert werden. Außerdem müssen der Sozialausgleich und seine Berechnungsgrundlagen dem einzelnen Rentner erläutert werden. Auch das maschinelle Meldeverfahren zwischen Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern muss angepasst werden. Davon ist eine Reihe von Datensätzen betroffen, über die neue Absprachen zu treffen sind. Das betrifft auch den RentenService der Deutschen Post AG, der für uns die Renten Anpassung durchführt. Der RentenService benötigt dafür auch die Daten zum Sozialausgleich. Auch beim RentenService müssen die Programme und Verfahren entsprechend erweitert und modifiziert werden. Bei der Durchführung des Sozialausgleichs entsteht insbesondere dann ein besonderer Aufwand, wenn rückwirkend Korrekturen und damit Beitragsnacherhebungen vorgenommen werden müssen. Wenn von der Krankenkasse zum Beispiel keine zeitnahe Meldung erfolgt, dass kein Sozialausgleichsanspruch bzw. ein geringerer als der ursprünglich angenommene besteht, dann müssen der bereits durchgeführte Ausgleich rückgängig gemacht und zu wenig gezahlte KV-Beitragsanteile nachgefordert werden. Solche rückwirkenden Korrekturen bedürfen immer – das sieht das Verfahrensrecht vor – einer vorherigen Anhörung der Betroffenen und auch eines entsprechenden Bescheides, weil hier das Kontoauszugsverfahren, das eigentlich ein erleichtertes Verfahren ist, um den Rentner zu informieren, nicht greift. Die Erteilung eines Bescheides ist immer auch mit gewissen Risiken, etwa dem eines Widerspruchs, verbunden. Die zusätzlich anfallenden Bürokratie-Kosten lassen sich derzeit noch nicht genau beziffern. Im Hinblick auf die zusätzlichen Personalkosten gibt es hingegen Erfahrungswerte, auf die man zurückgreifen kann. Bei EDV-gestützter Verarbeitung können in aller Regel nicht sämtliche Vorgänge maschinell erledigt werden. Wir haben hier in der Vergangenheit die Erfahrung gemacht, dass in ca. drei Prozent der Fälle eine manuelle Sachbearbeitung erforderlich ist. Wenn man dies einmal hoch-

rechnet, dann entstehen der Rentenversicherung personelle Mehrkosten in Höhe von bis zu 7 Mio. Euro im Jahr. Die Personalkosten dürften noch höher liegen, wenn von den Krankenkassen gemeldet wird, dass neben der Rente weitere beitragspflichtige Einnahmen vorhanden sind. Denn dies kann es erforderlich machen, Beitragsnacherhebungen durchzuführen und den Sozialausgleich rückabzuwickeln. Angesichts dieses erheblichen Verwaltungsaufwandes stellt sich natürlich die Frage, ob es sinnvoll ist, der Rentenversicherung das Sozialausgleichsverfahren zu übertragen oder ob man dieses Verfahren nicht lieber insgesamt bei den Krankenkassen belassen sollte, weil diese ohnehin auf vielfache Weise mit dem Sozialausgleich befasst sind. Wenn dies nicht möglich sein sollte, wenn man also der Rentenversicherung die Aufgabe, den Sozialausgleich umzusetzen, letztlich doch zuweisen sollte, dann wäre zu überlegen, wenigstens eine Erstattungsregelung in das Gesetz aufzunehmen. Denn der Sozialausgleich ist keine originäre Aufgabe der Rentenversicherung, sondern betrifft das Krankenversicherungsverhältnis. Ich halte es für nicht angemessen, die Kosten dafür der Beitragszahler-Gemeinschaft der Rentenversicherung aufzubürden. Deswegen sollte man über eine Kostenerstattung nachdenken.

SVe Dr. Anne Dohle (Zentralverband des Deutschen Handwerks e.V. (ZDH)): Wir sind ebenfalls der Ansicht, dass die Umsetzung des Sozialausgleichs durch die Arbeitgeber nicht so unbürokratisch und unkompliziert erfolgen kann, wie dies im Gesetzentwurf behauptet wird. Nach unserer Einschätzung werden die Kosten beträchtlich sein. Auch der Nationale Normenkontrollrat hat in seiner Stellungnahme festgestellt, dass die Bürokratiebelastung für die Arbeitgeber deutlich höher sein wird, als vom BMG geschätzt. Um nur einige Beispiele für neue Pflichten zu nennen: Es gibt eine neue Meldepflicht für die Arbeitgeber, wonach sie mitteilen müssen, ob bei ihren Arbeitnehmern Mehrfachbeschäftigungen vorliegen. Es

muss im Falle des Sozialausgleichs zusätzlich der Betrag gesondert ausgewiesen werden, der ohne die Minderung durch den Sozialausgleich zu zahlen gewesen wäre, und die Arbeitgeber müssen im Falle von Zahlungsrückständen für die Dauer des Säumnisses den Sozialausgleich aussetzen und entsprechende Änderungen der Lohnabrechnungen vornehmen. Schließlich enthält der Gesetzentwurf keine praktikablen Lösungen für bestimmte Unternehmen, wie zum Beispiel das Gebäudereiniger-Handwerk, die einen relativ hohen Anteil an Teilzeitbeschäftigten, Midi-Jobbern, hinzuverdienenden Rentnern, Beziehern von ALG I und II und unständig Beschäftigten haben. Für diese Personengruppen sieht das Gesetz sehr komplizierte Lösungen vor, die von den betreffenden Betrieben kaum umgesetzt werden können. Denn für jede dieser Personengruppen gilt jeweils ein eigenes System der Vorprüfung, Feststellung, Mitteilung und Durchführung. Dies können kleine und mittlere Betriebe in der Praxis nicht leisten. Vor diesem Hintergrund fordern wir, dass der Sozialausgleich nicht über die Arbeitgeber abgewickelt, sondern von den Krankenkassen durchgeführt wird.

SV Dr. Volker Hansen (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e.V. (BDA)): Es ist schon viel gesagt worden, deswegen begnüge ich mich mit folgendem Hinweis: Die BDA behauptet nicht einfach, dass es Probleme gibt. Wir haben unsere Mitglieder, die Unternehmen, intensiv befragt, und wir haben kaum jemals so viele Rückmeldungen erhalten wie zu diesem Thema. Wir haben in unserem Hause auch Gespräche mit Großunternehmen geführt, mit den großen Automobilunternehmen und den Elektrownunternehmen, aber auch mit kleinen Unternehmen, etwa aus dem Handwerk. Die Probleme, die dabei benannt worden sind, treten ganz konkret vor Ort auf. Die Umsetzung des Sozialausgleichs erfolgt eben nicht automatisch sozusagen auf Knopfdruck. Vielleicht handelt es sich nur bei 80 Prozent der Fälle im Betrieb um

Normalfälle, während dies bei den übrigen 20 Prozent anders ist, und diese verursachen einen großen Mehraufwand. Ich verweise in diesem Zusammenhang auch auf unsere Stellungnahme, in der wir all diese Punkte abgehandelt haben. Vor diesem Hintergrund trage ich unsere dringende Bitte vor, beim Zusatzbeitrag nicht 3,5 Mio. Betriebe in die Umsetzung einzubinden und einen entsprechenden Bürokratieaufbau zu veranlassen, sondern das Verfahren bei den Krankenkassen zu belassen. Wenn Sie jedoch daran festhalten wollen, die Betriebe einzubinden, dann sollten Sie zumindest den Verwaltungsaufwand minimieren und den Betrieben die Kosten erstatten, weil sie eine Aufgabe erfüllen, für die sie nicht zuständig sind.

Abg. **Ulrike Flach** (FDP): Meine erste Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Dr. Drabinski. Ich möchte von Ihnen erfahren, welche Vorteile Sie in der Ausweitung der einkommensunabhängigen Finanzierung des Gesundheitswesens, wie sie der vorliegende Gesetzentwurf vorsieht, erkennen.

SV **Dr. Thomas Drabinski**: Unter der Voraussetzung, dass die Organisation des sozialen Ausgleichs, also die Definition der Belastungsgrenze und der Einkommensbasis sowie die administrative Umsetzung, geregelt ist, stellt der einkommensunabhängige Beitrag, der auch Gesundheitsprämie genannt wird, sowohl in gesundheitsökonomischer als auch in ordnungspolitischer Hinsicht das beste Konzept dar. Dies hat drei Gründe. Erstens wird durch die Gesundheitsprämie eine Verstetigung der Beitragszahlung über den Lebenszyklus hinweg gewährleistet. Das heißt, die Zahlung ist unabhängig von konjunkturellen Einflüssen bzw. davon, ob ein Versicherter oder eine Versicherte arbeitslos ist, Elternzeit nimmt, Rentner ist usw. Das heißt, die Prämienzahlung ist unabhängig von dem Status, den eine Person gerade hat. Der zweite Vorteil der Prämie besteht darin, dass sie ein stärkeres

Preissignal als der einkommensbezogene Beitrag an die Versicherten in der GKV aussendet. Vom Beitragssatz geht nämlich nur ein sehr schwaches Preissignal aus. Demgegenüber würde der Übergang zu einer Gesundheitsprämie oder zu einem Zusatzbeitrag die Kostentransparenz erhöhen. Der dritte und entscheidende Vorteil der einkommensunabhängigen Finanzierung wird in der öffentlichen Diskussion kaum erwähnt. Er besteht darin, dass ein Prämienmodell die sozialversicherungsrechtliche Vorgabe der deutschen Sozialversicherung neu definiert. Wenn man sich die Versicherungsprinzipien der Sozialversicherung anschaut, dann stellt man fest, dass die Ausgabenseite bzw. die Leistungsseite die Finanzierungsseite determiniert. In der Rentenversicherung gibt es nicht nur einkommensabhängige Beiträge, sondern auch einkommensabhängige Rentenauszahlungen. Ähnliches gilt für die Arbeitslosenversicherung, in der die Höhe der Arbeitslosengeldzahlung von der Höhe der Beitragszahlung abhängt, und für die Unfallversicherung, in der das Arbeitsrisiko die Beitragshöhe für den Arbeitgeber bestimmt. In der Pflege- und in der Krankenversicherung ist dies jedoch anders. Hier gilt auf der Leistungsseite das Prinzip des gleichen Zugangs aller zu den gleichen Versorgungsleistungen, und dies zu mehr oder weniger gleichen Preisen. Dies bedeutet, wenn jemand die gleiche Erkrankung hat wie jemand anderes, werden jeweils auch die gleichen Preise für die Therapie gezahlt. Wenn man dieses Prinzip auf die Finanzierungsseite überträgt, dann ergibt sich daraus die ordnungspolitische Forderung, dass auch die Beiträge gleich sein müssen, und zwar nicht prozentual, sondern absolut, das heißt, dass sie die Form einer Prämie annehmen müssen. Dies ist die neue gesundheitspolitische und auch ökonomische Perspektive, die hinter dem Prämienkonzept steht. Dadurch wird die Umverteilung in der GKV auf das unbedingt notwendige Maß reduziert.

Abg. **Ulrike Flach** (FDP): Herr Dr. Drabinski, es gibt zwei verschiedene Arten

von Zusatzbeiträgen, den neuen, der in dem vorliegenden Gesetzentwurf vorgesehen ist, und den alten, der derzeit gilt. Ich möchte erfahren, welche Nachteile dieser alte Zusatzbeitrag hat.

SV Dr. Thomas Drabinski: Der Zusatzbeitrag in der derzeit geltenden Form wird bis zu einem Betrag von 8 Euro monatlich oder 96 Euro jährlich ohne Einkommensprüfung, also unabhängig von der Höhe des Einkommens, erhoben. Dies wirft Fragen in Bezug auf die Gerechtigkeit auf. Zudem stellt sich das Problem, dass der Beitragsausfall, der durch die Belastungsgrenze in Höhe von 1 Prozent des Einkommens verursacht wird, nicht kompensiert wird. Wenn demnach eine Krankenkasse einen Zusatzbeitrag in Höhe von 20 Euro erhebt, werden die Beiträge entsprechend gekappt. Daraus resultieren Ausfälle bei den Zusatzbeiträgen, die letztlich zu einer Spirale von neuen Zusatzbeiträgen führen. Das Instrument der Zusatzbeiträge, wie es derzeit gehandhabt wird, ist demnach ein schwaches Instrument, weil seine Wirkung primär davon abhängt, wie gut die Krankenkasse über den Morbi-RSA, der die Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds determiniert, finanziell ausgestattet wird.

Abg. **Ulrike Flach** (FDP): Herr Dr. Drabinski, wir haben heute auch einen Antrag der Fraktion DIE LINKE. zum Thema Bürgerversicherung vorliegen. Was spricht aus Ihrer Sicht gegen eine Bürgerversicherung, vor allem auch unter dem Aspekt der Nachhaltigkeit?

SV Dr. Thomas Drabinski: Ich habe bereits ausgeführt, dass das Prinzip der Sozialversicherung unter anderem darin besteht, durch eine möglichst geringe Einkommensumverteilung eine weitgehende Entsprechung zwischen der Ausgabenseite und der Finanzierungsseite herzustellen. Die Konzepte einer Bürgerversicherung, von denen es verschiedene Varianten gibt, führen letztlich dazu, das Ausmaß der

Einkommensumverteilung zu steigern. Dies ist einer der zentralen Faktoren, die gegen eine Bürgerversicherung sprechen, weil es zu einer Mehrfachbelastung der Lohneinkommen kommt. Dies liegt daran, dass die Steuerfinanzierung, also der Bundeszuschuss, in das Modell der Bürgerversicherung integriert wird. Jeder verdiente Euro wird dann nicht nur durch den GKV-Beitrag belastet, sondern auch durch die Lohn- und Einkommensteuer, die Konsumsteuern und durch den Schuldenanteil, der Bestandteil der öffentlichen Gesamthaushalte ist. Auf diese Weise kommt es insgesamt zu einer vierfachen Belastung, weil die Schulden und die Zinsen am Ende zurückgezahlt werden müssen. Ferner sind die von einer Bürgerversicherung ausgehenden Beitragsatzsenkungseffekte in den derzeit vorliegenden Berechnungen zu hoch angesetzt. Das heißt, wenn man die Einsparpotenziale, die vor allem durch die Integration der privaten in die gesetzliche Krankenversicherung mobilisiert werden sollen, realistisch einschätzen würde, dann ergäbe sich letztlich ein Beitragssatz in Höhe von 15 Prozent. Das heißt, bei einer paritätischen Finanzierung käme es zu einem weiteren Anstieg der Lohnnebenkosten. Insgesamt gesehen hat das Konzept der Bürgerversicherung also nur einen geringen Nachhaltigkeitseffekt. Dieser wäre im Übrigen nur dann positiv, wenn die private Krankenversicherung aufgelöst würde und wenn die Altersrückstellungen vollständig in den Gesundheitsfonds eingestellt würden. Da dies aber verfassungsrechtliche Probleme aufwerfen würde, ist der Gesamtansatz kritisch zu beurteilen.

Abg. **Ulrike Flach** (FDP): Meine nächste Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband. Wie würde sich die Finanzsituation der GKV ab dem Jahre 2011 entwickeln, wenn das geltende Recht unverändert bliebe und das AMNOG und das GKV-FinG nicht umgesetzt würden und das GKV-Änderungsgesetz nicht realisiert worden wäre?

SVe **Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband): Wir haben eine Schätzung der Ausgabenentwicklung für das Jahr 2011 vorgenommen, der zufolge es im Gesundheitsfonds ein Defizit zwischen 9 und 11 Mrd. Euro geben würde, je nach dem, wie sich das Beitragsaufkommen entwickelt. Diese Schätzung erfolgte auf Basis der geltenden gesetzlichen Regelungen, der Forderungen von Seiten der Leistungserbringer und der Schätzung der damit verbundenen Ausgaben. Danach wären flächendeckend Zusatzbeiträge erforderlich gewesen, und damit müsste das maximal mögliche Volumen an Zusatzbeiträgen ausgeschöpft werden. Stellt man die Auswirkungen der Belastungsgrenze von 1 Prozent des Einkommens in Rechnung, hätte sich ein Volumen an Zusatzbeiträgen in Höhe von knapp 11 Mrd. Euro ergeben. Unter diesen Umständen wären einige Kassen, die einen hohen Anteil von Geringverdienern unter ihren Mitgliedern haben, möglicherweise kaum mehr in der Lage gewesen, die Finanzmittel zu erheben, die sie gebraucht hätten, um ihre Ausgaben zu finanzieren. Dies hätte auf Dauer die Zahlungs- bzw. Leistungsfähigkeit dieser Kassen in Frage gestellt.

Abg. **Ulrike Flach** (FDP): Frau Dr. Pfeiffer, wie beurteilen Sie die Ergebnisse des Schätzerkreises vom 30. September im Hinblick auf die Finanzsituation der GKV im Jahre 2011?

SVe **Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband): Wir sind am Schätzerkreis beteiligt und haben einvernehmlich mit dem BMG und dem BVA eine Schätzung vorgenommen, die auch den Auswirkungen der Neuregelungen des GKV-FinG und des AMNOG Rechnung trägt. Wir gehen davon aus, dass im Jahr 2011 – auch aufgrund der im GKV-FinG vorgesehenen Beitragserhöhung – ein ausgeglichenes Ergebnis im Gesundheitsfonds zu erreichen ist. Wir vertreten allerdings auch die Auffassung, dass eine geringere Beitragserhöhung ausgereicht hätte, wenn man auf der

Ausgabenseite stärkere Einschnitte vorgenommen hätte.

Abg. **Ulrike Flach** (FDP): Meine nächste Frage richtet sich an die BA. Wie beurteilen Sie es unter verwaltungsökonomischen und sozialpolitischen Gesichtspunkten, dass für Bezieherinnen und Bezieher des ALG II künftig generell der durchschnittliche Zusatzbeitrag erhoben wird, wobei die Finanzierung aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds erfolgt?

SV **Dr. Manfred Schnitzler** (Bundesagentur für Arbeit (BA)): Aus Sicht der BA macht dies keinen Unterschied, weil die Beträge, die für ALG II-Empfänger aufgewendet werden, in jedem Fall aus Steuermitteln bezahlt werden. Es ist daher einerlei, ob sie aus dem einen oder dem anderen Topf stammen.

Abg. **Heinz Lanfermann** (FDP): Ich habe eine Frage an den BDI. Wie bewerten Sie die vorliegenden Vorschläge zur künftigen Finanzierung, insbesondere die Festschreibung des Arbeitgeberanteils und die stärkere einkommensunabhängige Finanzierung. Ich bitte um eine Begründung auch mit Blick auf die zukünftige wirtschaftliche Entwicklung.

SV **Dr. Heinrich Höfer** (Bundesverband der Deutschen Industrie e.V. (BDI)): Ich habe bereits bei meiner Antwort auf die Frage von Herrn Dr. Koschorrek auf die grundsätzliche Bedeutung der Zusatzbeiträge hingewiesen. Wir haben auch schon gehört, dass dadurch die Finanzierung von der konjunkturellen Entwicklung abgekoppelt wird. Das Hauptproblem besteht nach wie vor darin, mehr Wettbewerbsdynamik in das System zu bringen. Das betrifft nicht nur die Einnahmeseite, sondern vor allem auch die Ausgabenseite. Hier ist der Wettbewerb das beste Instrument, um zu mehr Rationalisierung zu gelangen. Die Krankenkassen müssen dies

in ihren Verhandlungen mit den Leistungserbringern entsprechend einfordern. Wir wollen gerade deshalb von der paritätischen Finanzierung wegkommen, weil prozentuale Beitragssteigerungen nicht zur Belebung des Wettbewerbs beitragen. Das ist doch das Grundproblem im gesamten System.

Abg. **Heinz Lanfermann** (FDP): Ich habe zu diesem Komplex noch eine Frage an die Deutsche Rentenversicherung Bund. Teilen Sie die von der Bundesregierung vertretene Auffassung, dass die Rentenversicherungsträger langfristig von der Festschreibung der Beitragsatzanteile der Arbeitgeberseite profitieren werden?

SV **Dr. Wolfgang Binne** (Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV-Bund)): Dies hängt von so vielen Faktoren ab, dass man keine Aussage dazu treffen kann, ob sich die Festschreibung auf die Rentenversicherung langfristig positiv oder negativ auswirkt.

Abg. **Heinz Lanfermann** (FDP): Ich möchte noch einmal auf die bereits angesprochene Verkürzung der Wechselfrist in die private Krankenversicherung zu sprechen kommen. Dazu habe ich eine Frage an den PKV. Über das hinaus, was Sie hier bereits ausgeführt haben, vertreten Sie in Ihrer schriftlichen Stellungnahme die These, dass die dreijährige Wechselfrist zu teilweise absurden Effekten geführt habe. Könnten Sie diese Aussage näher erläutern?

SV **Dr. Volker Leienbach** (Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV)): Es geht hier in der Tat um einige zum Teil absonderliche Fälle. Nehmen Sie das Beispiel eines 50 Jahre alten Selbstständigen, der von Geburt an privat versichert war und ins Angestelltenverhältnis wechselt. Er wird nun zwangsweise in der GKV versichert und muss dort drei Jahre verbleiben, bis er wieder in die PKV zu-

rückkehren kann. Wenn er dies dann mit 53 Jahren tut, beginnt sein Versicherungsverlauf von vorne. Seine Alterungsrückstellungen, die er über 50 Jahre angespart hat, sind damit verloren. Die einzige Möglichkeit, dies zu verhindern, besteht darin, eine Anwartschaftsversicherung abzuschließen, was in der Regel auch geschieht. Es bleibt aber ein Bruch in der Versicherungsbiographie, der schwer zu begründen ist. Ich möchte hier die Gelegenheit nutzen zu sagen, dass die diesbezüglichen Fakten, die wir bereits ausgetauscht haben, durchaus kompatibel sind. Denn nicht jeder freiwillig Versicherte ist ein Angestellter. Vielmehr sind nur 13 Prozent der privat Versicherten Angestellte, die über der Versichertenpflichtgrenze liegen. Insofern kommt nur für einen kleinen Teil der freiwillig Versicherten ein Wechsel aufgrund der Reduktion der Wartefrist von drei Jahre auf ein Jahr in Betracht.

Abg. **Heinz Lanfermann** (FDP): Ich habe noch eine Frage an den GKV-Spitzenverband. Halten Sie die im Gesetzentwurf enthaltenen Regelungen zur Durchführung des Sozialausgleichs auch im Hinblick auf die melderechtlichen Regelungen für ausreichend und praktikabel? Zudem habe ich die Frage, ob Sie angesichts der Bemerkungen, die hier verschiedentlich zu möglichen bürokratischen Hindernissen bei dem vorgesehenen Ausgleich gemacht worden sind, ein Antragsverfahren zum Sozialausgleich bei den Krankenkassen vorziehen würden.

SVe **Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband): Grundsätzlich ist klar, dass ein solcher Sozialausgleich zusätzlichen Aufwand bewirkt. Nach dem Gesetzentwurf wird dieser Aufwand auf verschiedene Schultern verteilt. Die Kassen haben einen erheblichen Aufwand bei denjenigen Versicherten, die mehrere Einkunftsarten beziehen, weil für diese Gruppe der Ausgleich von den Kassen selbst durchgeführt werden muss. Es ist sicherlich einfacher, einen solchen Ausgleich im

Rahmen eines zumindest halb automatisierten Verfahrens durchzuführen. Insbesondere bei den Beziehern mehrerer Einkunftsarten wird es aber sehr schwierig werden, das Verfahren zu automatisieren, weil hier ein zusätzlicher Klärungsbedarf besteht. Es wird auch – wie von den Arbeitgeberverbänden und den anderen Sozialversicherungsträgern bereits dargestellt – einen erheblichen Meldeaufwand geben, weil die entsprechenden Informationen ausgetauscht werden müssen. Wir halten es für möglich, diesen Aufwand zu bewältigen, sehen aber, dass im nächsten Jahr ein Zusatzaufwand entsteht. Da im Jahr 2011 voraussichtlich kein Sozialausgleich durchgeführt werden muss, besteht ausreichend Zeit, sich darauf vorzubereiten. Ich möchte in diesem Zusammenhang auch noch darauf hinweisen, dass dieselben Personen, die die melde- und beitragsrechtlichen Veränderungen umsetzen sollen, auch die Weiterleitungsstellen, die eingeführt werden sollen, vorbereiten müssen. Hier gibt es zwar inzwischen eine Verschiebung auf das Jahr 2012. Aus Sicht der Krankenkassen sind diese Weiterleitungsstellen aber überhaupt nicht notwendig. Deswegen plädieren wir dafür, Prioritäten zu setzen, um den Sozialausgleich tatsächlich durchführen zu können, und auf die Weiterleitungsstellen zu verzichten oder zumindest ihre Einrichtung um ein weiteres Jahr aufzuschieben, wie das von verschiedener Seite bereits angeregt worden ist.

Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an Prof. Gerlinger. Wir gehen davon aus, dass sich die solidarische Krankenversicherung bewährt hat, aber natürlich auch Schwächen aufweist. Halten Sie den Gesetzentwurf der Bundesregierung für geeignet, zentrale Probleme der GKV zu lösen oder würden Sie andere Lösungsansätze für besser geeignet halten?

SV Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger: Zunächst möchte ich hervorheben, dass in Deutschland für einen Großteil der Be-

völkerung im Großen und Ganzen eine gute Versorgung gewährleistet ist, auch wenn diese nicht immer ganz so gut ist, wie viele meinen. Schwächen und Probleme sehe ich vor allem im Hinblick auf die soziale Gerechtigkeit, insbesondere im Hinblick auf die Lastenverteilung bei der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Hier zeichnet sich das deutsche System durch einige Eigenheiten aus, die in anderen Ländern nicht anzutreffen sind. Erstens ist hier der mit 10 Prozent recht hohe Anteil von privat Krankenversicherten mit einer Vollversicherung zu nennen. Dies ist ein Luxus, den sich kein anderes Gesundheitssystem, zumindest in der alten EU mit 15 Mitgliedstaaten, leistet. Wir haben es hier mit einem negativen Alleinstellungsmerkmal des deutschen Gesundheitswesens zu tun. Zweitens möchte ich den ausgeprägt degressiven Charakter der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung erwähnen. Dieser ist vor allem auf die Existenz der Beitragsbemessungsgrenze zurückzuführen, die dafür sorgt, dass die Finanzierungslasten mit wachsendem Einkommen relativ sinken. Drittens möchte ich darauf hinweisen, dass die Beitragsbemessung sich auf die Arbeits-einkommen beschränkt. Dies hat maßgeblich zum Anstieg der Beitragssätze in den letzten 30 Jahren beigetragen, ebenso wie die fortschreitende Privatisierung der Lasten, die in den letzten Jahren um sich gegriffen hat. Hier möchte ich vor allem die Zuzahlungen und die Einführung eines Sonderbeitrages erwähnen. Wenn ich mir nun den Gesetzentwurf der Regierungsfractionen anschau, dann komme ich zu dem Ergebnis, dass keines dieser Probleme mit dem vorliegenden Reformgesetz angegangen wird. Die Reform ändert nichts an den aufgezeigten Schwächen des Systems. Sie verzichtet auf Strukturveränderungen und beschränkt sich auf administrative Ausgabenbegrenzungen. Außerdem wird durch die vorgesehene Reform des Finanzierungssystems der degressive Charakter der GKV-Finanzierung und die relative Höherbelastung von geringen und mittleren Einkommen weiter verstärkt.

Abg. **Kathrin Senger-Schäfer** (DIE LINKE.): Meine Frage richtet sich an Herrn Prof. Gerlinger und an ver.di. Die Bundesregierung strebt an, dass die Versicherten künftig alle Ausgabesteigerungen allein tragen. Davon verspricht man sich eine Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit Deutschlands. Ich möchte wissen, ob es für diese These eine empirische Grundlage gibt.

SV **Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger**: Die wirtschaftliche Wettbewerbsfähigkeit ist eine zentrale Argumentationsfigur bei allen Gesundheitsreformen. Ich bin jedoch der Auffassung, dass der Einfluss der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung auf die Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft stark überschätzt wird. Nur ein Beispiel: Wenn wir eine Beitragssatzanhebung um einen Beitragssatzpunkt hätten, also eine relative Ausgabensteigerung um ca. 6,7 Prozent, dann würde sich das in einer Lohnsteigerung von lediglich 0,4 Prozent niederschlagen. Ich gehe davon aus, dass die Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft bzw. die volkswirtschaftliche Wettbewerbsfähigkeit Deutschlands sehr groß ist und genug Potenzial bietet, um künftige Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen, mit denen zu rechnen ist, zu finanzieren. Es wird zudem oft vergessen, dass Investitionen oder Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen auch arbeitsplatzschaffende Effekte haben. Ich möchte in diesem Zusammenhang an eine Schätzung des Sachverständigenrates erinnern, dessen damaliger Vorsitzender, Prof. Henke, hier anwesend ist. Diese Schätzung aus dem Jahre 1996 zur Beschäftigungswirksamkeit einer Anhebung des Beitragssatzes um einen Prozentpunkt besagt, dass in diesem Fall ungefähr 65.000 Arbeitsplätze in der gewerblichen Wirtschaft verloren gehen, aber – unter der Voraussetzung, dass diese Beträge in personenbezogene Leistungen fließen – zugleich ungefähr 160.000 neue Arbeitsplätze geschaffen würden. Ich bitte darum, dies immer zu bedenken, wenn vom Einfluss der Beitragssätze auf die Wettbe-

werbsfähigkeit bzw. auf die Schaffung von Arbeitsplätzen die Rede ist.

SV **Herbert Weisbrod-Frey** (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)): Man kann durchaus sagen, dass die privaten Haushalte in den letzten zehn Jahren vergleichsweise am stärksten belastet worden sind. Die Steigerung der Belastung liegt bei 78 Prozent. Jetzt wird die Belastung für die privaten Haushalte weiter erhöht. In diesem Zusammenhang wird immer auch von der Wettbewerbsfähigkeit gesprochen. Interessant ist, dass in der Begründung zu dem Gesetzentwurf ein Wort fehlt, das im Referentenentwurf noch vorhanden war, nämlich das Wort „international“. Diese Blöße wollte man sich als Exportweltmeister wohl nicht geben. Die Höhe der Lohnnebenkosten kann man mit Gesetzesänderungen im Bereich der Krankenversicherung kaum beeinflussen. Gehen wir beispielsweise von einer Handwerkerstunde aus, dann erhält die Krankenversicherung hiervon lediglich einen Arbeitgeberanteil von 98 Cent. Es gibt sicher geeignete Faktoren, bei denen man ansetzen könnte, aber die Krankenversicherung gehört nicht dazu. Ich kenne also keine empirischen Belege, die für diese Reform sprechen.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an die BDA und den DGB. Die künftigen Steigerungen der Ausgaben für Gesundheit werden weitgehend von den Arbeitnehmern zu tragen sein. Welche Auswirkungen wird dies auf künftige Tarifverhandlungen haben und welche Position nehmen Sie dazu ein?

SV **Dr. Volker Hansen** (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e.V. (BDA)): Das ist, wenn ich es so sagen darf, ein Trugschluss. Die Kostenzuwächse im Gesundheitswesen werden ungeachtet einer Festschreibung des prozentualen Arbeitgeberbeitrages auch künftig weit überwiegend von den Arbeitgebern mitfinanziert. Nur solche Kostenerhö-

hungen, die über das Lohnwachstum hinausgehen, werden über Zusatzbeiträge finanziert. Nach wie vor zahlen die Arbeitgeber einen Beitragsanteil von 7,3 Prozent. Bei jeder Lohnerhöhung erhöht sich daher auch der Krankenkassenbeitrag absolut. Nicht alle Kostenerhöhungen gehen somit zu Lasten der Versicherten. Das ist ein wichtiges Faktum. Ferner ist es aus Sicht der Wirtschaft in der Tat wichtig, dass die Arbeitskosten nicht weiter steigen. Außerdem wäre es verniedlichend zu sagen, dass eine Erhöhung des Beitragsatzes in der Krankenversicherung um x Prozent nur y Prozent mehr Kosten verursacht. Denn Sie müssen das Gesamtbild betrachten. Wir haben im nächsten Jahr nicht nur einen Anstieg bei der Krankenversicherung um 0,6 Prozentpunkte, sondern auch einen Anstieg um 0,2 Prozentpunkte bei der Bundesanstalt für Arbeit. Außerdem muss man die langfristige Entwicklung betrachten. Irgendwann Anfang der siebziger Jahre lag der Gesamtbeitragsatz bei 26 Prozent, während er heute über 40 Prozent beträgt. Man darf eben nicht nur punktuell ein einzelnes Jahr oder Ereignis betrachten, sondern muss die Gesamtentwicklung im Blick behalten. Ferner ist es für uns als Arbeitgeber letztlich eine offene Frage, ob die Festschreibung von Dauer ist. Die Festschreibung auf 7,3 Prozent bedeutet zunächst einmal eine Erhöhung gegenüber dem Ausgangswert von 7 Prozent. Für die Betriebe bedeutet dies Mehrausgaben in Höhe von 2 Mrd. Euro. Aber bleibt das so? Es gibt schon Stimmen aus verschiedenen Kreisen, auch der Unionsparteien, wonach diese Festschreibung nur für eine gewisse Zeit gelten soll. Deswegen plädieren wir dafür, den Arbeitgeberanteil mit dem Nettolohn komplett auszuführen und die Krankenversicherung dann über eine einkommensunabhängige Prämie zu finanzieren.

Sve Annelie Buntenbach (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Wir haben eine völlig andere Sicht auf die Verteilung der Belastungen, die wir derzeit im Gesundheitswesen haben. Herr Hansen, das wird

Sie nicht wundern. Wir sehen gerade das Einfrieren des Arbeitgeberbeitrages, das in diesem Gesetzentwurf festgeschrieben werden soll, mit großer Sorge. Denn wenn die Weichen so gestellt werden, dann bedeutet dies, dass künftig die gesamten Kostensteigerungen im Gesundheitswesen allein den Versicherten aufgebürdet werden. Wir brauchen aber auch die Arbeitgeber im Boot, damit sie ihrer Verantwortung gerecht werden und für eine Eindämmung der Kosten sorgen, indem sie etwa die Krankheitsrisiken im Zusammenhang mit arbeitsbedingten Erkrankungen zu minieren versuchen. Die Arbeitgeber sollten also weiterhin an der Finanzierung der Krankenversicherung beteiligt bleiben, auch an der Finanzierung der Kosten in der Zukunft. Denn ich bin der Ansicht, dass wir schon jetzt eine sehr ungerechte Verteilung haben, die auch zu Lasten der Binnenkonjunktur geht. Diese Verteilung belastet ganz wesentlich die unteren und mittleren Einkommen. Wir haben derzeit eine Lastenverteilung von 40 zu 60 Prozent bei der Finanzierung des Gesundheitswesens. 60 Prozent bezahlen die Versicherten und 40 Prozent die Arbeitgeber. Das ist zum einen darauf zurückzuführen, dass 0,9 Prozent des Beitragsatzes seit 2005 sozusagen als Sonderopfer von den Versicherten erhoben werden. Dies entspricht 9 Mrd. Euro im Jahr. Zum anderen haben die Versicherten Mehrbelastungen zu tragen, die durch die Zuzahlungen und durch Veränderungen im Versicherungssystem entstanden sind. Nehmen wir alles zusammen, dann müssen die Versicherten jedes Jahr 15 Mrd. Euro mehr bezahlen als die Arbeitgeber. Mit dem Einfrieren der Arbeitgeberbeiträge erfolgt eine Weichenstellung in die völlig falsche Richtung, indem die Lasten der Zukunft allein den Versicherten aufgebürdet werden. Deshalb treten wir für eine Bürgerversicherung ein, das heißt für eine gerechte Verteilung der Lasten auf alle Bürger. Dies würde auch zur Entlastung der Arbeitskosten beitragen, weil Kapitaleinkünfte und andere Einkommensarten in die Finanzierung und die Bezieher höherer Einkommen in eine so-

lidarische Verteilung der Lasten einbezogen würden.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Ich habe eine weitere Frage an die BDA und den DGB. Frau Buntenbach hat gerade dargestellt, dass die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer durch den Krankenversicherungsbeitrag schon jetzt deutlich höher belastet sind als die Arbeitgeber. Daher stellt sich die Frage, mit welcher Berechtigung die BDA in der Sozialen Selbstverwaltung noch mit dem gleichen Anteil wie die Arbeitnehmer vertreten ist und weshalb die Arbeitgeber dort unter anderem über Zusatzbeiträge mitentscheiden, die von den Arbeitnehmern allein aufgebracht werden.

SV **Dr. Volker Hansen** (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e.V. (BDA)): Zunächst sollte man bei allen Vergleichsrechnungen nicht nur nach dem prozentualen Beitragsanteil, nach Zuzahlungen und Eigenbeteiligung der Versicherten fragen, sondern auch berücksichtigen, dass die Betriebe einen eigenen Beitrag leisten, indem sie über 30 Mrd. Euro im Jahr für die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall zahlen. Dies ist eine Leistung, die nicht zu Lasten der Kassen geht, weil diese erst nach der sechsten Woche Krankengeld zahlen müssen. Es stellt sich also immer die Frage, was alles in die Rechnung eingehen sollte. Der eine bezieht das eine und der andere etwas anderes ein, und so kommt es zu unterschiedlichen Verteilungen. Dass die Versicherten in der Summe immer etwas mehr zahlen müssen als die Arbeitgeber, liegt auch daran, dass zu den Versicherten auch die 20 Mio. Rentner zählen. Deren Krankenversicherungsbeitrag wird je zur Hälfte von der Rentenversicherung und von den Rentnern selbst finanziert. Die Arbeitgeber sind an dem Anteil der Rentenversicherung wiederum zu 50 Prozent beteiligt. Daher addiert sich der Arbeitgeberanteil in der Gesamtsumme nicht auf 50 Prozent. Er liegt aber über dem von Frau Buntenbach genannten Wert, weil

auch die Entgeltfortzahlung in die Rechnung einbezogen werden muss. Ferner muss man, wenn man nach der Parität in der Selbstverwaltung fragt, auch die Selbstverwaltung in der Unfallversicherung einbeziehen. Obwohl die Arbeitgeber dort den Beitrag zu 100 Prozent tragen, besteht in der Selbstverwaltung Parität. Entscheidend ist somit nicht, wer welchen Anteil am Gesamtbeitrag finanziert, ob dies ein paar Prozentpunkte mehr oder weniger sind, sondern dass beide Gruppierungen aus der Arbeitswelt, Arbeitnehmer bzw. Versicherte und Arbeitgeber, hier gemeinsam Verantwortung tragen. Daher halte ich es für nicht angebracht, die Parität in der Selbstverwaltung allein aus der Parität in der Beitragsfinanzierung abzuleiten.

SVe **Annelie Buntenbach** (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Meine Aussage über die Relation von 40 zu 60 Prozent bei den Belastungen durch die Krankenversicherung bezog sich nur auf die aktiv im Erwerbsleben Stehenden. Die Rentnerinnen und Rentner bilden eine eigene Gruppierung. Das heißt, die Belastungen haben sich von den Arbeitgebern weg zu Lasten der aktiv im Erwerbsleben Stehenden verschoben. In Bezug auf die Selbstverwaltung plädieren wir für einen Fortbestand der Parität, der sich aber auch in einer paritätischen Beteiligung an der Finanzierung der Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung niederschlagen sollte. Diese halten wir für unabdingbar. Die Unfallversicherung kann nicht zum Vergleich herangezogen werden. Zwar tragen die Arbeitgeber hier den Beitrag allein, sie sind dafür aber von der Haftung, die andernfalls der Betrieb übernehmen müsste, entbunden. Man kann nicht Äpfel mit Birnen vergleichen.

Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Ich habe noch eine Frage an den Vertreter der Volkssolidarität. Wie beurteilen Sie die Lastenverteilung in der gesetzlichen Krankenversicherung und den Vorschlag der Fraktion DIE LINKE., einen Beitrags-

satz von jeweils 7,9 Prozent für Arbeitnehmer und Arbeitgeber festzulegen?

SV Dr. Alfred Spieler (Volkssolidarität-Bundesverband e.V. (VS)): Wir sehen das Problem, dass sich durch das GKV-Finanzierungsgesetz die Lasten weiter zu Ungunsten der kleinen und mittleren Einkommen verschieben und dass die höheren Einkünfte wenig bis gar nicht belastet werden. Ich will das am Beispiel der Beitragsbemessungsgrenze deutlich machen. Diese wird im Jahre 2011 sogar absinken; das heißt, dass die über dieser Grenze liegenden Einkommen verschont werden. Daran zeigt sich, dass wir mit diesem Gesetz eine ungerechtere Finanzierung bekommen werden.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine erste Frage richtet sich an das Diakonische Werk. Sie lehnen die Einführung einkommensunabhängiger Zusatzbeiträge auch bei funktionierendem Sozialausgleich ab. Könnten Sie uns erläutern, weshalb Sie diese Position einnehmen?

SV Dr. Peter Bartmann (Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V. (EKD)): Zunächst begrüßen wir, dass es in der gesetzlichen Krankenversicherung auch nach der Neuregelung im Prinzip bei der Einkommensabhängigkeit des Beitrages bleibt. Damit bleiben die Vorzüge des bisherigen Systems im Hinblick sowohl auf die Beitragsgestaltung als auch auf die Beitragserhebung – gemeint ist der Quellenabzug – erhalten. Heute Vormittag ist schon einiges dazu gesagt worden, für welche Gruppen der Quellenabzug vorzuziehen wäre, weil dann bestimmte Probleme beim Beitragseinzug nicht auftreten würden. Die Regelung zum Sozialausgleich, der ab 2 Prozent Belastung greift, führt dazu, dass die Haushalte stärker belastet werden, bei denen die Zwei-Prozentgrenze nicht erreicht ist. Das heißt, es tritt bei den Haushalten mit niedrigem oder unterdurch-

schnittlichem Einkommen letztlich eine Verschlechterung gegenüber der heutigen Lage ein. Da durch den Zusatzbeitrag die Gesamtbelastung bzw. die Beitragserhöhung verschleiert wird, beurteilen wir die Neuregelung insgesamt kritisch. Ein letzter Punkt: Durch die Zusatzbeiträge ist auch bisher schon der Preiswettbewerb in der GKV verstärkt worden. Dies ist nicht sinnvoll, solange wir kein den Zielen des Sozialrechts entsprechendes Wettbewerbskonzept haben, wonach die Krankenkassen nicht nur über den Zusatzbeitrag, sondern auch in Bezug auf Qualität und andere Gesichtspunkte konkurrieren.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage richtet sich an den vdek. Sie lehnen eine einseitige Belastung der Versicherten ebenso ab wie die Festschreibung des Arbeitgeberanteils. Wie begründen Sie diese Position?

SV Thomas Ballast (Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)): Wir sind zu dieser Schlussfolgerung durch die geplanten gesetzlichen Maßnahmen gelangt. Diese sehen vor, dass der Beitragssatz zum 1. Januar 2011 einmalig angehoben wird. Zugleich soll aber der Anpassungsmechanismus wegfallen, der bisher vorsah, dass bei einer bestimmten andauernden Unterdeckung des Gesundheitsfonds der Beitragssatz angehoben werden muss. Das heißt, es gibt keine Regelung mehr im Gesetz, die vorschreibt, dass der Beitragssatz angehoben werden soll. Anders als Herr Dr. Hansen nehmen wir nicht an, dass die künftige Entwicklung des Beitragssatzes unsicher ist, sondern befürchten, dass es dabei bleiben wird und der paritätisch bzw. gemeinsam finanzierte einkommensabhängige Beitragssatz nicht weiter steigen wird. Dies bedeutet, dass künftig die einzige Möglichkeit, zusätzliche Kosten, die über etwaige Anpassungen der beitragspflichtigen Einnahmen hinausgehen, zu finanzieren, darin besteht, die Versicherten entsprechend zu belasten. Dies wird zu einem entsprechenden Anwachsen der Zusatzbeiträge führen. Wir

halten dies für ungerecht, da auch die Arbeitgeber von der Gesunderhaltung bzw. der Gesundwerdung des Produktivfaktors Arbeit profitieren. Sie sollten deshalb ebenfalls an der Finanzierung der Kostensteigerungen beteiligt werden. Wir halten die gemeinsame Finanzierung auch deshalb für sinnvoll, weil sie zur Aufrechterhaltung eines gemeinsamen Interesses an einer guten Versorgung und auch an der Kostenbegrenzung beiträgt. Dieses System hat sich in den vergangenen Jahrzehnten als erfolgreich erwiesen und sollte daher in Zukunft beibehalten werden.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage richtet sich an den Paritätischen Wohlfahrtsverband. Auch Sie lehnen die Fortschreibung der einseitigen Lastenverschiebung auf die Versicherten durch Zusatzbeiträge ab. Sie schreiben in Ihrer Stellungnahme: „Die geplanten Maßnahmen sind weder alternativlos noch durch den internationalen Wettbewerb geboten.“ Wie sieht die Alternative dazu aus Ihrer Sicht aus?

SV **Dr. Joachim Rock** (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband - Gesamtverband e.V. – (DPWV)): Die Ursache für die Einnahmeschwäche der gesetzlichen Krankenversicherung ist die fortdauernde Orientierung der Beitragsbemessung an den Löhnen. Aber auch die erheblichen Kostenverschiebungen von den öffentlichen Haushalten auf die Beitragszahler, also vom Steuerzahler auf den Beitragszahler, die mit einer Entlastung der privat Versicherten einhergegangen sind, haben dazu beigetragen. Wir vertreten die Auffassung, dass dies zu einer fortdauernden Fragmentierung der Finanzierung des Gesundheitswesens und zu einer einseitigen Kostenbelastung in der gesetzlichen Krankenversicherung führen sowie eine regressive Verteilungswirkung haben wird. Wir ziehen daraus die Konsequenz, die Forderung nach Einführung einer sozialen Bürgerversicherung zu unterstützen. Zudem fordern wir eine Ausweitung der Beitragsbemessungsgrundlage auf alle

sieben bis elf Einkommensarten des Steuerrechts, die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung, also auf derzeit 5.500 Euro, und die Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze. Darüber hinaus treten wir dafür ein, dass für die Empfänger von Leistungen nach den Sozialgesetzbüchern II und XII kostendeckende Beiträge gezahlt werden. Die darüber hinaus gehenden Vorschläge finden Sie in unserer umfangreichen Stellungnahme.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage richtet sich an den IKK-Verband. In Zukunft soll der durchschnittliche Zusatzbeitrag vom BMG ermittelt werden, und zwar im Einvernehmen mit dem Finanzministerium. Welche gesundheits- und finanzpolitischen Zielkonflikte zwischen den beiden Ministerien könnten sich daraus ergeben? Welche Auswirkungen hätten diese Zielkonflikte auf die Krankenversicherung und ihre Versicherten?

SV **Stefan Gründer** (Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen e. V. (IKK)): Wir stellen fest, dass es im Gesetzentwurf im Vergleich zum Referentenentwurf eine Veränderung gegeben hat. Ursprünglich sollte das BMG den durchschnittlichen Zusatzbeitrag allein festlegen. Im Gesetzentwurf ist nun vorgesehen, dass dies im Einvernehmen mit dem Finanzministerium erfolgen soll. Wir sehen die Gefahr, dass die objektiven Schätzungen des Schätzerkreises, in dem der GKV-Spitzenverband, das BVA und das BMG vertreten sind, hierdurch ein Stück weit politisiert werden, weil das Finanzministerium seine finanzpolitischen Interessen stärker in Spiel bringen könnte. Dies könnte wiederum dazu führen, dass der durchschnittliche Zusatzbeitrag nicht objektiv ermittelt und damit das notwendige Volumen an Steuerzuschüssen für den Gesundheitsfonds zu gering eingeschätzt wird. Die Folge wäre, dass der Steuerzuschuss zum Gesundheitsfonds

nicht ausreichen würde und letztlich die Versicherten das Fondsdefizit GKV-intern über höhere Zusatzbeiträge finanzieren müssten.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage richtet sich an den SoVD. Sie fordern, dass die Bundesagentur für Arbeit und nicht die gesetzlich Krankenversicherten die Zusatzbeiträge für Bezieherinnen von ALG II tragen sollen. Wie begründen Sie dies?

SV **Fabian Székely** (Sozialverband Deutschland e.V. (SoVD)): Es ist nicht die Aufgabe der GKV-Versichertengemeinschaft, stellvertretend für die Gesamtgesellschaft sicherzustellen, dass für ALG II-Bezieher genügend Beiträge an die gesetzliche Krankenversicherung gezahlt werden. Dies gilt auch für die Zusatzbeiträge. Unserer Ansicht nach errichtet man hier lediglich einen neuen Verschiebebahnhof, wenn jetzt Zusatzbeiträge durch die Versichertengemeinschaft finanziert werden sollen. Darüber hinaus müssen die Versicherten auch den Anteil der Zusatzbeiträge finanzieren, der über dem durchschnittlichen Zusatzbeitrag liegt, weil für die ALG II-Bezieher immer nur der durchschnittliche Zusatzbeitrag an die Krankenkassen weitergeleitet wird. Das ist nicht sachgemäß. Solche Verschiebebahnhöfe darf es unserer Meinung nach nicht geben.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage richtet sich an den Caritasverband. Während der Gesetzentwurf für die Übernahme des Zusatzbeitrags für ALG II-Bezieherinnen eine Regelung enthält, fehlt im SGB XII eine entsprechende Regelung für die Finanzierung des Zusatzbeitrags von Sozialhilfeempfängerinnen. Welche Folgen ergeben sich daraus für diese Personengruppe und welche Lösung schlagen Sie vor?

SVe **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e.V.): In der Tat sieht der Gesetzentwurf keine Folgeregelung für § 32 Abs. 4 SGB XII vor, demzufolge der Zusatzbeitrag vom Sozialhilfeträger übernommen wird. Wenn hier keine Neuregelung erfolgt, entsteht für Sozialhilfeempfänger eine neue Beitragsdeckungs-lücke. Ich möchte darauf hinweisen, dass dieses Problem auch für Menschen mit Behinderungen gilt, die nur eine Tagesförderstätte und keine Werkstätte für behinderte Menschen besuchen. Unseres Erachtens muss diese Lücke dringend geschlossen werden, und zwar indem eine entsprechende gesetzliche Anpassung in § 32 Abs. 4 SGB XII erfolgt.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage richtet sich an die BAG SELBSTHILFE. Welche Belastungen entstehen für chronisch kranke Menschen durch die Zusatzbeiträge und ihre geplante Anhebung?

SVe Dr. **Siiri Ann Doka** (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE)): Im Gegensatz zu gesunden Versicherten sind chronisch kranke Menschen oft in DMP-Programme eingebunden und können deswegen viel schwerer als andere Versicherte ihre Kasse wechseln. Sie haben daher unter Umständen kassenindividuelle Zusatzbeiträge zu bezahlen oder sie müssen die Krankenkasse wechseln und dadurch gesundheitliche Nachteile in Kauf nehmen. Das zweite Problem ist, dass die chronisch Kranken in den letzten Jahren schon sehr stark durch Zuzahlungen und Mehrkosten belastet worden sind, die nicht alle durch die Chronikerregelung abgedeckt sind. Insgesamt können durch die Zusatzbeiträge und die Chronikerregelung zusätzliche Beiträge von bis zu 11,2 Prozent auf die Kranken zukommen, bzw. diese Grenze kann sogar noch überschritten werden, wenn der durchschnittliche Zusatzbeitrag falsch geschätzt wurde. Dazu

wurde vorhin bereits Einiges ausgeführt. Zudem können Kosten entstehen, die nicht durch die Chronikerregelung abgedeckt sind.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an den GKV-Spitzenverband. Mit steigenden Zusatzbeiträgen erhöht sich das Ausfallrisiko für die Krankenkassen. Könnten Sie den finanziellen Umfang dieses Risikos abschätzen und sehen Sie die Notwendigkeit, diese Ausfälle in Zukunft zentral zu ermitteln und zu veröffentlichen?

Sve **Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband): Das Ausfallrisiko für die Kassen wird natürlich umso höher ausfallen, je höher der Anteil ist, der über Zusatzbeiträge finanziert wird, weil die Zusatzbeiträge nicht im Quellenabzugsverfahren erhoben werden. Man sollte an dieser Stelle einmal positiv hervorheben, dass dieses Verfahren bei den Arbeitgebern heute sehr gut funktioniert. Das ist international gesehen nicht selbstverständlich. Aber das bedeutet umgekehrt, dass es bei Beziehern niedriger Einkommen und auch bei ALG-II-Empfängern zu Problemen kommen kann. Laut den entsprechenden Zahlen der Krankenkassen haben von den ALG II-Empfängern 50 bis 60 Prozent und von den ALG I-Empfängern knapp 40 Prozent den Zusatzbeitrag nicht oder nicht vollständig gezahlt. Für die ALG II-Empfänger hat man dies nun vermeintlich dadurch gelöst, dass man die Zusatzbeiträge aus der Liquiditätsreserve des Fonds finanziert. Dies vermindert zwar für die einzelne Kasse das Ausfallrisiko, bedeutet aber für die GKV insgesamt einen Totalverlust, weil sie die Zusatzbeiträge letztlich an sich selbst zahlt. Denn hier zahlen weder die Bundesagentur noch der Bund oder die ALG II-Empfänger irgendetwas. Vielmehr wird der Fehlbetrag intern ausgeglichen und muss später, sofern nicht genügend Geld vorhanden ist, über weitere Zusatzbeiträge refinanziert werden. Ferner habe ich vorhin darauf hingewiesen, dass die Säumniszuschläge

zwar grundsätzlich einen positiven Effekt haben, aber nicht in den Fällen, in denen die Pfändungsgrenze unterschritten wird. Eine Veröffentlichung der Beitragsausfälle ist nur dann sinnvoll, wenn sie auch Grundlage für einen Ausgleich ist. Andernfalls hat sie wenig Sinn.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an ver.di. Sowohl der Sozialausgleich als auch die Zusatzbeiträge für die ALG-II-Empfänger sollen bis zum Jahr 2015 aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds bezahlt werden. Erst 2014 will die Bundesregierung beschließen, wie es weitergeht. Wie bewerten Sie dieses Vorgehen?

SV **Herbert Weisbrod-Frey** (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)): Hier kann ich mich den Ausführungen von Frau Dr. Pfeiffer anschließen. Die Finanzierung aus der Liquiditätsreserve bedeutet, dass sich der Anstieg der Zusatzbeiträge beschleunigt. Wir werden eine Art Spirale bei der Kopfpauschale bekommen, wenn die Zusatzbeiträge von den Versicherten selbst finanziert werden müssen. Im Übrigen steht noch nicht fest, ob es ab 2015 eine Steuerfinanzierung geben wird.

Abg. **Stephan Stracke** (CDU/CSU): Die Fraktion DIE LINKE. hat einen Antrag zur Bürgerversicherung vorgelegt, zu dem ich dem AOK-Bundesverband und dem vdek einige Fragen stellen möchte. In diesen Antrag wird unter anderem vorgeschlagen, erstens sämtliche Leistungen ohne irgendeine Form der Steuerung durch die Patientinnen und Patienten zu Lasten der Krankenkassen anzubieten, zweitens den Krankenkassen jegliche Beitragsautonomie zu nehmen und drittens das Leistungsangebot der verschiedenen Krankenkassen vollständig anzugleichen. Wie beurteilen Sie diese Vorschläge? Welche Auswirkungen hätte deren Umsetzung auf den Wettbewerb innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung?

SV Dr. Herbert Reichelt (AOK-Bundesverband (AOK-BV)): Nach meiner Auffassung ist es für die gesetzliche Krankenversicherung und ihre Weiterentwicklung sehr wichtig, dass wir wettbewerbliche Elemente in diesem System haben. Es ist daher auch von großer Bedeutung, dass diese wettbewerblichen Elemente gestärkt werden. Dies haben wir auch in Bezug auf den vorliegenden Gesetzentwurf eingefordert. Bisher vermischen wir aber eine entsprechende Ausrichtung des Gesetzentwurfs. Dieses Thema wird heute im zweiten Block der Anhörung den zentralen Gegenstand bilden. Im Übrigen glaube ich nicht, dass uns der vorliegende Antrag der Fraktion DIE LINKE hier weiterhilft, weil auch darin Regelungen zur Stärkung der wettbewerblichen Elemente fehlen. Deshalb möchte ich anregen, diese Frage stärker ins Zentrum zu rücken.

SV Thomas Ballast (Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)): Ich kann mich Herrn Dr. Reichelt im Wesentlichen anschließen. Wir haben immer begrüßt, dass die Regierungskoalition bei der Weiterentwicklung der sozialen Krankenversicherung von einem wettbewerblichen Ansatz ausgeht. Wir finden allerdings noch nicht genügend Elemente in den vorliegenden Gesetzentwürfen realisiert. Hier kann man noch nachbessern. Insoweit ist es wichtig, dass wir auch künftig Möglichkeiten haben, Versorgungssteuerung zu betreiben und stärker als bisher über die Höhe der Beiträge selbst zu entscheiden, damit die Krankenversicherung auf Dauer so erfolgreich sein kann wie in der Vergangenheit.

Abg. Karin Maag (CDU/CSU): Meine Fragen betreffen die Kooperation zwischen GKV und PKV. Die erste Frage richtet sich an Herrn Kailuweit, an die PKV und den BKK-Bundesverband. Wie beurteilen Sie die Neuregelung des § 194 SGB V im Hinblick auf die Möglichkeiten zu einer verbesserten Kooperation zwischen GKV und PKV bei der Gewährung von Zusatzversicherungen, und sind die geplanten

Regelungen ausreichend? Ich hätte dazu gern eine Begründung. Eine weitere Frage habe ich an Herrn Kailuweit: Wie bewerten Sie vor dem Hintergrund der geplanten Stärkung der Kooperation zwischen GKV und PKV die Verkürzung der Bindungsfrist bei Wahltarifverträgen nach § 53 SGB V von drei Jahren auf ein Jahr? Welche Auswirkungen hat dies auf die bestehenden Wahltarife?

SV Ingo Kailuweit: Ich beginne mit dem ersten Teil der Frage. Die Ergänzung des § 194 dient der Klarstellung und damit der weiteren Ebnung eines Weges zur Kooperation, der bereits eingeschlagen worden ist. Wir sind hier mit der Allianz in ein neues Feld vorgestoßen. Wir stellen aber auch fest, dass es viele Themen gibt, über die wir noch weiter diskutieren müssen, beispielsweise gemeinsame Auftritte in der Werbung und Ähnliches. Ich begrüße daher, dass dieser Schritt gegangen wird und empfehle, in der eingeschlagenen Richtung weiter voranzuschreiten. Ich bin fest davon überzeugt, dass es für die Zusammenarbeit zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung sowohl aus ökonomischer Sicht als auch aus Sicht der Versicherten ein großes Potential gibt. Ich möchte auch auf den zweiten Punkt eingehen. Wir bieten in unserem Unternehmen Wahltarife mit Selbstbehalt und Beitragsrückgewähr an. Im Bereich dieser Tarife haben sich durch die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleiches hin zum Morbi-RSA die Einnahmen für Gesunde vermindert. Dies bedeutet, dass sich die Wirtschaftlichkeit von Wahltarifen vermindert hat. Eine weitere Verkürzung der Bindungsfrist für die Beitragstarife auf ein Jahr würde – auch mit Blick auf die Investitionskosten, die mit eingerechnet werden müssen –, dazu führen, dass diese Wahltarife nicht mehr angeboten werden. Damit wäre das Ende der Idee vorgezeichnet, Anreize für gesundheitsbewusstes Verhalten zu bieten. Wenn man aber an dem Ziel festhalten möchte, auch in der GKV durch Wahltarife, Selbstbehalt und Beitragsrückgewähr solche Anreize zu bieten, dann sollte man unter Wirtschaft-

lichkeitsaspekten an der Frist von drei Jahren festhalten.

SV Dr. Volker Leienbach (Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV)): Im Koalitionsvertrag wird eine Verbindung zwischen zwei Zielen hergestellt. Einerseits sollen GKV und PKV stärker voneinander abgegrenzt werden, andererseits wird eine engere Kooperation angestrebt. Wir stellen nun fest, dass im Bereich der Wahl- und Zusatztarife – entgegen der öffentlichen Berichterstattung in der letzten Woche – die erforderliche Klarstellung nicht erfolgt ist. Es ist weiterhin rechtlich nicht eindeutig geregelt, ob die GKV Zusatztarife anbieten kann. Allerdings wird jetzt verlangt – das muss man positiv herausstreichen –, dass ein Aktuar oder ein Wirtschaftsprüfer das Regelwerk prüfen muss. Dabei halten wir es für unbedingt notwendig, dass dieser Aktuar oder Wirtschaftsprüfer ein verbindliches Regelwerk anwendet. Hier müssen Mindestbedingungen gelten, wie dies auch bei der PKV der Fall ist. Da es sich hier um ein Koppelgeschäft handelt, sehe ich keine Veranlassung, die Kooperation zu erweitern, zumal sie heute bereits sehr weit geht und über die Vermittlung von Zusatzversicherungen hinausreicht. So gibt es bereits die gemeinsame Abwicklung von Leistungen und auch gemeinsame Geschäftsstellen. Ich kann daher keinen Bedarf an einer noch weitergehenden Kooperation erkennen. Wir sehen hingegen die Notwendigkeit, die noch ausstehende Abgrenzung zwischen GKV und PKV bei den Wahl- und Zusatztarifen deutlich trennschärfer zu gestalten. Was die Bindungsfrist anbelangt, teile ich die Einschätzung, dass die Wahlfreiheit zunimmt, wenn man die Frist von drei Jahren auf ein Jahr verkürzt. Man muss aber auch berücksichtigen, dass der Versicherungsschutz lebenslang gelten sollte. Zusatzversicherungen der PKV gelten ein Leben lang und können nicht, wie wir es gerade bei der TK erlebt haben, nach drei Jahren gekündigt werden.

SV Heinz Kaltenbach (BKK Bundesverband (BKK-BV)): Ich möchte mich zu den Zusatzversicherungen äußern. Der vorliegende Entwurf schafft eigentlich keine neue Rechtslage. Die vorhandenen Kooperationsmöglichkeiten ließen sich stärker nutzen, wenn es klarere Regelungen gäbe. Die GKV müsste stärker davon profitieren können. Ihre Rolle ist derzeit noch relativ unklar definiert. Insofern würden die Kassen sich wünschen, dass die Regelungen zu den Wahlтарifen optimiert würden. Wir sind über die Verkürzung der Mindestbindungsfrist nicht glücklich, weil die Tarife dann nicht mehr kalkulierbar sind und letztlich quersubventioniert werden müssen. Im Grunde wird damit dem Zweck der Wahlтарifen nicht mehr angemessen Rechnung getragen. Die Tatsache, dass die Wahlтарifen derzeit nicht in dem Maße angenommen werden, wie man sich das einmal vorgestellt hat, zeigt, dass sie attraktiver gemacht werden müssten. Meiner Meinung nach ist dafür die Verkürzung der Bindungsfrist der falsche Weg. Vielmehr geht es hier eher um Fragen der Kalkulation und der Ausgestaltung dieser Tarife. Mit der Einführung von Aktuaren oder Wirtschaftsprüfern würde man ein weiteres Aufsichtsgremium für die Krankenkassen schaffen, das zu der Aufsicht durch den Bund, die Länder und den Rechnungshof hinzukäme. Bei der Bilanzprüfung von Krankenkassen gehen die Wirtschaftsprüfer ohnehin ein und aus. Ich denke, es ist nicht notwendig, noch ein weiteres Aufsichtsgremium zu schaffen.

Abg. **Erwin Rüdell** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die PKV und das Diakonische Werk zur Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes. Als Folgeänderung zur Einführung der einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge wird im Versicherungsaufsichtsgesetz die Berechnungsgrundlage für den Basistarif in der PKV angepasst. Wird mit der geplanten Änderung das Ziel erreicht, dass der Basistarif den Höchstbeitrag in der GKV nicht überschreiten darf?

SV Dr. Volker Leienbach (Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV)): Es gibt die Regelung, dass der Basistarif nicht teurer sein darf, als die GKV maximal kostet. Durch diese Regelung wird das genannte Ziel erreicht, zumal jetzt auch der durchschnittliche Zusatzbeitrag mit eingepreist werden soll.

SV Dr. Peter Bartmann (Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V. (EKD)): Aus unserer Sicht stellt sich bei der Neufassung des Versicherungsaufsichtsgesetzes vor allem das Problem, dass die Bezieher von Transfereinkommen für einen Restbetrag selbst aufkommen müssen, weil der Zuschuss, den sie von der Agentur für Arbeit bekommen, in der Höhe auf den Mindestbeitrag zur GKV beschränkt ist, während der Beitrag, den das private Versicherungsunternehmen verlangt, sehr viel höher liegen kann. Wir setzen uns deshalb dafür ein, dass für die ALG II-Bezieher der Durchschnittsbeitrag in der GKV erstattet wird. Der gleiche Betrag käme dann auch der PKV zu. Allerdings ist es offenbar nicht gewünscht, dass der PKV-Basistarifbetrag bei geringen Einkünften weiter reduziert werden kann. Er entspricht daher der Höhe der Beiträge, die die Agentur für Arbeit an die GKV überweist.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an Herrn Kailuweit. Könnten Sie noch einmal näher ausführen, was man sich unter einer erweiterten Kooperation zwischen GKV und PKV vorzustellen hat und was aus Sicht einer gesetzlichen Krankenkasse noch zusätzlich möglich wäre? Ich habe eine weitere Frage an den GKV-Spitzenverband. Es wurde vorhin der Vorschlag gemacht, der Berechnung des Sozialausgleichs nicht nur das beitragspflichtige Einkommen, sondern das Gesamteinkommen zu Grunde zu legen. Ich möchte erfahren, wie groß innerhalb eines Jahres die Zahl der Personen ist, die einen Antrag auf Befreiung von der Zuzahlung nach der Ein- oder der

Zwei-Prozent-Regel stellen, deren Einkommenssituation also bereits jetzt von den Krankenkassen überprüft wird. Ferner wurde bereits mehrfach das Thema Bürokratie angesprochen. Dabei muss man den Status quo – bei dem die Ein-Prozentregelung gilt, die mit einer Antragstellung auch für den Sozialausgleich etc. verbunden ist – mit der Situation nach der geplanten Neuregelung vergleichen und dann die Frage beantworten, welche Lösung aus Sicht der gesetzlichen Krankenkassen mit weniger bürokratischem Aufwand verbunden ist.

SV Ingo Kailuweit: Unserer Ansicht nach sollten alle Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, die durch die PKV ergänzt werden können, in einen erweiterten Kooperationsbegriff in § 194 SGB V integriert werden. Außerdem geht es nicht nur um Leistungen, sondern auch um die Art der Erbringung von Leistungen, also um den Service oder um gemeinsame Leistungen aus einer Hand. Nehmen Sie das Beispiel Auslandskrankenversicherung. Wenn jemand eine Rechnung über im Ausland in Anspruch genommene Leistungen vorlegt, erstatten wir unseren Teil, nachdem wir uns informiert haben, um welche Leistungen es geht, und der Partner in der Privatversicherung übernimmt dann seinen Anteil an dem Rechnungsbetrag. Es wäre für den Versicherten aber viel einfacher, wenn er uns die Rechnung zusenden dürfte und wir ihm den Betrag dann zu 100 Prozent erstatten würden. Anschließend könnte dann eine Verrechnung mit unserem Partner erfolgen. Es hätte viele Vorteile, wenn der Versicherte den Versicherungsschutz aus einer Hand bekäme. Dies würde allerdings voraussetzen, dass man die Dinge auch gemeinsam anpacken kann. Zumindest aufsichtsrechtlich gibt es heute dafür eine Reihe von Hindernissen.

SVe Dr. Doris Pfeiffer (GKV-Spitzenverband): Wenn alle Einkunftsarten in die Berechnung einbezogen werden sollen, dann verursacht dies einen entsprechen-

den Mehraufwand. Die Notwendigkeit einer entsprechenden Prüfung besteht in Teilen schon heute bei den Zusatzbeiträgen. Ich kann leider keine Angaben zur Zahl der Fälle machen. Man kann aber davon ausgehen, dass bei steigenden Zusatzbeiträgen ein zusätzlicher Aufwand entsteht, weil auch mehr Personen betroffen sein werden. Dieser Mehraufwand muss heute von den Kassen bei freiwilligen Mitgliedern allein bewältigt werden, weil sie das gesamte Einkommen zu prüfen haben. Künftig wird aufgrund des teilweise automatisierten Verfahrens ein Teil des Aufwands bei den beitragsabführenden Stellen entstehen, wobei durch die Orientierung am Durchschnittszusatzbeitrag zumindest in einem Teil der Fälle eine vollständige Automatisierung möglich wird. Wir gehen davon aus, dass etwa ein Drittel der Mitglieder mehrere Einkünfte hat. Hier wird dann die jeweilige Kasse den Ausgleich durchführen müssen. Die Prüfungen erfordern zum Teil persönliche Rückfragen, die einen entsprechenden Mehraufwand verursachen. Insgesamt gesehen wird sich also bei denjenigen, die nur eine Einkommensart haben, das Verfahren vereinfachen, bei etwa einem Drittel wird hingegen ein zusätzlicher Aufwand entstehen.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich möchte zu diesem Punkt noch eine Nachfrage stellen. Nach meinen Informationen gibt es pro Jahr 6 bis 7 Mio. Anträge auf Befreiung von der Zuzahlung. Ich möchte wissen, ob diese Angabe zutrifft.

SVe **Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband): Wir werden Ihnen die entsprechenden Zahlen nachreichen.

Abg. **Dr. Karl Lauterbach** (SPD): Ich habe eine Frage zum Thema Kostenerstattung, die sich an den Verbraucherverband, den GKV-Spitzenverband und den AOK-Bundesverband richtet. Der Änderungsantrag 2 sieht bekanntlich die Ausdehnung der Kostenerstattung vor. Damit könnte

ein lang gehegter Wunsch der Ärzteschaft in Erfüllung gehen, denn die Ärzte sind daran interessiert, dass langfristig die freiwillige Kostenerstattung an die Stelle der Sachleistung tritt. Können die Patientinnen und Patienten ihrer Einschätzung nach auf Augenhöhe mit dem Arzt verhandeln, wenn er ihnen die Kostenerstattung anbietet? Ist es ferner denkbar, dass die Kostenerstattungsfrage für Fachärzte beispielsweise bei der Terminvergabe künftig eine Rolle spielen könnte? Werden künftig bei der Kostenerstattung alle Leistungen bezahlt oder wird der Versicherte einen Teil der Kosten selbst tragen müssen? Ist es denkbar, dass der Arzt dem Patienten künftig Leistungen anbietet – ähnlich, wie dies heute bereits bei den berechtigten IGeL-Leistungen der Fall ist –, die möglicherweise medizinisch gar nicht nötig sind?

SV **Dr. Stefan Etgeton** (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv)): Es gibt sicherlich einzelne Patientinnen und Patienten, die – ohne selbst Medizinerinnen oder Mediziner zu sein – mit dem Arzt auf Augenhöhe verhandeln können. Gleichwohl ist das Gros der Patienten nicht dazu in der Lage, den Ärzten auf Augenhöhe zu begegnen, und auch die Patientensituation als solche ist dazu nicht geeignet. Denn die Patientin oder der Patient befinden sich in einem hochgradigen Abhängigkeitsverhältnis, anders als dies in anderen Situationen, etwa in der Rolle des Kunden oder des Verbrauchers, der Fall ist. Die Begründung für die Neuregelung der Kostenerstattung halte ich für unplausibel. Darin heißt es, dass der Versicherte durch Überprüfung der vom Leistungserbringer gestellten Rechnung die Möglichkeit habe, Leistungspositionen zu hinterfragen und so das wirtschaftliche Handeln des Leistungserbringers zu kontrollieren. Der Versicherte oder der Patient wird sozusagen zu seiner eigenen privaten Abrechnungsstelle, und das in einer Situation, in der er von der Diagnose und dem Therapievor-schlag des Arztes abhängig ist. Dies kann ich mir beim Gros der Patienten schwer vorstellen. Einen Beweis dafür, wie un-

wahrscheinlich dies ist, liefert das geringe Ausmaß, in dem von der Möglichkeit, sich eine Patientenquittung ausstellen zu lassen, Gebrauch gemacht wird. Seit 2004 ist diese Möglichkeit nach dem Gesetz gegeben. Einer der Gründe, weshalb die Patientinnen und Patienten von dieser Möglichkeit kaum Gebrauch machen, besteht darin, dass sie befürchten, damit gegenüber dem Arzt den Anschein eines Misstrauens zu wecken. Einen Eindruck davon, in welchem Umfang die Ärzte künftig von der Kostenerstattung Gebrauch machen könnten, erhält man, wenn man sich einige Eintragungen in dem Internetportal „facharzt.de“ anschaut. Die vorgesehene Art der Kostenerstattung wird von bestimmten Ärztinnen und Ärzten vehement begrüßt. Mit Erlaubnis der Vorsitzenden würde ich gerne einmal drei kurze Passagen aus „facharzt.de“ zitieren, die dies deutlich machen. Ein Arzt schreibt: „Grundsätzlich vertrete ich die Position, dass meine Leistungspflicht in der GKV nach Erreichen des Regelleistungsvolumens, das ist in der Regel mit der Ordinationsgebühr abgegolten, erschöpft ist. Weitere Leistungen sind Privatleistungen oder werden mit Kostenübernahmeanträgen versehen.“ Dies spiegelt genau die Mentalität wider, die zu dem sogenannten IGeln führt. Ein Doktor B schreibt: „Da kommt immer wieder das Gegenargument gegen die Kostenerstattung. Manche hätten kein Geld und würden trotz Indikation der Praxis fernbleiben. Aber das ist doch streng genommen nicht unser Problem. Noch einmal, Kostenerstattung heißt für mich, wir rechnen die Patienten wie Privatpatienten mit dem gleichen 2,3-fachen Satz ab, dann wird das Geld von den Patienten per Rechnung beglichen, und die Erstattung des Betrages durch die GKV ist nicht mehr unser Problem.“ Diese Aussagen machen das ökonomische Interesse der Ärzte deutlich. Auch wenn die Äußerungen sicherlich nicht repräsentativ für die gesamte Ärzteschaft sind, werden viele oder zumindest einige Ärzte das Arzt-Patienten-Verhältnis dafür nutzen, um ihren Patienten die Kostenerstattung aufzudrängen. Ich möchte eine weiteres Zitat, das immerhin von der Vorsitzenden

des bayrischen Fachärztesverbandes stammt, hinzufügen: „Wenn wir den Einstieg in die Kostenerstattung auf dem Silbertablett serviert bekommen, dann müssen wir jetzt in die Vollen gehen. Werbung, Werbung, Werbung mit entsprechendem Hinweis auf die Möglichkeit einer Besserstellung in jedes ärztliche Gespräch. Und wir müssen immer darauf hinweisen, dass an der Schlechterstellung der Nichtkostenerstattungspatienten die Krankenkassen schuld sind.“ Ich denke, dies ist typisch für ein bestimmtes Klima in der Ärzteschaft und die Neigung, Patientinnen und Patienten unter Druck zu setzen, die Kostenerstattung zu wählen, sei es durch die Terminvergabe oder indem ihnen bestimmte Leistungen als besonders wichtig und notwendig dargestellt werden, die nicht von der GKV finanziert werden und die sie nur im Rahmen der Kostenerstattung erhalten können. Die Freiwilligkeit bei der Wahl der Kostenerstattung, die formell besteht, ist also in Wirklichkeit nur in stark eingeschränktem Maße gegeben.

Abg. **Dr. Karl Lauterbach** (SPD): Ich habe hierzu noch eine weitere Frage. Sind Sie der Auffassung, dass diese Regelung geeignet ist, das Arzt-Patient-Verhältnis bzw. das Vertrauensklima zwischen beiden zu verbessern?

SV **Dr. Stefan Etgeton** (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv)): Wenn der Patient zur Abrechnungsstelle wird und nicht nur seine Anliegen als Patient verfolgen, sondern darüber hinaus auch noch prüfen soll, ob die Leistungspositionen korrekt abgerechnet sind bzw. ob das wirtschaftliche Handeln des Leistungserbringers korrekt ist, dann trägt dies sicherlich nicht dazu bei, das Arzt-Patienten-Verhältnis, bei dem es primär um medizinische Fragen gehen sollte, zu fördern.

SVe **Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband): Herr Etgeton hat

zum Verhältnis zwischen Arzt und Patient schon einiges gesagt, das ich nicht zu wiederholen brauche. Hier liegt schlicht eine professionelle Dominanz vor. Es kann nicht jeder erst ein Medizinstudium absolvieren, um dann entsprechend kompetent mit seinem Arzt zu verhandeln. Es ist wichtig darauf hinzuweisen, dass wir in Deutschland das Sachleistungsprinzip haben, das uns die Möglichkeit gibt, die Versorgung durch Verträge zwischen den Krankenkassen und den Organisationen der Leistungserbringer zu steuern. Ganz gleich, ob es sich um Kollektiv- oder Selektivverträge handelt, wird hier auf Augenhöhe über Qualität und Wirtschaftlichkeit von Leistungen verhandelt. Das ist eine ganz andere Situation als die eines Patienten, der unter einer Erkrankung leidet und sich zugleich sozusagen im Zwiegespräch mit seinem Arzt darüber auseinandersetzen muss, ob diese oder jene Leistung notwendig, qualitätsgesichert oder wirtschaftlich ist. Das Sachleistungsprinzip, das seit vielen Jahren in Deutschland angewandt wird, hat sich so sehr bewährt, dass es jetzt auch die PKV anwenden will und dass uns viele Länder darum beneiden. Auch das Thema Rechnungsprüfung ist bereits angesprochen worden. Es ist sehr schwierig für den einzelnen Patienten, die Rechnung, die ihm der behandelnde Arzt stellt, zu überprüfen. Ich verweise auch hier auf das Beispiel der PKV, bei der diese Prüfung in vielen Fällen unterbleibt, weil der Patient das Vertrauensverhältnis zu seinem Arzt nicht beeinträchtigen will. Es gibt noch ein weiteres Problem, das meines Erachtens in der öffentlichen Diskussion viel zu wenig beachtet wird, nämlich die Tatsache, dass ein Patient, der sich gegen Kostenerstattung behandeln lässt, ein privatrechtliches Vertragsverhältnis mit dem Arzt eingeht. Damit wird er zahlungspflichtig, und zwar unabhängig davon, ob seine Kasse den Betrag ganz oder teilweise erstattet. Das bedeutet, dass der einzelne Patient, wenn er die Korrektheit der Rechnung anzweifelt, die Ansprüche gegen seinen Arzt vor den Zivilgerichten durchsetzen muss. Das ist eine ganz grundsätzliche Frage. Wie dies meine Kollegen in einem anderen

Zusammenhang gerade dargestellt haben, treten wir grundsätzlich für Wahlmöglichkeiten und auch für Wahltarife ein. Es gibt ja bereits entsprechende Möglichkeiten. Diese Tarife sollten aber entsprechend abgesichert sein, unter anderem dadurch, dass sie längere Bindungsfristen aufweisen, durch die die Kassen die Chance erhalten, die Versicherten umfassend zu beraten und ihnen die Risiken aufzuzeigen, die mit einer generellen Kostenerstattung verbunden sind.

SV Dr. Herbert Reichelt (AOK-Bundesverband (AOK-BV)): Nach den Ausführungen von Frau Dr. Pfeiffer will ich mich darauf beschränken, ein paar Ergänzungen zu machen. Zum Arzt-Patienten-Verhältnis hat sich Herr Etgeton sehr klar und pointiert geäußert. Es ist aber auch die Frage gestellt worden, wie die möglichen Differenzen zwischen Rechnungs- und Erstattungsbetrag zu erklären sind bzw. für welchen Teil der Kosten der Patient möglicherweise selbst aufkommen muss. Dies hat mehrere Gründe. Einer davon sind die Unterschiede zwischen der GOÄ- und der EBM-Systematik, ein anderer ist die Anwendung des 2,3-fachen Vergütungssatzes. Ferner kann es vorkommen, dass Leistungen in Rechnung gestellt werden, die der Leistungskatalog der GKV gar nicht vorsieht bzw. bei denen es sich eigentlich um IGeL-Leistungen handelt. Und schließlich kommen noch die Abschläge für fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen und den Verwaltungsmehraufwand hinzu. Diese Faktoren, die wir aus der Praxis kennen, erklären, weshalb es zu den Differenzen kommt und weshalb die Situation eintreten kann, dass der Versicherte am Ende nur etwa 50 Prozent der Kosten erstattet bekommt. In Extremfällen kann sogar ein Faktor zur Anwendung kommen, aufgrund dessen ein Patient nur ein Siebtel der Kosten erstattet bekommt. Das sind alles Fälle, die in der Abrechnungspraxis tatsächlich vorgekommen sind. Daher muss man betonen, dass hier eine Veränderung geplant ist, die man nicht unterschätzen darf. Bislang führt die Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenver-

sicherung eher ein Schattendasein, das heißt, die Zahl der Versicherten, die die Kostenerstattung wählen, bewegt sich im Promillebereich. Wenn jetzt die Bindungsfrist auf ein Quartal verkürzt werden soll, dann ist dies eine einschneidende Änderung, weil die einzelne Krankenkassen sich nun dazu veranlasst sehen könnten, die Kostenerstattung probeweise für bestimmte Bereiche anzubieten, um die daraus resultierenden Belastungen zu begrenzen. Auch die von Herrn Etgeton angeführten Zitate aus dem Internetportal „facharzt.de“ haben dies deutlich gemacht. Und leider müssen wir auch damit rechnen, dass einzelne Ärzte quasi eine Vorzugsbehandlung anbieten und ein ge-

zieltes Wartezeitenmanagement praktizieren werden. Solche Entwicklungen dürften politisch nicht gewollt sein. Deshalb sind wir der Überzeugung, dass die Neuregelung für die Versicherten keinerlei Vorteile, aber zusätzliche Risiken mit sich bringt.

Die Vorsitzende: Wir sind damit am Ende des ersten Blocks der Anhörung angelangt. Es folgt nun eine 30-minütige Pause, nach der wir mit dem zweiten Block beginnen.

Sitzungsende: 14.26 Uhr