



Wortprotokoll der 121. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 21. Juni 2017,
16.00 Uhr bis 17.00 Uhr
Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1, 10557 Berlin
Marie-Elisabeth-Lüders-Haus
Anhörungssaal 3 101

Vorsitz: Dr. Edgar Franke, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Einziges Tagesordnungspunkt 1

Seite 4

Antrag der Abgeordneten Harald Weinberg, Pia Zimmermann, Sabine Zimmermann (Zwickau), weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Solidarische und gerechte Finanzierung von Gesundheit und Pflege

BT-Drucksache 18/11722

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz
Ausschuss für Arbeit und Soziales

Berichterstatter/in:

Abg. Maria Michalk [CDU/CSU]

**Mitglieder des Ausschusses**

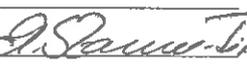
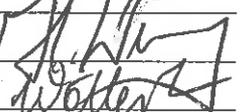
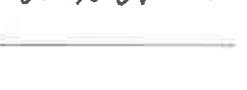
	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
CDU/CSU	Bertram, Ute Hajek, Rainer Henke, Rudolf Henrich, Michael Hüppe, Hubert Irlstorfer, Erich Kippels, Dr. Georg Kühne, Dr. Roy Leikert, Dr. Katja Maag, Karin Meier, Reiner Michalk, Maria Monstadt, Dietrich Riebsamen, Lothar Rüddel, Erwin Sorge, Tino Stritzl, Thomas Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Brehmer, Heike Dinges-Dierig, Alexandra Eckenbach, Jutta Lorenz, Wilfried Manderla, Gisela Nüßlein, Dr. Georg Pantel, Sylvia Rupprecht, Albert Schmidt (Ühlingen), Gabriele Schwarzer, Christina Steineke, Sebastian Steiniger, Johannes Stockhofe, Rita Stracke, Stephan Timmermann-Fechter, Astrid Wiese (Ehingen), Heinz Zimmer, Dr. Matthias
SPD	Baehrens, Heike Bas, Bärbel Dittmar, Sabine Franke, Dr. Edgar Heidenblut, Dirk Kermer, Marina Kühn-Mengel, Helga Mattheis, Hilde Müller, Bettina Rawert, Mechthild Stamm-Fibich, Martina	Bahr, Ulrike Blienert, Burkhard Freese, Ulrich Henn, Heidtrud Katzmarek, Gabriele Lauterbach, Dr. Karl Tack, Kerstin Thissen, Dr. Karin Westphal, Bernd Ziegler, Dagmar
DIE LINKE.	Vogler, Kathrin Weinberg, Harald Wöllert, Birgit Zimmermann, Pia	Höger, Inge Lutze, Thomas Tempel, Frank Zimmermann (Zwickau), Sabine
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Klein-Schmeink, Maria Scharfenberg, Elisabeth Schulz-Asche, Kordula Terpe, Dr. Harald	Kurth, Markus Pothmer, Brigitte Rüffer, Corinna Strengmann-Kuhn, Dr. Wolfgang



Sitzung des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

Mittwoch, 21. Juni 2017, 16:00 Uhr

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses	Unterschrift	Stellvertretende Mitglieder des Ausschusses	Unterschrift
<u>CDU/CSU</u>		<u>CDU/CSU</u>	
Bertram, Ute		Albani, Stephan	_____
Hajek, Rainer		Brehmer, Heike	_____
Henke, Rudolf		Dinges-Dierig, Alexandra	_____
Hennrich, Michael		Eckenbach, Jutta	_____
Hüppe, Hubert		Lorenz, Wilfried	_____
Irlstorfer, Erich		Manderla, Gisela	_____
Kippels Dr., Georg		Nüßlein Dr., Georg	_____
Kühne Dr., Roy		Pantel, Sylvia	_____
Leikert Dr., Katja	_____	Rupprecht, Albert	_____
Maag, Karin	_____	Schmidt (Ühlingen), Gabriele	_____
Meier, Reiner	_____	Schwarzer, Christina	_____
Michalk, Maria		Steineke, Sebastian	_____
Monstadt, Dietrich	_____	Steiniger, Johannes	_____
Riebsamen, Lothar	_____	Stockhofe, Rita	_____
Rüddel, Erwin		Stracke, Stephan	_____
Sorge, Tino	_____	Timmermann-Fechter, Astrid	_____
Stritzl, Thomas	_____	Wiese (Ehingen), Heinz	_____
Zeulner, Emmi		Zimmer Dr., Matthias	_____

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses	Unterschrift	Stellvertretende Mitglieder des Ausschusses	Unterschrift
<u>SPD</u>		<u>SPD</u>	
Baehrens, Heike		Bahr, Ulrike	_____
Bas, Bärbel	_____	Blienert, Burkhard	_____
Dittmar, Sabine		Freese, Ulrich	_____
Franke Dr., Edgar	_____	Henn, Heidtrud	_____
Heidenblut, Dirk	_____	Katzmarek, Gabriele	_____
Kermer, Marina		Lauterbach Dr., Karl	_____
Kühn-Mengel, Helga	_____	Tack, Kerstin	_____
Mattheis, Hilde		Thissen Dr., Karin	_____
Müller, Bettina	_____	Westphal, Bernd	_____
Rawert, Mechthild	_____	Ziegler, Dagmar	_____
Stamm-Fibich, Martina			_____
<u>DIE LINKE.</u>		<u>DIE LINKE.</u>	
Vogler, Kathrin		Höger, Inge	_____
Weinberg, Harald		Lutze, Thomas	_____
Wöllert, Birgit		Tempel, Frank	_____
Zimmermann, Pia	_____	Zimmermann (Zwickau), Sabine	_____



Sitzung des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

Mittwoch, 21. Juni 2017, 16:00 Uhr

	Fraktionsvorsitz	Vertreter
CDU/CSU		
SPD		
DIE LINKE.		
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Welle	

Fraktionsmitarbeiter

Name (Bitte in Druckschrift)	Fraktion	Unterschrift
Dr. Michael Neumann	CDU/CSU	Dr. M. Neumann
Andreas Nolas	"	
Saushat, Jörg	Grüne	
Deteler Pascal	LINKE	
Kennitz, Sonja	LINKE	
Dr. Manfred Lang	CDU/CSU	M. Lang
Ellen Kexel	CDU/CSU	E. Kexel
Apfen Wilke	CDU/CSU	Apfen Wilke
Abme pit Nimbs	SPD	Nimbs

Bundesrat

Land	Name (bitte in Druckschrift)	Unterschrift	Amtsbezeichnung
Baden-Württemberg			
Bayern	Pfizer Florian		RL/RO
Berlin			
Brandenburg			
Bremen			
Hamburg			
Hessen			
Mecklenburg-Vorpommern			
Niedersachsen			
Nordrhein-Westfalen			
Rheinland-Pfalz			
Saarland			
Sachsen			
Sachsen-Anhalt			
Schleswig-Holstein	FIGURA		OR
Thüringen			

Unterschriftenliste

der Ausschuss für Gesundheit wird
am **Mittwoch, 21. Juni 2017 von 16.00 bis 17.00 Uhr**
im Marie-Elisabeth-Lüders-Haus, Anhörungssaal,
Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1, 10117 Berlin
eine öffentliche Anhörung zu folgender Vorlage durchführen:

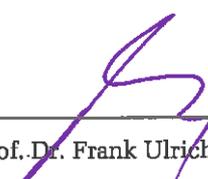
Antrag der Fraktion DIE LINKE.
Solidarische und gerechte Finanzierung von Gesundheit und Pflege
BT-Drucksache 18/11722

geladene Verbände

Bertelsmann-Stiftung

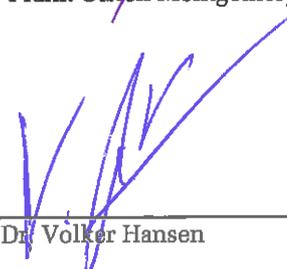
ABSAGE

Bundesärztekammer (BÄK)



Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery

Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände
e. V. (BDA)



Dr. Völker Hansen

Deutscher Gewerkschaftsbund



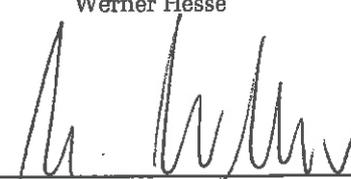
Marco Frank

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband –
Gesamtverband e. V. (DPWV)



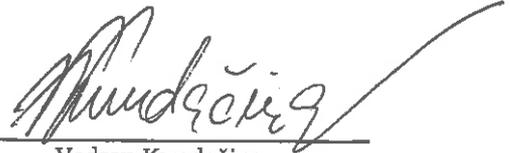
Werner Hesse

GKV-Spitzenverband



Michael Weller

Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD)



Vedran Kundačina

Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen e. V. (PVS)



Stefan Tilgner

Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)



Dr. Frank Schulze Ehring

Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv)

ABSAGE

geladene Einzelsachverständige

Prof. Dr. Stefan Greß



Dr. Jochen Pimpertz



Prof. Dr. Helge Sodan



Prof. Dr. Rolf Rosenbrock





Beginn der Sitzung: 16.00 Uhr

Der **Vorsitzende**, Abg. **Dr. Edgar Franke** (SPD): Guten Tag meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer, meine sehr verehrten Sachverständigen. Ich begrüße Sie zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit an diesem Nachmittag ganz herzlich. Es ist inzwischen die 121. Sitzung. Zu meiner Linken begrüße ich ganz herzlich die parlamentarische Staatssekretärin Ingrid Fischbach und die Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung. Meine sehr verehrten Damen und Herren, in dieser öffentlichen Anhörung beschäftigen wir uns, wie Sie wissen, mit einem Antrag der Fraktion DIE LINKE.

„Solidarische und gerechte Finanzierung von Gesundheit und Pflege“ ist der Titel der Bundestagsdrucksache 18/11722. Meine sehr verehrten Damen und Herren, die Begründung des Antrages der Fraktion DIE LINKE. beginnt mit dem Satz: „Unser Gesundheitssystem ist in seinen Grundsätzen solidarisch und gerecht organisiert. In der Realität aber würden diese Grundsätze in vielen Fällen verletzt.“ Deshalb wirbt die Fraktion DIE LINKE. mit ihrem Antrag für die Einführung einer Bürgerversicherung und schlägt ein ganzes Bündel von Maßnahmen vor, um die von ihr identifizierten Defizite zu beheben. Dazu gehören die Abschaffung der privaten Krankenversicherung, die Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze und die Wiedereinführung der paritätischen Finanzierung sowie die Abschaffung der Zuzahlung bei rezeptpflichtigen Arzneimitteln und die Verbesserung der Leistungen in der Pflege. Meine sehr verehrten Damen und Herren, damit rufen wir heute in der voraussichtlich letzten Anhörung dieser Legislaturperiode eine ganze Reihe von Themen auf, die uns in den vergangenen vier Jahren beschäftigt haben. Bevor wir beginnen, wie immer einige Erläuterungen zum Anhörungsverfahren. Uns stehen insgesamt 60 Minuten zur Verfügung und die Fraktionen werden ihre Fragen abwechselnd in einer festen Reihenfolge stellen. In der ersten Fragerunde beginnt die CDU/CSU, dann folgt die SPD, dann fragt nochmal die CDU/CSU, es folgen die Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Die zweite Fragerunde ist grundsätzlich die gleiche, nur die SPD kommt zweimal dran. Runde eins und Runde zwei erfolgen im Wechsel. Nochmal zur Erinnerung: Jede fragestellende Fraktion stellt nur eine Frage an einen Sachverständigen. Ich bitte die Wortbeiträge möglichst

kurz zu halten und ich bitte die aufgerufenen Sachverständigen, die Mikrofone zu benutzen und sich mit Namen und Verband vorzustellen. Des Weiteren bitte ich alle Anwesenden ihre Mobiltelefone auszuschalten. Ein Klingeln kostet fünf Euro. Ich weise darauf hin, dass die Anhörung digital aufgezeichnet und zeitversetzt im Parlamentsfernsehen übertragen wird. Außerdem ist die Anhörung in der Mediathek des Deutschen Bundestages abrufbar. Das Wortprotokoll der Anhörung wird auf der Internetseite des Ausschusses veröffentlicht. Liebe Kolleginnen und Kollegen, meine sehr verehrten Damen und Herren, wir beginnen mit der CDU/CSU-Fraktion.

Abg. **Ute Bertram** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den Einzelsachverständigen Dr. Pimpertz. Die Antragsteller fordern die paritätische Finanzierung in der Krankenversicherung. Welche Folgen hätte eine solche Maßnahme aus Ihrer Sicht? Gehen Sie bitte auch kurz auf die Bedeutung des Zusatzbeitrages ein.

ESV **Dr. Jochen Pimpertz**: Der kassenindividuelle Zusatzbeitrag ist ein zentrales, wichtiges, wettbewerbspolitisches Instrument, denn es sendet als einziges ein Preissignal an die Mitglieder der gesetzlichen Kassen aus und erzeugt insofern Wettbewerbsdruck auf die Kassen, sich auch um eine effiziente Organisation der Versorgung zu kümmern. Aus ökonomischer Perspektive ist das das zentrale Instrument, von dem wir uns Bremswirkungen auf den seit Jahrzehnten überproportional starken Ausgabenanstieg erwarten. Mit einer Rückkehr zu einer vollständigen Beitragssatzparität würde aber keineswegs, wie im Antrag formuliert, die ökonomische Traglast von den versicherten Arbeitnehmern weggenommen werden können. Die liegt immer bei den Versicherten selber, weil wir eben auch mit Anpassungsreaktionen anderer Wirtschaftssubjekte rechnen müssen. In der ersten Runde würde nämlich bei unveränderten Tariflöhnen, also der Bezugsgröße für die Beitragssatzanwendung, der Arbeitgeberanteil an den gesetzlichen Beiträgen um sechs Milliarden Euro steigen. Die gesetzliche Rentenversicherung müsste weitere 1,4 Milliarden Euro zusätzlich an Zuschüssen für die Krankenversicherung der Rentner aufwenden. Dem stehen auf der anderen Seite Entlastungen bei den privaten Haushalten der Arbeitnehmer und Rentner in Höhe



von 7,4 Milliarden Euro in der ersten Runde entgegen – also vermeintlich eine Stärkung des privaten Konsums. Die Kernfrage ist aber jetzt, wie reagieren Unternehmen in einer solchen Welt bei unveränderbaren Tariflöhnen? Wir müssen hier aus ökonomischer Perspektive mit Anpassungsreaktionen alternativer Art, wenn nicht der Lohn angepasst werden kann, rechnen – namentlich über höhere Güterpreise, was zu einem Sinken der Reallöhne führt, was die Wettbewerbssituation auf in- und ausländischen und globalen Märkten beeinträchtigt und in der Folge auch Beschäftigungswirkungen nach sich zieht. Wir haben das in einem Global Economic Model von Oxford Economics berechnet. Das ist ein Modell, das zum Beispiel auch von der Deutschen Bundesbank bemüht wird. Dort sehen wir, dass nach marginalen, anfänglich positiven Effekten aufgrund der Entlastung und der Stärkung des privaten Konsums schon nach wenigen Jahren das Vorzeichen sich wendet und das Bruttoinlandsprodukt etwa nach zehn Jahren 0,4 Prozent unter dem Niveau läge, das sich unter Status quo-Bedingungen einstellen würde. Das sind ungefähr 13 Milliarden Euro weniger volkswirtschaftlicher Einkommen, gerechnet in Preisen des Jahres 2010. Die Erwerbslosenquote läge sogar um 0,8 Prozentpunkte über dem Niveau des Status quo-Beitragsrechts. Aus ökonomischer Perspektive wird also ganz schnell deutlich, dass die Traglast eben nicht einfach durch eine buchhalterisch andere Aufteilung des Beitragssatzes verschoben werden kann, sondern dass sich die Traglast am Ende durch Anpassungsreaktionen anders verteilt.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband. Es wird von verschiedener Seite immer wieder vorgetragen, dass die Existenz der PKV dazu führt, dass im GKV-System ein hoher Versorgungsstandard aufrechterhalten wird und dass ohne PKV der Leistungskatalog der GKV auf eine minimale Grundversorgung reduziert würde. Wir beurteilen Sie diese These?

SV **Michael Weller** (GKV-Spitzenverband): Die These fußt auf dem Gedanken, dass die Politik in einer Welt ohne PKV bei denkbaren Finanzierungsnöten der dann verbliebenen GKV leichter auf die Idee kommen könnte, den gesetzlichen Leistungskatalog zu reduzieren anstatt die Beiträge zu erhöhen. Ein solches Gedankenspiel kann man naturgemäß weder beweisen noch widerlegen, aber es

kann in Frage gestellt werden. Zum einen hat es auch in der Vergangenheit mit der Existenz der PKV Kostendämpfungsgesetze gegeben. Wir hatten insbesondere 2004 ein letztes großes Kostendämpfungsgesetz mit Leistungseinschnitten für die Versicherten, beispielsweise beim Zahnersatz und Sterbegeld, bei der Brillenversorgung aber auch mit der Einführung der Praxisgebühr. Im Übrigen ist mittlerweile bei der Brillenversorgung wieder eine leichte Leistungsverbesserung eingeführt und ist die Praxisgebühr abgeschafft worden. Das würde diese These widerlegen. Das ist die erste Aussage dazu. Zweite Aussage: Ein Weiteres kann diese These, dass in einer Welt ohne PKV der Leistungskatalog der GKV reduziert würde, widerlegen. Politische Vorschläge zur Reduzierung der Leistungskürzungen führen erfahrungsgemäß zu massiven Protesten der Versicherten, der Patienten, der Krankenkassen aber auch der Leistungserbringer. Dem Grunde nach ist das ganze System nicht ohne weiteres gewillt, Kostendämpfungen und Leistungseinschränkungen hinzunehmen. Wenn man der These folgen würde, dann wäre dies ein schlagkräftiges Korrektiv dagegen. Im Übrigen sei mir der Hinweis als Vertreter des GKV-Spitzenverbandes erlaubt, dass auch die Versicherungsverträge der PKV geringere Leistungen enthalten können und auch tatsächlich enthalten als sie der heutige Leistungskatalog der GKV umfasst. Ich denke zum Beispiel an Reha-Leistungen, an Leistungen der Psychotherapie oder an Krankengeldleistungen. Seitens der gesetzlichen Krankenkassen ist mir noch wichtig, auf Folgendes hinzuweisen. Es geht darum festzustellen, dass die Gründe, die die Politik beziehungsweise das Parlament für eine Entscheidung zum Erhalt eines dualen Systems nennt, nicht aus irgendwelchen Mängeln des GKV-Systems resultieren sollten. Die GKV ist ein leistungsstarkes und stabiles Krankenversicherungssystem, völlig unabhängig davon, wie die PKV organisiert ist, und aus eigener Kraft solidarisch mit einem guten Leistungsanspruch. Dies basiert auf zentralen Gestaltungsprinzipien wie die Steuerung durch den Sachleistungskatalog oder das Sachleistungssystem, durch Qualitätssicherungsmaßnahmen und Versorgungsmanagementinstrumente. Das sind Instrumente, um die uns, so nehme ich es zumindest wahr, die PKV beneidet. Insofern würde ich nicht davon sprechen, dass der Leistungskatalog reduziert werden würde.



Abg. **Tino Sorge** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die Bundesärztekammer. Herr Prof. Dr. Montgomery, die Antragsteller behaupten, es gebe in Deutschland eine Zwei-Klassen-Medizin also ein Zwei-Klassen-System, das insbesondere durch die Existenz der PKV verursacht werde und fordern deshalb, die PKV abzuschaffen. Die Befürworter der PKV hingegen sehen gerade im Fall der Abschaffung der PKV die Gefahr der Entstehung einer Zwei-Klassen-Medizin. Mich würde hierzu die Auffassung der Bundesärztekammer interessieren.

SV **Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery** (Bundesärztekammer (BÄK)): Das ist eine Frage, die im Kern drei Elemente enthält. Zuerst stellt sie die Behauptung auf, es gebe in Deutschland eine Zwei-Klassen-Medizin. Ich rate jedem, der eine Zwei-Klassen-Medizin kennenlernen möchte, in Ländern mit Einheitsversicherung oder mit staatlichen Einheitsystemen zu fahren, um sich eine wirkliche Zwei-Klassen-Medizin anzuschauen. Wir haben in Deutschland keine Zwei-Klassen-Medizin. Wir haben einen Unterschied im Service, in der Kommodität. Aber es ist Gott sei Dank in unserem Land noch so, dass niemand befürchten muss, wegen seines Versicherungsstatus medizinisch schlechter behandelt zu werden. Ich glaube, darauf können wir stolz sein, und wir als Ärzte sind auch ganz besonders stolz darauf. Der zweite Teil der Frage ist, dass diese behauptete Zwei-Klassen-Medizin durch die Existenz der PKV verursacht würde. Wenn ich sage, es gibt keine Zwei-Klassen-Medizin, dann ist natürlich auch klar, dass sie nicht durch die Existenz der PKV verursacht werden kann. Eine gewisse Logik scheint schon in dieser Abfolge von Argumenten zu liegen. Dann kommt noch die Frage, für die ich Ihnen sehr dankbar bin: Was wäre denn, wenn man die PKV abschaffen würde? Würde das zu einer Zwei-Klassen-Medizin führen? Da bin ich nun, anders als der eben vor mir so vehement für die GKV eingetretene Herr Weller, der Meinung, dass wir durch die Abschaffung der PKV in einem Land, in dem Sie medizinische Leistungen und ihre Erbringungen nicht verbieten können und in dem Sie in einem Umfeld von Ländern medizinische Leistungen jeder Art und jeden Luxus, auch übrigens jeder Sinnhaftigkeit, jederzeit erwerben können, eine Zwei-Klassen-Medizin par excellence bekommen würden. Diejenigen Menschen, die mit der Grundversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung, die durch den

wunderbaren Gemeinsamen Bundesausschuss so wahnsinnig gut strukturiert wird und insbesondere in der Einführung neuer Methoden uns so schnell und zügig hilft, nicht zufrieden sind, würden uns hier zu der Zwei-Klassen-Medizin führen. Ich glaube, dass die Abschaffung der PKV am Ende der Turbolader für die Zwei-Klassen-Medizin wäre. Deswegen hat die Bundesärztekammer sich auf dem letzten Deutschen Ärztetag auch vehement gegen derartige Gedankenspiele gewendet. Vor allem auch deswegen, weil 85 Prozent der deutschen Bevölkerung mit der Leistungserbringung im deutschen System hoch zufrieden sind und deswegen keine Notwendigkeit für ideologisch motivierte Experimente in der gesetzlichen Krankenversicherung besteht.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Meine Frage richtet sich an Herrn Prof. Dr. Greß. Können Sie kurz skizzieren, welche Auswirkungen die Einführung der solidarischen Gesundheit- und Pflegeversicherung auf den Beitragssatz hätte. Besteht in diesem Zusammenhang die Möglichkeit, die von den bayerischen Arbeitgebern vorgetragen wurden, dass im Prinzip genau das Umgekehrte einsetzt, nämlich keine Beitragssenkungen, sondern Beitragserhöhungen?

ESV **Prof. Dr. Stefan Greß**: Zu Ihrem ersten Teil der Frage zitiere ich das aktuell vorliegende Gutachten der Universität Bremen. Kollege Rothgang hat errechnet, dass bei einer Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung, der Ausweitung des Versicherungskreises und der Erweiterung der Einkommensarten, die verbeitragt werden, ein Entlastungseffekt für die gesetzliche Krankenversicherung von insgesamt 3,1 Beitragssatzpunkten entstehen würde. Bei einer Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze würde sich dieser Entlastungseffekt auf 3,8 Beitragssatzpunkte anheben. Aber, das muss man auch noch sagen, hierbei sind die Entlastungswirkungen für die öffentlichen Haushalte, die über die Entlastung der Beihilfe entstehen würden, noch gar nicht mitgerechnet. Die Darstellungen der bayerischen Arbeitgeber beruhen darauf, dass diese Beitragssatzentlastungen gar nicht zustande kämen, weil es zu Leistungsausweitungen käme. Die Bürgerversicherung wird für Leistungsausweitung verantwortlich gemacht. Dies entbehrt meiner Einschätzung nach jeder empirischen Grundlage. In



der Gesundheitsberichterstattung des Bundes werden für das Jahr 2015 insgesamt Aufzahlungen, das sind die Eigenanteile privater Haushalte, in Höhe von 45 Milliarden Euro ausgewiesen. Hier wurde nicht nach medizinisch sinnvollen Leistungen unterschieden. Zudem sind Pflegeleistungen dabei. Selbst bei der unrealistischen Annahme, dass diese 45 Milliarden Euro durch die neu konstituierte Bürgerversicherung getragen werden würden, würden die Beitragssatzeffekte nicht durch die solidarische Gesundheits- und Pflegeversicherung aufgezehrt werden.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage richtet sich an Prof. Dr. Rosenbrock. Was sagen Sie zu dem oft bemühten Argument des für das Gesundheitssystem angeblich nützlichen Systemwettbewerbs zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung?

ESV **Prof. Dr. Rolf Rosenbrock**: Das ist ein beliebtes und immer wieder vorgetragenes Argument. Wenn man näher hinschaut, ist es kein Argument, sondern eine Behauptung. Man könnte fragen: Worin könnte sich der Systemwettbewerb als nützlich erweisen? Das wäre beim Zugang, bei der Qualität und bei der Innovation. Das sind die drei Kriterien. Beim Zugang wissen wir, die Existenz der PKV führt dazu, dass im Krankenversorgungssystem Termine, Verfahren und Zugänge eben nicht nach medizinischen Kriterien, sondern nach Zahlungsfähigkeit und Versichertenstatus vergeben werden. Hier bedeutet die Existenz der PKV ein negativer Systemwettbewerbseffekt. Ich glaube, dass bei der Qualität das gleiche gilt, weil wir das Sachleistungsprinzip haben und die GKV für die qualitätsvolle Erbringung der Leistungen verantwortlich ist. Das sichert sie durch Verträge ab, während bei der PKV der Versicherte der Vertragspartner des Leistungserbringers ist. Deswegen wird die Qualitätssicherung im GKV-System durch das IQWiG [Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen] und die vielen neuen Instrumente gesichert. Die Kassen haben in den letzten Jahrzehnten viel investiert. Aus meiner Sicht ist das eine nicht von der PKV angetriebene Eigenleistung der GKV zur Steigerung der Qualität. Auch hier gibt es keinen positiven Effekt des Systemwettbewerbs. Bei den Innovationen stimme ich Herrn Montgomery, wie in manchem anderen Dingen, nicht vollständig zu. Ich glaube, dass wir mit dem G-BA und den

dazugehörigen Instituten einen hervorragenden Mechanismus haben, um Innovationen nach medizinischer Wirksamkeit, das heißt nach Evidenzkriterien, zu bewerkstelligen. In der Kritik, dass es manchmal langsam vorgeht, stimmen wir überein. Man muss die Prozesse beschleunigen, aber die Institution nicht abschaffen. Jedenfalls ist das, was in der PKV passiert, dass der einzelne Doktor entscheidet, welche Innovation er für gut befindet, und sie deshalb zu Lasten der PKV verordnet, das Gegenteil von einer sinnvollen Innovationsstrategie auf einem Gebiet, wo es extrem darauf ankommt, Rationalität zu bewahren und Eminence-Based-Medicine durch Evidence-Based-Medicine zu ersetzen. Das heißt zusammenfassend, bezogen auf die drei möglichen Parameter der Vorteile eines Systemwettbewerbs zwischen PKV und GKV sehe ich diese Effekte nicht, sondern im Gegenteil, ich halte diesen Systemwettbewerb für die Qualität, für den Zugang zur Versorgung und für die Innovation im Krankenversorgungssystem schädlich.

Abg. **Rainer Hajek** (CDU/CSU): Zur Abrundung unseres Meinungsbildes fragen wir Herrn Dr. Pimpertz. Welche Folgen hätte aus Ihrer Sicht die im Antrag geforderte Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze?

ESV **Dr. Jochen Pimpertz**: Vom Grundsatz her werden zusätzliche Entgelte der Arbeitnehmer beitragspflichtig. Das heißt, es erfolgt zunächst einmal eine Umverteilung zwischen unterschiedlich hoch entlohnten Arbeitnehmern, wenn es aufkommensneutral erfolgt. In dem Konzept der Antragsteller ist die Ausweitung auf weitere Einkommensquellen angedacht. Im Prinzip entwickelt sich hiermit eine Finanzierung mit einem steuerähnlichen Charakter, neben dem bestehenden Steuersystem, den es zu begründen gilt. Ich muss wiederholen: Ob damit die Traglast am Ende des Tages verändert werden kann, steht aus ökonomischer Sicht in Frage. Zwar haben wir in der ersten Runde eine scheinbare Entlastung des Faktors Arbeit zu erwarten, aber diese wird durch die Besteuerung oder Beitragspflicht anderer Einkommensquellen kompensiert. Sind diese in der Hand des Unternehmers, wird sich die Belastung des Arbeitsgebers nicht verändern. Das führt dann in der Folge dazu, dass möglicherweise Investitionskalküle in Frage gestellt werden oder weitere Standortfragen aufkommen. Auch hier kommen wir wieder zu dem Punkt, dass am Ende



des Tages die Traglast nicht vom Versicherten weggenommen werden kann und der Verteilungseffekt am Ende des Tages eher marginal ist.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Ich frage Herrn Prof. Dr. Greß. Wie könnten Sie sich in der Praxis die Heranziehung anderer Einkommensarten ohne großen Verwaltungsaufwand vorstellen? Ich frage nach der Umsetzung.

ESV **Prof. Dr. Stefan Greß**: Ich halte die Verbeitragung weiterer Einkommensarten für einen wichtigen Schritt zur Verbesserung der horizontalen Gerechtigkeit, also zur Gleichbehandlung gleich leistungsfähiger Haushalte. Ich könnte mir gut eine Erhebung bzw. Berechnung über die Finanzbehörden vorstellen, weil ich mir nicht gut vorstellen kann, dass das die Krankenkassen effizient machen können. Aus meiner Sicht wäre der Zusatzaufwand übersichtlich, vor allen Dingen im Verhältnis zu den Erträgen, die dadurch gewonnen werden könnten. Allein durch Erhebung weiterer Beiträge über Einkommensarten würde sich ein Beitragssatzeffekt von 1,5 Prozentpunkten ergeben. Insofern denke ich, wäre das eine gute Investition mit übersichtlichem Aufwand.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Herr Prof. Dr. Sodan, die Antragsteller fordern die Abschaffung der privaten Krankenvollversicherung sowie der privaten Pflegepflichtversicherung. Wie beurteilen Sie die Vorschläge verfassungsrechtlich?

ESV **Prof. Dr. Helge Sodan**: Die Forderung der Fraktion DIE LINKE. nach Abschaffung der privaten Krankheitsvollversicherung und der privaten Pflegepflichtversicherung stößt auf schwerwiegende verfassungsrechtliche Einwände. Die diesbezüglichen Argumente habe ich in der dem Ausschuss vorgelegten schriftlichen Stellungnahme ausführlich dargelegt. Ich darf sie in aller Kürze wie folgt zusammenfassen: Sehr zweifelhaft ist bereits, ob der Bundestag für die gesetzlichen Festlegungen einer als umfassende Zwangsversicherung ausgestalteten gesetzlichen Krankenversicherung und sozialen Pflegeversicherung überhaupt den Kompetenztitel „Sozialversicherung“ für sich in Anspruch nehmen könnte. Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts können zwar neue Lebenssachverhalte in das Gesamtsystem „Sozialversicherung“ einbezogen werden, wenn

zumindest eine Orientierung am klassischen Bild der Sozialversicherung erfolgt. Von diesem Bild würde sich jedoch eine umfassende Einwohnerversicherung gerade durch die künftige Einbeziehung von Beamten und Selbständigen vollends lösen. Zusätzliche Probleme im Hinblick auf die notwendige Gesetzgebungskompetenz des Bundes ergäben sich hier bezüglich der Beihilfeberechtigten. Im Jahr 2015 verfügten in Deutschland knapp 8,8 Millionen Personen über eine private Krankheitsvollversicherung. Fast die Hälfte von diesen Versicherten war beihilfeberechtigt. Der Bundesgesetzgeber besitzt nach dem Grundgesetz aber keine Kompetenz, Landesbeamte zwangsweise in die gesetzliche Krankenversicherung oder soziale Pflegeversicherung einzubeziehen. Ferner fehlt eine Zuständigkeit des Bundes, die Länder zur Eingliederung ihrer Beamten in eine im wesentlichen beitragsfinanzierte Einheitsversicherung nach dem Modell dieser Sozialversicherungszweige zu verpflichten. Eine als umfassende Einwohnerversicherung ausgestaltete Sozialversicherung ließe sich auch mit Grundrechtsvorschriften nicht vereinbaren. Nach ständiger Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts greifen Zwangsmitgliedschaften in öffentlich-rechtlichen Körperschaften, wie es die gesetzlichen Krankenkassen sind, in das Grundrecht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit ein und sind damit rechtfertigungsbedürftig. Zwar ist eine soziale Pflichtversicherung prinzipiell zulässig, eine die gesamte Bevölkerung einbeziehende Bürgerzwangsversicherung würde aber für viele Pflichtmitglieder, die eindeutig nicht sozial schutzbedürftig sind, in keinem vernünftigen Verhältnis zu den diesen Personen aus der Pflichtzugehörigkeit erwachsenen Vorteilen stehen. Der heutige Vizepräsident und Vorsitzende des ersten Senats des Bundesverfassungsgerichts, Prof. Dr. Ferdinand Kirchhof, hat bereits im Jahr 2004 in einem Aufsatz ausgeführt, dass auch das fiskalische Motiv niedriger Beitragssätze oder einer Vermeidung von Bundeszuschüssen eine umfassende Bürgerzwangsversicherung in grundrechtlicher Hinsicht nicht legitimieren könne. Ein solches Versicherungsmodell wäre daher wegen des Verstoßes gegen das Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit verfassungswidrig. Abgesehen davon müsste jedenfalls ein Bestandsschutz zugunsten derjenigen Personen geregelt werden, die derzeit über eine private Krankheitsvollversicherung und eine private Pflegeversicherung



verfügen. Eine Abschaffung dieser privaten Versicherung würde ferner gegen das Grundrecht der Berufsfreiheit verstoßen, auf welches sich private Versicherungsunternehmen berufen können. Der Antrag der Fraktion DIE LINKE. lässt keine öffentlichen Interessen erkennen, die von einem solchen Gewicht sind, dass sich mit ihnen im Rahmen einer Verhältnismäßigkeitsprüfung die Zerstörung des klassischen Geschäftsmodells der privaten Krankenversicherung rechtfertigen ließe. In seinem Grundsatzurteil vom 10. Juni 2009 zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz hat das Bundesverfassungsgericht die Intention des Gesetzgebers, das duale Krankenversicherungssystem zu erhalten und zu stärken, ausdrücklich gebilligt. In dieser Entscheidung heißt es wörtlich, ich zitiere: „Dabei soll auch die private Säule zur Vollfunktionalität gelangen und ihre Mitglieder in gleicher Weise wie die öffentlich-rechtliche Versicherung umfassend rechtssicher und dauerhaft absichern“.

Abg. **Marina Kermer** (SPD): Meine Frage richtet sich an den DGB. Sie sprechen in ihrer Stellungnahme von einem Stufenmodell zur Finanzreform der gesetzlichen Krankenversicherung. Könnten Sie uns das Modell bitte erläutern und begründen?

SV **Marco Frank** (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Der Deutsche Gewerkschaftsbund und seine Mitgliedsgewerkschaften schlagen ein Stufenmodell vor, durch das die solidarischen Finanzierungsgrundlagen nachhaltig gestärkt und die zu erwartende Ausgabendynamik im Gesundheitswesen aufgefangen werden kann. Gleichzeitig können Leistungen, die aus dem Leistungskatalog der GKV ausgegliedert wurden, reintegriert und kann die große Mehrheit der Versicherten zusätzlich finanziell entlastet werden. Die Grundidee dabei ist, dass Arbeitgeber in Zukunft wieder den gleichen Beitrag zahlen sollen wie die Versicherten. Dazu soll der Arbeitgeberbeitrag von heute 7,3 Prozent stufenweise angehoben werden. Der Arbeitnehmerzusatzbeitrag soll abgeschafft werden. Der allgemeine Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung, der die große Mehrheit der Versicherten finanziell entlastet, wird im DGB-Stufenmodell gesenkt. Die dafür erforderlichen Finanzmittel ergeben sich, indem gleichzeitig die Beitragsbemessungsgrenze zunächst schrittweise auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung angehoben wird, andere Ein-

kommensarten ab einer Freibetragsgrenze verbeitragt und der Steueranteil erhöht werden. So könnte erreicht werden, dass sich das Beitragsaufkommen erhöht, obwohl der allgemeine Beitragssatz gesenkt wird. Der Stufenplan öffnet den Weg zur solidarischen Bürgerversicherung und bildet sozusagen den ersten Schritt.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an Herrn Prof. Dr. Rosenbrock. Ich weiß, dass es eine schwierige Aufgabe ist, aber könnten Sie vielleicht in zwei Minuten die wesentlichen Vorzüge einer solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung erläutern, die über die Absenkung der Beitragssätze hinausgehen?

ESV **Prof. Dr. Rolf Rosenbrock**: Zwei Minuten sind wirklich knapp. Man kann es kurz machen und sagen, die Abschaffung der PKV als Vollversicherung wäre die Vollendung des genialen Bismarck'schen Steuermodells von vor 130 Jahren. Die GKV ist vor 130 Jahren als Industriearbeiterversicherung geboren worden. Dann gab es die doppelte Inklusion, es wurden immer mehr Bevölkerungsgruppen in den Leistungskatalog einbezogen bis hin zu einer vollständigen und qualitätvollen Krankenversorgung. Der Rest sind eigentlich die acht Millionen privat bei der for profit Versicherung Versicherten. Wie ich eben deutlich gemacht habe, ist die Existenz dieser privaten Krankenversicherung ein Hindernis auf dem Weg zu mehr Qualität und Gleichheit. Das Steuermodell bedeutet, der Staat ist und bleibt letztverantwortlich für die Krankenversorgung. Er ist nicht im Rechtssinne Ausfallbürge, aber er hat die Letztverantwortung in seinem Schatzen, wie die Politologen sagen. Es gibt die Selbstverwaltung von Kapital und Arbeit, die die Legitimation schafft und den Staat von Entscheidungen entlastet, die er gar nicht gut treffen könnte. Das entscheidende Kernstück ist die solidarische Lastenverteilung. Die Beiträge werden paritätisch, so war es und so sollte es wieder werden, und nach wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit und nicht nach Risiko erhoben. Die Solidarität der Beitragsgestaltung in der GKV beruht auf vier Ebenen. Es gibt die paritätische Aufteilung oder es sollte sie wieder geben. Dann gibt es zwischen den Kassen eine zweite Ebene, das ist der Ausgleich zwischen armen und reichen Kassen durch den Risikostrukturausgleich. Dann gibt es den Ausgleich zwischen den Versi-



cherten einer Kasse durch die einkommensbezogenen Beiträge. Und es gibt wie bei jeder Versicherung den Ausgleich zwischen Gesunden und Kranken. Das ist abgesichert durch das Sachleistungsprinzip. Das ist ein Steuerungsmodell, das seine gleichen sucht und das im Endeffekt einem steuerfinanzierten System nicht unterlegen ist und das allen Systemen, die mehr marktwirtschaftliche Elemente in Qualität, Zugang und Innovationsfähigkeit haben, weit überlegen ist. Insoweit wäre die Einführung einer Bürgerversicherung sowohl für das Lebensrisiko „Krankheit“ wie für das Lebensrisiko „Pflegebedürftigkeit“ die Vollendung eines großen Gedankens. Das ist jetzt keine Gedankenpielerei. Die Bürgerversicherung hätte ganz real positive Auswirkungen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Bevölkerung.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an Prof. Dr. Greß. Welches Einführungsszenario ist aus Ihrer Sicht aus rechtlicher und ökonomischer Perspektive am geeignetsten? Es geht um Stichtagsregelungen, Wahlrechte etc.

ESV **Prof. Dr. Stefan Greß**: Aus ökonomischer Sicht wäre eine Stichtagsregelung am wirkmächtigsten, also eine Überführung der heute privat krankenversicherten Personen in die neue Bürgerversicherung. Aber wir wissen, dass es massive verfassungsrechtliche Bedenken gibt, die unter dem Stichwort „Schutz der Altverträge“ subsumiert werden. Es wäre offensichtlich problematisch, diejenigen, die bereits privat krankenvollversichert sind, in diese neue Bürgerversicherung zu überführen. Insofern wird es Kompromiss- und Übergangsregelungen geben müssen, um diesen Schutz der Altverträge zu garantieren. Ich persönlich plädiere für ein Modell, das diesen Schutz gewährleistet, aber gleichzeitig den Bestandsversicherten ein Wahlrecht einräumt zwischen ihrem alten Versicherungsvertrag in der privaten Krankenversicherung und einem Zugang zur neuen Bürgerversicherung. Dies allerdings immer unter Mitnahme der individualisierbaren Alterungsrückstellung.

Abg. **Rudolf Henke** (CDU/CSU): Ich würde gerne noch einmal den Gedankengang von Herrn Prof. Dr. Sodan aufgreifen und ihn etwas fragen. Wir haben uns bisher viel mit der privaten Krankenvollversicherung und mit der Berufsfreiheit des Bürgers, der

eine Krankenversicherung betreiben will, befasst. Nun ist die zweite Forderung in dem Antrag die Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze. Deswegen wäre ich dankbar, wenn wir noch einmal verfassungsrechtlich dem Gedanken nachgehen könnten, was hinter der Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze verfassungsrechtlich zu vermuten ist. Es müsste theoretisch so sein, dass wenn man sie abschafft, ein beliebig hohes Einkommen eine beliebig hohe Verbeitragung erfährt und das jenseits der denkbaren Äquivalenzprinzipien, weil es einen endlichen Betrag nur für Leistungen, die in der Realität bezahlt werden, geben kann. Ist das verfassungsrechtlich bedenkenbar?

ESV **Prof. Dr. Helge Sodan**: Das Bundesverfassungsgericht hat im Rahmen der Anwendung des Grundrechts auf freie Entfaltung der Persönlichkeit aus dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit zutreffend das Gebot hergeleitet, dass das Maß der den Einzelnen durch seine Pflichtzugehörigkeit treffenden Belastung in einem vernünftigen Verhältnis zu dem ihm und der Allgemeinheit erwachsenen Vorteilen stehen muss. Das Bundesverfassungsgericht stellte zwar schon früh fest, die Sozialversicherung gehe nicht vom Risikobegriff der Privatversicherung aus, sondern enthalte von jeher auch ein Stück staatlicher Fürsorge. Das Prinzip der Äquivalenz von Beiträgen und Leistungen, das Sie, Herr Abgeordneter Henke, angesprochen haben, ist für die Sozialversicherung demnach zwar durch den Grundsatz des sozialen Ausgleichs im Sinne der Globaläquivalenz modifiziert, es darf aber keinesfalls in seiner Maßgeblichkeit beseitigt werden, ohne dass zugleich das Versicherungsprinzip erheblich und in nicht zu rechtfertigender Weise eingeschränkt wäre. Einem danach von Verfassungswegen notwendigen angemessenen Verhältnis von Beiträgen und Leistungen einer Sozialversicherung dienen Beitragsbemessungsgrenzen, die bei Arbeitern und Angestellten die maximale Höhe des Arbeitsentgelts festsetzen, welches zur Berechnung der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge herangezogen wird. Diese Beitragsbemessungsgrenzen sind für das Jahr 2017 in der gesetzlichen Krankenversicherung und sozialen Pflegeversicherung jeweils auf 52 200 Euro festgesetzt. Würden die Beitragsbemessungsgrenzen nun nach Einführung der von der Fraktion DIE LINKE. geforderten solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung abgeschafft, ergäben sich für einen Teil der Versicherten



gravierende Konsequenzen. Diese lassen sich an folgendem Beispiel verdeutlichen, wobei ich gerne zugebe, dass es ein zugespitztes Beispiel ist. So betrüge bei einem für ein großes Unternehmen tätigen Vorstandsmitglied, welches im Jahr eine Millionen Euro brutto verdient, im Fall des nach der Prognose der Fraktion DIE LINKE. auf zwölf Prozent gesenkten allgemeinen Beitragssatzes in der gesetzlichen Krankenversicherung der monatliche Krankenversicherungsbeitrag 10 000 Euro. Davon hätte der Arbeitgeber die Hälfte zu tragen. Wer solche Konsequenzen für verfassungsrechtlich zulässig hält, erkennt den grundlegenden Unterschied von Krankenversicherungsbeitrag und Steuer. Nach der Legaldefinition in § 3 Absatz 1 Abgabenordnung sind Steuern Geldleistungen, die nicht eine Gegenleistung für eine besondere Leistung darstellen und von einem öffentlich-rechtlichen Gemeinwesen zur Erzielung von Einnahmen allen auferlegt werden, bei denen der Tatbestand zutrifft, an den das Gesetz die Leistungspflicht knüpft. Bei einem zu versteuernden Einkommen von einer Millionen Euro muss ein Alleinstehender im Jahr 2017 mit einem Gesamtbetrag von knapp 458 000 Euro für Einkommenssteuer und Solidaritätszuschlag sowie einer Durchschnittsbelastung von knapp 46 Prozent einen erheblichen Beitrag zum Gemeinwesen leisten. Er beteiligt sich als Steuerzahl zugleich an den 14,5 Milliarden Euro, die der Bund im Jahr 2017 für versicherungsfremde Leistungen zahlt, und zwar zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen. Die Versichertengemeinschaft ist jedenfalls von der Gesamtheit der Steuerzahler zu unterscheiden, die zu solchen Transferleistungen über Artikel 120 Absatz 1 Satz 4 Grundgesetz herangezogen werden kann. Eine Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenzen in der gesetzlichen Krankenversicherung und sozialen Pflegeversicherung wäre für besonders gut verdienende Zwangsversicherte eindeutig unverhältnismäßig und damit verfassungswidrig.

Abg. **Martina Stamm-Fibich** (SPD): Meine Frage geht an den GKV-Spitzenverband. Zur Frage der Beitragsbemessung von hauptberuflich Selbstständigen hat der GKV-Spitzenverband in seiner Stellungnahme erklärt, dass es fraglich sei, ob die bislang geltenden gesetzlichen Vorgaben für Selbstständige und Erwerbstätige und die beiden Mindestbeitragsbemessungsgrenzen noch

uneingeschränkt sachgerecht sind. Könnten Sie uns dies bitte erläutern?

SV **Michael Weller** (GKV-Spitzenverband): Es geht hier um eine Teilgruppe der freiwillig gesetzlich Versicherten, es geht um die sonstigen freiwillig Versicherten. Während das Gesetz für die allgemein freiwillig Versicherten eine Mindestbemessungsgrenze von rund 1 000 Euro monatlich vorgibt, gelten für hauptberuflich Selbstständige speziellere Vorgaben und andere Grenzwerte. Für die hauptberuflich Selbstständigen gilt heute ein monatlicher Betrag von mindestens 2 200 Euro als Bemessungsgrenze. Unter bestimmten Voraussetzungen kann dieser Betrag auf zurzeit rund 1 500 Euro monatlich reduziert werden. Von der Reduktion dieser Bemessungsgrenze auf 1 500 Euro können zum Beispiel Existenzgründer profitieren. Grundsätzlich ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes die Differenzierung zwischen den sonstigen freiwillig Versicherten und den hauptberuflich Selbstständigen berechtigt, weil es ein paar Unterschiede zu beachten gilt. Die unterschiedliche Behandlung ist deshalb notwendig, weil die Beitragsbemessung bei den Selbstständigen nicht wie bei den anderen Versicherten am Brutto-Einkommen, sondern an den um den einkommensteuerrechtlich relevanten Gewinn bereinigten Betriebsausgaben aus selbständiger Erwerbstätigkeit anknüpft. Wegen dieser Unterschiedlichkeit haben wir uns dafür ausgesprochen, grundsätzlich die Differenzierung beizubehalten. Wir sehen allerdings Diskussionsbedarf hinsichtlich der konkreten Höhe für die zur Diskussion stehenden Personengruppe, da sich die Lebens- und die Einkommenssituation, die Erwerbsbiografien der zahlreichen Erwerbstätigen gravierend verändert haben. Es geht insbesondere um die Solo-Selbstständigen, also Betriebe, die keine eigenen Beschäftigten haben, sondern als Einzelpersonen tätig sind, zum Beispiel Kurierdienste oder freiberufliche Lehrer oder andere Personengruppen. Das Bild der Selbstständigen aus den 80er-Jahren, aus denen das Gesetz stammt, hat sich bis heute gravierend verändert. Insofern stellen wir fest, dass die gesetzlichen Bemessungsgrundlagen die Erwerbsbiografie und Erwerbswirklichkeit nicht mehr abbildet. Daher sind wir der Auffassung, dass die Grenze hier anders gezogen werden sollte. Unseren Vorschlag kann man aus dem Gesetz ableiten. Man kann die beiden Mindestbemessungsgrenzen für die Selbstständigen auf das Niveau der heute niedrigeren



Grenze von 1 500 Euro zusammenführen. Das wäre ein Vorschlag, der zu diskutieren wäre. Das hätte eine Entlastung für den größten Teil der Mitglieder aus dieser Personengruppe in Höhe von rund 117 Euro zur Folge. Das wäre der Vorschlag, den wir für diese Gruppe machen würden.

Abg. **Maria Michalk** (CDU/CSU): Wir haben bereits eine Antwort auf die stichtagsbezogene Regelung gehört, die in dem Antrag formuliert ist. Ich frage den Verband der Privaten Krankenversicherung, wie Sie die stichtagsbezogene Überführung der PKV-Versicherten in das sogenannte Bürgerversicherungssystem auch unter dem Aspekt der Beitragssatzsenkung bewerten.

SV **Dr. Frank Schulze Ehring** (Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)): Ich antworte insbesondere mit Blick auf das Versprechen im Antrag, der Beitragssatzentlastung von 3,1 bis 3,8 Prozentpunkten. Man zusammenfassend sagen, dass dieses versprochene Beitragssatzsenkungspotential, illusionär und realitätsfern ist. Das zeigen auch viele Gutachten von Bürgerversicherungsvertretern, die diese entsprechenden Gutachten in Auftrag gegeben haben. Unter anderem hat zum Beispiel die INIFES- Institut aus Augsburg festgestellt, dass eine Bürgerversicherung eine Beitragssatzsenkung von 0,2 Prozentpunkten innerhalb von zehn Jahren mit sich bringen würde. Ich will darauf aufmerksam machen, dass der Beitragssatz allein im Jahr 2016 um 0,2 Prozentpunkte angestiegen ist. Im Jahr 2013 ist die Bertelsmann-Stiftung zusammen mit den Verbraucherschützern zu dem Schluss gekommen, dass alle Bürgerversicherungsszenarien bei den meisten Haushalten nicht zu einer Entlastung, sondern zu einer Belastung führen würde. Die Hans-Böckler-Stiftung hat unter anderem das Wechselmodell analysiert. Wechselmodell heißt, dass die privat Versicherten – Stichwort „Bestandschutz“ – in der PKV bleiben, aber freiwillig in die GKV wechseln können. Das ist das Modell, das die SPD und Herr Prof. Dr. Greß favorisieren. Die Hans-Böckler-Stiftung hat festgestellt, dass die Beitragssätze hier nicht sinken, sondern steigen würden, weil sich die Wechsler natürlich optimieren – Stichwort „Vorteilshopping“ – und weil insbesondere diejenigen wechseln, die einkommensschwach sind bzw. die privat versichert sind und sehr viele Familienmitglieder haben. Diese können dann in der GKV bzw. in der Bürgerversicherung

beitragsfrei mitversichert werden. Diese Studien zeigen schon, dass das realitätsfern ist. Die Studie von Herrn Rothgang von der Universität Bremen verspricht im Gegensatz dazu 3,1 bzw. 3,8 Prozentpunkte Beitragssatzsenkung. Wie kommt das zusammen? Indem man Annahmen strickt und dann rechnet, dass von einem Tag auf den anderen, über Nacht – wir gehen heute Abend ins Bett und wachen morgen mit der neuen Realität auf – alle privat Versicherten in der Bürgerversicherung sind. Das ist verfassungswidrig. Das akzeptieren sogar die Fraktionen BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und die SPD. Unter diesen Annahmen kann man nicht rechnen. Man kann auch nicht unter der Annahme rechnen, dass von einem auf den anderen Tag die sogenannten Mehrumsätze, die dem Gesundheitssystem als Ganzes von den privat Versicherten in Höhe von 12,6 Milliarden Euro zur Verfügung gestellt werden, dem Gesundheitssystem als Ganzes entzogen werden. Die Fraktion DIE LINKE. scheint der Meinung zu sein, dass diese Mehrumsätze der Privatpatienten als Ganzes im ambulanten und im stationären Bereich, bei den Hebammen und bei allen anderen Leistungserbringern entbehrlich sind. Man kann zuletzt formulieren, dass diese Studien zeigen, dass der Anspruch der Bürgerversicherung den eigenen Ansprüchen nicht gerecht wird. Ich stelle immer wieder bei dieser Diskussion fest, dass die Bürgerversicherung zu den wirklichen Herausforderung des Gesundheitssystems der Zukunft, nämlich Digitalisierung, Qualität, demografischer Wandel kein Wort verliert. Sie hat keine Antworten und ist quasi sprachlos.

Abg. **Birgit Wöllert** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an den Deutschen Gewerkschaftsbund. Ich möchte wissen, was Sie von der Idee halten, Mehreinnahmen durch die Einführung der solidarischen Pflegeversicherung statt zur Beitragssenkung für bessere Leistungen auszugeben und so bei der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung hin zu einer Vollkostenversicherung ein großes Stück voran zu kommen?

SV **Marco Frank** (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Der DGB hat sich dafür ausgesprochen, dass Pflege kein Armutrisiko sein darf. Da die Pflegeversicherung in ihrer heutigen Form als Teilkostenversicherung Eigenanteile der pflegebedürftigen Menschen vorsieht, diese jedoch individuell häufig nicht oder nicht ausreichend finanzierbar



sind, kann die Weiterentwicklung der Teilkostenversicherung zu einer Pflegevollversicherung zu einer gerechteren Finanzierung individueller pflegender Leistungen eine sinnvolle Zukunftsperspektive sein. Darüber hinaus sind Investitionen in bessere Arbeitsbedingungen und eine adäquate personelle Ausstattung in der Pflege dringend von Nöten, um eine gute Versorgungsqualität für alle Pflegebedürftigen zu gewährleisten.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an Prof. Dr. Greß. Wie bewerten Sie die Behauptung, dass die Bürgerversicherung zu einer Bedrohung der medizinischen Infrastruktur und deren Existenz würde?

ESV **Prof. Dr. Stefan Greß**: Mit diesem Argument ist wahrscheinlich gemeint, dass insbesondere in der ambulanten ärztlichen Versorgung die Ärztinnen und Ärzte eine um den Faktor zwei bis drei deutlich höhere Vergütung für die gleiche Leistung bekommen, wenn sie einen privat Versicherten oder eine privat Versicherte behandeln. Das macht etwa fünf bis sechs Milliarden Euro jedes Jahr aus. Mir fehlt bei dem Beleg dieses Argumentes immer noch ein Nachweis über die Verwendung dieser Mittel, d. h. ob diese Mittel tatsächlich eins zu eins in den Aufbau der Infrastruktur gehen oder ob sie nicht eher der Einkommensentwicklung der Ärztinnen und Ärzte dienen. Zudem führte diese Ungleichheit im Vergütungssystem, es ist ja nicht primär das Nebeneinander von GKV und PKV, sondern das Nebeneinander zweier unterschiedlicher Vergütungssysteme, das war noch nicht angesprochen, zu einer Fehlallokation ärztlicher Ressourcen. Es gibt gute Studien, die zeigen, dass Ärztinnen und Ärzte sich in erste Linie dort niederlassen, wo viele Privatpatientinnen und -patienten sind und nicht da, wo sie am meisten gebraucht werden. Insofern wäre ich bei der Bewertung dieses Arguments eher skeptisch. Wenn argumentiert würde, dass die Ärztinnen und Ärzte nicht auf die fünf bis sechs Milliarden Euro verzichten wollen, dann wäre das in der Debatte zumindest ehrlich.

Abg. **Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): Die Frage richtet sich an die Bundesärztekammer, Herrn Prof. Dr. Montgomery. Der Antrag sieht die Einführung einer Einheitsversicherung vor. Dem müsste sachgerechter Weise auch die Einführung eines einheitlichen

Vergütungssystem im ambulanten ärztlichen Bereich folgen. Welche finanziellen Auswirkungen hätte ein einheitliches Vergütungssystem für die Ärzteschaft und welche Auswirkung hätte dies auf die Versorgung der Patienten insgesamt?

SV **Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery** (Bundesärztekammer (BÄK)): Ein einheitliches Vergütungssystem für den gesamten ambulanten ärztlichen Bereich hat auf den ersten Blick durchaus Charme. Wenn es dann so wäre, dass wir auf die 5,6 Milliarden Euro, die in der Worst-Case-Studie angesprochen sind, nicht verzichten müssten, weil man diesen Betrag in eine vom PKV-Verband und der BÄK gemeinsam erarbeitete und betriebswirtschaftlich kalkulierte Gebührenordnung für Ärzte neu dazu nehmen würde, dann wären wir Ärzte damit auch zufrieden. Es ist nicht unanständig, mit der Krankheit anderer Leute sein Geld zu verdienen. Deswegen habe ich überhaupt kein Problem damit zu sagen, dass wir für eine gute medizinische Infrastruktur auch eine gute Versorgung der Leistungserbringer, und zwar sowohl der Krankenhäuser wie auch der Ärzte, brauchen. Deswegen ist die Kernfrage nicht die, ob eine einheitliche Gebührenordnung allein heilbringend ist, sondern welche Gebührenordnung. Wenn Sie eine betriebswirtschaftlich kalkulierte, sauber abgestimmte Gebührenordnung machen, dann können Sie diese für beide Bereiche nehmen. Ich habe deswegen auch Ihrem Kollegen Karl Lauterbach schon mehrfach in der Diskussion über die Bürgerversicherung angeboten, unsere GOÄ zum Gegenstand seiner Überlegungen zu machen und sie in der Bürgerversicherung einzuführen. Das wäre für die medizinische Versorgung in Deutschland ausgesprochen sinnvoll. Studien zwischen Worst Case und Good Case belegen, dass die Einführung einer auf dem einheitlichen Bewertungsmaßstab basierenden Einheitsvergütung in Deutschland dem ambulanten ärztlichen Bereich 3,6 bis 5,3 Milliarden Euro entziehen würde. Dabei macht derjenige einen Fehler, der glaubt, dass dieses Geld ausschließlich Einkommen oder der Verdienst von Ärzten wäre. Nein, davon werden sehr viele Leistungen von Patienten finanziert. Davon wird die Infrastruktur des gesamten ambulanten ärztlichen Bereiches im niedergelassenen Bereich finanziert, anders als zum Beispiel bei den Krankenhäusern. Deswegen würde das zu einer erheblichen Einschränkung der Qualität der ärztlichen



Versorgung führen. Um an Prof. Dr. Rolf Rosenbrock anzuknüpfen: Dann ginge es den gesetzlich Krankenversicherten noch schlechter, um seine Qualitätsargumente hier einmal wahrzunehmen. Ein derartiger Mittelentzug im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung muss zwangsläufig zu einer massiven Verschlechterung der Versorgung der Bevölkerung im ambulanten Bereich führen.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Herr Prof. Dr. Montgomery ist heute gut für steile Thesen, deswegen frage ich ihn. Im Umkehrschluss zu dem eben Ausgeführten würden Sie behaupten, dass gesetzlich Versicherte ärztlich schlecht versorgt sind, wenn ich mir Ihre Thesen so anhöre. Sie sagen, es braucht die Leistungshinterlegung mit der GOÄ, also eine Anhebung, dann sagen Sie, dass Ihre Ärzte, die Sie hier vertreten, gesetzlich Versicherte schlecht versorgen. Jetzt würde mich interessieren, wie Sie dazu Stellung nehmen wollen.

SV **Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery** (Bundesärztekammer (BÄK)): Das ist das Problem des Komparativs. Ich habe nicht behauptet, dass sie heute schlecht versorgt werden. Ich habe gesagt, wenn Sie 3,6 bis 5,3 Milliarden Euro entziehen würden, dann wären sie schlecht versorgt. Ich glaube, das ist eine klare Aussage, die man hier machen muss. Wir sind ja stolz darauf, dass die medizinische Versorgung der Bevölkerung im GKV- wie im PKV-Bereich in der Qualität gleich gut ist.

Abg. **Maria Michalk** (CDU/CSU): Ich habe eine Nachfrage an Herrn Dr. Pimpertz. Der PKV wird immer wieder vorgeworfen, dass sie die Solidarität behindert. Was halten Sie davon?

ESV **Dr. Jochen Pimpertz**: Ich halte die einfache Zuschreibung von Eigenschaften der Solidarität für schlichtweg nicht sachgemäß. Man kann sich das relativ schnell an einem vermeintlichen Ausgleich zwischen Älteren und Jüngeren innerhalb eines Solidarsystems klarmachen. In einem anwartschafts-gedeckten System, wie es die private Krankenversicherung darstellt, müssen die Versicherten eines Kollektiv für die von ihnen verursachten Ausgaben, namentlich mit der eigenen Alterung steigenden Ausgaben, selbständig schultern, respektive dafür Vorsorge tragen. Das heißt also, dass hier im Grundsatz keine Lastenverschiebung auf die Mitglieder nachfolgender Generationen möglich ist.

Insofern erfüllt eine anwartschafts-gedeckte Krankenversicherung in diesem Sinne einen solidarischen Anspruch in der Situation einer alternden Bevölkerung. Umgekehrt sind privat Versicherte von den Segnungen einer solidarischen gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen, namentlich der beitragsfreien Mitversicherung von Familienangehörigen. Sie sind von daher nicht per se ein Gewinn für eine Solidargemeinschaft nach den Regeln der gesetzlichen Krankenversicherung. Auch innerhalb des GKV-Systems ist das Solidarprinzip nicht eindeutig mit Segnungen ausgestattet. Ziel ist es unter anderem, sowohl beim Risikoausgleich als auch beim Einkommensausgleich zwischen Jung und Alt jeweils in jeder Periode einen Ausgleich herzustellen. Doch mit dem demografischen Wandel werden die Altersgruppen mit systematisch höheren Ausgabenrisiken, aber auch geringeren beitragspflichtigen Einkommen stärker besetzt, so dass Gleichaltrige nachfolgender Kohorten künftig einen höheren Solidarbeitrag an diese Gemeinschaft zu zahlen haben, als diese das heute tun müssen. Da stellt sich die Frage, ob das der solidarische Ausgleich zwischen Jung und Alt beinhalten soll.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband. Es wurde auch heute wieder behauptet, dass der Wettbewerb zwischen GKV und PKV insgesamt positive Effekte für die Gesundheitsversorgung habe. Wie beurteilen Sie diese These und insbesondere den unterstellten Systemwettbewerb?

SV **Michael Weller** (GKV-Spitzenverband): Im sogenannten Systemwettbewerb von GKV und PKV gibt es dem Grunde nach ganz wenige faktische Wahloptionen zwischen dem einen oder dem anderen System. Die Mehrheit der Bevölkerung ist in der GKV pflichtversichert oder familienversichert. Das ist auch gut so. Wann entsteht wirklich ein Wettbewerb? Das ist im Grunde nach nur in zwei Situationen im Leben der Fall, nämlich dann, wenn man den Schritt in die Selbständigkeit geht, dann entscheidet man sich für eine private oder eine GKV-Versicherung oder wenn man die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschreitet. An diesen Stellen ist Wettbewerb vorhanden. Dieser nimmt aber im Laufe der Zeit ab. Faktisch geht der Wettbewerb nachher immer stärker zurück. Das heißt, Systemwettbewerb um die Mitglieder gibt es nur an den



wenigen Schnittstellen. Dem gegenüber haben wir in der GKV einen massiven, richtig guten und ständigen Wettbewerb. Alle anderthalb Jahre besteht ein Wahlrecht. Bei Beitragserhöhungen besteht ein Wahlrecht und zwar unabhängig von Alter, von Familienstand oder Anzahl der Familienangehörigen. In der PKV ist es wegen der Tarife, die teurer werden oder wegen bestehender Vorerkrankungen und auch wegen der Problematik der Altersrückstellungen etwas schwieriger zu wechseln. Ein Wort noch zu den Innovationen, weil das Thema immer im Kontext des Systemwettbewerbs diskutiert wird. Wir haben in der GKV gesetzlich vorgeschriebene Instrumente zur Qualitätssicherung, für das Qualitätsmanagement und vor allem zur Nutzenbewertung. Davon profitieren in der Regel die GKV-Versicherten, nicht aber die PKV-Versicherten. Qualität und Nutzen sind das A und O für die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Wir achten auf die Qualität und die Wirksamkeit von Leistungen, welche dem anerkannten medizinischen Stand der Technik und der Erkenntnisse entsprechen und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen müssen. Zudem muss der Nutzen nachgewiesen sein. Dies gilt so in der PKV nicht. Ich wage sogar zu bezweifeln, dass alles, was in der Privatversicherung geschieht, qualitätsgestützt ist oder einen Nutzen hat. Manche in der Szene sprechen daher auch vom Versuchskaninchen Privatpatient. Das ist nicht außerhalb meiner Vorstellungskraft. Den Wettbewerb um Mitglieder und um Leistungen sehe ich nicht. Eine abschließende Bemerkung noch. Fakt ist, dass offensichtlich die PKV gerne davon profitieren würde, auch diese Instrumente zu haben. So profitiert die PKV durch die Nutzenbewertung und die Erstattungspreisfrage bei Arzneimitteln von den Maßnahmen, die wir im G-BA und im GKV-Spitzenverband treffen.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an Herrn Weller vom GKV-Spitzenverband. Es ist mehrfach das Äquivalenzprinzip, das natürlich in der gesetzlichen Rentenversicherung seine absolute Berechtigung hat, angesprochen und zitiert worden, um damit die Forderung nach einer Verbeitragung auch hoher und höchster Einkommen für die Krankenversicherung zu konterkarieren. Ich würde von Ihnen gerne ganz konkret hören, wie hoch die Obergrenze in Euro wäre, was die

gesetzliche Krankenversicherung bei einem einzelnen Versicherten im Krankheitsfall übernehmen würde?

SV **Michael Weller** (GKV-Spitzenverband): Alle Kosten, die die am medizinischen Bedarf orientierte notwendige Versorgung umfasst.

Der **Vorsitzende**: Meine sehr verehrten Damen und Herren, meine Herren Sachverständigen. Ich darf mich ganz herzlich bei Ihnen allen bedanken und wünsche noch einen schönen Nachmittag. Die eine oder andere Frage und inhaltliche Stellungnahme kam einem schon bekannt vor. Das Thema diskutieren wir ja schon ein bisschen länger. In diesem Sinne darf ich mich bedanken. Wir sehen uns vielleicht noch einmal wieder. Das war heute die letzte Anhörung.

Schluss der Sitzung: 17.06 Uhr

Dr. Edgar Franke, MdB
Vorsitzender