



## Wortprotokoll der 7. Sitzung

### Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 24. September 2025, 15:00 Uhr  
als Kombination aus Präsenzsitzung  
(Marie-Elisabeth-Lüders-Haus, Saal 3 101) und  
Zoom-Meeting.

Vorsitz: Dr. Tanja Machalet, MdB

## Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

### Einziges Tagesordnungspunkt

Seite 5

Antrag der Abgeordneten Ates Gürpınar, Doris A-  
chelwilm, Dr. Michael Arndt, weiterer Abgeordne-  
ter und der Fraktion Die Linke

**Leistungskürzungen und Beitragsexplosion in  
Gesundheit und Pflege verhindern – Jetzt gerechte  
Finanzierung einführen**

**BT-Drucksache 21/344**

**Federführend:**

Ausschuss für Gesundheit

**Mitberatend:**

Finanzausschuss

Ausschuss für Arbeit und Soziales

**Mitglieder des Ausschusses**

<b>Fraktionen</b>	<b>Ordentliche Mitglieder</b>	<b>Stellvertretende Mitglieder</b>
CDU/CSU	Beek, Sascha van Borchardt, Simone Hiller, Dr. Matthias Janssen, Anne Müller, Axel Pauls, Dr. Thomas Pilsinger, Dr. Stephan Schmidt, Sebastian Seitz, Nora Streeck, Dr. Hendrik Theiss, Dr. Hans Weiss, Dr. Maria-Lena Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Demuth, Ellen Ehm, Lars Grasse, Adrian Knoerig, Axel Ludwig, Dr. Saskia Müller, Sepp Reddig, Pascal Rupprecht, Albert Staffler, Katrin Stegemann, Albert Timmermann-Fechter, Astrid Walch, Siegfried
AfD	Baum, Dr. Christina Bloch, Joachim Dietz, Thomas Ebenberger, Tobias Hess, Nicole Schießl, Carina Sichert, Martin Weiss, Claudia Ziegler, Kay-Uwe	Bessin, Birgit Birghan, Dr. Christoph Bollmann, Gereon Fetsch, Thomas Giersch, Alexis L. Kempf, Martina Möller, Stefan Przygodda, Kerstin Schmidt, Dr. Paul
SPD	Machalet, Dr. Tanja Mieves, Matthias David Moll, Claudia Pantazis, Dr. Christos Schwartz, Stefan Seitzl, Dr. Lina Yüksel, Serdar	Ahmetovic, Adis Dittmar, Sabine Glöckner, Angelika Kersten, Dr. Franziska Peick, Jens Schmidt, Dagmar
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Dahmen, Dr. Janosch Fischer, Simone Heitmann, Linda Kappert-Gonther, Dr. Kirsten Wagner, Johannes	Grau, Dr. Armin Nick, Dr. Ophelia Piechotta, Dr. Paula Rietenberg, Sylvia
Die Linke	Gürpinar, Ates Merendino, Stella Schötz, Evelyn Stange, Julia-Christina	Arndt, Dr. Michael Brückner, Maik Fey, Katrin Gebel, Kathrin



---

**Liste der Auskunftspersonen**

Öffentliche Anhörung am 24. September 2025, 15 Uhr, MELH 3 101  
„Gerechte Finanzierung in Gesundheit und Pflege“

---

- **Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV)**<sup>1</sup>
- **Ilias Essaida**<sup>5</sup>  
VdK-Bundesverband
- **Antje Kapinsky**<sup>2</sup>  
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
- **Prof. Dr. Christian Karagiannidis**<sup>3</sup>  
Universität Witten/Herdecke
- **Dr. Richard Ochmann**<sup>4</sup>  
IGES Institut GmbH
- **Prof. Dr. Simon Reif**<sup>3</sup>  
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
- **Prof. Dr. Heinz Rothgang**<sup>5</sup>  
Universität Bremen
- **Prof. Dr. Thomas Schlegel**<sup>3</sup>  
Kanzlei für Gesundheitsrecht

---

<sup>1</sup> Auf Vorschlag der Fraktion der AfD zur öffentlichen Anhörung eingeladen.

<sup>2</sup> Auf Vorschlag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zur öffentlichen Anhörung eingeladen.

<sup>3</sup> Auf Vorschlag der Fraktion der CDU/CSU zur öffentlichen Anhörung eingeladen.

<sup>4</sup> Auf Vorschlag der Fraktion der SPD zur öffentlichen Anhörung eingeladen.

<sup>5</sup> Auf Vorschlag der Fraktion Die Linke zur öffentlichen Anhörung eingeladen.



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



### **Einzigster Tagesordnungspunkt**

Antrag der Abgeordneten Ates Gürpınar, Doris Achelwilm, Dr. Michael Arndt, weiterer Abgeordneter und der Fraktion Die Linke

### **Leistungskürzungen und Beitragsexplosion in Gesundheit und Pflege verhindern – Jetzt gerechte Finanzierung einführen**

#### **BT-Drucksache 21/344**

Die **Vorsitzende**, Abg. **Dr. Tanja Machalet** (SPD): Guten Tag, sehr geehrte Damen und Herren, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer hier im Saal und am Bildschirm, sehr geehrte Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung – ich sehe noch keine, aber ich gehe davon aus, es kommt noch jemand, – liebe Mitarbeitende aus dem Ministerium, die digital zugeschaltet sind, liebe Kolleginnen und Kollegen, ich darf Sie heute zur öffentlichen Anhörung unseres Ausschusses für Gesundheit begrüßen. Das ist eine Mischung aus Präsenz- und Onlinesitzung. Vorab möchte ich die Sachverständigen und alle anderen Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die per Zoom zugeschaltet sind, bitten, sich mit ihrem Namen anzumelden, damit wir die Teilnahme notieren, beziehungsweise damit die Teilnahme für uns erkennbar ist. Außerdem möchte ich Sie bitten, aber das kennen Sie alle, vorab zunächst Ihre Mikrofone auszustellen und es nur anzustellen, wenn Sie auch einen Redebeitrag vornehmen. Es geht um den Antrag der Linksfraktion „Leistungskürzungen und Beitragsexplosion in Gesundheit und Pflege verhindern – Jetzt gerechte Finanzierung einführen“ auf der Bundestagsdrucksache 21/344. Ein Thema, das wir gerade sehr viel in der Öffentlichkeit diskutieren und deswegen werden wir heute diese Anhörung durchführen. Bevor wir beginnen, will ich noch mal einige Anmerkungen zum Ablauf der Anhörung machen, weil das gerade für Außenstehende auch wichtig ist, um zu verstehen, wie das Ganze abläuft.

Uns stehen heute 60 Minuten für Fragen und Antworten zur Verfügung. In dieser Zeit werden die Fraktionen abwechselnd Fragen an die Sachverständigen stellen. Es beginnt die Fraktion, die die Vorlage formuliert hat, das ist in diesem Fall die Fraktion Die Linke. Die weitere Reihenfolge orientiert sich an der Stärke der Fraktionen und beruht auf einer ausschussinternen Vereinbarung. Es wird immer eine Frage an einen Sachverständigen

oder eine Sachverständige gestellt. Frage- und Antwortzeit sind auf insgesamt drei Minuten begrenzt. - (Ich darf Sie auch begrüßen, Herr Staatssekretär, schön, dass Sie da sind. Ich darf daher vor allem darum bitten, die einzelnen Wortbeiträge möglichst kurz zu halten, damit viele Fragen gestellt werden können und viele Sachverständige zu Wort kommen. Ich bitte die Sachverständigen, das muss ich auch so festhalten, entsprechend der Regelung in § 70 Absatz 6 Satz 3 der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages beim ersten Aufruf etwaige finanzielle Interessenverknüpfungen in Bezug auf den Beratungsgegenstand offenzulegen. Das soll unsere öffentlichen Anhörungen sowohl für die Abgeordneten als auch für die Zuschauerinnen und Zuschauer noch transparenter machen. Ich danke allen Sachverständigen, die eine schriftliche Stellungnahme zum Antrag eingereicht haben. Die Anhörung wird live im Internet und im Parlamentsfernsehen übertragen und ist später auch in der Mediathek abrufbar. Das Wortprotokoll der Anhörung wird dann wie immer auf der Internetseite des Gesundheitsausschusses veröffentlicht.

Die Gäste auf der Besuchertribüne möchte ich darauf hinweisen, dass Beifallsbekundungen und Zwischenrufe sowie die Aufzeichnung der Anhörung mit dem Smartphone oder anderen Geräten nicht gestattet ist.

Meine Damen und Herren, nach all den Formalien können wir jetzt loslegen mit der Anhörung und die erste Frage stellt Die Linke. Herr Gürpınar.

Abg. **Ates Gürpınar** (Die Linke): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine erste Frage richtet sich an Herrn Prof. Rothgang, online zugeschaltet. Können Sie die Ungerechtigkeit erläutern, die durch die Existenz der privaten Pflegeversicherung entsteht, was für Effekte das auf den Beitragssatz und die Beitragsbelastung gesetzlich und privat Versicherter hat, welche Argumente aus Ihrer Sicht für eine Zusammenführung der sozialen und privaten Pflegeversicherung sprechen, warum ein solcher Schritt gerade jetzt geboten ist und in welchem zeitlichen Rahmen eine Umsetzung Ihrer Einschätzung nach realistisch wäre?

**Prof. Dr. Heinz Rothgang** (Universität Bremen): Vielen Dank für die Fragen. Es sind mehr als eine. Ich hoffe, Sie verstehen mich gut. Ich fange mit



dem ersten Teil an. Was ist das Gerechtigkeitsproblem? Das Bundesverfassungsgericht hat dazu in seinem Urteil aus dem Jahr 2021 eigentlich den Maßstab gelegt, an dem wir uns orientieren sollten. Das Verfassungsgericht hat nämlich gesagt, der Gesetzgeber hat eine Pflegevolksversicherung eingeführt in zwei Zweigen und er durfte das auch tun, allerdings unter der Maßgabe einer ausgeglichenen Lastenverteilung. Das ist der Wortlaut des Verfassungsgerichts. Wenn wir uns jetzt die Lastenverteilung anschauen, was sind die Ausgaben für einen Versicherten? Wir können die Gesamtausgaben in der sozialen und privaten Pflegeversicherung durch die Zahl der Versicherten teilen. Bei der Privatversicherung muss natürlich noch berücksichtigt werden, dass etwa die Hälfte der Privatversicherten Beihilfeansprüche hat. Das heißt, da müssen wir das noch mal dazurechnen. Aber wenn wir das machen, dann sehen wir, dass die Ausgaben für einen Sozialversicherten etwa doppelt so hoch sind wie für einen Privatversicherten. Das liegt daran, dass die Privatversicherung die günstigere Altersstruktur hat, die günstigere Geschlechterstruktur hat, dass Privatversicherte eine geringere Morbidität haben, sodass wir bei gleichem Leistungsrecht, bei gleichen Begutachtungsgrundlagen, feststellen, die Privatversicherten sind bevorteilt um den Faktor 2, was die Ausgabenseite angeht. Gleichzeitig, wenn wir uns die Einnahmenseite angucken, haben Privatversicherte im Durchschnitt, wenn man sich das mit den SOEP-Daten (Sozio-oekonomisches Panel) anschaut, etwa ein um 50 Prozent höheres Einkommen. Das heißt, wenn man eine Sozialversicherung nur mit den Privatversicherten machen würde, dann läge der Beitragssatz nur bei einem Drittel dessen, was wir im Moment in der Sozialversicherung haben. Das heißt, von einer ausgeglichenen Lastenverteilung kann nicht die Rede sein. Deshalb halte ich einen Finanzausgleich oder die Zusammenlegung beider Zweige eigentlich normativ und unter verfassungsrechtlichen Maßstäben für zwingend geboten. Wenn wir uns den Effekt angucken, dazu haben wir selbst Berechnungen durchgeführt, macht das auf die soziale Pflegeversicherung einen Effekt von etwa 0,3 Beitragssatzpunkten. Das Schöne dabei ist, in der Pflegeversicherung ließe sich ein Finanzausgleich kurzfristig leicht herstellen, auch weil das Leistungsrecht in privater und sozialer Versicherung vollkommen identisch ist. Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. Das war jetzt fast die Punktlandung. Herr Ziegler hat sich zur Geschäftsordnung gemeldet.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Danke, Frau Vorsitzende. Für uns ist unsere Sitzposition, und wir nehmen das jetzt nicht persönlich, sehr schwierig, weil wir die Sachverständigen, die hier im Saal sind ... weder können wir Namen erkennen, und wir müssen sie aus dem Rücken ansprechen. Das ist für beide Seiten, glaube ich, nur bedingt schön ... dass wir vielleicht beim nächsten Mal eine Lösung finden, dass das nicht so ist. Wir müssen heute nicht umziehen. Aber es ist für beide Seiten, glaube ich, kein vernünftiges miteinander sprechen auf diese Art und Weise, weil ich gar nicht sehen kann, wie die Damen und Herren heißen. Das halte ich für schwierig. Das noch mal als Anmerkung, dass wir das beim nächsten Mal vielleicht berücksichtigen.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. Das ist, denke ich, nachvollziehbar, dass es gerade bei einer Anhörung Sinn macht, dass man die Anzuhörenden auch wirklich sieht. Wir haben jetzt die Anhörung noch in diesem Saal. Wir haben demnächst noch zwei anstehende Anhörungen. Da werden wir uns Gedanken darüber machen, wie wir das lösen können. Aber das, denke ich, werden wir dann auch hinbekommen. Dann wäre jetzt an der Reihe Frau Borchardt für die CDU.

Abg. **Simone Borchardt** (CDU/CSU): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich habe eine Frage an den Prof. Dr. Thomas Schlegel. Welche Folgen hätte eine im Antrag geforderte Abschaffung der PKV für die Investitionsbereitschaft, die Qualität und für Innovationen im Gesundheitswesen? Herzlichen Dank.

**Prof. Dr. Thomas Schlegel** (Kanzlei für Gesundheitsrecht): Die Abschaffung hätte sehr wahrscheinlich sehr große negative Folgen in Bezug auf die Investitionsbereitschaft, insbesondere auch der Leistungserbringer im Gesundheitswesen. Das lässt sich ein bisschen daraus ableiten, dass wir zwar davon ausgehen, dass wir etwa 10 Prozent der Bevölkerung, viele sagen ja, das sind nur 10 Prozent, in der vollen Privatversicherung



haben. Aber wir haben etwa 25 Millionen Zusatzversicherungspolice von GKV-Versicherten. In Summe macht das insgesamt einen sehr erheblichen Anteil der Erlöse auf der PKV-Ebene der Leistungserbringer aus. Das heißt, die Abschaffung der PKV als solche würde im Rahmen der Leistungserbringung auf der ärztlichen Seite, den Krankenhäusern, letztendlich allen Heilberufen, die davon leben, ein Defizit der Einnahmen von etwa 25 Prozent bescheren. Das drückt massiv, sehr wahrscheinlich auch zusätzlich, auf die Attraktivität der Berufe und der Nachfolgen, die im Moment ja ohnehin schon ein Problem darstellen. Das heißt, die Attraktivität, diesen Beruf oder überhaupt diese Berufe zu ergreifen, wissend, dass man die GKV-Einnahmen und die zusätzlichen aus den Privatversicherungen bestehenden Einnahmen und Selbstzahlereinnahmen nicht mehr haben würde, wäre ein ganz falsches Signal an den Leistungserbringermarkt. Mal ganz abgesehen davon, dass das Innovationen massiv behindert, denn die Innovationen im Gesundheitswesen kommen grundsätzlich immer zuerst in der PKV und in der Selbstzahlerstruktur und mit einer erheblichen Verzögerung im GKV-System an. Es hätte meines Erachtens nach eine ganz erhebliche Auswirkung auf die Innovationsfreudigkeit und auch auf die Investitionsfähigkeit im System und hätte entsprechende negative Effekte auf die Versorgung der Bevölkerung.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. Dann wäre jetzt Frau Hess aus der AfD-Fraktion an der Reihe.

Abg. **Nicole Hess** (AfD): Danke, Frau Vorsitzende. Meine Frage geht an Herrn Dr. Richard Ochmann. Schön, dass Sie da sind. Herzlichen Dank. Mich würde interessieren, welcher Anteil der aktuellen Beitragserhöhungen auf politische Entscheidungen, wie zum Beispiel beitragsfreie Mitversicherungen oder Zusatzleistungen, zurückzuführen ist und eben nicht auf steigende Gesundheitskosten. Wie wirkt sich das langfristig auf die Stabilität der Krankenkassen aus?

**Dr. Richard Ochmann** (IGES Institut GmbH): Vielen Dank. Projektionen des IGES-Instituts deuten darauf hin, dass die Beitragsbelastung in der Sozialversicherung insgesamt in den kommenden

Jahren erheblich zunehmen wird. Das betrifft grundsätzlich alle Zweige der Sozialversicherung. In der gesetzlichen Krankenversicherung ist davon auszugehen, dass der Beitragssatzanstieg bis zum Jahr 2035 bei mittlerer Lohnentwicklung bis auf 20 Prozent erfolgen kann, von gegenwärtig durchschnittlich 17,5 Prozent. Für die soziale Pflegeversicherung kann davon ausgegangen werden, dass die Beitragssätze bis auf 5 Prozent steigen, gegenwärtig im Durchschnitt etwa 3,8 Prozent. Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank für die Antwort. Jetzt ist Herr Dr. Pantazis für die SPD bereit.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Meine Frage richtet sich auch an den Einzelsachverständigen Dr. Ochmann. Sie haben in einer Projektion die Beitragssatzentwicklung bis zum Jahr 2035 prognostiziert. Dabei gehen Sie in einem mittleren Szenario davon aus, dass wir im Jahr 2035 bei 49,7 Prozent ankommen könnten. Können Sie uns kurz darstellen, welche Stabilisierungsmaßnahmen Sie für GKV und SPV vorschlagen, um diesen Anstieg zu vermeiden?

**Dr. Richard Ochmann** (IGES Institut GmbH): Ja, vielen Dank. Das trifft zu. Das hatte ich eben schon angesprochen. Es ist davon auszugehen, dass man bei 50 Prozent in der Sozialversicherung insgesamt landen könnte, im Jahr 2035 bei mittlerer Lohnentwicklung. Um dem entgegenzuwirken, diesen Entwicklungen, ist es grundsätzlich wichtig, dass Reformen ergriffen werden, die der Ausgabenentwicklung von Kranken- und Pflegeversicherungen entgegenwirken, denn die Ausgabenentwicklung war in den vergangenen Jahren überproportional stark. Die Ausgaben haben sich somit von der Einnahmenentwicklung, also von den beitragspflichtigen Einnahmen, entkoppelt. Sie sind stärker gewachsen seit 2019 als die Einnahmen. Das führt gegenwärtig zu diesen Finanzbedarfen. Reformen, die da entgegenwirken, sollten ausgabenseitig ansetzen. Generell sind dabei Strukturreformen sinnvoller als Reformen, die nur einmalige Finanzeffekte aufweisen. Einmalige Lastenumverteilungen bewirken lediglich einen Niveaueffekt. Sie sind aber nicht nachhaltig, denn sie ändern nichts an der mittel- und langfristigen



Trendentwicklung. Die Ausgaben können damit einmalig gesenkt oder Einnahmen gesteigert werden, beispielsweise durch höhere Beiträge für Bürgergeldbezieher oder durch die Übernahme der Corona-Ausgaben der Pflegeversicherung und der Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen durch den Bund. Anschließend werden sie sich aber mit ähnlichem Zuwachs weiterentwickeln wie zuvor. Wenn das Ausgabenwachstum anhaltend größer ausfällt als der Einnahmewachstum, dann wird sich die Schere des Ausgaben-Einnahmen-Wachstums auch zukünftig weiter öffnen. Damit wäre langfristig wenig gewonnen. Man sehe sich in wenigen Jahren wieder mit Finanzlöchern konfrontiert. Notwendig sind also Reformen, die an den grundlegenden Versorgungsstrukturen ansetzen und die Ausgabenentwicklung wieder stärker an der Einnahmenentwicklung orientieren. Wichtig dabei für die GKV wäre, am Leistungszugang durch Patientensteuerung anzusetzen. Es sollte verhindert werden, dass Behandlungsfälle, die aus medizinischer Sicht keine stationäre Aufnahme benötigen, die teuren Krankenhauskapazitäten in Anspruch nehmen. Dafür ist mit der Krankenhausreform, Stichwort Qualitätsorientierung, und der Notfallreform, Stichwort Bedarfsorientierung, ein wichtiger Grundstein gelegt. Sie sollten zügig umgesetzt werden. Der Ansatz, den Zugang zu niedergelassenen Fachärzten enger zu steuern, Stichwort Primärärztsystem, geht grundsätzlich auch in die richtige Richtung. Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. Dann hätten wir jetzt Frau Heitmann für die Grünen.

Abg. **Linda Heitmann** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ganz herzlichen Dank. Ich richte meine Fragen an Frau Kapinsky. Schön, dass Sie da sind. Ich würde Sie gerne fragen: Die Bundesregierung hat kürzlich eine Expertenkommission eingesetzt, die Vorschläge erarbeiten soll zur Stabilisierung der GKV-Financen. Erwarten Sie sich davon wirklich neue Vorschläge oder welche, würden Sie sagen, liegen vielleicht sogar eigentlich schon auf dem Tisch? Was sind Ihre Vorschläge auch gerade zur kurz- und mittelfristigen Stabilisierung der GKV-Financen?

**Antje Kapinsky** (Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)): Guten Tag. Mein Name ist Antje Kapinsky. Ich möchte die erwünschte Anmerkung machen zum Thema Interessenvertretung. Ich bin Abteilungsleiterin Politik und Selbstverwaltung des Verbandes der Ersatzkassen und vertrete insofern die Interessen dieser Gemeinschaft. Ihre Frage zu der Expertenkommission würde ich so beantworten, dass es natürlich immer die Möglichkeit gibt, noch neue Erkenntnisse zu finden, aber dass wir es auch so sehen, dass eigentlich genügend Ideen auf dem Tisch liegen und dass man sofort loslegen könnte. Es ist jetzt keine neue Situation, die wir vorfinden. Herr Dr. Ochmann hat die gerade auch ausführlich schon beschrieben. Wir haben weiterhin in zunehmendem Maße in den letzten Jahren die Situation gehabt, dass die Ausgaben sehr viel stärker steigen als die Einnahmen. Deshalb wäre für uns der vorwiegende und erste Ansatzpunkt, auch die Ausgabenseite [zu reformieren] und dort zu Strukturreformen, nachhaltigen Strukturreformen, zu kommen. Man sollte auch aufgrund der aktuellen Finanzentwicklung schnell wirksame Sofortmaßnahmen treffen. Aber man sollte auf jeden Fall auf der strukturellen Seite weiterarbeiten. Das ist ganz stark und schon auf dem Weg. Die Krankenhausreform, da käme es uns darauf an, dass die auch so am Ende beschlossen wird, wie sie ursprünglich angedacht war, nämlich, dass sie Leistungssteuerung bewirken soll, dass sie mehr Qualitätsbezug bewirken soll. Das wäre mittelfristig sicherlich ein sehr großer Effekt. So würden wir uns auch schnell eine Notfallreform wünschen. Da ist auch schon vieles vorgedacht. Es gibt auch umfangreiche Vorarbeiten. Da könnte man sofort loslegen. In dem kurzfristigen Bereich, um das noch zu sagen, gibt es natürlich Maßnahmen, wie zum Beispiel eine Anhebung des Herstellerrabatts im Arzneimittelbereich. Das hat man schon mal gemacht. Da hat man gesehen, das wirkt sofort und spart. Da hat man beim letzten Mal sofort 1,3 Milliarden Euro eingespart. Gleiches würden wir gerne haben im Bereich Mehrwertsteuer. Die Absenkung der Mehrwertsteuer für Arzneimittel von 19 auf 7 Prozent. Im Gastronomiebereich plant es die Koalition jetzt. Wir fragen uns eigentlich schon immer, warum Arzneimittel mit dem hohen Mehrwertsteuersatz belegt werden.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. Dann ist jetzt Herr Brückner für Die Linke dran.





Abg. **Maik Brückner** (Die Linke): Vielen Dank. Meine Frage geht an Ilias Essaida vom VdK. Was halten Sie von den Forderungen, die wir in dem heute zugrunde liegenden Antrag erheben? Wäre die Koalition gut beraten, die eine oder andere Maßnahme einfach umzusetzen, um den drohenden weiteren Anstieg der Beiträge zu verhindern, statt auf Ergebnisse der Kommission zu warten?

**Ilias Essaida** (VdK-Bundesverband): Sehr geehrte Frau Vorsitzende, sehr geehrte Abgeordnete, sehr geehrter Herr Brückner, vielen Dank für die Frage. Mit Ihrem Antrag werfen Sie den Blick auf das vorherrschende Problem unseres Krankenversicherungssystems. Die Zusatzbeiträge der gesetzlichen Krankenversicherung sind auf einem beispiellos hohen Niveau, in der Knappschaft gar bei 4,4 Prozent. Die Kosten für kleine und mittlere Einkommen steigen immer weiter an, während sich sehr gut verdienende Menschen der solidari- schen Krankenversicherung durch die private Krankenversicherung entziehen können. Gleich- zeitig trägt die gesetzliche Krankenversicherung Kosten, die der gesamten Gesellschaft zugutekom- men. Die Kosten für Familienversicherung, Mut- terschaft und viele weitere Leistungen, die alle- samt wünschenswert sind. Die Versicherten der PKV beteiligen sich jedoch nicht an der Finanzie- rung dieser Kosten. Grundsätzlich sollte eine Fi- nanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben aus Steuermitteln erfolgen. Der Bund leistet jedoch ei- nen unzureichenden Beitrag zu diesen Aufgaben. Nach Berechnungen des VdK und von Fiscal Fu- ture ist eine Finanzierungslücke in Höhe von 37,7 Milliarden Euro entstanden. Das entspricht 2,2 Beitragssatzpunkten und damit fast vollständig dem theoretisch festgelegten durchschnittlichen Zusatzbeitrag von 2,5 Prozentpunkten. Der VdK fordert, dass der Bund hier seiner Finanzierungs- verantwortung gerecht wird und seinen Zuschuss zur GKV deutlich erhöht. Es sind jedoch weitere Maßnahmen notwendig, um die Finanzen der GKV abzusichern. Der VdK setzt sich für die soli- darische Krankenversicherung ein, in die alle Menschen einzahlen. Die Anhebung der Beitrags- bemessungsgrenze, die immer mit einer Anhebung der Pflichtversicherungsgrenze einhergehen muss, wäre ein wichtiger Schritt in die richtige Rich- tung. Auch die Verbeitragung anderer Einkom- mensarten mit sozial gestalteten Freibeträgen muss in Betracht gezogen werden. In schwierigen

Zeiten müssen wir als Gesellschaft enger zusam- menstehen und füreinander eintreten. Es wäre zielführend, wenn die Koalition diese Ansätze aus dem Antrag umsetzt. Forderungen nach mehr Ei- genverantwortung gehen in die falsche Richtung. Sie schüren Angst unter den gesetzlich Versiche- ten, insbesondere unter Rentnerinnen und Rent- nern, die ohnehin eine kleine Rente haben, und schädigen das Vertrauen in unseren Sozialstaat. Gerade im Alter sind die Menschen multimorbide, nehmen fünf oder mehr Arzneimittel im Monat ein und können sich schon jetzt die Zuzahlungen zu Arzneimitteln kaum leisten. Der Vorschlag ei- ner Absenkung der Mehrwertsteuer auf Arzneimit- tel könnte hier kurzfristig Abhilfe schaffen. Die Förderung von privaten Zusatzversicherungen ist nicht der richtige Weg. Es melden sich jede Woche zahlreiche Menschen bei uns, die aufgrund einer Versicherung in der PKV von Altersarmut betrof- fen sind. Das sind häufig Frauen, die mit Beamten verheiratet waren, wenig gearbeitet haben und auf- grund eines Bruchs in der Lebensgeschichte nun selbst für die Beiträge in der PKV aufkommen müssen. Die private Krankenversicherung fördert Altersarmut.

Die **Vorsitzende**: Dann kommen wir jetzt zu Block 3, der nach einem bestimmten System funk- tioniert. Nicht wundern, das war jetzt die Reihen- folge nach Fraktionsstärke. Jetzt geht es um den Anteil, den Zugriff und die Reihenfolge. Danach hätte jetzt Frau Dr. Ludwig für die CDU/CSU-Frak- tion das Wort.

Abg. **Dr. Saskia Ludwig** (CDU/CSU): Herzlichen Dank. Meine Frage geht an Prof. Reif. Der Antrag fokussiert insbesondere auf die Einnahmeseite. So heißt es zum Beispiel, die Beitragssätze lassen sich ohne Leistungskürzungen nur stabilisieren und senken, wenn man die Einnahmeseite in den Blick nimmt. Wo sehen Sie die Effizienzreserven, die im Gesundheitswesen und in der Pflege gehoben wer- den könnten?

**Prof. Dr. Simon Reif** (Friedrich-Alexander-Univer- sität Erlangen-Nürnberg): Vielen Dank. Simon Reif, mein Name. Ich habe keine Interessenver- knüpfungen, glaube ich, in dem eigentlich juristi- schen Sinne hier, außer, dass ich GKV-Mitglied bin



und deswegen natürlich betroffen bin von all dem, worüber wir hier reden. Jetzt zur Frage. Es kommt ein bisschen darauf an, was Sie unter Effizienzreserven verstehen wollen. Es gäbe zum einen die Idee, dass etwas effizienter wird, wenn ich die gleichen Leistungen mit weniger Input hinbekomme. Der Weg dahin wäre, dass man die zusätzlichen Aufwände, die bei der eigentlichen Leistungserbringung entstehen, reduziert. Also dieser Dokumentationsaufwand, der Organisationsaufwand, der eben der nicht medizinische Teil ist. Wenn man dem Deutschen Krankenhausinstitut glaubt, dann verbringen Ärzte und Pflegekräfte ungefähr ein Drittel ihrer Arbeitszeit mit diesen Tätigkeiten. Das heißt, da ist enormes Einsparpotenzial. Seit 20 Jahren lesen wir, dass die Digitalisierung hilft, diese Effizienzreserven zu heben. Bis jetzt hat es nicht funktioniert. Was, würde ich sagen, ein größeres Rätsel ist. Aber grundsätzlich ist da enormes Potenzial. Das andere greift ein bisschen auf das zurück, was Richard Ochmann gerade gesagt hat, dass wir natürlich auch die Gesundheitsversorgung nicht genau in der Form, wie wir sie jetzt haben, fortführen müssen. Wir haben unnötige Krankenhausfälle zum Beispiel. Wenn wir die nicht hätten, müssten wir die auch nicht zahlen, dann sparen wir uns natürlich Geld. Ein Punkt ist auch zum Beispiel die ambulante Versorgung. In Deutschland haben wir sehr viele, aber sehr kurze Arztbesuche. Mit jedem Arztbesuch ist wieder irgendein Aufwand verbunden, denzu organisieren. Das heißt, wenn ich da das System so umstelle, dass wir längere, aber dafür weniger häufige Arztbesuche haben, könnten wir da auch Effizienzreserven heben.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. Dann ist jetzt Frau Hess wieder dran. Bitte.

Abg. **Nicole Hess** (AfD): Dankeschön, Frau Vorsitzende. Ich versuche es nochmal, ob ich eine Antwort bekomme. Ich würde mal Frau Wernecke fragen bezüglich der aktuellen Beitragserhöhung. Inwiefern kann man da unterscheiden zwischen politischen Entscheidungen oder steigenden Gesundheitskosten? Was beeinflusst im Moment die steigenden Beitragserhöhungen mehr? Dankeschön.

**Jenny Wernecke** (Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV)): Jenny Wernecke, Verband der privaten Krankenversicherung. Interessenkonflikte nur insoweit, als dass ich als Referatsleiterin Gesundheitspolitik beim PKV-Verband die Interessen der privaten Krankenversicherung vertrete. Zu den Ausgabenentwicklungen der gesetzlichen Krankenversicherung äußern wir uns als private Krankenversicherung nicht. Insofern muss ich die Frage leider zurückgeben und kann die nur an Herrn Ochmann weiterreichen, der das eigentlich besser wissen müsste als ich.

Die **Vorsitzende**: Das können wir jetzt aber so in der Form nicht, weil es heißt, ein Fragesteller und ein Antwortgeber pro Runde. Dann wäre jetzt Frau Moll an der Reihe für die SPD-Fraktion.

Abg. **Claudia Moll** (SPD): Meine Frage geht an Herrn Dr. Ochmann. Die Linke geht in ihrem Antrag davon aus, dass sich die Beitragssätze ohne Leistungskürzungen nur stabilisieren und senken lassen, wenn man die Einnahmeseite in den Blick nimmt. Teilen Sie diese Einschätzung, und haben wir derzeit tatsächlich ein Einnahmeproblem in der GKV?

**Dr. Richard Ochmann** (IGES Institut GmbH): Vielen Dank. Ich habe eben schon dahingehend ausgeführt, dass wir in der Vergangenheit in der GKV eine Entkoppelung der Ausgabenentwicklung von der Einnahmenentwicklung gesehen haben. Das haben wir insbesondere ab dem Jahr 2019 gesehen, aber auch bereits vorher, in 2013, 2014, hat sich gezeigt, dass die Leistungsausgaben überproportional gestiegen sind. Beispielsweise haben wir seit 2019 pro Jahr im Durchschnitt 5 Prozent Zuwachs der Leistungsausgaben je Versicherten gehabt. Demgegenüber bei den beitragspflichtigen Einnahmen nur rund 3,5 Prozent pro Jahr je Mitglied. Das ist eine deutlich stärkere Ausgabenentwicklung. Dabei waren dies noch Jahre, also seit 2019, die überwiegend mit einer stabilen Entwicklung am Arbeitsmarkt und mitunter kräftigen Lohnerhöhungen einhergingen. Wenn der Arbeitsmarkt gegenwärtig aber an Stabilität verliert, werden die Einnahmenezuwächse zukünftig wieder deutlich schwächer ausfallen. Da kann man von ausgehen. Dann schlagen überproportionale



Ausgabensteigerungen noch stärker zu Buche. Denn eine Umkehr dieser trendmäßigen Entwicklung, stärkere Ausgaben- als Einnahmenzuwächse, ist derzeit nicht absehbar. Ja, und vielleicht noch eine Anmerkung zu den Vorschlägen, einnahmeseitig beispielsweise Kapitalerträge zu verbeitragen. Da ist natürlich grundsätzlich immer das Problem, was man da tatsächlich holen kann. Generell ist da die Problematik, dass der überwiegende Teil der Versicherten, die Kapitalerträge in nennenswertem Umfang aufweisen, bereits mit ihren gegenwärtig beitragspflichtigen Einnahmen, Erwerbseinkommen, an oder oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze (BBG) sich befinden. Dann müsste die BBG entsprechend schon erheblich angehoben werden, um über die Verbeitragung von Kapitalerträgen einen merklichen Finanzierungsbeitrag zu generieren. Das ist auch vorgesehen im Antrag. Aber das hat auch negative Folgeeffekte auf Arbeitsanreize, die auch berücksichtigt werden müssten. Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Danke. Frau Heitmann für die Grünen wieder.

Abg. **Linda Heitmann** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ganz herzlichen Dank. Ich würde gerne Frau Kapinsky noch einmal fragen. Wir reden ja in der öffentlichen Debatte gerade viel auch über die Übernahme versicherungsfremder Leistungen in der GKV und PKV durch Steuermittel. Ich glaube, an vielen Stellen haben wir auch ein einheitliches Verständnis, was versicherungsfremde Leistungen sind. Ich habe allerdings tatsächlich noch keine einheitliche Definition dessen gefunden. Deshalb würde ich Sie gerne einmal fragen: Wie definieren Sie bei sich versicherungsfremde Leistungen? Wie könnten wir da vielleicht auch zu einer einheitlichen Definition kommen?

**Antje Kapinsky** (Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)): Ja, Sie haben recht. Es gibt keine einheitliche Definition oder keine enumerative Aufzählung dazu. Es gibt nur ein allgemeines Verständnis. Darüber, glaube ich, gibt es weitgehende Einigkeit, dass das Leistungen sind, die nicht im originären Zusammenhang mit dem Versicherungsverhältnis stehen, was durch Beitragszahlung und Leistung eigentlich definiert ist. Das sind oft Leistungen mit

sozialpolitischem Interesse dahinter oder gesamtgesellschaftlichen Anliegen, die eigentlich von den Gebietskörperschaften getragen werden müssten, also vom Staat, die aber in langen Entwicklungslinien der Krankenversicherung übertragen wurden. Klassisches Beispiel, um das deutlich zu machen, dann wird das klarer, sind Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft. Es gibt auch ein anderes großes Beispiel, über das wir uns im Moment sehr viel unterhalten, das ist die Krankengesundheitsversorgung von Empfängerinnen und Empfängern von Bürgergeld. Da bekommen die Krankenkassen von der Bundesagentur für Arbeit einen Teil erstattet, aber bei weitem nicht alles. Wir haben da eine Finanzierungslücke von 10 Milliarden Euro. Diese Finanzierungslücke ist seit Langem bekannt und wird adressiert. Es gab auch schon politische Zusagen, die allerdings nicht eingehalten worden sind. Da wäre es uns jetzt aufgrund des großen Ausgabenblockes und der Relevanz auch auf die Höhe der Beitragssätze ... Das wäre nämlich sofort beitragswirksam und würde die Beiträge um 0,5 Beitragssatzpunkte senken, wenn man das machen würde. Die Krankenkassen haben sich in der überwiegenden Mehrheit jetzt dazu entschlossen, den Klageweg einzuschlagen. Ich komme zurück auf Ihre Ausgangsfrage mit der Definition. Die Definition ist schwierig, hat viele Abgrenzungsfragen und deshalb wäre das nicht mal eben gemacht, sondern da müsste man sicherlich einen langen Diskussionsprozess haben. Deshalb würden wir sagen, wir würden gerne diese Leistung und auch eine Dynamisierung des Bundeszuschusses sofort haben. Das könnte man gleich machen und es würde sich sofort positiv auswirken.

Die **Vorsitzende**: Dann käme jetzt Herr Prof. Dr. Theiss für die CDU/CSU-Fraktion.

Abg. **Prof. Dr. Hans Theiss** (CDU/CSU): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich würde eine Frage an Prof. Dr. Karagiannidis stellen wollen zur Selbstbeteiligung. Wie ist da der aktuelle Stand? Welche Chancen und Möglichkeiten gäbe es da und in welchen Finanzregionen lägen wir da, von den Möglichkeiten her?



**Prof. Dr. Christian Karagiannidis** (Universität Witten/Herdecke): Christian Karagiannidis, Universität Witten/Herdecke. Keine finanziellen Interessenkonflikte. Die Selbstbeteiligung ist ja etwas, was in Deutschland immer sehr emotional diskutiert wird. Bei der privaten Krankenversicherung ist sie Alltag. In der gesetzlichen Krankenversicherung gehören wir zu den ganz wenigen Ländern auf der Welt, die im Moment keine Eigenbeteiligung für die Patienten vorsehen. Wenn man sich die internationalen Daten anschaut, viele Länder um uns herum haben die Eigenbeteiligung in der Krankenversicherung, dann sieht man, dass das relativ schnell zu einem echten Effekt führt, vor allen Dingen auch zu einer deutlich besseren Steuerung der Patienten. Die Eigenbeteiligung, auch weil sie so unattraktiv ist, ist sicherlich eine der letzten Maßnahmen. Aber sie führt dazu, dass das System deutlich effizienter werden kann. Ich will noch mal kurz daran erinnern, dass wir in Deutschland nach den OECD-Daten ungefähr zehn Arztkontakte pro Kopf und pro Jahr haben. Eine unglaublich hohe Zahl. Die KV spricht sogar davon, dass wir eine Milliarde Arztkontakte in Deutschland haben. Das würde bedeuten, dass jeder Deutsche, vom Neugeborenen bis zum Greis, mindestens einmal pro Monat beim Arzt ist. Wir brauchen eine Steuerungsfunktion. Die Selbstbeteiligung kann eine Steuerungsfunktion haben. Sie kann vor allen Dingen dazu führen, dass sich die Bürgerinnen und Bürger wieder mehr Gedanken darüber machen, wie sie eigenverantwortlich mit ihrer Gesundheit umgehen. Wir haben sehr gute Daten, dass die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung immer schlechter wird. Eigenbeteiligung kann man ganz unterschiedlich ausgestalten. Man kann sie so ausgestalten, dass die Krankenversicherungen Mehreinnahmen haben. Man kann sie aber auch so ausgestalten, dass das, was ich einnehme, wieder zurückgeführt wird an die Versicherten und man kann es vor allen Dingen sozialverträglich machen. Ich würde sehr das niederländische Modell empfehlen. Da liegt der Satz im Moment bei 385 Euro pro Jahr. Erst ab dann tritt dann die Krankenversicherung in Kraft. Die hausärztlichen Leistungen sind ausgeschlossen in den Niederlanden von der Selbstbeteiligung. Ich würde dringend davon abraten, eine Diskussion zu führen, dass hochaltrige Patienten mehr dazuzahlen sollten. Das ist in meinen Augen sozial nicht verträglich und auch medizinisch nicht zu

begründen. Ich würde auch dringend davon abraten, noch mal eine Praxisgebühr oder Notfallgebühr einzuführen. Besser ist wirklich, die Selbstbeteiligung grundsätzlich unbürokratisch in die Krankenversicherung zu integrieren und nach Möglichkeit die Beitragssätze dadurch in der Tat sogar zu senken.

**Die Vorsitzende:** Vielen Dank, dann ist jetzt Herr Gürpınar für Die Linke wieder an der Reihe.

**Abg. Ates Gürpınar** (Die Linke): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine nächste Frage richtet sich an Herrn Prof. Rothgang. Im aktuellen Arbeitsauftrag an die Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Pflegereform liegt der Fokus auf der Kürzung des Leistungsumfangs, auf der höheren finanziellen Belastung des Einzelnen sowie auf einer möglichen Karenzzeit. Halten Sie diese Engführung der Beratung für sachgerecht und wenn nicht, welche zentralen Aspekte und sozialpolitischen Prinzipien sollten Ihrer Ansicht nach dringend in die Reformdebatte einbezogen werden, um eine gerechte, bedarfsgerechte und zukunftsfähige Pflegeversicherung sicherzustellen?

**Prof. Dr. Heinz Rothgang** (Universität Bremen): Vielen Dank. Der Arbeitsauftrag an die Bund-Länder-Arbeitsgruppe enthält sehr viele Punkte und ich hoffe, dass es dann nicht zu dieser Engführung kommt, die Sie gerade thematisiert haben. Ich kann es aber auch nicht ausschließen. Es ist klar, Ausgabenbegrenzung in der Pflege geht unmittelbar zulasten der Pflegebedürftigen. Während wir alle in der Krankenversicherung durchaus Effizienzreserven konstatieren, sehe ich das in der Pflegeversicherung nicht im gleichen Umfang, eigentlich gar nicht. Ausgabenbegrenzungen führen dazu, dass beispielsweise im stationären Bereich die Eigenanteile weiter steigen, die jetzt schon sehr hoch sind und deutlich zu hoch sind. Die liegen im ersten Jahr eines Heimaufenthalts bei über 3 000 Euro bundesdurchschnittlich. Das übersteigt die durchschnittlichen Alterseinkommen ganz erheblich. Eigenverantwortung ist hier häufig ein Code für Leistungskürzungen und für die Illusion, dass wir die Leistung in der sozialen Pflegeversicherung begrenzen können. Eigenverantwortung impliziert dann, dass eine private



Zusatzversicherung dazukommt, nach aktuellem Diskussionsstand obligatorisch, sodass wir auf eine Pflegeversicherung eine zweite obendrauf setzen, was ich auch unter Gründen der Praktikabilität, der Reibungsverluste, des Bürokratieaufwandes für sehr schädlich halte. Ich würde mich deshalb immer für eine Lösung der Finanzprobleme in der bestehenden Sozialversicherung einsetzen. Einige Maßnahmen dazu auf der Einnahmenseite sind ja Gegenstand des Antrags. Wir haben auch da jetzt schon eine dreiviertel Stunde drüber gesprochen, über die Verbreiterung der Bemessungsgrundlage durch Berücksichtigung andere Einkommensarten, durch Anhebung der BBG. Herr Ochmann hat ja zu Recht darauf hingewiesen, das muss Hand in Hand gehen: BBG-Erhöhung und andere Einkommensarten, Berücksichtigung der bisher privat Versicherten über einen Finanzausgleich. Dazu habe ich eben schon was gesagt. Steuerfinanzierung: Gesamtgesellschaftliche Aufgaben werden in der Pflegeversicherung doch im erheblichen Umfang von den Versicherten gezahlt, statt vom Steuerzahler. Man darf nicht vergessen in § 8 SGB XI wird Pflege als gesamtgesellschaftliche Aufgabe insgesamt definiert. Insofern ist es erstaunlich, wie wenig Steuermittel wir ins System eingeführt haben. Nicht mal die Corona-Ausgaben sind in der Pflege bisher aufgewogen worden. Das sollte dringend geändert werden.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön. Dann kämen wir jetzt zu Herrn Ziegler für die AfD.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage geht an Prof. Reif. Es geht darum, dass ja ein Vorschlag aus dem Antrag war, dass die 7 Prozent Mehrwertsteuer, dass die Arzneimittel auf 7 Prozent Mehrwertsteuer reduziert sind oder werden sollen. Wie hoch schätzen Sie die Einsparungspotenziale aus dieser Reduzierung der Mehrwertsteuer? Wir haben ja normalerweise die Erfahrung gemacht, dass eine Reduzierung der Mehrwertsteuer nicht dazu führt, dass der Endverbraucher einen besseren Preis kriegt, sondern dass das häufig ein kleines Konjunkturan-schraubungsmittel für die Leute dazwischen ist und die überwiegenden Prozente, die sie einsparen sollten, natürlich einfach mit in den eigenen Gewinn einpreisen. Danke.

**Prof. Dr. Simon Reif** (Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg): Also die genaue Zahl kann ich nicht sagen. Es gibt Gutachten und Vorschläge im gesundheitspolitischen Raum, die das beziffern, wie viel man da aktuell mit einsparen würde. Zu der Frage mit den möglichen Elastizitäten, die kann ich nicht beantworten. Da gibt es keine Studien dazu. Man müsste vor dem Hintergrund sich auch überlegen, wie sich eigentlich die Preise ändern können, wenn die Mehrwertsteuer anders ist, also wie sich die Bruttopreise dann überhaupt anpassen würden. Von daher kann man da, glaube ich, auf die Schnelle keine Aussage treffen.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön. Dann käme Herr Dr. Pauls für die CDU/CSU an die Reihe.

Abg. **Dr. Thomas Pauls** (CDU/CSU): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich hätte eine Frage an Prof. Dr. Schlegel. Wir alle wissen ja, wir sind auf der Suche nach Fachkräften und das, obwohl wir hier in Deutschland jetzt schon hohe Abgaben und hohe Lohnnebenkosten haben. Wenn wir jetzt mal an besonders hoch qualifizierte Fachkräfte denken, die wir nach Deutschland holen wollen, wie würde sich die Erhöhung oder eine faktische Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze auf die Attraktivität Deutschlands für solche Fachkräfte auswirken?

**Prof. Dr. Thomas Schlegel** (Kanzlei für Gesundheitsrecht): Vielen Dank für die Frage. Da kann man sicherlich nur spekulieren. Aber wir wissen ja, wie Sie bereits gesagt haben, dass wir zurzeit schon sehr hohe Lohnnebenkosten bei den Unternehmen haben. Eine Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze, wie hier im Antrag vorgesehen, würde bei einem Einkommen, sagen wir mal 15 000 bis 20 000 Euro im Monat, schätzungsweise die Lohnnebenkosten für den GKV-Beitrag entsprechend verdreifachen. Wenn Sie das zugrunde legen würden, hätte das sicherlich einen massiven Impact auf beiden Seiten, sowohl für die Fachkräfte, die Sie gerade angesprochen haben, aber letztendlich darf man die Unternehmen nicht vergessen, die teilen sich ja die andere Hälfte davon. Das heißt, das ist sowohl für die Attraktivität von Fachkräften, um sich in Deutschland



anzusiedeln, die wir sicherlich zwingend brauchen, ausgesprochen unattraktiv, mit einer deutlichen Erhöhung rechnen zu müssen, ein schlechtes Signal. Das gleiche betrifft die Unternehmen. Die Volatilität, denke ich mal, und die Flexibilität von Unternehmen, gerade im digitalen Zeitalter, sich den Standort genau aussuchen zu können, das muss man im Blick behalten, um zu überlegen, wo genau man welche Anreize setzt. Dieser Ansatz geht meiner Meinung nach sicher in die falsche Richtung, weil er zu einer deutlichen zusätzlichen Belastung der Unternehmen, aber auch der Arbeitnehmer führen würde. Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön. Dann ist Herr Yüksel für die SPD an der Reihe.

Abg. **Serdar Yüksel** (SPD): Frau Vorsitzende, herzlichen Dank. Meine Frage richtet sich an Herrn Karagiannidis. Herr Prof. Karagiannidis, Sie haben ja stets betont, wie eine zukunftsfähige Krankenhausfinanzierung und Versorgungsstruktur mit mehr Spezialisierung und verbindlichen Qualitätskriterien einhergehen muss und dass es eine Entkoppelung der Vorhaltevergütung von reinen Leistungskennzahlen braucht. Wie bewerten Sie denn im Kontext des vorliegenden Antrags die GKV-Finanzierung, also die Balance zwischen notwendigen Strukturreformen im stationären Sektor und der reinen Einnahmeerhöhung über Beitragsausweitung? Welche flankierenden Systemveränderungen wären aus Ihrer Sicht [notwendig], außer dem, was Sie gerade berichtet haben, mit der Eigenbeteiligung von 385 Euro nach niederländischem Vorbild, damit zusätzliche Mittel tatsächlich zu einer darauf besseren Versorgungsqualität führen?

**Prof. Dr. Christian Karagiannidis** (Universität Witten/Herdecke): Besten Dank für die Frage. Vielleicht muss man noch mal ganz klarstellen, wir haben ja das wirklich hervorragende Gutachten von dem IGES-Institut, was uns prognostiziert, dass die Sozialversicherungsabgaben gen 50 Prozent gehen. Wir müssen das, und man muss das auch mal in dieser Deutlichkeit sagen, zwingend verhindern. Das ist für die deutsche Wirtschaft in gar keinem Fall leistbar, derartig hohe Lohnnebenkosten zu zahlen. Deswegen muss man sich gut

überlegen, was man macht. Wenn wir mal gucken, wie hoch der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt ist, dann bewegen wir uns schon bei etwa 13 Prozent und das Ganze wird noch deutlich nach oben gehen. Das ist schon der größte Anteil, den wir im Haushalt haben. Nur Amerika liegt insgesamt noch vor uns. Das bedeutet, wir haben auf gar keinen Fall ein Einnahmeproblem. Dazu kommt, dass wir im ersten Quartal 25 und im zweiten jetzt auch nochmal Ausgabensteigerungen hatten, die allein im Krankenhausbereich oder im Rettungsdienst bei ungefähr 10 Prozent lagen, während die Grundlohnrate nur um 5 Prozent gestiegen ist, was insgesamt schon relativ viel ist. Das bedeutet, wir sollten auf gar keinen Fall auf der Einnahmenseite schauen, wie wir das System stabilisiert kriegen, sondern nur auf der Ausgabenseite. Neben der Krankenhausreform muss man sich jetzt überlegen, welche weiteren Reformen sind so notwendig, dass man sie auch jetzt anfangen muss, bevor noch die Kommission ihre Vorschläge vorlegt. Aus meiner Sicht gehört dazu, neben der Notfallreform und Rettungsdienstreform, die gerade schon angesprochen worden ist, weil sie so eine hohe Steuerungswirkung hat und die Zahl der Krankenhausaufenthalte deutlich reduzieren kann, vor allen Dingen auch, dass wir das System endlich komplett durchdigitalisieren. Wir haben immer noch keine Verknüpfung zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor. Wir haben keine Verknüpfung mit dem Rettungsdienst. Wir können nach Spanien schauen. Das ist in der Region um Katalonien so, dass alle Gesundheitseinrichtungen jetzt miteinander verknüpft werden. Das Ministerium hat IBM und die vitagroup damit beauftragt, das zu machen. Das wäre ein unglaublicher Hebel und wir sollten das Ganze wirklich schnell in Angriff nehmen.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. Dann ist Herr Ziegler dran.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine nächste Frage geht nochmal an Prof. Reif. Was wären Ihrer Meinung nach die betriebswirtschaftlichen Konsequenzen einer Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf 15 000 Euro für die privaten Krankenversicherungen?



**Prof. Dr. Simon Reif** (Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg): Also rein von der Intuition ist es natürlich so, wenn ich die Beitragsbemessungsgrenze anhebe, dann führt es dazu, dass die Lohnnebenkosten steigen, und im perfekten Markt führt es dazu, dass weniger Leute eingestellt werden. Aber genau quantifizieren kann ich das jetzt nicht.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön. Dann ist Herr Reddig für die CDU/CSU-Fraktion an der Reihe.

Abg. **Pascal Reddig** (CDU/CSU): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage geht an Frau Wernecke von der PKV. Ich würde tatsächlich auch beim Thema Beitragsbemessungsgrenze anknüpfen. Die Anpassung hat ja mittelbar indirekt auch immer Auswirkungen auf das Steueraufkommen. Können Sie da vielleicht ein bisschen ins Detail gehen und das einmal erläutern, welche Auswirkungen eine Anpassung, insbesondere auch eine Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze, auf die Steuereinnahmen hätte?

**Jenny Wernecke** (Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV)): Vielen Dank für die Frage. Wir haben tatsächlich schon einiges gehört zum Thema Anpassung der Beitragsbemessungsgrenze. Wenn man sich das vor Augen führt, um was es geht, geht es wirklich und real um Beitragserhöhungen für Arbeitgeber und für Arbeitnehmer, für beide Seiten. Das ist eine Beitragssteigerung. Immer vor dem Hintergrund, dass Menschen, wenn sie das systematisch betrachten, sich immer nur Beitragssätze anschauen. Und dann scheint das so ein gewisser Kniff zu sein. Öffentlich nicht so sichtbar. Wir haben es mit Beitragserhöhungen zu tun. Wir haben einige Studien dieses Jahr auch bereits gesehen, zum Beispiel von der Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft, wo im Detail dargestellt wird, welche Berufsgruppen insbesondere betroffen sind. Das sind die innovativen Berufsgruppen, Mitarbeitende in der Autoindustrie, in der Pharmaindustrie. Das ließe sich so fortsetzen. Sie haben gefragt nach den Steuerausfällen. Die Erhöhung der BBG löst wegen der steuerlichen Abzugsfähigkeit der Beiträge Steuerausfälle aus. Und zwar ist das Stichwort Bürgerentlastungsgesetz. Bei einer Erhöhung der

Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Rentenversicherung drohen Steuerausfälle in Höhe von insgesamt 4,7 Milliarden Euro pro Jahr. Davon entfielen 2,1 Milliarden auf den Bund, 0,7 auf die Kommunen und 1,9 Milliarden auf die Bundesländer. Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Okay, dann ist nochmal Frau Heitmann an der Reihe.

Abg. **Linda Heitmann** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ganz herzlichen Dank. Ich würde jetzt gern Herrn Dr. Ochmann einmal fragen. Welche Beitragssteigerungen erwarten Sie bei der Pflegeversicherung in den kommenden Jahren? Wie bewerten Sie vor diesem Hintergrund auch das eingestellte Darlehen der Bundesregierung für den Haushalt 2026? Sie haben in Ihrem Gutachten tatsächlich einen Risikoausgleich zwischen der sozialen und privaten Pflegeversicherung modelliert. Welche Auswirkungen hätte das aus Ihrer Sicht finanziell?

**Dr. Richard Ochmann** (IGES Institut GmbH): Vielen Dank für die Frage. Für die soziale Pflegeversicherung, das hatte ich vorhin schon gesagt, gehen wir davon aus, dass bis zum Jahr 2035 der durchschnittliche Beitragssatz von gegenwärtig etwa 3,8 Prozent auf dann 5 Prozent steigen würde bei mittlerer Lohnentwicklung. Mit Maßnahmen wie dem jetzt vorgesehenen und bereits umgesetzten Bundesdarlehen in Höhe von 0,5 Milliarden Euro im laufenden Jahr und 1,5 Milliarden Euro im kommenden Jahr, können lediglich kurzfristige Liquiditätsengpässe der Pflegeversicherung überbrückt werden. Das ändert nichts daran, dass für das kommende Jahr 2026 dennoch ein Finanzbedarf besteht in der SPV von schätzungsweise 3 bis 5 Milliarden Euro, da unterscheiden sich die Schätzungen etwas. Das würde etwa 0,2 Beitragssatzpunkten entsprechen. Da kann man auch etwa das wieder anführen, was ich vorhin schon gesagt habe, dass solche einmaligen Lastenumverteilungen, die können immer nur kurzfristig die Finanzlücken decken und sind nicht nachhaltig, greifen nicht an den Strukturen an der Versorgung an und ändern nichts an den generellen Ausgaben-Einnahmen-Trendentwicklung. Was man sich vielleicht eher anschauen sollte aus unserer Sicht, sind in diesem Zusammenhang für die



Pflegeversicherung die Leistungszuschläge, die nach § 43c SGB XI gezahlt werden, zur Begrenzung der Eigenanteile. Die sind auf den Prüfstand zu stellen, weil sie finanziell sehr aufwendig sind zum einen und zum anderen sind sie nicht bedarfsgeprüft. Das heißt, sie verteilen Finanzmittel nach dem Gießkannenprinzip. Sie bezuschussen gleichermaßen Aufenthalte in teuren wie in günstigen Pflegeheimen und zielen damit nicht hinreichend genau auf die Entlastung von Pflegebedürftigen mit geringen Einkommen ab. Denn darum geht es letztlich. Das hat auch schon Herr Rothgang angeführt. Die Eigenanteile, die schlagen dort bei Pflegebedürftigen im vollstationären Setting mit geringen Einkommen besonders zu Buche. Um deren Entlastung geht es. Über die Leistungszuschläge wird das eben mit der Gießkanne allen gegeben. Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön. Dann nochmal Herr Dr. Pantazis für die SPD.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Herzlichen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage richtet sich an Frau Kapinsky. Die Linke schlägt vor, dass bei einem drohenden Anstieg des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes per Verordnung der Bundeszuschuss erhöht werden soll. Damit sollen Beitragssatzsteigerungen verhindert werden. Ist das aus Ihrer Sicht eine realistische Forderung? Hätten zum Beispiel die Beitragssatzsteigerungen im Jahre 2025 auf diesem Weg verhindert werden können? Und was kostet die Dynamisierung des Bundeszuschusses?

**Antje Kapinsky** (Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)): Das kann man machen. Man kann natürlich dann bei drohendem Beitragsanstieg des Zusatzbeitrags zusätzliche Finanzmittel geben. Man würde es aber nur in der Gesamtheit dämpfen. Man würde damit nicht die Beitragssatzanstiege einzelner Krankenkassen erreichen, denn wir haben einen Kassenwettbewerb und wir haben eine Spreizung der Höhe der Zusatzbeiträge. Man würde den Anstieg in Gänze vielleicht dämpfen können, aber man würde jetzt nicht jegliche Beitragssatzsteigerung vermeiden mit diesem Instrument. Bezogen auf die jüngsten Beitragssatzanstiege ist zu sagen, das ist zum erheblichen Teil

die Ausgabendynamik, über die wir heute schon einiges gehört haben. Das ist aber auch zum Teil die notwendige Rücklagenauffüllung im Durchschnitt. Allen Krankenkassen sind zum Schluss, zum Ende des Jahres 2024 ist ja die Rücklagenhöhe auf 6 Prozent abgesunken einer Monatsausgabe. 6 Prozent einer Monatsausgabe, die Mindestrücklage liegt bei 20 Prozent einer Monatsausgabe. Deshalb war der Beitragssatzanstieg auch so verursacht. Also diese Maßnahme, die von den Linken gedacht wird, würde nur teilweise helfen, aber nicht den Beitragssatzanstieg insgesamt vermeiden.

Die **Vorsitzende**: Okay, dann kämen wir jetzt zu Herrn Schmidt.

Abg. **Sebastian Schmidt** (CDU/CSU): Frau Vorsitzende, meine Damen und Herren, meine Frage richtet sich an den PKV, Frau Wernecke. Im vorliegenden Antrag sehen wir Vorschläge zur Abschaffung der privaten Pflegeversicherung. Wie bewerten Sie die, und welche Vorschläge haben Sie, um die Pflegeversicherung auch in Zukunft gut finanzierbar ausstatten zu können? Danke.

**Jenny Wernecke** (Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV)): Vielen Dank für die Frage. Die Abschaffung der PKV leistet keinen Beitrag, bzw. der PPV in dem Fall, keinen Beitrag zur Lösung der Finanzprobleme der SPV. Der Gesetzgeber hat mit der Einführung der umlagefinanzierten SPV und der kapitalgedeckten PPV 1994 zwei getrennte Versicherungskollektive bzw. Solidarsysteme geschaffen. Nachträgliche Finanztransfers wären verfassungsrechtliche Eingriffe in bestehende Verträge. Praktisch wäre das auch ein nutzloses Strohfeuer. Mit 10 Prozent der Versicherten lässt sich das strukturelle Problem von 90 Prozent von Versicherten nicht lösen. Szenarioberechnungen gehen davon aus, dass ein Finanzausgleich den SPV-Beitragssatz nur zum Start um 0,1 Prozentpunkte senken und infolge der Alterung des PPV-Kollektivs nicht nur abnehmen, sondern sich sogar eines Tages umdrehen würde. Dass die Beihilfestellen aus Ländern und Bund aus Steuergeldern zum Finanzausgleich beitragen, ist unrealistisch. Berechnungen gehen davon aus, dass durchschnittlich nur eine monatliche Beitragsreduktion





von 1,41 Euro erzielt würde. Bei Angestellten wäre das die Hälfte, ist gleich 0,70 Euro, 70 Cent. Dafür wird ein funktionierendes System abgeschafft. Ein Finanzausgleich würde für Privatversicherte zu einer absurden Doppelbelastung folgen. Die Privatversicherten sorgen für ihre eigene Versorgung mit Alterungsrückstellung vor, sollen dann aber zugleich einen Ausgleichsbeitrag für Sozialpflegeversicherte aufbringen, die gar keine Rückstellung gebildet haben. Der PKV-Verband hat ein Zehn-Punkte-Programm vorgestellt, das für die Zukunft der Pflegeversicherung unterschiedliche Vorschläge vorstellt. Das ginge vielleicht an dieser Stelle zu weit. Wir brauchen mehrere Säulen für die Pflegefinanzierung. Wir brauchen mehr Kapitaldeckung. Einer unserer Vorschläge ist der neue Generationenvertrag für die Pflege. Ein anderer Vorschlag ist der des Expertenrates Pflege mit dem Namen „Pflege-Plus“. Das hat die Kommission unter Leitung von Prof. Jürgen Wasem entwickelt. Wichtig wäre auf jeden Fall aus unserer Sicht die Etablierung einer betrieblichen Säule, die es bereits in der chemischen Industrie gibt. Die Pflegestufe 1 müsste aus unserer Sicht weiterentwickelt werden, hin zu mehr Prävention. Die Dynamik des § 43c, wir haben es gerade gehört, muss gestoppt werden. Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Dann hätten wir jetzt noch mal Herrn Ziegler.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine nächste Frage geht an Prof. Schlegel. Wir haben jetzt schon ein paar Mal das Thema versicherungsfremde Leistungen gehört. Wie sehen Sie das? Wie wird sich das in den nächsten Jahren bei den aktuellen Wirtschaftsdaten eventuell entwickeln? Ich höre immer, es sollen dann im Zweifelsfall aus dem Bundeshaushalt die Defizite ausgeglichen werden. Aber das sind ja auch Steuerzahler, die dann quasi die Differenz tragen müssen. Was ich als Problem sehe, dass dann die Leistungsträger wieder belastet werden. Wenn die aktuellen Wirtschaftsdaten so anhalten, haben Sie eventuell eine Prognose, wie wir uns in den nächsten Jahren, ich sage bei fünf Jahren, sechs Jahren, vielleicht entwickeln und wo eventuell dieses Defizit landen könnte, wenn es so weitergeht wie bisher. Danke.

**Prof. Dr. Thomas Schlegel** (Kanzlei für Gesundheitsrecht): Vielen Dank für die Frage. Da muss ich leider als primär Jurist passen. Das kann ich Ihnen tatsächlich nicht beantworten.

Die **Vorsitzende**: Dann ist Herr Brückner für Die Linke an der Reihe.

Abg. **Maik Brückner** (Die Linke): Vielen Dank, meine Frage geht an Prof. Dr. Rothgang. Die soziale Pflegeversicherung wird in Interviews immer wieder als sogenannte Teilkaskoversicherung beschrieben. Können Sie erläutern, wie dieser Begriff ursprünglich im Kontext der Pflegeversicherung gemeint war und wie diese Einordnung vor dem Hintergrund der heutigen Entwicklung zu bewerten ist

**Prof. Dr. Heinz Rothgang** (Universität Bremen): Vielen Dank für die Frage. Ich halte den Begriff Teilkaskoversicherung hier für vollkommen unangemessen. Wir kennen Teilkaskoversicherungen beispielsweise im Kfz-Bereich, und da ist es immer so bei einer Teilkaskoversicherung, dass der Versicherte einen Eigenanteil erstmal selber zahlt und was dann darüber hinausgeht, das übernimmt die Versicherung. In der Pflegeversicherung, bei Einführung, war es genau umgekehrt. Die Versicherung leistet einen bestimmten Betrag, da stehen Euro-Beträge bei Pflegegeld, bei Sachleistungen im stationären Bereich und alles, was darüber hinausgeht, das muss der Versicherte zahlen. Das heißt, der Begriff Teilkasko ist sowieso falsch. Das Bundesgesundheitsministerium spricht deshalb auch nicht von Teilkasko, sondern immer nur von einer Teilleistungsversicherung. Das kommt der Sache schon näher. Wenn wir dann aber jetzt noch mal zurückgehen zur Einführung der Pflegeversicherung in die Gesetzesmaterialien, in den Gesetzesentwurf, und uns anschauen, was damals unter Teilleistungssystem verstanden war, dann finden wir, dass der Grundgedanke war, dass Pflegebedürftige einen Teil der Leistungen im Pflegeheim selber zahlen müssen, nämlich Unterkunft und Verpflegung und, soweit nicht öffentlich gefördert, auch die Investitionskosten. Am Anfang stand aber, und das können Sie nachlesen im ersten Bericht der Bundesregierung zur Pflegeversicherung in der Gesetzesbegründung, war immer der



Gedanke, dass die Pflegekosten im Durchschnitt von der Pflegeversicherung übernommen werden. Wenn man jetzt nicht in einem sehr teuren Heim ist, sondern in einem normalen Heim, dann sollten die Pflegekosten in aller Regel nicht höher sein als die Versicherungsleistung, beziehungsweise die Versicherungsleistung sollte die Pflegekosten übernehmen. Dann haben wir nach Einführung der Pflegeversicherung aber im stationären Bereich bis 2012 keine Anpassung der nominalen Leistungen gehabt. Ergebnis, die Eigenanteile sind gestiegen. Wenn wir uns das heute anschauen, wir haben inzwischen Eigenanteile, selbst nach Abzug der § 43c-Regelung, die man als Notmaßnahme eingepflegt hat, die an die 1 000 Euro gehen, pflegebedingte Kosten. Das heißt, die Pflegeversicherung hat sich weit von ihrer ursprünglichen Zielsetzung entfernt. Was heute vom Sozialverbänden als Vollversicherung propagiert wird, Vollkostenversicherung, das ist eigentlich genau das, was 1994 unter dem Begriff Teilleistungssystem eingeführt wurde. Das heißt, wir haben da eine komplette begriffliche Verschiebung. Das muss man bedenken, wenn man heute von Teilleistungssystemen spricht. Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Eine allerletzte Fragerunde geht an die CDU, an Frau Borchardt.

Abg. **Simone Borchardt** (CDU/CSU): Vielen Dank. Meine Frage geht an Prof. Dr. Simon Reif. Vielleicht können Sie noch mal kurz erläutern, was bedeutet eine Pflegevollversicherung aus Ihrer Sicht für die langfristige Tragfähigkeit der Finanzierung der Pflege?

**Prof. Dr. Simon Reif** (Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg): Herzlichen Dank. Ich meine, das ist eine spannende Frage, was man genau unter einer Vollversicherung versteht, haben wir gerade von Herrn Rothgang auch gehört. Grundsätzlich wäre mein Verständnis von einer Vollversicherung, die man einführen möchte, dass in irgendeiner Art und Weise die Pflegeversicherung mehr zahlt, als sie das jetzt tut. Da kommen wir enorm in die Bredouille, weil, wir haben es von Richard Ochmann gehört, jetzt schon reicht das Geld in der Pflegeversicherung nicht. Wir haben aber jetzt noch eine ziemlich okaye

demografische Situation. Wenn jetzt die ganzen Babyboomer pflegebedürftig werden, dann können wir uns das ja so, wie wir es jetzt haben, nicht leisten. Dann können wir es uns schon gar nicht leisten, wenn wir irgendeine Art von Leistungsausweitung machen. Von daher ist es aus dem Gedanken her problematisch. Das andere, da bin ich gar nicht sicher, ob ich da Herrn Rothgang widerspreche oder ob wir uns da einig sind: Wir müssen schauen, dass die Leute auch, die es sich leisten können, privat vorsorgen für den Fall, dass sie pflegebedürftig sind. Die Babyboomer haben noch 20 Jahre Zeit vorzusorgen. Mit einer Vollversicherung würden wir den Anreiz nehmen, dass sie das tun. Von daher ist das keine gute Idee.

Die **Vorsitzende**: Dann hätten wir die 60 Minuten auch gefüllt. Ich darf mich bedanken für diese intensive Stunde mit Ihnen. Ich darf Ihnen noch mal sehr herzlich danken dafür, dass Sie uns hier zur Verfügung gestanden haben. Ich gehe davon aus, dass wir da an der einen oder anderen Stelle bei der ein oder anderen Anhörung noch mal auf Sie zurückgreifen. Für heute darf ich Sie entlassen und Ihnen noch einen schönen Tag und eine gute Restwoche wünschen.

Schluss der Sitzung: 16:05 Uhr

gez.

Dr. Tanja Machalet, MdB  
**Vorsitzende**