



Wortprotokoll der 57. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 23. September 2019,
13:15 Uhr bis 14:45 Uhr
Paul-Löbe-Haus, Saal E 300

Vorsitz: Erwin Rüdell, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Einziges Tagesordnungspunkt

Seite 4

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

Federführend:
Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:
Finanzausschuss

Ein System für alle – Privatversicherte in gesetzliche Krankenversicherung überführen

BT-Drucksache 19/9229

**Mitglieder des Ausschusses**

	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
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 Weiß (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 Möhring, Cornelia Movassat, Niema Schreiber, Eva-Maria
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: 13:19 Uhr

Der **Vorsitzende**, Abg. **Erwin Rüdell** (CDU/CSU): Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer, sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, ich darf alle ganz herzlich begrüßen zu unserer 57. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit und zu unserer zweiten Anhörung an diesem Tage. Ich freue mich, dass ich zu meiner Rechten die Parlamentarische Staatssekretärin Sabine Weiss und weitere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Ministeriums begrüßen darf. Wir beschäftigen uns heute in der zweiten Anhörung mit einem Antrag der Fraktion DIE LINKE. „Ein System für alle – Privatversicherte in gesetzliche Krankenversicherung überführen“. Meine sehr verehrten Damen und Herren, die Fraktion DIE LINKE. ist der Auffassung, dass durch die Existenz der privaten Krankenversicherungen (PKV) gegen das Solidaritätsprinzip verstoßen und dadurch eine Zweiklassenmedizin in Deutschland etabliert wird. Daher muss nach Ansicht der Fraktion DIE LINKE. die PKV als Vollversicherung abgeschafft werden. Die PKV soll sich künftig lediglich um den Versicherungszweig Zusatzversicherungen kümmern. Das sind kurz die Zusammenfassung und die Kernaussage des Antrags. Wir freuen uns auf Ihre Expertise. Bevor wir in die Anhörung einsteigen, gibt es immer wieder die gleichen Informationen, die diejenigen, die öfters dabei sind, bereits kennen. Aber es sind auch immer wieder neue Vertreter dabei. Deshalb einige Informationen. Die Anhörung dauert 90 Minuten. Die Fraktionen werden ihre Fragen abwechselnd stellen in einer festen Reihenfolge, die sich an der Stärke der Fraktionen orientiert. Es wird jeweils eine Frage an einen Sachverständigen gestellt. Nach genau 90 Minuten werde ich die Anhörung schließen. Ich bitte alle, kurz und bündig und präzise zu fragen und zu antworten. Bei der Beantwortung der Frage sollte das Mikrofon benutzt werden. Ideal wäre, wenn man bei der Beantwortung in Richtung des Vorsitzenden schaut, auch wenn die Fragen von Fraktionen gestellt werden, die hinter einem sitzen, damit die Antwort entsprechend laut ist und auch protokolliert werden kann und damit die vielen Zuschauerinnen und Zuschauer, die nicht anwesend sind, sondern die Anhörung medial, zeitversetzt verfolgen, der Anhörung folgen können. Ich habe es gerade am Ende der ersten Anhörung gesagt, und nun gedacht, dass

ich es besser am Anfang erwähne. Frau Dr. Fix war sehr beispielhaft und hat bei der Beantwortung ihrer Frage immer zuerst ihren Namen und den Verband genannt. Das Problem ist, dass diejenigen, die später die Anhörung nachvollziehen wollen, in der Regel die Namen der Verbände auf den Schildern nicht lesen können. Hier im Raum ist dies möglich, medial ist es aber kaum möglich. Das heißt, damit alle, die nicht anwesend sein können, wissen, wer gefragt und wer geantwortet hat, bitte ich den Namen und den Verband zu nennen, auch wenn dies lästig sein sollte. Es geht um die Nachvollziehbarkeit für denjenigen, der das Protokoll schreibt und, noch wichtiger, für diejenigen, die uns online begleiten. Die Anhörung wird protokolliert und steht in der Mediathek zur Verfügung. Sie wird digital aufgezeichnet und wird zeitversetzt im Parlamentsfernsehen übertragen. Eine ganz wichtige Sache: Mobiltelefone sind nicht zu hören. Sollten sie zu hören sein, kostet das fünf Euro. Das Geld wird diskret eingesammelt und einem guten Zweck zur Verfügung gestellt. Jetzt können wir mit der Frageunde beginnen.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Ich würde meine Frage an den Herrn Einzelsachverständigen Prof. Sodan richten. Herr Prof. Sodan, wir diskutieren das Thema Abschaffung der privaten Vollversicherung zum wiederholten Mal. Ich schließe nicht aus, dass die verfassungsrechtliche Komplexität noch nicht bei allen durchgedrungen ist. Vielleicht können Sie uns noch einmal umfassend darstellen, wie dieses Thema verfassungsrechtlich zu bewerten ist.

ESV **Prof. Dr. Helge Sodan**: Herr Abg. Hennrich, eine umfassende Darstellung wird schwierig wegen der Zeitbegrenzung. Aber ich will gerne die verfassungsrechtlichen... Ich gebe mir trotzdem Mühe, das knapp und kurz zusammenzufassen. Es ist, wie Herr Abg. Hennrich zu Recht gesagt hat, weiß Gott nicht das erste Mal, dass wir uns darüber unterhalten. Ich bin manchmal fast etwas deprimiert darüber, dass die Hinweise, die hier gegeben werden, leider wohl bei einer Fraktion nicht auf fruchtbaren Boden stoßen. Die Einwände sind weiterhin die gleichen. Sehr zweifelhaft ist bereits, ob der Bundestag für gesetzliche Festlegungen einer als umfassende Zwangsversicherung ausgestalteten, gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) überhaupt den



Kompetenztitel Sozialversicherung für sich in Anspruch nehmen könnte. Nach der Judikatur des Bundesverfassungsgerichts können zwar neue Lebenssachverhalte in das Gesamtsystem Sozialversicherung einbezogen werden, es muss dann aber zumindest eine Orientierung am klassischen Bild der Sozialversicherung erfolgen. Von diesem Bild würde sich jedoch eine umfassende Einwohnerversicherung gerade durch die künftige Einbeziehung von Selbständigen und Beamten vollends lösen. Zusätzliche Probleme im Hinblick auf die notwendige Gesetzgebungskompetenz des Bundes ergäben sich hier bezüglich der Beihilfeberechtigten. Nach Angaben des Verbandes der PKV verfügten im Jahr 2018 insgesamt 8,74 Millionen Menschen über eine private Krankheitsvollversicherung. Etwa die Hälfte von diesen Versicherten war beihilfeberechtigt. Der Bundesgesetzgeber besitzt nach dem Grundgesetz aufgrund einer Föderalismusreform keine Kompetenz, Landesbeamte in die GKV zwangsweise einzubeziehen. Ferner fehlt eine Zuständigkeit des Bundes, die Länder zur Eingliederung ihrer Beamten in eine Einheitsversicherung nach dem Modell dieses Sozialversicherungszweiges zu verpflichten. Ein Kollege von mir hat einmal ausgeführt, Kompetenzen seien hartes Verfassungsrecht. Dem kann ich nur zustimmen. Eine als umfassende Einwohnerversicherung ausgestaltete Sozialversicherung ließe sich auch mit Grundrechtsvorschriften nicht vereinbaren. Nach ständiger Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts greifen Zwangsmitgliedschaften in öffentlich-rechtlichen Körperschaften in das Grundrecht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit ein und sind damit rechtfertigungsbedürftig. Zwar ist eine soziale Pflichtversicherung prinzipiell zulässig. Eine die gesamte Bevölkerung einbeziehende Sozialversicherung würde aber für viele Pflichtmitglieder, die anderenfalls in den Schutz der PKV einbezogen wären, zu einer unnötigen und damit unverhältnismäßigen Zwangszugehörigkeit führen. Auch das fiskalische Motiv niedriger Beitragssätze oder einer Vermeidung von Bundeszuschüssen kann eine umfassende soziale Bürgerzwangsversicherung in grundrechtlicher Hinsicht nicht legitimieren. Ein solches Versicherungsmodell wäre wegen Verstoßes gegen das Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit verfassungswidrig. Eine Abschaffung der privaten Krankheitsvollversicherung würde ferner gegen das Grundrecht der Berufsfreiheit verstoßen, auf welches sich private Versicherungs-

unternehmen berufen könnten. Der Antrag der Fraktion DIE LINKE lässt keine öffentlichen Interessen erkennen, die von einem solchen Gewicht sind, dass sich mit ihnen im Rahmen einer Verhältnismäßigkeitsprüfung die Zerstörung des Geschäftsmodells der privaten Versicherung rechtfertigen ließe.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Meine Frage geht an den GKV-Spitzenverband. Neben Hamburg gibt es auch in Bremen, Brandenburg, Thüringen und Berlin Gesetzgebungsverfahren, um den Landesbeamten eine echte Wahlmöglichkeit zwischen PKV und GKV zu gewähren. Dazu wird eine pauschale Beihilfe als Arbeitgeberzuschuss gewährt. Wie bewerten Sie dieses Modell? Ist das mit Einschränkungen oder Nachteilen für die Landesbeamten verbunden? Wäre das aus Ihrer Sicht auch eine Option für die Bundesbeamten?

SV **Michael Weller** (GKV-Spitzenverband): Die Bundesländer reagieren mit diesen gesetzlichen Änderungen auf Landesebene mit rein beihilferechtlichen Regelungen. Das muss man vorausschicken. Es geht nicht um sozialversicherungsrechtliche Regelungen, wie sie im Antrag der Linken vorgesehen sind. Man reagiert damit auf die versicherungs- und beitragsrechtliche Situation der insbesondere heute freiwillig in der GKV versicherten Beamtinnen und Beamten. Die heute freiwillig versicherten Beamtinnen und Beamten haben über ihre eGK, über die Gesundheitskarte, einen Sachleistungsanspruch in der GKV. Der Beihilfeanspruch läuft faktisch ins Leere. Sie müssen den Krankenversicherungsbeitrag alleine zahlen, weil der Arbeitgeberbeitrag fehlt. Genau das haben die Länder, nicht nur Hamburg, sondern auch Bremen, Brandenburg und Thüringen entsprechend geregelt. Sie haben damit erstmalig eine weitere Wahloption geschaffen. Wer als Beamter bereits gesetzlich versichert ist, hat eine Wahl zwischen der Beihilfe bzw. dem Beihilfeanspruch und sich freiwillig in der GKV zu versichern und dann den Arbeitgeberanteil als Beihilfe, dem Grunde nach pauschale Beihilfe, ausgezahlt zu bekommen. Damit fungiert die Beihilfe dem Grunde nach als Pendant zum Arbeitgeberbeitrag bei den sonstigen pflichtversicherten Arbeitnehmern. Im Sinne unserer Mitglieder, der Mitglieder der GKV, die heute als Beamte frei-



willing versichert sind in der GKV, ist das zu begrüßen. Damit wird ihnen sehr spät, aber dann doch für die Zukunft eine gewisse späte Gerechtigkeit zugewiesen. Mit der Regelung einher geht aber auch, dass bei der erstmaligen Verbeamtung eine Wahloption, eine echte Wahloption besteht, ob ich die Beihilfe in Anspruch nehme, oder ob ich in der GKV freiwillig versichert bin. Das ist zu begrüßen. Das ist ein kleiner, weiterer Schritt zu mehr Wahlmöglichkeiten zwischen PKV und GKV. Es besteht damit ein wenig mehr Wettbewerb zwischen den beiden Systemen. Mit diesen rein beihilferechtlichen Regelungen, die jetzt in den Ländern Hamburg, Bremen, Brandenburg und Thüringen vorgesehen sind, ist im Übrigen auch sehr geschickt, meines Erachtens, gelöst, dass möglicherweise teure Alterslasten nicht mit einem umfassenden Gesetzgebungsvorschlag über die GKV gestülpt würden. Weil man kann vermuten, man kann unterstellen, dass in einem solchen Fall, insbesondere wenn das Wahlrecht insgesamt ausgeübt werden könnte, vielleicht weniger gute Risiken die GKV wählen würden. Das ist dort nicht der Fall. Fazit aus Sicht der Mitglieder der GKV: Dies ist ein guter und wichtiger Schritt.

Abg. **Jörg Schneider** (AfD): Meine Frage richte ich an Herrn Dr. Pimpertz. In Ihrer Stellungnahme sprechen Sie über institutionell bedingte Fehlanreize im Gesundheitssystem aufgrund derer selbst innovative Technologien nicht unbedingt zur Effizienzsteigerung, sondern sogar zu einem überproportionalen Kostenanstieg bzw. Ausgabenanstieg führen und nennen speziell Wettbewerbshindernisse auf der Beschaffungs- und Absatzseite gesetzlicher Krankenversicherungen als Grund dafür. Können Sie das vielleicht etwas genauer erläutern? Könnten Sie vielleicht ein paar Vorschläge machen, wie man diese Fehlanreize in der GKV beheben könnte?

ESV **Dr. Jochen Pimpertz**: Wir beobachten in der GKV seit der Wiedervereinigung ungebremst einen überproportional starken Ausgabenanstieg. Es stellt sich zunächst die Frage, auf welche Ursachenkomplexe das zurückzuführen wäre oder sein kann. Üblicher Weise werden drei wesentliche Zusammenhänge genannt: Demographie, medizinisch-technischer Fortschritt und die möglichen Fehlanreize, die dazu führen, dass insbesondere Leistungs-

anbieter aber auch -nachfrager nicht zwingend kappheitsgerecht anbieten oder nachfragen. Die Demographie spielt bislang noch nicht die Rolle, die wir erwarten müssen in den nächsten Jahrzehnten, wenn die geburtenstarken Jahrgänge in den Ruhestand altern und dort relativ hohe Probleme oder Leistungsnachfrage verursachen. Der medizinisch-technische Fortschritt ist gewollt und insofern nicht auszuschließen. Was wir aber beobachten ist, dass medizinisch-technischer Fortschritt in der GKV, obwohl es die gleiche Technologie ist, nicht dieselben ökonomischen Folgen nach sich zieht, die wir bei Anwendung in weniger stark regulierten Branchen vorfinden. Das betrifft namentlich das Thema Digitalisierung. Die ökonomische Vorstellung ist tatsächlich, dass mit mehr Eigenverantwortung und auch Kostenverantwortung auf der Seite der Versicherten Anreize gesetzt werden, dass nicht nur Innovationen in das System einsteuern, die die Gesundheitsversorgung verbessern, sondern die die gleichen Qualitäten auch zu niedrigeren Ressourcenverbräuchen sprich günstiger organisieren können. Hier bestehen tatsächlich aus ökonomischer Perspektive große Fragezeichen, weil über das Beitragsrecht lohn- oder rentenbezogener Beiträge kein finanzieller Anreiz seitens der Versicherten ausgelöst wird, sich auf effizientere oder kostensparende Versorgungsmodelle selbstzuverpflichten. Namentlich die kostenlos gewährte freie Arztwahl führt hier zu Problemen, weil für den Versicherten, selbst wenn er sich kostengünstig verhielte, das, was er an Einsparungen im System bewirkt, über das Beitragsrecht sozialisiert wird. Was dem System fehlt sind also insbesondere tarifliche Strukturen, in denen auf der Preisseite widergespiegelt wird, was zum Beispiel durch eine beschränkte Arztwahl und die entsprechenden vertraglichen Verhandlungsergebnisse zwischen der selektiven Auswahl der Leistungsanbieter und den Kassen erzielt werden kann. In der Literatur wird das unter den Stichworten Managed Care oder Case Management angeführt. Daran mangelt es im deutschen System noch einhellig.

Abg. **Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): Die Frage richtet sich erneut an den Einzelsachverständigen Dr. Pimpertz. Im Hintergrund der Forderungen der Antragsteller schwingt unterschwellig die Behauptung mit, dass die PKV unsolidarisch sei. Was halten Sie von diesem Vorwurf?



ESV Dr. Jochen Pimpertz: Richtig ist, dass die PKV-Versicherten nicht teilhaben an den beiden Dimensionen des Solidarausgleichs in der GKV, dem sozialen Ausgleich und dem Risikoausgleich. Bei der Beurteilung ist aber unbedingt zu berücksichtigen, dass wir bislang nicht über umfassende wissenschaftliche Studien verfügen, die sowohl über das Gesundheitsrisiko als auch über die Zahlungsfähigkeit der bislang privat Versicherten deutlich Auskunft geben, um die Gruppen GKV- und PKV-Versicherte vergleichen zu können. Das heißt, insbesondere die Bürgerversicherung würde nur dann tatsächlich die Solidarität stärken, wenn bislang privat Versicherte in der GKV aktuell und auf Dauer für sich und für ihre Familienmitglieder, die in der GKV beitragsfrei versichert wären, mehr Beiträge einzahlen als Leistungen durch diese Neuversicherten abgerufen werden können. Anders dagegen die PKV. Dort ist definitiv klar, dass wir in einer alternden Bevölkerung nicht die damit einhergehenden steigenden Gesundheitsausgaben auf andere Versichertenkollektive überwälzen können. Das ist definitiv ausgeschlossen, weil in der PKV im Anwartschaftsdeckungsverfahren die Versicherten für ihre künftig steigenden Ausgaben selbstständig vorsorgen müssen. Insofern hängt die Beurteilung daran, was wir über den Gesundheitszustand und die künftige finanzielle Leistungsfähigkeit der bislang privat Versicherten wissen. Es ist ein sehr gespaltenes Bild, das wir haben. Deswegen würde ich sagen, dass eine PKV nicht per se als un-solidarisch zu bezeichnen ist, da ihre Versicherten in einer alternden Bevölkerung sehr wohl ein Kostenrisiko für die GKV darstellen. Vielleicht noch eine Anmerkung, um das zu verdeutlichen. Nehmen wir an, wir würden eine Bürgerversicherung bekommen. Dann ergäbe sich folgendes Bild. Bislang werden die Beamtenbesoldung und die Beihilfe unter anderem aus dem Einkommensteueraufkommen finanziert, eigentlich aus dem allgemeinen Steueraufkommen. Zu diesem Einkommensteueraufkommen tragen gerade die Besserverdiener überproportional stark bei. Unter einem GKV-Beitragsrecht für alle Personen in Deutschland, also für alle Bürger, wäre dieser Beitrag der Besserverdiener nach dem bisherigen Beitragsrecht gedeckelt, weil wir eine Beitragsbemessungsgrenze haben, mit der Folge, dass Geringverdiener innerhalb der GKV mit den Lasten, die die Beamten dort zusätzlich verursachen, stärker belastet würden, als im Status quo.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Meine Frage geht an den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Kluckert. Der Antragsteller fordert die Abschaffung der PKV zu einem Stichtag. Wie beurteilen Sie diesen Vorschlag verfassungsrechtlich?

ESV Prof. Dr. Sebastian Kluckert: Das beantragte Versicherungsmodell ist kompetenz- und grundrechtlich nicht mit dem Grundgesetz vereinbar. Der Bund wird kompetenzrechtlich in zweierlei Hinsicht begrenzt. Einmal durch den Gesetzgebungskompetenzkatalog. Dort wäre einzig und allein das Stichwort Sozialversicherung für ihn fruchtbar zu machen. Das wurde aber gerade auch schon hier dargelegt von Herrn Prof. Dr. Sodan, dass das Versicherungsmodell, das hier beantragt ist, nicht dem Wesen der Sozialversicherung im Sinne des Grundgesetzes entspricht. Es mag eine Pflichtversicherung sein, es ist aber keine Sozialversicherung, die hier entsteht. Zu weiteren Punkten dazu verweise ich auf die schriftliche Stellungnahme. Der nächste Punkt, der die Gesetzgebungskompetenz auch begrenzt, ist wiederum die Kompetenz der Länder für die Besoldung und Versorgung ihrer Landesbeamten. Die Kompetenz, das zu regeln, hat der Bund durch die Föderalismusreform I verloren. Insofern kann er die zwangsweise Einbeziehung von Landesbeamten in die GKV nicht mehr regeln, da dieser Bereich zu den allgemeinen Grundsätzen des Berufsbeamtentums gehört und jetzt in der föderalen Ordnung einzig und allein den Ländern zugewiesen ist. Lassen Sie mich stärker auf die Grundrechte eingehen, die die Gesetzgebung jedes Gesetzgebers in zweierlei Hinsicht begrenzen. Einmal kann es sein, dass aufgrund der Grundrechte, der Freiheiten der Bürger, ein Ziel überhaupt nicht verwirklicht werden darf. Aber selbst wenn ein Ziel vom Gesetzgeber verwirklicht werden kann, kann es sein, dass aufgrund dieser Grundrechte für die Betroffenen Entschädigungen zu leisten sind. Vor einer solchen Entschädigungspflicht schützt im Übrigen auch nicht die Bedeutung des jeweiligen Zwecks, den der Gesetzgeber verfolgt. Da verweise ich auf die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zu den Endterminen für den Betrieb von Atomkraftanlagen. Da wurde gesagt, das ist grundsätzlich möglich, das muss aber entschädigt werden. Obwohl höchste Rechtsgüter, nämlich Leben und Gesundheit, verfolgt wurden vom Gesetzgeber, entstand trotzdem die Entschädigungspflicht. Die



Abschaffung der PKV wäre hinsichtlich der Berufsfreiheit an den Maßstäben zu messen, die die Rechtsprechung für objektive Berufsverbote aufgestellt hat. Ein Berufsverbot muss zwingend erforderlich sein, um nachweisbare oder höchst wahrscheinliche Gefahren für ein überragend wichtiges Gemeinschaftsgut abzuwehren. Gefahren für die GKV oder für das deutsche Krankenversicherungswesen insgesamt konnten in der Vergangenheit im Rahmen des dualen Systems abgewehrt werden. Hier nenne ich insbesondere als Beispiel Maßnahmen, die zu mehr Konvergenz zwischen PKV und GKV geführt haben. Dass sich eine Maßnahme im Rahmen der eigenen politischen Vorstellungen und Grundüberzeugungen als zwingend geboten erweist, also zum Beispiel mit Blick auf die persönlichen Vorstellungen von Solidarität, bedeutet noch nicht zugleich, dass diese Maßnahme nach verfassungsrechtlichen Maßstäben zwingend geboten ist. Erhebliche Bedenken bestehen auch hier hinsichtlich der Eigentumsgarantie. Die PKV-Verträge sind sowohl für die Versicherten als auch für die PKV-Unternehmen geschützte, vermögenswerte Rechte. Den Versicherten erwachsen Leistungsansprüche und den Krankenversicherungsunternehmen erwachsen daraus Prämienansprüche. Zwar würde jetzt der Entzug dieser Rechtsposition zu einem Stichtag keine Enteignung im verfassungsrechtlichen Sinne darstellen, sondern nur eine sogenannte Inhalts- und Schrankenbestimmung, die aufgrund des Verhältnismäßigkeitsprinzips aber auch ausgleichspflichtig sein kann. Immer dort wo letztlich im Wege der Inhalts- und Schrankenbestimmungen Eigentum vollständig entzogen wird, liegt eine Entschädigungspflicht nahe, wenn man die Grenze des Obs überhaupt überwinden kann. Einen Punkt möchte ich noch ansprechen, nämlich die Problematik der Alterungsrückstellungen, die auch in der Antragsbegründung angesprochen wird. Hier wird vertreten, dass diese Alterungsrückstellungen nicht dem verfassungsrechtlichen Eigentumsbegriff unterfallen würden und insofern einfach so von den PKV-Unternehmen auf den Gesundheitsfonds übertragen werden könnten und das auch entschädigungslos. Diese Ansicht ist jedenfalls seit einer Gesetzesänderung, die mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz eingetreten ist, nicht mehr haltbar. Seit dem 1. Januar 2009 sind für die ab dann abgeschlossenen Verträge zu mindestens Teile dieser Alterungsrückstellung portabel. Damit sind sie eine individuell zuordnungs-

fähige Vermögensposition. Die Übertragung dieser individuell zuordnungsfähigen Vermögenspositionen von den letztlich privat Versicherten auf den Gesundheitsfonds stellt seitdem, jedenfalls im Hinblick auf die portablen Alterungsrückstellungen, eine Enteignung dar. Nach Artikel 14 Absatz 3 des Grundgesetzes ist jede Enteignung entschädigungspflichtig. Das heißt, da muss der Bund, wenn er so etwas tun möchte, das Geld auf den Tisch legen. Es müssen letztlich politische Entscheidungsträger beantworten, ob dafür das Geld da ist.

Abg. **Dr. Achim Kessler** (DIE LINKE.): Da Prof. Dr. Sodan sich gerade beschwert hat, zu Anträgen von uns als Sachverständiger eingeladen zu werden, möchte ich nicht Ihnen eine Frage stellen, sondern Frau Dr. Fix vom Deutschen Caritasverband. Frau Dr. Fix, ich möchte Sie gerne fragen. Wie bewerten Sie die Forderung der Linken nach Schaffung eines Systems für alle? Sie selbst fordern ein einheitliches Versicherungssystem. Können Sie bitte vor diesem Hintergrund unsere konkreten Forderungen einordnen?

Sve **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V. (DCV)): Auch der Deutsche Caritasverband setzt sich seit Langem für ein einheitliches Versicherungssystem ein, in dem es gleiche Leistungen zu gleichen Wettbewerbsbedingungen gibt. Das bedeutet, wir treten dafür ein, dass es künftig auch für die heute privat Versicherten keine Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse mehr geben soll, sondern dass alle zu gleichen Bedingungen gleiche Leistungen erhalten können. Wenn man ein solches System schaffen will, bedarf es gewisser Übergänge. Hier schlägt die Linke einige Schritte vor, die ich nachfolgend bewerten möchte. Der erste Punkt ist die Aufhebung der Pflichtversicherungsgrenze. Wenn man alle aus der PKV in die GKV überführen möchte, muss man die Pflichtversicherungsgrenze aufheben. Es ist nun die Frage: Soll das sofort geschehen oder eventuell in einzelnen Schritten? Da gleichzeitig bei dem Thema, ich nenne es jetzt Bürgerversicherung, immer diskutiert wird, die sogenannte Beitragsbemessungsgrenze zu verändern, anzuheben oder zu verbreitern, müsste immer zwingend damit die Anpassung der Versicherungspflichtgrenze auf die jeweilige Höhe der Beitragsbemessungsgrenze einhergehen. Wenn man also vorhat, die Beitragsbemessungsgrenze zu



verändern, müsste die Pflichtversicherungsgrenze in einem ersten Schritt auf dieselbe Höhe angehoben und nicht gleich aufgehoben werden. Zweites Thema: Überführung der Altersrückstellungen von der PKV in die GKV. Ich sehe das nicht ganz so wie Sie, Herr Prof. Dr. Kluckert. Es ist schon so, dass die Altersrückstellungen auch individuell in Teilen, das haben Sie auch gesagt, zurechenbar sind, aber eben nur in Teilen. Sie sind portabel bei einem Wechsel von einem PKV-Unternehmen ins andere PKV-Unternehmen. Somit wäre dieser Anteil auch grundsätzlich portabel in die GKV, aus meiner Sicht. Es entstehen auch keine individuellen Altersrückstellungsansprüche, sondern es sind im Grunde kollektive Altersrückstellungsansprüche, nämlich die in dem jeweiligen Versichertenkollektiv des jeweiligen Tarifs in den privaten Versicherungsunternehmen. Dieser Anteil wird hergenommen, um die Beiträge zu glätten. Aus unserer Sicht wäre es durchaus möglich, die Altersrückstellungen auch heute schon in die GKV zu übertragen. Letzter wichtiger Punkt: Die Umwandlung der Beihilfe der Beamten beispielsweise in einen beihilfefähigen Tarif, wie in Hamburg aber auch in anderen Bundesländern geschehen, ist aus unserer Sicht auch möglich und sollte erfolgen. Allerdings weisen wir darauf hin, dass die Systemumstellungen in einer konzertierten Aktion zwischen Bund und Ländern erfolgen müssen. Das Gros der Beamten sind Landesbeamte. Ich glaube Prof. Dr. Sodan war es, der dazu ausführlich ausgeführt hat, dass da keine Eingriffsrechte des Bundes bestehen. Im Grundsatz spricht nichts dagegen, die Beamten in einen beihilfefähigen Arbeitgebertarif zu überführen. Das widerspricht auch nicht dem Alimentationsprinzip. Letzter Punkt: Auflösung der privaten Versicherungsunternehmen. Das sehen wir als Caritas nicht so. Wenn wir von einem einheitlichen Versicherungssystem sprechen, würden wir nicht davon ausgehen, dass die privaten Versicherungsunternehmen aufzulösen seien, sondern sie wären schlicht in die Systemlogik der GKV zu überführen. Wie gesagt, gleiche Leistungen zu gleichen Wettbewerbsbedingungen. Die PKV-Unternehmen würden bestehen bleiben. Dem Grundsatz nach würde es auch keinen großen Wechsel in den Beschäftigtenverhältnissen geben. Sollte sich die eine oder andere PKV entschließen, nur ins Zusatzgeschäft zu gehen und auf die Vollversicherung zu verzichten, glaube ich, dass diese Beschäftigten angesichts des Aufwachsens von Mitgliedern, das die GKV

erführe, auch in der GKV unter Umständen einen neuen Arbeitsplatz finden könnten.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Erst mal vorweg: Auch wir Grünen treten bekanntlich für eine Bürgerversicherung ein und zwar im Sinne eines integrierten Versicherungsmarktes. Das heißt, sowohl die gesetzliche als auch die private Krankenversicherungswelt können die Bürgerversicherung als eine Versicherung zu gleichen Bedingungen für alle anbieten. Das ist ein wesentlicher Unterschied zu dem hier Diskutierten. Meine Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Dr. Stefan Etgeton. Ich hätte die Bitte, dass Sie uns darlegen, welche Probleme es heute in der derzeitigen dualen Krankenversicherungsstruktur in ökonomischer, versorgungspolitischer und auch gesellschaftlich-moralisch-ethischer Hinsicht gibt.

ESV **Dr. Stefan Etgeton**: Die Dualität ist nur historisch aus der Logik des bismarckschen Systems erklärbar. Es wurde gesagt, die meisten können für sich selber sorgen und für die, die das nicht können, schaffen wir eine Sozialversicherung, die zunächst als Leistung den Arbeitsausfall hatte, also die Lohnersatzleistung geliefert hat. Das hat sich rapide weiterentwickelt. Der Leistungsbereich der GKV hat sich ausgeweitet, sodass man heute von einer 90-Prozent-Versicherung sprechen kann, einer Bevölkerungsversicherung zu 90 Prozent. Dieser ganze Ansatz der Subsidiarität, die Einen sorgen für sich selbst, die Anderen werden sozial solidarisch getragen, trägt so nicht mehr. Das geht so weit, dass die Krankenversicherungspflicht 2007, 2009 in beiden Systemen formuliert wurde. Das ist im Grunde schon der Ansatz zu sagen, wir wollen eine Sozialversicherungsbasis für die gesamte Bevölkerung haben, wenn auch noch in den zwei Säulen. Die zwei Säulen haben zum einen ein ökonomisches Problem, das haben Sie angesprochen. Es ist inzwischen relativ gut nachgewiesen, dass sich zumindest die Durchschnittseinkommen der privat und der gesetzlich Versicherten deutlich unterscheiden. Das WiDO, das Wissenschaftliche Institut der AOK, hat auf der Basis von ...-Daten das für die Jahre 2000 bis 2010 berechnet. Sie können round about sagen, dass der durchschnittliche privat Versicherte doppelt so viel verdient, wie der durchschnittliche gesetzlich Versicherte. Auch die Steigerungen in dieser Zeit von 2000 bis 2010 sind



ungefähr doppelt so hoch. Für gesetzlich Versicherte haben sich diese Durchschnittseinkommen in dieser Zeit um 13 Prozent erhöht, für privat Versicherte um 30 Prozent. Das setzt sich in den folgenden Jahren fort. Das WIdO hat für die Pflegeversicherung, aber das ist übertragbar auf die GKV, auch nochmal ausgerechnet, dass sich das für die Jahre bis 2016 mit einer leichten Abschwächung der Unterschiede bei den Steigerungen fortsetzt, weil die Lohnabschlüsse auch für die gesetzlich Versicherten in den letzten Jahren relativ günstig waren. Das heißt also, die Hineinnahme der bisher privat Versicherten würde bei den Einnahmen tatsächlich zusätzliche Einnahmen generieren. Man darf das allerdings in der Höhe auch nicht überschätzen. Wenn man eine Bürgerversicherung macht und mit der Bürgerversicherung gleichzeitig die Vergütungsregeln aufkommensneutral angleichen würde, das heißt, das, was die Ärzte durch die PKV mehr bekommen, im Rahmen einer Bürgerversicherung ausgleichen würde, dann entspräche das in etwa dem, was die privat Versicherten zusätzlich einbringen. Das wäre letztlich fast eine Nullsummenrechnung. Trotzdem gibt es, und das ist der zweite Aspekt, durchaus versorgungspolitische Gründe, einen solchen Schritt zu gehen. Wir haben ein Versorgungssystem. Wir haben nicht die Zwei-Klassen-Medizin, wie strenggenommen titulierte wird, dass wir unterschiedliche Versorgungssysteme haben. Wir haben ein Versorgungssystem. Wir haben aber zwei unterschiedliche Vergütungsordnungen. Das hat durchaus Auswirkungen und negative Effekte. Es verhindert übergeordnete Transparenz und behindert auch die Steuerung des Gesamtsystems. Sie hat aber auch zusätzliche Kollateralschäden. Die GOÄ (Gebührenordnung der Ärzte), die private Vergütungsordnung, setzt Anreize zur Bevorzugung von Privatpatienten bei Terminvergabe, aber auch zur Überversorgung von Privatpatienten. Sie hat keine Qualitätskontrolle, wie es im gesetzlichen System üblich ist. Die Unterschiede in der Vergütung und die Unterschiede in der Verteilung von Privatpatienten, die dann diese Vergütung auslösen, haben neben vielen anderen Faktoren auch Einfluss auf die Niederlassungsbereitschaft von ambulant niedergelassenen Ärzten. Das ist insbesondere im fachärztlichen Bereich nachgewiesen durch die Studie von Sundmacher und Ozegowski. Wir haben so etwas auch im stationären Bereich. Das ist anekdotisch dokumentiert. Ich habe das in einer spannenden Dokumentation

des Deutschlandfunks gehört. Da berichtete ein Krankenhausdirektor, es gibt so etwas wie ein Abstandsgebot. Das heißt, Krankenhäuser richten für die gesetzlich Versicherten, obwohl es zum Beispiel unter dem Gesichtspunkt der Hygiene durchaus sinnvoll wäre, keine Standardzweibettzimmer ein, weil sie sagen, wir müssen den Abstand zu den privat Versicherten halten. Das ist versorgungspolitischer Nonsense und birgt durchaus Risiken für die gesetzlich Versicherten. Das führt mich zum letzten Punkt. Sie haben den ethischen, den ideellen Aspekt angesprochen. Das scheint mir neben den ökonomischen und den genannt versorgungspolitischen der wichtigste Aspekt zu sein. Der soziale Zusammenhalt in Deutschland ist durchaus entwicklungsbedürftig, um das vorsichtig auszudrücken. Nicht umsonst hat sich die bestehende Koalition unter anderem die Stärkung des neuen Zusammenhalts auf die Fahne geschrieben. Wir wissen inzwischen, dass die Zeit der gleichlaufenden Einnahmen- und Ausgabenexpansion in der GKV, die wir in den letzten Jahren hatten, sich ihrem Ende zuneigt. Das heißt, wir werden spätestens ab Mitte der 2020er-Jahre auf ein Defizit in der GKV im Umlagesystem zusteuern. Das heißt, wir werden über Kostendämpfung, über Maßnahmen der Ausgabenreduktion sprechen. Das fordert das Solidarsystem natürlich heraus. Dann wird die Frage entstehen: Wenn wir Kostendämpfungsmaßnahmen einleiten, können wir uns eigentlich ein System leisten oder eine Dualität leisten, die auf Risikoentmischung setzt? Die darauf setzt, dass die guten Risiken in der PKV bleiben und die schlechten Risiken in der GKV. Oder müssen wir nicht versuchen, diese Solidarverluste, wie ich das nennen würde, aufzulösen, um die Solidarität insgesamt zu stärken und auch die Bereitschaft zu erzeugen, Kostendämpfungsmaßnahmen, die wahrscheinlich notwendig sein werden, zu akzeptieren?

Abg. **Bärbel Bas** (SPD): Meine Frage geht an den Einzelsachverständigen Herrn Reiners. Die Verteidiger des zweigeteilten Versicherungsmarktes argumentieren gerne damit, dass die Existenz der PKV förderlich wäre sowohl für den Wettbewerb als auch für Innovationen. Damit würde das Ganze auch den gesetzlich Versicherten zugutekommen. Wie beurteilen Sie diese These im Hinblick auf den Wettbewerb innerhalb der PKV, aber auch zwischen PKV und GKV? Wie beurteilen Sie die Innovationsthese?



ESV **Hartmut Reiners**: Die Sache mit dem Wettbewerb ist so eine Sache. Es gibt faktisch keinen Wettbewerb zwischen GKV und PKV. Das bestreitet auch niemand, der von der Sache etwas versteht. Wettbewerb setzt Wahlfreiheit voraus. Das fängt schon damit an, dass die Hälfte der Versicherten der PKV Beamte sind. Beamte haben keinen Zugang, außer bei gewissen Ausnahmen, die hier schon erwähnt worden sind, zur GKV. Ich kann aus eigener Erfahrung reden. Als ich in den 80er-Jahren verbeamtet wurde, wurde gerade abgeschafft, dass Beamte auch die Möglichkeit haben, einen GKV-Tarif zu bekommen. Ich hätte in der AOK damals bleiben können oder auch in einer anderen Kasse. Ich hätte dann aber den vollen Arbeitgeberbeitrag mitzahlen müssen. So viel habe ich auch als höherer Beamter im höheren Dienst nicht verdient, dass ich mir das hätte leisten können. Der Teil fällt schon einmal völlig aus. Im Prinzip, um das jetzt etwas zu reduzieren, reduziert sich der Wettbewerb nur um Berufsanfänger im Segment der über der Versicherungspflichtgrenze liegenden Angestellten. Das ist ein relativ kleiner Kreis. Es gibt keinen Wettbewerb zwischen GKV und PKV. Es gibt auch faktisch keinen Wettbewerb innerhalb der PKV. Das hängt mit der Übernahme der Altersrückstellung zusammen. Das ist mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz ab 2009 geändert worden, aber nur für den Teil der Versicherten, die seitdem einen Versicherungsvertrag abgeschlossen haben. Ich habe keine Chancen, meine Krankenversicherung ohne schwerwiegende Verluste zu verlassen. Zumal in meinem Alter, ich habe die 70 jetzt hinter mir, mich auch keine PKV mehr aufnimmt. Vom Wettbewerb kann von vorne bis hinten gar nicht die Rede sein. Das andere Argument, das angeführt wird, ist, dass dadurch, dass die PKV ein höheres Leistungsniveau hat und auch Innovationen schneller umsetzt, die GKV unter Druck gesetzt würde, diese Innovationen zu übernehmen. Das hat schon seit Längerem überhaupt keine Berechtigung. Wenn es diese Berechtigung denn je gehabt hatte. Es ist bereits erwähnt worden, und die Erfahrung mache ich auch als Privatpatient, dass man manchmal eher die Mühe hat, sich gegen überflüssige Leistungen zu wehren. Es ist nicht so, dass sich die Leistungen der GKV und der PKV grundsätzlich unterscheiden. Die PKV bietet im Prinzip die gleichen Leistungen wie auch die GKV. Das ist gesetzlich so festgelegt. Die Innovationen werden auch relativ schnell umgesetzt. Das war bis zur Reform

des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) schon einmal anders. Das ganze Verfahren der Anerkennung von bestimmten medizinischen Innovationen hat manchmal sehr lange gedauert. Aber dafür gibt es jetzt ganz klare gesetzliche Regelungen, dass innerhalb von einem Jahr diese Innovationen, wenn sie sich tatsächlich als Innovationen herausstellen und auch als wirtschaftlicher gegenüber den bestehenden Verfahren herausstellen, dass sie in die Anwendung kommen. Seitdem kann man überhaupt nicht mehr davon reden, dass es dort irgendeinen Anlass gibt. Das zeigt sich auch beim sogenannten IGeL-Katalog, der früher schon Leistungen enthielt, bei denen man sagen kann, die müsste eigentlich auch die GKV übernehmen oder könnte sie übernehmen. Das ist heute kaum noch der Fall. Das ist wirklich ein Märchen, dass die PKV den medizinischen Fortschritt fördert. Davon kann überhaupt keine Rede sein.

Abg. **Rudolf Henke** (CDU/CSU): Ich würde noch einmal gerne auf das Thema Solidarität zurückkommen und Herrn Prof. Dr. Sodan als Einzelsachverständigen nach seiner Position fragen. Herr Dr. Pimpertz hatte schon ausgeführt, wie er den Solidaritätsbegriff bewertet. Aber mich würde es auch von Ihnen interessieren.

ESV **Prof. Dr. Helge Sodan**: Ich darf zunächst ganz kurz klarstellen, dass ich mich natürlich nicht beschwert habe, heute eingeladen worden zu sein. Ich empfinde es stets als eine Ehre, zumal der Deutsche Bundestag ein demokratisch legitimes Verfassungsorgan ist. Aber Herr Dr. Kessler, und dann komme ich sofort zur Frage, ich habe lediglich mein Bedauern Ausdruck gegeben, dass Ihre Fraktion den von der ganz herrschenden Meinung in der rechtswissenschaftlichen Literatur vorgetragene Argumenten, die auch Kollege Kluckert nochmal zusammengefasst hat, einfach nicht einsichtsfähig ist. Und das darf ich hier sicherlich auch sagen. Jetzt komme ich zur Beantwortung der Frage von Herrn Abg. Henke. Das hat damit unmittelbar zu tun. Zur Solidarität trägt wesentlich die Verwirklichung des grundgesetzlich verankerten Sozialstaatsprinzips bei. Da dieses Prinzip auf verfassungsrechtlicher Ebene weitgehend unbestimmt bleibt, ist eine Konkretisierung notwendig, die nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts vor allem durch den Gesetzgeber erfolgt.



Dem Pflegeversicherungsgesetz aus dem Jahr 1994 entnahm das Bundesverfassungsgericht in einem Urteil von 2001. Ich zitiere: „Das gesetzgeberische Gesamtkonzept einer möglichst alle Bürger umfassenden sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit durch die soziale Pflegeversicherung und die private Pflegepflichtversicherung“ – Ende des Zitats. Das Bundesverfassungsgericht hielt es seinerzeit für zulässig, dass der Gesetzgeber des Bundes für einen von ihm neu geschaffenen Typ von privatrechtlicher Versicherung Regelungen des sozialen Ausgleiches vorsieht. Eine Verwirklichung des Sozialstaatsprinzips erkannte das Bundesverfassungsgericht in einem Urteil von 2009 auch in der PKV. Ich zitiere: „Für das im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz formulierte Ziel, allen Bürgern der Bundesrepublik Deutschland einen bezahlbaren Krankenversicherungsschutz in der GKV oder in der PKV zu sichern, kann sich der Gesetzgeber auf das Sozialstaatsgebot des Artikel 20 Absatz 1 GG berufen. Der Schutz der Bevölkerung vor dem Risiko der Erkrankung ist in der sozialstaatlichen Ordnung des Grundgesetzes eine Kernaufgabe des Staates“ – Ende des Zitats. Tragen demnach sowohl die private Kranken- als auch die private Pflegeversicherung zur Verwirklichung des Sozialstaatsprinzips bei, so sind Behauptungen, diesen Versicherungen fehle die notwendige Solidarität, schlicht falsch. Insoweit finanzieren in jeder Versichertengemeinschaft die Gesunden über ihre Versicherungsbeiträge die notwendigen Leistungen für die Kranken und die Pflegebedürftigen wesentlich mit. Ich darf insoweit, wie bereits im Rahmen einer Anhörung im Mai diesen Jahres zur Pflegeversicherung, an das berühmte Bibelzitat aus dem Brief des Paulus an die Galater erinnern: „Einer trage des anderen Last“. Wechselseitige Solidarität üben in der privaten Krankheitsvollversicherung insgesamt knapp 8,8 Millionen Menschen. Wie man vor diesem Hintergrund der PKV vorwerfen kann, sie verstoße gegen das Prinzip der Solidarität, ist für mich nicht nachvollziehbar. Solidarität muss nicht immer mit der gesamten Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland erfolgen.

Abg. **Dr. Roy Kühne** (CDU/CSU): Die Frage geht an den Einzelsachverständigen Dr. Pimpertz. Wie beurteilen Sie die Einführung einer Bürgerversicherung unter dem Aspekt der Generationengerechtigkeit?

ESV **Dr. Jochen Pimpertz**: Wir haben in dem umlagefinanzierten gesetzlichen System das grundsätzliche Problem, dass mit der Alterung der Bevölkerung tatsächlich erhebliche Lasten auf die Versichertengemeinschaft zukommen. Wir haben auf der einen Seite typischer Weise ein mit dem Alter steigendes Profil von Leistungsausgaben. Wenn die geburtenstarken Jahrgänge ab dem nächsten Jahrzehnt verstärkt in diese hohen Altersklassen hineinwachsen, wird im gesamten Versichertenkollektiv GKV mit entsprechend höheren Ausgaben zu rechnen sein. Gleichzeitig werden die Ruheständler einen höheren Teil der Beitragszahler ausmachen, mit einem relativ geringeren durchschnittlichen beitragspflichtigen Einkommen. Vor diesem Hintergrund setzt sich die PKV-Versicherung deutlich ab. Denn während im GKV-System jüngere Versicherte die entsprechenden zusätzlichen Finanzierungslasten künftig für die verbleibende Lebensdauer schultern müssen, ist eine solche Überwälzung auf nachfolgende Kohorten im PKV-System grundsätzlich ausgeschlossen, weil dort jedes Kollektiv für die erwartbaren altersabhängigen Ausgaben selbständig Kapital rückstellt, um aus diesem im Alter die steigenden Leistungsausgaben zu finanzieren, um so über den Lebenszyklus einen geglätteten Prämienverlauf zu organisieren. Künftige Generationen sind von alterungsbedingten Ausgabensteigerungen ebenso wenig tangiert wie der Solidarausgleich in der GKV. Hier sind die privat Versicherten allein auf sich selber zurückgeworfen. Eine kleine Randbemerkung und Ergänzung zum Solidaritätsbegriff: Private Krankenversicherungen kennen immerhin so etwas Ähnliches wie den Risikoausgleich als Element der Solidarität in der GKV. Wenn Erkrankungen im Lebenszyklus auftreten und damit offenbar wird, dass der eine ein höheres Schadensrisiko trägt als der andere, schlägt sich das nicht in der Prämienkalkulation der PKV nieder, sondern wird innerhalb der Versichertengemeinschaft aufgefangen. Das ist ein durchaus solidarisches Element. Wie ich eingangs schon sagte, die Generationengerechtigkeit ist im Umlageverfahren stark herausgefordert, weil wir systematisch die jüngeren Jahrgänge stärker belasten. Die Frage ist, ob es durch eine Bürgerversicherung zu einer Entlastung käme. Wir haben bislang keine Indizien, um das systematisch auf der Risikoseite erwarten zu dürfen. Und wie Herr Etgeton schon eben ausführte: Wenn man beides zusammenführt haben wir am Ende des Tages möglicherweise ein Nullsummenspiel.



Wir wissen aus der PKV ... Von mir aus auch ein positives Nullsummenspiel. Aber Null ist Null. Ich komme aus Köln und da bleibt das immer Null. Das am Rande nur. Wenn man den PKV-Bestand anschaut und die Kinderzahl herausnimmt, die übrigens im PKV-Bestand mit 18 Prozent höher liegt als im GKV-Bestand, dann fällt auf, dass der Männeranteil bei den PKV-Versicherten höher ist. Diese weisen aber typischer Weise in der zweiten Lebenshälfte in der GKV überdurchschnittlich höhere Leistungsausgaben im Vergleich zu den Frauen aus. Es steht die Vermutung im Raum, dass Beamte im Durchschnitt als Gruppe älter sind als der GKV-Bestand. Das sind zwei Indizien aus denen man herausziehen kann, dass die Risikoumverteilung in der GKV belastet würde. Bei Selbstständigen ist das unklar. Auch für Arbeitnehmer, die als Besserverdiener in die PKV gehen können, bleibt fraglich, selbst wenn sie jünger wären, ob sie für den Rest ihrer Lebensdauer einen höheren Beitragsfluss generieren als die erwarteten Leistungsausgaben, die sie selber und ihre in der GKV beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen provozieren. Deswegen: Unter dem Strich kann ich nicht erkennen, dass eine Abschaffung eines generationenneutralen Finanzierungssystems PKV zu einer Stärkung von Generationengerechtigkeit in der GKV führen würde.

Abg. **Bettina Müller** (SPD): Ich habe eine Frage an den GKV-Spitzenverband. Bei der Debatte über ein einheitliches Krankenversicherungssystem ist aus Sicht der Patientinnen und Patienten die Versorgungsqualität von besonderer Bedeutung. Wie unterscheiden sich aus Ihrer Sicht die PKV und die GKV hinsichtlich der Qualitätsanforderungen an die medizinischen Leistungen und wie bewerten Sie diese?

SV **Michael Weller** (GKV-Spitzenverband): Wir haben in der GKV die Organisation des G-BA. Über den G-BA wird umfangreich über Qualität, über Nutzen und Bewertung beraten und entschieden. Wir haben dort über Richtlinien stringente Qualitätskriterien, die dann in der Regel so nicht für die PKV gelten. Daraus ableitend würde ein Risiko für Übertherapien oder für den Einsatz teurer oder wissenschaftlich nicht gesicherter Untersuchungs- und Behandlungsmethoden für die PKV bestehen. Um das konkret zu sagen: Bei den Privaten darf jeder Arzt alles machen, was berufsrechtlich erlaubt ist.

Ambulante Qualitätsanforderungen die der G-BA in Richtlinien vorgibt oder auch die Vorgaben des Bundesmantelvertrages gelten hier nicht. Im Übrigen würde auch die sektorenübergreifende Qualitätssicherung nicht gelten und damit auch nicht die in der letzten Zeit sehr häufig diskutierten Mindestmengen im Krankenhaus. Was zu dem Thema Leistungsanspruch, Qualitätsanspruch zusammenzufassen ist, ist, dass natürlich der Leistungskatalog der PKV immer abhängig ist von dem privaten Leistungsvertrag bzw. von dem privaten Versicherungsvertrag den man schließt. Hier ist es durchaus möglich, dass bestimmte Leistungen überhaupt nicht abgedeckt sind. Psychotherapie, Heilmittel, Reha und weitere Leistungen sind alle in der GKV drin. Abschließend noch ein Wort zur Qualität und zur Absicherung im Zusammenhang mit Solidarität. Es gibt in der GKV keine Risikoprüfung und auch keinen Ausschluss von Krankheiten. Das wäre auch in der GKV vollumfassend mitversichert.

Abg. **Dr. Robby Schlund** (AfD): Ich möchte meine Frage an Frau Dr. Fix vom Deutschen Caritasverband stellen. Sie hatten in Ihren Ausführungen angegeben, dass die Privatversicherungen in eine Art GKV überführt werden oder sie mit Nebenleistungen auftreten. Können Sie sich nicht vorstellen, dass es auch umgekehrt sein könnte, wie es zum Beispiel unter bestimmten Rahmenbedingungen in den Niederlanden gemacht wird, dass die gesetzlichen Krankenkassen in eine Art private Versicherung überführt werden?

Sve **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V. (DCV)): Das können wir uns in der Tat nicht vorstellen. Wir sind für die Umwandlung der PKV-Unternehmen in GKV-Unternehmen. Sie sprechen den Bereich des Zusatzgeschäftes an. Das sollte aus unserer Sicht, da es kein medizinisches Erfordernis für die Zusatzversicherung gibt, auch im Bereich der PKV verbleiben und nicht in die Solidargemeinschaft der GKV verschoben werden. Ich kann mir nicht vorstellen, dass das Zusatzgeschäft der heutigen PKV-Unternehmen künftig in der GKV laufen sollte. Was die GKV kennt, das sind Wahltarife bei Leistungen, die medizinisch erforderlich sind und das auch nur in sehr begrenztem Umfang. Die konkrete Antwort auf Ihre Frage lautet: Nein, das können wir uns als Deutscher Caritasverband nicht vorstellen.



Abg. **Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): Die Frage geht an die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände. Herr Dr. Pimpertz hat die Bürgerversicherung bereits aus der Perspektive der Generationengerechtigkeit eingeordnet. Wie würden Sie den Aspekt der Generationengerechtigkeit bewerten?

Sve **Dr. Anne Thomas** (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V. (BDA)): Der demografische Wandel und dessen Folgen sind uns alle bewusst. Das hat Herr Dr. Pimpertz auch ausführlich dargestellt. Die Abschaffung der PKV wäre ein schwerer Fehler, weil damit ausgerechnet diejenige Krankenvollversicherung aufgegeben würde, die besonders gut auf den demografischen Wandel vorbereitet ist. Mit Altersrückstellungen in Höhe von derzeit knapp 270 Milliarden Euro, also fast dem zehnfachen der Leistungsausgaben, ist die PKV wirksam in der Lage, alterungsbedingten Beitragssteigerungen entgegenzuwirken. Die Alterung der Versicherten tangiert das PKV-System daher nicht. Die demografisch bedingten höheren Ausgaben im Alter werden im PKV-System nicht den jüngeren Generationen übergewälzt. Das Solidarprinzip zwischen Jung und Alt wird damit nicht wie in der GKV strapaziert. Die GKV ist demgegenüber nicht zu einer vergleichbaren Zukunftsvorsorge weder politisch noch wirtschaftlich in der Lage. Wirtschaftlich nicht, weil sie dazu Rückstellungen in Billionenhöhe bilden müsste, was weder kurz- noch langfristig realistisch ist und politisch nicht, weil ihre Rückstellungen nicht wirksam vor politischen Zugriffen geschützt werden könnten. Insofern bietet das PKV-System mehr Generationengerechtigkeit.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Meine Frage geht an die PKV. Eben hat der Einzelsachverständige Herr Reiners gesagt, dass er nicht sieht, dass der medizinische Fortschritt durch die PKV voran gebracht wird. Jetzt würde ich gerne von Ihnen, Herr Dr. Reuther, wissen, wie Sie das sehen.

SV **Dr. Florian Reuther** (Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)): Vielen Dank für die Frage, inwieweit das duale System zur Innovation im Gesundheitswesen beiträgt. Die PKV ist ein ganz wesentlicher Faktor im dualen Gesundheitssystem. Sie ist nämlich im Grunde Maßstab und

Korrektiv auch zur GKV. Es besteht, anders als einige andere Einzelsachverständigen vorher ausgeführt haben, durchaus ein Systemwettbewerb, weil jede Frage, ob eine Leistung erstattet wird oder nicht, immer auch danach beurteilt wird, wie die GKV und die PKV jeweils mit der einzelnen Leistung umgehen. Aufgrund der besonderen Ausgestaltung der PKV ist es auch so, dass wir moderne Behandlungsformen und moderne Arzneimittel schneller in die Versorgung bringen, weil die Ärzte und Krankenhäuser größere Freiheitsgrade haben. Allein so trägt die PKV dazu bei, dass diese Maßnahmen in die Versorgung kommen und dann auch hinterher allen Versicherten zugutekommen. Es gibt noch einen zweiten Aspekt, der ganz wesentlich die These stützt, dass die PKV maßgeblich ist für die Innovation und Modernität der medizinischen Versorgung. Aufgrund der anderen Vergütungssystematik erbringen privat Versicherte jedes Jahr einen Mehrumsatz in einem Umfang von rund 13 Milliarden Euro. Davon entfallen mehr als sechs Milliarden Euro allein auf die ambulante medizinische Versorgung durch niedergelassene Ärzte. Das sind 54 000 Euro pro Praxis, mit denen ambulant niedergelassene Ärzte investieren können in Personal, aber auch in moderne Praxisausstattung, in Innovationen in der Versorgung und zwar nicht nur für privat Versicherte, sondern für alle Versicherten, gesetzlich wie privat Versicherte.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an den Sozialverband VdK. Frau Dr. Verspohl, Sie erleben in Ihrer Beratertätigkeit, dass die PKV für ihre eigenen Mitglieder häufiger auch zum Problem wird. Können Sie die Einschätzung bitte konkreter erläutern?

Sve **Dr. Ines Verspohl** (Sozialverband VdK Deutschland e. V.): Wir erleben in unserer Beratungspraxis häufig zwei Problemkonstellationen. Die erste ist natürlich bekannt, dass privat Krankenversicherte ihre Beiträge nicht zahlen können. Dabei handelt es sich immer um Einzelschicksale. Dahinter steht immer eine Scheidung von einem Beamten, eine Insolvenz von einem Selbstständigen oder eine schwere Erkrankung, die die Fortsetzung der selbstständigen Tätigkeit nicht mehr möglich macht. Aber gerade für Schicksalsschläge sollte eine Versicherung da sein. Die andere Problematik ist, Sie hatten es kurz angesprochen, der



Leistungskatalog der PKV. Es gibt ihn nicht. Es gibt immer nur einen einzelnen Vertrag. Dieser Vertrag wurde irgendwann in den 70-er Jahren abgeschlossen. Und Leistungen, die man damals nicht für notwendig ansah oder die es damals noch nicht gab, Psychotherapie ist ein häufiges Beispiel, die gibt es nicht. Vor allem bei den Hilfsmitteln sehen wir das. Wenn ein PKV-Versicherter querschnittsgelähmt wird, dann wird es wirklich schwierig - Elektrorollstuhl, Exoskelett. Alles, was sich seitdem entwickelt hat, wenn das nicht in seinem Vertrag steht, dann ist das nicht da drin. Die Leute ärgern sich in dem Moment. Wenn man so einen Vertrag abschließt, weiß man nicht, was man in seinem Leben für Krankheiten bekommen kann und was man dafür dann für Sachen brauchen könnte. Das kann kein einzelner Mensch wissen. Deshalb ist das Prinzip des GKV-Spitzenverbandes, dass der Leistungskatalog regelmäßig aktualisiert wird, das Richtige. Ein besonderes Problem sehen wir noch bei der häuslichen Krankenpflege. Wenn man ALS bekommt, kann man in der GKV eine 24-Stunden-Pflege zu Hause bekommen. Wenn man privat krankenversichert ist und das nicht abgeschlossen hat, weil man nicht weiß, was ALS ist, dann bekommt man das nicht. Dann hat man nur die SGB XI-Leistungen, die zum Glück über eine Sozialversicherung geregelt sind. Zudem, das haben Sie schon ausgeführt, sind in der PKV mehr Männer versichert. Leistungen für Frauen bei Mutterschutz und Schwangerschaft sind nicht gut ausgestaltet. Da komme ich dann wieder auf die häusliche Krankenpflege. Die allermeisten haben keinen Anspruch auf eine Haushaltshilfe nach einer Zwillingsgeburt zum Beispiel. Das ist etwas, was doch recht häufig vorkommt im Gegensatz zu den seltenen Erkrankungen. Unserer Meinung nach ist die PKV deshalb eine Versicherung, die man Menschen, die alt oder schwerbehindert sind, nicht empfehlen kann. Gerade da, wo eine Versicherung greifen sollte, greift die PKV nicht.

Abg. **Rudolf Henke** (CDU/CSU): Die Art der Anordnung der Fragen führt dazu, dass man nicht die gleiche Frage von vorne herein an mehrere stellen kann. Deswegen jetzt noch einmal an Herrn Dr. Reuther vom PKV-Verband die Frage nach der Generationengerechtigkeit für den Fall der Einführung einer Bürgerversicherung und dem Vergleich.

SV **Dr. Florian Reuther** (Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)): Wir sehen im Zuge der Diskussion um den Klimaschutz ein sehr deutliches Bild dessen, was Generationengerechtigkeit fordert. Das eine ist: Keine Generation darf auf Kosten der anderen leben. Und keine Generation darf den nächsten Generationen Lasten aufbürden, die sie selber nicht zu tragen bereit oder in der Lage ist. Wenn man das zum Maßstab nimmt und die zukünftig Finanzierung von Krankheit und Pflege betrachtet, dann muss man für die PKV sagen, dass sie aufgrund ihres Kalkulationsmodells diesem Anspruch genügt. In der PKV ist es so, dass jede Altersgruppe ihre eigenen Krankheitskosten und Pflegekosten selbst vorfinanziert. Dementsprechend haben die jetzt etwa 8,8 Millionen Vollversicherten schon Alterungsrückstellungen aufgebaut in einem Umfang von mehr als 250 Milliarden Euro. Allein im Jahr 2018 wurden mehr als 13 Milliarden Euro zurückgelegt, wenn Sie so wollen, für zukünftige Krankheitskosten. Das Umlagesystem setzt darauf, dass in Zukunft Krankheitskosten von nachwachsenden Beitragszahlern finanziert werden, die es aber aufgrund der demografischen Situation, in der wir uns befinden, nicht oder in nicht ausreichender Menge gibt. Die Folge sind Beitragssatzsteigerungen in der GKV, die bis zum Jahr 2050, also genau eine Generation weiter, nach diesen Prognosen knapp 30 Prozent erreichen werden als Beitragssatz. Das Einheitssystem, das hier im Antrag vorgeschlagen wird, geht genau in die falsche Richtung, weil es nämlich die Umlage ausbaut. Es ist nicht generationengerecht, sondern im Gegenteil, es belastet die zukünftigen Generationen mit den heute schon absehbaren Kosten für Krankheit und Pflegebedürftigkeit. Und schlimmer noch, es schließt eigentlich die jetzt vorhandene Altersvorsorge, die die PKV erbringt für die Zukunft, gerade aus, weil die Verträge nicht fortgeführt werden sollen. Insoweit ist das vorgeschlagene Modell, das hier dem Antrag zugrunde liegt, nicht generationengerecht. Richtig wäre mehr Kapitaldeckung statt mehr Umlage.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage richtet sich an den Deutschen Caritasverband, an Frau Dr. Fix. Wir haben gerade etwas zur Solidargemeinschaft der PKV-Versicherten gehört. Wie sehen Sie das? Halten Sie das Solidarprinzip in der PKV tatsächlich für tragfähig? Welche Schwachstellen sehen Sie im System der PKV insbesondere für die Versicherten, die mit



besonderen Versorgungsproblemen konfrontiert sind?

SVe **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V. (DCV)): Wie vorher schon in Ansätzen ausgeführt, sehe ich nicht, dass die PKV eine Solidargemeinschaft ist, die dem Solidarprinzip folgt. Das Solidarprinzip besagt, dass alle Menschen, die grundsätzlich den gleichen Krankheitsrisiken ausgesetzt sind und sein können, gleiche Leistungen aus einem System empfangen, aber entsprechend ihrer Einkommensverhältnisse in dieses System einzahlen, also ungleiche Beträge einzahlen. Die PKV hingegen richtet die Beitragshöhe grundsätzlich nach dem Krankheitsrisiko. Es gibt Risikoabschlüsse, wenn bestimmte Vorerkrankungen vorliegen und es gibt auch Leistungsausschlüsse. Das ist etwas gänzlich anderes. Die PKV folgt nicht dem Solidarprinzip. Wenn man von einer Solidargemeinschaft oder von Solidargemeinschaften in der PKV spricht, kann man immer nur von kleinen Solidargemeinschaften in der jeweiligen Tarifgruppe sprechen. Dazu hatte ich vorher auch schon etwas gesagt. Vielen Dank auch für die Frage, ob es Benachteiligungen von PKV-Versicherten gegenüber GKV-Versicherten gibt. Ja, es gibt Bereiche in der PKV, Frau Dr. Verspohl hat dazu gerade ausgeführt, die in der GKV wesentlich besser ausgestattet sind als in der PKV. Dazu zählen die Hilfsmittel, dazu zählt die häusliche Krankenpflege in bestimmten Fallkonstellationen, dazu hatte Frau Dr. Verspohl auch etwas gesagt. Und es gibt ganze Bereiche, die dort überhaupt nicht abgedeckt sind, wie die Prävention, die medizinische Rehabilitation. Auch bei der Psychotherapie sieht es finster aus in der PKV. Die Leistungskataloge, die es in der PKV ohnehin nicht gibt, sind gegenüber der GKV sehr unähnlich in manchen Bereichen, die aber wesentlich für das Versorgungsgeschehen sind.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Meine Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Herrn Reiners. Der Verband der privaten Krankenversicherungen aber auch die Einzelsachverständigen Dr. Pimpertz und Prof. Dr. Sodan haben uns jetzt sehr ausführlich ihr Verständnis von Generationengerechtigkeit der privaten Krankenversicherungen dargestellt. Jede Versichertengeneration trifft durch Bildung von Altersrückstellungen selber Vorsorge für ihre im Alter steigenden Gesundheitskosten. Danach

würde, so habe ich es verstanden, die Bürgerversicherung die Solidarität zwischen den Generationen abschaffen. Die nachfolgenden Generationen hätten entsprechend Mehrlasten zu tragen. Generationengerechtigkeit ist ein Alleinstellungsmerkmal der PKV. Wie beurteilen Sie dieses Verständnis von Generationengerechtigkeit und Solidarität?

ESV **Hartmut Reiners**: Die Vorstellung, dass die Kapitaldeckung eine gerechtere Form der Alterssicherung ist als das Umlagesystem, geht an wesentlichen makroökonomischen Zusammenhängen vorbei. Getragen werden müssen solche Ausgaben immer dann, wenn sie konkret anfallen. Das heißt, auch die zukünftige Generation wird diese Dinge erst erwirtschaften müssen. Der Unterschied zwischen Kapitaldeckung und Umlage liegt darin: Wer ist der Garantie-, der Gewährleistungsträger? Bei dem Umlagesystem ist es immer die aktuelle Volkswirtschaft. Bei der Kapitaldeckung ist das der internationale Finanzmarkt. Dessen Unsicherheiten sind hinreichend bekannt. Deswegen ist das eine falsche Orientierung. Hinzu kommt, dass wenn man dieses Prinzip der Generationengerechtigkeit, jeder muss für sich selber alles bezahlen und dann bekommt er hinterher etwas wieder, auf die gesamte Gesellschaft überträgt, wäre das ein wirklicher Irrsinn. Das eigentliche Generationenprinzip besteht darin, dass die jeweils wirtschaftlich aktive Generation sowohl für das Bildungssystem als auch für die Renten bezahlt. Das heißt, die jetzt junge Generation, die noch im Bildungssystem ist, ist im Prinzip aus der ökonomischen Perspektive das gleiche wie Rentner. Das heißt, sie tragen selber nichts zur Wertschöpfung bei. Deswegen liegt das eigentliche Generationsprinzip darin, dass die jeweils aktive Generation für ein gutes Bildungssystem sorgt, damit hinterher eine produktive Wirtschaft da ist, aus der dann auch hinreichend Renten und die Krankenversicherung finanziert werden können. Diese Vorstellung von Generationengerechtigkeit ist das Bild einer Wirtschaft wie bei Onkel Dagoberts Geldspeicher, den man irgendwo aufbaut und den man dann anzapfen kann, wenn das Geld benötigt wird. Das ist eine völlig falsche Vorstellung von Geld. Das wäre jetzt aber ein Extrathema. Generell ist die Generationengerechtigkeit nicht dadurch hergestellt, dass man anspart. Die Kosten fallen immer erst dann an, wenn die Leistungen erbracht werden müssen, also in der Zukunft und nicht heute.



Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Ich würde gerne Herrn Prof. Dr. Sodan zu dem, was Herr Prof. Dr. Kluckert und Frau Dr. Fix gesagten haben, fragen. Ich würde nochmal das Thema Altersrückstellungen aufgreifen. Die Antragsteller sehen vor, dass die privaten Versicherungsunternehmen ihre Altersrückstellungen auflösen und diese Rückstellungen durch Ausgleichszahlungen an den Gesundheitsfonds übergehen. Halten Sie das verfassungsrechtlich für zulässig?

ESV **Prof. Dr. Helge Sodan**: Alterungsrückstellungen sollen bekanntlich möglichst gleichmäßige Beiträge über den gesamten Versicherungsverlauf hinweg bewirken. Diese kollektiven Rückstellungen sollen dazu beitragen, die durch altersbedingte Leistungen entstehenden Ausgaben der Versicherungsunternehmen zu decken. Die verfassungsrechtliche Qualifikation der Alterungsrückstellungen ist seit Langem umstritten. Herr Kollege Kluckert hat dazu schon einiges ausgeführt. Nach Ansicht des Bundesverfassungsgerichts fallen Alterungsrückstellungen in der PKV nicht in den Schutz der Eigentumsgarantie, weil ihnen nicht der Charakter eines konkreten, dem Inhaber nach Art eines Ausschließlichkeitsrechts zugeordneten Eigentumsrechts zukomme. In der rechtswissenschaftlichen Literatur wird teilweise auf die hinter den Rückstellungen stehenden, einzelnen Vermögensgegenstände abgestellt, wobei diese aber den Versicherungsunternehmen zuzurechnen seien. Ein Eigentumsschutz besteht danach zu Gunsten der Versicherer. Nach dem Grundsatzurteil des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahr 2009 zu wesentlichen Regelungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes greift die Einführung eines Anspruchs auf Übertragung eines Teils der Alterungsrückstellung bei Wechsel des privaten Krankenversicherers nicht in die Eigentumsfreiheit des bisherigen Versicherungsunternehmens, sondern in dessen Vertrags- und Dispositionsfreiheit als Bestandteil der grundrechtlich geschützten Berufsfreiheit ein, denn dem Unternehmen werde die bisherige Vertragsgestaltung untersagt. Danach mag man darüber streiten können, ob die in der PKV gebildeten Alterungsrückstellungen von knapp 219 Milliarden Euro, Stand 2018, nun durch die Eigentumsgarantie und/oder die Berufsfreiheit geschützt sind. In jedem Falle würde die im Antrag der Fraktion DIE LINKE. geforderte Pflicht zur Auflösung der Alterungsrückstellungen in den Bilanzen der PKV

und zu Ausgleichszahlungen der Versicherungsunternehmen in Höhe der Alterungsrückstellungen an den Gesundheitsfonds schwerwiegende Grundrechtseingriffe verursachen, deren Rechtfertigung ich nicht einmal im Ansatz erkennen kann. Der lapidare Hinweis im Antrag der Fraktion DIE LINKE., der Grund für die Alterungsrückstellung der privaten Krankenversicherungen entfalle mit der Übertragung der Versicherten an die GKV, geht an den verfassungsrechtlichen Problemen völlig vorbei.

Abg. **Paul Viktor Podolay** (AfD): Meine Frage richtet sich an Dr. Pimpertz. Sie führen in Ihrer Stellungnahme aus, dass alternative Lastverteilungen auch für den GKV-Versicherungsbestand möglich sind, indem man ohne Ausweitung der Pflichtversicherung beitragsrelevante Parameter variiert. Welche Parameter wären dabei aus Ihrer Sicht im Sinne einer Beitragsentlastung in der GKV zu variieren?

ESV **Dr. Jochen Pimpertz**: Gedanklich muss man zwei Dinge trennen. Das eine ist die Ausweitung des Pflichtversichertenkreises unter dem Dach der GKV, was hier als Bürgerversicherung in dem Antrag der Linken verhandelt wird. Das andere ist die Ausweitung der Beitragsbemessungsgrenze auf weitere Einkommensquellen, das Anheben der Beitragsbemessungsgrundlage. Auf diese Unterscheidung bezieht sich der Begriff der alternativen Lastverteilung und damit auf die Frage: Wie kann ich die Lasten in einem Versicherungskollektiv anders als im Status quo auf die Versicherten verteilen? Vielleicht hierzu ein Blick in die Studienlage. Derzeit gibt es eine ganze Reihe von Studien, die in diesem Zusammenhang beide Effekte miteinander mischen und dabei zu glücklichen bis günstigen Beitragssatzprognosen kommen. Das Problem ist an dieser Stelle immer wieder das gleiche, dass wir zwei Effekte miteinander vermengen, nämlich die Ausweitung des pflichtversicherten Personenkreises und eine Veränderung der Beitragsbemessungsgrenze, die Ausweitung der beitragspflichtigen Einkommensarten. Im Übrigen gibt es dazu eine ältere Studie von Rothgang et al., die das für die Bürgerpflegeversicherung einmal simuliert haben und dort tatsächlich, das ist in der Literatur selten, diese Effekte sauber voneinander trennen. Da wird es dann relativ deutlich. Dort wird eine Integration der privat Pflegeversicherten unter dem Dach der



sozialen Pflegeversicherung modelliert, ohne das Beitragsrecht zu variieren. Übrigens kommt er dort zu ähnlichen Ergebnissen, wie hier schon unter dem Stichwort Nullsummenspiel angesprochen. Es kommt zu keinem relevanten Beitragsentlastungseffekt, weil ausgabenseitige Risiken das wieder nivellieren, was möglicherweise auf der Beitragsseite zusätzlich gewonnen wird. Erst dann schließt sich die Frage an, ob man durch eine Veränderung des Beitragsrechts andere Lastverteilungen oder zusätzliche Einnahmen generieren kann. Das ist aber keine Frage einer Bürgerversicherung, sondern lässt sich systematisch auch unter dem Dach der GKV diskutieren. Das ist aber nicht Gegenstand dieser Anhörung.

Abg. **Bärbel Bas** (SPD): Meine Frage geht an den Einzelsachverständigen Dr. Etgeton. Der Beamtenbund verteidigt die derzeit bestehenden unterschiedlichen Methoden der Beitragsbemessung im dualen Krankenversicherungssystem, also einkommensabhängige Beiträge und gegebenenfalls beitragsfreie Familienversicherungen in der GKV und die risikobezogenen Beiträge mit Altersrückstellungen in der PKV, mit dem Argument, sie seien gut aufeinander eingespielt und würden letztlich auch bezogen auf das gesamte Gesundheitssystem ein Finanzierungsmix aus Umlage- und Kapitaldeckung abbilden. Ein Eingriff in dieses Gleichgewicht würde zwangsläufig zu unkalkulierbaren Verwerfungen, wie Beitragserhöhungen oder die Anhebung des Bundeszuschusses führen. Meine Frage ist: Wie beurteilen Sie diese These aus ökonomischer Sicht? Was bedeutet diese Trennung der Krankenversicherungen für die Solidarität und die Gerechtigkeit in der Gesellschaft?

ESV **Dr. Stefan Etgeton**: Ich kann nicht nachvollziehen, dass das System der dualen Finanzierung quasi ein in sich abgestimmtes, harmonisches Balancesystem sei. Ich habe eben schon ausgeführt, dass mit der Dualität eine erhebliche Risikoentmischung und auch Risikoselektion verbunden ist. Insofern glaube ich geht der Vorwurf an die PKV, sie sei unsolidarisch, etwas am Thema vorbei und greift auch zu kurz. Es ist die Dualität, die unsolidarisch ist. Es ist das System, in dem sich die PKV dann rational bewegt, das falsche Anreize setzt. Von daher kann ich dieses harmonische Ineinander nicht erkennen. Es findet auch kein

Finanzierungsmix statt, auch das nochmal zum Thema Generationengerechtigkeit. Was nützt mir denn für 90 Prozent die Generationengerechtigkeit innerhalb der zehn Prozent? Das hilft mir gar nichts. Die Kapitaldeckung findet nur in einem schmalen Segment der Privilegierten bzw. derer, die qua Berufsgruppe in der PKV verortet sind, statt, während die Mehrheit derer, die am Umlagesystem teilhaben, von dieser Art der Kapitaldeckung gar nichts haben. Eine Mischfinanzierung wäre erst dann erreicht, wenn tatsächlich für die gesamte Bevölkerung ein Anteil von Kapitaldeckung eingeführt würde, mal unabhängig davon, ob das sinnvoll wäre oder nicht. Dann würde es Sinn machen, wie es zum Beispiel in skandinavischen Ländern in der Rentenversicherung mit großen Fonds der Fall ist. Über den Sinn einer Kapitalreserve kann man durchaus diskutieren. Aber dann müsste sie kollektiv organisiert werden und für alle gelten. Mit Blick auf Gerechtigkeit und Solidarität, ich würde da ein bisschen unterscheiden. Gerechtigkeit ist die Frage. Werden die Menschen gerecht behandelt? Das ist die Frage der Versorgungsgerechtigkeit. Entscheidender scheint mir tatsächlich die Frage der Solidarität. Da ist es so, dass über 80 Prozent der Bevölkerung – wir haben das im Gesundheitsmonitor 2013, hier wird sich nichts Wesentliches geändert haben, ermittelt – sagen, dass sie es gerecht fänden, wenn Besserverdienende, Selbstständige und Beamte in dem System des Solidarausgleichs enthalten wären. Auch zum Betreff der Solidarität haben wir gefragt. Da ist für mich sehr aufschlussreich, dass der Einkommensausgleich neben dem Ausgleich zwischen Jungen und Alten und zwischen Kranken und Gesunden das Segment der Solidarität ist, das die größte Zustimmung in der Bevölkerung genießt. Das heißt, wenn ich von einem Solidarsystem spreche, dann ist immer mitgedacht, dass die starken Schultern mehr tragen als die schwachen Schultern. Deswegen muss man sagen, ist ein Solidarsystem tatsächlich nur eines, wenn es diesen Einkommensausgleich auch in die Beitragserhebung einschließt. Von daher kann die PKV für sich nicht in Anspruch nehmen, ein Solidarsystem im Vollsinn des Wortes zu sein. Ich würde ihr aber trotzdem nicht unterstellen, dass sie unsolidarisch ist.

Abg. **Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): Die Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband. Der Antrag sieht die Einführung einer Einheitsversicherung



vor. Dem müsste sachgerechter Weise auch die Einführung eines einheitlichen Vergütungssystems im ambulant-ärztlichen Bereich folgen. Welche finanziellen Auswirkungen hätte ein einheitliches Vergütungssystem für die Ärzteschaft und welche Auswirkungen hätte dies für die Versorgung der Patienten insgesamt?

SV Michael Weller (GKV-Spitzenverband): Die Frage ist nicht so einfach zu beantworten, weil es natürlich davon abhängt, wie ein einheitliches Vergütungssystem gestaltet wird. Wir haben heute auf der Seite der GKV den EBM, den einheitlichen Bewertungsmaßstab, und bei der PKV die GOÄ. Je nachdem welche Systematik oder welchen Mix aus diesen beiden Systemen Sie anwenden, kommen Sie zu unterschiedlichen Versorgungs- und zu unterschiedlichen Finanzergebnissen. Das heißt, man muss über die entsprechenden Regularien sprechen. Fakt ist, dass wir bei dem EBM, dem Bewertungsmaßstab der GKV, sehr viel mit Pauschalen arbeiten und Einzelleistungsvergütungen entsprechend dazukommen, während es in der GOÄ ausschließlich um Einzelleistungsvergütungssysteme geht. Daraus ergibt sich ein unterschiedlicher finanzieller Spielraum. Hinzu kommt noch, dass der EBM, die Bemessungsgrundlage der GKV, ständig weiterentwickelt wird und auch der medizinische Fortschritt dort eingearbeitet worden ist, während die GOÄ seit vielen Jahren statisch ist und man sich dort mit Analogleistungen hilft, um entsprechende Leistungen neu hinzubekommen und abrechnen zu können. Fakt ist: Aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte wäre es sicherlich wünschenswert, die Ar für ein einheitliches Versicherungssystem zu bekommen, weil das PKV-Preisniveau, wenn man es über den Daumen rechnet, etwa doppelt so hoch wäre, wie das Preisniveau über den EBM. Die finanziellen Auswirkungen eines einheitlichen Vergütungssystems sind, wie bereits darauf hingewiesen, sehr schwer nachzuvollziehen. Es gibt einige wenige Berechnungen. Die aktuellste ist aus dem Jahre 2018 und stammt von dem wissenschaftlichen Institut der PKV. Das kommt auf einen Verlust von rund 6,3 Milliarden Euro für die ärztliche Vergütung, wenn die GOÄ nicht mehr Grundlage wäre. Es gibt eine Berechnung von Herrn Prof. Wasem aus dem Jahre 2013. Er kommt auf eine Summe von 4,3 Milliarden Euro. Wenn man das eins zu eins nehmen würde, käme man, um das zu kompensieren, auf ein Preisniveau, das bei der

GKV, wenn alles in einem System wäre, zwischen 11 und 16 Prozent angehoben werden müsste. Aber wie gesagt, es hängt davon ab, welche Regularien Sie nehmen, welche Anleihen Sie aus welchem System nehmen. Fazit: Es ist mir noch wichtig darauf hinzuweisen, es geht nicht nur um die reine Vergütung, also welche Vergütung wird ausgeschüttet. Ein modernes Vergütungssystem muss auch dafür sorgen, dass Versorgungsgerechtigkeit entsteht, dass Bedarfe entsprechend dort, wo sie entstehen, abgedeckt werden. Dort ist sicherlich der EBM besser geeignet als die GOÄ. Beides muss zusammen gedacht werden, die Kosten, die daraus resultieren, und auch die versorgungsrelevanten Wirkungen eines neuen Vergütungssystems.

Abg. Christine Aschenberg-Dugnus (FDP): Meine Frage geht an die Deutschen Arbeitgeberverbände, Frau Dr. Thomas. Sie kritisieren den Vorschlag des Antrages eine Einheitsversicherung einzuführen, insbesondere deshalb, weil Sie spürbar höhere Ausgaben befürchten. In Ihrer Stellungnahme fordern Sie deshalb bessere Reformvorschläge. In erster Linie wollen Sie auch mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen einführen. Was genau schlagen Sie vor?

Sve Dr. Anne Thomas (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V. (BDA)): Der Ausbau von Wettbewerbselementen ist eines der wirksamsten Mittel zur Sicherung einer kostengünstigen, flächendeckenden Versorgung mit hoher Qualität. Dies setzt allerdings wettbewerbsorientierte Steuerungsprozesse und Handlungsspielräume für alle Marktteilnehmer voraus. Da sollten die Krankenkassen und ihre jeweiligen Verbände das Recht haben, eigenständig, insbesondere mit einzelnen Ärzten, Arztgruppen sowie Krankenhäusern zu verhandeln und Verträge über Preise, Mengen und Qualitäten abzuschließen. Sie sollten auch grundsätzlich selbst bestimmen, wie sie die im Leistungskatalog der GKV vorgesehenen Leistungen für ihre Versicherten erbringen. Dadurch kann ein Wettbewerb um die beste Versorgungsform, das heißt, ob integrierte Versorgung, medizinische Versorgungszentren, Hausarztssysteme und so weiter, stattfinden. Ein solcher Wettbewerb würde nicht zu einem abweichenden Versicherungsumfang führen wohl aber zu verschiedenen Versorgungsangeboten und damit die Wahlmöglichkeiten der Versicherten



stärken. Die Krankenkassen hätten dadurch deutlich besser die Möglichkeit, sich durch eigene Angebote von den anderen Krankenkassen abzuheben. Wenn wir von mehr Wettbewerb in allen Bereichen sprechen, denken wir zum Beispiel auch an den Arzneimittelbereich. Durch die weiterhin vorgeschriebenen einheitlichen Apothekenabgabepreise für verschreibungspflichtige Medikamente wird ein Preiswettbewerb zwischen den Apotheken weitgehend verhindert. Die Preisbindung durch die Arzneimittelpreisverordnung muss daher beseitigt werden. Es ist auch nicht zu befürchten, dass der verstärkte Wettbewerb auf Kosten der Qualität geht. Denn im Wettbewerb wird sich nur eine Versorgung durchsetzen, bei der die Qualität der medizinischen Versorgung auf einem hohen Niveau bleibt.

Abg. **Rudolf Henke** (CDU/CSU): Wir diskutieren diese Fragen sehr aus der Systemsicht. Ich persönlich habe das Gefühl, der aller wichtigste Unterschied ist, dass der Souverän des Handelns der PKV der Versicherte selbst ist. Er legt die Regeln seiner Versicherung fest. Im GKV-System ist es das System, das ihm sagt, was für ihn gut ist. Deswegen möchte ich gerne vom PKV-Verband nochmal wissen, welche Auswirkungen ein Bürgerversicherungsmodell auf die Versorgungssituation in Deutschland hätte und wie sich das bei der Sicherstellung niederschlägt im Vergleich zum dualen System?

SV **Dr. Florian Reuther** (Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)): Ich kann eigentlich an einen Punkt anknüpfen, der vorhin schon genannt wurde. Die privat Versicherten bringen aufgrund ihrer anderen Vergütungsstruktur, ihrer anderen Vertragsstruktur einen ganz erheblichen Mehrumsatz in einem Gesamtvolumen von rund 13 Milliarden Euro für das Gesundheitswesen jährlich. Der geht ein in eine bessere Versorgung, in Innovationen, in die Ausstattung von Krankenhäusern, Ärzten etc. Dabei gibt es einen ganz besonderen Effekt, der auch wichtig ist, um die Versorgungswirkung einzuschätzen. Das ist nämlich die Frage, inwieweit dadurch die Versorgung auf dem Land, in strukturschwachen Regionen aufrechterhalten werden kann. Hier ist zu sagen, wenn man sich nur den ambulanten Bereich anschaut, mit einem Mehrumsatz von etwas über sechs Milliarden

Euro, dann sind das bundesweit 54 000 Euro pro Praxis. Wenn man herunterrechnet, was davon in der Fläche ankommt, kaufkraftbereinigt und bezogen auf die jeweils vor Ort vorhandene Kostensituation, dann stellt man fest, dass von diesem Mehrumsatz in besonderer Weise die Praxen auf dem Land profitieren, weil da viele privat Versicherte in höheren Altern sind. Das kann man auch an ganz konkreten Beispielen festmachen. Zum Beispiel in Bayern, im Landkreis Wunsiedel am Fichtelgebirge: 67 000 Euro pro Praxis mehr Umsatz, dagegen in München nur knapp 38 000 Euro. Ähnliches lässt sich bundesweit feststellen. Wir haben es auch für das Saarland und für Hessen ausgerechnet. Das heißt, die PKV erbringt damit einen ganz wesentlichen Beitrag zur flächendeckenden Versorgung, von dem alle Versicherten profitieren, auch gesetzlich Versicherte. In dem Einheitssystem, wie es hier dem Antrag zu Grunde liegt, würde das im Grunde ersatzlos wegfallen. Es würde auch die Sichtbarkeit wegfallen, weil dadurch, dass die PKV in der Versorgung einen Unterschied macht, ein Korrektiv wegfallen würde. In einem Einheitssystem würde es nicht auffallen, wenn Leistungen rationiert oder gekürzt werden, wie wir es in der gesetzlichen Rentenversicherung haben. Deswegen wird auch von der GKV gelegentlich formuliert, dass die Existenz der privaten Krankenversicherungen die gesetzlich Versicherten schützt vor Rationierung und Kürzungen von Leistungen.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Ich habe eine kurze Frage an die BDA, an Frau Dr. Thomas. Sie haben uns gerade sehr ausführlich dargestellt, welche Elemente es zur Wettbewerbsstärkung in der GKV gibt. Mich würde interessieren: Haben Sie auch Ideen, den Wettbewerb innerhalb der PKV oder zwischen PKV und GKV zu stärken?

SVe **Dr. Anne Thomas** (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V. (BDA)): Das deutsche Gesundheitssystem gehört zu den besten Systemen weltweit. Das liegt auch an dem Wettbewerb zwischen GKV und PKV, der Innovation fördert und damit die Versorgung verbessert. Die Erfahrungen aus Einheitssystemen hingegen zeigen, dass diese eher den Fortschritt lähmen. Eine attraktive PKV erhöht im Interesse aller Versicherten den Druck auf die Gesundheitspolitik und die Krankenkassen in der gesetzlichen Versicherung, bei der



Versorgungsqualität und bei den Beiträgen gute Bedingungen zu bieten. Insofern sprechen wir uns weiterhin für das duale System aus und den Wettbewerb zwischen den Systemen.

Abg. **Dr. Achim Kessler** (DIE LINKE.): Da es glücklicher Weise statthaft ist, Minderheitsmeinungen im Deutschen Bundestag zu vertreten, ist es mir eine Freude, noch eine kurze Frage an den Deutschen Gewerkschaftsbund zu richten. Sie konstatieren gravierende Nachteile des Geschäftsmodells der PKV. Können Sie das nochmal kurz andeuten?

SV **Knut Lambertin** (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Wir haben bei der PKV im Gegensatz zur GKV fehlende gesetzliche Standards, zum Beispiel die evidenzbasierte Medizin. Wir haben fehlende Mitgliederrechte gegenüber dem Leistungsträger. Das betrifft insbesondere eine fehlende soziale Selbstverwaltung als Korrektiv für Verwaltungshandeln. Wir haben kein Sachleistungsprinzip, das

heißt, wir haben sehr viel Abrechnungsbürokratie und Herumgeärgere mit dem Leistungsträger. Und wir haben kein Solidarprinzip wie in der GKV, das heißt keinen Ausgleich zwischen jungen, gesunden, besser verdienenden Mitgliedern und älteren, kranken Versicherten mit keinem oder geringeren Einkommen. Dazu gehört auch die kostenlose Familienmitversicherung. Das heißt, insbesondere bei dem Thema Solidarprinzip und Ausgleich hat die PKV große Nachteile.

Schluss der Sitzung: 14:56 Uhr

gez.
Erwin Rüdell, MdB
Vorsitzender