



## Wortprotokoll der 21. Sitzung(neu)

### Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 8. Oktober 2018, 11.30 bis 13.30 Uhr  
Paul-Löbe-Haus, Saal 4 900 (Europasaal)

Vorsitz: Erwin Rüddel, MdB

### Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

#### Tagesordnungspunkt 1

#### Seite 5

- a) Gesetzentwurf der Bundesregierung

**Entwurf eines Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung  
(GKV-Versichertenentlastungsgesetz – GKV-VEG)**

**BT-Drucksache 19/4454**

**Federführend:**

Ausschuss für Gesundheit

**Mitberatend:**

Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz  
Verteidigungsausschuss  
Haushaltsausschuss (mb und § 96 GO)

**Gutachtlich:**

Parlamentarischer Beirat für nachhaltige Entwicklung

- b) Unterrichtung durch die Bundesregierung

neu

**Entwurf eines Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung  
(GKV-Versichertenentlastungsgesetz – GKV-VEG)**

**-19/4454-**

**Gegenäußerung der Bundesregierung**

**BT-Drucksache 19/4552**

**Federführend:**

Ausschuss für Gesundheit

**Mitberatend:**

Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz  
Verteidigungsausschuss  
Haushaltsausschuss (mb und § 96 GO)



- c) Antrag der Abgeordneten Dr. Axel Gehrke, Dr. Helge neu Braun, Marcus Bühl, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

**Einführung von kostendeckenden Beiträgen zur gesetzlichen Krankenversicherung für die Bezieher von Arbeitslosengeld II aus Steuermitteln**

**BT-Drucksache 19/4538**

- d) Antrag der Abgeordneten Christine Aschenberg-Dugenus, Johannes Vogel (Olpe), Michael Theurer, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

**Absenkung der Krankenversicherungsbeiträge für freiwillig gesetzlich versicherte Selbstständige**

**BT-Drucksache 19/4320**

- e) Antrag der Abgeordneten Harald Weinberg, Sabine neu Zimmermann (Zwickau), Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

**Geringverdienende Selbstständige und andere freiwillig Versicherte entlasten**

**BT-Drucksache 19/102**

- f) Antrag der Abgeordneten Dr. Achim Kessler, Susanne Ferschl, Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

**Gerechte Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2019**

**BT-Drucksache 19/4244**

**Federführend:**

Ausschuss für Gesundheit

**Mitberatend:**

Ausschuss für Arbeit und Soziales

Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

**Federführend:**

Ausschuss für Gesundheit

**Federführend:**

Ausschuss für Gesundheit

**Mitberatend:**

Ausschuss für Arbeit und Soziales

Ausschuss Digitale Agenda

**Mitglieder des Ausschusses**

	<b>Ordentliche Mitglieder</b>	<b>Stellvertretende Mitglieder</b>
CDU/CSU	Henke, Rudolf Hennrich, Michael Irlstorfer, Erich Kippels, Dr. Georg Krauß, Alexander Kühne, Dr. Roy Maag, Karin Monstadt, Dietrich Pilsinger, Stephan Riebsamen, Lothar Rüddel, Erwin Schmidtke, Dr. Claudia Sorge, Tino Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Brehmer, Heike Hauptmann, Mark Knoerig, Axel Lezius, Antje Nüßlein, Dr. Georg Pantel, Sylvia Schummer, Uwe Stracke, Stephan Straubinger, Max Tiemann, Dr. Dietlind Weiβ (Emmendingen), Peter Zimmer, Dr. Matthias
SPD	Baehrens, Heike Bas, Bärbel Dittmar, Sabine Franke, Dr. Edgar Heidenblut, Dirk Mattheis, Hilde Moll, Claudia Müller, Bettina Stamm-Fibich, Martina	Bahr, Ulrike Freese, Ulrich Katzmarek, Gabriele Lauterbach, Dr. Karl Steffen, Sonja Amalie Tack, Kerstin Völlers, Marja-Liisa Westphal, Bernd Ziegler, Dagmar
AfD	Gehrke, Dr. Axel Podolay, Paul Viktor Schlund, Dr. Robby Schneider, Jörg Spangenberg, Detlev	Braun, Jürgen Hemmelgarn, Udo Theodor Oehme, Ulrich Wildberg, Dr. Heiko Wirth, Dr. Christian
FDP	Aschenberg-Dugnus, Christine Helling-Plahr, Katrin Schinnenburg, Dr. Wieland Ullmann, Dr. Andrew Westig, Nicole	Alt, Renata Beeck, Jens Kober, Pascal Theurer, Michael Willkomm, Katharina
DIE LINKE.	Gabelmann, Sylvia Kessler, Dr. Achim Weinberg, Harald Zimmermann, Pia	Krellmann, Jutta Movassat, Niema Schreiber, Eva-Maria Wagner, Andreas
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Hoffmann, Dr. Bettina Kappert-Gonther, Dr. Kirsten Klein-Schmeink, Maria Schulz-Asche, Kordula	Dörner, Katja Kurth, Markus Rottmann, Dr. Manuela Rüffer, Corinna



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



Beginn der Sitzung: 11.32 Uhr

**Der Vorsitzende, Abg. Erwin Rüddel (CDU/CSU):**  
Zur öffentlichen Anhörung begrüße ich alle Kolleginnen und Kollegen, die Zuschauerinnen und Zuschauer und natürlich die Sachverständigen ganz herzlich. Ich darf in unserer Runde auch den Parlamentarischen Staatssekretär, Dr. Thomas Gebhart, sowie die Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung ganz herzlich begrüßen und heiße darüber hinaus einen eher seltenen Gast in unseren Anhörungen willkommen, den Wehrbeauftragten des Deutschen Bundestages, Dr. Hans-Peter Bartels. Er ist zwar noch nicht da, aber er wird erwartet. So sind Sie nicht überrascht, wenn er diesen Raum betritt. Wir freuen uns, dass er an der Anhörung teilnimmt. In dieser öffentlichen Anhörung beschäftigen wir uns mit dem Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (19/4454). Dazu gehören die Unterichtung der Bundesregierung mit der Gegenäußerung der Bundesregierung zur Stellungnahme des Bundesrates (19/4552) sowie vier Anträge der Oppositionsfraktionen. Das sind der Antrag der AfD, Einführung von kostendeckenden Beiträgen zur gesetzlichen Krankenversicherung für die Bezieher von Arbeitslosengeld II aus Steuermitteln (19/4538); ein Antrag der FDP, Absenkung der Krankenversicherungsbeiträge für freiwillig gesetzlich versicherte Selbstständige (19/4320) und zwei Anträge der Fraktion DIE LINKE., Geringverdienende Selbstständige und andere freiwillig Versicherte entlasten (19/102) und Gerechtere Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2019 (19/4244).

Meine sehr verehrten Damen und Herren, die Bundesregierung hat mit dem vorliegenden Gesetzentwurf ein Paket von Änderungen zur künftigen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vorgelegt. Darin regelt sie unter anderem, dass die Beiträge zur GKV, wie im Koalitionsvertrag festgelegt, ab dem 1. Januar 2019 wieder zu gleichen Teilen von Arbeitgebern und Versicherten getragen werden. Darauf hinaus wird der Umfang der Finanzreserven der Krankenkassen begrenzt, der Mindestbeitrag für Kleinselbstständige zur Krankenversicherung auf die Hälfte des bisherigen Beitrags abgesenkt und der Aktienanteil bei Altersrückstellungen von 10 auf 20 Prozent erhöht. Die AfD fordert in ihrem Antrag, die im Koalitions-

vertrag vereinbarte schrittweise Einführung von kostendeckenden Beiträgen zur GKV für ALG-II-Bezieher umzusetzen und die Unterdeckung der Leistungsausgaben der GKV für ALG-II-Empfänger vom Bund innerhalb der nächsten zehn Jahre vollständig auszugleichen. Die FDP sieht die Interessen der Selbstständigen und GründerInnen im Gesetz nicht ausreichend berücksichtigt und fordert unter anderem, die Mindestbeitragsbemessungsgrenze für hauptberuflich selbstständig Tätige nach § 240 Absatz 4 SGB V auf die Geringfügigkeitsgrenze in Höhe von derzeit 450 Euro abzusenken. DIE LINKE. stellt in ihrem Antrag auf Drucksache 19/102 die gleiche Forderung und plädiert darüber hinaus für den Erlass aller Beitragsschulden, die im Zusammenhang mit der Zahlung von Mindestbeiträgen bis zu dieser Neuregelung entstanden sind. In einem weiteren Antrag fordert die Fraktion DIE LINKE. unter anderem, Zusatzbeiträge nicht nur paritätisch zu finanzieren, sondern sie abzuschaffen und hohe Rücklagen bei Krankenkassen nicht zur Beitragssenkung zu nutzen, sondern damit Leistungsverbesserungen zu finanzieren.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, Sie sehen, es gibt viel Diskussionsstoff und unterschiedliche Vorstellungen über die künftige Finanzierung der gesetzlichen Krankenkassen.

Bevor wir in die Diskussion einsteigen, möchte ich wie immer einige Erläuterungen zum Anhörungsverfahren geben. Wir haben uns vorgenommen, diese Anhörung 120 Minuten dauern zu lassen. Wir beginnen in der Reihenfolge der Stärke der Fraktionen. Die CDU/CSU hat ein Zeitkontingent von 42 Minuten, die SPD von 26 Minuten, die AfD von 16 Minuten, die FDP von 13 Minuten, DIE LINKE. von 12 Minuten und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN haben 11 Minuten. Ich darf die Fragesteller und die Sachverständigen darum bitten, Fragen und Antworten möglichst kurz zu halten, damit viele Fragen gestellt werden und viele Sachverständige das Wort erhalten können. Ich bitte die aufgerufenen Sachverständigen, bei der Beantwortung der Frage die Mikrofone zu benutzen und sich mit ihrem Namen und ihrem Verband vorzustellen, damit einerseits die Protokollierung der Anhörung leichter fällt, aber dass auch die Zuschauerinnen und Zuschauer wissen, welcher Verband oder welcher Sachverständige die Fragen beantwortet. Des Weiteren bitte ich alle Anwesenden, ihre Mobiltelefone auszuschalten. Sollte ein Mobiltelefon klingeln, nehmen wir fünf Euro für einen guten Zweck ein.



Ich weise noch darauf hin, dass die Anhörung digital aufgezeichnet und live im Parlamentsfernsehen übertragen wird. Außerdem kann man sich die Anhörung in der Mediathek des Deutschen Bundestages anschauen. Das Wortprotokoll der Anhörung wird auf der Internetseite des Ausschusses veröffentlicht. Soweit die Formalien. Mein Damen und Herren, wir beginnen mit der Fraktion der CDU/CSU.

**Abg. Karin Maag (CDU/CSU):** In meiner ersten Frage geht es um die sogenannten ungeklärten passiven Mitgliedschaften. Ich frage den Einzelsachverständigen Herrn Professor Dr. Sodan. Die Krankenkassen müssen nach dem Gesetzentwurf rückwirkend bereinigen. Die Zuweisungen, die die Kas sen für diese Mitglieder erhalten haben, müssen an den Gesundheitsfonds zurückgezahlt werden. Wie bewerten Sie diesen Vorschlag unter verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten?

**ESV Prof. Dr. Helge Sodan:** Angesichts des langen Zeitraums, für den die Krankenkassen im Hinblick auf ungeklärte passive Mitgliedschaften rückwirkend in Anspruch genommen werden sollen, kann von erheblichen Belastungen ausgegangen werden. Vor dem Hintergrund rechtsstaatlichen Vertrauenschutzes könnte dies problematisch sein. Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) unterscheidet in ständiger Rechtsprechung zwischen echter und unechter Rückwirkung, je nachdem, ob eine Norm nachträglich ändernd in abgewickelte, der Vergangenheit angehörende Tatbestände eingreift, die sogenannte echte Rückwirkung, oder nur für die Zukunft auf gegenwärtige, noch nicht abgeschlossene Sachverhalte und Rechtsbeziehungen einwirkt, die sogenannte unechte Rückwirkung. Ob nun eine echte oder unechte Rückwirkung vorliegt, bedarf hier jedoch keiner Entscheidung, weil das Prüfergebnis der Rechtfertigungen in beiden Fällen gleich wäre. Im Falle der echten Rückwirkung gilt, dass diese grundsätzlich unzulässig ist, ausnahmsweise aber gerechtfertigt werden kann. Dagegen liegt es bei unechter Rückwirkung genau umgekehrt, d. h. diese ist grundsätzlich erlaubt, kann ausnahmsweise aber unzulässig sein. Ob im konkreten Fall die Regel oder die Ausnahme gilt, ergibt sich letztlich aus einer Interessensabwägung. Fehlt es an schutzwürdigem Vertrauen der Normbetroffenen, kann auch die echte Rückwirkung verfassungs-

konform sein. Ein schutzwürdiges Vertrauen zu gunsten der Krankenkassen kommt im Hinblick auf die drohende Inanspruchnahme durch das Bundesversicherungsamt (BVA) aber nach keiner denkbaren Sichtweise für zurückliegende Zuweisungen in Betracht. Die Geltendmachung von Vertrauenschutz bezogen auf die Regelung in § 188 Absatz 4 Satz 1 SGB V hätte nahezu rechtsmissbräuchliche Züge. Wenn ein Mitglied den Geltungsbereich des deutschen Sozialrechts verlässt, keine Leistungen mehr beansprucht und keine Beiträge entrichtet, kann offenkundig davon ausgegangen werden, dass das Mitglied keinen Versicherungsschutz mehr in Deutschland benötigt oder wünscht. Für die jeweilige Krankenkasse ist dies ohne weiteres feststellbar. Denn solche Mitglieder unterscheiden sich von üblichen Mitgliedern mit offenen Beitragsforderungen bereits dadurch, dass keinerlei Leistungen in Anspruch genommen werden. Jedenfalls der Umstand, dass nicht oder nicht mehr feststellbar ist, ob sich das Mitglied im Geltungsbereich des deutschen Sozialrechts befindet, dürfte für die Krankenkasse ein eindeutiges Anzeichen dafür sein, dass ein Versicherungsverhältnis nur noch zum Schein besteht. Die Annahme, Krankenkassen seien sich nicht bewusst, dass es sich bei Vorliegen der genannten Indizien um Scheinmitglieder handelt, erscheint unrealistisch und praxisfern. Vielmehr ist davon auszugehen, dass Krankenkassen überprüfen, weshalb sie von einem Mitglied keine Beitragszahlungen erhalten. In diesem Zusammenhang spielt auch die Ermittlung des Wohnsitzes des Mitglieds zwecks Eintreibung der Beiträge eine entscheidende Rolle. Gerade wenn es nicht gelingt festzustellen, ob ein Mitglied seinen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland hat und sich damit noch im Geltungsbereich des hiesigen Sozialrechts befindet, dürfte es für eine Krankenkasse einfach sein, eine Scheinmitgliedschaft auszumachen. Bei der Berufung auf Vertrauenschutz in nahezu sicherem Wissen, dass es sich bei den Mitgliedern, für die Zuweisungen erhalten wurden, um Scheinmitglieder handelt, würde es sich um ein grob trewidriges Verhalten handeln. Im Übrigen können sich gesetzliche Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts nach ständiger Rechtsprechung des BVerfG nicht auf Grundrechte berufen. Im Ergebnis ist also festzuhalten, dass sich Aspekte des Vertrauenschutzes hier nicht für das Behaltendürfen der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds anführen lassen. Sollte es



sich also um eine echte Rückwirkung handeln, wäre diese ausnahmsweise zu rechtfertigen. Läge eine unechte Rückwirkung vor, würde dieses Ergebnis erst Recht gelten. Aus verfassungsrechtlicher Sicht ist die in § 323 SGB V in der Fassung des Gesetzentwurfes vorgesehene Regelung daher nicht zu beanstanden.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Herr Prof. Dr. Ullrich, können Sie uns kurz darlegen, wie Sie die Wiedereinführung der paritätischen Finanzierung aus ökonomischer Sicht beurteilen?

**ESV Prof. Dr. Volker Ulrich:** Mit der Wiedereinführung der Parität wird zunächst einmal eine Vorgabe des Koalitionsvertrages umgesetzt. Das ist offensichtlich. In diesem Kreise hier wurde das vor zwei Jahren schon einmal diskutiert. Ich muss sagen, dass seitdem wissenschaftlich nicht viel Neues dazu gekommen ist. Die Einzelgutachter waren damals Herr Reiners, Herr Greiner und der heute auch anwesende Kollege, Herr Prof. Dr. Greß. Während Herr Prof. Dr. Greß und Herr Reiners die Wiedereinführung begrüßt und begründet haben, war Herr Greiner etwas zurückhaltender und verwendete auch den Begriff Symbolpolitik, weil Volkswirte keinen originären Arbeitgeberanteil kennen. Das wird alles aus der Bruttolohnsumme des Arbeitnehmers erwirtschaftet. Von daher geht es nur um die Gesamtbelastung des Arbeitgebers aus Lohn- und Lohnnebenkosten. Das wäre meine Vorbemerkung. Ansonsten gibt es aus meiner Sicht nicht schwarz und weiß, sondern das ist schon grau und es ist die Frage, wie man das Ganze gewichtet. Als wir im Jahr 2005 die Deckelung der Arbeitgeberbeiträge eingeführt haben, hatten wir zwölf Prozent bzw. nahezu fünf Millionen Arbeitslose und die Entlastung der Arbeitgeber stand im Mittelpunkt und hatte sicherlich das größte Gewicht. Heute sieht die Sachlage anders aus. Wir haben eine gute Konjunktur und eine Arbeitslosenquote nur noch von knapp fünf Prozent. Wir haben 2,5 Millionen Arbeitslose. Und wenn wir diese Zusammenhänge heute anders gewichten und nicht die Effizienz und die Wirtschaftlichkeit nicht mehr so sehr betonen wollen, sondern mehr die Verteilungsgerechtigkeit, dann ist das unter diesem Aspekt sicherlich politisch legitim. Vielleicht noch eine Frage. Wer gewinnt und wer verliert, ist auch ein Punkt, der hier interessiert, wo man mit

Interesse zuhört und wo wir uns überlegen, wie man das bewerten kann. Sicherlich werden die Arbeitgeber, mal abgesehen von meiner Anmerkung zu Beginn, stärker belastet. Die Arbeitnehmer werden leicht entlastet, wenn ich ausschließlich auf die Krankenversicherung schaue. Wenn ich aber die gesamte Sozialversicherung nehme, muss man andere Komponenten mit berücksichtigen. Dann haben wir die Arbeitslosenversicherung und die Pflegeversicherung. Hier gehe ich davon aus, dass sich die beiden Effekte aufheben, d. h. unter dem Strich bliebe eine leichte Entlastung für den Arbeitnehmer. Wenn Sie Durchschnittswerte und mittlere Einkommen zugrunde legen, reden wir bei einem durchschnittlichen Einkommen von einer Entlastung von 12 Euro pro Monat. Allerdings habe ich Veränderungen der Rentenversicherung hier noch nicht berücksichtigt. Alles in allem würde ich sagen, das ist politisch zu verantworten und sicherlich eine tragfähige Lösung.

Abg. **Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): Die Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Herrn Dr. Albrecht. Wie bewerten Sie die vorgesehenen Regelungen zur Absenkung der Finanzreserven der Krankenkassen auf eine einfache Monatsausgabe im Hinblick auf zukünftig zu erwartende Ausgabenrisiken der Krankenkassen? Bitte begründen Sie dies auch vor dem Hintergrund, dass unterjährige Einnahmerisiken seit Einführung des Gesundheitsfonds nicht mehr von den einzelnen Krankenkassen, sondern vom Fonds getragen werden.

**ESV Dr. Martin Albrecht:** Die GKV ist nach dem Umlageprinzip organisiert und wird solidarisch finanziert. In dieser Hinsicht ist ein systematischer Auf- und Ausbau von Finanzrücklagen meiner Meinung nach nicht begründbar. Es gilt das Prinzip der ausgabendeckenden Beitragssätze. Wenn wir auf eine wieder einmal schlechter laufende Konjunktur oder stärker steigende Ausgaben verweisen, ist das sehr unspezifisch und führt letztlich dazu, dass dieses Prinzip willkürlich gehandhabt wird. Nichtsdestotrotz ist es so, dass wir jetzt Rücklagen in beachtlicher Größenordnung haben und auch wenn der Aufbau in der Vergangenheit schwer begründbar ist, muss man sich fragen, wie der Abbau wirkt. Da ist es klar, dass es bei so großen Summen zu Verwerfungen im Wettbewerb kommen kann. Insofern sieht der Gesetzentwurf Maßnahmen vor,



um diese Verwerfungen möglichst zu vermeiden. Stichworte sind hier der schrittweise Abbau über mehrere Jahre, Ausnahmen für kleine Krankenkassen und insbesondere die Reform des Risikostrukturausgleichs (RSA). Ich denke, diese Maßnahmen sind in jedem Fall richtig, um diese Verwerfung zu vermeiden, auch wenn der Zeitplan etwas ambitioniert ist.

**Abg. Rudolf Henke** (CDU/CSU): Ich richte meine Frage an den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Ulrich. Ich persönlich bin ein großer Anhänger des dualen Versicherungssystems und des dualen Systems der gesetzlichen Krankenkassen. Nun sind im Gesetzentwurf Grenzen für die Höhe der Finanzreserven von Krankenkassen und Abbaumechanismen vorgesehen. Haushälterisch denkt man, je größer die Reserven, desto besser; dann hat man gut für schlechte Zeiten vorgesorgt. Deswegen meine Frage: Wie bewerten Sie diese Regelungen im Einzelnen? Was halten Sie von der Kopplung der Regelungen mit der Reform des RSA?

**ESV Prof. Dr. Volker Ulrich:** Generell glaube ich, ist der Abbau der Finanzreserven angebracht, wenn man diese Mittel für eine wirtschaftliche Versorgung nicht benötigt. Da wir diese 30 Milliarden Euro insgesamt und diese 20 Milliarden Euro seit vielen Jahren bei den Krankenkassen beobachten, gibt es gute Gründe, diese Mittel zurückzuführen. Die Rückführung der Zusatzbeiträge wäre eine Entlastung nicht nur der Arbeitnehmer, sondern auch der Arbeitgeber. Wir haben gerade festgestellt, dass die Arbeitgeber durch andere Elemente des Gesetzes in der Tendenz stärker belastet werden. Da Krankenkassen aus meiner Sicht keine Sparkassen sind und wenn die Mittel nicht in der wirtschaftlichen Versorgung eingesetzt werden, hätte ich zunächst keine Einwände. Natürlich kann man fragen, ob das langfristig sehr sinnvoll ist. Sie hatten schon die Reform des morbidityorientierter Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) angesprochen. Die jetzige Reihenfolge finde ich unter diesen Aspekten sehr angemessen und angebracht. Wir wissen alle, wenn der Morbi-RSA im Herbst reformiert werden sollte, wird das auch wieder Finanzwirkungen haben, die sich asymmetrisch auf die Krankenkassen verteilen. Von daher macht es Sinn, zunächst das eine und dann das andere in Angriff zu nehmen. Man kann über die Höhe der

Rücklagen diskutieren. Diese entspricht jetzt nur noch dem 1,0-fachen einer durchschnittlichen Monatsausgabe. Das ist gerade so viel, dass aus dem Gesundheitsfonds keine Liquidität ausgeschüttet werden muss. Man kann es ökonomisch schwer begründen, warum gerade dieser Faktor und kein anderer gewählt wurde. Ein Vorteil bei der Rückführung der Finanzmittel wäre, dass der Preiswettbewerb über den Zusatzbeitrag zurückgeführt wird und wir in eine Richtung gehen könnten, die wir alle wünschen. Mehr Anteile haben eine größere Bedeutung für den Qualitätswettbewerb. Natürlich muss man sich vor Augen führen, dass die Finanzreserven der Krankenkassen an und für sich eine Perspektive haben. Ich zähle auch zu denen, die glauben, auch wenn der Schätzerkreis das für die nächsten Jahre noch nicht so sieht, das durch den demografischen Wandel und den technischen Fortschritt langfristig weitere Belastungen anstehen. Es gibt Punkte, die in die eine und in die andere Richtung zeigen. Aber da wir in der Tendenz eher Beitragssätze erhöhen als absenken, finde ich das im Moment eine gute Situation, um das durchzuführen. Es sind nun einmal Gelder, die den Versicherten zustehen, die diese aufbringen. Wenn ich alles abwäge, würde ich meinen, die Rückführung der Mittel in der erwähnten Reihenfolge kann man gut begründen.

**Abg. Lothar Riebsamen** (CDU/CSU): Meine Frage geht an Herrn Prof. Dr. Sodan. Wie beurteilen Sie die Regelungen zur Absenkung der Rücklagen im Hinblick auf die Rechtsprechung des BVerfG zur Zweckbindung von Sozialversicherungsbeiträgen?

**ESV Prof. Dr. Helge Sodan:** Die Entscheidung über die Haushaltungsführung, wenn ich damit beginnen darf, gehört zur einfach gesetzlich manifestierten Selbstverwaltung in der GKV. Allerdings verfügt diese Selbstverwaltung, und das ist verfassungsrechtlich von Bedeutung, anders als die kommunale Selbstverwaltung nach einhelliger Auffassung über keine verfassungsrechtlich institutionalisierte Garantie. Sie ist vielmehr als funktionale Selbstverwaltung vom Gesetzgeber, dem insoweit ein erheblicher Spielraum zukommt, zur eigenverantwortlichen Erfüllung bestimmter Aufgaben ausgestaltet. Bei genauerer Betrachtung ist bereits fraglich, ob durch die Festlegung einer Obergrenze für finanzielle Reserven überhaupt in die Haushaltungsführung



der Krankenkassen eingegriffen wird. Es trifft zwar zu, dass es im Rahmen dieser Haushaltsführung finanzielle Reserven für unvorhergesehene Ereignisse geben muss, dem trägt die beabsichtigte Regelung allerdings hinreichend Rechnung. Dies gilt umso mehr, als es sich bei den Einnahmen der GKV um Beitragsmittel handelt. Diese unterliegen einer strengen Zweckbindung. In seinem Urteil vom 18. Juli 2005 betreffend die Verfassungsmäßigkeit des RSA hat das BVerfG zur Zweckbindung der Beitragsmittel bereits festgestellt, dass die erhobenen Geldmittel allein zur Finanzierung der Aufgaben der Sozialversicherung eingesetzt werden dürfen und zur Befriedigung des allgemeinen Finanzbedarfs des Staates sowie seiner Glieder gerade nicht zur Verfügung stehen. Ferner verwies das BVerfG seinerzeit auf die grundlegende Wertung des Beitragsrechts, nur so viele finanzielle Lasten von den Versicherten abzuverlangen, wie für die Durchführung der GKV erforderlich sind. Dieser Befund gilt noch heute. Auch der kassenindividuelle Zusatzbeitrag soll nach dem Gesetz nur erhoben werden, um Finanzierungslücken zu schließen. Es ist daher davon auszugehen, dass die Aufbringung von Beitragsmitteln auf eine Kostendeckung nicht aber auf die Bildung stattlicher Überschüsse abzielt. Nicht zuletzt trägt eine Beitragsentlastung den Grundrechten der Versicherten Rechnung. Der Staat ist einer Grundaufgabe, die Allgemeinheit vor dem Lebensrisiko der Krankheit zu schützen, durch die Schaffung der GKV als Pflichtversicherung nachgekommen. Gleichwohl ergeben sich aus der Zwangskorporation in die GKV Grundrechtseinträge zu Lasten der Betroffenen. Die mit der Pflichtzugehörigkeit erwachsenen Belastungen müssen nach der Rechtsprechung des BVerfG in einem vernünftigen Verhältnis zu dem für die Betroffenen und die Allgemeinheit bewirkten Vorteile stehen. Belastungen entstehen für die Versicherten, indem sie die GKV gemeinsam solidarisch finanzieren. Sofern die finanziellen Mittel ausreichen, um die Ausgaben GKV zu decken und deren Funktionsfähigkeit zu wahren, ist es im Hinblick auf die Verhältnismäßigkeit des Eingriffs in die allgemeine Handlungsfreiheit des Artikel 2 Absatz 1 des Grundgesetzes sinnvoll, die Versicherten durch Beitragssenkungen zu entlasten. Nach alledem sind die Deckelungen der finanziellen Rücklagen um die Verpflichtung, Überschüsse für eine Senkung der kassenindividuellen Zusatzbeiträge zu führen, verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden.

**Abg. Alexander Krauß (CDU/CSU):** Meine Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Herrn Dr. Albrecht. Der Gesetzentwurf sieht vor, die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für Selbstständige um nahezu die Hälfte zu senken. Was halten Sie davon und was ist Ihre Meinung zu diesem Thema?

**ESV Dr. Martin Albrecht:** Die Mindestbeitragsbemessungsgrundlagen für hauptberuflich Selbstständige sind letztlich damit begründet, dass Selbstständige über mehr Spielräume verfügen, ihr beitragsrelevantes Einkommen zu bestimmen, weil für sie letztlich die Einkünfte nach Steuerrecht maßgeblich sind. Um das zu kompensieren, wurden die Mindestbeitragsbemessungsgrundlagen festgelegt. Ein weiterer Grund, der angeführt wird, ist, dass man vermeiden möchte, dass hauptberuflich Selbstständige mit geringerem Einkommen oder geringeren Einkünften systematisch stärker in die GKV und die mit höherem Einkommen in die private Krankenversicherung (PKV) gehen. Meiner Meinung nach sind beide Begründungen durch die Realität nicht mehr begründbar. Zum einen ist es so, dass die hauptberuflich Selbstständigen, die in der GKV versichert sind, mehrheitlich geringe Einkünfte haben. Bei fast der Hälfte dieser Gruppe liegen die Einkünfte bei ungefähr 2 000 Euro brutto im Monat. Das bedeutet in den unteren Einkommensquintilen eine sehr hohe relative Belastung des Einkommens durch die Mindestbeiträge, die in den beiden unteren Einkommensquintilen von 19 Prozent bis im Extremfall zu 40 Prozent reichen. Der zweite Grund ist auch nicht gegeben. Es ist heute schon so, dass mehr hauptberuflich Selbstständige gesetzlich versichert sind und dass es sich hierbei um diejenigen handelt, die im Durchschnitt ein relativ geringeres Einkommen haben. Das durchschnittliche Einkommen der hauptberuflich Selbstständigen, die in der GKV sind, liegt nach unseren eigenen Berechnungen um ca. 44 Prozent unter dem Durchschnittseinkommen, das hauptberuflich Selbstständige haben, die in der PKV versichert sind. Unter diesen beiden Aspekten, die in der Realität nicht mehr zutreffen, ist es meiner Meinung nach ein richtiger Schritt, die Mindestbeitragsbemessungsgrundlagen für hauptberuflich Selbstständige in der GKV zu senken. Sie sollen halbiert werden. Das kann man damit begründen, dass Mindestbeiträge insgesamt ein relativ unscharfes Instrument sind, um die beiden Dinge, mit



denen sie begründet wurden, zu erreichen, nämlich eine andere Aufteilung zwischen den besserverdienenden und den schlechter verdienenden hauptberuflich Selbstständigen zwischen den beiden Versicherungssystemen und auch die Kompensation von Gestaltungsspielräumen. Wir haben gesehen, dass das beides nicht mehr greift. Insofern ist dieses Instrument relativ wenig geeignet und gleichzeitig belastet es die geringverdienenden hauptberuflich Selbstständigen. Perspektivisch ist es sinnvoll, dahin zu kommen, dass alle Mitglieder in der GKV nach ihrer individuellen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit verbeitragt werden. Da könnte man sicher noch einen Schritt weiter gehen und anstreben, dass sich die Beiträge, auch für die hauptberuflich Selbstständigen, zumindest in einem Bereich zwischen einer Geringfügigkeitsgrenze und der Beitragsbemessungsgrenze am tatsächlichen Einkommen orientieren. Kurzfristig ist es sicherlich erstmal ein richtiger Schritt, mit der Halbierung zu beginnen.

**Abg. Karin Maag (CDU/CSU):** Meine Frage richtet sich an den vdek. Der Gesetzentwurf enthält Regelungen zum Abbau und zur Vermeidung von Beitragsschulden bei den sogenannten ungeklärten passiven Mitgliedschaften. Wie bewertet der vdek das Vorhaben?

**SVe Ulrike Elsner (Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)):** Wir begrüßen es ausdrücklich, dass der Komplex der obligatorischen Anschlussversicherung (OAV) weiter geregelt wird. Ich will Ihnen eine Zahl nennen, die wir vorliegen haben, da die Statistik auch die Versicherten ausweist, die keine Beiträge bezahlen. Für September ist diese Zahl 258 920. Das ist der Kreis derjenigen, die keine Beiträge bezahlen. Daher ist es richtig, dass nicht nur für die Zukunft, sondern auch für die Vergangenheit die entsprechenden Versicherungsverhältnisse nach dem Kriterien-Set, das der Gesetzentwurf enthält, geklärt werden. Ich möchte eine Anregung und einen Vorschlag unterbreiten, die Regeln entsprechend zu ergänzen. Möglicherweise wird bis zum Inkrafttreten des Gesetzes versucht werden, den Intentionen des Gesetzgebers zuwider zu laufen, indem jetzt Mitgliederbestände bereinigt werden, um zukünftig nicht mehr in die Bereinigungsnotwendigkeit zu kommen. Das hat zur Folge, dass Zuweisungsbeträge nicht an den Gesundheitsfonds

zurück zu erstatten sind. Damit diese Umgehung nicht möglich ist, möchten wir anregen, dass alle Versicherungsverhältnisse geprüft werden, die seit der letzten Datenmeldung verändert worden sind. Wir haben dazu einen konkreten Formulierungsvorschlag vorgelegt. Dieser findet sich auch in den Stellungnahmen des GKV-Spitzenverbandes, des BKK Dachverbandes und der IKK.

**Abg. Prof. Dr. Claudia Schmidtke (CDU/CSU):** Die Frage geht an den Einzelsachverständigen, Herrn Prof. Dr. Ulrich. Ich hätte von Ihnen gerne gewusst, ob Sie durch die hälftige Übernahme des Zusatzbeitrages Auswirkungen auf den Wettbewerb der Krankenkassen erwarten und ob Sie damit rechnen, dass die Krankenkassen Einfluss auf die Arbeitgeber und damit auf Wechselbewegungen der Versicherten nehmen?

**ESV Prof. Dr. Volker Ulrich:** Von ökonomischer Seite hätte ich es begrüßt, wenn der Arbeitgeberanteil nicht auf den individuellen, sondern auf den durchschnittlichen Zusatzbeitrag bezogen worden wäre. Dann wären die Anreize aus der Sicht des Versicherten aus ökonomischer Perspektive in die richtige Richtung gegangen. Er hätte weiterhin nach einer günstigen Versicherung gesucht. Wenn der Arbeitgeber die Hälfte des individuellen Beitrags übernimmt, ist dieser Anreiz für den Arbeitnehmer nicht mehr so ausgeprägt und der Arbeitgeber hätte ein Interesse, dass der Arbeitnehmer in einer relativ preiswerten Krankenkasse, also mit einem vergleichsweise niedrigen Zusatzbeitrag, versichert ist. Ob das aber ein großes Problem bei den Zahlen ist, die ich vorher genannt habe, also bei einer Entlastung von 12 Euro, das wage ich zu bezweifeln. Die Theorie sagt also ja, der Arbeitnehmer könnte jetzt ein Interesse haben, diesen Einfluss auszuüben. Die Empirie sagt, dass dieses Problem beherrschbar ist.

**Abg. Michael Hennrich (CDU/CSU):** Ich würde vom AOK-Bundesverband gerne die Positionierung zu den ungeklärten passiven Mitgliedschaften hören. Sie sind im besonderen Maße davon betroffen und haben sich schon sehr kritisch geäußert.



**SV Martin Litsch** (AOK-Bundesverband GbR (AOK-BV)): Erstens ist unstrittig, dass Mitgliedschaften, die nicht rechtssicher zustande kommen, zu bereinigen sind. Wir reden aber über Versicherungsverhältnisse, die dem Ziel dienen, die OAV zu sichern, so niemand in der Bundesrepublik Deutschland ohne Krankenversicherungsschutz ist. Selbst wenn kein Kontakt, keine Leistungsinanspruchnahme und keine Beiträge entstehen, mussten wir solche Versicherungsverhältnisse eröffnen. Das hat uns vor erhebliche Probleme gestellt und führt zu den Beitragsrückständen. Ich weise darauf hin, für die AOK und für das AOK-System geht es hier nicht, weil das immer wieder kommuniziert wird, um Saisonarbeitskräfte. Saisonarbeitskräfte werden bei uns maschinell identifiziert und sind insofern nicht mit OAV versehen. Es geht auch nicht um Karteileichen, sondern um Bürger dieses Landes, die unauffindbar sind und deswegen Versicherungsschutz beanspruchen dürfen. So ist die gegenwärtige Rechtslage. Wir sind grundsätzlich dagegen, das rückwirkend abzuwickeln, weil diese Verhältnisse auf der Basis bestehenden Rechts entstanden sind und die Aufsichten auch darauf basieren haben, dass wir diese nicht schließen, sondern weiterführen würden. Die Frage ist, wie wir rückwirkend damit umgehen. Wir sind der Meinung, dass es, wenn man rückwirkend abwickeln möchte, zwingend erforderlich ist, alle Kassen gleich zu behandeln und nicht nur die OAV bereinigt werden, sondern auch die freiwilligen Versichertenverhältnisse, die aber den Kriterien einer OAV entsprechen und deshalb als Anschlussversicherungen in den Beständen geführt werden müssten. Wir sind insofern kongruent, dass wir sagen, wenn es zu einer Rückwirkung kommen muss, weil das politischer Wille ist, dann so, dass freiwillige Versichertenverhältnisse berücksichtigt werden und im § 323 SGB V auch der § 9 SGB V neben dem § 188 SGB V aufgenommen werden muss, sodass nicht nur die § 188er rückabgewickelt werden, sondern auch die § 9er, also die freiwillig Versicherten, die diesen Kriterien entsprechen.

**Abg. Stephan Pilsinger** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den Deutschen BundeswehrVerband. Der Gesetzesentwurf enthält Regelungen, um Soldatinnen und Soldaten auf Zeit nach Ende der Dienstzeit den Zugang zur GKV zu erleichtern. Was halten Sie davon?

**SV Dr. Detlef Buch** (Deutscher BundeswehrVerband e. V. (DBwV)): Wir begrüßen zum einen die Aufnahme des Vorhabens in den Koalitionsvertrag und natürlich auch die Umsetzung im Rahmen des vorliegenden Gesetzentwurfes. Für uns ist dieses Thema von höchster Priorität. Nicht nur dadurch bedingt, dass die Delegierten unserer letzten Hauptversammlung dieses Thema ganz oben auf die Tagesordnung gesetzt haben, sondern auch, weil es in den letzten Monaten durch hunderte von Betroffenen, besonders aus den Einsatzgebieten der Bundeswehr, mit Briefen an die Verantwortlichen in der Politik zum Ausdruck gebracht haben. Worum geht es? Ich will das für diese Personengruppe noch einmal umschreiben. Es geht bei den Zeitsoldaten um eine Personengruppe, die mit am stärksten benachteiligt ist. Das ist die Gruppe, die sachgrundlos befristet bei der Bundeswehr in einem Kettenvertrag hängt. Sie haben keine Möglichkeit ihr Dienstverhältnis zu kündigen und sie sind durch den Status als Zeitsoldat während ihres Dienstverhältnisses in der unentgeltlichen truppenärztlichen Versorgung. Tatsächlich war es notwendig, eine gesetzliche Änderung aus dem Jahr 2012 mit der Sozialgesetzgebung zu harmonisieren. Insofern sind die Schritte und Inhalte, die zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und dem Bundesministerium der Verteidigung (BMVg) verhandelt wurden und jetzt Bestandteile des Gesetzespakets sind, gut. Allerdings sehen wir noch zwei wesentliche Punkte, die nicht erfüllt sind. Die haben wir im Rahmen einer Stellungnahme zum Ausdruck gebracht. Dafür stehe ich gerne für Fragen zur Verfügung.

**Abg. Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): Die Frage richtet sich an die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege. Ich will noch einmal das Thema anreißen, was Kollege Krauß eben schon angesprochen hat. Die hohen GKV-Beiträge bei kleinen Selbstständigen und die jetzt beabsichtigte Reduzierung auf die Hälfte. Was halten Sie von dieser beabsichtigten Absenkung?

**SVe Dr. Elisabeth Fix** (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)): Wir begrüßen die Regelung ausdrücklich. Wie vielfältig dargestellt wurde, sind viele Selbstständige mit geringeren Einkünften bisher mit hohen Beiträgen belastet gewesen. Deswegen ist es richtig und



sinnvoll, die Mindestbemessungsgrundlage entsprechend zu halbieren. Davon werden viele Selbstständige profitieren. Allerdings möchten wir auf eine Regelung hinweisen. Es wird künftig möglich sein, dass freiwillig Versicherte binnen eines Jahres niedrigere Einkünfte nachweisen und erklären können und sich ihre Beiträge dann entsprechend reduzieren. Gleichzeitig sind Beitragsschulden aufgelaufen. Der Referentenentwurf hatte vorgesehen, dass dafür kein zusätzlicher Säumniszuschlag erhoben wird. Im Kabinettsentwurf ist die Regelung aber dahingehend verändert worden, dass im Umfang der veränderten Beitragssatzfestsetzung ein Säumniszuschlag erhoben wird. Das halten wir nicht für sachgerecht. Ein Säumniszuschlag kann aus unserer Sicht nur auf bestehende Rechtsverhältnisse, und zwar zum Zeitpunkt ihres Entstehens, erhoben werden. Wir gehen davon aus, dass es sich bei dieser Regelung hier um ein Versehen handelt. Das bitten wir dringend zu korrigieren.

**Abg. Max Straubinger** (CDU/CSU): Ich hätte eine Frage an den GKV-Spitzenverband. Es ist im Gesetzentwurf vorgesehen, die Angleichung der gesetzlichen Vorgabe für den zusätzlichen Aktienanteil an Deckungskapital auf 20 Prozent zu heben. Bleibt Ihrer Einschätzung nach trotz dieser Anhebung sichergestellt, dass die Sozialversicherungsträger bei den Vermögensanlagen in Aktien keine unangemessenen Risiken eingehen?

**SVe Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband (GKV)): Wir begrüßen diese Angleichung der zulässigen Aktienquote. Wir haben das auch schon seit Jahren gefordert. Das ist eine Regelung, die auch für den Versorgungsfonds des Bundes gilt. Es gibt durch diese Erhöhung der Quote auf maximal 20 Prozent tatsächlich die Möglichkeit für die Kasen, in der anhaltenden Niedrigzinsphase zumindest im begrenzten Umfang Rendite-Chancen zu wahren. Wir sehen keine unangemessenen Risiken darin. Zum einen ist diese Möglichkeit in diesem Anteil Aktien zu nutzen ausschließlich für den Bereich des Deckungskapitals für die Altersversorgungsverpflichtungen der Träger geöffnet. Das heißt, es geht um ganz bestimmte zweckgebundene Anlagen mit einem sehr langen Zeithorizont. Es geht dezidiert nicht um die Rücklagen der Krankenkassen, die sie z. B. zur Sicherstellung ihrer

Zahlungsverpflichtungen bilden, die auch kurzfristig zur Verfügung stehen müssen. Es bleibt zudem dabei, dass 80 Prozent nicht in Aktien investiert werden dürfen. Insofern sehen wir keine Risiken bei der Erhöhung der Quote.

**Abg. Dietrich Monstadt** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege. Wie stehen Sie zu dem Vorhaben, dass ab Januar 2019 die Beiträge zur Krankenversicherung wieder vollständig paritätisch getragen werden sollen?

**SVe Dr. Elisabeth Fix** (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)): Die BAGFW begrüßt die Rückkehr zur paritätischen Finanzierung ausdrücklich. Insbesondere die Bezieher niedriger Einkommen werden dadurch entlastet. Wir haben den Betrag von 12 Euro durchschnittlich dadurch, dass die Arbeitnehmer den kassenindividuellen Zusatzbeitrag nicht mehr allein zahlen müssen, schon gehört. Wir sehen aber auch Vorteile durch die stärkere Beteiligung der Arbeitgeber an der hälftigen Übernahme der Beiträge, weil die Arbeitgeber dann wieder ein größeres Interesse haben, die Beitragssatzentwicklung mit in den Blick zu nehmen und zu kontrollieren und Beitragssatzsteigerungen zu vermeiden. Insgesamt ist es eine sehr positiv zu bewertende Regelung. Sie trägt dem Solidarprinzip, einem tragen Prinzip des deutschen Sozialstaats, Rechnung.

**Abg. Michael Hennrich** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den BKK Dachverband. Sie führen in Ihrer Stellungnahme aus, dass Sie beim Abschmelzen der Finanzreserven gerne die Obergrenze für kleinere Betriebskrankenkassen von 50 000 Euro auf 100 000 Euro erhöhen würden. Können Sie das kurz begründen?

**SV Franz Knieps** (BKK Dachverband e. V. (BKK-DV)): Der überaus größte Teil der Betriebskrankenkassen sind kleine und mittlere Kassen im Segment bis 100 000 Mitglieder. Bei diesen Kassen haben wir die mehrfache Erfahrung gemacht, dass schon ein einziger Leistungsfall, wenn bspw. eine Autoimmunerkrankung oder Hämophilie auftritt, oder wenn mehrere Leistungsfälle, die mit extrem



teuren onkologischen Therapien oder Immuntherapien behandelt werden müssen, auftreten, sofort eine Beitragssatzanpassung fällig wäre. Deshalb macht es Sinn, hier die 100 000er Grenze zu setzen. Auch die 50 000er Grenze ist schon eine gewisse Stabilisierung, auch nicht ausreichend für kleinere Krankenkassen. Wir regen für die geschlossenen Betriebskrankenkassen, für die nicht das BKK-System oder gar die GKV als Ganzes haftet sondern der Arbeitgeber, an, eine Befreiung vorzusehen.

**Abg. Rudolf Henke** (CDU/CSU): Noch eine kurze Frage an den Deutschen BundeswehrVerband. Sie haben in Ihrer Stellungnahme eine Ergänzung im Hinblick auf sogenannte Altfälle gefordert. Könnten Sie uns sagen, welcher Personenkreis das ist, wie viele ehemalige Zeitsoldaten betroffen wären und warum Sie glauben, dass das jetzige System unzureichend ist?

**SV Dr. Detlef Buch** (Deutscher BundeswehrVerband e. V. (DBwV)): Bei den sogenannten Altfällen handelt es sich um alle Soldatinnen und Soldaten auf Zeit, die zwischen dem 15. März 2012 und dem 30. September 2018 ihr Dienstverhältnis beendet haben. Nach Auskunft des BMVg sind das ca. 50 Soldatinnen und Soldaten auf Zeit, die vor Wirksamkeit des neuen VEG nicht mehr in den Genuss der Regelungen kommen. Das heißt, die laufen mit Beendigung ihres Dienstverhältnisses ins Leere, können nicht Mitglied in einer GKV werden und müssen sich in der PKV-Vollkostenversicherung versichern. Wir haben Fälle aus der Rechtsberatung von Soldatinnen und Soldaten, die teilweise bis in die 60er Lebensjahre hinein gedient haben und die inzwischen Altersrentenbezieher sind und bis zu 700 Euro monatlich für die PKV-Vollkostenversicherung bezahlen müssen. Insofern war unser Vorschlag für diese etwa 50 ehemaligen Kameradinnen und Kameraden eine Sonderregelung zu finden, insofern, als dass der § 9 Absatz 1 Nr. 8 SGB V um eine zeitlich begrenzte Öffnungs-Klausel ergänzt wird. Diese Gruppe wird nicht mehr größer, sondern biologisch nur noch kleiner werden. Ich würde mich freuen, wenn das Ganze noch Bestandteil des VEG werden könnte.

**Abg. Sabine Dittmar** (SPD): Meine Frage geht an den Deutschen Gewerkschaftsbund. Ab dem

1. Januar 2019 werden die Beiträge zur GKV wieder zu gleichen Teilen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern, Rentnerinnen und Rentnern und Deutscher Rentenversicherung getragen. Die Wiedereinführung der Parität war uns als SPD ein sehr wichtiges Anliegen, um die entsprechenden Personengruppen zu entlasten, aber auch um Arbeitgeber und die Rentenversicherung künftig gleichermaßen an den Kostensteigerungen im Gesundheitswesen zu beteiligen. Wie bewerten Sie die Regelung zur paritätschen Finanzierung im Gesetzentwurf?

**SV Knut Lambertin** (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Wir haben in der erwähnten Anhörung, als es um die volkswirtschaftlichen Kosten ging, gehört, dass es letztendlich keinen empirischen Nachweis dafür gibt, dass es positive Effekte auf die Volkswirtschaft hätte, wenn die Arbeitgeber durch die Krankenversicherungsbeiträge niedriger belastet werden würden als die Arbeitnehmer. Deswegen begrüßen wir als DGB sehr, dass die paritätsche Beitragssatzfinanzierung wieder eingeführt werden soll, denn das ist ein Akt der Gerechtigkeit und auch der Solidarität in der GKV. Wir finden es sehr schade, dass die abhängig Beschäftigten in Deutschland in der Zwischenzeit 50 Milliarden Euro mehr zahlen mussten als die Arbeitgeber, aber die Wiedereinführung der Parität ist ein Akt der Wiederherstellung der Solidarität in der GKV.

**Abg. Bärbel Bas** (SPD): Meine Frage geht an den Einzelsachverständigen Herrn Prof. Dr. Stefan Greß und beschäftigt sich nochmal mit dem Thema Selbstständige. Der Gesetzentwurf sieht die Halbierung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage vor. Jetzt gibt es verschiedene Bemessungsgrenzen. Wie beurteilen Sie die Halbierung und wie stehen Sie zu den Vorschlägen der anderen Fraktionen? Dort geht es um andere Grenzen. Wie würden Sie die bewerten?

**ESV Prof. Dr. Stefan Greß**: Wie von anderen Sachverständigen schon angesprochen ist es zu begrüßen, dass die Mindestbemessungsgrundlage auf derzeit etwas mehr als 1 100 Euro halbiert wird. Die am meisten von dieser Problematik betroffene Klientel, also diejenigen mit dem niedrigsten Einkommen aus der Gruppe der Selbstständigen, werden aber von dieser Regelung nur teilweise erfasst



und bei einem vergleichsweise niedrigen Einkommen überproportional belastet. Gleichzeitig haben wir am anderen Ende der Einkommensskala eine ober- und unterproportionale Belastung jenseits der Beitragsbemessungsgrenze. Insofern ist das ein erster wichtiger Schritt. Aber letztendlich steht aus meiner Sicht auch eine grundsätzliche Reform des Beitragsrechts in der GKV auf der Tagesordnung. Beispielsweise sind auch freiwillig versicherte Rentnerinnen und Rentner ebenfalls überproportional von dieser Belastung betroffen. Der Antrag der FDP berücksichtigt das nicht, sondern geht nur auf die Selbstständigen ein. Der Antrag der Fraktion DIE LINKE. entwickelt ein Gesamtkonzept. Insofern sollte man darüber nachdenken, nächste Schritte zu gehen, um die Personengruppen mit sehr niedrigen Einkommen zu entlasten. Ein erster Schritt dahin wäre aus meiner Sicht die Härtefallregelung, die es bereits gibt, nicht ersatzlos zu streichen, sondern zu modifizieren und zur Wirtschaftsförderung einzusetzen, um Erwerbstätige in der Gründungsphase zu unterstützen. Das wäre ein erster zusätzlicher Schritt zur Entlastung dieser Personengruppe.

**Abg. Heike Baehrens (SPD):** Meine Frage richtet sich an den Verband der Gründer und Selbstständigen Deutschland e. V. Der Gesetzentwurf sieht mit der Halbierung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage eine Entlastung der hauptberuflich Selbstständigen in der freiwilligen Versicherung vor. Wie bewerten Sie diese? Im Krankengeldbezug bleiben hauptberuflich Selbstständige weiterhin erheblich belastet. Bitte schildern Sie uns diese Situation und welche Änderungsvorschläge Sie hierzu haben.

**SV Dr. Andreas Lutz (Verband der Gründer und Selbstständigen Deutschland e. V. (VGSD)):** Beim Krankengeldbezug geht es um eine meines Erachtens sehr problematische Regelung, die in dieser Form, anders kann ich es mir nicht erklären, gar nicht beabsichtigt worden ist. Wir sind darauf durch eine Recherche des ARD-Magazins Plusminus aufmerksam geworden und konnten es zunächst gar nicht glauben. Es wurde uns aber von Seiten der Krankenkassen als gängige Praxis bestätigt. Es gibt auch Gerichtsurteile nach denen das geltendes Recht ist. Ich möchte das an einem Sachverhalt deutlich machen. Ein sogenannter hauptbe-

ruflich Selbstständiger wird schwer krank und erkrankt z. B. an Krebs. Er zahlt seine Beiträge auf Basis der Mindestbemessungsgrenze, momentan noch auf der Basis von rund 2 240 Euro. Tatsächlich verdient er aber, vielleicht wegen der Vorstufen der Krankheit, deutlich weniger. Sagen wir 1 000 Euro. Wenn es nun zu einer längeren Behandlung kommt, erhält er ab der 7. Woche Krankengeld. Er erhält aber nicht 70 Prozent von dem Einkommen, auf das er Beiträge gezahlt hat, das wären dann 1 566 Euro, sondern auf seinen tatsächlichen Verdienst, also etwa 70 Prozent von 1 000 Euro. Das sind 700 Euro. Das ist sicher eine Überraschung für viele Betroffene, aber soweit meines Erachtens noch nachvollziehbar. Der eigentliche Skandal und das eigentliche Problem sind, dass dieser Krebskranke weiterhin die Versicherungsbeiträge auf die Differenz zwischen der Mindestbemessungsgrenze von 2 238,75 Euro und seinem vorherigen tatsächlichen Einkommen bezahlen muss. Entschuldigen Sie die vielen Zahlen, aber ich möchte das greifbar machen. Also bei 18,5 Prozent Gesamtbeitrag für die Kranken- und Pflegeversicherung muss er während seiner Krankheit, wo er 700 Euro bekommt, nochmal Beiträge auf ein fiktives, gar nicht vorhandenes Einkommen von 230 Euro pro Monat bezahlen. Dem Krebskranken bleiben 470 Euro, die er von der Versicherung erhält. Also hat er für 1 566 Euro Beiträge bezahlt und 470 Euro erhält er. Hätte er mehr verdient, würde er bei gleichem Beitrag wesentlich mehr bekommen. Dass er nur 470 Euro erhält, erfährt er in einer finanziell und emotional extrem schwierigen Situation. Ich schlage deshalb vor, das GKV-VEG zu nutzen, um diesen Missstand zu beseitigen und im Gesetz klarzustellen, dass bei Bezug von Kranken- und auch Muttergeld auf diese rein fiktiven Zusatzbeiträge verzichtet wird. Wenn ich die Spitzenverbände der Krankenversicherungen, mit denen ich darüber gesprochen habe, richtig verstanden habe, wäre das durch eine relativ kleine Änderung klarzustellen. Nachdem der Gesetzgeber mit der Halbierung der Beiträge einen sehr großen Schritt vorangemacht hat, wird das unter dem Strich auch nicht mehr viel kosten. Die Unterschiede sind nicht mehr so extrem wie vorher. Aber es würde eine für solche Menschen beschämende und erschütternde Erfahrung bereinigen.



**Abg. Bettina Müller (SPD):** Ich habe eine Frage an den Deutschen BundeswehrVerband. Wir haben gehört, dass ehemalige Soldatinnen und Soldaten auf Zeit ab dem 1. Januar 2019 ein Beitrittsrecht zur freiwilligen Versicherung in der GKV erhalten. Sie fordern in Ihrer Stellungnahme darüber hinaus, die Dienstzeit der Soldatinnen und Soldaten auf Zeit auch als Vorversicherungszeit für die Krankenversicherung der Rentner (KVdR) zu berücksichtigen. Bitte erläutern Sie diese Forderung.

**SV Dr. Detlef Buch (Deutscher BundeswehrVerband e. V. (DBwV)):** Es geht darum, dass wir seit 2012 eine komplette Flexibilisierung der Dienstzeiten der Zeitsoldaten der Bundeswehr haben. Das heißt, es ist möglich, den Dienst in der Bundeswehr zu einem späteren Lebenszeitpunkt für eine Anzahl von Jahren, die sich auch immer wieder verlängern kann, zu wählen. Diese Anzahl von Jahren kann in die zweite Lebensarbeitszeithälfte hineinragen. Ich will Ihnen ein Beispiel geben. Ein normaler Arbeitnehmer wählt in seiner Erwerbsbiographie im Alter von 39 Jahren den Dienst in der Bundeswehr. Er verpflichtet sich für die Zeit von 8 Jahren, bis zum 47. Lebensjahr. Er reicht dann in die zweite Lebensarbeitszeithälfte mit insgesamt etwas über vier Jahren hinein. Dieser Dienst in der Bundeswehr führt dazu, dass er nach weiteren anschließenden 20 Jahren als Arbeitnehmer und Beitragszahler in der GKV nicht mehr in die KVdR kommt, wenn er das Rentenalter erreicht hat. Der Zugang in die KVdR ist ihm verwehrt, obwohl er vor seinem Dienst in der Bundeswehr über 20 Jahre Beitragszahler war, dann acht Jahre Bundeswehr, dann noch einmal 20 Jahre Beitragszahler. Der Beitritt ist nicht möglich, weil er die sogenannte 9/10-Regelung nicht erfüllt, d. h. er war nicht 90 Prozent der zweiten Hälfte seines Arbeitslebens in der GKV versichert, sondern vielleicht nur 80 oder 85 Prozent und kommt dann nicht in die KVdR. Das zweite Problem, das gehört zur Erläuterung dazu, dass wir nicht nur von diesem betroffenen Personenkreis reden, sondern auch von einem normalen Zeitsoldaten, der sich bspw. im Alter von 18 Jahren für den Dienst in der Bundeswehr für 12 Jahre entscheidet und während dieser Zeit als Zeitsoldat dienstunfähig wird. Zeitsoldaten werden dann entlassen und bekommen eventuell eine Erwerbsunfähigkeitsrente. Auch in diesem Fall wird vom Rentenversicherungsträger auf die Anzahl der Jahre,

die er erwerbstätig war, das ist bei diesen Kameraden nur die Zeit bei der Bundeswehr, die 9/10-Regelung angewandt und auch hier haben die Betroffenen keinen Zugang zur KVdR, weil sie nicht 90 Prozent der zweiten Lebensarbeitszeithälfte, das sind bei diesem Kameraden dann nur zehn Jahre, in der GKV waren. Insofern sind die Argumente, die bisher gegen die Regelung ins Feld geführt werden, für uns nicht stichhaltig. Es wird argumentiert, dass dieses Prinzip der Anerkennung der Wehrdienstzeit in der zweiten Lebensarbeitszeithälfte als Vorversicherungszeit für die GKV nicht solidarisch sei, weil die Solidargemeinschaft der fast 60 Millionen Krankenversicherten in Deutschland das nicht aushalten könnte. Ich sage, es ist eher unsolidarisch den Soldatinnen und Soldaten gegenüber, die die Erfahrung machen, dass sie durch den Dienst in der Bundeswehr persönliche Nachteile haben. Nachteile haben sie im Rentenalter. Der zweite Punkt ist, dass auch Zeitsoldatinnen und Zeitsoldaten Teil der Solidargemeinschaft sind. Sie finanzieren mit ihren Steuergeldern das Krankenversicherungssystem der Bundeswehr, also den Sanitätsdienst der Bundeswehr, und sie leisten natürlich auch mit ihren Steuergeldern einen Beitrag zur Bezuschussung der Kranken- und Pflegeversicherung in Deutschland. Insofern sind wir strikt dafür, dass die Wehrdienstzeit in der zweiten Lebensarbeitszeithälfte anerkannt wird. Das wäre aus unserer Sicht ein relativ kostenneutrales Vorgehen. Es würde den Zugang in die KVdR ermöglichen und würde tausende von Zeitsoldaten nicht die Erfahrung machen lassen, dass sie persönlich benachteiligt sind, nur weil sie zu einem falschen Zeitpunkt ihrer Erwerbsbiographie den Dienst in der Bundeswehr gewählt haben.

**Abg. Sabine Dittmar (SPD):** Meine Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband. Mit dem Gesetzentwurf sollen die Krankenkassen zur Durchführung einer Bereinigung der Mitgliederbestände in der OAV verpflichtet werden. Dieser Regelung liegt die Auffassung zugrunde, dass Gegenstand der Bereinigung nur solche Mitgliedschaften sein können, die ohne Mitwirkung des Mitglieds entstanden sind. Bitte erläutern Sie kurz, weshalb Sie in Ihrer Stellungnahme eine Bestandsbereinigung bei der freiwilligen Versicherung insgesamt dennoch für sinnvoll und notwendig erachten. Welchen Änderungsbedarf sehen Sie darüber hinaus?



**SVe Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband (GKV)): Es geht um die Frage, ob Versicherungsverhältnisse zustande gekommen bzw. aufrechterhalten worden sind, bei denen es keinen Kontakt zu den Mitgliedern gibt. Unser Vorschlag sieht vor, dass alle freiwilligen Mitgliedschaften überprüft und bereinigt werden, unabhängig davon, unter welcher gesetzlichen Regelung sie geführt werden. Wenn sie nach dem Prinzip der OAV zustande gekommen sind und kein Kontakt zu diesem Mitglied besteht, auch wenn die Kasse die entsprechenden Maßnahmen ergriffen hat, um einen Kontakt aufzunehmen, dass es keine Beitragszahlung und keine Leistungsinanspruchnahme gegeben hat. Die Tatsache, dass es möglicherweise an anderer Stelle verbucht worden ist, sollte nicht dazu führen, dass diese nicht bereinigt werden. Deswegen war unser Vorschlag, dies mit in die Prüfung einzubeziehen. Wenn die Kriterien erfüllt sind, sollte eine Bereinigung vorgenommen werden. Ich will noch einen weiteren Punkt ansprechen, nämlich die Frage der Frist, ab der das gilt. Notwendig ist, dass man das auch für diejenigen Mitgliedschaftsverhältnisse, die vor Inkrafttreten des Gesetzes bereinigt bzw. geführt wurden, vorsieht, damit nicht im Vorhinein Veränderungen vorgenommen werden, die die Bereinigung nachher nicht mehr erfassen würde.

**Abg. Bärbel Bas** (SPD): Ich habe noch einmal eine Frage an den AOK-Bundesverband. Sie haben in Ihrer Stellungnahme auf den Sachverhalt hingewiesen, dass die geplanten Maßnahmen zur Rückabwicklung zur Folge hätten, dass Familienangehörige rückwirkend in eine eigene Anschlussmitgliedschaft überführt werden müssten. Das habe ich nicht ganz verstanden. Vielleicht könnten Sie noch einmal erklären, was dahinter steckt?

**SV Martin Litsch** (AOK-Bundesverband GbR (AOK-BV)): Die Tiefen des Beitragsrechts sind unergründlich. Ich mache mal ein Beispiel und entschuldige mich schon dafür, dass das nicht genderkonform ist: Ein Fall, der relativ häufig auftritt, meistens sind es Männer, z. B. im Hartz-IV-Bezug, die irgendwann verschwinden. Die Ehefrau und möglicherweise auch die Kinder, die bei ihm familienversichert sind, wohnen nicht am gleichen Wohnort. Wenn der Mann aus der Aufmerksamkeit verschwindet, müssen wir, wenn wir nicht wissen,

wo er wohnt, wenn er keine Leistungsinanspruchnahme und keine Beträge hat, und die Frau und die Kinder, die bei ihm familienversichert sind in der OAV, die wir dann aufmachen müssen, auch keine Leistungen haben, dann haben wir eine OAV. Wenn wir das Versicherungsverhältnis dieses Mannes rückwirkend beenden müssen, sagen wir einmal im Jahre 2013, 2014 oder 2015, sind aber die Familienangehörigen immer noch da. Das Problem ist, wenn die OAV beendet wird, ist auch die Familie nicht mehr familienversichert, denn es gibt das Stammmitglied nicht mehr. Für diese Fälle muss ich eine neue OAV für die Familienversicherten aufmachen, die dann Leistungen in Anspruch nehmen. Das ist ein total komplizierter Vorgang, der im Übrigen auch Auswirkungen auf alle möglichen Anrechnungszeiten für diese Familienangehörigen hat. Wenn man nicht will, dass die Familienangehörigen auf der Strecke bleiben, muss man das ändern. Wenn ich rückwirkend eine OAV für die Familienangehörigen eröffnen müsste, ist die Frage, welche Grundlage für die Bemessung des Beitrags gilt. Und die Frage ist, wie lange rückwirkend muss ich Beitragsschulden von diesen Familienangehörigen erheben? Also eine sehr komplizierte Angelegenheit, die man bitte bereinigen möge.

**Abg. Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage richtet sich an die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege. Mit dem Gesetzentwurf werden auch Beendigungstatbestände für freiwillig Versicherte in der GKV geregelt und Sie befürchten in Ihrer Stellungnahme, dass damit Menschen aus der freiwilligen Versicherung herausfallen könnten, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt durchaus in Deutschland haben, diese aber aufgrund von Wohnungslosigkeit oder auch Umzug nicht ermittelt werden können. Sie schlagen unter anderem für diese Fälle ein Ruhen der Mitgliedschaft vor. Bitte erläutern Sie Ihren Vorschlag kurz.

**SVe Dr. Elisabeth Fix** (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)): In der Tat gibt es freiwillig versicherte Menschen, die keinen Wohnsitz mehr haben, Obdachlose und es gibt auch EU-Sozialbürger, die keinen gewöhnlichen Aufenthaltsort nachweisen können. Nach den neuen Regelungen würde in beiden Fällen, wenn kein Wohnsitz oder kein gewöhnlicher Aufent-



haltsort nachweisbar wären, der Versicherungstatbestand, die Mitgliedschaft beenden. Insbesondere Menschen, die freiwillig versichert sind, haben dann nicht mehr die Möglichkeit, in die sogenannte Auffangversicherung, nach § 5 Absatz 13 SGB V zu kommen, weil sie freiwillig versichert werden. Somit stünden sie ohne Krankenversicherung da. Wir bitten nachdrücklich darum, für den Personenkreis, der weiterhin in Deutschland lebt mindestens den Lösungsvorschlag vorzusehen, die Mitgliedschaften ruhend stellen zu können. Das wäre der hilfsweise Vorschlag. Unser bevorzugter Vorschlag wäre § 5 Absatz 11 Satz 2 SGB V, der diesen Personenkreis betrifft, gänzlich zu streichen.

Abg. **Bettina Müller** (SPD): Ich habe eine Frage an den BKK Dachverband. In Ihrer Stellungnahme kritisieren Sie die geringe Transparenz bei der Buchungspraxis der gesetzlichen Krankenkassen und fordern eine gesetzliche Konkretisierung für die Veröffentlichung der Geschäftsergebnisse der Krankenkassen. Ich hätte diese Forderung gerne kurz erläutert.

**SV Franz Knieps** (BKK Dachverband e. V. (BKK-DV)): In der Tat wird man aus vielen Statistiken und Rechnungsergebnissen von Krankenkassen nicht sonderlich schlau. Wenn Sie die KV 45-Statistiken mit den Jahresergebnissen vergleichen, finden Sie große Abweichungen im dreistelligen Millionenbereich, in einem Jahr sogar im Milliardenbereich. Wir finden das nicht in Ordnung und schlagen deshalb vor, dass in diesen Rechnungsergebnissen Positionen erläutert werden müssen, wie das auch in der Bilanzierung von Handelsgesellschaften üblich ist, damit man etwas detaillierter, sowohl von der Aufsicht aber auch im Wettbewerb schauen kann, was stimmt jetzt und was ist möglicherweise durch eine sehr intelligente Buchungspraxis entstanden und wird verschleiert. Es ist kein Geheimnis, dass im Wettbewerb der Krankenkassen um politische Positionierungen, bspw. um die Reform des RSA, die Tendenzen groß sind, sich künstlich arm oder reich zu rechnen. Da machen wir Vorschläge, um das technisch etwas zu erschweren.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Meine Frage richtet sich an den vdek und an die BAGFW. Mit dem Gesetzentwurf wird die Krankenkasse berechtigt, die Beitragsfestsetzung für freiwillige Versicherte von sich aus zu korrigieren, wenn sich Anhaltspunkte ergeben, dass der Versicherte nicht über Einnahmen verfügt, die die allgemeine Mindestbeitragsbemessungsgrundlage oder die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für Selbstständige überschreiten. Entsprechende Anhaltspunkte dafür können z. B. das Vorliegen von Bedürftigkeit im Sinne von SGB II oder SGB XII sein. Wie bewerten Sie diese Regelung?

SV **Ulrike Elsner** (Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)): Wir bewerten diese Einzelregelung im Komplex um die Neuregelung des Beitragsrechts für Selbstständige in der Tat etwas kritisch, weil sie sehr vage bleibt, was hinreichende Anhaltspunkte sind und was die Kasse im Einzelnen unternehmen muss und wie die Kasse den Kontakt zu den Versicherten aufbauen kann. Deshalb halten wir diese Regelung für einen unverhältnismäßigen Aufwand und bitten darum, sie nicht aufzunehmen, sondern es im Rahmen eines Interessenausgleichs für alle Beteiligten dabei zu belassen, dass die Mindestbeitragsbemessungsgrenze abgesenkt wird. Das begrüßen wir ausdrücklich, so wie es auch im Gesetzentwurf vorgesehen ist. Weiterhin begrüßen wir, dass es innerhalb von 12 Monaten nochmal möglich ist, veränderte Einkommensverhältnisse darzulegen. Das ist für uns ein ausreichendes Paket, das die jeweiligen Interessen gut ausgleicht.

SV **Dr. Elisabeth Fix** (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)): Wir bewerten die Regelung positiv und sehen nochmal Ergänzungsbedarf. Insbesondere für die SGB II- und SGB XII-Empfänger. Da ist im § 16 Absatz 3b SGB V vorgesehen, dass die Krankenkassen die Mitglieder schriftlich informieren müssen, wenn sie mit zwei Monaten im Beitragsrückstand sind. Das halten wir für einen ersten sehr wichtigen Schritt. Wir meinen, es müsse darüber hinaus, falls auf diese schriftliche Meldung an das Mitglied keine Reaktion erfolgt, auch eine persönliche Kontaktaufnahme oder gar ein Kontakt zum Jobcenter hergestellt werden, damit vermieden werden kann, dass Beitragsrückstände auflaufen.



**Abg. Prof. Dr. Axel Gehrke** (AfD): Meine Frage geht an den GKV-Spitzenverband. Sie haben in Ihrer schriftlichen Stellungnahme festgestellt, dass die für Arbeitslosengeld II-Bezieher gezahlte Monatspauschale von 97 Euro nicht kostendeckend ist. Gibt es verbindliche Aussagen dazu, wie hoch die Kosten für einen ALG II-Bezieher im Durchschnitt wirklich sind und gibt es innerhalb dieser Mitgliedergruppen Untergruppen, die sich in den Kosten signifikant vom Durchschnitt abheben und wenn ja, gibt es Aussichten, wie sich diese Kosten in Zukunft entwickeln werden?

**SVe Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband (GKV)): Unsere Informationen über die Kosten der ALG II-Bezieher entnahmen wir aus einem Gutachten der IGES Institut GmbH, das im Auftrag des BMG erstellt worden ist. Dort wird für 2016 festgestellt, dass wir für eine Kostendeckung der ALG II-Bezieher eine Pauschale von 289,20 Euro pro Monat benötigen, wenn man die sogenannten Aufstocker mit einbezieht. Das sind diejenigen, die ALG II-Leistungen bekommen, aber selbst erwerbstätig sind und Beiträge entrichten. Dann ist diese Pauschale etwas geringer und wir kommen auf 275,31 Euro. Weitere Differenzierungen dazu sind uns nicht bekannt.

**Abg. Jörg Schneider** (AfD): Meine Frage möchte ich an den Verbraucherzentrale Bundesverband richten. Sie fordern mehr Transparenz ein, damit Patienten die von den Krankenkassen angebotenen Versorgungsangebote besser miteinander vergleichen können. Sie nennen als Beispiel die Inhalte von Selektivverträgen. Jetzt kann ich mir durchaus vorstellen, dass eine entsprechende Ausarbeitung einer Krankenkasse, die ihren Anforderungen genügt, durchaus die Stärke eines Telefonbuches hat und jetzt gibt es 110 Krankenversicherungen. Wie soll die oder der einzelne Versicherte noch einen Mehrwert haben, wenn er, ich bleibe mal bei diesem Bild, tatsächlich 110 Telefonbücher miteinander vergleichen muss?

**SV Kai Helge Vogel** (Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv)): Das ist für uns ein relativ wichtiger Punkt. Die Rückkehr zur Parität stärkt auch den Qualitätswettbewerb. Aber die Transparenz über das Agieren der Kassen ist nicht da. Sie

haben Recht, es wäre ein Telefonbuch, aber wir haben jetzt nicht einmal ein Telefonbuch für den Einzelfall. Also muss man genauer schauen, wie es mit dem Genehmigungsverhalten bspw. der einzelnen Kassen aussieht. Das ist der eine Punkt, aber wie sieht es mit den Leistungen in bestimmten Bereichen der Kassen aus. Hier mehr Transparenz zu schaffen, zumindest ein kleines Stück, ist wichtig. Es hilft wenig, wenn man Flyer in die Hand bekommt, wo die Aktivitäten der Kasse beworben werden, sich aber im Detail keine weiteren Informationen finden. Gute Lösungen sind hierbei natürlich Internetportale, die es auch schon gibt. Stiftung Warentest versucht es, kommt aber an vielen Stellen auch nicht immer an die Daten ran. Es sind freiwillige Auskünfte der Kassen. Hier wären Pflichten zur Informationen zu begrüßen.

**Abg. Prof. Dr. Axel Gehrke** (AfD): Meine Frage geht an den Verband der Gründer und Selbstständigen Deutschland. Sie haben in Bezug auf die Studie des Instituts für Gesundheitsforschung aus dem Jahr 2017 für dieses Jahr festgestellt, dass Kranken- und Pflegeversicherung bei durchgängig einkommensabhängiger Verbeitragung allein 820 Millionen Euro zusätzliche Beiträge einnehmen würden. Das wären dann 820 Millionen Euro mehr, statt 935 Millionen weniger, wie es jetzt durch das Gesetz geplant ist. Könnten Sie das bitte kurz erläutern? Meinten Sie damit alle Einkunftsarten nach Steuerrecht und wie regeln Sie dies bei den Selbstständigen?

**SV Dr. Andreas Lutz** (Verband der Gründer und Selbstständigen Deutschland e. V. (VGSD)): Wir haben in Zusammenarbeit mit mehreren Verbänden eine Befragung gemacht, die durch das Institut für Gesundheit und Management ausgewertet worden ist. 8 000 Selbstständige haben sich daran beteiligt und eine interessante Zahl ist, dass Frauen, die unterhalb von 435 Euro verdienen, typischerweise beim Partner mitversichert sind. 80 Prozent von denen würden gerne mehr arbeiten. Sie würden dann erstmals Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge zahlen. Das tun sie als Mitversicherte nicht. Sie würden wahrscheinlich auch in die Rentenversicherung einzahlen und für sich eine Altersvorsorge aufbauen. Das wäre ein gutes Geschäft, wenn man bisher Mitversicherte dazu bringen könnte, Beiträge zu bezahlen. So kommt diese Schätzung von



820 Millionen Euro Mehreinnahmen auf Basis dieser Umfrageergebnisse zustande. Die 820 Millionen Euro beziehen sich auf die Kranken- und Pflegeversicherung. Hinzu kämen Mehreinnahmen bei Rentenversicherung und Finanzämtern. Das passiert aber nicht, weil jemand, der in einem so geringen Umfang selbstständig ist, beim Überschreiten der Geringfügigkeitsgrenze, und die Geringfügigkeitsgrenze liegt bei Selbstständigen nicht bei 450 Euro, sondern bei 435 Euro, bestraft würde. Die Mehrarbeit würde zu einem geringeren Gesamtverdienst führen. Da sagt dann die Familie: „Halt, stopp, auf jeden Fall unter 435 Euro bleiben!“ Es gibt sogar Selbstständige, die sich vom Auftragsgeber warnen lassen, damit sie bei 435 Euro aufhören. 80 Prozent der Betroffenen würden gerne mehr arbeiten. Das würde sicher auch das Fachkräftethema entlasten. Wir sprechen hier auch über einen Integrationshindernis, denn solche Tätigkeiten werden oft von Menschen mit anderer Muttersprache genutzt. Diese hören bei 435 Euro auf, weil sie nicht auf 1 000 Euro oder 1 500 Euro kommen. So erklärt sich diese Zahl. Das ist eine Teilzeitfalle allererster Güte, die aus meiner Sicht beseitigt werden müsste. Bei den Angestellten ist man dabei, die Gleitzonenregelung auf 1 300 Euro auszubauen, um eine Ausweitung der Erwerbstätigkeit zu vereinfachen. Was die Regierung hier für Angestellte als richtig erkannt hat, sollte auch für Selbstständige Anwendung finden.

**Abg. Jörg Schneider (AfD):** Meine Frage richtet sich an den BKK Dachverband. Sie fordern, dass kleinere Kassen Rücklagen in beliebiger Höhe bilden sollten und bieten dafür an, dass größere Kassen dafür 59 Prozent eines Monatsbeitrags zurücklegen dürfen. Sie begründen das damit, dass große Kassen bessere Möglichkeiten haben, Schwankungen auszugleichen und zu absorbieren. Nun ist das Absorbieren von Risiken der Sinn einer Versicherung. Wenn kleinere Versicherungen dazu nicht mehr in der Lage sind, wäre es dann nicht sinnvoller, die Forderung zu erheben, dass diese miteinander fusionieren, um eine bestimmte Größe zu erreichen, als sie mit irgendwelchen Sonderregelungen letztendlich auf Kosten der Versicherten am Leben zu erhalten?

**SV Franz Knieps (BKK Dachverband e. V. (BKK-DV)):** Wenn man vor Augen hat, dass das typische einer Krankenversicherung ist, die im Wettbewerb steht und für alle Versicherten geöffnet ist, kann man diesen Schluss ziehen. Wir vertreten im Betriebskrankenkassensystem etwa 40 Krankenkassen, die nur für Versicherte in ihren Betrieben geöffnet sind. Der Gesetzgeber hat bewusst entschieden, diese Kassen vom allgemeinen Wettbewerb und von der allgemeinen Wahlbarkeit auszuschließen. Da ist es mit der Fusion nicht so einfach. Einen adäquaten Fusionspartner zu finden ist äußerst schwierig und faktisch ohne eine Öffnung der Krankenkasse nicht machbar. Damit würden kleine, betriebsbezogene Kassen aus dem System der GKV verschwinden, wenn man sie allein auf die Fusionsmöglichkeit verwiese. Das ist der Hintergrund, warum wir großzügigere Ausnahmeregelungen für kleinere und mittlere Kassen fordern. Dass die Rücklagen nicht ins Utopische wachsen, ist durch eine gute Aufsichtsführung gewährleistet. Wer sich heute ansieht, welche Kassen welche Rücklagen haben, dann finden sich, wenn man dies auf der Basis eines Versichertenvergleichs macht und nicht nur die absolute Summe ansieht, in der Regel ganz wenig kleine Kassen darunter, die diese Rücklagen haben. Da gibt es schon Druck in der Selbstverwaltung dieser kleinen Kassen, in denen der Arbeitgeber zu 50 Prozent vertreten ist, entsprechende Rücklagen abzubauen. Die Begründung habe ich bereits näher ausgeführt. Sie liegt darin, dass die extrem teuren Therapiekosten, die bei bestimmten Erkrankungen entstehen, in einem Versichertengkollektiv einer kleineren Kasse sofort zu Beitragszahlerhöhungen führen müssen. Das ist ein komplexes Verfahren und das halten wir nicht für eine adäquate Regelung, wenn man diese kleinen Krankenkassen, die eine besondere Nähe zu den Versicherten haben, in unserem System behalten will.

**Abg. Prof. Dr. Axel Gehrke (AfD):** Meine Frage geht an die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände und zwar zum paritätischen Beitrag der Arbeitgeber in Höhe von fünf Milliarden Euro. Sie führen in Ihrer Stellungnahme aus, dass es noch nie in der deutschen Sozialgeschichte ein Gesetz gegeben habe, das eine höhere Zusatzbelastung bei den Lohnzusatzkosten gebracht habe. Wird nun wenigstens eine paritätische Finanzierung der Krankheitskosten durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber erreicht und wenn nein, warum nicht und



welche Auswirkungen sehen Sie für den Arbeitsmarkt und damit die Arbeitnehmer und die Arbeitslosen in Deutschland?

**SVe Dr. Anne Thomas** (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V. (BDA)): In der Tat würde das Gesetz die treffendere Bezeichnung Arbeitgeberbelastungsgesetz eher führen. Die Arbeitgeber zahlen bereits den höheren Anteil an den Krankheitskosten als die Arbeitnehmer. Denn die Arbeitgeber zahlen allein mit der Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall 50 Milliarden Euro jährlich, was umgerechnet vier Prozentpunkte sind, während die Arbeitnehmer, mit derzeit durchschnittlich einem Prozentpunkt den Zusatzbeitrag und umgerechnet 0,3 Prozentpunkten für die Zuzahlung einen geringeren Anteil tragen.

**Abg. Jörg Schneider** (AfD): Meine Frage richtet sich an den Deutschen BundeswehrVerband. Sie stellen sehr detaillierte Forderungen und nannten ein Beispiel in Ihrer Antwort. Der Kreis der Betroffenen ist eher gering und es geht nicht um Milliardenbeträge. Warum konnten Sie diese Forderungen nicht direkt in das Gesetz mit einfließen lassen? War das BMVg bzw. ihr Verband nicht in den Prozess eingebunden?

**SV Dr. Detlef Buch** (Deutscher BundeswehrVerband e. V. (DBwV)): Ein Großteil der Forderungen, die Sie auch in der Stellungnahme des DBwV finden, ist inzwischen Teil des Prozesses geworden, wie es so schön heißt. Das haben die Gespräche und Rückmeldungen aus den beteiligten Ministerien ergeben. Dennoch wurden die von mir aufgeführten weiteren Punkte bisher nicht umgesetzt. Ich kann es nochmal präzisieren. Wieso wird bisher beim Thema 9/10-Regelung geblockt? Weil gesagt wird, dass die Anerkennung der Wehrdienstjahre in der zweiten Lebensarbeitszeithälfte im Sinne einer GKV-Vorversicherungszeit unsolidarisch sei, weil das Solidaritätsprinzip der GKV verletzt werde und die 60 Millionen Versicherten das nicht mit ihren Beiträgen auffangen könnten. Wir sehen es als unsolidarisch den Zeitsoldaten gegenüber an, die ihren gefährlichen, anspruchsvollen Dienst während ihrer Verpflichtungszeit am Ende der Welt für ihr Land leisten und die durch eine ungünstige Verpflichtungszeit bei der Bundeswehr

im Sinne der falschen Lebensphase die Erfahrung machen, dass sie im Alter nicht in die KVdR kommen. Außerdem sind immer wieder Kostengesichtspunkte in den Raum geführt worden, die wir nicht nachvollziehen können, weil die tatsächliche Gruppe der Betroffenen, von der sprachen Sie in Ihrer Frage, nicht genau ausgemacht werden kann. Das liegt daran, dass die zweite Lebensarbeitszeithälfte vollkommen individuell ist. Die beginnt beim 43. Lebensjahr, wenn Sie von einem Zeitraum zwischen 18 und 67 im Erwerbsleben ausgehen. Bei jemandem, der zehn Jahre außerhalb des Systems im Ausland war, beginnt die zu einem anderen Zeitpunkt. Ein Zeitsoldat in der ersten Lebensarbeitszeithälfte, der erwerbsunfähig wird, das ist das andere Beispiel, hat nur zehn Erwerbsjahre und für ihn beginnt die zweite Lebensarbeitszeithälfte schon mit dem 27. Lebensjahr. Deswegen gehen wir von mehreren tausend betroffenen Fällen aus, die täglich mehr werden, denn die Verpflichtungspraxis, die die Bundeswehr seit 2012 fährt, hat sich nicht geändert. Es geht um die Harmonisierung der Sozialgesetzgebung mit den dienstrechtlichen Gegebenheiten, die wir seit sechs Jahren haben. Insfern will ich mich noch einmal ausdrücklich für die Aufnahme dieser beiden Punkte aussprechen.

**Abg. Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Meine erste Frage geht an den Verband der Gründer und Selbstständigen Deutschland e. V. Warum ist Ihrer Ansicht nach eine Absenkung der Mindestbemessungsgrundlage für hauptberuflich Selbstständige auf 450 Euro eine sinnvolle Maßnahme?

**SV Dr. Andreas Lutz** (Verband der Gründer und Selbstständigen Deutschland e. V. (VGSD)): Ich möchte für die Verbände, mit denen wir im Bündnis sind sagen, wir Selbstständigen sind bereit, das zu bezahlen, was sich bei den Angestellten Arbeitgeber und Arbeitnehmer teilen. Es geht uns nicht darum, irgendwelche Vergünstigungen zu bekommen und die Künstlersozialkasse auf alle auszuweiten. Wir wollen unseren Anteil tragen. Das Problem ist, dass wir wesentlich mehr bezahlen, also mehr als Arbeitgeber und Arbeitnehmer zusammen. Das macht sich zum einen bei den Mindestbeiträgen bemerkbar, wo wir einkommensabhängige Beiträge benötigen. Auf die Begründung gehe ich gleich nochmal ein. Das ist aber nicht der einzige Punkt. Es gibt auch bei der Berechnungsgrundlage, also



bei den Bemessungsgrößen an zwei Stellen erhebliche Benachteiligungen der Selbstständigen. Angestellte müssen z. B. auf Zinsen, Dividenden, Mieten usw. keine Beiträge abführen, Selbstständige aber schon. Auch der rechnerische Arbeitgeberanteil ist bei Angestellten beitragsfrei, Selbstständige müssen diesen verbeitragen. Das führt auch bei Leuten mit mittlerem Einkommen zu 20 Prozent höheren Beiträgen. Das Thema mit der Gleitzonenregelung habe ich schon auf die Frage von Abgeordneten Prof. Dr. Gehrke erläutert. Das Ganze gewinnt nun enorm an Aktualität, weil in Planung ist, eine Altersvorsorgepflicht für Selbstständige herbeizuführen. Bisher konnten die Selbstständigen das, was sie in der GKV zu viel bezahlt haben, so einsparen, dass sie bei der Altersvorsorge gespart haben. Jetzt will der Staat sicherstellen, dass die Selbstständigen ausreichend für das Alter vorsorgen. Dann muss man aber die Gesamtbelastung im Auge behalten. Auch für die Selbstständigen gilt die soziale Marktwirtschaft und wenn mehr als 50 Prozent vom Verdienst weggehen, muss irgendwo eine Grenze gezogen werden. Nach unseren Berechnungen hätten wir beim mittleren Einkommen, wenn die Altersvorsorgepflicht so umgesetzt würde, auch nach GKV-VEG-Umsetzung Belastungen von über 60 Prozent. Das heißt, wir müssen bei der Krankenversicherung faire einkommensabhängige Beiträge ab 450 Euro erreichen, damit wir in der Summe keine Überlastung haben, die dazu führen würde, dass viele Selbstständige ihre Erwerbstätigkeit einschränken oder ins Ausland abwandern. Das kann nicht gewünscht sein. Neulich habe ich erfahren, dass jemand mit einer Chinesin verheiratet ist, die, nachdem sie Sprachkenntnisse erworben hat, Aufträge als Selbstständige für 800 oder 900 Euro bekommen hat und von ihrem Partner gesagt bekommen hat, mach das auf keinen Fall, höre bei 435 Euro auf, sonst stellst du dich nachher schlechter. Für mich ist es auch unter Gleichstellungsgesichtspunkten nötig, dass wir auf die 450 Euro als Mindestbemessungsgröße heruntergehen.

**Abg. Christine Aschenberg-Dugnus (FDP):** Meine nächste Frage geht an die Vertretung der Innungskrankenkassen und betrifft das Thema Morbi-RSA. Die IKK hat in ihrer Stellungnahme die geplante Reform des Morbi-RSA ausdrücklich unterstützt, dabei jedoch für eine kurzfristige Übergangslösung plädiert. Meine Frage lautet: Warum eine Über-

gangslösung und wie sollte diese konkret ausgestaltet sein?

**SV Jürgen Hohnl (Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen e. V. (IKK)):** Es ist in der Tat vielleicht schwer nachzuvollziehen, warum man eine Übergangslösung fordert, wenn ein großes Reformpaket angekündigt ist, aber die Erfahrung zeigt, dass der Zeitplan für die Morbi-RSA-Reform mit Ende 2019 sehr ehrgeizig gesetzt ist. Unsere Überlegung ist, ein wenig Druck aus der Angelegenheit zu holen, indem man eine Übergangslösung schafft. Ich war sehr erfreut, dass ich im Gutachten des wissenschaftlichen Beirates des BVA zur Frage der Regionalisierung an einer Stelle so etwas Ähnliches wie eine Übergangsregelung gefunden habe, nämlich in der Frage der Berücksichtigung von Regionalfaktoren. Das vorgeschlagene Modell kann nicht alle Verwerfungen bereinigen und dann kommt man am Schluss zu mehreren Vorschlägen, unter anderem, Über- und Unterdeckungen zu bereinigen. Das hatten wir aufgegriffen und gefragt, warum man das nicht zeitlich vorziehen kann. Es ist in der Diskussion als Ist-Kostenausgleich verschrien. Ich würde sagen, es geht um die Über- und Unterdeckung, die wir im Moment haben. Wir haben Verwerfungen innerhalb der Kassenarten, die den Wettbewerb gefährden und Monopolbildungen ergeben. Deshalb wäre es aus unserer Sicht sinnvoll, ein wenig Druck aus der Sache zu nehmen, indem man eine Übergangslösung schafft und wir hätten den hälftigen Ausgleich der Über- und Unterdeckungen. Dieser Vorschlag hat beim Thema Krankengeld Druck aus dem Kessel genommen und wir könnten damit ganz gut leben.

**Abg. Christine Aschenberg-Dugnus (FDP):** Ich bleibe bei den Krankenkassen und habe eine Frage zur OAV an die Betriebskrankenkassen. Sie fordern, dass die rückwirkende Bereinigung auf gar keinen Fall aufgeweicht werden darf. Zumaldest habe ich das gelesen. Könnten Sie diese Forderung bitte erläutern?

**SV Franz Knieps (BKK Dachverband e. V. (BKK-DV)):** Hintergrund unserer Positionierung war die Auseinandersetzung zwischen Bundesrat und Bundesregierung bei der Entstehung dieses Gesetzentwurfs. Die Länderkammer hat



vorgeschlagen, auf eine rückwirkende Bereinigung zu verzichten. Bei der Zahl, die meine Kollegin Elsner genannt hat, allein im OAV-Bereich, bei der Vermutung, die alle Krankenkassen hier geäußert haben, dass sich auch bei den freiwillig Versicherten noch Potential findet, dass dort nicht korrekt verbucht würde. Ich kann das nicht beurteilen, unkorrektes Verhalten hat häufig die Grundlage, dass es im Dunkeln und nicht im Hellen stattfindet. Bei diesem Punkt haben wir gesagt, macht es Sinn an einer rückwirkenden Abwicklung dieser Verhältnisse festzuhalten, sowohl was die Verhältnisse an sich angeht, als auch was die daraus folgenden Über- und Unterzahlungen durch den Gesundheitsfonds ausmachen. Wir finden, es ist eine Frage der Belastungs- und Beitragsgerechtigkeit, dass niemand Mittel beanspruchen und behalten darf, die auf nicht korrekte Zuordnungen gezahlt worden sind. Umgekehrt haben diejenigen, die sich korrekt verhalten haben, das Recht, die zu viel gezahlten Zuweisungen zurückzubekommen.

**Abg. Christine Aschenberg-Dugnus (FDP):** Ich springe zurück zur IKK. Die IKK fordert, zusammen mit dem GKV-VEG eine Verschiebung des Fälligkeitsdatums der Sozialversicherungsbeiträge zu beschließen. Danach sollen ab dem 1. Januar 2019 wieder die Beiträge im Folgemonat fällig werden. Warum soll das im Verbund mit dem Gesetz geschehen und wie sieht die konkrete Ausgestaltung aus?

**SV Jürgen Hohnl (Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen e. V. (IKK)):** Der Gedanke, der uns geleitet hat, war die Einführung der Parität und die Verschiebung von Belastungen auf die Arbeitgeber. Bei dem Gedanken sind wir darauf gekommen, die Vorfälligkeit, die im Jahre 2006 eingeführt worden ist, in dem Zug gegenarbeiten könnte. Außerdem sprechen wir im Entwurf des GKV-VEG über das Abschmelzen von Rücklagen der Sozialversicherungen und oder auch über Abschmelzungen im Gesundheitsfonds. Vor diesem Hintergrund kam uns der Gedanke, zu einer korrekten und bürokratiearmen Erfassung und Beitragsabführung zurückzukehren. Es gibt ein Gutachten des Statistischen Bundesamtes. Danach geht es um sieben Millionen Euro. Viele werden sagen, dass sieben Millionen im Monat nicht so viel sind. Aber ich finde sieben Millionen Euro, die man an Bürokratie-

kosten sparen könnte, wäre vernünftig. Der Gedanke, die Sozialversicherungsbeiträge vorfällig abzuführen, ist in den Gedanken derjenigen entstanden, die das Gehalt im Voraus bekommen. Aber die Klein- und Mittelbetriebe zahlen natürlich im Nachhinein. Das heißt, es ist für diese kleinen Betriebe ein unheimlicher Aufwand das doppelt zu bearbeiten und abzuführen. In dem Zusammenhang Parität und Abschmelzung passt es, dass die alte Regelung, die Pflicht für die Abgabe in den Folgemonat zu schieben, wieder hergestellt werden sollte.

**Abg. Christine Aschenberg-Dugnus (FDP):** Bürokratieabbau ist immer gut. Diese Bemerkung musste ich noch loswerden. Ich habe eine Frage an die Bundesvereinigung Deutsche Arbeitgeberverbände zur Parität. Ich möchte nicht noch einmal auf die Zusatzbelastung für die Arbeitgeber eingehen, das haben Sie schon gesagt, sondern mich würde interessieren, ob Sie konkrete Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt sehen?

**SVe Dr. Anne Thomas (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V. (BDA)):** Die paritätische Finanzierung des Zusatzbeitrags belastet die Arbeitgeber mit rund fünf Milliarden Euro allein im ersten Jahr. In den Folgejahren ist mit noch höheren Belastungen zu rechnen und verschiedene Studien gehen davon aus, dass durch die höheren Beiträge langfristig 130 000 bis 300 000 Arbeitsplätze verloren gehen. Daher sollte weiterhin an der Festschreibung des Arbeitgeberanteils festgehalten werden. Wenn sich der Gesetzgeber trotz der gewichtigen Gegenargumente für die hälftige Finanzierung des Zusatzbeitrags durch den Arbeitgeber ausspricht, sollte zumindest der Arbeitgeberanteil auf den hälftigen Beitrag der günstigsten für den Beschäftigten wählbaren Krankenkasse begrenzt werden. Es ist nicht einzusehen, warum der Arbeitgeber sich an Kosten einer besonders teuren Krankenkassenwahl durch den Arbeitnehmer beteiligen sollte.

**Abg. Christine Aschenberg-Dugnus (FDP):** Ich habe noch eine Ergänzungsfrage zu Ihren Ausführungen. Sehen Sie bei der Auswahl der günstigsten Krankenkasse nicht wieder einen Bürokratieaufwand oder wie würden Sie das regeln?



**SVe Dr. Anne Thomas** (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V. (BDA)): Das lässt sich leicht feststellen, dass die von den Beschäftigten im jeweiligen Betrieb wählbare günstigste Kasse, das ist meldepflichtig, kein größerer Aufwand ist. Da sehen wir keine zusätzlichen Bürokratiekosten und zudem wäre sichergestellt, dass der Kassenwettbewerb in dieser Variante nicht beeinträchtigt wäre.

**Abg. Dr. Achim Kessler** (DIE LINKE.): Unsere erste Frage richtet sich an die Einzelsachverständige Frau Sraier. Eine wesentliche Regelung des Versichertenentlastungsgesetzes ist, dass nach 13,5 Jahren einseitiger Belastung der Versicherten mit insgesamt rund 150 Milliarden Euro die paritätische Beitragszahlung wieder eingeführt wird. Was ist Ihre Auffassung dazu? Ist damit tatsächlich die Parität zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern erreicht?

**ESVe Carola Sraier:** Ich bin froh darüber, dass wir zur Parität zurückkehren und im Moment etwas hochpulsig, weil die Arbeitgeberverbände der Meinung sind, dass es nicht so witzig ist mit der Parität. Das sehe ich durch die Patientenbrille mit meiner Patientenberatungserfahrung komplett anders. Krankheit ist etwas, was wir uns als Patienten nicht aussuchen. Es ist etwas, was uns trifft und was dazu führt, dass wir behindert sind, dass wir Veränderungen unserer Biografie hinnehmen müssen und ein zusätzliches Armutsrisko darstellt. Versicherte Patienten zahlen über ihre Zuzahlungen im Jahr eine ganze Menge, um die medizinische Versorgung, die sie brauchen, überhaupt zu bekommen. Nicht weil sie sich die aussuchen, sondern weil sie krank sind, weil sie behindert sind, weil eine medizinische Behandlung Geld kostet. Das ist nicht nur bei einer therapeutischen Intervention der Fall, sondern auch bei einer Hilfsmittelversorgung, bei einer Heilmittelversorgung und da haben wir noch erhebliche qualitative Problemlagen, die es zu meistern gilt. Wenn sie eine gute Versorgung wollen, müssen sie manchmal eine wirtschaftliche Aufzahlung leisten und das können viele Patienten heute nicht mehr. Es gibt immer noch Leistungen, die überhaupt nicht bezuschusst werden. Dazu gehört die Brille die Geld kostet. In meiner täglichen Beratung sehe ich Patienten, die geklebt oder mit Tesaflim fixierte Brillen tragen, weil sie nicht die

Kosten für eine neue Brille aufbringen können. Ein ähnliches Phänomen haben wir beim Zahnersatz. Auch die Regelversorgung, die Kassenleistung ist, können viele Patienten nicht zahlen. Das hängt daran, dass der Festzuschuss, den die Kassen zahlen, zu gering ist. Wir haben in München das Problem, dass wir kaum Zahnärzte finden, die bereit sind den Patienten die Regelversorgung überhaupt anzubieten. Das heißt, hier haben wir auf der Krankenseite oder der Patientenseite diejenigen, die zahlen. Wir reden hier nicht von Luxuszahnersatz. Viele gehen bei uns in Bayern in südliche Länder und lassen sich dort den Zahnersatz machen. Ob das gewollt ist, das möchte ich in Frage stellen. Andere Geschichten kennen Sie wahrscheinlich, wenn Sie alte Eltern haben, von Inkontinenzversorgungen. Es gibt Patienten oder Angehörige die sagen, dass die Zuzahlungen für Versorgungshilfsmittel höher als der Verkaufspreis eines Drogeremarktes sind. Hinzu kommen noch Rezeptgebühren und die Lauferei. Parität gibt es auch nicht im Bereich der Pflegeversicherung. Das ist eine Teilleistungsversicherung. Hier haben wir ein noch größeres Problem. Wir haben zur Einführung der Pflegeversicherung den Arbeitgebern entgegenkommen müssen, indem ein Feiertag abgeschafft worden ist. Es gibt Leistungen in der Pflegeversicherung, die die Patienten nicht wagen zu beantragen, weil sie wissen, dass sie diese nicht finanzieren können. Insofern ist es bis zur Versichertenentlastung, ich würde mir sogar wünschen zur Patientenentlastung, noch ein weiter Weg, da ist noch Luft drin. Ich wünsche mir, dass wir die ausschöpfen.

**Abg. Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Die Frage geht an den Einzelsachverständigen Herrn Prof. Dr. Greß. Ist mit diesem Gesetzesentwurf die Parität erreicht oder nicht?

**ESV Stefan Greß:** Dass die Parität bei der Beitragsfinanzierung endlich erreicht ist, haben wir mehrfach gehört. Wir sind in der GKV bei der Finanzierung wieder auf dem langfristigen Entwicklungspfad, der mit dem GKV-Modernisierungsgesetz, auch ein Euphemismus erstklassiger Art, im Jahr 2004 verlassen wurde. Das ist positiv. Aber es gibt, wie wir eben gehört haben, Zuzahlungen in Höhe von etwa vier Milliarden Euro im Jahr, die von den Patientinnen und Patienten zu tragen sind. Dazu kommen die Aufzahlungen in deutlich



größerer Höhe, z. B. für Zahnersatz. Diese Zuzahlungen und Aufzahlungen haben zumindest keine erwünschte Steuerungsfunktion, sondern höhlen lediglich die finanzielle Schutzfunktion der GKV aus. Insofern ist es zumindest ein kleiner Schritt nach vorne, wenn im übernächsten Gesetzesvorhaben der Bundesregierung im Gesundheitsbereich, das ist das Terminservice- und Versorgungsgesetz, der Festkostenzuschuss zum Zahnersatz in bescheidenum Ausmaß, aber immerhin, erhöht werden soll.

**Abg. Dr. Achim Kessler (DIE LINKE.):** Der DGB hat sich hierzu in seiner Stellungnahme erklärt. In welcher Größenordnung bewegen sich die Selbstzahlungsleistungen, also die Leistungen zu denen die Arbeitgeber nicht beitragen, pro Jahr? Wie bewerten Sie dies im Hinblick auf die paritätische Finanzierung der gesetzlichen Krankenkassen?

**SV Knut Lambertin** (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Wir haben das durchgerechnet und kommen mit Aufzahlungen und Zuzahlungen und mit den Kosten für ehemals ausgegliederte Leistungen aus der GKV sowie mit den Leistungen aus privaten Zusatzversicherungen, die teilweise als Ersatz für ehemalige GKV-Leistungen dienen, auf aktuell etwa 45 Milliarden Euro pro Jahr, die die Versicherten dafür zahlen müssen. Dieser Betrag wird, wenn man das linear auf das Jahr 2020 hochrechnet, etwas über 50 Milliarden Euro betragen. Ich möchte noch zu einem Gedankenspiel anregen. Wenn Sie berücksichtigen, dass die bisherigen Reserven der gesetzlichen Krankenkassen unter dem Gesichtspunkt des Arbeitnehmerzusatzbeitrages in den vergangenen Jahren aufgelaufen sind, und dann berücksichtigen, dass diese Gelder an die Beitragszahler zurückgezahlt werden sollen, stellt sich die Frage, ob es sich dabei nicht um eine Art Kick-back-Geschäft an die Arbeitgeber handelt. Das bitte ich in Ihre Gedankenspiele einzubeziehen.

**Abg. Harald Weinberg (DIE LINKE.):** Ich hoffe, ich überrasche Frau Dr. Fix nicht mit meiner Frage, die eigentlich an den Sozialverband Deutschland gehen sollte, weil seine Vertreterin oder sein Vertreter krankheitsbedingt nicht anwesend sein kann. Wie schätzen Sie die Parität in der Pflegeversicherung ein?

**SVe Dr. Elisabeth Fix** (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)): In der Pflegeversicherung haben wir, bis auf den Beitrag, den Kinderlose entrichten müssen, grundsätzlich eine paritätische Finanzierung. Natürlich ist die Pflegeversicherung anders als die Krankenversicherung eine Teilleistungsversicherung. Das heißt, für die Versicherten fallen hohe Beiträge und ganz hohe Eigenbeteiligungen insbesondere im stationären Bereich an. Faktisch haben wir, wenn wir hier über Zuzahlungen etc. diskutieren, in der Pflegeversicherung bei weitem noch nicht die Parität, obwohl eine Beitragssatzparität besteht.

**Abg. Dr. Achim Kessler (DIE LINKE.):** Meine Frage richtet sich an den BKK Dachverband. Sie schlagen Kodier-Richtlinien im ambulanten ärztlichen Bereich einzuführen sowie andere Maßnahmen vor, die eine Beeinflussung der ärztlichen Diagnosen durch Krankenkassen verhindern sollen. Können Sie erläutern, welche Maßnahmen das sind, warum dies notwendig ist und welche Reaktion Sie von den anderen Kassenarten erhalten?

**SV Franz Knieps** (BKK Dachverband e. V. (BKK-DV)): Ich fange bei der letzten Frage an. Sie können sich vorstellen, dass das nicht auf ungeteilte Zustimmung bei allen Kassen und allen Kassenarten führen wird. Obwohl wir uns über die gesamte GKV einig sind, dass wir beim RSA Transparenz haben wollen und dass wir Manipulationsanreize zurückfahren wollen. Hier sind bereits in der letzten Legislaturperiode wichtige Dinge passiert. Wir halten sie aber nach wie vor noch für nicht ausreichend. Ich kenne die Debatte um das Pro und Contra von Kodier-Richtlinien. Wenn ich mir aber ansehe, wie unterschiedlich das Kodier-Verhalten der Ärzte in der Regelversorgung zwischen den einzelnen Regionen ist, dann halte ich es für dringend erforderlich, auf eine gemeinsame Basis zurückgreifen zu können. Wenn ich mir dann die Selektivverträge näher ansehe, es geht hier nicht um Schuldzuweisungen an eine Kasse oder eine Kassenart, da sind alle durchaus im selben Boot, dann stelle ich fest, dass das ökonomische Anreizsystem so gestrickt ist, dass die Diagnosen belohnt werden, die im RSA abgebildet sind, und dass andere Diagnosen, die nicht abgebildet sind, nicht entsprechend belohnt werden. Das führt aber nicht dazu, dass ich fordern würde, ein Vollmodell einzuführen. Denn



dann würde sich das, was sich bisher bei 80 Erkrankungen in der Praxis zeigt, auf 150 oder 170 Erkrankungen ausweiten. Ein Vollmodell bedeutet keineswegs automatisch, dass es für jede Diagnose und für jeden Versicherten kostendeckende Zuweisungen gibt. Wir glauben, wenn die Ärzte ein Gerüst an die Hand bekommen, das im Bereich der Krankenhäuser selbstverständlich ist, könnte dies zu mehr Kodier-Ehrlichkeit führen. Wenn wir darüber hinaus Vorgaben für die Ausrichtung von Selektivverträgen machen, würde es erschwert, nur solche Selektivverträge an den Mann und an die Frau zu bringen, die Profit aus dem RSA versprechen. De facto sieht das in einer Krankenkasse heute so aus, dass der Controller entscheidet, ob ein Selektivvertrag geschlossen wird und welchen Inhalt der Vertrag hat. Selektivverträge, die durch den Morbi-RSA nicht refinanziert werden, haben keine Chance bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung einer Krankenkasse. Das halten wir für einen falschen Anreiz.

**Abg. Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vorweg möchte ich sagen, dass wir sehr begrüßen, dass mit der Wiedereinführung der paritätischen Finanzierung sich ein wesentlicher Baustein zur Stärkung der Solidarität im Gesundheitswesen in diesem Gesetz findet. Es muss natürlich weiter an einer gerechten Finanzierung gearbeitet werden. Einige der Probleme, Sie haben in dieser Runde sehr deutlich aufgezeigt, dass wir eine Dualität in der Finanzierung und in der Absicherung zwischen GKV und PKV haben, sind damit ganz klar verbunden. Als erstes habe ich eine Frage an die vzbv. Durch welche Maßnahmen könnte ein Qualitätswettbewerb zwischen den Krankenkassen angeregt werden und welche Instrumente halten Sie für denkbar?

**SV Kai Helge Vogel**, (Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv)): Die erste Maßnahme ist die Rückkehr zur paritätischen Finanzierung, weil sie den Preisdruck aus dem System nimmt. Momentan haben aber Versicherte letztendlich nur den Blick auf eine Tabelle mit der Höhe der Zusatzbeiträge. Daran wird sich häufig orientiert, weil es ansonsten keine Informationen im Detail gibt. Wer sich als Laie auf die Suche macht, welche Kasse gerade im Krankheitsfall am besten zu ihm passt, hat momentan ein Problem. Deshalb haben wir als erstes die

Forderung, mindestens einmal im Jahr über die Kassen zu informieren, um zu zeigen, hier läuft etwas schief oder diese Kasse ist vielleicht etwas besser. Das lässt sich auch abbilden. Das ist der erste Punkt, der ganz grundlegend ist. Der zweite Punkt ist: Wir haben gerade über Selektivverträge gesprochen, die momentan keinesfalls vorrangig auf eine gute Versorgung, sondern auf das Geldverdienen ausgerichtet sind. Das muss die oder der einzelne Versicherte wissen, wenn er eine Kasse auswählt. Er muss wissen, was er wirklich bekommt, wo er als chronisch Kranker oder wenn er krank wird, gut aufgehoben ist. Hier braucht es klare Vorgaben, ich denke auch vom Gesetzgeber. Diese Informationen soll man in der zunehmend digitalisierten Welt auch in einer Online-Datenbank abrufen können.

**Abg. Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Eine Frage an den Einzelsachverständigen Herrn Prof. Dr. Jürgen Wasem. Wie beurteilen Sie die im Gesetzentwurf enthaltene Regelung zum Abbau von Rücklagen der GKV mit Blick auf die wettbewerbliche und auf die wirtschaftliche Situation von Krankenkassen?

**ESV Prof. Dr. Jürgen Wasem**: Der Komplex Abbau von Rücklagen besteht aus mehreren Komponenten. Da muss man differenziert hinschauen. Das ist teilweise heute schon diskutiert worden. Ein Element ist, wir senken die Obergrenze der Rücklagen auf eine Monatsausgabe. Das ist in der Tat sachgerecht. Die alte Regelung kommt aus einer Zeit, in der die Kassen auch das Einnahmenrisiko getragen haben. Das Einnahmenrisiko geht seit 2008 auf den Gesundheitsfonds über. Insofern brauchen die Kassen in der Tat nicht mehr so hohe Rücklagen wie sie sie früher hatten. Die zweite Komponente, die sich zum Thema Abbau von Rücklagen im Gesetzentwurf findet ist das Verbot für eine Kasse, den Zusatzbeitrag zu erhöhen, so lange ihre Rücklage die Obergrenze überschreitet. Auch das ist eine sachgerechte Überlegung. Es kann einer Kasse zugemutet werden, dass sie zusätzliche Mittel aus ihrer Rücklage nimmt und nicht durch die Erhöhung des Zusatzbeitrages generiert, was zurzeit stattfindet. Kassen haben volle Rücklagen, aber sie erhöhen den Zusatzbeitrag. Problematisch finde ich demgegenüber die Regelung im neu eingefügten § 260 Absatz 2a SGB V, der die Kassen verpflichten soll, die Zusatzbeiträge abzusenken, sofern sie



oberhalb der Rücklagenobergrenze liegen. Das provoziert aus meiner Sicht unnötigerweise erhebliche Risiken der Destabilisierung des Krankenkassensystems. Dies hängt damit zusammen, dass wir eine gefestigte Empirie haben, dass, wenn Kassen ihre Zusatzbeiträge deutlich senken und das medial entsprechend aufbereitet wird, wir davon ausgehen können, dass relativ hohe Zahlen von Versicherten in diese Kasse wechseln werden. Nach allem was wir wissen, sind das Versicherte, die gute Risiken sind. Das bedeutet in der Logik, in der wir die Finanzarchitektur haben, für die gibt es im Durchschnitt, es gibt natürlich auch Ausnahmen, mehr Zuweisungen als sie Ausgaben produzieren. Die kommen zu einem nennenswerten Teil und das ist auch naheliegend von Krankenkassen, die schon einen relativ hohen Zusatzbeitrag haben und sehr knapp kalkuliert sind. Einige im Raum kennen die Kandidaten, die wir dabei immer nennen. Wenn von diesen Kassen hunderttausende von Versicherten, von solchen Größenordnungen muss man meines Erachtens ausgehen, wechseln, führt das bei diesen Kassen zwangsläufig dazu, dass sie ihren Zusatzbeitrag weiter heraufsetzen müssen. Denn es wandern Versicherte ab, die gute Deckungsbeiträge hinterlassen haben, die reißen ein Loch rein, also muss die Kasse ihren Zusatzbeitrag weiter heraufsetzen. Das löst eine Dynamik aus, die tatsächlich vermeidbar ist. Ich würde dieses Risiko als Gesetzgeber nicht eingehen wollen, und halte diesen Absatz 2a daher für problematisch.

**Abg. Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Eine weitere Frage an Sie. Wie beurteilen sie die geplante Regelung in § 260 Absatz 5 SGB V, wonach die Pflicht zum schrittweisen Abbau von Rücklagen erst anzuwenden ist, wenn der RSA bis zum 31. Dezember 2019 gesetzlich fortentwickelt wurde. Kann diese Regelung die entsprechende und intendierte Wirkung so entfalten?

**ESV Prof. Dr. Jürgen Wasem:** In der Tat ist diese Regelung ein Lerneffekt auf die Reaktion, auch der Gesundheitsökonomen. Einige Kollegen, Herr Wille und Herr Ulrich haben sich wie ich geäußert, dass das, was im § 260 Absatz 2a SGB V steht, das System in unnötiger Weise destabilisiert. Darauf reagiert der Gesetzentwurf, indem vorher eine RSA-Reform stattgefunden haben soll. Zunächst mal ist es prinzipiell ein Schritt in die richtige Richtung,

dass man ein Bewusstsein dafür hat, dass man eine Lawine loslässt, die man nicht eingefangen bekommt. Die Frage ist, ob die Regelung so ausreicht? Ich denke, das kann man so allgemein heute nicht sagen. Es hängt von zwei Dingen ab. Das hängt erstens vom Zeitplan der RSA-Reform ab. Da steht im Gesetz, dass diese bis zum 31. Dezember 2019 stattgefunden haben soll. Wenn diese tatsächlich erst dann kommt, ist sie zu spät. Ich habe mir den Zeitplan vor dieser Sitzung noch einmal angeguckt, eine Regelung die im Herbst 2019 Gestalt annimmt, kann letztlich erst 2021 liquiditätswirksam werden. Ab 2020 sollen die Zusatzbeiträge gesenkt werden. Damit passt das nicht mehr zusammen. Das heißt, es kann erstens nur dann funktionieren, wenn man dieses hintere Ende der RSA-Reform Ende 2019 nicht ausschöpft, sondern deutlich schneller ist, was nicht auszuschließen ist. Der Minister hat beim AOK-Herbstfest gesagt, dass es vor Weihnachten bereits Eckpunkte gibt. Dann könnte es, wenn alles gut läuft, im Februar oder März 2019 ein Gesetz geben, bei dem man erkennen kann, wo es hinläuft, so dass das BVA es in der Modelladaption schon einbauen kann. Dann könnte das funktionieren. Der zweite Punkt ist, es hängt natürlich von der Größenordnung ab. Wir sprechen hier von ca. zehn Krankenkassen, die relativ hohe Rücklagen haben. Sie müssten mit der RSA-Reform eine Dimension erreichen, bei der sie bei diesen Krankenkassen relativ viel Mittel abschöpfen, sodass die nicht mehr so stark absenken. Sie müssten an das andere Ende, da wo die schwierigen Krankenkassenverhältnisse sind, so viele zusätzliche Mittel geben, um eine halbwegs ausbalancierte Konstellation zu haben. Das ist nicht auszuschließen, aber das ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt viel zu früh um sagen zu können, ob das klappt. Dieser Automatismus, wir machen erst eine RSA-Reform und dann können wir unschädlicherweise die Rücklagen an die Versicherten zurückgeben, funktioniert so nicht.

**Abg. Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Eine Frage an den BKK Dachverband. Würde Ihnen das Vorziehen der Errichtung eines Hochkosten- bzw. Risikopools nützen und wie müsste dieser ausgestaltet sein?

**SV Franz Knieps** (BKK Dachverband e. V. (BKK-DV)): Ja, es würde uns nützen, ohne dass ich den finanziellen Effekt genau beziffern kann. Wir



erleben, dass der RSA die Einführung hochinnovativer Arzneimitteltherapien, die ich eben schon beschrieben habe, überhaupt nicht erfasst. Wenn diese Therapien zur Heilung führen, fallen diese hohen Kosten von hunderttausenden Euros in einem Jahr an und im Folgejahr nicht mehr. Folglich bleiben sie im RSA vollkommen unberücksichtigt. Es hilft uns auch noch in einer anderen Weise, die ich hier schon dargelegt habe. Wir haben eine große Zahl kleiner und mittlerer Krankenkassen. Da kann ein teurer Leistungsfall von über 100 000 Euro sofort andere Wirkungen haben, als bspw. bei einer großen Betriebskrankenkasse. Deshalb klare Antwort, es hilft uns, würde sehr viel Sinn machen. Das hat es auch schon mal gegeben.

**Abg. Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage geht an den GKV-Spitzenverband. Sie haben eingewandt, dass die Regelung, dass die Krankenkassen ihre Mitglieder schriftlich informieren müssen, wenn ihr Mitglied mit zwei Monatsbeiträgen in Zahlungsverzug ist, ungünstig sei. Was lässt Sie da skeptisch sein?

**SVe Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband (GKV)): Hier geht es darum, dass diese Verpflichtungen generalisierend formuliert sind. Natürlich informieren die Kassen auch in solchen Fällen, die ihnen geeignet erscheinen, ihre Mitglieder über die Möglichkeit der Beitragsübernahme durch die Sozialleistungsträger. Das entscheiden die Kassen aber

individuell. Wenn man jetzt sagt, dass alle Mitglieder, die mit Beitragsrückstand erfasst sind, über diese Regelung zu informieren sind, könnte das bei vielen Versicherten zu Unmut führen, weil sie in dem Fall gar nicht davon betroffen sind, weil sie die leistungsrechtlichen Voraussetzungen der Hilfebedürftigkeit nicht erfüllen. Deswegen sind wir der Auffassung, das können die Kassen individuell besser entscheiden, ob es in einem Fall sinnvoll ist, die Versicherten darauf hinzuweisen oder nicht.

Der **Vorsitzende**: Vielen Dank. Wir schließen unsere Anhörung pünktlich. Ich darf mich bei den Sachverständigen ganz herzlich bedanken. Es sind nicht alle zu Wort gekommen, aber die Fraktionen haben von fast allen schriftliche Stellungnahmen erhalten, sodass Ihr Input in den Fraktionen diskutiert werden wird. Vielen Dank und ich wünsche den Fraktionen gute Beratungen und allen einen angenehmen Nachmittag.

Schluss der Sitzung: 13.39 Uhr

gez.

Erwin Rüddel, MdB

**Vorsitzender**