

Ausschuss für Gesundheit
Wortprotokoll
16. Sitzung

Berlin, den 07.07.2010, 14.00 Uhr bis 15.30 Uhr
Sitzungsort: Marie-Elisabeth-Lüders-Haus
Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1, 10557 Berlin
Sitzungssaal: Anhörungssaal 3 101

Vorsitz: Dr. Carola Reimann, MdB

TAGESORDNUNG:

Öffentliche Anhörung zum

- 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-Drucksache 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-Drucksache 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-Selbständige bezahlbar gestalten

BT-Drucksache 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-Drucksache 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-Drucksache 17/879

Anwesenheitsliste*

Mitglieder des Ausschusses

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses

Stellv. 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
Zöller, Wolfgang
Zylajew, Willi

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.

SPD

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

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

FDP

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

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

DIE LINKE.

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

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

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

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

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

Abg. Angelika Graf (Rosenheim) (SPD)	12
Abg. Bärbel Bas (SPD)	11
Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	18, 19
Abg. Dietrich Monstadt (CDU/CSU)	9
Abg. Dr. Edgar Franke (SPD)	12
Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	19
Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.)	15
Abg. Dr. Rolf Koschorrek (CDU/CSU)	8
Abg. Heinz Lanfermann (FDP)	14, 15
Abg. Hilde Mattheis (SPD)	10
Abg. Jens Spahn (CDU/CSU)	6
Abg. Karin Maag (CDU/CSU)	7
Abg. Kathrin Vogler (DIE LINKE.)	16, 17
Abg. Max Straubinger (CDU/CSU)	8, 10
Abg. Steffen-Claudio Lemme (SPD)	11
SV Bernhard Jirku (ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft)	11, 12, 16
SV Dr. Joachim Rock	11
SV Dr. Martin Danner (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE))	13, 20
SV Dr. Volker Hansen (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e.V. (BDA))	14, 16
SV Dr. Volker Leienbach (Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV))	6, 8, 14, 16, 17
SV Fabian Székely (Sozialverband Deutschland e.V. (SoVD))	13, 19
SV Hans-Peter Jung (Bund Deutscher Sozialrichter (BDS))	7, 8, 9
SV Jörg Freese (Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände/ Deutscher Landkreistag)	9
SV Knut Lambertin (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB))	11, 15, 16
SV Michael Weller (GKV-Spitzenverband)	7, 8, 10, 12, 16, 17
SV Prof. Dr. Gregor Thüsing	6, 7, 9
SV Prof. Dr. Stefan Greß	18, 19

SV RA Markus Klinder	17
SVe Daniela Hurrelberg (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V. (BAGFW))	14
SVe Prof. Dr. Astrid Wallrabenstein	10, 11, 12
SVe Veronika Mirschel (ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft)	19
Vorsitzende, Abg. Dr. Carola Reimann (SPD)	6, 16, 20

Sitzungsbeginn: 14.00 Uhr

Vorsitzende, Abg. Dr. Carola Reimann (SPD): Meine sehr geehrten Damen und Herren, ich begrüße Sie ganz herzlich zur heutigen Anhörung und möchte Sie auf eine Änderung hinweisen. Die Obleute der Fraktionen haben sich verständigt, wegen der von der SPD beantragten „Aktuellen Stunde“ zur Gesundheitsreform, die Anhörung auf eineinhalb Stunden zu verkürzen. Die Zeitkontingente für das Fragerecht wurden deshalb neu aufgeteilt: die Fraktion der CDU/CSU erhält 30 Minuten, die SPD-Fraktion 20 Minuten Fragerecht. Auf die Fraktionen von FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN entfallen jeweils 13 Minuten. Vereinbart wurde, dass es nur eine Fragerunde geben soll. Die Anhörung umfasst fünf Vorlagen der Oppositionsfraktionen: den Gesetzentwurf von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: „Gesetz zur Abschaffung der Benachteiligten von privat versicherten Bezieherinnen und Beziehern von Arbeitslosengeld II“ auf Drucksache 17/548, den Antrag von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: „Keine Zusatzbeiträge für Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II“ auf Drucksache 17/674, die Anträge der Fraktion DIE LINKE.: „Gesetzliche Krankenversicherung für Solo-Selbstständige bezahlbar gestalten“ auf Drucksache 17/777 und „Private Kranken- und Pflegeversicherung – Existenzminimum zukünftig auch für Hilfebedürftige“ auf Drucksache 17/780 sowie den Antrag der SPD-Fraktion: „Paritätische Finanzierung in der gesetzlichen Krankenversicherung wieder herstellen“ auf Drucksache 17/879. Das ist ein großes Themenfeld. Deswegen möchte ich Sie bitten, sich möglichst kurz zu fassen. Die Sachverständigen bitte ich, direkt in die Mikrofone zu sprechen, da die Anhörung sowohl akustisch als auch für das Parlamentsfernsehen aufgezeichnet wird. Bitte nennen Sie bei der Beantwortung der Fragen Ihren Namen und die Institution, für die Sie sprechen. Außerdem möchte ich Sie bitten, Ihre Mobiltelefone auszuschalten.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich habe Fragen zum Themenkomplex Beitragslücke bei ALG II-Beziehern im PKV-Basistarif. Meine erste Frage richte ich an Herrn Prof. Thüsing. Wie ist es im Sinne der Gleichbehandlung zu bewerten, dass die Beitragsreduzierung sowie die Teilübernahme des Beitrags in der PKV lediglich

für im Basistarif Versicherte gilt? Bitte liefern Sie auch eine kurze Begründung dazu. In diesem Zusammenhang richte ich meine nächsten Fragen an den PKV-Verband. In der PKV sind Hilfebedürftige sowohl im Basistarif als auch in klassischen PKV-Tarifen versichert. Ich würde gerne wissen, wie viele Hilfebedürftige insgesamt in der PKV versichert sind und welche strukturellen Auswirkungen es hätte, wenn die Deckungslücke nur im Basistarif geschlossen würde. Damit zusammenhängend richte ich eine weitere Frage an den GKV-Spitzenverband. Es wird die Option diskutiert, den im Basistarif der PKV versicherten ALG II-Empfängern die Rückkehr in die GKV zu ermöglichen. Welche Folgen hätte dies aus Sicht der GKV?

SV Prof. Dr. Gregor Thüsing: Es liegt eine Ungleichbehandlung bei der Höhe der Prämienübernahmen vor. Das Gesetz konzentriert sich auf die Übernahme von Beiträgen im Basistarif, während eine Übernahme von Prämien in regulären PKV-Tarifen nicht existiert. Das ist aus Gleichbehandlungsgesichtspunkten nicht einleuchtend. Bei der Übernahme von Beiträgen ist es relevant, ob es sich um einen Versicherungsschutz auf dem Niveau der GKV handelt oder um einen darüber hinausgehenden Versicherungsschutz. Für Letzteren kann richtigerweise kein Anspruch auf Übernahme bestehen. Besteht aber eine private Versicherung auf Basis des Leistungsniveaus der GKV, sollte die Beitragsübernahme entsprechend den Regelungen für den Basistarif möglich sein. Will man die Übernahme von Beiträgen Hilfebedürftiger in der PKV neu regeln, sollte man meines Erachtens eine Gleichbehandlung der Tarife einführen und die Hilfebedürftigen nicht unnötigerweise auch dann in einen Basistarif zwingen, wenn dies aus finanziellen Gründen gar nicht erforderlich ist.

SV Dr. Volker Leienbach (Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV)): Ende Juni 2010 waren rund 17.000 Personen im Basistarif versichert. Davon waren rund 5.600 hilfebedürftig. Die Gesamtzahl der Hilfebedürftigen in der PKV kann nicht exakt beziffert werden. Nach Angaben der Bundesregierung sind 26.744 Hilfebedürftige entweder freiwillig in der GKV oder in der PKV versichert. Dies ist eine begrenzte Zahl. Die Option eines Rück-

kehrrechts von in der PKV versicherten Hilfebedürftigen in die GKV scheidet aus Sicht der PKV aus, weil wir hinter dem Grundsatz stehen „einmal PKV, immer PKV“. Ein weiteres Argument ist, dass bei einem Rückkehrrecht die Beitragsübernahme ebenfalls finanziert werden muss. Zwar gibt es einen Bundeszuschuss, der gedanklich auch dieser Gruppe zugeordnet werden könnte, dieser ist aber mit derzeit 126 Euro in keiner Weise kostendeckend.

SV Michael Weller (GKV-Spitzenverband): Es war ein richtiger und wichtiger Schritt, mit dem GKV-WSG die allgemeine Versicherungspflicht einzuführen und den Versicherungsschutz für alle sicherzustellen und die private Krankenversicherung an der gesamtgesellschaftlichen Pflicht zu beteiligen. Seit diesem Zeitpunkt werden auch Bezieher von ALG II in der PKV versichert. Mit dem Basistarif, der einen einheitlichen Leistungskatalog, Beitragsbegrenzungen und einen Kontrahierungszwang beinhaltet, erhielt die PKV ein Instrumentarium, mittels dessen sie diese Aufgabe bewältigen kann. In der GKV sind rund 90 Prozent und in der PKV circa 10 Prozent der Bevölkerung versichert. Es ist durchaus gerechtfertigt, wenn in der PKV analog der GKV ein Solidarausgleich zwischen den einzelnen Versichertengruppen stattfindet. Das bedeutet konkret, dass die GKV es ablehnen würde und es auch nicht gerechtfertigt wäre, den Subventionsbedarf für die in Rede stehende Personengruppe alleine zu übernehmen. Das würde die GKV finanziell schwächen. Ähnlich wie Herr Leienbach von der PKV erachten wir es als sinnvoll, den in beiden Krankenversicherungssystemen versicherten Hilfebedürftigen, angemessene Beiträge zuzuordnen. Der Kostenbeitrag von 126 Euro pro Versicherten deckt nicht die Ausgaben. Dies wäre nur mit rund 260 Euro der Fall.

Abg. Karin Maag (CDU/CSU): Ich habe Fragen an Herrn Prof. Thüsing und den Bund deutscher Sozialrichter zum Themenkomplex Sozialausgleich zwischen GKV und PKV. Die SPD-Kollegen fordern in ihrem Antrag „Wiederherstellung der paritätischen Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung“ einen Finanzausgleich zwischen der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung. Wie bewerten Sie diese Forderung – insbesondere auch

verfassungsrechtlich – vor dem Hintergrund des dualen Versicherungssystems?

SV Prof. Dr. Gregor Thüsing: Die Einbeziehung der PKV in einen Risikostrukturausgleich scheint mir rechtlich und verfassungsrechtlich nicht ganz unproblematisch zu sein, da es – plakativ formuliert – eine einseitige Zwangsabgabe der PKV-Versicherten an die GKV zum Recht des Freikaufs wäre. Die Einbeziehung in einen Risikostrukturausgleich ist nur dann gerechtfertigt, wenn tatsächlich eine Risikogemeinschaft gebildet wird. Die privat und die gesetzlich Versicherten sind aber keine Risikogemeinschaft. Dem privat Versicherten kommen die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zu Gute. Es stellt sich für ihn die Frage, weshalb er ein Sonderopfer zur Finanzierung einer Solidargemeinschaft erbringen muss, der er nicht angehört. Wer Solidarität zu üben hat, hat auch selbst ein Recht, die Solidargemeinschaft in Anspruch zu nehmen. Diese Festlegung hat der Gesetzgeber in den bindenden Regelungen zur Versicherungspflicht und Versicherungsberechtigung in den §§ 5 ff. SGB V getroffen. Der Gesetzgeber kann nicht die beiden Solidarsysteme verschränken, indem er einseitig zu Leistungstransfers von einem System in das andere verpflichtet.

SV Hans-Peter Jung (Bund Deutscher Sozialrichter (BDS)): Herr Prof. Thüsing hat bereits einiges vorweg genommen, dem ich mich anschließen kann. Ich möchte hinzufügen, dass ein Risikostrukturausgleich nur unter Versicherungsträgern stattfinden kann, die ähnliche Strukturen aufweisen. Das ist zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung nicht der Fall, so dass schon rein begrifflich ein Risikostrukturausgleich unter total unterschiedlich strukturierten Risiken nicht stattfinden kann. Darüber hinaus zielt der geforderte Risikostrukturausgleich – so wie ich ihn interpretiere – auf einen Ausgleich seitens der privaten Krankenversicherung zu Gunsten der gesetzlichen Krankenversicherung ab. Er ist also nicht auf einen wechselseitigen Ausgleich gerichtet. Daraus resultieren auch die rechtlichen Bedenken, die wir in unserer schriftlichen Stellungnahme geäußert haben. Diese Bedenken wiegen umso schwerer, wenn die Vermutung zutreffen sollte, dass eine Angleichung der Systeme oder – wie ich es in einigen schriftlichen Stellungnahmen

gelesen habe – eine Abschaffung der privaten Krankenversicherung ermöglicht werden sollte.

Abg. Max Straubinger (CDU/CSU): Ich möchte nochmals auf den Basistarif und die damit verbundenen Probleme zurückkommen und habe Fragen an Herrn Leienbach vom Verband der PKV. Herr Leienbach, Sie haben ausgeführt, dass wer einmal in der PKV versichert ist, immer in der PKV bleibt und auch die GKV hat es abgelehnt, Hilfebedürftige von der PKV aufzunehmen. Es stellt sich aber trotzdem die Frage, ob nicht darüber nachgedacht werden sollte, ALG II-Bezieher in das GKV-System zu übernehmen, da diese bei einer Arbeitsaufnahme in der Regel in der GKV versichert sein werden, weil ihr Verdienst unter der Versicherungspflichtgrenze liegen wird. Meine zweite Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband. Sollte die Politik durch Gerichtsurteile verpflichtet werden, den im Basistarif privat versicherten Hilfebedürftigen einen höheren Zuschuss zu gewähren und müssten nicht dann die ALG II-Bezieher in der gesetzlichen Krankenkasse ebenfalls höhere Zuschüsse erhalten?

SV Dr. Volker Leienbach (Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV)): Wir halten den Grundsatz, dass man in dem einmal gewählten Versicherungssystem bleiben sollte für zwingend. Versicherungsnehmer sollten sich nicht nach ihrer jeweiligen Situation individuell optimieren können. Das hat negative Auswirkungen für jedes Versicherungssystem. Man kann argumentieren, dass der Hilfebedürftige sich bei Arbeitsaufnahme ohnehin in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert. Man kann auch sagen, dass die GKV eher der adäquate Versicherungspartner ist, da die GKV Steuermittel für versicherungsfremde Leistungen erhält. Ich persönlich würde aber den Grundsatz „einmal PKV – immer PKV“ höher bewerten. Wenn das Äquivalent zu den Steuerzuschüssen für ALG II-Empfänger in der GKV ein adäquater Steuerzuschuss für die ALG II-Empfänger im Basistarif der PKV wäre, dann wäre auch dieses Argument ausgeglichen.

SV Michael Weller (GKV-Spitzenverband): Als Ordnungsprinzip muss gelten, dass man auch im Falle des ALG II-Bezugs in seinem bisherigen Versicherungssystem verbleibt. Es

kann nicht in die Willkür gestellt sein, dass nur die Risiken in die GKV verschoben werden. Denn dadurch würde eine gesamtgesellschaftliche Verantwortung auf die GKV übertragen werden. Die Frage, ob wir, wenn der Zuschuss für den PKV-Basistarif erhöht werden würde, ähnliche Forderungen ableiten würden, kann ich nur bejahen. Wir tun dies bereits. Wie ich bereits ausgeführt habe, ist der Beitrag von ca. 126 Euro nicht kostendeckend. Wir hätten gerne einen durchschnittlichen, die Ausgaben deckenden Beitrag von etwa 260 Euro. Dabei gehen wir davon aus, dass der betroffene Personenkreis vermutlich noch höhere Ausgaben verursacht. Aber da die GKV solidarisch organisiert ist, kann nur der durchschnittliche Ausgabensatz in Ansatz gebracht werden. Würde ein Beitragssatz von 260 Euro gelten, hätte dies den durchaus wünschenswerten Nebeneffekt, das ca. 4 bis 5 Mrd. Euro zusätzlich in den Gesundheitsfonds bzw. in die Kassen der GKV fließen und dadurch im Jahr 2011 nahezu die Hälfte des Defizits gedeckt werden könnte.

Abg. Dr. Rolf Koschorrek (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den Bund Deutscher Sozialrichter. Wie bewerten Sie vor dem Hintergrund, dass derzeit nur eine geringe Anzahl von Krankenkassen Zusatzbeiträge erhebt, den Antrag von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Zusatzbeiträge für Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II durch den Bund zu übernehmen? Die nächste Frage richtet sich an Prof. Thüsing. Die Antragsteller der SPD fordern die Einführung einer sogenannten solidarischen Bürgerversicherung. Welche verfassungsrechtlichen Hürden wären bei der Umsetzung dieses Vorschlags zu überwinden?

SV Hans-Peter Jung (Bund Deutscher Sozialrichter (BDS)): Bei der Übernahme der Zusatzbeiträge für ALG II-Bezieher seitens des Bundes sind die Effekte zu berücksichtigen, die der Gesetzgeber mit der Einführung der Zusatzbeiträge erzielen wollte. Ziel war ein stärkerer Wettbewerb unter den gesetzlichen Krankenkassen. Zu diesem Wettbewerb gehört auch, dass Versicherte ihre Krankenkasse wechseln, um keinen Zusatzbeitrag zahlen zu müssen. Solange nicht alle Kassen in der gesetzlichen Krankenversicherung einen Zusatzbeitrag erheben, halten wir es aus verfassungsrechtlicher Sicht für nicht geboten – ich enthalte mich hier einer

sozialpolitischen Bewertung –, dass der Bund den Zusatzbeitrag für Hilfebedürftige übernimmt. Erst wenn alle Kassen in der GKV einen Zusatzbeitrag erheben würden, was aber zur Zeit nicht absehbar ist, müsste man darüber nachdenken.

SV Prof. Dr. Gregor Thüsing: Zunächst stimme ich ungefragt meinem Vorredner zu. Hätte man mir die Frage gestellt, hätte ich sie genauso beantwortet. Jetzt aber zur Frage der Bürgerversicherung. Ist die Bürgerversicherung so konzipiert, dass es keine Pflichtversicherungsgrenze gibt und jeder, unabhängig vom Einkommen, der gesetzlichen Krankenversicherung unterfällt, dann stellt sich die Frage, welche verfassungsrechtliche Bedeutung die bestehende Pflichtversicherungsgrenze hat. Ist sie Schutz eines Systems, das sich etabliert und als wirksam erwiesen hat, oder ist sie auch eine verfassungsrechtliche Garantie der privaten Krankenversicherung? Eine Stärkung der PKV ist aus der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zum GKV-WSG herauszulesen. Das Gericht sieht die PKV als verfassungsrechtlich eigenberechtigt an. Insofern wird auch eine Beobachtungspflicht gegen alles, was ihre Existenz aushöhlen würde, ausgesprochen. Eine Bürgerversicherung wäre der größte Schlag, den man gegen die PKV führen könnte. Deswegen wäre das sicherlich verfassungsrechtlich vermintes Gelände und das nicht nur aus rechtspolitischen, sondern eben auch aus rein juristischen Gründen. Diesen Weg sollte man sich sehr genau überlegen.

Abg. Dietrich Monstadt (CDU/CSU): Meine Fragen beziehen sich auf die Beitragslücke bei ALG II-Bezieher im Basistarif. Vom Bund Deutscher Sozialrichter möchte ich wissen, wie die aktuelle Rechtsprechung zum Thema Abschaffung der Benachteiligung von privat versicherten Bezieherinnen und Bezieher von ALG II ist. Die nächste Frage geht an die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände. Wie wird die Deckung der Beitragslücke in den Bundesländern gehandhabt, in denen die zuständigen Sozialgerichte bereits geurteilt haben? Liegen Erkenntnisse darüber vor, ob und in wieweit Beitragsschulden gegenüber der privaten Krankenversicherung ein Hemmnis bei der beruflichen Eingliederung darstellen?

SV Hans-Peter Jung (Bund Deutscher Sozialrichter (BDS)): Zum Ausgleich von Nachteilen liegen in Hauptsacheverfahren bisher nur einzelne erstinstanzliche Urteile verschiedener Sozialgerichte vor. In einem Verfahren liegt die Sprungrevision bereits beim Bundessozialgericht. Entsprechend der normalen Verfahrensdauer wird frühestens Ende diesen oder Anfang nächsten Jahres eine Entscheidung des Bundessozialgerichts ergehen. Etliche Landesozialgerichte – auch das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen – hatten bereits im einstweiligen Rechtsschutz zu entscheiden. Bei diesen Entscheidungen ist in der Mehrzahl der Fälle eine Folgenabwägung getroffen worden, so auch vom 20. Senat des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen unter meinem Vorsitz. Darin beurteilten wir die Folgen, die durch eine temporäre, nicht gedeckte Bedarfslücke entstehen, als nicht so schwerwiegend und gaben dem Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz nicht statt. Wohin sich die Rechtsprechung letztlich entwickelt, das heißt ob die Beitragslücke zu schließen ist, ist noch nicht einschätzbar. Zumal – darauf weise ich auch hin – die Regelungen im SGB II (§ 26 SGB II) sowie zur sogenannten Restsozialhilfe im SGB XII (§ 32 SGB XII) hinsichtlich der Schließung der Beitragslücke unterschiedlich sind. Während des Bezugs von Leistungen nach SGB II oder SGB XII können die Leistungen aus der privaten Krankenversicherung allerdings nicht ruhend gestellt werden, wohl aber nach Ende der Hilfebedürftigkeit, wenn der Hartz IV-Empfänger eine Arbeit aufnimmt. Für eine analoge Anwendung von § 26 Abs. 2 S. 1 Nr. 2 SGB II könnte einiges sprechen. Dies ist aber nur eine Prognose, denn eine gesicherte Rechtsprechung wird frühestens in einem Jahr vorliegen.

SV Jörg Freese (Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände/ Deutscher Landkreistag): Ich habe keine dezidierten Erfahrungen zum Umgang mit der teilweise unterschiedlichen Rechtsprechung in den Ländern. Natürlich halten sich die Länder an die jeweils gültige Rechtsprechung. Das heißt, muss die Beitragslücke beim Hilfeempfänger geschlossen werden, werden die zuständigen Träger dies auch tun. Im Grundsatz sind Schulden bei Krankenversicherungsträgern natürlich Hemmnisse für die Eingliederung auf dem Arbeitsmarkt. Wichtig ist die Höhe der Schulden und der Umgang mit ihnen seitens des Betroffenen.

Ist die Schuldenhöhe beherrschbar und der Umgang sichergestellt, das reicht von der Inanspruchnahme einer Schuldnerberatung bis hin zur Frage, wie die Schulden sukzessive reduziert werden können, dann sind diese Art der Schulden sicherlich kein Hemmnis. Wenn allerdings ein hoher Betrag aufgelaufen ist, sieht die Sache schon anders aus.

Abg. **Max Straubinger** (CDU/CSU): Ich habe eine Nachfrage zu meiner bereits gestellten Frage an den GKV-Spitzenverband. Es wurde sinngemäß ausgeführt, die GKV würde ebenfalls eine Erhöhung des Zuschusses einfordern, wenn die PKV einen höheren Beitrag erstattet bekäme. Begründet haben Sie dies mit den höheren durchschnittlichen Kosten. Widerspricht diese Position nicht dem solidarischen System der GKV? Denn der Solidarausgleich innerhalb des Systems erfolgt dadurch, dass bestimmte Personen einen sehr geringen Beitrag zahlen, zum Beispiel ein Auszubildender und gut verdienende Versicherte mit Höchstbeiträgen belastet werden. Ihre Aussage impliziert, dass auch für einen Auszubildenden der Beitrag erhöht werden müsste, wenn die durchschnittlichen Kosten maßgebend wären.

SV **Michael Weller** (GKV-Spitzenverband): Wir erhalten bereits im Durchschnitt ausgabendeckende Beiträge. Der jetzt gefundene Beitragssatz von 126 Euro ist in einem Beratungsverfahren festgesetzt worden. Man hätte den Beitrag bei 260 Euro, bei 300 Euro oder bei X Euro festlegen können. Ich möchte daran erinnern, dass sich früher die Beiträge von Arbeitslosengeldempfängern – nicht ALG II-Empfängern – auf der Basis von 80 Prozent des letzten Bruttogehalts berechneten. Im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens wurde dieser Prozentsatz auf 68 abgesenkt. Im Verlauf eines Beratungsprozesses hat die GKV die Entscheidung getroffen, den Beitrag abzusenken, um den Bundeshaushalt und andere Sozialversicherungsträger zu entlasten. Heute geht es darum, die im Durchschnitt die Ausgaben deckenden Beiträge zu erhalten. Nach Auffassung der GKV entspricht dies dem Solidaritätsprinzip. Es kann nicht darum gehen, dass die GKV gesamtgesellschaftliche Aufgaben oder das Beschäftigungs- bzw. das Arbeitslosenrisiko bei steigender Arbeitslosigkeit überantwortet bekommt.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Meine Fragen beziehen sich auf die Prämienlücke bei Versicherten im Basistarif der PKV und sind an Frau Prof. Wallrabenstein und an Herrn Dr. Rock gerichtet. Seit dem 3. Juni 2010 existiert im SGB II mit § 21 Abs. 6 eine Härtefallklausel. Welche Auswirkungen hat diese Härtefallklausel nach Ihrer Einschätzung auf das Problem der Finanzierungslücke bei PKV-versicherten Hilfebedürftigen? Wie beurteilen Sie die unterschiedliche Rechtsprechung hierzu?

Sve **Prof. Dr. Astrid Wallrabenstein**: Danke für die Frage nach dem neuen § 21 Abs. 6 SGB II. Denn diese Regelung, die für viele unbenutzt im Juni in das SGB II aufgenommen wurde, hat tatsächlich Auswirkungen auf die Frage der Behandlung der Beitragslücke. Ich vermute – wir wissen es natürlich noch nicht –, dass die Sozialgerichte darauf einschwenken werden, die Härtefallklausel anzuwenden, um den privat Versicherten die Prämienlücke über die Grundsicherungsträger zu finanzieren. Es liegt bereits eine Entscheidung des Sozialgerichts Bremen vor, die das Verfassungsgerichtsurteil, das der neuen Härtefallklausel zu Grunde liegt, heranzieht, um diese Lücke zu schließen. Ich vermute, auch andere Gerichte werden sich dieser Auffassung anschließen. Das führt zu Ihrer zweiten Frage nach der Beurteilung der aktuellen Rechtsprechung. Es wurde bereits ausgeführt, dass die Rechtsprechung derzeit stark heterogen ist. Ein Thema ist dabei immer wieder die Frage, ob eine Regelungslücke des Gesetzgebers vorliegt, die zur Finanzierungslücke führt. Nach meiner Auffassung besteht eine Regelungslücke. Diese beruht aber nicht darauf, dass der Gesetzgeber im Rahmen der Gesetzesberatungen vergessen hat, dies zu regeln. Denn bei den Beratungen zum GKV-WSG wurde über dieses Thema gesprochen. Eine Regelungslücke ist vielmehr nachträglich entstanden, weil der Basistarif heute in einer Höhe kalkuliert wird, die zum Zeitpunkt der Gesetzesberatungen 2006/2007 nicht unbedingt absehbar war. Das führt nun zu dem normalen, verfassungsrechtlichen Folgeprozedere der Nachbesserungspflicht des Gesetzgebers. In dieser Weise argumentiert, teile ich die Auffassungen, die die Gerichte vertreten. Allerdings komme ich zu einem anderen Ergebnis. Nach meiner Auffassung können und dürfen die Sozialgerichte diese Lücke nicht schließen. Das ist Aufgabe des Gesetzgebers.

SV Dr. Joachim Rock: In der Tat wird durch den neu eingeführten § 21 Abs. 6 SGB II die Situation der Betroffenen deutlich verbessert. Die Regelung ist gleichzeitig auch ein Signal an die Verwaltung, umzuschwenken. Das ist aber aus meiner Sicht nicht ausreichend und das wurde in der Praxis der sozialen Arbeit bereits erkannt. Insbesondere die Erläuterungen zur Verwaltungspraxis geben auf die Frage zur Deckungslücke keine eindeutige Antwort. Es wurde hervorgehoben, dass sehr strenge Bedingungen für die Anwendung des § 21 Abs. 6 SGB II erfüllt sein müssen. Allerdings wurde die Regelungslücke bei PKV-versicherten Hilfebedürftigen nicht ausdrücklich benannt. Es geht vielmehr um die Wahrnehmung des Umgangsrechts und vergleichbare Regelungen sowie um die Kosten im Bereich Pflege und Hygieneartikel. In der Antwort der Bundesregierung auf eine Anfrage der Linksfraktion wurde zu diesem Thema ausgeführt, dass die Deckungslücke kein atypischer Bedarf sei, der die Anwendung der Härtefallregelung des § 21 Abs. 6 SGB II rechtfertige. Deshalb besteht nach wie vor ein Nachbesserungsbedarf insbesondere auch im Interesse der Verwaltung, damit diese Rechtssicherheit erhält. Aber auch um die Betroffenen zur Wahrnehmung ihrer Rechte zu motivieren, denn diese fühlen sich aufgrund der bestehenden Regelung noch nicht veranlasst, ihre Rechte geltend zu machen. Zu Ihrer zweiten Fragen kann ich erklären, dass spätestens seit dem 2. Februar 2007 die Regelungslücke im Prinzip bekannt war. Ich denke, der Gesetzgeber muss hier Klarheit schaffen, weil ansonsten die Dunkelziffer der Betroffenen sehr stark ansteigt.

Abg. Steffen-Claudio Lemme (SPD): Ich habe eine Frage an den Deutschen Gewerkschaftsbund und an die Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft. Die SPD-Fraktion fordert in ihrem Antrag die Einführung eines Finanzausgleichs zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung, der die unterschiedliche Morbidität und Finanzkraft berücksichtigt. Wie beurteilen Sie diese Forderungen?

SV Knut Lambertin (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Wir unterstützen die im Antrag der SPD-Bundestagsfraktion formulierte Forderung nach einem Finanzausgleich zwischen den PKV-Unternehmen und den gesetzlichen Krankenkassen. Die befragten Juristen

haben ausgeführt, dass es zwei getrennte Versicherungszweige seien: auf der einen Seite die GKV und auf der anderen Seite die PKV-Unternehmen. In diesen beiden Vollversicherungszweigen stehen sowohl die gesetzlichen Krankenkassen als auch die PKV-Unternehmen im Wettbewerb. Hier stellen wir fest, dass von der im SGB V definierten Solidargemeinschaft in der Praxis oftmals nicht viel übrig bleibt. Deshalb halten wir es für durchaus gerechtfertigt, dass es eine Art Finanzausgleich geben soll. Dieser Ausgleich muss nicht unbedingt über den Morbi-RSA erfolgen. Allerdings sollte die Entscheidung wie der Finanzausgleich funktionieren kann, nach Konsultation mit den Fachleuten erfolgen. Es ist auch zu berücksichtigen, dass der Gesetzgeber einen Großteil der gesamtgesellschaftlichen Aufgaben den gesetzlichen Krankenkassen übertragen hat. An diesen Aufgaben sollten auch die PKV-Unternehmen oder die Kunden der PKV-Unternehmen in gewisser Weise beteiligt werden. Das sind unsere programmatischen Forderungen.

SV Bernhard Jirku (ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Ich kann mich den Ausführungen meines Vorredners anschließen und füge einen weiteren Punkt hinzu. Einerseits geht es um den allgemeinen Finanzausgleich zwischen der privaten und der sozialgesetzlichen Krankenversicherung. Andererseits gibt es auch den Finanzausgleich innerhalb der sozialgesetzlichen und innerhalb der privaten Versicherung. Dieser interne Finanzausgleich ist in der gesetzlichen Krankenversicherung weiter entwickelt als in der privaten. Das liegt an der Höhe des Basistarifes und der Differenz dieses Basistarifes zum Versicherungsbeitrag, der für ALG II-Bezieher übernommen wird.

Abg. Bärbel Bas (SPD): Ich habe eine Nachfrage an Frau Prof. Dr. Wallrabenstein. Nach Ihrer Auffassung sollte die Schließung der Finanzierungslücke nicht von den Sozialgerichten per Gerichtsentscheid, sondern vom Gesetzgeber geregelt werden. Wenn der Gesetzgeber die Frage nicht verfassungskonform regelt, müsste dies dann vor dem Bundesverfassungsgericht geklärt werden?

SVe Prof. Dr. Astrid Wallrabenstein: Wenn meine Vermutung zutrifft und die Sozialgerichte

den Betroffenen Leistungen zusprechen werden, dann ist nicht unbedingt mit einer Klage vor dem Verfassungsgericht zu rechnen, da eine Verfassungsbeschwerde keine Grundlage hätte. Genauso wäre in diesem Fall ein Vorlageverfahren der Sozialgerichte unwahrscheinlich, denn die Gerichte könnten das Problem alleine lösen. Hypothetisch ein völlig anderer Weg wäre, dass ein betroffener Versicherter gegen seine Privatversicherung klagt und eine stärkere Reduktion seines Beitragssatzes fordert, weil er das für verfassungsrechtlich geboten hält. Das müsste dann von den Zivilgerichten entschieden werden. Wenn das so wäre und die Zivilgerichte die Klage ablehnen würden, wäre vorstellbar, dass eine Verfassungsbeschwerde Erfolg haben würde. Allerdings wäre die Zulässigkeit fraglich. Aber bisher gibt es kein Verfahren dieser Art vor einem Zivilgericht. Eine andere Variante wäre, dass die Zivilgerichte selbst vorlegen würden, weil sie die gegenwärtige Norm im VAG für verfassungswidrig hielten. Es stellt sich die Frage, wie wahrscheinlich dieses Vorgehen ist. Kommt man auf diesen Wegen nicht weiter, bliebe als letzte Variante die abstrakte Normenkontrolle, die von der Bundregierung, einer Landesregierung oder einem Drittel der Abgeordneten des Bundestages beantragt werden könnte.

Abg. Dr. Edgar Franke (SPD): Ich habe eine Nachfrage zu den verfassungsrechtlichen Hürden, die bei der Einführung der Bürgerversicherung bestehen würden. Herr Thüsing, Sie haben – wenn ich das richtig verstanden habe – angedeutet, die Einführung der Bürgerversicherung sei verfassungsrechtlich problematisch, dies aber nicht konkreter ausgeführt. Mit Blick auf die große Kasuistik zu Artikel 14 Grundgesetz möchte ich von Frau Prof. Wallrabenstein wissen, wie sie dies verfassungsrechtlich beurteilt, wenn es im Rahmen der Einführung der Bürgerversicherung Übergangsfristen gäbe und der Bestand der Privatversicherungen gesichert wäre?

Sve Prof. Dr. Astrid Wallrabenstein: Meine persönliche rechtliche Position zu dieser Frage ist relativ klar. Das gesamte Gesundheitssystem ist verfassungsrechtlich gesteuert und daher zu regulieren. Deshalb räume ich dem Gesetzgeber viel Spielraum ein und halte eine Bürgerversicherung für grundsätzlich möglich. Entschei-

dend ist der Übergang, der vom Detail abhängt. Es stellt sich allerdings die Frage, wie wahrscheinlich es wäre, dass das Bundesverfassungsgericht dies ebenfalls so sähe. Angesichts des PKV-Urteils bin ich verhalten optimistisch. Das Verfassungsgericht hat sich immer wieder darauf zurückgezogen, nur die aktuellen Regelungen zu prüfen und keine weitergehenden obiter dicta zu machen, was es sonst sehr gerne tut. Bei dieser Verfassungsbeschwerde hat sich das Gericht sehr zurück gehalten. Das ist eine vorsichtige Einschätzung und Prognose.

Abg. Angelika Graf (Rosenheim) (SPD): Ich möchte mich der paritätische Finanzierung der Versicherungsbeiträge widmen und frage den GKV-Spitzenverband, ver.di, die Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe, den Sozialverband Deutschland und die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege. Wie beurteilen Sie die im SPD-Antrag formulierte Forderung einer paritätischen Finanzierung angesichts der künftigen Belastungen von Arbeitgebern auf der einen Seite und Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen sowie Rentner und Rentnerinnen auf der anderen Seite? Eine weitere Frage richte ich an den Sozialverband Deutschland. Über die ständige Anhebung der Zusatzbeiträge wird quasi die Kopfpauschale durch die Hintertür eingeführt. Wie kann dies aus Ihrer Sicht verhindert werden?

SV Michael Weller (GKV-Spitzenverband): Der GKV-Spitzenverband spricht sich für den Erhalt und die Weiterentwicklung einer solidarischen GKV aus. Hierzu wird selbstverständlich ein nachhaltiges Finanzierungskonzept benötigt. In der paritätisch besetzten Selbstverwaltung des GKV-Spitzenverbandes gibt es dazu zwei konträre Positionen. Die Arbeitgeber im GKV-Spitzenverband sprechen sich mehrheitlich für die Festschreibung des Arbeitgeberbeitrages aus, während die Versichertenvertreter mehrheitlich für die vollständige Rückkehr zur paritätischen Finanzierung votieren.

SV Bernhard Jirku (ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): ver.di befürwortet entsprechende Schritte zur Wiederherstellung der paritätischen Finanzierung. Dies vor allen Dingen vor dem Hintergrund, dass derzeit der Finanzierungsbedarf insbesondere durch die unte-

ren und mittleren Einkommen gedeckt wird. Auf der einen Seite wird der Arbeitgeberbereich bei den Arbeitgeberanteilen entlastet und auf der anderen Seite werden die Arbeitnehmer über prozentuale Beiträge und über Festbeträge, die Ausgleichsdimensionen enthalten, belastet. Diese Belastung beträgt bei den unteren Einkommen 10 bis 12 Prozent Beitragsvolumen. Bei der Beitragsermittlung werden nicht nur das Erwerbseinkommen, sondern alle Einkommen und alle Vermögen berücksichtigt. Wir haben bei den unteren Einkommen insbesondere dann einen anderen Einkommensbegriff, wenn der Bereich der Hilfebedürftigkeit betreten wird. Wir halten es für nicht angebracht, unterschiedliche Einkommensschichten völlig unterschiedlich zu bemessen. Deswegen sollte es ein einheitliches Bemessungssystem geben.

SV Dr. Martin Danner (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE)): Aus unserer Sicht wäre es höchst begrüßenswert, wenn der Grundsatz der paritätischen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung wieder realisiert würde. Es ist ein sehr hohes Gut, dass die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber ein gesteigertes Interesse an der gesundheitlichen Situation der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer haben. Betriebskrankenkassen und dergleichen sind Ausdruck dieser gewachsenen Struktur im Gesundheitswesen. Wird das Prinzip der paritätischen Finanzierung aufgegeben, führt das zu einem Rückzug dieses Interesses. Die Argumentation, der Ausstieg aus der paritätischen Finanzierung sei erforderlich, weil die Lohnnebenkosten gesenkt werden müssten, ist höchst zweifelhaft. Im Tarifgeschehen orientiert man sich an der Nettolohnentwicklung. Es stellt sich letztendlich nur die Frage: Sollen die Real-löhne der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer abgesenkt oder soll das Bestehende beibehalten werden? Aus unserer Sicht ist die paritätische Finanzierung nicht das ausschlaggebende Moment.

SV Fabian Székely (Sozialverband Deutschland e.V. (SoVD)): Im Großen und Ganzen schließe ich mich meinen Vorrednern an. Auch wir treten für die paritätische Finanzierung ein. Die Arbeitgeber haben die Pflicht, einen paritätischen Beitragsanteil zu zahlen, denn sie parti-

zipieren vom gesetzlichen Gesundheitssystem. Sie profitieren, wenn durch die Präventionsleistungen der gesetzlichen Krankenkassen der Gesundheitszustand der Arbeitnehmer nachhaltig gestärkt wird und sie partizipieren natürlich von der umfassenden, hochwertigen medizinischen Versorgung der Arbeitnehmer im Krankheitsfall. Bei der Frage, wie die Kopfpauschale durch die Hintertür vermieden werden kann, ist der SoVD der Ansicht, dass Reformen sowohl auf der Einnahme- als auch auf der Ausgabenseite erforderlich sind. Die Einnahmeseite muss in einem größeren gesellschaftlichen Zusammenhang gesehen werden. Die Frage, was zur Unterfinanzierung der GKV geführt hat, muss beantwortet werden. Die Durchschnittslöhne sind rapide gesunken und es existiert ein Niedriglohnsektor. Beides führte dazu, dass geringere Beiträge an die GKV abgeführt werden. Mit dieser geringeren Lohnquote müssen aber steigende Ausgaben finanziert werden. Es ist offensichtlich, dass die Beiträge angehoben werden müssen. Deswegen fordern wir die Einführung eines Mindestlohns, denn dadurch werden die Beiträge steigen. Des Weiteren fordern wir die Angleichung der unterschiedlichen Beitragsbemessungsgrenzen innerhalb der Sozialversicherung. Der Beitragsbemessungsgrundsatz in der gesetzlichen Krankenversicherung muss zumindest auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung angehoben werden. Diese Maßnahme würde zu Mehreinnahmen führen. Weiter wäre zu überlegen, ob es nicht sinnvoll wäre, Vermögen, die ebenfalls Erträge abwerfen, in die Beitragsbemessung einzubeziehen. Zum Schutz der Geringverdiener und damit kleinste und kleine Vermögen nicht angegriffen werden, könnten eventuell Freibeträge eingeführt werden. Auf der Ausgabenseite ist zu überlegen, ob weitere Strukturformen erforderlich sind. Der Kabinettsentwurf des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes ist zwar im parlamentarischen Beratungsprozess, doch uns gehen die getroffenen Maßnahmen nicht weit genug, wir erkennen mehr Potential. Des Weiteren muss man abwarten, ob die Regelungen zur Mengenbegrenzung wirklich tragfähig sind. Im Krankenhaussektor sehen wir ebenfalls erheblichen Reformbedarf. Es kann nicht sein, dass Krankenhäuser in einem Jahr erhöhte Mengen mit Abschlägen erbringen, damit diese Mengen im nächsten Jahr Datenbasis werden und dann ohne Abschläge erbracht werden können. Dies führt zu einer kontinuierlichen, unbegrenzten Ausgabensteigerung.

SVe Daniela Hurrelberg (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V. (BAGFW)): Ich schließe mich meinen Vorrednern an. Auch wir befürworten die Rückkehr zur paritätischen Finanzierung. Wir sehen durch die Zusatzbeiträge, die einseitig vom Arbeitnehmer getragen werden müssen, eine Verschiebung des Grundsatzes der paritätischen Beitragsentrichtung zu Lasten der Arbeitnehmer.

Abg. Heinz Lanfermann (FDP): Ich möchte eine Frage an den Verband der PKV stellen. Die Beitragslücke besteht einerseits im Basistarif und andererseits auch bei einer zwar überschaubaren, aber doch wahrscheinlich größeren Anzahl von Personen in den Normaltarifen der PKV. Wie könnten aus Ihrer Sicht Lösungsmöglichkeiten für diese zwei Tarifbereiche gestaltet sein?

SV Dr. Volker Leienbach (Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV)): Das sogenannte Hartz IV-Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom Februar 2010 stellte klar, dass der Krankenversicherungsschutz zum Existenznotwendigen zählt. Die Sicherung des Existenzminimums ist Aufgabe und Pflicht des Sozialstaates und kann nicht delegiert werden. Insofern kann die Beitragslücke nur mit Mitteln der öffentlichen Hand geschlossen werden. Ich erkenne auch nicht, dass es je nach Tarifzugehörigkeit eine Differenzierung in unterschiedliche Kategorien von Hilfebedürftigen geben kann. Es muss Gleichbehandlung herrschen. Das heißt, die Beitragslücke ist nicht nur für Hilfebedürftige im Basistarif zu schließen, sondern auch für Hilfebedürftige in den sogenannten Normaltarifen. Das ergibt sich aus meiner Sicht zwingend, da es ansonsten einen Sog in den Basistarif hinein geben würde. Das wiederum verbietet sich nach dem PKV-Urteil des Bundesverfassungsgerichts. Das Urteil etablierte gerade die Beobachtungspflicht mit dem Ziel, dass der Basistarif keine größere Bedeutung bekommen darf.

Abg. Heinz Lanfermann (FDP): Ich habe eine weitere Frage an den Verband der PKV. Könnten Sie näher auf die Höhe und die rechtlichen Folgen der Beitragsrückstände eingehen? Gibt es Verrechnungen? Wie gestalten sich die Erstattungsansprüche bei aufgelaufenen Beitragschulden? Hierzu frage ich auch den BDA.

SV Dr. Volker Leienbach (Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV)): In der Krankenversicherung betragen die bisher maximal aufgelaufenen Beitragsschulden aus der Nichtzahlung der Deckungslücke pro Versicherten für die letzten 18 Monate rund 3.000 Euro. Bei der Pflegeversicherung haben wir die gleiche Problematik, hier betragen die Beitragschulden rund 300 Euro. Ich gehe davon aus, dass, wenn eine rechtlich und ordnungspolitisch einwandfreie Lösung für die Zukunft gefunden ist, man sich über die Vergangenheit bzw. die Schuldentilgung verständigen können.

SV Dr. Volker Hansen (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e.V. (BDA)): Ich schließe mich den Ausführungen von Herrn Leienbach an. Nur die PKV kennt die Zahlen und kann hierzu eine Aussage machen. Darüber hinaus kann ich im Moment keine weitere Auskunft geben.

Abg. Heinz Lanfermann (FDP): Ich habe eine weitere Frage, auf die ich im Rahmen dieser Anhörung gestoßen bin. Jenseits der verfassungsrechtlichen Beurteilung einer Einführung der Bürgerversicherung nach dem SPD-Modell möchte ich die praktische Seite näher beleuchten und frage den PKV-Verband als Hauptbetroffenen. Wie stellt sich für die PKV die Lage dar, wenn ein solches Modell mit entsprechenden Übergangslösungen wie Bestandsschutz politisch angestrebt werden würde. Kann ein Privatversicherungsmodell den lebenslänglichen Versicherungsschutz des Einzelnen nur mittels der Rücklagen garantieren? Denn die Versicherten bilden in den verschiedenen Tarifen der PKV Versicherungsgemeinschaften. Ist es versicherungsmathematisch überhaupt möglich, einen Schnitt zu machen, die Bürgerversicherung einzuführen, die Privatversicherungsverträge auslaufen zu lassen und den Abschluss neuer Verträge zu verbieten? Oder führt das zu Verwerfungen innerhalb des Systems? Müsste der Bund möglicherweise Finanzmittel zuschießen, um Härtefälle, die sich wahrscheinlich ergeben werden, auszugleichen?

SV Dr. Volker Leienbach (Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV)): Sie werden verstehen, dass sich der Verband das nur sehr schwer vorstellen kann. Klar ist, dass es auf

jeden Fall einen Bestandsschutz geben müsste. Das sagen auch die Befürworter einer Bürgerversicherung. Klar ist auch, dass wir von einem Übergangszeitraum von mehreren Jahrzehnten sprechen. Allerdings fehlt bis heute jede Begründung dafür, warum ein Einheitssystem einem wettbewerblich orientierten, pluralistischen System überlegen sein sollte. Niemand sagt, was tatsächlich gewonnen wäre. Eine Bürgerversicherung mag Ideologen befriedigen, sie löst aber kein einziges Problem. Die Privatversicherten finanzieren über ihre Steueranteile einen ganz wesentlichen Teil des Solidarbeitrags. Sie sorgen über höhere Honorare bei den Leistungserbringern dafür, dass wir eine technisch hervorragende Infrastruktur mit einer sehr guten Breitenversorgung haben. Zum Finanzausgleich zwischen PKV und GKV möchte ich anmerken, dass hier die Systematik eines risikoadäquat kalkulierenden PKV-Systems verkannt wird. Ein Risikostrukturausgleich mit einem System, das eben gerade nicht risikoadäquat kalkuliert, verbietet sich. Die PKV hat die Unterschiede bei den Geschlechtern, beim Alter, beim Gesundheitszustand oder in der Familienmitversicherung in ihrer Kalkulation abgebildet. Die Versicherten zahlen dafür und können über den Finanzausgleich nicht ein zweites Mal bezahlen. Zur Frage des Ausblutens der Tarife, wenn es keine Neuversicherten geben sollte, kann ich sagen, dass wir auf der Basis der Altersrückstellungen eine sichere Kalkulationsgrundlage haben, die einen guten Schutz vor unbezahlbaren Beiträgen garantiert. Es muss aber auch gesehen werden, dass wenn die PKV langfristig abgeschafft werden würde – meine Fantasie reicht dafür allerdings nicht aus –, es völlig klar wäre, dass die politische Kraft enorm nachlassen würde, wenn Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte zu novellieren sind oder ein Verhandlungsmandat im Kontext mit der Pharmaindustrie zu erzielen ist. Je kleiner die Gruppe der Privatversicherten wird und je mehr die beiden Systeme sich voneinander entfernen, desto schwieriger würde dies werden. Insofern plädieren wir dezidiert für ein pluralistisches, wettbewerblich orientiertes System und für eine Zukunftsperspektive für die private Krankenversicherung, deren Existenz durch das PKV-Urteil von Karlsruhe bestätigt wurde.

Abg. **Heinz Lanfermann** (FDP): Ich möchte noch eine Frage an den DGB stellen. Im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung ein-

kommensunabhängiger Zusatzbeiträge – das ist die korrekte Bezeichnung – hatten Sie zuletzt mehrfach den bürokratischen Aufwand angesprochen, der bei der Durchführung des Sozialausgleiches entstehen könnte. Bei der Bürgerversicherung sollen nicht nur der Lohn, sondern auch andere Einkünfte – welche das sind, wird nicht ganz genau definiert – zur Verbeitragung herangezogen werden. Haben Sie eine Vorstellung, wie hoch die Kosten wären, wenn eine solche Verbeitragung durchgeführt werden würde und wer diese Aufgabe übernehmen sollte?

SV **Knut Lambertin** (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Die Bundesregierung hat gestern ihre Pläne vorgestellt. Ich hatte heute das Vergnügen, mir das Modell im Rahmen einer Veranstaltung mit Herrn Staatssekretär Bahr nochmals erläutern zu lassen. Allerdings muss ich feststellen, dass ich noch nicht verstanden habe, wie der Sozialausgleich funktionieren soll. Deswegen kann ich Ihnen nicht sagen, was der Sozialausgleich kosten würde.

Abg. **Heinz Lanfermann** (FDP): Die Frage bezog sich auf die Bürgerversicherung und deren bürokratische Kosten.

SV **Knut Lambertin** (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Entschuldigen Sie bitte, da habe ich Sie falsch verstanden. Nein, haben wir in jüngster Zeit die Bürokratiekosten nicht neu berechnen lassen, deshalb kann ich Ihnen leider keine Auskunft geben. Wahrscheinlich werden wir im Herbst 2010 neue Berechnungen vorlegen.

Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage, die im Prinzip an alle anwesenden Verbände gerichtet ist, die mir aber wahrscheinlich kaum jemand beantworten kann. Vor einigen Tagen erhielten wir auf die Frage der Handhabung der Deckungslücke als Antwort von der Bundesregierung, dass derzeit eine intensive Suche nach einer konsensfähigen Lösung stattfindet. Ich kann mir vorstellen, dass es zwischen den Ministerien und den Fraktionen Gespräche gibt. Ich frage die Gewerkschaften und Verbände, ob Ihr Sachverstand bereits offiziell einbezogen wurde.

SV **Knut Lambertin** (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Nein.

SV **Bernhard Jirku** (ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Ebenfalls nein.

SV **Michael Weller** (GKV-Spitzenverband): Nein.

SV **Dr. Volker Leienbach** (Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV)): Da das Problem der Deckungslücke ein Problem der PKV ist und wir es auch öffentlich gemacht haben, ist klar, dass wir mit allen Beteiligten in allen Fraktionen darüber gesprochen haben.

SV **Dr. Volker Hansen** (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e.V. (BDA)): Nein.

Die **Vorsitzende**: War denn einer der Verbände in die Lösungssuche involviert? Da sich niemand zu Wort meldet, schließe ich daraus, dass nur die PKV einbezogen war.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an den DGB. Die Bundesregierung will die Zusatzbeiträge für die GKV erhöhen. BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN wollen in ihrem Antrag die Zusatzbeiträge für Hartz IV-Bezieher abschaffen. Das impliziert aber, dass sie für alle anderen beibehalten würden. Was hält der DGB davon?

SV **Knut Lambertin** (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Der Deutsche Gewerkschaftsbund lehnt die Zusatzbeiträge ab, weil sie eine weitere Verschiebung der Belastung hin zu den gesetzlich Versicherten darstellen. Diese sind bereits mit 0,9 Prozent Sonderbeitrag belastet. Dazu addieren sich die Zusatzbeiträge. Wird der ganze Bereich der Zuzahlungen und Aufzahlungen ohne die direkten Käufe hinzu gerechnet, haben wir inzwischen ein Verhältnis zwischen Versicherten und Arbeitgebern von 60 zu 40 erreicht. Das drückt nicht den Kerngedanken der gesetzlichen Krankenversicherung, nämlich die paritätische Finanzierung der Ausgaben, aus.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Würde die Abschaffung des Sonderbeitrags von 0,9 Prozent, wie es die SPD in ihrem Antrag fordert, aus Sicht des DGB ausreichen, um die vollständige Parität wieder herzustellen?

SV **Knut Lambertin** (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Das würde zumindest ausreichen, wenn gleichzeitig die Zusatzbeiträge insgesamt abgeschafft würden, um pro forma die Parität wieder herzustellen. De facto bliebe aber der ganze Bereich der Zuzahlung, Aufzahlung und direkten Käufe auf der Versicherten-seite.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Ich habe noch eine Frage an den GKV-Spitzenverband, die sehr kurz beantwortet werden kann. Sie sagten, dass realistische Beiträge für Arbeitslose etwa 5 Mrd. Euro an zusätzlichen Einnahmen für die GKV bedeuten würden. Können Sie diesen Betrag zu den im Augenblick erforderlichen Zusatzbeiträgen ins Verhältnis setzen?

SV **Michael Weller** (GKV-Spitzenverband): Die GKV hat rund 51 Mio. Versicherte. Würden 5 Mrd. Euro Mehreinnahmen generiert, dann würde das, wenn ich jetzt richtig rechne, einen durchschnittlichen Beitrag von etwas über 8 Euro ergeben. Das würde einem Zusatzbeitrag von etwas über 8 Euro entsprechen. Aber dieser Betrag wäre natürlich nicht die Summe, die die einzelne Kasse einsparen würde, da deren Einnahmen und Ausgaben unterschiedlich sind. Das wäre vielmehr der rechnerische Durchschnitt über die GKV.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Ich möchte vom Vertreter der GKV wissen, ob es seiner Ansicht nach einen vernünftigen Grund dafür gibt, dass die private Krankenversicherung für ihren Basistarif, der im Leistungsniveau dem der GKV entspricht, weniger Geld erhalten sollte als die gesetzliche Krankenversicherung. Und umgekehrt frage ich Herrn Leienbach von der PKV, ob es derzeit für die gesetzliche Krankenversicherung möglich ist, mit dem für einen Hartz IV-Beziehenden zugewiesenen Geld auszukommen. Wenn dies nicht der Fall ist, wie hoch müsste nach Ihrer Berechnung der Beitrag für die GKV sein?

SV Michael Weller (GKV-Spitzenverband): Die GKV erhält zurzeit etwa 126 Euro für einen ALG II-Bezieher. Wenn ich es richtig verstehe, liegt die Diskussion darin begründet, dass für in der PKV versicherte Hilfebedürftige nur ca. 290 Euro von den Trägern erstattet werden, der Tarif aber tatsächlich höher ist. Hier sollte es eine Angleichung geben. Bekäme die GKV einen Beitrag der durchschnittlich ausgabendeckend sein sollte, müsste dieser bei 260 Euro liegen. Dieser Betrag müsste selbstverständlich im Rahmen der solidarischen Finanzierung auch innerhalb der Versicherungsklassen der PKV gelten.

SV Dr. Volker Leienbach (Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV)): Die PKV bekommt für einen versicherten Hilfebedürftigen nicht 290 Euro, sondern nur 126 Euro. Ich habe keinen Grund, an den Zahlen von Herrn Weller zu zweifeln. Es ist sicherlich richtig, dass ein Hilfebedürftiger im Durchschnitt deutlich höhere Kosten als 126 Euro verursacht. Insofern schließe ich mich den Ausführungen von Herrn Weller an, bitte aber zu bedenken, dass die gesetzliche Krankenversicherung in diesem Jahr einen Bundeszuschuss von knapp 16 Mrd. Euro erhält, der gedanklich auch dieser Personengruppe zugeordnet werden kann.

Abg. Kathrin Vogler (DIE LINKE.): Herr Leienbach, wie beurteilen Sie es, dass die Regelungen, die zu dieser Deckungslücke geführt haben, immer noch bestehen? Seit Februar 2007 gibt es diese Beschlüsse und schon vor über einem Jahr hat die Fraktion DIE LINKE. einen Antrag hierzu vorgelegt. Hatte die Bundesregierung aus Ihrer Sicht genügend Zeit, diese Lücke zu schließen?

SV Dr. Volker Leienbach (Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV)): Ich bin nicht sicher, ob ich diese Frage beantworten kann. Wir haben auf das Problem bereits im Gesetzgebungsverfahren hingewiesen. Es wurde aber nicht gelöst. Wir haben nun insofern durch das Hartz IV-Urteil vom Februar 2010 vielleicht eine neue Situation. Denn das Urteil muss auch die Bundesregierung beachten. Zudem haben wir eine fortlaufende Rechtsprechung, bei der sich herauskristallisiert, dass die Beitragslücke von der öffentlichen Hand zu schließen ist. Wir

haben nicht den Eindruck, dass dieses Problem leichtfertig behandelt wird.

Abg. Kathrin Vogler (DIE LINKE.): Meine nächste Frage geht an Herrn Klinder. Sie sind Sozialanwalt und haben mit den von der Deckungslücke Betroffenen zu tun. Können Sie uns schildern, welche Probleme vorhanden sind und was das für die Menschen bedeutet?

SV RA Markus Klinder: Ich habe die Verfahren am Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen sowie viele Hauptsacheverfahren zuletzt auch in Chemnitz begleitet. In diesem Zusammenhang habe ich mich mit Rechtsexperten ausgetauscht. Derzeit sind die Betroffenen völlig hilflos. Sie erhalten einen Bescheid, in dem das Ruhen der Leistung angekündigt wird. Sie kommen dann zur anwaltlichen Beratung, wissen nicht mehr ein noch aus und haben Angst, dass die ärztliche Leistung nicht mehr bezahlt wird. Deshalb gehen sie nicht mehr zum Arzt und gefährden sich dadurch teilweise selbst. Teilweise findet auch keine entsprechende Aufklärung statt, sondern es wird einfach festgestellt, es liege Zahlungsverzug vor und deshalb ruhten die Leistungen. Im Gesetz ist aber geregelt, dass das Ruhen endet, wenn der Betroffene hilfebedürftig wird. Da die meisten Betroffenen schon vor dem Ruhen hilfebedürftig waren, ist ihnen nicht klar, dass in ihrem Fall diese Vorschrift greift. Das ist sehr unglücklich geregelt. Aufgrund dieser missverständlichen Formulierung gehen einige Privatversicherer entgegen den Empfehlungen des Spitzenverband davon aus, dass die Leistungen letztendlich doch ruhen können. Die herrschende Meinung der Sozialgerichtsbarkeit teilt aber diese Auffassung nicht. Aber letztendlich ist es Tatsache, dass einige Krankenversicherungen die Vorschrift in diesem Sinne auslegen. Den Betroffenen bleibt dann nur der eigentlich unzumutbare Weg vor die Zivilgerichte.

Abg. Kathrin Vogler (DIE LINKE.): Ist die Rechtsprechungspraxis einheitlich oder gibt es große Unterschiede?

SV RA Markus Klinder: Man muss zwischen einstweiligen Anordnungen, also einstweiligen Rechtsverfahren, und Hauptsacheverfahren un-

terscheiden. Im Hinblick auf die Eilbedürftigkeit im einstweiligen Rechtsschutz stehen sich das Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen und das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen konträr gegenüber. Während das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen annimmt, das Ruhen findet nicht statt, geht das Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen schon auf Grund der Verschuldung von einem wichtigen Anordnungsgrund und der Eilbedürftigkeit aus. Die Gerichte sind in ihrer Auffassung völlig zerstritten. Ob einem Betroffenen geholfen wird, ist entscheidend davon abhängig, in welchem Bundesland er lebt.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Fragen richten sich zunächst an den Einzelsachverständigen Prof. Greß. Sie befürworten den Finanzausgleich zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung als Übergangsmaßnahme zu einem integrierten Krankenversicherungssystem. Welchen Zeithorizont definieren Sie für diese Übergangsphase und für die Umsetzung eines Finanzausgleichs? Welche Voraussetzungen müsste insbesondere die PKV beispielsweise im Hinblick auf die Erfassung der Morbidität erfüllen?

SV Prof. Dr. Stefan Greß: Ich möchte kurz ausführen, warum ein Finanzausgleich erforderlich ist. Es war bereits vom Prinzip „einmal PKV, immer PKV“ die Rede, wodurch individuelle Optimierungskalküle vermieden werden sollen. Die individuellen Optimierungskalküle existieren aber an der Grenze zwischen GKV und PKV. Sie schwächen die Nachhaltigkeit der Finanzierung in der gesetzlichen Krankenversicherung deutlich. Deswegen besteht die Notwendigkeit eines Finanzausgleichs. Um ihn abwickeln zu können, sind Einkommens- und in beschränktem Maße Morbiditätsinformationen erforderlich. Hierzu würde die Kenntnis über die Höhe der Risikozuschläge ausreichen. Der Finanzausgleich müsste auch nicht zwingend über die Unternehmen durchgeführt werden, sondern könnte auch über Arbeitgeber und Rentenversicherungsträger erfolgen. Das ist das neue Modell, das Bundesminister Dr. Rösler gestern vorgestellt hat.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Herr Prof. Greß, Sie sind der Mei-

nung, weniger die Parität, sondern vielmehr die Beteiligung der Arbeitgeber, sei für die Dynamik der Ausgabenentwicklung entscheidend. Können Sie diese Aussage näher erläutern?

SV Prof. Dr. Stefan Greß: Es war bereits die Rede davon, dass die Arbeitgeber kein Interesse an der Gesundheit ihrer Beschäftigten hätten. Diese Auffassung teile ich nicht. Die Arbeitgeber werden sicherlich auch künftig ein Interesse an gesunden, produktiven Beschäftigten haben. Sie haben aber an einer Beschränkung der Ausgabenentwicklung kein Interesse, wenn sie finanziell an den steigenden Ausgaben nicht mehr beteiligt sind. Das kann man gut finden oder auch nicht. Es hätte aber zur Folge, dass die Ausgaben in Zukunft noch deutlicher als in der Vergangenheit steigen, da ein wesentlicher Beteiligter nicht mehr am Tisch sitzt. Vor dem Hintergrund der beschlossenen Zusatzbeiträge hätte dies wiederum zur Folge, dass die Dynamik der Zusatzbeitragsentwicklung ungebremst einsetzen würde.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Prof. Greß, um eine Ungleichbehandlung zwischen freiwillig Versicherten und Pflichtversicherten zu verhindern, befürworten Sie eine generelle Absenkung der Mindestbemessungsgrundlage für alle freiwillig Versicherten. Wären hierbei Selektionseffekte zu Lasten des Solidarsystems zu befürchten?

SV Prof. Dr. Stefan Greß: Hintergrund dieses Vorschlags ist, dass die Mindestbemessungsgrundlage eingeführt wurde, weil ein bestimmtes Bild der Selbstständigkeit existierte, das heute aber in der Form nicht mehr zutrifft. Hier verweise ich auf den Antrag zu den Solo-Selbstständigen. Durch eine abgesenkte Mindestbemessungsgrundlage wird es für diese Gruppen attraktiver, in der GKV zu bleiben. Ob dies dann auch für die GKV attraktiv wäre, kann ich nicht beurteilen.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Welche Auswirkungen hätten steigende Zusatzbeiträge – wir reden auch über Zusatzbeiträge auf die Transferzahlungen aus dem Steuersystem – auf den Leistungskatalog der GKV?

SV Prof. Dr. Stefan Greß: Wenn die Zusatzbeiträge steigen und ein Sozialausgleich geleistet wird, wird irgendwann der Sozialausgleich auch greifen. Meine Prognose ist, wenn die Ausgaben steigen, dann steigt der Zusatzbeitrag und damit auch der Sozialausgleich. Der Sozialausgleich wird unter massiven fiskalischen Druck geraten. Der Gesundheitsminister wird sich mit dem Finanzminister darüber verständigen müssen, ob der Sozialausgleich weiterhin gezahlt wird. Darüber hinaus wird dann zu diskutieren sein, wie die Ausgaben für den Sozialausgleich beschränkt werden können. Dazu gibt es verschiedene Möglichkeiten: erstens die Ausweitung der Selbstbeteiligung oder zweitens die Beschränkung des Leistungskataloges und als dritte Möglichkeit kann auch die Anspruchsberechtigung beschränkt werden.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Können wir in diesem Zusammenhang von den Niederlanden lernen?

SV Prof. Dr. Stefan Greß: In den Niederlanden ist genau dieser aufgezeigte Zusammenhang eingetreten: ein Pauschalbeitragsystem mit Sozialausgleich, massive Beitragssteigerungen, Transferbedarf und einsetzende Diskussion über Gegenmaßnahmen. In den Niederlanden werden von der neuen Regierung genau die drei Maßnahmen, die ich genannt habe, umzusetzen sein.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich komme zum Themenkomplex Solo-Selbstständige. Hat nach Ihrer Ansicht das Kriterium „Selbstständigkeit ohne abhängig Beschäftigte“ genügend Trennschärfe, um einen entsprechenden GKV-Beitrag für Selbstständige mit geringem Einkommen zu definieren und sie vor finanzieller Überforderung zu schützen?

SV Prof. Dr. Stefan Greß: Ganz kurze Antwort: Nein.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe Fragen an den Sozialverband Deutschland und an ver.di. Wie ist Ihre Position zu dem Vorschlag, die Höhe der Krankenkassenbeiträge an die tatsächliche Höhe des Jahreseinkommens zu koppeln? Gibt es Vor-

und Nachteile und kann hierdurch einem Missbrauch vorgebeugt werden?

SV Fabian Székely (Sozialverband Deutschland e.V. (SoVD)): Dieses Vorgehen entspricht dem Grundsatz der einkommensgerechten Beitragsbemessung. Wir denken, dass der Beitrag relativ einfach festsetzbar ist, wenn er sich aus dem Jahreseinkommen berechnet. Zudem gibt es die Nachweispflichten nach § 240 SGB V, die weiter angewendet werden müssten. Wir denken, dass dadurch ausreichend Schutz vor dem Missbrauch dieser Regelung gegeben ist.

SVe Veronika Mirschel (ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Ich schließe mich meinem Vorredner an. In der Künstlersozialkasse wird der Beitrag auf Basis des Jahreseinkommens ermittelt. Hier besteht auch die Möglichkeit zu überprüfen, ob die gemeldeten Beiträge korrekt sind. Es wäre also durchaus machbar, die Beiträge an den realen Einkommen zu bemessen.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Kollegin hatte gefragt, ob das Kriterium „Selbstständigkeit ohne abhängig Beschäftigte“ genügend Trennschärfe besitzt. Diese Frage stelle ich an den Sozialverband Deutschland und an ver.di.

SV Fabian Székely (Sozialverband Deutschland e.V. (SoVD)): Ich denke ebenfalls, dass bei Solo-Selbstständigen der Beitrag weder von der Wochenstundenzahl noch von der Anzahl der Beschäftigten abhängig gemacht werden kann. Beide Kriterien sind nicht ausreichend trennscharf und werfen neue Gerechtigkeitslücken auf.

SVe Veronika Mirschel (ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Ich schließe mich wieder meinem Vorredner an.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich richte meine Frage an die BAG SELBSTHILFE. In Ihrer Stellungnahme zu unserem Antrag „Keine Zusatzbeiträge für Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld

II“ weisen Sie darauf hin, dass insbesondere chronisch kranke Menschen durch DMP-Programme oder durch Verträge zur integrierten Versorgung an ihre Kasse gebunden sind. Liegen Ihnen Erkenntnisse vor, ob und inwieweit Zusatzbeiträge Auswirkungen auf die Versorgung von chronisch kranken Menschen haben?

SV Dr. Martin Danner (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE)): Bislang hängt die Übernahme der Zusatzbeiträge von der Frage ab, ob der Betroffene sich nicht auch bei einer anderen Kasse, die keine Zusatzbeiträge erhebt, versichern kann. Bei chronisch kranken und behinderten Menschen darf aber das Auswahlkriterium für eine Krankenkasse nicht nur der Zusatzbeitrag sein. Die Versorgung ist in diesen Fällen ebenfalls wichtig. Der Gesetzgeber hat in den vergangenen Jahren mit DMP-Programmen, Selektivverträgen oder integrierter Versorgung bewusst kassenbezogene Versorgungsstrukturen geschaffen.

Unter diesem Aspekt ist es besonders problematisch, einen Kassenwechsel zu verlangen, weil Zusatzbeiträge erhoben werden. Wir halten es für rechtlich bedenklich, wenn Menschen gezwungen werden wegen des Zusatzbeitrages gewachsene Beziehungen aufzugeben, weil die neue Kasse andere Verträge mit anderen Leistungserbringern geschlossen hat. Denn wir erkennen durchaus qualitative Unterschiede in den Versorgungsangeboten der Kassen. Diese Unterschiede entsprechen zwar dem Grundgedanke des Wettbewerbs, aber aus unserer Sicht ist es ungerecht, die Menschen zu zwingen, aus finanziellen Gründen eine andere Kasse mit einer anderen Versorgung zu wählen.

Die **Vorsitzende**: Ich sehe, es gibt keine weiteren Fragen. Dann darf ich mich bei allen sehr herzlich für die disziplinierten und kurzen Antworten bedanken und beende die Anhörung.

Sitzungsende: 15.27 Uhr