

**Ausschuss für Gesundheit**  
**Wortprotokoll**  
**114. Sitzung**

**Berlin, den 05.06.2013, 14:00 Uhr**  
**Sitzungsort: Marie-Elisabeth-Lüders-Haus**  
**Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1**  
**10557 Berlin**  
**Sitzungssaal: Anhörungssaal 3 101**

**Vorsitz: Wolfgang Zöllner, MdB**

**TAGESORDNUNG:**

**Öffentliche Anhörung zum**

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

Gesundheit und Pflege solidarisch finanzieren

BT-Drucksache 17/7197

Gesundheit und Pflege solidarisch finanzieren

**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

Stellv. Mitglieder des Ausschusses

Bär, Dorothee  
Bilger, Steffen  
Brehmer, Heike  
Gerig, Alois  
Heinrich, Frank  
Hüppe, Hubert  
Ludwig, Daniela  
Luther, Michael, Dr.  
Middelberg, Mathias, Dr.  
Philipp, Beatrix  
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.

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

**FDP**

Ackermann, Jens  
Aschenberg-Dugnus, Christine  
Lanfermann, Heinz  
Lindemann, Lars  
Lotter, Erwin, Dr.  
Molitor, Gabriele

Dyckmans, Mechthild  
Kauch, Michael  
Knopek, Lutz, Dr.  
Kober, Pascal  
Kolb, Heinrich L., Dr.  
Luksic, Oliver

**DIE LINKE.**

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

Binder, Karin  
Höger, Inge  
Möhring, Cornelia  
Tempel, Frank

**BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**

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

Göring-Eckardt, Katrin  
Kekeritz, Uwe  
Kieckbusch, Susanne  
Kurth, Markus

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

**Bundesregierung**

**Bundesrat**

**Fraktionen und Gruppen**

Beginn der Sitzung: 14.53 Uhr

Amtierender **Vorsitzender**, Abg. **Wolfgang Zöllner** (CDU/CSU): Grüß Gott meine sehr geehrten Damen und Herren, ich darf Sie recht herzlich willkommen heißen. Zunächst bitte ich für den verspäteten Beginn der Anhörung um Verständnis, denn das Plenum hat aufgrund der vielen Zwischenfragen länger als geplant, bis 14.35 Uhr, gedauert. Zudem hat es eine namentliche Abstimmung gegeben. Da nun alle Fraktionen vertreten sind, können wir offiziell beginnen. Ich begrüße die Parlamentarische Staatssekretärin Annette Widmann-Mauz, die Sachverständigen, die Vertreter der Medien sowie die interessierten Zuschauer ganz herzlich. Meine sehr geehrten Damen und Herren, es gehört zum Prozedere, dass ich für diejenigen, die zum ersten Mal an einer öffentlichen Anhörung teilnehmen, kurz das Verfahren erläutere. Die uns zur Verfügung stehende Zeit von zwei Stunden ist in Zeitkontingente für die einzelnen Fraktionen entsprechend ihrer Stärke im Parlament aufgeteilt. Um einen reibungslosen Ablauf der Anhörung zu gewährleisten, möchte ich die aufgerufenen Sachverständigen bitten, die Mikrofone zu benutzen und sich mit Namen und Organisation vorzustellen. Wir wären auch für kurze Antworten sehr dankbar. Des Weiteren bitte ich alle Anwesenden, ihre Mobiltelefone auszuschalten. Ich will darauf hinweisen, dass die Sitzung aufgezeichnet wird. Die Aufnahme sowie das Protokoll werden auf der Internetseite des Ausschusses veröffentlicht.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich habe Fragen zur Beitragsbemessungsgrenze. Der vorliegende Antrag der Fraktion DIE LINKE. sieht vor, diese abzuschaffen. Dr. Paquet, ist aus Ihrer Sicht der im Antrag anvisierte Beitragssatz von zehneinhalb Prozent tatsächlich realistisch, wenn man das derzeitige Leistungsniveau beibehalten will? Von Prof. Thüsing möchte ich wissen, wie die Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze, auch mit Blick auf das Äquivalenzprinzip, verfassungsrecht-

lich zu bewerten ist. Von der BDA interessiert mich, welche beschäftigungspolitischen Auswirkungen die Abschaffung hätte.

ESV **Dr. Robert Paquet**: Die Rechnung von Klaus Bartsch hat einen methodisch anderen Ansatz als die bisherigen Rechnungen. Beispielsweise setzt Herr Bartsch an den Globalgrößen der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung an und kommt deshalb zu anderen Ergebnissen, als wenn man z. B. auf das sozio-ökonomische Panel mit einer Mikrosimulation aufsetzt, wie ich es für richtig halte. Ich befürchte bei einem Globalgrößenansatz rechnet man sich alles schön und kommt zu höheren Einnahmen, als realistischer Weise zu erwarten sind. Das größte Problem ist allerdings die Annahme, dass alle Maßnahmen sofort umgesetzt werden könnten und sich dadurch der beeindruckend günstige Beitragssatz ergibt. Richtig ist aber, dass an der Beitragsbemessungsgrenze angesetzt wird. Durch verschiedene Studien ist belegt, dass diese Stellschraube am besten dafür geeignet ist, die Bürgerversicherung schönzurechnen. Das haben Anita und Martin Pfaff bereits vor rund zehn Jahren und auch Prof. Rothgang, der anwesend ist, in Modellrechnungen veröffentlicht. Die Beitragsbemessungsgrenze ist finanziell am ergiebigsten. Die anderen Einkommensarten sind deutlich weniger geeignet. Ich glaube nicht, dass man die Beitragsbemessungsgrenze aufheben kann, da man dadurch das Sozialversicherungsprinzip aufgeben und faktisch eine Steuer, eine Art Flat-Tax, einführen würde. Eine Steuer hat aber einen anderen Charakter als der Beitrag zu einem Versicherungssystem, in dem das Äquivalenzprinzip gilt.

SV **Prof. Dr. Gregor Thüsing**: Der Vorsitzende hat um eine kurze Antwort gebeten und auf eine einfache Frage sind auch kurze Antworten möglich. Die Beitragsbemessungsgrenze ist nicht Ausdruck gesetzgeberischer Beliebigkeit, sondern dem Beitrag zu einer Sozialversicherung konstitutiv immanent. Es handelt sich

eben nicht um eine Steuer, die zur Finanzierung erhoben wird, sondern um die Gegenleistung für etwas, das man von der Versichertengemeinschaft zurückbekommt. Dies muss im Verhältnis zu dem stehen, was man der Versichertengemeinschaft zukommen lässt. Insofern kann auf den konstituierenden Gedanken des Äquivalenzprinzips nicht verzichtet werden. Ich habe in der Literatur zum Verfassungsrecht keine Stelle gefunden, an der gesagt wird, dass die Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze möglich ist. Das bedeutet aber nicht, dass man nicht einen Juristen finden könnte, der dies behauptet. Allerdings wäre er mit seiner Auffassung sehr weit von den etablierten, im wissenschaftlichen Schriftgut veröffentlichten Meinungen entfernt.

**SV Dominik Naumann** (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA)): Zunächst möchte ich meinen Vorrednern ausdrücklich Recht geben. Die Abschaffung oder Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze würde ein massives Problem darstellen, weil mit zusätzlichen Beiträgen keine zusätzlichen Leistungen verbunden sind. Das Solidarprinzip würde überstrapaziert. Die Beschäftigungswirkung wäre unstrittig. Wenn wir bei gegebener Produktivität die Arbeit verteuerten, dann hätte dies Einfluss auf die Beschäftigung. Es würde insbesondere die Fachkräfte betreffen. Im Antrag der Fraktion DIE LINKE. ist vorgesehen, die Beitragsbemessungsgrenze generell, also auch für Arbeitnehmer, anzuheben. Das würde natürlich alle enorm belasten und das Beschäftigungsniveau sowie das Potential des Wirtschaftswachstums beeinflussen.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich habe eine weitere Frage an Prof. Thüsing. Der Antrag spricht „von einer solidarischen Bürgerversicherung“. Wenn man den Text liest, erscheinen die Vorschläge tatsächlich solidarischer als unser heutiges System. Können Sie erklären, welche Definition von Solidarität verwendet wurde?

Von dem Einzelsachverständigen Herrn Knieps möchte ich wissen, was er an der Bürgerversicherung als störend empfindet.

**SV Prof. Dr. Gregor Thüsing**: Ich finde es sehr sympathisch, dass Sie die Frage nach dem Mehr oder Weniger an Solidarität zu Beginn der heutigen Erörterung stellen. Es ist der Leitgedanke, der den Antrag „Gesundheit und Pflege solidarisch finanzieren“ begründet. Durch den Antragstitel wird ausgedrückt, dass momentan noch keine hinreichende Solidarität vorhanden ist und dass es ein Mehr an Solidarität geben wird, wenn dem Antrag stattgegeben wird. Wer den Antrag liest, wird feststellen, dass der Begriff der Solidarität recht undifferenziert und leichtfüßig verwendet wird. Er bleibt eine bedeutungs-offene Matrix ohne Inhalt und ist letztlich nur Schablone für ein allgemeines Verständnis von sozialer Gerechtigkeit. Wenn man im Antrag den Begriff der Solidarität, der ein konstituierendes Gesellschaftsprinzip und verfassungsrechtlich etabliert ist, näher betrachtet, wird man feststellen, dass die solidarischen Elemente, die bislang im Sozialversicherungssystem zu finden sind, dort wegfallen. Ein schönes Beispiel ist die ausdrückliche Forderung, dass eine Rücklagenbildung zur Finanzierung künftiger Gesundheits- und Pflegeversorgung zu untersagen sei. Das bedeutet, dass eine Kapitaldeckung unsolidarisch ist. Das ist nicht einleuchtend. Es ist gerade Ausdruck von Eigenverantwortung und damit ein Teil der Solidarität gegenüber nachfolgenden Generationen, dass ich, soweit es mir möglich ist, selbstständig für meine Risiken aufkomme. Solidarität setzt Eigenverantwortung voraus. Denn je weniger Menschen solidarische Hilfe benötigen, umso wirksamer kann den wirklich Bedürftigen geholfen werden. Das hat bereits Joseph Höffner in seiner Einführung in die christliche Gesellschaftslehre festgestellt. Solidarität kann nicht funktionieren, wenn sich alle in die Solidarität flüchten wollen. Solidarität ist gebend und nehmend, sie ist eine wechselseitige Verbundenheit als Soll-Prinzip. Dies muss beachtet werden.

Deshalb ist es ein solidarischer oder nachhaltiger Schritt gegenüber der nächsten Generation, wenn man diese nur im wirklich erforderlichen Maße belastet und die Kapitaldeckung ist ein solidarisches Element. Diese mit der Begründung der Solidarität abzuschaffen, leuchtet mir nicht ein. Im Antrag wird dieser Schritt auch nicht begründet.

**ESV Franz Knieps:** Vielen Dank, Herr Spahn, dass Sie mir die Gelegenheit geben, meine Verwunderung darüber zum Ausdruck zu bringen, dass ein Nachrichtenmagazin mich zu den Gegnern der Bürgerversicherung zählt. Dem ist nicht so. Ich war Mitglied einer Arbeitsgruppe beim SPD-Partei Vorstand und habe diesem Konzept ausdrücklich zugestimmt. Ich halte aus sozialpolitischer und ökonomischer Sicht die Zusammenführung der getrennten Versicherungssysteme für unausweichlich. Das ist meine Grundhaltung. Hierfür gibt es eine Reihe von Begründungen.

**Abg. Jens Spahn (CDU/CSU):** Herr Knieps, ich zitiere Sie: „Wir machen besser erst einmal nichts, als Teile eines unausgegrenzten Konzeptes umzusetzen.“ Sind dies nicht Ihre Worte?

**ESV Franz Knieps:** Das Zitat stammt von mir, bezieht sich aber nicht auf ein aktuelles Konzept zur Bürgerversicherung, sondern auf eventuelle Änderungen, die man möglicherweise machen würde.

**Abg. Jens Spahn (CDU/CSU):** Also hat „Der Spiegel“ Sie nicht korrekt wiedergegeben?

**ESV Franz Knieps:** Nein, der Verlauf des Gespräches wurde nicht korrekt wiedergegeben.

**Abg. Jens Spahn (CDU/CSU):** Ich habe eine Frage an Dr. Paquet. In den Medien war zu lesen, dass die Einführung einer Bürgerversicherung Auswirkungen auf die Beschäftigungssituation in der privaten Krankenversicherung hätte. Wir haben nun die etwas schizophrene Situation, dass die Gewerkschaften die Abschaffung der privaten Versicherungsunternehmen fordern und gleichzeitig von den Unternehmen Beschäftigungsgarantien verlangen. Dies ist nicht ganz leicht zusammenzubringen. Welche Auswirkungen hätte die Abschaffung der privaten Krankenversicherungen auf die Beschäftigtenzahlen? Ist es tatsächlich so einfach, wie es der Antrag der Fraktion DIE LINKE. suggeriert, die Beschäftigten der privaten Krankenversicherung ins gesetzliche System zu überführen? Würden diese entsprechend ihrer Qualifikationen auch Anstellungen finden?

**ESV Dr. Robert Paquet:** Die Zahl der in der privaten Krankenversicherung Beschäftigten herauszufinden, ist nicht einfach, da es, ähnlich wie in der gesetzlichen Versicherung, keine offizielle Statistik gibt. Allerdings kann man mit den Daten des Arbeitgeberverbandes, der der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) und des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft eine vernünftige Schätzung machen. Die Schlüsselgröße ist der Prämienanteil der PKV einschließlich der Pflege und das Prämienvolumen der Versicherungswirtschaft insgesamt. Bei der PKV-Sparte sind Prämienanteil und Personal einigermassen proportional. Damit kommt man in den Unternehmen auf 43.000 bis 50.000 sozialversicherungspflichtige Mitarbeiter. Hinzu kommen etwa 17.000 sozialversicherungspflichtige Mitarbeiter der selbständigen Versicherungsvermittler. Diese sind hauptsächlich im Bereich der Akquisition tätig, übernehmen aber in einem geringen Maße auch Sachbearbeitung. Insgesamt kommt man so auf 60.000 bis vielleicht 67.000 Arbeitnehmer im PKV-Bereich. Davon arbeiten etwa 20 Prozent im Zusatzversicherungsge-

schäft. Hinzu kommen selbständige Versicherungsvertreter. Der Deutsche Industrie- und Handelstag beziffert diese auf maximal 250.000. Diese Zahl ist nach der seit 2007 geltenden Versicherungsvermittlerrichtlinie registriert. Nach Angaben des Bundesverbandes Deutscher Versicherungskaufleute gibt es 60.000 Kaufleute mit einem eigenen Betrieb, die angeblich 70 Prozent des Prämienvolumens bewegen. Sie stellen sozusagen den harten Kern dar. Der Bereich dazwischen, d. h. die Zahl der Nebenerwerbstätigkeiten und den Vermittlungsumfang von z. B. BauSparkassen oder anderen Finanzdienstleistern, ist schwierig zu beziffern – dies wäre ein eigenes Forschungsprojekt. Aber rund 20 Prozent dieser Versicherungsvermittler sind auch mit PKV-Aufgaben beschäftigt. Die nahtlose Überführung dieser Personengruppen in die gesetzliche Krankenversicherung bzw. in die Bürgerversicherung ist meines Erachtens nicht möglich, weil die Geschäftsprozesse in der privaten und in der gesetzlichen Krankenversicherung sehr unterschiedlich sind. Die private Krankenversicherung ist akquisitionsgetrieben. Ungefähr die Hälfte des Personals beschäftigt sich mit Akquisition und ist provisionsorientiert. Eingerechnet ist dabei die Unterstützung, die aus den Unternehmensorganisationen selbst für den Vertrieb geleistet wird. Nur ein Viertel der Mitarbeiter machen Sachbearbeitung. Allerdings unterscheidet sich die Sachbearbeitung von der der GKV. Die Sachbearbeitung in der PKV ist die Schadensregulierung. Jedes einzelne Rezept und jede einzelne Rechnung wird in Bezug auf den individuellen Versicherungsvertrag des Mitglieds auf Erstattungsfähigkeit geprüft. Genau dieser Arbeitsbereich aber, d. h. die Abrechnung von ambulanten ärztlichen Leistungen und Arzneimitteln, spielt in der gesetzlichen Krankenversicherung praktisch gar keine Rolle und ist damit von vollkommen untergeordneter Bedeutung. Das Fachpersonal, das im Leistungsbereich der GKV arbeitet, beschäftigt sich mit genehmigungspflichtigen, steuerbaren Leistungen, wie z. B. Rehabilitationsmaßnahmen, Hilfsmitteln, Zahnersatz oder Krankenhausleistungen.

Insoweit sind sowohl die Geschäftsprozesse als auch die Qualifikationen des Personals sehr unterschiedlich. Die Rahmenrichtlinien und die Ausbildungsinhalte von Versicherungskaufleuten und Sozialversicherungsfachangestellten liegen weit auseinander. Ich schätze, der Überschneidungsbereich liegt in der Größenordnung von einem Fünftel bis einem Viertel. Auch die Ausbildung des Personals in der PKV ist sehr stark provisions- und akquisitionsorientiert.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Daran schließt sich eine Frage an ver.di an. Könnte man zusammengefasst sagen, dass Sie mit der Unterstützung der Bürgerversicherung im Grunde die Arbeitsplätze eines Teiles Ihrer eigenen Mitglieder abschaffen wollen?

SV **Herbert Weisbrod-Frey** (ver.di – Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft): Vielen Dank für die Frage, Herr Abg. Spahn. Es ist die erste Frage an ver.di in dieser Legislaturperiode und es ist mir eine besondere Ehre, zu antworten. Die Intention des Gutachtens war, dass sich ver.di bei einer Umstellung auf eine Bürgerversicherung für den Schutz der Arbeitsplätze einsetzen wird. Das ist eine originäre Aufgabe der Gewerkschaften und gilt sowohl bei der gesetzlichen als auch bei der privaten Krankenversicherung. Das Gutachten ist noch nicht veröffentlicht. Es ist eine erste Bestandsaufnahme, die aufzeigt, welche Mängel wir auch in der Datengrundlage bislang noch haben. Wir werden darüber diskutieren, welche Konsequenzen die Einführung einer Bürgerversicherung hat und welche Qualifizierungen für die Beschäftigten notwendig sind. Ohne Veränderungen des Arbeitsplatzes hätten wir heute nicht dieses hohe Niveau in der Gesundheitsversorgung. Wenn die Beschäftigten immer nur darauf gedrängt hätten, an derselben Stelle zu arbeiten, gäbe es heute noch die Siechenhäuser. Genau an dieser Stelle wird die Aufgabe der Gewerkschaften liegen.

Abg. **Willi Zylajew** (CDU/CSU): Ich hätte gerne vom Beamtenbund bzw. von der Tarifunion eine Einschätzung des Antrags der Fraktion DIE LINKE., denn auch die Beamten sollen in die sogenannte Bürgerversicherung einbezogen werden. Mich interessiert insbesondere der rechtliche Blick auf die Unterschiede zwischen den Bundes- und Landesbeamten.

**SV Klaus Dauderstädt** (beamtenbund und tarifunion (dbb)): Ich kann die Frage rechtlich, ökonomisch und demografisch beantworten. Juristisch kann ich sagen, dass es verfassungsrechtlich geschützte, hergebrachte Grundsätze des Berufsbeamtentums gibt. Zu diesen zählt aber nicht die Beihilfe. Diese ist vielmehr eine Ausprägung der Fürsorgepflicht. Betrachtet man allerdings die Rechtsprechung der Verwaltungsgerichte, dann kann eine massive Verletzung der Fürsorgepflicht auch die Verletzung der Alimentationsverpflichtung beinhalten. Das würden wir bei einer gänzlichen Abschaffung der Beihilfe so bewerten und vor Gericht klären lassen. Hinsichtlich des Bund- bzw. Länder-Konfliktpotentials ist es in der Tat so, dass eine entsprechende Regelung sozialpolitisch, innerhalb des SGB, primär die Bundesbeamten treffen würde. Würde der Bundesgesetzgeber versuchen, durch die Neuordnung von Versicherungsfreiheit und Versicherungspflicht die Beamten der Länder und Kommunen einzubeziehen, hätten wir einen Verfassungskonflikt. Von der Staatsregierung des Freistaates Bayern weiß ich definitiv, dass man eine derartige Regelung nach Karlsruhe tragen würde, weil man sagt, dass spätestens mit der Föderalismusreform die alleinige Zuständigkeit zur Regelung dieser Tatbestände auf die Länder übergegangen ist und der Bundesgesetzgeber nicht in die Ausgestaltung des Dienstverhältnisses hineinreden kann. Was die ökonomische Seite angeht, darf ich sagen, dass aus unserer Sicht die Beihilfe für den Steuerzahler und damit für den Staat die günstigere Variante ist, da die Beihilfe situationsbezogen gezahlt wird und kein regelmäßiger monatlicher

Beitrag geleistet wird. Zu den demografischen Aspekten können wir sagen, wir sind, um die Funktionsfähigkeit des öffentlichen Dienstes zu erhalten, darauf angewiesen, dass die Attraktivität des Beamtenstatus gesichert bleibt. Dazu gehört aus unserem Blickwinkel nicht nur die eigenständige Beamtenversorgung und die eigenständige Besoldung, sondern auch das Beihilfesystem. Wenn wir daran rühren, verlieren wir im Wettbewerb mit der freien Wirtschaft gerade bei der Bezahlung an Attraktivität.

Abg. **Dietrich Monstadt** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an Prof. Thüsing. Wie sind die Eigentumsverhältnisse im Bereich der Alterungsrückstellungen gestaltet? Der Antrag der Fraktion DIE LINKE. gibt zu einem möglichen Übergang oder einer Aufteilung der Alterungsrückstellungen keine Auskunft. Ist ein Übergang rechtlich möglich, und wenn ja, wie?

**ESV Prof. Dr. Gregor Thüsing**: Die Alterungsrückstellungen sind, zumindest soweit sie vor dem Inkrafttreten des WSG-GKV gebildet wurden, Geld der Versicherungsunternehmen. Zwar besteht eine rechnungsmäßige Zuordnung zum Kollektiv der Versicherten, es bleibt aber trotzdem Geld der Unternehmen. Sollte man eine Verpflichtung begründen, dieses Geld auf einen wie auch immer zu bestimmenden Träger zu übertragen, wäre es eine Verpflichtung zur Zahlung von Vermögen. Das muss sich an den strengen verfassungsrechtlichen Grenzen messen lassen. Die Vorstellung, die durch diesen Antrag suggeriert wird, dass das Geld den Versicherten gehört, und diese es mitnehmen könnten, ist rechtlich falsch.

Abg. **Lothar Riebsamen** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die KBV und die KZBV. Die Fraktion DIE LINKE. geht in ihrem Antrag von einer Zweiklassenmedizin – GKV und PKV – aus. Können Sie dieses mit Blick auf die aktuelle Versorgungssituation bestätigen?

**SV Stefan Gräf** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Die Versorgungssituation in Deutschland nimmt in Europa unbestrittener Weise eine Spitzenstellung ein. Das gilt sowohl für die ärztliche Versorgung und die Versorgung durch die anderen Gesundheitsberufe als auch für den Leistungskatalog und die Versorgungsqualität. Wir können absolut nicht feststellen, an welcher Stelle hier eine Zweiklassenmedizin identifiziert wird. Auch in dem Antrag wird diese Behauptung nicht weiter begründet.

**SV Dr. Jürgen Fedderwitz** (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)): Die zahnmedizinische Versorgung ist das beste Beispiel dafür, dass eine Zweiklassenversorgung nicht existiert. Es gibt keine längeren Wartezeiten für GKV-Versicherte, auch haben wir keine unterschiedlichen Versorgungsstrukturen. Wir haben in den die Patienten finanziell belastenden Bereichen, z. B. in der Zahnersatzversorgung, durch das Festzuschussystem den besten Beleg dafür, dass die aufgrund eines Befunds bestehende Therapienotwendigkeit und Leistungspflicht der GKV sehr viele Therapiealternativen anbietet. Wir können hier eine klassische Abgrenzung zwischen Need- und Want-Dentistry vornehmen, also zwischen dem objektiven Bedarf und dem subjektiven Bedürfnis des Patienten. Deshalb dient uns das duale System nicht als Zweiklassenmedizinmotor, sondern im Gegenteil als ein wesentlicher Wettbewerbsparameter. Dadurch wird die Innovationskraft in der zahnmedizinischen Versorgung sichergestellt und die Patienten können am medizinischen Fortschritt teilhaben. Das war ein ganz wesentlicher Grund, für die 2005 vorgenommenen gesetzlichen Veränderungen zur Einrichtung des Festzuschussystems. Es wird mittlerweile von niemandem mehr in Frage gestellt. Die Patienten sind hoch zufrieden mit dem System, das sie eindeutig nicht überfordert. Das wissen wir aus Verlautbarungen des BMG und des Patientenbeauftragten und dies wird durch eine Umfrage von TNS-Emnid belegt. Es gibt somit keine Gründe, diesen

Weg zu verlassen. Im Gegenteil, bei einer Vereinheitlichung und vor allen Dingen bei einer zuzahlungsfreien zahnärztlichen Versorgung, würde sich sicherlich die Versorgung im zahnärztlichen Bereich verschlechtern. Deshalb wollen wir diesen verhängnisvollen Weg nicht einschlagen.

**Abg. Dr. Karl Lauterbach** (SPD): Ich habe zunächst eine Frage an Herrn Leienbach. Können Sie die Ausführungen von Dr. Paquet bestätigen, dass mehr als die Hälfte der Mitarbeiter in der privaten Krankenversicherung im Bereich der Akquise und des Provisionsgeschäfts arbeiten, und halten Sie dies für eine besonders effiziente Nutzung der Versichertenprämien? Dann habe ich eine Frage an Herrn Knieps, an die BAG SELBSTHILFE, die AWO, ver.di, den VdK und den Paritätischen Wohlfahrtsverband. Halten Sie die Einführung einer Bürgerversicherung für grundsätzlich sinnvoll oder glauben Sie, das duale System hat sich so bewährt, dass es dabei bleiben und der Versicherungsmarkt in der jetzigen Aufteilung nicht verändert werden sollte?

**SV Dr. Volker Leienbach** (Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)): Ihre Frage legt die Intention nahe, dass man von höherer Warte aus entscheiden könnte, welche Arbeitsplätze schützenswert sind und welche nicht. Darüber kann man lange diskutieren. In unserer Gesellschaft regelt das der Markt. In der gesetzlichen Krankenversicherung besteht nicht nur die Pflicht zur Versicherung, es gibt auch eine Pflichtversicherung. Die private Krankenversicherung ist ein sehr erklärungsbedürftiges Produkt. Deshalb haben wir natürlich eine sehr stark ausgeprägte Vermittlerschiene. Über die Zahlen – Dr. Paquet hat es auch gerade gesagt –, kann man ebenfalls lange reden. Es ist sicher richtig, dass der Anteil der Vertriebsmitarbeiter bzw. der Mitarbeiter, die auch mit vertrieblichen Fragestellungen beschäftigt sind, sehr groß ist. Ich halte es aber für ziemlich abenteuerlich, hieraus die Forderung abzuleiten, und das

legt Ihre Frage nahe, dass es diese Arbeitsplätze nicht mehr geben dürfe oder dass sie nicht schutzbedürftig seien.

**ESV Franz Knieps:** Nach meiner Erfahrung hat sich das duale System nicht bewährt. Es führt zu ineffizienten Verteilungsprozessen im Gesundheitswesen, es weist erhebliche Gerechtigkeitslücken auf und es ist heute nicht mehr zeitgemäß, nach Stand, Einkommen etc., Wahlrechte zu verleihen, diese aber anderen Personengruppen zu versagen. Es ist nicht einsichtig, warum ich ein Optionsrecht zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung habe und meine Mitarbeiter nicht.

**Sve Dr. Siiri Ann Doka** (Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE)): Für chronisch Kranke und behinderte Menschen ist es essentiell, dass die Versicherung und die Leistungen solidarisch finanziert werden. Ob dafür ein duales System geeignet ist oder ob es eine Bürgerversicherung geben muss, ist für uns zweitrangig. Entscheidend ist, dass die Leistungsfähigeren für die Leistungsschwächeren herangezogen werden.

**SV Olaf Christen** (Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. (AWO)): Wir positionieren uns ganz eindeutig pro Bürgerversicherung. Ich möchte dies kurz begründen. Ich glaube, wir haben im Bereich der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung prinzipiell eine Einnahmeschwäche. Diese Einnahmeschwäche kann unserer Auffassung nach dadurch gelöst werden, dass wir die gesamte Bevölkerung und auch alle Einkommen in ein soziales Versicherungssystem einbeziehen. Dies ist nach unserer Einschätzung nur über eine Bürgerversicherung möglich.

**SV Herbert Weisbrod-Frey** (ver.di – Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft): Wir

haben uns ebenfalls für eine Bürgerversicherung ausgesprochen. Ich habe bereits darauf hingewiesen, dass durch die Bürgerversicherung gute Arbeit auch in der Versicherungsbranche bzw. im gesamten Gesundheitswesen möglich wird. Wir sehen auch, dass sich dadurch der Einzelne aus diesem System ausklinken könnte. Es ist nicht in das Belieben des Einzelnen gestellt, sich privat oder gesetzlich zu versichern, sondern es ist an dessen Einkommen gebunden. Das ist überholungsbedürftig. Für uns ist es ein Gerechtigkeitsmangel, wenn dieses System in dieser Form weiterhin bestehen bleibt. Das ist im Hinblick auf die momentane Weichenstellung für eine Kopfpauschale, durch die die Versicherten zusätzlich belastet werden und wodurch das Gesundheitssystem noch ungerechter würde, wichtig. Deshalb ist ein Umsteuern dringend erforderlich.

**Sve Dr. Ines Verspohl** (Sozialverband VdK Deutschland): Wir fordern ebenfalls, dass die gesamte Bevölkerung in das System der gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen wird. Das duale System ist überholt. Es kann unserer Meinung nach nicht sein, dass sich die reichsten und stärksten zehn Prozent der Bevölkerung aus der Solidarität ausklinken, zumal sie, wenn sie nicht mehr die reichsten und stärksten zehn Prozent sind, eigentlich auf Solidarität angewiesen sind. Solidarität gibt es aber unserer Erfahrung nach in der privaten Krankenversicherung dann häufig nicht.

**SV Dr. Rudolf Martens** (Der Paritätische Gesamtverband e. V.): Auch der Paritätische Wohlfahrtsverband hat sich für eine Bürgerversicherung ausgesprochen. Die Einbeziehung aller Bevölkerungsteile in eine Versicherung ist natürlich ein Ziel, das man nur schrittweise über einen längeren Zeitraum erreichen kann. Wir müssen uns aber vor Augen führen, warum wir hier sitzen. Wir sitzen hier, weil die gesetzliche Krankenversicherung nicht die momentane wirtschaftliche Entwicklung

widerspiegelt. Wir haben seit 20 Jahren eine Stagnation der Einkommen der abhängig Beschäftigten. Dies führte dazu, dass das System der gesetzlichen Krankenversicherung in Finanzschwierigkeiten geraten ist. Deswegen sind wir auch dafür, nicht nur die abhängig Beschäftigten, sondern alle Einkommensarten in die Pflicht zu nehmen. Sämtliche Einkommensarten müssten in einem vereinfachten Verfahren mit dem Steuerbescheid auch Sozialversicherungsbeiträge abführen. Wir sind für die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherungen und für die Rückführung der paritätischen Finanzierung auf das ursprüngliche Ziel. Ein weiteres Element wäre ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich zwischen allen Kassen. Dadurch würden faire Verhältnisse zwischen den Kassen hergestellt. Dies wäre ein Zwischenweg in Richtung einer Bürgerversicherung, wie wir sie verstehen.

Abg. **Mechthild Rawert** (SPD): Meine Frage geht an Franz Knieps. Können Sie uns eine Einschätzung über den Wettbewerb innerhalb der privaten bzw. der gesetzlichen Krankenversicherung geben? Dabei kommt es mir insbesondere auf die Wahlmöglichkeiten der Versicherten an. Mich hat diese Woche beim „Aktionstag gegen den Schmerz“ schwer erschüttert, dass kein privat Versicherter Anspruch auf die spezialisierte ambulante Palliativversorgung hat. Das muss dringend nachgebessert werden.

ESV **Franz Knieps**: Mir fällt es schwer, überhaupt von Wettbewerb innerhalb der Systeme zu sprechen. Denn wo findet Wettbewerb statt? Zwischen GKV und PKV und innerhalb der Systeme. Der sogenannte Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV findet um eine ganz kleine Gruppe von Menschen statt. Das sind die Menschen, die ein Optionsrecht haben, weil sie viel verdienen, weil sie selbstständig oder Beamte sind. Dabei hat der Beamte keine faire faktische Chance, in

der gesetzlichen Krankenversicherung zu bleiben. Wer einmal eine Wahlentscheidung getroffen hat, der ist durch die Gestaltung der Wettbewerbsbedingungen in der privaten Krankenversicherung an diese Entscheidung sowohl im System wie auch innerhalb der gewählten privaten Krankenversicherung auf Lebenszeit gebunden. Der Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung ist demgegenüber viel intensiver. Dort kann jeder Versicherte, der mit seiner Krankenkasse nicht zu Frieden ist, z. B. weil gesetzliche Vorgaben wie die SAPV nicht umgesetzt werden, zu einer anderen Krankenkasse wechseln. Es wurde zu Recht darauf hingewiesen, dass die Mär vom größeren PKV-Leistungskatalog ein Mythos ist. Wenn man das gesamte Leistungsspektrum und insbesondere die Leistungen für Familien, ältere Menschen oder Menschen mit seltenen Erkrankungen und mit schwerwiegendem Verlauf etc. anschaut, dann ist der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung wesentlich präziser und zum Teil sogar wesentlich umfassender formuliert als in den Versicherungsbedingungen der privat Versicherten. Deshalb mein Fazit: Es gibt keinen echten Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV, und es gibt einen sehr eingeschränkten Wettbewerb um Versicherte bzw. um gute Risiken innerhalb der PKV. Dieser kommt aber mit dem Eintritt in eine Versicherung faktisch zum Erliegen.

Abg. **Mechthild Rawert** (SPD): Meine Fragen gehen an den AWO Bundesverband, an den Spitzenverband der Krankenkassen und an den Sozialverband Deutschland. In der Kranken- und vor allem in der Pflegeversicherung wird sich mit der Einführung der Bürgerversicherung auch entscheiden, ob wir in Zukunft weiter auf das bewährte Umlageverfahren vertrauen oder stärker in den Aufbau eines Kapitalstocks investieren müssen. Welches ist aus Ihrer Sicht der richtige Weg?

**SV Olaf Christen** (Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. (AWO)): Wir sind der Auffassung, dass man am Umlageverfahren festhalten und es weiterentwickeln sollte. Es sollte kein Voll- oder Teilkapitaldeckungsverfahren eingeführt werden. Nach unserer Einschätzung führt ein Kapitaldeckungsverfahren bei den Jahrgängen, die einzahlen müssen, zu einer Doppelbelastung, die letztlich nicht tragbar und sozial nicht vermittelbar ist. Man muss auch die Frage stellen, ob Menschen in das alte System des Umlageverfahrens einbezahlen müssen, obwohl sie gar keine Leistung aus diesem Verfahren erhalten werden. Außerdem glauben wir, dass durch die globale Finanzkrise der letzten Jahre eindrücklich nachgewiesen wurde, dass das Kapitaldeckungsverfahren überhaupt nicht sicher ist. Wir sind der Auffassung, dass für existentielle Risiken, wie Gesundheit, Krankheit oder Pflegebedürftigkeit eine derartige Unsicherheit nicht hinnehmbar und nicht tragbar ist.

**SV Michael Weller** (GKV-Spitzenverband): Das Umlageverfahren ist sowohl für die gesetzliche Krankenversicherung als auch für die Pflegeversicherung konstituierend. Wir wollen selbstverständlich am Umlageverfahren festhalten. Im Übrigen hat die jüngste Finanzkrise eindeutig gezeigt, dass das Kapitaldeckungsverfahren keinesfalls, obwohl dies häufig behauptet wird, ein Heilsgral für die GKV ist. Umgekehrt wird ein Schuh daraus. Das Umlageverfahren hat sich gerade in der Finanzkrise als sehr krisenfest gezeigt. Insofern votieren wir selbstverständlich ganz eindeutig dafür, dass das Umlageverfahren weiterhin konstituierend für die GKV bleibt.

**SV Fabian Müller-Zetsche** (Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD)): Ich will direkt anschließen und festhalten, was wir in den letzten Jahren durch die Finanz- und Wirtschaftskrise gelernt haben: Das Umlageverfahren hat sich als ziemlich stabil erwiesen, während sich die Renditeerwartungen vieler kapitalgestützter Systeme

nicht erfüllt haben. Deshalb basieren unsere Überlegungen zur Weiterentwicklung grundsätzlich auf dem Umlagesystem. Es hat sich aus unserer Sicht bewährt. Das Verfahren hat für schwächere Versicherte einen weiteren Vorteil, der noch nicht angesprochen wurde. Bei einem geringeren Einkommen bzw. einer geringeren Finanzkraft muss der Versicherte einen geringeren Beitrag zahlen. Dementsprechend ist bei einem höheren Einkommen auch der Beitrag höher. Dies ist aus unserer Sicht der systemimmanente Vorteil eines beitragsfinanzierten Umlageverfahrens. Die genannten kleineren Probleme auf der Einnahmeseite ließen sich durch gezielte Maßnahmen bei der Einführung einer Bürgerversicherung sehr gut in den Griff bekommen. Deshalb sprechen wir uns stark dafür aus, die Bürgerversicherung auf öffentlich-rechtlicher Basis umlage- und beitragsfinanziert einzuführen.

**Abg. Heinz Lanfermann** (FDP): Ich habe eine kurze Vorfrage an Herrn Knieps, weil aus Ihrer Stellungnahme hervorging, dass Sie selber ein Bürgerversicherungsmodell erarbeitet haben. Sprechen Sie von einer Bürgerversicherung, die neben dem Einkommen auch andere Einnahmearten wie Mieten und Zinsen etc. hat, oder meinen Sie eine Bürgerversicherung ohne diese Komponenten?

**ESV Franz Knieps**: Wir haben uns damals in der Arbeitsgruppe dafür ausgesprochen, sonstige Einnahmen nicht über den Verbeitragungsweg zu erfassen, weil wir große Probleme beim Eintreiben dieser Einnahmen sahen. Wir wollten einen Ausgleich durch einen Steuerzuschuss.

**Abg. Heinz Lanfermann** (FDP): Dann frage ich den GKV-Spitzenverband. Die ganzen Jahre wurde bei den verschiedenen Modellen einer Bürgerversicherung immer davon geredet, Mieten und Zinsen etc. einzubeziehen. Dagegen gibt es in der Tat Bedenken, auch vom Kollegen Dr. Lau-

terbach. Wie sehen Sie den Fall, dass eine Bürgerversicherung eben doch mit solchen Komponenten versehen würde. Bestehen Ihrer Meinung nach Probleme, dieses Geld einzuziehen, zu verwalten und damit zu arbeiten?

**SV Michael Weller** (GKV-Spitzenverband): Das ist mit Sicherheit keine einfache Aufgabe. Wenn eine Abkehr von dem heutigen Beitragseinzugsverfahren mit Quellenabzug vorgenommen wird, müssten die Krankenversicherungen für jeden Versicherten ein Einzelkonto führen. Wir machen das heute mit hohem Aufwand für rund 5,2 Mio. freiwillig Versicherte. Diese Zahl muss man um jene reduzieren, die über der Beitragsbemessungsgrenze bzw. über der Jahresarbeitsverdienstgrenze liegen. Die Umsetzung dieses Konzepts würde bedeuten, dass man das für rund 52 Mio. Menschen und wahrscheinlich noch mehr machen müsste, weil alle einen eigenen Versicherungsanspruch haben müssten. Aus Praktikabilitäts- und Bürokratiegründen wäre es ein enormer Aufwand, der uns vor riesige Probleme stellen würde. Man würde aus der Krankenkasse eine weitere Finanzbehörde machen. Die Daten über die Finanzbehörden zu erhalten, erscheint mir bei der derzeitigen Gesetzeslage schwierig. Zur Veranschaulichung: Wenn die Krankenkassen heute einen Beitragsbescheid für freiwillig Versicherte festsetzen, dann muss der Versand von Einkommensformularen erfolgen, die gemachten Angaben müssen ausgewertet, die beitragspflichtigen Einnahmen festgestellt und der Beitrag festgesetzt werden. Dann muss der Bescheid erteilt und der Beitrag eingezogen und gegebenenfalls ein Beitragsrückstand bearbeitet werden.

Abg. **Heinz Lanfermann** (FDP): Dann darf ich mich nochmal an Herrn Knieps wenden. Dem gegenwärtigen Finanzierungsmodell wird vorgehalten, es sei schon deswegen gefährdet, weil für eventuelle Zusatzbeiträge – die aber im Augenblick kaum erhoben werden –, ein Sozialaus-

gleich aus Steuermitteln erfolgt und man immer damit rechnen müsse, dass auf Steuergelder auch andere Minister oder wer auch immer zugreifen könnten. Wenn man nun bei der Bürgerversicherung auf die sonstigen Einnahmen aus Mieten, Zinsen etc. verzichtet, oder es für unrealistisch hält, diese einzubeziehen, dann müsste man doch ebenfalls auf Steuern zurückgreifen. Das vielfach gelobte Umlageverfahren hat außerdem einen Nachteil, der bisher nicht erwähnt wurde und der mit der demografischen Entwicklung zusammenhängt. Es müssten immer weniger Jüngere für immer mehr Ältere die Finanzierung übernehmen. Das dürfte unbestritten sein. Nach den bekannten Modellen würde jede Bürgerversicherung über ein reines Umlageverfahren finanziert. Also müsste auf Steuergelder ausgewichen werden. In den Niederlanden wurde mit der Vereinheitlichung des Versicherungsmarktes eine interessante Reform durchgeführt. Für den Arbeitnehmeranteil wurde eine Jahresprämie eingeführt, die aber für viele Bürger als etwas zu hoch angesehen wurde. Daraufhin gab es einen steuerfinanzierten Ausgleich, der vom Finanzamt ausgezahlt wird. Was würden Sie raten? Soll man bei der Einführung einer Bürgerversicherung die Finanzierung umstellen und doch auf Mieten, Zinsen u. ä. Beiträge erheben? Oder soll man darauf vertrauen, dass man mit sehr hohen Milliardenbeträgen an Steuermitteln die Finanzierung garantieren kann? Halten Sie es für realistisch, dass dies gegenüber den Haushältern der nächsten zehn oder 20 Jahre durchsetzbar wäre?

ESV **Franz Knieps**: Ich hatte diverse Male das Vergnügen, mit Haushältern um einen vergleichsweise kleinen Bundeszuschuss zur gesetzlichen Krankenversicherung zu diskutieren. Deshalb weiß ich, dass es immer schwierig sein wird. Ich darf aber an das Vorbild der gesetzlichen Rentenversicherung erinnern. Hier wurde ein Automatismus in das SGB eingearbeitet, der die Höhe des Bundeszuschusses zur gesetzlichen Rentenversicherung regelt.

Einen ähnlichen Automatismus würde ich Ihnen empfehlen. Der Kollege Weller hat sehr anschaulich dargestellt, mit welchen Schwierigkeiten die tatsächliche Erfassung sonstiger Einnahmen verbunden ist. Im Übrigen verweise ich auf die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zum Steuerrecht, wonach eine Steuer, die allein auf Selbstauskünften und einer gewissen Ehrlichkeit beruht, den Hang zur Verfassungswidrigkeit in sich trägt. Deshalb stelle ich mir den Weg über die Verbeitragung sonstiger Einkünfte, die auch weitere Probleme wie beispielsweise negative Einkünfte bei Mieteinnahmen aufweist, äußerst steinig vor. Hiervon würde ich dringend abraten.

Abg. **Heinz Lanfermann** (FDP): Dann habe ich eine Frage an die PKV und an Prof. Thüsing. Der Antrag geht von einem Aufnahmestopp oder einem Auslaufenlassen der privaten Krankenversicherung aus. Es gibt auch Modelle, die ein Wechselrecht für die PKV-Versicherten beinhalten. Der Versicherte darf dann von der PKV in die GKV wechseln und seine Rückstellungen mitnehmen. Nachdem wir die Arbeitsplatzfrage besprochen haben, interessiert mich jetzt, welche Auswirkungen eine Versicherungs-Variante mit einem Aufnahmestopp hätte, wenn alle Versicherten im Tarif blieben. Die zweite Variante ist ein Aufnahmestopp und jeder Versicherte hat beispielsweise innerhalb eines Jahres das Recht, die PKV unter Mitnahme von Rückstellung, in welcher Höhe auch immer, zu verlassen. Da es Menschen geben soll, die mit ihrer privaten Versicherung zufrieden sind und nicht wechseln wollen, frage ich, welche Auswirkungen hätte dies auf die Versicherten, die in der PKV bleiben wollten und welche Auswirkungen hätte dies auf die rechtliche Situation, auf die Rückstellungen und auf die Wirtschaftlichkeit des Modells und der einzelnen Tarife? Die PKV ist quasi aufgesplittet, weil jeder PKV-Versicherte Mitglied in einem bestimmten Tarif ist. Jeder Tarif hat seine Besonderheiten und reagiert unterschiedlich.

SV **Dr. Volker Leienbach** (Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)): Zunächst darf ich feststellen, dass in allen Umfragen die Versicherten der privaten Krankenversicherung regelmäßig deutlich zufriedener sind als die gesetzlich Versicherten. Ganz so furchtbar kann die PKV dann eigentlich nicht sein, auch wenn man bedenkt, dass alle Menschen sich freiwillig bei uns versichern. Wir sind eine Wachstumsbranche. Zur Frage, was passiert, wenn die private Krankenversicherung keine Neuzugänge mehr hat, abstrahiere ich von der juristischen Dimension. Wenn ab Montag keine Neuversicherten mehr kämen, kann ich trotzdem alle jene beruhigen, die in der privaten Krankenversicherung sind, denn sie sind, anders als in der umlagefinanzierten GKV, durch die Alterungsrückstellung ausfinanziert. Das bedingt aber, dass die Alterungsrückstellungen nicht mitgegeben werden, sondern im Tarif bleiben. Rechtliche Fragestellungen habe ich jetzt nicht berücksichtigt. Es ist interessant, dass gerade diejenigen, die gegen eine Kapitalbildung sind, das Ergebnis einer jahrzehntelangen Kapitalbildung plötzlich in eine Umlagesystematik transferieren wollen, wo das Geld dann unmittelbar verausgabt wird. Das ist eine Art von Schizophrenie, die sehr schwer erklärbar ist. Ich möchte praktische Beispiele nennen, die auch eine juristische Dimension haben. Wenn Sie unterstellen, dass Alterungsrückstellungen von 180 Mrd. Euro aufgelöst werden sollen, dann müssten zum Teil auf zehn, 20 bis hin zu auf 40 Jahre angelegte Mittel aufgelöst werden. Das geht nicht von heute auf morgen. Es gibt rechtliche Implikationen und es wird natürlich die Schutzfunktion für diejenigen, die bei unangetasteter Alterungsrückstellung allein im Bestand verbleiben, wenn der Neuzugang gestoppt würde, berührt. Das kann man nicht machen. Zur Alterungsrückstellung wurde vielfach gesagt, dass Kapitalbildung nicht zukunftsfest sei, weil die Kapitalmarkrendite nicht so sei. Wir haben bis einschließlich 2012 eine Rendite auf die Kapitalanlagen von über vier Prozent erzielt. Die Finanzmarktkrise hat auch nicht ge-

zeigt, dass eine Kapitaldeckung schädlich ist. Ich wüsste nicht, dass Griechenland, Spanien oder Italien ein Problem damit haben, zu viel Kapital zu besitzen. Der Grund ist doch vielmehr, dass diese Länder zu wenig Kapital und zu viele Schulden sowie zu viel implizierte Verschuldung haben, die die nächste Generation treffen. Das sind alles Modelle, die nicht ideologisch, sondern sachlich diskutiert werden müssen. Es bleibt dann viel Glauben, viel Hoffen, viel Wünschen und es bleiben wenige Fakten. Es ist kein Modell, das in die Zukunft trägt. Zur juristischen Dimension: Wir befinden uns in einer Phase, in der auf der einen Seite der Steuerzahler in Deutschland Unternehmen und Branchen mit dem Ziel rettet, Arbeitsplätze zu sichern und in der Staaten mit Hypotheken und Bürgschaften gerettet werden – man also gewaltige Anstrengungen unternimmt. Auf der anderen Seite sollen dann ebenfalls gewaltige Anstrengungen unternommen werden, um einen funktionierenden Versicherungszweig kaputt zu machen, die Leute auf die Straße zu setzen und aus Steuerzahlern Subventionsempfänger in der gesetzlichen Krankenversicherung zu machen. Das ist absurd.

**ESV Prof. Dr. Gregor Thüsing:** Der Vertreter der PKV hat an verschiedenen Stellen seiner Ausführungen juristische Punkte aufblitzen lassen, die ich noch einmal aufgreifen will. Wenn wir tatsächlich einen Cut machen und zumindest Teile der PKV in das GKV-System überführen oder Neuversicherungen in der PKV verbieten würden, dann wären sowohl die Grundrechte der bisher PKV-Versicherten als auch die der PKV-Unternehmen betroffen. Für diese Grundrechtseingriffe wäre der Gesetzgeber darlegungspflichtig. Er müsste nachweisen, dass die GKV das bessere System ist und dass ein Ziel existiert, für dessen Erreichung der Schritt geeignet, erforderlich und angemessen ist. Es wäre dann notwendig, deutlich zu machen, dass im Hinblick auf die Finanzierung, die Stabilität, auch gegenüber zukünftigen Genera-

tionen, und die nachhaltige Ausrichtung des Gesundheitssystems, dieser Weg tatsächlich der bessere ist. Es wurden bereits genügend Zweifel geäußert, die diesen Nachweis als sehr schwierig erscheinen lassen. Man müsste an der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts (123. Band) zum GKV-WSG anknüpfen. Das Gericht hat hier deutlich gemacht, dass bestimmte, von Versicherten und Versicherungsunternehmen im Hinblick auf die Auswirkung auf das PKV-Versicherungssystem vorgetragene Bedenken weiter beobachtet werden müssen, weil sie, wenn sie sich bewahrheiteten, gegebenenfalls verfassungswidrig sein könnten. Dies wurde in den Leitsatz aufgenommen, was beim Bundesverfassungsgericht eine nicht gerade übliche Entscheidung ist. Prominent hat es das zum letzten Mal beim Mitbestimmungsurteil gegeben. Das Gericht hat insofern vor einem langsamen Erdrücken der PKV gewarnt. Ein langsames Erdrücken ist der sehr viel zartere Weg, einen Versicherungszweig zum Ende zu führen als der abrupte Stopp. Es müsste dann der Erst-recht-Schluss bemüht werden, indem man sagt, hier müsste das Bundesverfassungsgericht durch neue Argumente überzeugt werden.

**Abg. Dr. Erwin Lotter (FDP):** Ich richte meine Frage an die PKV und an die KBV. Mich interessiert, welche Auswirkungen eine Bürgerversicherung – das Modell ist egal – auf die Versorgungssituation und vor allem auf die fachärztliche Versorgung in Deutschland haben würde.

**SV Dr. Volker Leienbach (Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)):** Ich bin mit vielen, die sich gerade geäußert haben, zuletzt Herr Weisbrod-Frey, der Meinung, dass wir in Deutschland unabhängig vom Versichertenstatus ein ganz hervorragendes Versorgungsniveau haben, egal ob gesetzlich oder privat oder gar nicht versichert. Natürlich bestehen insbesondere im Wettbewerb Unterschiede. Diese Unterschiede finden wir innerhalb der gesetzlichen Kranken-

versicherung auf der einen Seite und zwischen der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung auf der anderen Seite. Diese manifestieren sich insbesondere im Service. Wer das Zweiklassenmedizin nennen will, der mag das tun. Allerdings weckt man dadurch falsche Assoziationen und hat wahrscheinlich nie das Ausland betrachtet. Im internationalen Vergleich haben wir in Deutschland die kürzesten Wartezeiten. Dies bestätigen die identischen Ergebnisse weltweiter Studien aller Autoritäten. Wir haben den umfangreichsten Leistungskatalog, mit die geringsten Zuzahlungen und die größten Freiheitsgrade bei der Wahl von Ärzten, Fachärzten und Krankenhäusern und wir haben weltweit mit den besten Zugang zu medizinischen Innovationen – dies alles in einem dualen Krankenversicherungssystem. Es ist richtig, dass dies eine deutsche Besonderheit ist, aber warum sollten wir uns von guten Besonderheiten verabschieden? Wir haben in Deutschland zwar zwei Versicherungssysteme, aber, von Ausnahmen abgesehen, nur ein Versorgungssystem. Dieselben Ärzte, dieselben Fachärzte und dieselben Krankenhäuser behandeln gesetzlich und privat Versicherte. Überall im Ausland haben wir zwar nur ein Versicherungssystem, aber zwei oder mehrere Versorgungssysteme. Denklogisch kann eine Zweiklassenmedizin, wenn es überhaupt eine solche geben kann, nicht bei der Wahl des Versicherers, sondern immer nur beim Arzt oder im Krankenhaus stattfinden. Wir haben erstaunlicherweise den Befund, dass überall dort, wo ein Einheitssicherungssystem besteht, ein zwei- oder mehrgliedriges Versorgungssystem vorhanden ist. Das heißt, ein derart fundamentaler Schritt, wie ihn die Einführung einer Bürgerversicherung bedeuten würde und durch den das System von den Füßen auf den Kopf gestellt würde, kann definitiv nicht mit einer besseren gesundheitlichen Versorgung begründet werden, wie es ein Grundrechtseingriff verlangt – Prof. Thüsing hat es erwähnt. Dies wird vielmehr durch das duale System garantiert. Erstaunlicherweise ist es auch so, dass im ambulanten Bereich die fachärztliche

Versorgung deutlich am stärksten ausgeprägt ist. Dies führen wir eindeutig auf das duale System zurück. Der Zugang ist hier besonders gut, da die Ärzte nicht im Krankenhaus angesiedelt sind. Kurzum, die Versorgung kann durch eine Bürgerversicherung nur schlechter werden. Dann müssen Sie noch bedenken, dass die Ärzte über ihr erhöhtes Einkommen durch private Krankenversicherer und Selbstzahler letztlich die Praxisinfrastruktur und viel Personal finanzieren. Dieses Personal würde freigesetzt. Auch das wäre ein weiterer Schub, die Versorgung in Deutschland nicht zu verbessern, sondern das Gegenteil zu erreichen.

**SV Stefan Gräf** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Viele Ausführungen von Dr. Leienbach können wir unterstreichen. Direkte Auswirkungen sehen wir aber im ersten Schritt nicht. Bei den vorgeschlagenen Modellen sehen wir allerdings einen massiven Druck auf den PKV-Bereich, weil gewünschte zusätzliche Leistungen privat durch Zusatzversicherungen versichert werden. Ob dies zu einer Verlängerung der Wartezeiten führen wird, muss man abwarten. Wir hoffen es nicht. Im hausärztlichen Bereich haben wir bei den Wartezeiten einen Unterschied zwischen PKV und GKV von 0,8 Tagen. Wir hoffen, dass dies so bleibt und sich durch eine Bürgerversicherung nicht verschlechtern wird.

**Abg. Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Als Vertreterin der antragstellenden Fraktion möchte ich auf den Kern unseres Antrages zurück kommen. Es wurden viele Fragen gestellt und Antworten gegeben, die nicht unbedingt etwas mit dem Antrag zu tun hatten. Der Antrag will alle in Deutschland lebenden Menschen mit allen Einkommen in die Bürgerinnen- und Bürgerversicherung zu einem gut vorbereiteten Stichtag einbeziehen. Die Altersrückstellung der privaten Krankenversicherung sollen noch nicht angefasst werden, da dieses Luxusproblem später geklärt werden kann. Wir wollen die Bürgerinnen- und Bürgerver-

sicherung im Moment nicht mit der Diskussion, wer welche Ansprüche hat, belasten. Zur prinzipiellen Sinnhaftigkeit der Bürgerinnen- und Bürgerversicherung möchte ich zwei Fragen an Dr. Holst stellen. Weswegen ist aus Ihrer Sicht eine Einbeziehung aller Einkommen und nicht nur der Erwerbseinkommen unverzichtbar? Wie stehen Sie zu der Behauptung, dass das Umlagesystem, das wir bei der GKV haben und auch bei der Bürgerinnen- und Bürgerversicherung hätten, die Finanzierung des Gesundheitssystems nicht dauerhaft sichern kann.

**ESV Dr. Dr. Jens Holst:** Zu beiden Fragen wurde bereits einiges gesagt. Ich hoffe nicht allzu viel wiederholen zu müssen. Die grundsätzliche Frage, die auch Prof. Thüsing ansprach, ist mit dem Begriff Solidarität zusammenzufassen. Darüber wird immer wieder diskutiert und es wird hinterfragt, was Solidarität bedeutet, welche Implikationen sie hat usw. Dabei sind wir gerade in der Kranken- und Pflegeversicherung – das sind die einzigen Formen – in der privilegierten Situation, dass die Ausgestaltung der Solidarität ganz konkret definiert ist, lange angewendet und auch weitgehend von der Bevölkerung befürwortet wird. Das heißt, Solidarität ist keine Goodwill- oder Charity-Veranstaltung, wie es immer wieder an klingt und dargestellt wird. Solidarität ist im Kranken- und Pflegeversicherungsbereich sehr konkret, sehr klar und einfach definiert. Jeder zahlt nach seiner Zahlungsfähigkeit und erhält nach seinem Bedarf. Das war übrigens, und jetzt kommen wir zum Begriff der Beitragsbemessungsgrenze, keineswegs immer so. Die deutschen Krankenversicherungen starteten nach dem Äquivalenzprinzip, solange sie Lohnfortzahlungen im Krankheitsfall als zentrale Leistung gewährleisteten. Es war somit durchaus sinnvoll, eine Deckelung einzuziehen. Denn zur Vermeidung von Armut musste man nicht x Prozent auf unendlich hohe Einkommen bezahlen, sondern man konnte sinnvollerweise deckeln, um die Äquivalenz im angemessenen Rahmen zu

gewährleisten. Heute ist die Situation jedoch eine ganz andere. 95 Prozent der Leistungsausgaben der GKV entfallen auf Leistungen, die keineswegs dem Äquivalenzprinzip unterliegen. Nur fünf Prozent Lohnfortzahlung entsprechen noch diesem Prinzip. Das heißt, wir haben eine von der Kaufkraft abhängige Finanzierung, um damit Versorgungsleistungen zu kaufen, die im Prinzip unbegrenzt und nur bedarfsabhängig sind. Das mögen manche der hier im Raum versammelten als historischen Unfall betrachten, andere betrachten es als eine der größten zivilisatorischen Errungenschaften der Wohlfahrtsstaaten. In jedem Fall haben wir eine Verschiebung vom Äquivalenz- zum Solidarprinzip. Dies muss auf die heutige Zeit übertragen werden, da sich seit 1883, seit der Einführung des Bismarckschen Sozialversicherungssystems, die Einkommensverhältnisse verändert haben. Während es damals durchaus sinnvoll war, die Einnahmen aus Erwerbstätigkeit als alleinige Grundlage heranzuziehen, spiegelt dies – ich wiederhole bereits Gesagtes –, nicht mehr die heutigen Einkommensverhältnisse in der Volkswirtschaft wider. Wenn wir den Solidargedanken erstens nicht aufweichen und zweitens in der bisher applizierten Form weiterverfolgen wollen, müssen wir die Definition der Grundlagen zur Finanzierung entsprechend umstellen. Das heißt, wir können uns nicht mehr nur auf das Arbeitseinkommen beschränken, sondern müssen auch den wachsenden Teil des Volkseinkommens aus Kapital- oder Miet- oder sonstigen Einnahmen in die Finanzierung einbeziehen. Dass dies technische Probleme mit sich bringt, ist klar. Ich bin aber immer wieder überrascht, welche bürokratischen Hürden, die anfangs unüberwindlich erscheinen oder als unüberwindlich dargestellt werden, sich regeln lassen. Es ist eine Frage der technischen Ausgestaltung. Es gibt inzwischen Möglichkeiten in der automatischen Erfassung von Einnahmen, die mich selber überraschen. Das ist die Antwort auf die erste Frage. Zu Kapitaldeckung versus Umlageverfahren, das ist die zweite Frage, wurde ebenfalls Einiges gesagt. Mir

scheint es, dass die Vorstellung besteht, mit einer Kapitaldeckung ist alles besser. Man muss nur einfach das Geld auf den Kapitalmarkt bringen, dann vermehrt es sich wunderbarerweise wie von selber, als ob es keine Finanzkrisen gäbe und als ob das Geld nicht auf den Kaimaninseln landen könnte. Das Problem ist jedoch, dass sich über die Unsicherheit an den Finanzmärkten hinaus die Frage aufdrängt, ob diese von Hartmut Rainers als Hausväterökonomie bezeichnete Denkweise volkswirtschaftlich gerechtfertigt ist. Es mag sinnvoll erscheinen, dass die schwäbische Hausfrau für schlechte Zeiten spart. Ob dies aber für Volkswirtschaften tauglich ist, kann hinterfragt werden. Dies geht nämlich auch weit über das Spektrum der heutigen PKV hinaus. Die PKV sichert nur ein kleines Segment der Bevölkerung und damit auch einen kleineren Kapitalanteil ab. Hinsichtlich einer dauerhaften Tragfähigkeit bestehen erhebliche Zweifel. Zumal auch alle anderen Länder vor dem gleichen Demografieproblem stehen. Das heißt, der Kapitalmarkt würde von erheblichen Beiträgen überschwemmt. Es gibt Erfahrungen, die nicht ermutigend sind, wenn man zum Beispiel an die US-amerikanischen Pensionsfonds denkt.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an den DGB. Meines Wissens gibt es von der Hans-Böckler-Stiftung eine Studie, die die Beitragsbemessungsgrenze und deren Ausgestaltung zum Gegenstand hatte. Könnten Sie in einigen Highlights die Ergebnisse dieser Studie skizzieren?

SV **Knut Lambertin** (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Mir ist bekannt, dass die DGB-nahe Hans-Böckler-Stiftung bei Prof. Karl Bieback ein Gutachten zur Verfassungsmäßigkeit der Beitragsbemessungsgrenze in der GKV in Auftrag gegeben hat. Er kommt kurz zusammengefasst zu dem Ergebnis, dass die Beitragsbemessungsgrenze keinen Verfassungsrang hat. Da ich aber hier nicht „stille Post“

spielen will, möchte ich den interessierten Fachleuten, insbesondere den Juristen, den Besuch der Homepage [www.boeckler.de](http://www.boeckler.de) empfehlen. Dort kann das Gutachten heruntergeladen werden.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Ich habe eine weitere Frage an Prof. Rothgang. Sie haben im Rahmen des sozio-ökonomischen Panels verschiedene Modelle durchgerechnet. Meines Wissens gab es ein Modell, in dem die Beitragsbemessungsgrenze angehoben und ein anderes Modell, in dem die Beitragsbemessungsgrenze aufgehoben wurde. Mich interessieren die Effekte auf die Einkommen. Wer wird entlastet und wer wird belastet?

ESV **Prof. Dr. Heinz Rothgang**: Wir haben in der Tat das gemacht, was Dr. Paquet eingangs angefordert hat. Wir haben mit Mikrodaten des sozio-ökonomischen Panels gearbeitet und insgesamt 720 Varianten für den Beitragssatz berechnet. Sie finden Berechnungen für jedes denkbare Modell. Für die Verteilungswirkung wurden sieben Varianten betrachtet. In einer Variante wurde die Beitragsbemessungsgrenze aufgehoben und alle Privatversicherten und alle Einkommen ab sofort in die Versicherung einbezogen. Bei den Verteilungswirkungen muss man hinzufügen, dass wir alle Mehreinnahmen für die Senkung des Beitragssatzes verwendet haben. Somit haben wir im Prinzip aufkommensneutral gerechnet. Ich sage im Prinzip, weil wir nicht vergessen dürfen, dass es bei einer Bürgerversicherung keine Altersrückstellungen gibt. Deshalb wird das Ganze etwas billiger, das schlägt sich in den Ergebnissen nieder. Die Ergebnisse haben wir nach verschiedenen Haushaltstypen sortiert. Bei Alleinstehenden kommen wir beispielsweise zu einer Entlastung bis zu einem Haushaltsnettoeinkommen von 3.000 Euro. Wenn wir ein Ehepaar mit einem Kind heranziehen, beträgt die Entlastung bis zu einem Haushaltsnettoeinkommen von 5.000

Euro. In etwa diesen Größenordnungen bewegt sich das.

Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an den Sozialverband VdK. Mich interessiert, ob Sie bestätigen können, dass durch die im Antrag vorgeschlagene Beitragsfreiheit von Kapitaleinkünften bis zum Sparerpauschalbetrag Kleinsparer nicht belastet, sondern diese im Gegenteil durch die Beitragssenkungen entlastet werden und es auch zu Entlastungen bei Normal- und Geringverdienern kommt.

SVe **Dr. Ines Verspohl** (Sozialverband VdK Deutschland): Das kann ich leider nicht bestätigen, da wir nicht in der Lage sind, nachzurechnen, inwieweit der Beitragssatz sinken würde. Aber wir teilen die Schätzung, dass kleinere und mittlere Einkommen entlastet würden, weil es hier keine großen Sparerträge gibt. Man muss allerdings auf die Rentner, die durch die Riester-Rente Kapitalbildung fürs Alter betreiben, Acht geben. Wenn deren Kapitalerträge nicht zu den Freibeträgen zählen, wäre dies eine ungerechtfertigte Extrabelastung für die Rentner.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an den GKV-Spitzenverband. Von der Ärzteschaft wird immer wieder betont, das haben wir letzte Woche wieder sehr lautstark vernommen, dass die Abschaffung der PKV schlimme Auswirkungen auf die ambulante Versorgung hätte. Ich würde gerne wissen, wie Sie dies einschätzen. Wäre die ambulante Versorgung wirklich gefährdet oder wäre es nicht auch umgekehrt möglich, in der Versorgung vorhandene Fehlanreize durch die Abschaffung der PKV zu beseitigen?

SV **Michael Weller** (GKV-Spitzenverband): Wir gehen davon aus, dass auf der derzeitigen Grundlage das GKV-Honorarniveau sowie die Honorierung der Ärzte insgesamt angemessen und auskömmlich

ist. Wir gehen nicht davon aus, dass ein Bürgerversicherungsmodell mit einer einheitlichen Gebührenordnung für alle Versicherten zu einem Horrorszenario für die Ärzte führen würde. Die amtlichen Zahlen bestätigen im Gegenteil, dass derzeit ein Arzt im Durchschnitt rund 165.000 Euro Reinertrag erwirtschaftet. Wenn man weiß, dass rund 71 Prozent durch GKV-Leistungen und nur rund ein Drittel aus Privatliquidation, die auch nicht gänzlich entfallen, sondern auf dem Niveau der GKV weitergezahlt würde, erwirtschaftet werden, dann kann man davon ausgehen, dass es keine schlimmen Auswirkungen auf die ambulante Versorgung geben wird. Im Gegenteil, weil jedes Finanzierungs-, jedes Honorierungssystem Anreize und Wirkungen hat, kann man davon ausgehen, dass es heute in Gebieten, wo viele Privatversicherte leben, Probleme mit der Überversorgung gibt. Dort sind Ärzte niedergelassen, die vielleicht in strukturschwachen Gebieten fehlen. Mit einer einheitlichen Gebührenordnung würde, bezogen auf diese Fehlwirkung, gegebenenfalls sogar ein Fehlreiz verschwinden. Ich betone aber ausdrücklich, wenn die Politik – der GKV-Spitzenverband fordert dies nicht – den Rahmen so setzen würde, dann darf es aber nicht sein, dass die heutigen GKV-Versicherten die den Ärzten entgangenen PKV-Honorare durch eine insgesamt höhere Gebührenordnung auffangen müssen.

Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Ich möchte von den Gesundheitsleistungen zu den Pflegeleistungen kommen und habe Fragen an die AWO und an ver.di. An die AWO geht die Frage: Warum halten Sie Leistungsausweitungen und Leistungsverbesserungen in der Pflegeversicherung für unabdingbar und warum sehen Sie in diesem Zusammenhang die Bürgerinnen- und Bürgerversicherung als geeignetes Finanzierungsmodell? An ver.di geht die Frage: Welche Effekte erhofft sich die Dienstleistungsgewerkschaft von den Überlegungen zu einer Vollversicherung in der Pflege unter Beibehaltung des be-

währten Sachleistungsprinzips und der Abkehr vom Teilkaskoprinzip?

**SV Olaf Christen** (Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. (AWO): Die Pflegeversicherung ist ein Teilkaskosystem. Ich glaube, diese Art der Versicherung hat teilweise in der Öffentlichkeit ein Legitimationsproblem. Es gibt viele Diskussionen, u. a. die Diskussion um die Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Wir benötigen dringend eine Verbesserung der Glaubwürdigkeit der Pflegeversicherung. Eine Möglichkeit sind Leistungsausweitungen. Wir dürfen nicht vergessen, dass im SGB XI erst seit 2008 eine Leistungsdynamisierung vorgesehen ist. Vorher gab es dies nicht. Wir haben in den letzten Jahren einen stetigen Kaufkraftverlust, der dazu führt, dass die Menschen weniger Leistung einkaufen können als sie eigentlich benötigen. Nach unserer Einschätzung müssen wir hier dringend gegenhalten. Deshalb brauchen wir Leistungsausweitungen. Es besteht durch die Einführung einer Bürgerversicherung gerade im Bereich der Pflege die Möglichkeit, finanzielle Ressourcen zur Leistungsausweitung zu erschließen.

**SV Herbert Weisbrod-Frey** (ver.di – Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft): Die Vollversicherung ist kein Gegenkonzept zur Bürgerversicherung. Es wird beides gebraucht. Wir haben heute bei den Pflegebedürftigen eine finanzielle Belastung von mehr als 30.000 Euro, die privat aufgewendet werden. Bei Frauen liegt dieser Betrag sogar bei über 40.000 Euro. Der Zuwachs bei den kommunalen Hilfen zur Pflege beträgt – im Moment mit wachsender Tendenz – jährlich etwa 100 Mio. Euro. Deshalb müssen wir längerfristige Überlegungen anstellen, wie wir auch die Pflegeversicherung auf gesunde Beine stellen können. Wir meinen, dass das Modell einer Vollversicherung ein gangbarer Weg sein kann, um Qualität, Sicherheit und eine gerechte Versorgung für alle zu gewährleisten. Zu diesem Modell kann man sich auf unserer Internetseite

kündig machen. Wir werden es weiterverfolgen und dynamische Berechnungen anstellen, da wir es für ein langfristiges Sicherungsmodell halten.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Prof. Rothgang. Ich möchte Sie fragen, welche Gründe aus Ihrer Sicht für die Ablösung des dualen Krankenversicherungssystems durch eine Bürgerversicherung sprechen.

**SV Prof. Dr. Heinz Rothgang:** Das sind zwei Gründe: Das eine sind Gerechtigkeitsüberlegungen, das andere sind Überlegungen zur Nachhaltigkeit der Finanzierung der GKV. Zu Gerechtigkeit und Solidarität haben wir bereits viel gehört. Wir können über die Vorzüge und Nachteile der beiden Systeme streiten. Es ist aber wirklich schwer zu vermitteln, warum ein Teil der Bevölkerung in diesen Topf, der andere in den anderen Topf gesteckt wird. Das sind keine Wahlscheidungen, sondern es werden Menschen zugeteilt. Die Zuteilung erfolgt dergestalt, dass in dem einen Topf diejenigen sind, die tendenziell gesünder und einkommensstärker sind und im anderen Topf die Einkommensschwächeren und die Kränkeren. Jeder Topf ist für sich selbst solidarisch. Dass dies unter Gerechtigkeitsgesichtspunkten nicht in Ordnung sein kann, ist, glaube ich schwer von der Hand zu weisen. Das andere ist die Nachhaltigkeit. Was wir sehen ist die strukturelle Einnahmeschwäche der GKV. Seit 1993 sind das Bruttoinlandsprodukt um 52 Prozent und die Grundlohnsumme um 31 Prozent gestiegen. Hier geht die Klammer auf. Das hat zwei Gründe. Zum einen wandern einkommensstarke Personen in die PKV ab. Zum anderen liegt es daran, dass wir in der Einkommensverteilung eine Verschiebung vom Lohneinkommen in Richtung Kapitaleinkommen und von niedrigen Einkommen in Richtung Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze haben. Diese beiden Punkte führen zur strukturellen Einnahmeschwä-

che, die der Grund dafür ist, dass die Beitragssätze in der GKV steigen. Wenn wir dies ändern wollen, müssen wir hier ansetzen. Die Bürgerversicherung ist ein Weg.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Stichwort andere Einkommensarten: Gerade wurde wortreich beklagt, dass es schrecklich schwierig sei, die Bemessungsgrundlage zu verbreitern. Welche Vorschläge hätten Sie hierzu?

ESV **Prof. Dr. Heinz Rothgang**: Ich würde daran festhalten, andere Einkommensarten zu verbeitragen, sehe aber die Probleme genau so wie Herr Knieps. Das ist kein einfacher Weg. Allerdings ist es im Steuerrecht letztlich auch möglich. Die ergiebigen Komponenten kommen sowie so nicht aus den anderen Einkommensarten. Die fiskalisch ergiebigen Komponenten kommen aus der Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und aus der Berücksichtigung der Privatversicherten. Ich habe in einigen Stellungnahmen gelesen, dass sich nur 20 Prozent oberhalb der Versicherungspflichtgrenze befinden. Das sind jene 20 Prozent der Arbeitnehmer, die wegen der Überschreitung der Versicherungspflichtgrenze in die PKV gewechselt haben. Der Anteil der Beamten in der PKV, der über der Versicherungspflichtgrenze liegt, ist unbekannt. Was wir aber aufgrund der Daten, beispielsweise des sozio-ökonomischen Panels, wissen, ist die durchschnittliche Einkommenshöhe in den beiden Versicherungssystemen. Wir stellen fest, das haben wir, IGES und andere berechnet, dass nach den heute geltenden Regeln zum beitragspflichtigen Einkommen, die Einkommen in der PKV im Durchschnitt um 50 bis 60 Prozent über denen in der GKV liegen.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Sie hatten bereits die Frage nach Be- und Entlastungswirkungen beantwortet. Könnten Sie diese für die Rentnerhaushalte in der Bürgerversicherung beziffern?

ESV **Prof. Dr. Heinz Rothgang**: Die gesamte Be- und Entlastungswirkung hatte ich schon dargestellt. Wir finden eine Entlastung im unteren und mittleren Bereich und eine Belastung im oberen. Bei den Rentnerhaushalten müssten wir nach Einkommensarten differenzieren. Grundsätzlich werden die Rentner durch die Absenkung des Beitragssatzes begünstigt. Wenn andere Einkommensarten vorhanden sind, werden die Rentner belastet. Ich habe zurzeit hierzu keine Zahlen zur Hand. Die Lebenserfahrung zeigt, dass die Einkommen der Rentner nicht in erster Linie Kapitalerträge sind. Aber ich kann Ihnen jetzt keine Zahl dazu nennen.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Wie würden Sie die Regelungen zur Familienmitversicherung innerhalb der GKV sehen und welche Reformen halten Sie für erforderlich?

ESV **Prof. Dr. Heinz Rothgang**: Wir haben zwei Regelungen in der Familienmitversicherung: die Familienmitversicherung von Ehe- oder Lebenspartnern und die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern. Bei den Partnern entsteht meines Erachtens dann ein Problem, wenn das Haushaltseinkommen insgesamt oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze liegt. Dann hängt nämlich das beitragspflichtige Einkommen davon ab, wie sich das Einkommen auf die zwei Partner verteilt. Wenn der eine Partner ein hohes Einkommen hat und der andere ein niedriges oder gar keines, ist ein Teil oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze nicht beitragspflichtig. Wenn sich das Einkommen ungefähr gleich verteilt, sind beide Anteile beitragspflichtig. Wir haben dann den Fall, dass gleiche ökonomische Leistungsfähigkeit unterschiedlich verbeitragt wird. Das ist auch wiederum normativ schwer begründbar. Eine Lösung für dieses Problem wäre ein Splittingverfahren. Man addiert beide Einkommen, teilt sie durch zwei und verbeitragt sie dann. Bei den Kindern gibt es eine beitragsfreie Mitversicherung, die der Kinderbund, der Fami-

lienbund u. a. kritisieren, weil Familien trotzdem benachteiligt würden. Dahinter steht die Überlegung, dass auf ein Einkommen Beiträge gezahlt werden, das den Familien gar nicht zur Verfügung steht, weil dieses Einkommen zum Unterhalt der Kinder benötigt wird. Im Einkommenssteuerrecht haben wir Freibeträge, die das Existenzminimum freistellen. Im Beitragsrecht haben wir dies nicht. Ich finde die Überlegung dem Grunde nach nachvollziehbar und würde anregen, dass man für Kinder über Beitragsfreibeträge in der GKV nachdenkt.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Was halten Sie von dem Argument, dass Gesundheitssysteme, die neben der allgemeinen Gesundheitsversorgung keine private Vollversicherung kennen, einen weitaus schmaleren Leistungskatalog hätten als das Krankenversicherungssystem in Deutschland und auch stärker Rationierungen ausgesetzt seien?

ESV **Prof. Dr. Heinz Rothgang**: Der Vergleich ist nicht ganz einfach. Deutschland ist einzigartig, weil es als einziges Land die duale Finanzierung hat. Gleichzeitig unterscheidet sich Deutschland noch in vielen weiteren Faktoren von anderen Ländern. Ein einfacher Vergleich ist daher nicht möglich. Wenn wir im internationalen Bereich nach Rationierungen und einem in Abhängigkeit von der Finanzlage eingeschränkten Leistungskatalog schauen, stellen wir fest, dass diese in der Regel bei steuerfinanzierten Systemen zu finden sind. Beitragsfinanzierte Systeme bieten, bei aller Anfälligkeit für politische Interventionen, einen insgesamt größeren Schutz. Wenn ich die Folgen der Finanzkrise in den OECD-Ländern betrachte, sind es vor allem steuerfinanzierte Systeme, die bei den Gesundheitsleistungen stärkere Einbrüche zu verzeichnen haben. Es geht nicht immer nur darum, den möglichst größten Leistungskatalog zu haben. Unser Leistungskatalog sollte eigentlich so sein, dass alles Sinnvolle und Notwendige

enthalten ist und andere Leistungen eben nicht. In der GKV sind wir seit einer Dekade auf dem Weg, dieses evidenzbasiert zu bewerten. Mit der Gründung des IQWiG wurde hierzu extra ein Institut ins Leben gerufen – das muss ich erwähnen, weil ich auch im Beirat dieses Institutes bin. Das IQWiG versucht sinnvolle und nicht sinnvolle Leistungen zu identifizieren. So etwas gibt es in der PKV meines Erachtens nicht. Dort haben wir, teilweise aus finanziellen Gründen, durch die Anbieter eine Überversorgung. Das heißt, das duale System ist ein möglicher Ursachenfaktor für die Über-, Unter- und Fehlversorgung in unserem Lande.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich möchte nochmals den Blick auf die Pflegebürgerversicherung wenden. Die Fragen gehen an Prof. Rothgang. Im Antrag der Fraktion DIE LINKE. wird festgestellt, dass sich der Kreis der Empfänger, die im Fall der Pflegebedürftigkeit auf Sozialhilfe angewiesen sind, vergrößert, vergrößern würde oder vergrößert hat. Können Sie uns kurz darlegen, warum dies der Fall ist und welche Rolle die fehlende Dynamisierung der Leistungen zur Pflegeversicherung spielt? Worin liegt Ihrer Meinung nach das derzeitige politische Versäumnis? Ist das Instrument der Dynamisierung in § 30 SGB XI, wonach ab 2014 alle drei Jahre die Anpassung an die Preisentwicklung zu vollziehen ist, zielführend?

SV **Prof. Dr. Heinz Rothgang**: Wir haben gerade über die Vollversicherung in der Pflegeversicherung gesprochen, und Herr Weisbrod-Frey hat bereits eine Zahl genannt, die auch wir errechnet haben, nämlich die Höhe des Anteils der Eigenleistung bei Pflege im Lebensverlauf. Der Anteil der Pflegeleistung, der selbst finanziert wird, liegt derzeit bei 50 Prozent. Ich sage immer, dass 50 Prozent der Status quo ist und 100 Prozent die Forderung. Dazwischen ist noch viel Luft. Wir können im Pflegebereich Verbesserungen erreichen, die zwar nicht zur Vollversicherung

führen, aber von der 50-prozentigen Eigenbeteiligung wegführen. Der Weg hierzu wäre die Dynamisierung nach § 30 SGB XI. Wenn wir das vergangene Geschehen betrachten, dann ist festzustellen, dass die Leistungen 1993 im Wesentlichen im BMA festgelegt wurden und bis 2008 unverändert geblieben sind. 15 Jahre ist dann gar nichts passiert – kein Inflationsausgleich, gar nichts. Die Pflegeheime sind in dieser Zeit um 20 bis 25 Prozent teurer geworden. Im ambulanten Bereich fehlen die Zeitreihen, um die Steigerung konkret zu beziffern. Aber bei 15 Jahren kann man sich leicht denken, dass die Steigerung nicht geringer gewesen ist. Das heißt, wir erleben nicht nur, dass wir eine Teilkaskoversicherung haben, sondern dass der reale Wert der Leistungsversprechung im Verlauf von 15 Jahren gesunken ist. Seit 2008 hat es drei Dynamisierungsstufen gegeben, die insgesamt eine Dynamisierung von umgerechnet 1,4 Prozent pro Jahr erbracht haben. Das entspricht gerade knapp der Inflationsrate. Einen weiteren Ausgleich hat es nicht mehr gegeben. Nach dem aktuellen § 30 SGB XI wird ab 2015 alle drei Jahre geprüft, ob eine Dynamisierung maximal in Höhe der Inflationsrate erfolgen soll, sofern es die wirtschaftliche Lage erlaubt und die Lohnentwicklung nicht darunter liegt. Diese Regelung ist vollkommen unzureichend, um die Kaufkraft der Pflegeleistung sicherzustellen. Wir brauchen eine regelgebundene und regelmäßige Dynamisierung anhand makroökonomischer Größen, wie wir sie aus der Rentenversicherung kennen. Da mindestens zwei Drittel der Pflegeleistungen Personalkosten sind, würde ich mir folgende Formel wünschen: zwei Drittel mal Nominallohnentwicklung in der Bundesrepublik plus ein Drittel mal Inflationsrate. Das würde die Kaufkraft der Pflegeversicherungsleistung stabilisieren.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich würde gerne noch eine Frage zu den älteren pflegebedürftigen, privat versicherten Menschen stellen. Wie wird sich dies für diese Versicherten entwickeln und wäre die Bür-

gerversicherung für sie nicht eine Art der solidarischen Entwicklung?

**ESV Prof. Dr. Heinz Rothgang:** Wir haben im Pflegeversicherungsbereich zwischen PKV und GKV eine weitgehende Übereinstimmung. Wir haben dieselben Begutachtungskriterien und dieselben Leistungen. Hier unterscheiden sich die beiden Versicherungsarten nicht. Wir können aber bei der Pflegeversicherung sehr deutlich die unterschiedliche Risikostruktur erkennen. Die Ausgaben pro Versicherten sind in der sozialen, gesetzlichen Pflegeversicherung viermal so hoch wie in der privaten. Unter Berücksichtigung der Beihilfe beträgt der Faktor immer noch zwei. An dieser Stelle ist die unterschiedliche Risikoselektion sehr gut ersichtlich. Sie führt dazu, dass die private Pflegeversicherung im Moment natürlich hervorragend dasteht. Sie hat geringe Ausgaben und kann Altersrückstellungen aufbauen. Betrachten wir auf der anderen Seite die Altersstruktur der Privatversicherten, dann sehen wir, dass im Moment die Gruppe der 30- bis 60-jährigen überrepräsentiert ist. In zehn, 20 oder 30 Jahren wird dieser hohe Anteil im pflegerelevanten Alter sein. Das heißt, die Steigerung der Fallzahlen in der privaten Versicherung wird ein Vielfaches über der in der sozialen Pflegeversicherung liegen. Jetzt können Sie natürlich sagen, dafür gibt es die Altersrückstellungen. Wenn wir aber ehrlich sind, wissen wir alle, dass die Altersrückstellungen mitnichten dazu führen, dass das System ausfinanziert ist. Die Altersrückstellungen sind zu einem bestimmten Zeitpunkt kalkuliert, nämlich zum Zeitpunkt des Eintritts, zu dem zu diesem Zeitpunkt üblichen Lebenserwartungen und Kosten. Wir wissen aber, dass die Lebenserwartung jedes Jahr um drei Monate steigt. Das heißt, bereits nach dem ersten Jahr stimmt die Kalkulation nicht mehr. Deshalb haben wir in der privaten Krankenversicherung in den letzten zehn oder 20 Jahren auch durchschnittliche Prämiensteigerungen von vier bis fünf Prozent pro Jahr, obwohl diese Prämien eigentlich lebenslang konstant kalkuliert

sind. Das heißt, natürlich wird es die PKV vor Probleme stellen, wenn ihr Versicherungsklientel durchaltert.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich habe ein Frage an Dr. Leienbach. Wir haben gerade von dem Mediziner Dr. Holst etwas über die Unwägbarkeiten der Finanzmärkte gehört. Da wurde über den Hinweis auf die Kaimaninseln suggeriert, dass die privaten Krankenversicherer spekulativ Geld anlegten. Man könnte vermuten, dass Dr. Holst nicht bekannt ist, dass es für Versicherer klare Regeln für die Geldanlage gibt. Wie lauten diese Regeln?

SV **Dr. Volker Leienbach** (Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)): Es gibt natürlich, wie Ihre Frage auch nahelegt, umfangreiche und sehr präzise Anlagevorschriften für die Versicherungswirtschaft insgesamt und auch für die private Krankenversicherung. Ich darf feststellen, dass es während der Finanzkrise keine Schieflagen in der Versicherungswirtschaft und in der privaten Krankenversicherung gegeben hat und dass die private Krankenversicherung nicht Teil der Krise, sondern Teil der Lösung war und ist. In Volkswirtschaften, gerade in wachsenden Volkswirtschaften, die zukunftsorientiert arbeiten, sind wir auf Kapitalbildung angewiesen. Das wird kein Ökonom dieser Welt bestreiten können. Die private Krankenversicherung spielt hier eine ganz zentrale Rolle. Die Kapitalanlage dient im Übrigen dazu, die Beitragsentwicklung wirklich moderat zu halten. Ich darf nochmal darauf hinweisen, dass diese 25 Mrd. Euro, die wir in der privaten Pflegeversicherung haben, selbstverständlich ausreichen, um auch den Altersberg, den die PKV in 20, 30 Jahren haben wird, wie Prof. Rothgang errechnet hat, auszufinanzieren. Das ist keine Frage. Die Geschichte der privaten Pflegepflichtversicherung ist eine Geschichte der Beitragssenkung, was ganz wesentlich auf das Finanzierungsverfahren zurückzuführen ist.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich habe nochmal eine Frage an die PKV und die BDA. Es ist gerade von einigen, u. a. vom GKV-Spitzenverband, suggeriert worden, dass Umlagesysteme krisenfester sind. Kann man angesichts der wirtschaftlichen Entwicklung in Deutschland in den letzten vier Jahren davon sprechen, dass sich die Finanzkrise tatsächlich in irgendeiner Form in Deutschland wirtschaftlich niedergeschlagen hat, z. B. in der Situation der Sozialversicherungsträger und bei den Einnahmen der Sozialversicherung? Kann man also im eigentlichen Sinne von einer Finanz- und Wirtschaftskrise in Deutschland sprechen oder müssten wir, wenn wir von der europäischen Finanz- und Wirtschaftskrise sprechen, nicht eher schauen, was in den Gesundheitssystemen von Griechenland, Italien, Spanien oder Portugal geschieht? Lernen wir nicht gerade von diesen Ländern, dass umlage- und steuerfinanzierte Gesundheitssysteme sehr anfällig sind, wenn es zu Einnahmehinbrüchen aufgrund von hoher Arbeitslosigkeit, Steuerausfällen und Haushaltsunterdeckung kommt?

SV **Dr. Volker Leienbach** (Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)): Sie haben in Ihrer Frage im Grunde schon partiell die Antwort gegeben. Die Finanzkrise geht ursächlich darauf zurück, dass es eine Verschuldungskrise gibt. Wir haben in allen umlagefinanzierten sozialen Sicherungssystemen, die vor den gleichen demografischen Herausforderungen wie wir stehen – vor denen weltweit übrigens nicht jedes System steht, das ist wichtig zu sagen –, das Prinzip der implizierten Verschuldung. Diese lässt die Finanzkrise in Zukunft dauerhaft werden, wenn wir keine Gegenmaßnahmen treffen. Die Gegenmaßnahme kann nur, auch im Sinne von Solidarität und in der Ausprägung von Generationensolidarität, darin bestehen, dass wir Kapital bilden und individuell vorsorgen. Es ist doch wirklich ein merkwürdiges Verständnis von Solidarität, wenn immer weniger junge Menschen in einer Lebensphase, in der sie ohnehin

durch die Schuldenkrise belastet sind, für immer mehr Alte bezahlen sollen. Wir sehen im Augenblick in den realen Versorgungslagen der OECD-Staaten, insbesondere bei den Krisenländern der EU, dass nicht nur, aber vordringlich, da bin ich bei Prof. Rothgang, die steuerfinanzierten Gesundheitssysteme in den Leistungen sehr stark zurückfahren. Wir sehen aber auch, dass der Druck auf die beitragsfinanzierten Systeme, die in aller Regel nicht isoliert beitragsfinanziert sind, sondern immer durch eine höhere Steuerfinanzierung flankiert werden – wie dies auch die meisten Bürgerversicherungsmodelle vorsehen –, und auf die Leistungen deutlich stärker ist als in Deutschland. Ich bin mit vielen Kollegen in der gesetzlichen Krankenversicherung darüber einig, dass in Deutschland der Druck auf die Leistungen der GKV auch deswegen nicht so stark ist, weil es die PKV als Korrektiv gibt. Denn viele aus dem Kassenlager sagen, wenn Leistungen gestrichen werden, dann wandern die Versicherten zur privaten Krankenversicherung ab. Wir sind auch ein notwendiges Korrektiv für einen ausreichenden und umfassenden Leistungskatalog in der GKV.

**SV Dominik Naumann** (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA)): Die in den vergangenen Jahren beobachtete Entwicklung der Finanzlage in der gesetzlichen Krankenversicherung war die Erwirtschaftung von Überschüssen. Dies hatte zwar in erster Linie mit der Anhebung des Beitragssatzes zu tun. Aber unabhängig davon ist es auch so, dass eine positive Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt bzw. eine positive konjunkturelle Entwicklung mehr Geld einspült. Das gilt natürlich auch umgekehrt. Das heißt, wir haben zusätzlich zur Demografieabhängigkeit eine Konjunkturabhängigkeit. Das ist einer der wichtigen Gründe, warum eine Entkoppelung der Krankheitskostenfinanzierung vom Arbeitsverhältnis und der Lohnabhängigkeit eine zusätzliche Stabilität bringt. Die Konjunkturabhängigkeit ist dann in dieser Form nicht mehr gegeben. Eines möchte ich noch ergänzen:

Wenn wir von Überschüssen oder Kapitalstöcken sprechen, dann muss man einen ganz elementaren Unterschied zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung herausstellen, nämlich die Zugriffsmöglichkeiten der Politik. Die Erfahrung zeigt, dass sobald Überschüsse vorhanden sind, ein Zugriff erfolgt. Ich sage dies an die komplette Runde hier im Saal, es ist gut, dass dies in der privaten Krankenversicherung nicht möglich ist. Das schafft in der PKV eine zusätzliche Sicherheit.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich habe jetzt noch eine Frage an den GKV-Spitzenverband, mit der Bitte, auf die Frage zu antworten. In der GKV gibt es ebenfalls Rücklagen. Wie werden diese zurzeit angelegt? Wie erfolgreich ist die GKV bei ihrem Zinsmanagement für ihre durchaus beträchtlichen Rücklagen von insgesamt fast 30 Mrd. Euro. Die zweite Frage geht ebenfalls an den GKV-Spitzenverband. Die Fraktion DIE LINKE schlägt in ihrem Antrag einen für alle Kassen einheitlichen Beitragssatz vor. Was halten Sie von diesem Vorschlag?

**SV Michael Weller** (GKV-Spitzenverband): Wir legen den Überschuss oder die Rücklagen im Gesundheitsfonds an. Die Kassen legen ihre Rücklagen natürlich nach den marktüblichen Konditionen, die nicht üppig sind, an. Mehr kann man dazu nicht sagen. Allerdings können wir die Gelder nicht lange anlegen, weil, das wurde richtigerweise gerade gesagt, der Bundeszuschuss schon wieder gekürzt wird, so dass die Rücklagen dahinschmelzen. Die zweite Frage bezog sich auf den einheitlichen Beitragssatz und den Wettbewerb. Der GKV-Spitzenverband bekennt sich eindeutig zum Wettbewerb. Dieser findet auf verschiedenen Ebenen statt. Eine Ebene ist der Vertragswettbewerb, die andere Ebene ist im Rahmen des bestehenden Rechts der Wettbewerb der Kassen mit Satzungsleistungen. Es gehört aber auch der Preiswettbewerb dazu. Dieser ist

zurzeit faktisch ausgesetzt. Wir hätten aber ein Instrument laut aktueller SGB V-Regelung. Es gibt den Vorschlag, die Beitragsätze wieder individuell zu gestalten. Unabhängig davon, wofür sich die Politik entscheiden würde, sehen wir es als einen falschen Weg an, den Preis staatlich oder per Gesetz festzusetzen. Wir wollen Preiswettbewerb, in welchem System auch immer.

Abg. **Stephan Stracke** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Prof. Thüsing. Prof. Rothgang hatte mit Blick auf die sogenannte Bürgerversicherung und die Beitragsbemessungsgrenze einem Splitting, insbesondere einem Ehegattensplitting, das Wort geredet. Die gleichen Personen, die diesen Gedanken durchaus für gut heißen, sind im Einkommenssteuerrecht eher gegen ein Ehegattensplitting. Mich würde interessieren, wie Sie das bewerten und wie diese unterschiedliche Frontstellung zu rechtfertigen ist.

ESV **Prof. Dr. Gregor Thüsing**: Ich habe mir dies aufgeschrieben und gehofft, Sie würden mir irgendeinen Anlass geben, damit ich mich dazu äußern kann. Der Vorschlag eines Ehegattensplittings ist inkonsequent. Man kann entweder das eine oder das andere wollen, aber man kann nicht beides wollen. Entweder man sieht die Familie, die Eheleute als eine Erwerbsgemeinschaft an, die selber darüber entscheidet, in welchem Verhältnis die Erwerbs- und Haushaltstätigkeit zwischen Ehemann und Ehefrau verteilt wird, oder nicht. Wenn ich dies anerkenne, dann ist es für das Steuerrecht genau so nachzuvollziehen, wie für den Bereich der Krankenversicherung. Dies gilt insbesondere dann, wenn der Antrag darauf abzielt, den Krankenversicherungsbeitrag mehr und mehr der Steuer anzugleichen. Dies ist dann, hier würde ich Prof. Rothgang voll und ganz recht geben, konsequent und richtig. Das ist eine Verantwortungsgemeinschaft, die aus einem Topf wirtschaftet. Es ist für die Leistungsfähigkeit

dieser Gemeinschaft, sowohl wenn ich auf den Sozialversicherungsbeitrag als auch auf den Steuerbeitrag schaue, nicht entscheidend, wie die Einnahmen innerhalb dieser Gemeinschaft verteilt sind. Wenn man tatsächlich den Schritt hin zur Steuer geht, dann muss dieser Schritt auch tatsächlich folgen. Im Übrigen noch ein ganz kurzer Hinweis: Ich war unaufmerksam und habe auf der Internetseite der Böckler-Stiftung die Studie von Herrn Bieback gesucht, aber nicht gefunden. Ich wäre Ihnen wissenschaftlich dankbar, wenn Sie sie zuschicken könnten.

Abg. **Maria Michalk** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an Dr. Paquet. Sie sagen in Ihrer Stellungnahme, dass ein Beitragssatz von 10,5 Prozent, wie er im Antrag der Fraktion DIE LINKE. genannt wird, eine unseriöse Werbung für die gesetzliche Krankenversicherung bzw. für die Bürgerversicherung ist. Können Sie diese Aussage nochmal begründen und wie schätzen Sie diese Prognose ein? Die gleiche Frage stelle ich auch an Herrn Knieps.

ESV **Dr. Robert Paquet**: Ich habe bereits versucht, die Begründung darzustellen. Die Berechnungen gehen einfach von der völlig unrealistischen Annahme aus, dass von einem Tag auf den nächsten – Frau Dr. Bunge hatte eben gesagt, ab einem wohl vorbereiteten Stichtag, der aber nicht allzu fern sein soll –, der Übergang bzw. die vollständige Umsetzung aller mit der Bürgerversicherung verbundenen Wünsche erfolgen könnte. Dabei ist mit zum Teil sehr waghalsigen Annahmen gerechnet worden. Auf die methodischen Fragen habe ich bereits hingewiesen. Deshalb ist es, wenn man mit dieser enormen Beitragssatzsenkung für die Bürgerversicherung wirbt, unseriös. Es ist unseriös, wenn man insinuiert, dass diese in naher Zukunft möglich sein könnte.

ESV **Franz Knieps**: Es kommt selten vor, aber die Frage kann ich nicht beantworten, da ich die zugrundeliegenden Berech-

nungen nicht kenne. Wenn ich die Berechnungen mit dem Gutachten von Prof. Rothgang vergleiche, dann erscheinen sie mir sehr, sehr optimistisch zu sein. Ich halte den Beitragssatz insbesondere in der Startphase unter Berücksichtigung der verfassungsrechtlichen Zwänge, die wir für die heute PKV-Versicherten zu beachten haben, für ein sehr optimistisches Angebot.

Abg. **Dr. Karl Lauterbach** (SPD): Ich habe eine Frage an Dr. Leienbach und Herrn Knieps. Man hört häufig, dass es durch die schiere Existenz der PKV – Stichwort: duales System –, zu Innovationen im deutschen Gesundheitssystem käme, die man ansonsten nicht hätte. Selbst der Ärztekammerpräsident, Prof. Montgomery, hat sich in dieser Form beim jüngsten Ärztetag eingelassen. Ich frage deshalb Dr. Leienbach und Herrn Knieps, ob Sie ein konkretes Beispiel für ein Verfahren nennen können, beispielsweise eine medizinische Technologie oder ein Medikament, auf welches wir heute verzichten müssten, wenn es die PKV nicht geben würde.

SV **Dr. Volker Leienbach** (Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)): Sie wollten ein Beispiel, ich nenne Ihnen zwei. Es ist unstrittig, dass die Existenz der PKV im dualen System innovationsfördernd ist, weil sie auch den Wettbewerb fördert. Es ist kein Wettbewerb, wie er im Lehrbuch steht, da bin ich einer Meinung mit Franz Knieps – auch nicht innerhalb der GKV. Aber es ist ein Wettbewerb, der auch zu Innovationen führt. Zwei Beispiele: Das eine ist die PET-Diagnostik – wir haben uns erst kürzlich damit beschäftigt –, die in der PKV flächendeckend angewandt und dann auch im Gemeinsamen Bundesausschuss behandelt wurde. Es wurde sicherlich Druck gemacht, damit die PET-Diagnostik vereinzelt in der GKV eingesetzt werden kann. Das zweite Beispiel ist die Cyberknife-Technik. Auch hier waren wir Vorreiter und haben eine Entwicklung vorbereitet, die im Sinne der Patienten ist

und die in die Breitenversorgung übernommen wurde.

ESV **Franz Knieps**: Mir fällt es schwer, konkrete Beispiele zu nennen, weil es natürlich ganz unterschiedliche Zugangsbedingungen für den Leistungskatalog der PKV und der GKV gibt. Aus sehr guten Gründen – das hat Prof. Rothgang bereits vorgetragen –, haben wir uns in der gesetzlichen Krankenversicherung für den Weg in die evidenzbasierte Medizin entschieden. Ich sehe es als großen Fortschritt an, dass nicht mehr ungesteuert all das, was das Etikett „neu“ trägt, sofort in das System übernommen wird. Deshalb befürworte ich das Prinzip der gesetzlichen Krankenversicherung, zu prüfen, wofür das Geld ausgegeben wird, um die Versicherten vor Innovationen ohne Zusatznutzen zu schützen.

Abg. **Dr. Karl Lauterbach** (SPD): Ich habe eine Nachfrage an Dr. Leienbach. Das Cyberknife- und auch das PET-Verfahren sind in vielen Gesundheitssystemen, z. B. im englischen oder im skandinavischen Gesundheitssystem, eingeführt worden. Dort werden diese Geräte auch genutzt. Wo ist der Zusammenhang zwischen der Existenz der PKV und der Einführung dieser Systeme zu sehen?

SV **Dr. Volker Leienbach** (Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)): Sie fragten, wo der Vorteil im deutschen Gesundheitssystem liegt. Diesen habe ich beschrieben. Ich kann feststellen, dass bevor die PKV die PET-Diagnostik angewandt hatte, diese in der GKV nicht in der Anwendung war, und ich kann feststellen, dass es keine Breitenversorgung im Bereich des Cyberknifes gab, bevor die PKV diese Technik nicht aufgenommen hatte. Das ist einfach so. Da hilft auch kein Beispiel aus England.

Abg. **Steffen-Claudio Lemme** (SPD): Ich habe eine Frage an Franz Knieps, Dr. Paquet, ver.di, den GKV-Spitzenverband sowie den Paritätischen. Halten Sie es für verfassungsrechtlich möglich, die Beitragsbemessungsgrenze abzuschaffen?

**ESV Franz Knieps:** Auf dem juristischen Terrain fühle ich mich etwas wohler. Prof. Thüsing hat darauf aufmerksam gemacht, dass die juristische Literatur, obwohl diese in der Regel nicht stark durch neuere Entwicklungen geprägt ist, davon ausgeht, dass zumindest Teile des Äquivalenzprinzips gelten. Daraus wird abgeleitet, dass eine völlige Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze verfassungswidrig ist. Von mir stammt die Feststellung, dass der Weg nach Karlsruhe zwar eine breite Autobahn, der Rückweg aber meistens sehr steinig ist. Damit will ich sagen, dass es sehr schwer vorauszusagen ist, wie Karlsruhe entscheiden wird, wenn eine konkrete Regelung vorliegt. Aber man kann auch nicht Stimmen einfach vom Tisch wischen, die sagen, eine völlige Aufhebung birgt erhebliche rechtliche Risiken.

**ESV Dr. Robert Paquet:** In dieser Beziehung kann ich an Herrn Knieps nahtlos anschließen. Ich habe vorhin schon darauf hingewiesen, dass auch in der Sozialversicherung das Äquivalenzprinzip zumindest in dem Sinne gilt, dass für einen konkreten Leistungsanspruch eine konkrete Zahlung, nämlich ein Beitrag, gefordert wird. Wenn man sich bei der Beitragsbemessungsgrenze an die Historie der gesetzlichen Krankenversicherung erinnert, hat die Beitragsbemessungsgrenze vor allen Dingen etwas mit jener Zeit zu tun, in der die Hauptleistungen die Zahlung des Krankengelds als Lohnersatzleistung war. Dabei ist evident, genauso wie bei der Rentenversicherung heute, dass ein bestimmter Leistungsanspruch nur einer bestimmten und damit auch begrenzten Beitragsverpflichtung entsprechen muss. Wir haben auch heute noch das Krankengeld als Leistung in-

nerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung in einer Größenordnung von sieben bis acht Prozent. Eine Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze müsste mit der Aufhebung einer Leistungsbemessungsgrenze korrespondieren. Auch in der Pflegeversicherung ist explizit darauf hinzuweisen, dass eine Leistungsbegrenzung – Stichwort: Teilkaskosystem, Prof. Rothgang hat es eben auch by the way erwähnt – existiert, die nur 50 Prozent des Leistungsbedarfs deckt. Dieser Bedarf ist außerdem ganz detailliert definiert und in Euro-Beträgen festgelegt. Der Leistungsbemessungsgrenze bzw. dem doch sehr diffizilen und genau abgegrenzten Beitragsleistungsanspruch gerade in der Pflegeversicherung – darum geht es auch in dem Antrag der Fraktion DIE LINKE. –, eine unbegrenzte Beitragsverpflichtung gegenüberzustellen, halte ich für eine Durchbrechung des Versicherungsprinzips. Das wäre wirklich ein fließender Übergang des Beitrags in eine Steuer.

**SV Herbert Weisbrod-Frey** (ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Gewerkschaften sind Einrichtungen, die sich nicht in erster Linie juristisch äußern, sondern die sozialrechtlich für ihre Mitglieder bzw. diejenigen, die das System nutzen, zu sorgen haben. Wir haben sicherlich nicht darüber zu befinden, wie Juristen letztendlich entscheiden. Hier kann ich mich Franz Knieps anschließen. Dies wird sicherlich eine Frage sein, die uns lange beschäftigen wird. Wir haben aber die Sorge, dass wenn wir nicht schnell handeln und das, was im GKV-Finanzierungsgesetz angedacht ist, nämlich eine Beitragssteigerung allein für die Versicherten, wir in Zeiten der Altersarmut noch mehr Probleme für die Beschäftigten oder die Versicherten schaffen werden. Deswegen meinen wir, dass wir schnell eine pragmatische Lösung finden müssen. Diese Lösung könnte die Anhebung der Beiträge auf die Rentenversicherungspflichtgrenze sein. Ich glaube, so wären wir juristisch auf der sicheren Seite und es würde im Nachhinein keinen

längeren juristischen Streit, der eine Veränderung insgesamt verhindert, geben.

**SV Michael Weller** (GKV-Spitzenverband): Zu diesem Thema ist schon fast alles gesagt. Wir haben heute in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht ausschließlich das Leistungsfähigkeitsprinzip bei der Beitragsbemessung, sondern auch das Äquivalenzprinzip. Dieses ist an der Lohnersatzleistung, dem Krankengeld erkennbar, wo der Leistungsanspruch vom gezahlten Arbeitsentgelt abhängig ist. Zur Leistungsbegrenzung: Die Sachleistungen sind gesetzlich definiert und müssen nicht unendlich zur Verfügung gestellt werden. Es gibt ein verfassungsrechtliches Problem, wenn die Beitragsbemessungsgrenze aufgehoben wird, weil dann theoretisch einer unbegrenzten Beitragszahlung ein begrenzter Leistungsanspruch entgegenstehen würde. Das würde im Umkehrschluss bedeuten, dass der Leistungskatalog unbegrenzt sein müsste. Das ist aber nicht darstellbar. Hier ist mit Sicherheit der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz tangiert. Hinzu kommt noch etwas anderes – unabhängig von jeder verfassungsrechtlichen Betrachtung. Bei unbegrenzten Beitragspflichten in der Krankenversicherung muss man davon ausgehen, dass die Krankenversicherung bei den Beteiligten an Akzeptanz verliert.

**SV Dr. Rudolf Martens** (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband): Wir halten eine vollständige Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze für verfehlt. Für uns gehören das Äquivalenzprinzip und das Solidarprinzip zu den Grundprinzipien einer Sozialversicherung. Von diesen Prinzipien wollen wir nicht abgehen. Allerdings sind wir dafür, die Beitragsbemessungsgrenze im Gesundheitsbereich auf die Höhe der gesetzlichen Rentenversicherung anzuheben, um die finanzielle Basis zu verbessern.

Abg. **Mechthild Rawert** (SPD): Wir haben gehört, dass die solidarische Bürgerversi-

cherung sowohl ein Finanzierungskonzept als auch ein Versorgungskonzept darstellt. Meine Frage geht an die BAG SELBSTHILFE, den Paritätischen und an den VdK. Der Finanzausgleich zwischen den gesetzlichen Krankenkassen bestimmt maßgeblich, wieviel Geld bei der einzelnen Kasse ankommt. Der Ausgleichsmechanismus muss deshalb ständig überprüft und weiterentwickelt werden. Könnten Sie uns bitte Ihre Position dazu erläutern?

**SVe Dr. Siiri Ann Doka** (Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE)): Wir haben den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich grundsätzlich begrüßt, weil er zwischen den Kassen natürlich ein Stückweit Gerechtigkeit schafft. Es gibt Kassen mit sehr vielen Menschen mit schlechten Risiken oder vielen chronischen Erkrankungen und es gibt andere Kassen, bei denen viele junge Menschen versichert sind. Wir haben aber ein Problem mit der Begrenzung auf 80 Krankheiten, weil damit viele seltene Erkrankungen entweder nicht erfasst oder in Gruppen zusammengefasst sind, die das Erkrankungs- oder das Behandlungsrisiko nicht wirklich abbilden. Ich nenne ein Beispiel: Es gibt eine relative teure Therapie für die Mukopolysaccharidosen. Weil aber diese Krankheiten in einer Gruppe zusammengefasst sind, liegt die Erstattung bei nur 1.500 Euro, während die Therapie ungefähr im sechsstelligen Euro-Bereich liegt.

**SV Dr. Rudolf Martens** (Der Paritätische Gesamtverband): Auch wir halten den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich für richtig. Wenn man aber den Evaluationsbericht aus dem Jahr 2009 aufmerksam liest, merkt man, dass der Risikostrukturausgleich noch verbesserungsfähig ist. Ich denke, das grundlegende Problem ist, dass bestimmte Kassen, bei denen sehr viele chronisch Kranke versichert sind, eher eine Unterdeckung

haben. Diese ist noch nicht beseitigt. Wenn man den Risikostrukturausgleich aber verbessert, kann man auch zu besseren und faireren Bedingungen kommen.

SVe **Dr. Ines Verspohl** (Sozialverband VdK Deutschland): Wir begrüßen ebenfalls den Risikostrukturausgleich. Die Begrenzung auf 80 Krankheiten sehen wir aber als willkürlich an. Wir würden uns wünschen, dass die diesbezüglichen Vorschläge des Beirates umgesetzt werden. Noch immer ist es attraktiv, gesunde junge Männer anzuwerben. Wir würden uns wünschen, dass es auch attraktiv sein kann, spezielle Versorgungsprogramme für bestimmte chronische Krankheiten, z. B. Diabetes, aufzulegen und dass man mit einem guten Versorgungsmanagement eine positive Deckungsquote erwirtschaften könnte.

Wir sehen auch ein Problem bei der „Totenregelung“, da dadurch Kassen mit einer sehr alten Klientel benachteiligt werden. Das muss auch umgesetzt werden.

Amtierender **Vorsitzender**, Abg. **Wolfgang Zöllner** (CDU/CSU): Damit sind wir am Ende der Runde. Ich darf mich bei den Sachverständigen und bei den übrigen Teilnehmern recht herzlich bedanken. Ich wünsche jedem, der noch die Möglichkeit hat, das Naturwunder „Sonne über Berlin“ genießen zu können, einige schöne Stunden. Vielen Dank.

Ende der Sitzung: 16.53 Uhr