



Hochschule Fulda · Postfach 2254 · D-36012 Fulda

Deutscher Bundestag  
Ausschuss für Gesundheit  
Der Vorsitzende  
Prof. Dr. Edgar Franke, MdB  
Platz der Republik 1  
11011 Berlin

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
18(14)0267(5)  
gel. ESV zur öAnhörung am 21.6.  
2017\_SoIVG  
16.6.2017

Fachgebietsleitung  
Versorgungsforschung und  
Gesundheitsökonomie

Prof. Dr. Stefan Greß

Leipziger Str. 123  
D-36037 Fulda

Fulda, 15. Juni 2017

[stefan.gress@pg.hs-fulda.de](mailto:stefan.gress@pg.hs-fulda.de)

Sekretariat  
0661/9640-600

Durchwahl  
0661/9640-6380

**Öffentliche Anhörung des Ausschusses für Gesundheit zum  
Thema „Solidarische und gerechte Finanzierung von Gesundheit  
und Pflege“ am 21. Juni 2017**

Sehr geehrter Herr Vorsitzender,

ich danke Ihnen für die Einladung zur Teilnahme an der oben  
genannten Anhörung und die Gelegenheit zur Abgabe der beigefügten  
schriftlichen Stellungnahme.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Stefan Greß

## **Stellungnahme zu dem Antrag**

### **Fraktion DIE LINKE: Solidarische und gerechte Finanzierung von Gesundheit und Pflege (Bundestagsdrucksache 18/11722 vom 28.03.2017).**

In dem Antrag wird ein Maßnahmenbündel definiert, mit dem die Gerechtigkeits- und Nachhaltigkeitsdefizite des derzeitigen dualen Systems in der Kranken- und Pflegeversicherung überwunden werden sollen. Vor dem Hintergrund der gegenwärtigen und zukünftigen Anforderungen in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung unterstütze ich diese Zielsetzung nachdrücklich. In dieser Stellungnahme beschränke ich auf die Forderung zur Einführung eines integrierten Krankenversicherungssystems, die Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze und die Verbeitragung weiterer Einkommensarten (Maßnahmen unter II. 1. bis 3. im Antrag).<sup>1</sup> Zur Wiederherstellung der vollständigen paritätischen Finanzierung (II. 4. im Antrag) verweise ich auf meine schriftliche Stellungnahme an anderer Stelle.<sup>2</sup>

#### **1 Reformbedarf**

Die Dualität von gesetzlicher Kranken- und sozialer Pflegeversicherung auf der einen Seite und privater Kranken- und Pflegeversicherung auf der anderen Seite weist im Status quo eine Reihe von schwerwiegenden Defiziten auf. Der angebliche Systemwettbewerb ist durch unterschiedliche Rahmenbedingungen – insbesondere bei der Kalkulation von Beiträgen bzw. Prämien und unterschiedliche Vergütungen für Leistungsanbieter – massiv verzerrt und damit dysfunktional. Diese Verzerrungen führen nicht nur zu einer Risikoselektion zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. der sozialen Pflegeversicherung und in der Sache nicht begründbaren Ungleichbehandlungen zwischen unterschiedlichen Versichertengruppen, sondern auch zu allokativen Fehlanreizen. Der bessere Zugang von Privatversicherten insbesondere in der ambulanten ärztlichen Versorgung ist empirisch ebenso robust dokumentiert wie die Beeinflussung von regionalen Niederlassungsentscheidungen durch den Anteil der Privatversicherten. Dar-

---

<sup>1</sup> Dazu ausführlich: Greß, S./K.-J. Bieback (2013). Zur Umsetzbarkeit einer Bürgerversicherung bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit. Gutachten für die Arbeiterwohlfahrt. Berlin, AWO Bundesverband.

<sup>2</sup> Greß, S. (2016). Schriftliche Stellungnahme zu den Anträgen der Fraktion DIE LINKE und der Fraktion BÜNDIS 90/Die GRÜNEN zur paritätischen Finanzierung in der GKV (BT-Drucksache 18/7237 vom 12.01.2016 und BT-Drucksache 18/7241 vom 13.01.2015). Berlin, Deutscher Bundestag, Ausschuss für Gesundheit. Ausschussdrucksache 18(14)0155(8).

über hinaus werden systemimmanente Schwächen des Geschäftsmodells in der privaten Krankenversicherung immer offensichtlicher. Diese Schwächen liegen insbesondere im mangelnden Instrumentarium für Ausgabensteuerung und in der Abhängigkeit vom Kapitalmarkt.

## **2 Integriertes Versicherungssystem**

Die Integration der beiden Versicherungssysteme durch eine Ausweitung der Versicherungspflicht zur gesetzlichen Kranken- bzw. sozialen Pflegeversicherung würde einheitliche Rahmenbedingungen für den Wettbewerb der Krankenversicherer untereinander schaffen und damit die Ursachen für Risikoselektion, Ungleichbehandlungen unterschiedlicher Versicherten-Gruppen und für allokativen Fehlanreize beseitigen. Die Ziele dieses Vorhabens – die Nachhaltigkeit der Finanzierung in der gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung zu stärken und die horizontale und vertikale Gerechtigkeit, insbesondere auch die soziale Absicherung der kleinen Selbständigen, zu verbessern – sind vom Bundesverfassungsgericht als besonders wichtige Interessen der Gemeinschaft anerkannt, die entsprechend starke Eingriffe rechtfertigen. Die Beschränkung der Vertrags- und Vorsorgefreiheit der Neu-Versicherungspflichtigen und der Vertrags- und Berufsfreiheit der PKV-Unternehmen, in Zukunft neue Verträge abzuschließen, sind geeignet und erforderlich diese Ziele zu erreichen.

Von besonderer Bedeutung für die Umsatzbarkeit der Bürgerversicherung ist die Frage, wie sich der Übergang zu einem integrierten System von Kranken- und Pflegeversicherung organisieren lässt. Der zentrale Vorteil einer Stichtagslösung bestünde darin, dass sich alle Versicherten zu einem bestimmten Stichtag bei einem Versicherer ihrer Wahl auf einem Markt mit einheitlichen Wettbewerbsbedingungen versichern müssten. Damit würden sämtliche Vorteile eines integrierten Systems sofort wirksam werden. Außerdem würde eine längere Übergangsphase mit entsprechender Unsicherheit der Marktakteure nicht entstehen. Allerdings genießen die Ansprüche aus den PKV-Altverträgen den Schutz des Eigentums der Versicherten und der PKV-Unternehmen. Sie haben auch besonderen Vertrauensschutz, weil der Gesetzgeber seit 2009 zum Abschluss dieser Verträge verpflichtet und traditionell die Beiträge für die Altersrückstellungen vorschreibt, wodurch die Verträge langfristig angelegt sind. Das setzt dem Übergangsrecht bei der Behandlung der Altverträge Schranken. Die Stichtagslösung ist zwar grundsätzlich gerechtfertigt, es bestehen jedoch vor allem bei der Beurteilung der Zumutbarkeit bzw. Angemessenheit des Eingriffs gegenüber den PKV-Unternehmen Unsicherheiten.

Auch für eine Übergangslösung mit einem dauerhaften Bestandsschutz der Altverträge bestehen nachhaltige Zweifel an der Umsetzbarkeit – allerdings aus anderen Gründen. Diese Übergangsvariante ließe die Altverträge fortbestehen, würde sie aber erheblich modifizieren. Dieser

Eingriff ließe sich zwar rechtlich mit den wichtigen Zielen des Vorhabens rechtfertigen. Die Einführung eines integrierten Krankenversicherungssystems alleine durch die Sperrung des Neuzugangs zur privaten Krankenvollversicherung würde jedoch die bestehenden Gerechtigkeit- und Nachhaltigkeitsdefizite erst im Laufe von Generationen beseitigen. Darüber hinaus würden neue Ungleichbehandlungen geschaffen.

Die Eingriffsintensität wäre am geringsten, wenn den PKV-Altversicherten ein Wechselrecht in die soziale Kranken- und Pflegeversicherung unter Mitnahme der Alterungsrückstellungen gegeben würde. Sozialpolitisch wäre diese Übergangsregelung mit Blick auf die erwünschten Wirkungen hinsichtlich Nachhaltigkeit und Gerechtigkeit der Finanzierung in einem integrierten Krankenversicherungssystem keine optimale Lösung. Allerdings wird durch eine zeitlich befristete Wechselmöglichkeit der Altversicherten die Dynamik zur Ausweitung eines integrierten Krankenversicherungssystems erhöht. Die Portabilität der entsprechenden Alterungsrückstellungen schützt wiederum die Versicherten in diesem System vor den finanziellen Folgen einer weiteren Risikoentmischung der beiden Systeme. Letztlich wäre dieses Szenario daher am ehesten dazu geeignet, den Übergang zu einem integrierten System zu organisieren.

### **3 Beitragsbemessungsgrenze**

Bei einer Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze würde die Beitragsfinanzierung durchgängig am Grundsatz der Leistungsfähigkeit ausgerichtet werden. Die vertikale Gerechtigkeit würde deutlich gestärkt, weil mit steigendem Einkommen – also mit steigender Leistungsfähigkeit – auch durchgängig die Beitragsbelastung steigen würde. Ein wesentliches Defizit der Beitragsfinanzierung im Status Quo würde damit beseitigt werden. Gleichzeitig würde auch die horizontale Gerechtigkeit der Beitragsfinanzierung deutlich erhöht werden. Haushalte mit gleich hohem Einkommen würden zukünftig auch einer gleichen Beitragsbelastung unterliegen – unabhängig von der Verteilung des Einkommens innerhalb der Haushalte.

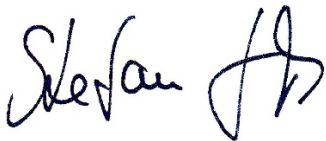
Durch die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung könnte ein erheblicher Anteil des Einkommens jenseits der heutigen Beitragsbemessungsgrenze erfasst werden. Vor dem Hintergrund der verfassungsrechtlichen Bedenken gegen eine vollständige Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze ist eine Anhebung der

Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung daher als am ehesten umsetzbar zu beurteilen.

#### **4 Heranziehung weiterer Einkommensarten**

Die Heranziehung weiterer Einkommensarten zur Finanzierung von Kranken- und Pflegeversicherung zur Verbesserung der horizontalen Gerechtigkeit der Beitragsfinanzierung ist vor allem aus einer sozialpolitischen Perspektive dringend geboten. Aktuelle Berechnungen zeigen außerdem, dass eine Ausweitung der Bemessungsgrundlage auf weitere Einkommensarten die Nachhaltigkeit der Beitragsfinanzierung deutlich verbessern würde.<sup>3</sup> Die Umsetzung des Einbezugs weiterer Einkommensarten könnte mit überschaubarem bürokratischem Aufwand durch die Finanzbehörden erfolgen.

Fulda, den 15. Juni 2017



Prof. Dr. Stefan Greß

Inhaber der Professur für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie

Hochschule Fulda

---

<sup>3</sup> Dazu ausführlich Rothgang, H./D. Domhoff (2017). Beitragssatzeffekte und Verteilungswirkungen der Einführung einer "Solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung." Bremen, Gutachten im Auftrag der Bundestagsfraktion DIE LINKE.