

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
17(14)0056(5)  
Gel. VB zur Anhörung am 7.7.  
2010\_Solo-Selbstständige  
30.06.2010



**Vereinte  
Dienstleistungs-  
gewerkschaft**

## **Stellungnahme der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di**

zur

**Öffentlichen** Anhörung am Mittwoch, 7. Juli 2010

zu

a.) Gesetzentwurf der Abgeordneten Birgitt Bender, Brigitte Pothmer, Elisabeth Scharfenberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN  
**Entwurf eines Gesetzes zur Abschaffung der Benachteiligung von privat versicherten Bezieherinnen und Beziehern von Arbeitslosengeld II**  
(BT-Drs. 17/548)

b.) Antrag der Abgeordneten Fritz Kuhn, Birgitt Bender, Markus Kurth, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN  
**Keine Zusatzbeiträge für Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II**  
(BT-Drs. 17/674)

c.) Antrag der Abgeordneten Harald Weinberg, Dr. Martina Bunge, Dr. Ilja Seifert, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.  
**Gesetzliche Krankenversicherung für Solo-Selbstständige bezahlbar gestalten**  
(BT-Drs. 17/777)

d.) Antrag der Abgeordneten Harald Weinberg, Dr. Martina Bunge, Klaus Ernst, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

**Private Kranken- und Pflegeversicherung - Existenzminimum zukünftig auch für Hilfebedürftige**

(BT-Drs. 17/780)

e.) Antrag der Abgeordneten Dr. Karl Lauterbach, Elke Ferner, Bärbel Bas, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD

**Paritätische Finanzierung in der gesetzlichen Krankenversicherung wieder herstellen**

(BT-Drs. 17/879)

**Berlin, 30. Juni 2010**

Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di  
Bundesvorstand – Bereich Gesundheitspolitik,  
Bereich Freie und Selbstständige,  
Bereich Erwerbslosenpolitik  
Paula-Thiede-Ufer 10, 10179 Berlin

## Zusammenfassung

Die vorliegenden Anträge beschäftigen sich mit dem erforderlichen Handlungsbedarf in der Gesundheitspolitik, um erheblichen Fehlentwicklungen entgegen zu wirken und um insbesondere für Solo-Selbstständige und Bezieher/innen von Arbeitslosengeld II zukünftig eine durchweg finanzierbare und bedarfsgerechte Krankenversicherung zu ermöglichen.

### Unvollständige Finanzreform der Gesetzlichen Krankenversicherung

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz war 2007 eine unvollständige Finanzreform der Gesetzlichen Krankenversicherung geschaffen worden, die einen Spagat zwischen der von der Union favorisierten Kopfpauschale und der von der SPD angestrebten Bürgerversicherung darstellte. Dementsprechend hat der Gesundheitsfonds zwar erhebliche Veränderungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung bewirkt, jedoch keinerlei Verbesserung auf der Einnahmeseite bewirkt. Mit der neu für die Krankenkassen geschaffenen Möglichkeit, Zusatzbeiträge zu erheben, werden Kostensteigerungen im Gesundheitswesen vollständig auf die Mitglieder der Krankenkassen verlagert und die paritätische Finanzierung noch weiter in Schieflage gebracht.

### Versicherungsschutz für die gesamte Bevölkerung

Ein weiteres Anliegen im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz war es, einen Versicherungsschutz für die gesamte Bevölkerung zu ermöglichen. Dieses Anliegen war allerdings in unserem stark zergliederten Sozialsystem und mit den völlig unterschiedlichen Geschäftsmodellen in der Privaten und der Gesetzlichen Krankenversicherung nur schwer erreichbar.

Inzwischen zeigt sich, dass die Mindestbeiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung sehr stark differieren – je nachdem, ob es sich um Beiträge für Hilfebedürftige nach dem SGB II, für sozialgesetzlich freiwillig Versicherte oder für Privatversicherte handelt.

Infolgedessen ergibt sich bei den sozialgesetzlich freiwillig Versicherten und den Privatversicherten, die wegen fehlender bzw. geringer Einkommen hilfebedürftig gemäß SGB II sind, eine große Deckungslücke von bis zu rund 180 Euro zwischen den Beitragszahlungen und den gemäß SGB II erstatteten Beträgen.

Bei einem Eckregelsatz von rund 360 Euro erreicht die Deckungslücke die Hälfte der für den Lebensunterhalt bestimmten Regelleistung, was zu Härtefällen gemäß SGB II führt.

Verbunden mit den Deckungslücken erhalten zudem verschiedene Kassenarten und unterschiedliche Versicherungsarten bei den Mindestbeiträgen eine divergierende Finanzierung.

Abhilfe ist dringend und grundlegend notwendig. Ziel ist eine bessere Existenzsicherung bei Hilfebedürftigkeit wegen Sozialversicherungsbeiträgen gemäß SGB II bei Gleichbehandlung der Kassen- und Versicherungsarten. Dies kann durch einen für alle Kassen- und Versicherungsarten einheitlichen Mindestbeitrag erreicht werden, der zugleich dem Mindestbeitrag bei der Existenzsicherung nach dem SGB II entspricht.

Sowohl freiwillig gesetzlich als auch privat Versicherte können, wenn sie nur über geringe Einkommen verfügen (z.B. von 900 Euro brutto), soziale Leistungen nach dem SGB II beziehen – u.a. wegen Hilfebedürftigkeit in Folge von hohen Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen. D.h. sie können beispielsweise zwar ihr Existenzminimum von etwa 650 Euro (netto) bestreiten, rutschen jedoch in Folge der hohen Mindestbeiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung auf rund 600 Euro bis 500 Euro ab. Nettoeinkommen von 500 Euro oder 600 Euro sind nicht mehr bedarfsdeckend und führen zur Hilfebedürftigkeit nach dem SGB II. Je höher die Divergenzen bei den Mindestversicherungsbeiträgen, desto höher der Bedarf bei der Hilfebedürftigkeit und desto größer die Anzahl der Fälle.

Auf der Grundlage des Zweiten Buchs des Sozialgesetzbuches (SGB II) werden bei Hilfebedürftigkeit für die Krankenversicherung rund 130 Euro (2010: 129,54 €) und für die Pflegeversicherung rund 20 Euro (2010: 18,04 €) gezahlt – in der Summe also rund 150 Euro (2010: 147,58 €).

Der Beitrag zur freiwilligen Versicherung nach dem SGB V und SGB XI, den Selbstständige mindestens zu entrichten haben, beläuft sich bei umfassender Ermäßigung aus Einkommensgründen auf rund 190 Euro (2010: 190,35 € bemessen an 1.277,59 €) für die Krankenversicherung plus rund 25 Euro (2010: 24,91 €) für die Pflegeversicherung – in der Summe also rund 215 Euro (2010: 215,26 €). Davon werden bei Hilfebedürftigkeit nach dem SGB II indes nur rund 150 Euro ausgeglichen, sodass eine Unterdeckung beim Existenzminimum von rund 65 Euro auftritt.

Der Beitrag zur privaten Versicherung beläuft sich gemäß Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) bei Ermäßigung aus Einkommensgründen im Basistarif auf rund 290 Euro (2010: 290,63 €) für die Krankenversicherung plus rund 40 Euro (2010: 36,55 €) für die Pflegeversicherung – in der Summe also rund 330 Euro. Bei Hilfebedürftigkeit nach dem SGB II werden davon nur rund 150 Euro ausgeglichen, sodass eine Unterdeckung beim

Existenzminimum von rund 180 Euro auftritt. Die genannten Beträge erhöhen sich, wenn einerseits die betroffene Person in einer Bedarfsgemeinschaft lebt und andererseits mehrere Mitglieder einer SGB-II-Bedarfsgemeinschaft privat versichert sind.

Die drei unterschiedlichen Mindestbeiträge haben zur Folge, dass verschiedene Kassen- und Versicherungsarten bei der allgemeinen Gesundheitsversorgung in unterschiedlicher Höhe bedacht werden (siehe auch Tabelle im Anhang). Die Versicherung mit den höchsten Mindestbeiträgen wird wesentlich besser gestellt als andere Kassen- und Versicherungsarten. Letztlich gibt es für die verschiedenen Mindesttarife und die differierenden Zuwendungen keine hinreichend sachliche Grundlage. Alle drei Mindesttarife beinhalten quasi Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeitragsanteile.

Zukünftig sollen alle Versicherungen mit dem gleichen Mindestbeitrag wirtschaften. Denkbar wäre beispielsweise ein an einer Bemessungsgröße von rund 1.200 Euro (bzw. einem Drittel der Beitragsbemessungsgrenze) orientierter Mindestbeitrag von 200 Euro für alle Kranken- und Pflegeversicherungen, für den jede Versicherung den gleichen allgemeinen Schutz gewährleisten muss. Zugleich kann auf diese Weise die Frage der Zusatzbeiträge im Rahmen des SGB II erübrigt werden, indem eine Freistellung von denselben und eine regelmäßige Anpassung der o.g. Beträge erfolgt.

Der Wechsel von der privaten zur sozialgesetzlichen Krankenversicherung im Falle von Bedürftigkeit nach dem SGB II ist keine Alternative, da ein solches Modell ebenfalls eine überaus erhebliche Subventionierung von hohen Mindestbeiträgen bzw. der privaten Kranken- und Pflegeversicherungen ergeben würde. Zudem würden die Diskrepanzen zwischen den verschiedenen Versicherungsarten innerhalb der sozialgesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung nicht behoben.

Bei den Mindestbeiträgen zur Kranken- und Pflegeversicherung werden im Kontext des SGB II alle Einkommensarten in Betracht gezogen. Also nicht nur die Erwerbseinkommen, sondern auch alle anderen Einkommensarten, da sämtliche Einkommensarten bei der Ermittlung der Hilfebedarfe gegengerechnet werden. Dies bedeutet eine Anders- bzw. Schlechterstellung für Einkommen unterhalb oder etwas oberhalb der Existenzsicherungsschwelle. Und dies gerade dort, wo in Niedriglohn- oder Teilzeitsegmenten der Arbeitsmärkte bzw. prekärer Selbstständigkeit nur zu geringen Erwerbseinkommen gearbeitet werden kann, wodurch aufstockende Hilfeleistungen nach dem SGB II notwendig werden. Untere Einkommen werden stärker belastet. Hingegen

werden bei Einkommen deutlich jenseits der Existenzsicherungsniveaus bzw. bei hohen Einkommen nur die Erwerbseinkommen berücksichtigt.

Außerdem werden alle Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft bzw. all deren Einkommen bei den Mindestbeiträgen zur Kranken- und Pflegeversicherung im Kontext des SGB II berücksichtigt. Dies bedeutet eine doppelte Anders- bzw. Schlechterstellung für Einkommen im Umfeld der Existenzsicherungsschwellen. Und dies gerade dort, wo aufstockende Hilfebedürftigkeiten nach dem SGB II wegen Kindern auch bei mittleren Einkommen notwendig werden. Bei Einkommen deutlich jenseits der Existenzsicherungsniveaus bzw. bei hohen Einkommen werden hingegen alleinig die Erwerbseinkommen berücksichtigt.

Im Ergebnis führt dies zu einer Ungleichbehandlung bzw. Schlechterstellung der Familien bzw. der Kinder und ihrer Eltern in unteren und mittleren Einkommenssegmenten. Das Ausmaß der Schlechterstellung steigt mit der Höhe der Diskrepanzen zwischen den Mindestbeiträgen. Insbesondere Familien mit mehreren Kindern sind in besonderem Maße betroffen. Hier ist grundlegende Abhilfe besonders dringlich von Nöten.

Problematisch sind außerdem die Regelungen für Solo-Selbstständige zur Beitragsbemessung anhand von Mindesteinkommen. In keinem der Anträge wird thematisiert, dass nunmehr alle Einkommen als Berechnungsgrundlage herangezogen werden und nicht – wie vor dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – die Einkommen aus Erwerbsarbeit. Zudem ist eine auf das tatsächliche Erwerbseinkommen bezogene Berechnung von Versicherungsbeiträgen – und damit eine Gleichstellung mit Erwerbseinkommen im Niedriglohnbereich – durchaus möglich und praktikabel gestaltbar. Im Ergebnis werden Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit schlechter gestellt und Selbstständige mit niedrigen Erwerbseinkommen in die Hilfebedürftigkeit gedrängt.

Verbunden mit der umfassenden Einkommensveranlagung ist zudem eine Vermögensprüfung nach dem SGB II, die bei Einkommen jenseits der Existenzsicherungsschwellen, bei denen nur die Erwerbseinkommen Maßstab sind, nicht erfolgt. Das bedeutet eine weitere Schlechterstellung. Betroffen sind besonders Familien bzw. Bedarfsgemeinschaften, aber auch Alleinstehende.

## Zu den Anträgen im Einzelnen:

### **Gesetzentwurf: Entwurf eines Gesetzes zur Abschaffung der Benachteiligung von privat versicherten Bezieherinnen und Beziehern von Arbeitslosengeld II**

(BT-Drs. 17/548)

Die von Bündnis 90 / Grüne vorgeschlagene Lösung – Absenkung der Mindestversicherungstarife auf das SGB-II-KV-Niveau – wird sachgerechter, wenn die Höhe der Mindestbeiträge sowohl für die GKV (Entlastung der Solidargemeinschaft) als auch für die PKV (Erleichterung der Finanzierung) auf einem angemessen hohen Niveau synchronisiert werden.

Mit einem einheitlichen Mindestbeitrag wird der Verschuldung vieler Erwerbstätiger – auch Selbstständiger – in Folge der zu zahlenden Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge dezidiert entgegengewirkt und der Versicherungsschutz bei prekären Einkommenslagen stabilisiert. Zugleich wird dem Ruhen und der Reduzierung des Krankenversicherungsschutzes ebenso wirksam begegnet wie einer gravierenden Unterdeckung bei der Existenzsicherung. Viele Menschen – auch Familien – werden nicht in aussichtslose Lebenslagen gedrängt. In noch besserer Weise werden diese Probleme allerdings durch die von den Bündnis 90 / Grüne als Alternative C.) genannte Bürgerversicherung gelöst.

Zum Kreis der genannten 2700 Betroffenen dürften zahlreiche Solo-Selbstständige gehören. Denn ehemals privat, dann aber Unversicherte – die sich vielfach wegen mangelnden Einkommen aus Kostengründen der Versicherung entzogen – sind nach der Gesetzgebung gezwungen, sich in der PKV zu versichern. Gerade bei Solo-Selbstständigen, die oftmals wegen der Sozialversicherungskosten in die Hilfebedürftigkeit „rutschen“, aber weiterhin Einkommen erzielen, mit denen der Lebensunterhalt abgesichert wird, ist eine nachgelagerte Gegenrechnung der tatsächlich erzielten Einkommen gegenüber den vorausgezählten Mindestbeiträgen notwendig.

Mit der von den Grünen als Alternative C.) genannten Bürgerversicherung würden indes auch diese Probleme weit besser gelöst.

**Antrag: Keine Zusatzbeiträge für Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II**  
(BT-Drs. 17/674)

In Folge des Zusatzbeitrags müssen Hilfebedürftige gemäß SGB II die Krankenkasse wechseln, um ihre Hilfebedürftigkeit zu verringern, wenn nicht ganz besondere Ausnahmetatbestände vorliegen. Doch auch die Ausnahmetatbestände führen früher oder später zu einem Kassenwechsel.

Außerdem werden Geringverdiener/innen und Armutsrentner von den pauschalen Zusatzbeiträgen einseitig und überproportional belastet. Bei Einkommen von 800 Euro bedeuten 8 Euro Beitrag eine Belastung von 1 Prozent.

Im Ergebnis werden Hilfebedürftige und Geringverdiener/innen von Kasse zu Kasse geschoben. Etliche Krankenkassen entledigen sich mit Hilfe des Zusatzbeitrags der Hilfebedürftigen und andere Kassen, die gut gewirtschaftet haben, werden belastet. Auch für den Fiskus ergibt sich am Ende kaum eine Einsparung, da die Kostenverschiebungen indirekte Auswirkungen auf die Inanspruchnahme des Gesundheitsfonds mit sich bringen. Für die Betroffenen und die Versicherungen entsteht ein eigentlich vermeidbarer, erheblicher Verwaltungsaufwand.

Eine allgemeine, grundsätzliche Übernahme der Zusatzbeiträge im Kontext des SGB II wird die eratischen Belastungen der Kassen ausgleichen, Verwaltungsaufwand erheblich reduzieren und die Gesundheitsversorgung von Betroffenen vereinfachen. Verhindert wird damit auch, dass vom Existenzminimum lebende Betroffene den Zusatzbeitrag unter Umständen von der Regelleistung zum Lebensunterhalt zahlen.

**Antrag: Gesetzliche Krankenversicherung für Solo-Selbstständige bezahlbar gestalten**  
(BT-Drs. 17/777)

Die unterschiedlichen Mindestbeiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung müssen konvergierend umgestaltet und auf einem einheitlichen Niveau synchronisiert werden (s.o. Zusammenfassung).



### Zu II. 1 (Definition):

Das Hilfskonstrukt mit der Bezugnahme Stundenzahl ist nicht zielführend. Hinter Arbeitsstunden können wiederum mehrere Beschäftigte oder Beschäftigungsverhältnisse verborgen sein. Sinnvoller ist die Begrenzung auf ein Beschäftigungsverhältnis mit definierten Einkommensobergrenzen oder Arbeitsstundengrenzen.

### Zu II. 2 (Absenkung der Mindestbeiträge):

Grundsätzlich soll sich die Beitragsbemessung an den realen Einkommen orientieren. Für eine Mindestbeitragsbemessungsgrenze ist die Absenkung auf das Niveau von 1.245 Euro (Stand 2010) sinnvoll. Dies muss allerdings ohne die Prüfung der Hilfebedürftigkeit erfolgen, die derzeit noch Voraussetzung ist. Begründet ist eine solche Maßnahme auch damit, dass dieses Einkommen in etwa dem Median der Einkommen der Solo-Selbstständigen entspricht.

Eine weitere Absenkung wäre zwar für die Solo-Selbstständigen vorteilhaft, hätte jedoch auch eine weitere Belastung der Solidargemeinschaft zur Folge. Hingegen gibt es gute Gründe für eine Synchronisierung aller Mindestbeiträge auf einem höheren Niveau (s.o. Zusammenfassung).

### Zu II.3:

Der Prüfauftrag ist überaus sinnvoll. Insbesondere sollten folgende Elemente kombiniert werden: 1.) ein umgehender einmaliger Erlass oder ein erhebliche Reduzierung der Beitragsschulden und 2.) langfristig angelegte angemessene Ratenzahlungen bei Wahrung des Existenzminimums – jeweils bei Wahrung des vollen Krankenversicherungsschutzes. Eine Beteiligung der SGB-II-Träger würde hingegen eine Begünstigung einzelner Kassen- und Versicherungsarten mit hohen Mindestbeiträgen beinhalten.

Nicht im Antrag berücksichtigt ist das Thema Krankengeld. Selbstständige können zwar Krankengeld beziehen, wenn sie – wie Arbeitnehmer/innen – mit einem Beitragssatz von 14,9 Prozent versichert sind. Allerdings fehlt im Gesetz eine Informationspflicht der Kassen über diese Möglichkeit. Erforderlich wäre eine regelmäßige Versicherung zum allgemeinen Beitragssatz von 14,9 Prozent und nur auf gesonderten Antrag zu dem um 0,6 % geringeren Beitragssatz für Selbstständige (aktiver Verzicht der/des Versicherten auf Krankengeld).

## **Antrag: Private Kranken- und Pflegeversicherung - Existenzminimum zukünftig auch für Hilfebedürftige**

(BT-Drs. 17/780)

Die Begleichung von Mindestbeiträgen in unterschiedlicher Höhe würde zur Begünstigung von einigen Kassen- und Versicherungsarten führen, die hohe Mindest- bzw. Basisbeiträge ansetzen.

Anstelle unterschiedlicher Zahlungen hält es ver.di für angemessener, den Beitragssatz von GKV und PKV zu synchronisieren (Absenkung PKV – Anhebung GKV) und diesen Satz als Zuschuss für Hilfebedürftige durch die SGB II-Träger zu bezuschussen. Bei den solo-selbstständigen „Aufstockern“ würde eine nachgelagerte Gegenrechnung zu den tatsächlich erzielten Einkommen zu einkommensabhängigen Beiträgen führen. Siehe auch unsere Stellungnahme zu Drucksache 17/548.

## **Antrag: Paritätische Finanzierung in der gesetzlichen Krankenversicherung wieder herstellen**

(BT-Drs. 17/879)

Der Antrag geht von erheblichen Versäumnissen der derzeitigen Bundesregierung aus. Neben dem Defizit 2010 ist mit einer weiteren Unterfinanzierung 2011 von 11 Mrd. Euro zu rechnen. Davon werden zwei Mrd. Euro als Steuerzuschuss in Aussicht gestellt. Weitere vier Mrd. Euro sollen durch Nullrunden in den einzelnen Leistungsbereichen erzielt werden. In der Regel handelt es sich dabei um pure Kostendämpfungsmaßnahmen, die auch bedarfsnotwendige Versorgung nicht verschonen. Diese Maßnahmen sind weder zukunftsfähig, noch bieten sie eine nachhaltige Grundlage für unser solidarisches Gesundheitssystem.

So wird z.B. im Krankenhaus die Verschiebung der Einführung eines Orientierungswertes – einer Art „Krankenhauswarenkorb“, der die durchschnittliche Kostenentwicklung in den Häusern abbildet – als Strukturmaßnahme verkauft. Der Budgetdeckel, der zum Abbau von

100.000 Stellen in den Kliniken geführt hatte soll noch fester gezurrt werden, zu Lasten guter Arbeit und zu Lasten der Patienten. Krankenhäuser sollen auch im Jahr 2011 alle Patient/innen gut versorgen, ihnen den medizinischen Fortschritt zu Gute kommen lassen und steigende Fallzahlen bewältigen. Keine Leistung soll gestrichen, keine Wartelisten eingeführt werden und es wird gute Qualität verlangt. Doch dafür soll es weniger Geld geben.

Das Deutsche Institut für Pflegeforschung warnt im aktuellen „Pflegethermometer“ vor einem chronischen Personalmangel in der Pflege. Seit Jahren gehen die Ausbildungszahlen zurück und immer mehr Pflegende sehen sich überfordert. Bei der größten Befragung von Pflegepersonal in Krankenhäusern wurden gravierende Versorgungsmängel sichtbar. Rund ein Drittel der Befragten gaben an, dass sie in den letzten 7 Tagen manchmal oder oft Patienten die nicht selbständig essen und trinken konnten bei der Nahrungsaufnahme nicht ausreichend unterstützen konnten. Zwei Drittel konnten häufiger oder oft verwirrte Patienten nicht ausreichend beobachten. An der Befragung hatten sich weit über 10.000 Beschäftigte in der Krankenhauspflege beteiligt.

Eine dauerhafte Schädigung von Qualität und guter Arbeit wird in Kauf genommen. Ver.di lehnt diese kurzsichtigen Maßnahmen ab.

#### Zu II.1.:

Vielmehr ist es notwendig, wie von den Antragstellern unter I.1 gefordert, Effizienzreserven zu heben. Diese lassen sich aber nicht bei einzelnen Krankenhäusern, Pflegediensten oder Praxen finden, sondern vor allem in der starren Abschottung von Versorgungssektoren gegeneinander. Durch mangelnde Zusammenarbeit und gesetzgeberische Hürden leidet zum einen die Qualität, zum anderen fallen dadurch erhebliche Bürokratiekosten an. Zahlreiche einzelgesetzliche Regelungen für jeden Versorgungssektor mit vielfältigen Ausnahmen, unterschiedlichster Finanzierungsformen und undurchdringlichem Regelungsgeflecht erschweren zudem die Transparenz. Kaum noch eine Bürgerin oder ein Bürger kann ermessen, nach welchen Regeln unser Gesundheitssystem funktioniert. Es bleibt zu konkretisieren, welche Effizienzreserven in welchem Ausmaß geeignet sind.

#### Zu II.2.:

Der Finanzausgleich zwischen GKV und PKV wird von ver.di ebenfalls befürwortet. Geklärt werden sollte dann aber auch, ob die Private Versicherung die gleichen

Regelungsinstrumente erhält und unter welchen Bedingungen dies möglich ist. Evtl. könnten an dieser Stelle die Erfahrungen aus den Niederlanden hilfreich sein.

Die Streichung des kassenindividuellen Zusatzbeitrags halten wir für geboten.

### Zu II.3.:

Die Forderung wird von ver.di unterstützt. Paritätisch finanzierte Beiträge sind in unserem Solidarsystem der Garant für Gesundheitsförderung im Betrieb und Kostenverantwortung der Sozialpartner.

Ergänzend sollten in dem von den Antragstellern vorgeschlagenen Gesetzentwurf auch die unter Punkt I.6 und I.8. genannten Forderungen enthalten sein: Zum einen ist es notwendig, dass der Gesundheitsfonds zu 100 Prozent aus Beitragseinnahmen und Steuern gedeckt ist. Zum andern kann eine nachhaltige Finanzierung nur im Wege der Fortentwicklung unserer solidarischen Krankenversicherung zu einer Versicherung für alle Bürgerinnen und Bürger erfolgen, die aus allen Einkünften gespeist wird.

## Anhang

### **Grundsicherung SGB II (i. Verb. m. SGB V):**

*Mindestbeitrag für Bezieher/innen von Arbeitslosengeld II (Stand: 1.1.2010)*

KV: 129,54 € + PV: 18,04 € = 147,58 € insgesamt

### **Sogen. freiwillige gesetzliche Versicherung (SGB V)**

*Mindestbeitrag für (Solo-)Selbstständige (Stand: 1.1.2010)*

KV: 190,35 € + PV: 24,91 € = 215,26 € insgesamt

*Beitragssatz 14,9 % KV + 1,95 % PV = 16,85 % [+ ggf. 0,25 % PV ohne Kinder]*

*Bemessen an 1.277,50 €*

Unterdeckung bei KV: 190,35 - 129,54 = 60,81 €

Unterdeckung bei PV: 24,91 - 18,04 = 6,87 €

Unterdeckung insgesamt: 60,81 € + 6,87 € = 67,68 €

### **Sogen. Private Versicherung (VAG):**

*ermäßigter Basistarif / Mindestbeitrag (Stand: 1.1.2010)*

KV: 290,63 € + PV: 36,55 € = 327,18 € insgesamt

Unterdeckung bei KV: 290,63 - 129,54 = 161,09 €

Unterdeckung bei PV: 36,55 - 18,04 = 18,51 €

Unterdeckung insgesamt: 161,09 + 18,51 = 179,60 €

*KV: Beitrag zur Krankenversicherung*

*PV: Beitrag zur Pflegeversicherung*