

Ausschuss für Gesundheit
Wortprotokoll
26. Sitzung

Berlin, den 23.10.2006, 10:00 Uhr
Sitzungsort: Reichstag, CDU/CSU-Fraktionssaal 3 N001

Vorsitz: Dr. Martina Bunge, MdB

TAGESORDNUNG:

Öffentliche Anhörung

zu folgenden Vorlagen: Änderungsanträge 16(14)110 und 16(14)107, Nr.7, zu dem

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
(Vertragsarztrechtsänderungsgesetz - VÄndG)

BT-Drucksache 16/2474

Anlage
Anwesenheitsliste
Sachverständigenliste

Anwesenheitsliste*

Mitglieder des Ausschusses

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses

Stellv. Mitglieder des Ausschusses

CDU/CSU

Albach, Peter
Bauer, Wolf, Dr.
Eichhorn, Maria
Faust, Hans Georg, Dr.
Hüppe, Hubert
Koschorrek, Rolf, Dr.
Scharf, Hermann-Josef
Spahn, Jens
Straubinger, Max
Widmann-Mauz, Annette
Zylajew, Willi

Blumenthal, Antje
Brüning, Monika
Henrich, Michael
Jordan, Hans-Heinrich, Dr.
Krichbaum, Gunther
Luther, Michael, Dr.
Meckelburg, Wolfgang
Michalk, Maria
Philipp, Beatrix
Scheuer, Andreas, Dr.
Zöller, Wolfgang

SPD

Friedrich, Peter
Hovermann, Eike
Kleiminger, Christian
Lauterbach, Karl, Dr.
Mattheis, Hilde
Rawert, Mechthild
Reimann, Carola, Dr.
Spielmann, Margrit, Dr.
Teuchner, Jella
Volkmer, Marlies, Dr.
Wodarg, Wolfgang, Dr.

Bätzing, Sabine
Becker, Dirk
Bollmann, Gerd
Ferner, Elke
Gleicke, Iris
Hemker, Reinhold
Kramme, Anette
Kühn-Mengel, Helga
Marks, Caren
Schmidt, Silvia
Schurer, Ewald

FDP

Bahr, Daniel
Lanfermann, Heinz
Schily, Konrad, Dr.

Ackermann, Jens
Kauch, Michael
Parr, Detlef

DIE LINKE.

Bunge, Martina, Dr.
Ernst, Klaus
Spieth, Frank

Höger-Neuling, Inge
Knoche, Monika
Seifert, Ilja, Dr.

B90/GRUENE

Bender, Birgitt
Scharfenberg, Elisabeth
Terpe, Harald, Dr.

Haßelmann, Britta
Koczy, Ute
Kurth, Markus

*) Der Urschrift des Protokolls ist die Liste der Unterschriften beigelegt.

Bundesregierung

Bundesrat

Fraktionen und Gruppen

Sprechregister Abgeordnete	Seite/n	Sprechregister Sachverständige	Seite/n
Vorsitzende Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.)	5,26	SV Dr. Hans-Jürgen Ahrens (AOK-Bundesverband)	5,10,11,19,21,24
Abg. Anette Widmann-Mauz (CDU/CSU)	5,6,21	SV K.-Dieter Voß (BKK Bundesverband)	5,11
Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU)	7	SV Norbert Minn (Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V./Arbeiter-Ersatzkassen Verband e.V.)	6
Abg. Eike Hovermann (SPD)	8	SV Gerhard Schulte	6,24
		SV Dr. Rainer Daubenbüchel (Bundesversicherungsamt)	8,11,21,23,24,26
Abg. Dr. Margrit Spielmann (SPD)	10	SV Rolf Dieter Müller	8
Abg. Hilde Mattheis (SPD):	11	SV Prof. Dr. Werner Heun	11,25,26
Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD)	11,24	SV Gernot Kiefer (IKK-Bundesverband)	12
Abg. Peter Friedrich (SPD)	11	SV Prof. Dr. Helge Sodan	13,26
Abg. Heinz Lanfermann (FDP)	12	SV Bodo Holzmann	15
Abg. Daniel Bahr (Münster) (FDP)	15	SV Dr. Rolf Hoberg	16,19,20
Abg. Frank Spieth (DIE LINKE.)	16,18	SV Friedrich Wilhelm Blaschke	16
Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	19,20,21	SV Prof. Dr. Axel Azzola	18,20
Abg. Maria Michalk (CDU/CSU)	23	SV Prof. Dr. Johannes Hager	22,25
Abg. Willi Zylajew (CDU/CSU)	23		
Abg. Dr. Carola Reimann (SPD)	24		
Abg. Eike Hovermann (SPD)	25		

Tagesordnungspunkt

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
(Vertragsarztrechtsänderungsgesetz - VÄndG)

BT-Drucksache 16/2474

Beginn der Sitzung: 10.14 Uhr

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Ich begrüße Sie zur öffentlichen Anhörung zu den Vorlagen Änderungsanträge 16(14)110 und 16(14)107 zu dem Entwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze, Drucksache 16/2474.

Abg. **Annette Widmann-Mauz** (CDU/CSU): Meine erste Frage richtet sich an den AOK-Bundesverband, den BKK Bundesverband und den Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. Zunächst möchte ich wissen, wie hoch der Brutto- und der Nettoschuldenstand der Mitgliedskassen Ihrer Kassenart zum 31.12.2005 bzw. Mitte des Jahres 2006 war und in welchem Umfang im Rahmen der bisherigen Möglichkeiten nach § 265a SGB V finanzielle Hilfen an verschuldete Kassen gewährt wurden. Welchen finanziellen Umfang hatten diese Hilfen innerhalb der letzten Jahre? Wie hoch sind die Entlastungseffekte für die begünstigten Krankenkassen pro Jahr in absoluten Beträgen und in Beitragssatzpunkten? Welche Belastungseffekte sind für die Zahlerkassen dieser kassenarten-internen Finanzhilfen pro Jahr in Beitragssatzpunkten angefallen?

SV **Dr. Hans-Jürgen Ahrens** (Bundesverband der allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK-Bundesverband)): Wir haben einen Schuldenstand von unsaldiert 2,7 Mrd. Euro, saldiert von 1,67 Mrd. Euro. Die Hilfen, die von uns geleistet worden sind, bezogen sich auf fünf AOK's, die seit 1995 rund 2,3 Mrd. Euro Finanzhilfe erhalten haben.

Auf die Fragen, wie die Verschuldung entstanden ist und wie sie abgebaut werden soll, kommen wir sicherlich noch gesondert zu sprechen.

SV **K.-Dieter Voß** (BKK Bundesverband (BKK-BV)): Das Nettovermögen, das Vermögen ohne Anlagevermögen der Kassen, belief sich Ende 2005 auf einen Minussaldo von 197 Mio. Euro. Unter Einschluss des Verwaltungsvermögens von 70 Mio. Euro, beträgt der Verschuldenssaldo ca. 130 Mio. Euro. Finanzielle Hilfen haben wir in den letzten Jahren in einer Größenordnung von ca. 260 Mio. Euro an Kassen in finanzieller Notlage geleistet. Das sind bei uns insgesamt sechs Kassen gewesen, wobei wir einen Teil der finanziellen Hilfen, nämlich 150 Mio. Euro, als Darlehen gewährt haben, so, wie es die Ermächtigungsnorm und unsere Satzung vorsehen.

Bereits Anfang der 90er Jahre unter der Vorgängerregelung des § 265a SGB V haben wir Hilfen zu Gunsten in Notlage geratener Kassen geleistet, in einer Größenordnung von ca. 100 Mio. DM zu Gunsten von drei, dann allerdings größeren Kassen.

Zu den Belastungseffekten für die finanzierenden Kassen lässt sich schematisch nichts sagen. Wir haben nach unserer Satzung eine Regelung, dass wir in Abkehr früherer Finanzierungsmethodik die Beträge nicht mehr pro Kopf von den finanzierenden Kassen erheben, sondern abhängig von der Finanzkraft der einzelnen Kasse. Wir nennen das „asymmetrische Finanzierung“. Kassen, die einen sehr günstigen Bedarfsatz haben, zahlen mehr und Kassen, die selbst in einer schwierigen Situation sind, zahlen im Extremfall nichts. Die Belastungswirkung für finanzierende Kassen hatte den Grenzwert 0,4 Beitragssatzpunkte und ging runter bis auf null für die Kassen, die

wegen ihrer mangelnden Finanzkraft überhaupt keine Anteile zur Finanzierung in Notlage geratener Kassen zahlen mussten.

SV Norbert Minn (Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.): Die Vermögensstände der Angestellten-Ersatzkassen per Ende 2005 ergaben keine Bruttoverschuldung. Die Nettoverschuldung lag per Ende 2005 bei 283 Mio. Euro, was etwa 0,09 Beitragsatzpunkte entspricht.

Mitte des Jahres betrug die Bruttoverschuldung bei den Angestellten-Ersatzkassen 117 Mio. Euro, der Nettoschuldenstand 440 Mio. Euro.

Für den Arbeiter-Ersatzkassenverband sieht die Lage so aus. Ende 2005: Bruttoschuldenstand 111 Mio. Euro, Nettoschuldenstand 110 Mio. Euro. Mitte des Jahres 2006: Bruttoschuldenstand 99,8 Mio. Euro und Nettoschuldenstand 95 Mio. Euro.

Im Bereich der Angestellten-Krankenkassen sind bzw. mussten seit 1999 keine finanziellen Hilfen zur Verfügung gestellt werden. Davor, also sieben Jahre zurück, hat es eine einmalige finanzielle Hilfe an eine der Mitgliedskassen gegeben.

Bei den Arbeiter-Ersatzkassen hat es in den letzten Jahren zweimal finanzielle Hilfen, auch als Einmalbeträge, gegeben: Für eine Mitgliedskasse rund 3 Mio. Euro und für eine andere Mitgliedskasse 10 Mio. Euro – jeweils im letzten Jahr. Das macht an Entlastungseffekten für die begünstigten Kassen in dem einen Fall knapp einen Beitragsatzpunkt, bei dem anderen Fall 0,1 Beitragsatzpunkte aus. Der Belastungseffekt für die Zahlerkassen lag in dem einen Fall bei 0,015 Beitragsatzpunkten und in dem anderen Fall bei 0,04 Beitragsatzpunkten.

Im Bereich der Ersatzkassen sind die Hilferichtungen generell so ausgestaltet, dass die Zahlerkassen die finanzielle Hilfe orientiert an den Mitgliederzahlen zur Verfügung stellen. Also nicht orientiert an Finanzkraft oder anderen Dingen, sondern rein nach den Mitgliederzahlen wird die finanzielle Hilfe jeweils aufgebracht.

Abg. **Annette Widmann-Mauz** (CDU/CSU): Die nächste Frage geht an den Einzelsachver-

ständigen Herrn Dr. Schulte. In Ihrem Bereich als Vorstand eines Landesverbandes einer Kassenart haben Sie solche Entschuldungsverfahren bereits durchgemacht: Nach welchen Kriterien wurden in Ihrem Verantwortungsbereich Entlastungen gewährt und Belastungen verteilt? Gibt es aus Ihrer Sicht Gründe, die einer beschleunigten Entschuldung entgegenstehen können? Wie beurteilen Sie die These, dass eine Entschuldung in einzelnen Fällen vielleicht dadurch verhindert wird, dass sich Kassen, die selbst hoch verschuldet sind, an kassenarteninternen Hilfen beteiligen müssen?

SV Gerhard Schulte: Von 30 Mitgliedskassen des BKK Landesverbandes Bayern war zum Stichtag 31.12.2003 etwa die Hälfte verschuldet. Von diesen 15 Betriebskrankenkassen hat ein Großteil bis heute die Verschuldung aufgearbeitet, und ein weiterer kleinerer Teil wird dieses Ziel bis zum Jahresende 2007 erreichen.

Wir haben darüber hinaus allerdings zwei Betriebskrankenkassen, die das vom Gesetzgeber gesteckte Ziel nicht erreichen werden. Diese beiden Betriebskrankenkassen unterscheiden sich strukturell in bedeutendem Maße, so dass auch unterschiedliche Möglichkeiten in Erwägung gezogen werden müssen.

Die erste Betriebskrankenkasse hat – unter Berücksichtigung der 0,9 %-Punkte Versichertenanteil – aktuell einen Beitragssatz von 14,9 % und einen Beitragsbedarf in der Größenordnung von 14,8 %. Dieser Betriebskrankenkasse ist in den letzten drei Jahren auf der Grundlage von § 265a SGB V eine Unterstützung zugekommen. Trotz des Entschuldungsziels, das wie bei anderen Krankenkassen auch darauf beruhte, dass ein Teil an Eigenleistung und ein anderer Teil als Unterstützung der Kassenart eingefahren werden sollte, hat im Ergebnis nur die Unterstützung aus § 265a SGB V tatsächlich zur Entschuldung beigetragen. Da es sich bei dieser Krankenkasse um eine strukturschwache Krankenkasse handelt, hätte sie kaum eine weitere Beitragserhöhung über 14,9 % hinaus verkraftet. Wegen des damit verbundenen Mitgliederverlustes haben wir uns entschieden, diese Krankenkasse zum Jahresende durch eine Verteilung der Schulden auf die bayerischen Betriebskrankenkassen schuldenfrei zu stellen. Das wiederum ist Voraussetzung dafür, dass diese Betriebskrankenkasse am 1. Januar 2007 mit einer größeren Betriebskrankenkasse fusioniert. Insoweit kann

man sagen, dass das augenblickliche Hilfesystem hier in gemeinsamer Einschätzung zu einem Ergebnis gekommen ist, das auch den Erwartungen des Gesetzgebers entspricht.

Die zweite Betriebskrankenkasse hat eine andere sehr problematische Geschichte. Es ist eine so genannte Wachstumskasse, die in den Wettbewerb einmal mit einem Beitragssatz von 11,9 % eingestiegen ist und die es versäumt hat, ihre Beiträge in der Folge von Belastungen im Risikostrukturausgleich rechtzeitig zu erhöhen. Sie ist, wenn man die Pro-Kopf-Verschuldung zum Maßstab nimmt, hoch verschuldet. Diese Betriebskrankenkasse hat nach wie vor eine recht gute Versichertenstruktur. Sie hat einen die Ausgaben deckenden Beitragssatz von 14 % und erhebt aktuell einen Beitragssatz von 14,5 %. Auf dieser Grundlage ist die Betriebskrankenkasse in der Lage, jährlich 4 bis 5 Mio. Euro aus einer Verschuldung von knapp über 30 Mio. Euro aufzuarbeiten.

Wie hat nun die Krankenkasse auf Beitragserhöhungen reagiert? Wir haben inzwischen eine gute Analyse darüber, wie sich Beitragserhöhungen auf die Mitgliederzahlen auswirken. Die Betriebskrankenkasse hat bei einer Erhöhung des Beitragssatzes auf 13,7 % ca. 10 % ihrer Mitglieder verloren. Dann ist eine weitere Beitragserhöhung auf 14,2 % erfolgt und die Betriebskrankenkasse hat weitere 10 % ihrer Mitglieder verloren. Die letzte Beitragserhöhung am 1. Januar 2006 auf 14,5 % hat ebenfalls dazu geführt, dass auf niedrigerem Niveau die Betriebskrankenkasse wiederum bis heute 10 % ihrer Mitglieder verloren hat.

Wenn Sie dem jetzt entgegenhalten, dass Beitragserhöhungen vor dem Hintergrund von Mitgliederverlusten in aller Regel nicht die Ergebnisse bringen, die man erwartet, dann ist für diesen Fall folgendes festzustellen: Eine Beitragserhöhung um 0,3 %-Punkte würde theoretisch 3 Mio. Euro zusätzlich bringen. Wenn die Betriebskrankenkasse aber 5 % ihrer Mitglieder verliert, bleiben nur noch 2 Mio. Euro übrig, wenn die Betriebskrankenkasse 10 % ihrer Mitglieder verliert, ist der zusätzliche Ertrag nur 1 Mio. Euro; und wenn sie 15 % ihrer Mitglieder verlieren würde, hätte sie durch Beitragserhöhung überhaupt keine Mehreinnahmen, weil erfahrungsgemäß diejenigen Mitglieder, die kündigen, einen Deckungsbeitrag insgesamt für die Krankenkasse leisten.

Dies wiederum hat in unserer Beurteilung der weiteren Entwicklung der Krankenkasse dazu geführt, dass wir gesagt haben, wenn diese Betriebskrankenkasse ihren Beitrag auf den Satz erhöhen würde, der erforderlich wäre, um eine Unterstützung nach der Satzung des Bundesverbandes auf der Grundlage von § 265a SGB V zu erhalten, d. h. aktuell den Beitrag auf 15 % erhöhen würde, dann wird sie so viele Mitglieder verlieren, dass selbst die Hilfe nicht zu einer Entschuldung führen würde. Schon eine Beitragserhöhung von 0,3 % führt bei einem Mitgliederverlust von 15 % zu keiner Mehreinnahme.

Es ist nicht zu vermitteln, dass eine Betriebskrankenkasse Unterstützung anderer Betriebskrankenkassen erhält, die selbst einen höheren Beitrag haben als diejenige Betriebskrankenkasse, die unterstützt werden soll. Das heißt, die Latte 15 % führt zu dramatischen Mitgliederverlusten, und das Ziel des § 265a SGB V wird nicht erreicht. Diese Betriebskrankenkasse ist andererseits aber in der Lage, durch eine vernünftige Differenz zwischen erhobenem Beitragssatz und dem die Ausgaben deckenden Beitragssatz sich in einer vernünftigen Zeitspanne selbst zu entschulden.

Insoweit sehen Sie an unterschiedlichen Voraussetzungen, dass es zwar eine hohe Bereitschaft im System der Betriebskrankenkassen gibt, den Krankenkassen zu helfen, die aufgrund besonderer Umstände nicht in der Lage sind, sich selbst zu entschulden, umgekehrt aber eine durchaus sinnvolle Einschätzung der Situation auch dazu führen kann, von der Möglichkeit des § 265a SGB V in der jetzigen Form nicht Gebrauch zu machen. Eine Zwangsentschuldung innerhalb kürzester Zeit würde bei dieser Betriebskrankenkasse dazu führen, dass sie voraussichtlich – unter Berücksichtigung der Entwicklung dieses und des nächsten Jahres – einen Beitragssatz von 16 %-Punkten erheben müsste, was wiederum nach unserer Einschätzung zu einem relativ schnellen Zusammenbruch dieser Betriebskrankenkasse führen würde.

Dr. Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an das Bundesversicherungsamt: Wie beurteilen Sie die bestehenden Regelungen zur Entschuldung in der gegenwärtigen Fassung des § 265a SGB V? Teilen Sie aus Ihren Erfahrungen die teilweise skeptischen Ausführungen von Herrn Schulte?

Inwieweit können Aufsichten auf die Entschuldung der Kassen positiven Einfluss ausüben, und wo sind ihnen Grenzen gesetzt?

SV Dr. Rainer Daubenbüchel (Bundesversicherungsamt (BVA)): Die bisherigen Erfahrungen des Bundesversicherungsamts mit dem § 265a SGB V sind zwiespältig. Wir haben gemeinsam mit den haftenden Verbänden auf einzelne selbstverschuldet in Not geratene Kassen großen Druck ausgeübt, damit sie mit Beitragssatzerhöhungen an die Grenze ihrer Belastbarkeit gehen, d. h. mit einem vernünftigen Eigenanteil zu ihrer Entschuldung beitragen.

Es sind aber einige Kassen in unserem Aufsichtsbereich, die noch Hilfen bekommen. Das sind insbesondere – wie schon geschildert – sechs Betriebskrankenkassen. Diese sechs Betriebskrankenkassen sind, bis auf zwei Ausnahmen – eine davon hat Herr Schulte benannt – auf dem vorgeschriebenen Entschuldungsweg, d. h. jedes Jahr die 25 %. Zum Teil erhalten sie allerdings Hilfen des Bundesverbandes, die durch Verteilung auf die anderen generiert werden. Diese Hilfen werden zum Teil als Darlehen gezahlt, zum Teil als verlorene Zuschüsse. Unsere Einschätzung ist so, dass wir in Anbetracht der Finanzlage im nächsten Jahr skeptisch sind, ob wir mit der gegenwärtigen Regelung eine Totalentschuldung bis zum 31.12.2007 hinbekommen werden. Bisher haben wir es zwar in Aussicht, aber es gibt zum Teil Mitgliederverluste bei Kassen, die ihren Beitragssatz bis an die Grenze der Belastbarkeit erhöht haben, die die Effekte verursachen, die Herr Schulte geschildert hat. Gerade bei Wachstumskassen ist es so, dass die Mitglieder viel eher wechselwillig sind. Bei geringen Beitragssatzerhöhungen und zum Teil auch bei Beitragssatzerhöhungen auf Beitragssätze, die für andere Kassen durchaus attraktiv wären, gehen Mitglieder von Wachstumskassen zur nächsten günstigeren Kasse. Diese Effekte müssen berücksichtigt werden. Dazu gehört bei einer Kasse, die überwiegend regional tätig ist, auch, wie dort im regionalen Bereich die Wettbewerbsslage mit anderen Kassen ist.

Aus diesen Gründen begrüßen wir von der Tendenz her ausdrücklich die neue, viel stringendere Regelung des § 265a SGB V. Insbesondere die Bundesverbände müssen Satzungen erlassen, in denen die Verwirklichung der Hilfe nicht mehr von der Zustimmung der ein-

zelnen Landesverbände abhängt, sondern von vornherein die Solidarität über die Landesverbände hinaus übergreifend geregelt ist.

Abgesehen von einigen redaktionellen Dingen – da kommen wir später noch drauf – löst auch die neue Vorschrift ein Problem nicht. Es hängt immer vom guten Willen der Landesaufsichtsbehörden ab, ob diese Vorschrift bei landesunmittelbaren Kassen auch gelebt wird. Das heißt, Beitragssatzerhöhungen der Kassen, die sich zunächst einmal selbst helfen müssen, aber auch Beitragssatzerhöhungen der Kassen, die Hilfe zahlen müssen, hängen immer von der Genehmigung der jeweiligen Aufsichtsbehörde ab. Wir haben im Bundesversicherungsamt bei den bundesunmittelbaren Kassen immer darauf geachtet, dass kostendeckende Beitragssätze erhoben werden. Ansonsten haben wir die Kassen zum Teil mit massivem Druck zu Beitragssatzerhöhungen gezwungen. Der Erfolg gibt uns Recht. Von den 4,3 Mrd. Euro, mit denen die bundesunmittelbaren Kassen Ende 2003 verschuldet waren, sind nur noch 1,2 Mrd. Euro übrig geblieben. Das andere ist getilgt, und ich weise dazu darauf hin, dass wir das Verwaltungsvermögen nicht positiv mit einbeziehen. Wir stehen auf dem Standpunkt, dass das Verwaltungsvermögen dazu da ist, die Aufgaben der Kassen zu erfüllen, und nicht versilbert werden kann, um Schulden zu begleichen. Deshalb gibt es bei uns den Ausdruck Brutto- und Nettovermögen nicht. Für uns zählt, was die Verschuldung betrifft, immer die Summe der Schulden.

Abg. Eike Hovermann (SPD): Herr Müller, welche Möglichkeiten sehen Sie für Ihre Kasse auf Basis der vorhandenen Regelungen, Ihre Schulden bis zum Januar 2008 abzubauen? Könnten Sie etwas zu dem notwendigen Beitragssatz sagen, den Sie erheben müssten, um aus eigener Kraft herauszukommen? Was für Konsequenzen hätte es denn aus Ihrer Sicht, wenn bis zum Start des Fonds keine vollständige Entschuldung erfolgt? Könnten Sie dabei in Ihre Antwort insbesondere auch die gesetzlichen Auflagen des § 261 SGB V mit einbeziehen Rücklage?

SV Rolf Dieter Müller: Zu der ersten Frage: Es ist aus der Sicht der AOK Berlin natürlich darauf hinzuweisen, dass wir vereinigungsbedingte Lasten haben, die nach geltendem Recht weiter wirken. Insoweit besteht die Besonder-

heit, dass die Angebotsstruktur, die in dieser Stadt vorhanden gewesen ist, nach wie vor überdimensioniert ist. Das war auch Ursache dafür, dass der Senat von Berlin gemeinsam mit den Spitzenverbänden sowie den in Berlin tätigen Krankenkassen am 3. August 1989 eine entsprechende Vereinbarung getroffen hat, die zwei Inhalte zum Gegenstand hatte. Die Spitzenverbände hatten gegenüber dem Land Berlin erklärt, dass man auf der einen Seite beim Abbau der einigungsbedingten Überversorgungsstrukturen finanzielle Transfers leisten würde, wenn auf der anderen Seite der Senat die Strukturen nachhaltig veränderte.

Hinsichtlich der einen Seite, nämlich der Frage der Finanzhilfen, ist zu sagen, dass die AOK Berlin von der AOK-Gemeinschaft freiwillige Finanzhilfen in Höhe von 1,957 Mrd. Euro im Zeitraum von 1995 bis 2006 erhalten hat. Im Anschluss an die Darstellung von Herrn Dr. Daubenbüchel kann daran deutlich gemacht werden, dass die Beitragssatzfindung immer in Abstimmung mit dem System vorgenommen worden ist. Andererseits ist auch erkennbar, dass strukturelle Anpassungen im Zusammenhang mit der Versorgungsstruktur durchgeführt worden sind. Ich mache das an dem Beispiel deutlich, dass Krankenhäuser bis zur Größenordnung von 600 Betten geschlossen worden sind. Das sind die Dinge, die sich aus der Strukturhilfevereinbarung ergeben.

Auch die AOK-Berlin hat natürlich einiges getan, um eine nachhaltige Ausgabensenkung gegenüber dem KV-Durchschnitt West zu erzielen. Immerhin haben wir trotz unserer Versichertenstruktur in den Jahren von 1997 bis 2005 rund 430 Mio. Euro abgebaut. Allein 2004 und 2005 wurde ein positives finanzielles Ergebnis von 114 Mio. Euro erzielt, also entgegen dem Trend, der sich insgesamt gesehen dargestellt hat. Auch im laufenden Jahr wird mit einem Überschuss von rund 60 Mio. Euro gerechnet. Diese gesamten Beträge sind zur Entschuldung eingesetzt worden.

Darüber hinaus muss ich darauf hinweisen, dass wir sozialrechtliche Regelungen haben, die im Grundsatz nur spezifisch Berlin betreffen. Zwei Faktoren treiben die Kosten hoch. Der West-Ost-Transfer im Rahmen des Risikostrukturausgleichs hat eine Belastung für die AOK-Berlin von 0,5 Beitragssatzpunkten zur Folge. Nicht zuletzt deshalb haben wir eine entsprechende höhere Belastung, weil im Schnitt des Westsystems – des AOK-Systems

–0,4 Beitragssatzpunkte transferiert werden, obwohl wir in den östlichen Stadtbezirken Berlins natürlich die gleichen Belastungen haben wie in den neuen Bundesländern. Darüber hinaus sind im Grunde genommen Investitionszuschläge nach Artikel 14 zu zahlen. Das führt dazu, dass wir eine zusätzliche Belastung von 0,1 Beitragssatzpunkten haben, insgesamt gesehen also einigungsbedingte Sonderlasten in Höhe von 0,6 Beitragssatzpunkten tragen müssen.

Wir haben die Notwendigkeit, auch wenn der Zeitraum relativ eng gestrickt ist, den Beitragssatz so zu erheben, dass einerseits die Wettbewerbsfähigkeit durch Entschuldung herzustellen ist. Andererseits kann die Wettbewerbsfähigkeit innerhalb des Entschuldungszeitraumes nicht außen vor gelassen werden kann. Der Beitrag von Herrn Schulte hat es auch an einem praktischen Beispiel einer anderen Kassenart deutlich gemacht.

Hinsichtlich der Verschuldung ist zu sagen, dass wir im Rahmen des Systems keine Verschuldung nach § 222 SGB V eingegangen sind. Ich hatte darauf hingewiesen, dass wir seit 1995 Strukturhilfevereinbarungen haben, die darauf hinauslaufen, dass wir lediglich aus der Strukturhilfe Gelder zur Verfügung gestellt haben und anderweitige Verbindlichkeiten nicht eingegangen worden sind. Insgesamt beträgt die liquiditätssichernde Kreditlinie aktuell 180 Mio. Euro. Das bilanzielle Betriebsmittelfizit wird am Ende dieses Jahres voraussichtlich bei 403 Mio. Euro liegen.

Die Frage, inwieweit die Verschuldung abgebaut werden kann, wird nochmal in der Gesamtdarstellung des AOK-Bundesverbandes dargestellt. In diesem Kontext würde ich mich auf die Positionierung des Bundesverbandes hin orientieren.

Herr Hovermann, Sie haben die zweite Frage gestellt, was die gegenwärtig erkennbaren Konsequenzen seien, bei einem Abbau der Schulden bis zum 31.12.2007.

Zunächst einmal ist festzustellen, dass die einigungsbedingten Lasten wohl offensichtlich auf einem anderen Weg für die in Berlin tätigen Krankenkassen nicht beseitigt werden, so dass sich nur zwei Möglichkeiten ergeben. Zum einen würde die Möglichkeit bestehen, eine Erhöhung der Finanzhilfe vorzusehen, zum anderen eine Erhöhung des Beitragssat-

zes. Da eine entsprechende Erhöhung der Finanzhilfe unter Berücksichtigung der anderweitigen Verschuldung im AOK-System nicht realistisch ist, bliebe lediglich die Erhöhung des Beitragssatzes.

Unabhängig von der Beitragssatzentwicklung für 2007 ergeben sich durch die Absenkung der Finanzierung aus der Tabaksteuer und die Erhöhung der Mehrwertsteuer zusätzliche Belastungen. Der allgemeine Beitragssatz liegt zwischenzeitlich bei 14,6 %. Würde man den Zeitraum für den Abbau der Verschuldung bis zum 31. Dezember 2007 begrenzen, wären bei Betrachtung des Abbaus der Kreditlinie zusätzliche Beitragssatzanpassungen von 2,4 Beitragssatzpunkten nötig. Würde das Betriebsmitteldefizit bis zu diesem Zeitpunkt abzubauen sein, wäre der Erhöhungsbetrag bei 5,7 Beitragssatzpunkten.

Bei Streckung ergäbe sich die Möglichkeit, mit einem Ansatz von 1,2 Beitragssatzpunkten die liquiditätsichernde Kreditlinie abzubauen. Wenn der Abbau des Betriebsmitteldefizits bis zum 31. August 2008 vorgenommen werden müsste, müssten 2,85 Beitragssatzpunkte erhoben werden. Die Frage wird natürlich sein, ob bei einer solchen Entwicklung eine Wettbewerbschance besteht. Dies ist weitgehend abhängig von der Marktpositionierung der anderen Marktteilnehmer. Die Finanzhilferegelung der AOK-Berlin gilt bis zum Jahre 2007.

Die letzte Frage ist so zu beantworten, dass man den Fokus der Gesamtbetrachtung auch auf 2009 legen muss, wobei die finanzielle Wirkung des neuen Risikostrukturausgleichs bisher nicht bewertbar ist. In Abhängigkeit der dort gefundenen Risikojustierung ist ein Zusatzbeitrag erforderlich oder nicht. Bei nüchterner Betrachtungsweise ist davon auszugehen, dass sich unser Haus ohne Zusatzbeitrag positionieren kann. Allerdings ergaben sich in diesem Kontext eine Reihe von Restriktionen, finanzielle Mittel auszuschöpfen. Nach Berechnungen, die wir durchgeführt haben, ist, wenn ein zusätzlicher Beitrag in Höhe von 10 Euro erforderlich wäre, tatsächlich eine Nettoschöpfung von 10 Euro nur möglich, wenn der Zusatzbeitrag auf 22 Euro festgesetzt werden könnte. Insoweit sind Grenzen für die Schöpfung zusätzlicher Finanzmittel sehr schnell erreicht. Außerdem ist bei dieser Betrachtungsweise der Aufbau einer Rücklage noch nicht mit berücksichtigt.

Abg. **Dr. Margrit Spielmann** (SPD): Ich würde gerne Herrn Dr. Ahrens um eine Beurteilung dieser Einschätzung seines Kollegen bitten.

SV Dr. **Hans-Jürgen Ahrens** (AOK-Bundesverband): Sie sehen an dem Beispiel – das übrigens zutreffend ist und die Realität des AOK-Systems, wenn auch in besonders dramatischer Art und Weise, widerspiegelt –, dass die Einhaltung der hier vorgesehenen Frist, innerhalb derer entschuldete werden soll, nicht nur für die AOK-Berlin, sondern für das AOK-System insgesamt unmöglich ist, ohne die AOK's in ihrer Wettbewerbsfähigkeit zu gefährden oder diese sogar zu unterbinden.

Die Frage ist: Woran liegt das? Das hat mehrere Gründe. Das eine ist die Veränderung der allgemeinen Rahmenbedingungen. Seit 1995 sind durch die Absenkung der Beiträge für Arbeitslosengeldbezieher um 20 % und weitere Verschiebungen durch Hartz IV in der GKV insgesamt Belastungen von 0,7 Beitragssatzpunkten aufgetreten, d. h. weniger Einnahmen entstanden. Viel gravierender und zu bedenken ist – wenn man uns vorhält, dass wir eine gesetzlich vorgesehene Frist nicht einhalten –, dass sich nach Einführung dieser Frist die Geschäftsbedingungen geändert haben. Die Rahmenbedingungen sind verändert worden, und zwar nicht durch uns, sondern durch die Politik. Die Zuschüsse aus der Tabaksteuer wurden gekürzt, die Mehrwertsteuer wurde erhöht, und – was dramatisch ist – die vorgesehene Einführung des Morbiditätsrisikostруктураusgleichs im nächsten Jahr wird nicht erfolgen. Im nächsten Jahr fehlt ein Betrag von 2,7 Mrd. Euro. Unter diesen Voraussetzungen ist es nicht möglich, dass die Entschuldung durchgeführt wird. Ich glaube, man kann mit Fug und Recht darauf hinweisen. Wenn politisch vorgegebene Rahmenbedingungen verändert werden, dann muss man auch darüber reden können, ob die Konsequenzen, die ursprünglich gezogen worden sind, nicht auch verändert werden müssen.

Nun denkt man daran, dass die Entschuldung insbesondere im Zusammenhang mit der Einführung des Fonds – wenn er denn kommt – durchgeführt werden soll. Deshalb ist unser Petitum, wenn man hier nicht ganz erheblichen Schaden anrichten will – und zwar einen nicht wieder gut zu machenden Schaden –, dann

muss man den Entschuldungszeitraum verlängern, zumindest um ein Jahr, wenn nicht bis zur Einführung des Fonds.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Ich habe eine Frage an den Vertreter des Bundesversicherungsamtes. Ich hätte gerne zum Verschuldensbegriff nachgefragt: Brauchen wir eine Präzisierung und Klarstellung des Verschuldensbegriffes zur Sicherstellung der Entschuldung im Rahmen der vorgesehenen Neuregelung? Halten Sie das für erforderlich? Wenn ja, wie sollte eine solche Klarstellung aussehen?

SV **Dr. Rainer Daubenbüchel** (BVA): Wir haben eine solche Präzisierung des § 265a SGB V in unserer Stellungnahme ausdrücklich vorgeschlagen. Es sollte klargestellt werden, dass das Verwaltungsvermögen nicht zu dem hier zu berücksichtigenden Vermögen gehört, sondern lediglich das liquide Vermögen.

Abg. **Dr. Marlies Volkmer** (SPD): Meine Frage geht an Herrn Prof. Heun: Mich würde interessieren, wie Sie die Verhältnismäßigkeit der beabsichtigten Neuregelung im § 265a SGB V einschätzen. Zum einen im Hinblick auf die bereits geltenden Haftungsregelungen und zum anderen im Hinblick auf die im Entwurf des GKV-WSG vorgesehene Neuregelung des Haftungsrechts, wonach die Verbandhaftung ab dem 1. Januar 2008 grundsätzlich durch die Insolvenzfähigkeit der Krankenkassen ersetzt wird, natürlich noch ergänzt um eine Regelung, die die Haftung für die Altschulden der Krankenkassen, die bis zum 01. Januar 2008 entstanden sind, für zehn Jahre bei der bisherigen Kassenart lässt?

SV **Prof. Dr. Werner Heun**: Zu dieser Frage muss man erst einmal sagen, dass das Prinzip der Verhältnismäßigkeit in erster Linie ausgerichtet ist auf Grundrechtsträger und das Verhältnis zu Grundrechtsträgern, dass aber die Kassen als öffentlich-rechtliche Körperschaften dem nur eingeschränkt unterliegen, allenfalls im Hinblick darauf, dass die Mitglieder immer von derartigen Regelungen auch betroffen werden. Daher gilt das Verhältnismäßigkeitsprinzip in diesem Fall nur eingeschränkt.

Was daneben noch wichtig ist, ist das allgemeine Willkürverbot, das nicht nur grundrecht-

lich hergeleitet wird, sondern als objektives Prinzip auch für die Kassen gilt. Wenn man sich im Hinblick darauf die Regelung anschaut, wird man sicher sagen können, dass Verfassungsmäßigkeitsbedenken hier kaum entstehen können. Der Gesetzgeber ist hier aufgrund seiner weiten Entscheidungsspielräume weitgehend frei, Regelungen zu treffen, sofern sie nicht den Maßstab der Willkür erreichen, und das wird man hier sicher nicht annehmen können. Das gilt gerade im Hinblick auf das, was Sie schon angesprochen haben, auch für die bisherige Haftungsregelung, die eine Ersatzhaftung stufenweise zunächst des Landesverbandes und dann des Bundesverbandes vorsieht. Aus diesem Grund bestehen aus meiner Sicht jedenfalls unter dem Aspekt der Verhältnismäßigkeit keine ernsthaften Bedenken.

Abg. **Peter Friedrich** (SPD): Meine Frage richtet sich an den AOK-Bundesverband, den BKK Bundesverband und den IKK-Bundesverband: Nach welchen Kriterien werden in dem Ausgleichsmechanismus aus Ihrer Sicht die Entlastungen gewährt, und nach welchen Kriterien werden Belastungen verteilt? Müssen sich dabei auch Krankenkassen, die noch in erheblichem Umfang verschuldet sind, an kassenarteninternen Finanzhilfen beteiligen? Wie beurteilen Sie die Mehrheitsregel, die in dem Änderungsantrag § 265a SGB V vorgeschlagen ist?

SV **Dr. Hans-Jürgen Ahrens** (AOK-Bundesverband): Die Entlastungen im AOK-System werden gewährt, wenn eine besondere Notlage vorliegt oder wenn eine AOK die ihr möglichen Voraussetzungen für eine überregionale Fusion geschaffen hat und wenn Strukturhilfen die Wettbewerbsfähigkeit der AOK-Gemeinschaft insgesamt fördern. Die besondere Notlage liegt dann vor, wenn der durchschnittliche Bedarfsatz aller AOK's auf Bundesebene um 5 vom 100 überschritten wird. Für Aufnahme der Mittel von den Kassen haben wir die Regelung, dass es zu 50 % nach der Leistungsfähigkeit und 50 % nach der Grundlohnsumme geht.

SV **K.-Dieter Voß** (BKK Bundesverband): Nach unserer Satzung gibt es Hilfen für Kassen in besonderen finanziellen Notlagen mit Schwellenwerten und aufgrund einer Nachbes-

serung für Fusionsvorgänge, aber auch da gerichtet an Kassen, die in eine finanzielle Schieflage geraten sind. Ich habe schon darauf hingewiesen, dass wir bei der Finanzierung der Hilfen, abweichend von der Satzung, die wir Anfang der 90er Jahre angewandt haben, nicht mehr mitgliedergleiche Umlagen erheben, sondern strikt nach Finanzkraft der finanzierenden Kassen vorgehen mit der Folge, dass bedarfssatz- oder beitragsatzgünstige Kassen einen sehr viel höheren Anteil zur Entschuldung der in Schieflage geratenen Kassen leisten müssen als Kassen, die ihrerseits schon grenzwertig sind, also einen relativ hohen Beitrag erheben.

Das ist eine Regelung, die sehr gerecht ist, die aber administrativ sehr schwer zu händeln ist. Wir sind auf Zahlen angewiesen, auf echte Rechnungsergebnisse, die mit einem zeitlichen Verzug eingehen, und auf Rechenoperationen, die gerade nicht schlicht sind. Die Belastung ist für die finanzierenden Kassen nicht von vornherein schnell kalkulierbar, aber im Ergebnis erweist sich diese Regelung doch als hinlänglich und angemessen, weil sie nämlich auf die Finanzkraft und auf die Wettbewerbsfähigkeit Rücksicht nimmt. Sonst könnte es passieren, dass für Kassen, die ihrerseits schon sehr stark unter Wettbewerbsdruck stehen, durch finanzielle Hilfen, an denen sie beteiligt sind, möglicherweise selbst Hilfen fällig werden. Das kann nach unserer Satzung nicht geschehen.

Die beabsichtigte Regelung, hier auf Mehrheitsverhältnisse abzustellen, ist sicherlich geeignet, das Verfahren bei der Bewilligung von Hilfen etwas schlanker zu gestalten. Dieser Prozess, dass die Landesverbände oder die Kassen der Landesverbände, die an der Finanzierung beteiligt sind, der Finanzierung zustimmen, hat sich als sehr aufwändig erwiesen. Er hat aber den Vorteil, dass, wenn er im System durch uns moderiert gelaufen ist, durch diese Diskussionsprozesse die Akzeptanz der bewilligten Hilfen deutlich höher ist, als wenn wir dies mit Mehrheitsverhältnissen tun.

SV Gernot Kiefer (IKK-Bundesverband (IKK-BV): Im IKK-System funktioniert es im Wesentlichen nach dem ähnlichen Grundkriterium, wie es die anderen Kassenarten geschildert haben, nämlich der Wettbewerbssituation. Überschreitet eine Krankenkasse verglichen mit den Hauptwettbewerbern in der Region

einen bestimmten Schwellenwert, ist das ein Kriterium, ggf. Finanzhilfe zu leisten.

Die konkrete Finanzhilfe richtet sich nach einer Einschätzung der möglichen und zumutbaren Eigenhilfe der jeweiligen Krankenkasse. Das, was dann ggf. als Differenz übrig bleibt, wäre Gegenstand eines Finanzhilfeverfahrens nach § 265a SGB V.

Ich möchte zu der Frage, wie kommt die Entscheidung zustande noch besonders auf die Formulierung eingehen, die derzeit im Gesetz steht. Das Grundproblem des § 265a SGB V in der heutigen Fassung besteht darin, dass man einerseits beim Spitzenverband der jeweiligen Kassenart eine Satzungsregelung beschließt, die auch in der Regel zu Stande kommt, andererseits aber im konkreten Finanzhilfeverfahren nach § 265a Absatz 2 SGB V, wegen des Erfordernisses der Zustimmung aller Landesverbände, die Möglichkeit besteht, ein konkretes Finanzhilfeverfahren im Einzelfall zu blockieren.

Insofern ist es aus unserer Sicht nachvollziehbar, dass der Gesetzgeber daran denkt, diese Schwelle herunterzunehmen, und sagt, eine einfache Satzungsregelung mit entsprechenden Entscheidungen der hier vorgesehene Organe ist ausreichend, insbesondere dann, wenn man versucht, in einem vernünftigen Zeitraum nicht durch Eigenhilfe bewältigbare Verschuldung von einzelnen Kassen mit diesem Instrument in den Griff zu kriegen.

Ich glaube, wir können nicht wirklich sicher sein, dass man einen Entschuldungsprozess zu einem positiven abschließenden Ergebnis führt. Ich bin auch der Auffassung, dass der vorgezogene Zeitraum ausgesprochen problematisch und nicht nachvollziehbar ist. Man muss diesen Entschuldungsprozess zum Ergebnis führen, in welchem Zeitraum auch immer, ohne derzeit wirklich greifende Instrumente zu haben, um in den jeweiligen Kassenarten die Belastungen letztendlich gerecht zwischen den starken und weniger starken Schultern verteilen zu können. Insofern ist die Intention aus unserer Sicht nachvollziehbar, und ich glaube insbesondere an die künftige Regelung, die uns andere als die bisherigen Entscheidungsmechanismen gibt.

Abg. **Heinz Lanfermann** (FDP): Ich habe eine Frage an Herrn Prof. Sodan: Wie beurteilen Sie

die vorgelegte Regelung zur Entschuldung aus verfassungsrechtlicher Sicht? Kann man im Wettbewerb miteinander stehende Krankenkassen verpflichten, Finanzmittel aus den Beiträgen ihrer Beitragszahler für die Entschuldung ihrer verschuldeten Mitbewerber zur Verfügung zu stellen? Sind die Regelungen hinreichend spezifisch im Hinblick darauf, dass die Bundesverbände der Kassen in ihren Satzungen erst Näheres bestimmen sollen? Ist es zulässig, bei so weit reichenden Folgen Entscheidungen nur mit einfacher Mehrheit – und zwar auch nur mit einer Mehrheit der Anwesenden – treffen zu lassen?

SV Prof. Dr. Helge Sodan: Zur Verfassungsmäßigkeit der Regelungen darf ich zunächst darauf hinweisen, dass grundrechtliche Abwehrensprünge der gesetzlichen Krankenkassen gegen die Neufassung von § 265a SGB V sowie die Anfügung des Absatzes 6 an § 222 SGB V hier ausscheiden, wenn man die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zugrunde legt. Dieser Judikatur zur Folge sind gesetzliche Krankenkassen auch nach Einführung eines Wettbewerbs untereinander nicht grundrechtsfähig. Insofern stimme ich Herrn Kollegen Prof. Heun zu.

Etwas anderes kommt aber meines Erachtens in Betracht, wenn man die Mitglieder derjenigen gesetzlichen Krankenkassen in den Blick nimmt, die als Folge der Neufassung des § 265a SGB V verpflichtet werden, mit Zahlungen zur Entschuldung anderer Krankenkassen derselben Kassenart beizutragen. Anhaltspunkte für eine diesbezüglich verfassungsrechtliche Beurteilung lassen sich dem Beschluss des 2. Senats des Bundesverfassungsgerichts vom 18. Juli 2005 zur Verfassungsmäßigkeit der Regelung des Risikostrukturausgleichs – RSA – in der GKV entnehmen. In dieser Entscheidung prüfte das Bundesverfassungsgericht intensiv die im Ergebnis verneinte Frage nach einer Verletzung des in Artikel 3 Absatz 1 Grundgesetz gewährleisteten allgemeinen Gleichheitssatzes. Das Bundesverfassungsgericht stellte dabei unter anderem fest, dass durch die Regelung des RSA eine Mitgliedergruppe der GKV belastet und eine andere entlastet werde, mit der Folge einer Ungleichbehandlung.

Nichts anderes gilt im Hinblick auf die vorgesehene Neufassung des § 265a SGB V. Die zur Entschuldung erfolgende Mittelumverteilung

von Krankenkassen derselben Kassenart ist unmittelbar beitragsatzrelevant. Die ausgleichsverpflichteten Krankenkassen werden die Zahlungen aus dem Beitragsaufkommen ihrer Mitglieder leisten müssen, entweder aus Rücklagen, die aus früher gezahlten Beiträgen gebildet werden, oder möglicherweise sogar aus Beitragssatzerhöhungen, um die Zahlungspflichten überhaupt erfüllen zu können.

Angesichts der aufgezeigten Ungleichbehandlung von Mitgliedern der GKV bedarf also § 265a SGB V-Entwurfssfassung einer verfassungsrechtlichen Rechtfertigung. Dabei ist der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit, der vorhin bereits angesprochen wurde, zu prüfen, und zwar nach den Maßstäben, die das Bundesverfassungsgericht beim RSA-Beschluss angelegt hat.

Das Ziel der Entschuldung gesetzlicher Krankenkassen stellt zwar einen legitimen Zweck dar, und das vorgesehene Mittel von Hilfeleistungen anderer Krankenkassen derselben Kassenart ist zur Erreichung dieses Ziels geeignet, die Entwurfssfassung erweist sich aber zumindest teilweise als zur Zweckerreichung nicht erforderlich. Der Gedanke der Selbsthilfe der verschuldeten Krankenkassen kommt zwar im Gesetzentwurf an einigen Stellen zum Ausdruck. Die im Entwurf genannten Kriterien, die bei der Aufteilung der Hilfen – wie es wörtlich heißt – „angemessen“ zu berücksichtigen sind, greifen aber meines Erachtens zu kurz.

Nicht nachvollziehbar ist insbesondere, weshalb in dieser Vorschrift nur von Finanzreserven und nicht etwa auch von Immobilienvermögen die Rede ist. Nicht wenige der verschuldeten Krankenkassen dürften über erhebliches Eigentum an Immobilien verfügen, dessen Veräußerung zur Tilgung zumindest eines großen Teils ihrer Schulden führen müsste. Nach einer Veräußerung können Krankenkassen fortan Mieterinnen der zuvor als Eigentümerinnen genutzten Verwaltungsgebäude werden, so wie das andere nicht verschuldete Krankenkassen – ich nenne etwa das Beispiel der Betriebskrankenkasse der BMW AG – seit langem tun. Das in unserer Rechtsordnung weit verbreitete Prinzip des Nachrangs von Fremdhilfe und die damit verbundene Verpflichtung, sich zunächst im Rahmen seiner Möglichkeiten selbst zu helfen, hat das Bundesverfassungsgericht bekanntlich erst kürzlich in seinem Urteil vom 19. Oktober 2006 zur Frage eines Anspruchs des Landes Berlin auf

Sanierungshilfe für das Finanzverfassungsrecht deutlich zum Ausdruck gebracht.

Zur Selbsthilfe verschuldeter Krankenkassen gehören schlanke Personalstrukturen. Hier bestehen zwischen den Krankenkassen ganz erhebliche Unterschiede. So kommt nach meinen Informationen in der GKV durchschnittlich ein Krankenkassenmitarbeiter auf etwa 340 Versicherte. Die BKK BMW AG beispielsweise weist eine viel kostengünstigere Betreuungsquote von 1 : 800 auf, ohne dass irgendwelche Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die Versicherten nicht angemessen betreut werden. Bevor also die Mitglieder einer solchen Krankenkasse mit ihren Beiträgen zur Entschuldung anderer Kassen herangezogen werden dürfen, müssen die verschuldeten Kassen ihre eigenen Wirtschaftlichkeitsreserven aktivieren.

Abgesehen von der damit fehlenden Erforderlichkeit erweist sich der hier vorgelegte Entwurf eines künftigen § 265a SGB V für die Mitglieder zahlungsverpflichteter Kassen als unzumutbar, denn dieser Entwurf berücksichtigt in keiner Weise die Gründe für die Verschuldung der Krankenkassen. Der RSA, mit mittlerweile Ausgleichszahlungen von über 15 Mrd. Euro jährlich, sollte doch nach dem Willen des Gesetzgebers gerade die Voraussetzungen für einen fairen Wettbewerb unter den Krankenkassen schaffen. Wenn dann trotz dieser massiven Umverteilung viele Krankenkassen verschuldet und andere nicht verschuldet sind, müssen zumindest bei einem Teil der verschuldeten Krankenkassen ganz erhebliche Fehler im Management begangen worden sein. Möglicherweise wurde der Beitragssatz bewusst zu niedrig gehalten, um im Wettbewerb um die Versicherten Vorteile gegenüber anderen Krankenkassen zu erlangen. Lassen Sie mich als Beispiel noch einmal die BKK BMW AG heranziehen, die sich hier verantwortungsbewusst verhalten hat. Die reagierte nämlich auf die vorübergehende Verschuldung mit einer überproportionalen Anhebung des Beitragssatzes auf bis zu 14,7 % und konnte damit dann die Schulden tilgen.

Ich halte es daher nicht für zumutbar, wenn das aufgebaute Vermögen herangezogen wird, um für die Schulden anderer Krankenkassen der Kassenart einzustehen. Eine solche Konsequenz würde den vom Gesetzgeber propagierten Wettbewerb geradezu pervertieren. Es bestünde nämlich der Anreiz, kurzfristige Vortei-

le durch unwirtschaftliche Angebote anzustreben, weil langfristig die Nachteile durch Entschuldungsmaßnahmen zu Lasten sparsamerer Krankenkassen ausgeglichen würden. Verwirklicht wäre dann entgegen jahrelanger Beteuerungen verantwortlicher Politiker letztlich doch die Idee der Einheitskasse.

Ich komme zur zweiten Frage, nämlich zur Satzungsbefugnis der Bundesverbände der Krankenkassen.

Nach ständiger Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts muss der parlamentarische Gesetzgeber die wesentlichen Entscheidungen selbst treffen und darf diese nicht der Exekutive überlassen. Die damit begründete Wesentlichkeitstheorie hat das Bundesverfassungsgericht in zahlreichen Entscheidungen konkretisiert. Wesentlich bedeutet vor allen Dingen: wesentlich für die Verwirklichung der Grundrechte. Damit lässt sich die Wesentlichkeitstheorie nicht nur für die Frage heranziehen, ob überhaupt eine formell gesetzliche Grundlage notwendig ist, sondern auch dafür, wie intensiv der Gesetzgeber Regelungen treffen muss. Maßgebend ist die Intensität, mit welcher die Grundrechte der Regelungsadressaten betroffen werden. Angesichts der aufgezeigten Grundrechtsrelevanz für die Mitglieder zahlungsverpflichteter Kassen wird hier den Anforderungen des Parlamentsvorbehalts nicht Genüge getan. Der den Satzungen in §265a Absatz 1 Satz 2 SGB V-Entwurf überlassene Spielraum bei den näheren Regelungen oder Voraussetzungen zu Umfang, Finanzierung und Durchführung der finanziellen Hilfe ist meines Erachtens zu weit. Daran vermögen auch einige Vorgaben im Entwurf nichts zu ändern.

Unter Berücksichtigung der bereits zum Gleichheitssatz angestellten Überlegungen müsste der parlamentarische Gesetzgeber folgende Regelungen selbst treffen:

1. Eine gesetzliche Krankenkasse darf nur dann finanzielle Hilfen durch Krankenkassen derselben Kassenart erhalten, wenn sie nachvollziehbar darlegen kann, ihre Verschuldung nicht vorsätzlich oder fahrlässig herbeigeführt zu haben, und ihre Schulden nicht in zumutbarer Weise selbst zu tilgen vermag. Zumutbar sind insbesondere die Erhöhung des Beitragssatzes und die Veräußerung von Eigentum an Immobilien.

2. Die zur Hilfeleistung herangezogenen Krankenkassen dürfen dadurch nicht selbst illiquide werden. Als Finanzreserven gelten daher nicht die in § 81 SGB IV und § 260 SGB V definierten Betriebsmittel, die insbesondere zum Ausgleich von Einnahme- und Ausgabeschwankungen bereit zu halten sind.

3. Krankenkassen, die anderen Krankenkassen finanzielle Unterstützungsleistung gewähren, dürfen im Ergebnis nicht schlechter gestellt werden, als diejenigen Krankenkassen, welche die Leistungen erhalten. Bei der Vergabe der finanziellen Hilfen ist deshalb sicherzustellen, dass die Hilfe leistenden Krankenkassen in den Haushaltsjahren 2007 und 2008 keines höheren Beitragssatzes bedürfen als die Hilfe empfangenen Krankenkassen, um jeweils am Ende dieser beiden Haushaltsjahre nicht selbst verschuldet zu sein.

Ich komme zu der letzten Frage. Diese betrifft das Mehrheitserfordernis der Anwesenden bei Beschlüssen über die Satzung. Hier handelt es sich um keine verfassungsrechtliche, sondern um eine rechtspolitische Problematik. § 265a SGB V-Entwurf regelt, dass – abweichend von § 64 Absatz 1 Satz 1 SGB IV – die Satzungsbestimmungen über die Hilfeleistung ihrer Kassenart zur Sicherstellung der Entschuldung der Krankenkassen mit der Mehrheit der bei der Beschlussfassung anwesenden Mitglieder gefasst werden können. Die hier im Entwurf gegebene Begründung, dadurch sollten die verbandsinternen Meinungsbildungsprozesse über die Gewährung finanzieller Hilfen nach § 265a SGB V, die sich in der Vergangenheit als sehr aufwändig erwiesen hätten, erleichtert werden, vermag nicht zu überzeugen.

Angesichts der besonderen Bedeutung der Gewährung finanzieller Hilfen zur Entschuldung von Krankenkassen und der aufgezeigten Grundrechtsrelevanz für die Mitglieder zahlungsverpflichteter Kassen sollte auch hier die allgemeine Regelung des § 64 Absatz 1 Satz 1 SGB IV Anwendung finden, wonach Selbstverwaltungsorgane grundsätzlich nur dann beschlussfähig sind, wenn die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist. Es empfiehlt sich daher die ersatzlose Streichung der vorgesehenen Regelung.

Abg. **Daniel Bahr** (Münster) (FDP): Meine Fragen gehen an Herrn Holzmann. Ich habe nach den bisherigen Beiträgen und Antworten

den Eindruck, dass wir in 2007 mit deutlichen Beitragssatzerhöhungen zu rechnen haben. Das ist sehr interessant. In den letzten Jahren seit dem GMG wurde häufiger von Seiten der Bundesgesundheitsministerin Druck auf Krankenkassen ausgeübt, den Beitragssatz eher zu senken und vielleicht den Verschuldensabbau nicht mit Priorität zu sehen. Einige Krankenkassen haben in den letzten Jahren solide gewirtschaftet und stehen heute finanziell gut da, andere haben unbequeme Entscheidungen vermieden. Können Sie die Anstrengungen der Techniker Krankenkasse in den letzten Jahren darstellen, schuldenfrei zu sein, und dabei vergleichen, wie sich aus Ihrer Sicht Mitbewerber verhalten haben, was diese hätten tun sollen und welche Konsequenzen sich aus der geplanten Regelung ergeben würden?

SV Bodo Holzmann: Ich muss mehrere Jahre darstellen, weil wir uns das, was wir in den letzten Jahren betrieben haben, tatsächlich als unternehmenspolitische Leitlinie der TK gesetzt haben. Wir haben einen Grundsatz, der nichts weiter besagt, als dass eine gesunde Unternehmensentwicklung gesunde Finanzen voraussetzt. Das heißt, wir haben regelmäßig über die ganzen Jahre – in meiner Verantwortung sind es jetzt knapp zehn Jahre – versucht, einen finanziellen Handlungsspielraum für die TK zu haben und nicht in die Verschuldung abzusinken. Wenn ich mir diese Jahre anschau, dann haben wir natürlich – genau wie alle anderen Krankenkassen – unter einem zunehmenden wirtschaftlichen Druck gestanden. Das ist eine ganz natürliche Angelegenheit. Wir haben immer dann die Beiträge angehoben, wenn wir der Meinung waren, dass es für die TK tatsächlich wirtschaftlich gefährdend wurde. Das ist etwas, was unter wettbewerblichen Gesichtspunkten sicher nicht sehr nett war und uns auch sicher nicht sehr erfreut hat. Aber wir haben es getan, weil wir der Auffassung waren, der langfristige Effekt wird sich wahrscheinlich bezahlt machen.

Als letztes Beispiel kann ich darauf verweisen, dass wir vor ein paar Monaten, nämlich zur Jahresmitte, eine Beitragssatzanhebung um 0,4 Prozentpunkte vorgenommen haben. Etwas was – wie wir befürchtet haben – zur stärkeren Abwanderung von Versicherten führen könnte. Im Gegensatz zu dem, was hier vorher teilweise dargestellt wurde, konnten wir das nicht verzeichnen. Wir haben tatsächlich nach wie vor eine gute Mitgliederentwicklung zu ver-

zeichnen, obwohl wir jetzt einen Beitragssatz haben, der knapp unter dem Durchschnitt der GKV liegt. Das ist für die TK einmalig.

Was hätten die anderen tun sollen oder was haben sie getan? Es ist ein bisschen schwierig, das von meiner Seite zu beantworten. Einfach deshalb, weil ich natürlich nicht die ganzen Unternehmensinterna der anderen Unternehmen kenne. Es ist nur eins ganz schlicht feststellbar: Seit Beginn der Kassenöffnungen – das war Mitte der 90er Jahre – haben sämtliche Krankenkassen ihre Reservebestände abgebaut. Da war plötzlich ein Wettbewerbsdruck da, von dem versucht wurde, ihn über den Beitragssatz, über den Preis der Krankenkassen, auszuleben. Wenn man weiter sieht, kann man feststellen, dass ab 2001 die meisten Krankenkassen in die Verschuldung abgerutscht sind. Wenn ein Großteil der Krankenkassen sich das als Maxime gesetzt hätte, was Grundsatz der TK ist, und wenn ein Großteil der Krankenkassen tatsächlich das getan hätte, was wir immer wieder mit Schmerzen getan haben, nämlich die Beiträge anzuheben, dann hätte sich eine ganze Menge an Verschuldung vermeiden lassen.

Eine simple Rechnung: Nehmen Sie eine Krankenkasse, die Ende 2003 etwa 500 Mio. Euro Verschuldung gehabt hat. Wenn diese Krankenkasse bei einer Beitragssatzerhöhung von einem Zehntel Prozentpunkt zwischen 70 und 100 Mio. Euro Mehreinnahmen hätte, dann können Sie davon ausgehen, dass diese Krankenkasse aus eigener Kraft in der Lage wäre, in fünf bis sechs Jahren die Verschuldung abzubauen. Wenn Sie tatsächlich zwei Zehntel Prozentpunkte nehmen – auch das ist kein Riesenzuschlag –, schafft sie es in entsprechend kürzerer Zeit. Das allerdings scheint aus unserer Sicht nicht in dem Maße geschehen zu sein, wie wir uns das gewünscht hätten.

Zu dem, was sich aus der angedachten Entschuldungsregelung ergeben könnte. Wir sehen speziell im nächsten Jahr, 2007, die Gefahr, dass sich für die gesamte GKV ein starker Beitragsdruck ergeben wird. Und wenn sich dieser Beitragsdruck dann letztlich in erhöhten Beiträgen ausdrückt, wird bei entsprechender Ausgestaltung der Entschuldungsregelung die Gefahr bestehen, dass einige Kassen – ich möchte niemandem etwas unterstellen – Überlegungen anstellen werden, ob es nicht sinnvoll wäre, vielleicht zwei Zehntel Beitragssatzpunkte weniger zu erhöhen. Auf die Einzelkas-

se gesehen, ist das zwar wenig, aber zwei Zehntel im System sind 2 Mrd. Euro. Da sehen wir tatsächlich im Moment die Gefahr, dass Ende 2007 wieder eine Verschuldung eintritt, die letztlich die Kassen abfangen müssen, die ihre Beiträge entsprechend höher gehalten haben, um nicht in die Verschuldung abzurutschen.

Abg. Frank Spieth (DIE LINKE.): Herr Dr. Hoberg, wir haben vorhin gehört, dass mit dem GKV-WSG die Insolvenzfähigkeit ab 2008 angestrebt wird und damit die Fragestellung der Überschuldensregelung von hoher Bedeutung ist. Welche Folgen hätte es für Ihre Kasse, die AOK Baden-Württemberg, wenn beispielsweise die Pensionsverpflichtungen nach diesen Kriterien in den Überschuldenstatus mit eingeführt werden müssten? Bitte kurze Antwort mit präzisen Zahlen. An Herrn Bluschke von der AOK Mecklenburg-Vorpommern die Frage: Ist die Verschuldungssituation Ihres Hauses auf unwirtschaftliches Handeln zurückzuführen, oder gibt es dafür besondere Erklärungen? Und welche Beitragsfolgen hätte die Verschuldung Ihres Hauses, wenn diese 2007 bewältigt werden müsste?

SV Dr. Rolf Hoberg: Wie sich das abzeichnet, stellt sich für uns die Änderung des § 171 SGB V im WSG in Verbindung mit den Entschuldungsverpflichtungen des § 265 a SGB V so dar, dass die Ostkassen durch den radikal verkürzten Entschuldungszeitraum bereits im Jahr 2007 in Haftungsprobleme kommen werden. Diese kumulieren bei Wegfall der Insolvenzunfähigkeit von Krankenkassen mit dem Aufstellen eines Liquidationsstatus, in den dann auch Forderungen für Altersrückstellungen einzubeziehen sind. Dieses würde eine milliardenschwere Verbindlichkeitsbelastung für die gesamte GKV bedeuten. Für Großkassen wie Baden-Württemberg, wie Bayern, aber auch wie Hessen würde dies eine Größenordnung zwischen 500 Millionen und einer Milliarde zusätzlicher Belastung bedeuten.

SV Friedrich Wilhelm Blaschke: Die AOK Mecklenburg-Vorpommern hat zurzeit knapp 40 Mio. Euro Kredite und Darlehen im Sinne des § 222 Abs. 1 SGB V. Schauen wir aber auf die Betriebsmitteldefizite, dann sind das 207 Mio. Euro. Und würden wir das in einem Jahr auf den Beitragssatz umsetzen, dann würde

sich dieser um 3,7 Beitragssatzpunkte heben. Bei unserem Verwaltungsvermögen – das sind 14 Mio. Euro einschließlich Immobilien – ist das keine kleine Größe.

Der laufende Überschuss wird in diesem Jahr um die 10 Mio. Euro betragen, so dass wir in diesem Jahr einen Beitrag zur Entschuldung leisten. Über die letzten Jahre haben wir 17 bis 20 Mio. Euro jährlich entschulden können. Bisher haben wir 120 Mio. Euro Schulden abgebaut. Unser Sanierungszeitraum geht bis 2008. Es ist eine ganze Menge passiert, in Abstimmung mit dem AOK-Bundesverband und auch mit der Aufsicht. Unser Beitragssatz lag 1995 sogar kurze Zeit zwei volle Punkte oberhalb des GKV-Durchschnittes, was jetzt aus Wettbewerbsgründen gar nicht mehr ginge.

Wir haben jetzt eine Krankenkasse, die es damals nicht gab, die einen Rentneranteil von 2 % und einen Beitragssatz von 12 % hat. Die Schulden kommen aus der Aufbauzeit, besonders aus der Zeit bis 1994. Die AOK's hatten den Sicherstellungsauftrag und 80 % der Rentner waren ab 1. Januar 1991 Mitglied der AOK. Deshalb haben wir historische Lasten, die sich auch heute noch widerspiegeln.

Warum hat die AOK Mecklenburg-Vorpommern heute noch Schulden? Mecklenburg-Vorpommern hat die niedrigste Finanzkraft im Ländervergleich. Das möchte kein Land haben, aber es ist so. Das führt zu überdurchschnittlich vielen Härtefällen, mit entsprechenden Mehrausgaben. Für die Finanzierung der Verwaltungskosten steht dann auch nur die niedrigste Finanzkraft zur Verfügung. Zudem gibt es auch noch nicht RSA-fähige Leistungsausgaben.

Ein weiterer Punkt, den auch kein Land haben möchte, ist die niedrigste Einwohnerdichte. Mit 75 Einwohnern pro Quadratkilometer liegt selbst der Ostdurchschnitt doppelt so hoch. Die Mehrbelastung kommt schon allein aus der wohnortnahen medizinischen Versorgung. Denken Sie zum Beispiel an Wegekosten und häusliche Krankenpflege, die Mehrbelastungen für Ärzte, aber auch für Patienten bedeuten.

Aber noch höher schlägt das Rettungswesen durch. Dadurch hat Mecklenburg-Vorpommern zwangsläufig die höchsten Vorhaltekosten im Rettungswesen. Damit meinen wir Vorhaltekosten, die über die tatsächliche Nutzung hinausgehen: dünn besiedelt, großes Land, Vor-

halte. Wenn ich das mit AOK-Zahlen vergleiche und RSA-gewichte, also auch altersgewichte, dann ist zwischen der AOK Mecklenburg-Vorpommern und der AOK Sachsen zum Beispiel eine Differenz von 30 Mio. Euro pro anno. Das sind schon beachtliche Zahlen.

Sehen wir noch einmal auf die Zahlen. Die AOK Mecklenburg-Vorpommern hat einen Marktanteil von 37 % bei den Versicherten, aber sie hat 60 % Anteil an den Ausgaben der Krankenversicherung des Landes. Heute sind 60 % der Rentner AOK-Mitglied, damals waren es 80 %. Wenn wir in die Pflegeversicherung schauen, weil Menschen, die in der Pflege sind, auch KV-Leistungen in Anspruch nehmen, sind 80 % der Pflegefälle des Landes Mecklenburg-Vorpommern Mitglieder der AOK Mecklenburg-Vorpommern.

Außerdem haben wir zwei Universitätskliniken, bei denen der Anteil unserer Betten doppelt so hoch ist wie im Bundesdurchschnitt. Das geschieht schnell, wenn ein Land so dünn besiedelt ist.

Bekannt und durch viele Studien belegt ist, dass die neuen Länder einen höheren Morbiditätsanteil haben, Mecklenburg-Vorpommern einen ganz besonderen, speziell im Bereich Diabetes Typ 2. Den morbiditätsorientierten RSA hätten wir in Mecklenburg-Vorpommern schon lange gebraucht, aber weil wir ihn noch nicht haben, behindert das auch die bisherige Entschuldung. Dass wir ihn dringend brauchen, belegt der Gesetzentwurf.

Noch einen Punkt möchte ich erwähnen, den überproportionalen Anteil der Arbeitslosengeld II-Empfänger. Ein Arbeitslosengeld II-Empfänger hat eine bundesweit einheitliche Grundlohnsumme von 845 Euro pro Monat. Das heißt, wenn Sie von 845 Euro einen Beitrag kriegen, ist er niedrig, und der Arbeitslosengeld II-Empfänger ist zudem schnell Härtefall. Von 440.000 Mitgliedern sind bei unserer Kasse 62.000 Arbeitslosengeld II-Empfänger. Beim Beitragsaufkommen haben Sie einen Anteil von 10 % und beim Mitgliederaufkommen von 15 %. Daraus addiert sich eine ganze Menge. Alles, was man im Rahmen des Kostenmanagements machen kann, haben wir gemacht. Alles, was unter Benchmarking irgendwo im AOK-System geschieht, nehmen wir auf. Das gilt im Übrigen für alle Kassen in den neuen Bundesländern. Aber die besonderen Strukturprobleme des Landes, die sich bei

unserer Kassengröße widerspiegeln, haben es einfach nicht zugelassen, es schneller zu schaffen.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE.): Herr Prof. Azzola, wir haben vorhin schon in Auszügen ein Zitat aus dem Bundesverfassungsgerichtsurteil zum RSA gehört. Dort hat das Bundesverfassungsgericht – ich zitiere – wörtlich gesagt: „Eine Wettbewerbsordnung zu flankieren, die auf der Basis des Solidarprinzips wirtschaftliches und effizientes Verhalten der Krankenkassen bei der gesundheitlichen Leistungserstellung fördern will, ist verfassungsrechtlich legitim.“ Das steht hier auch mit Sicherheit nicht in Frage. In dem Urteil wird dann aber auch – und Herr Prof. Sodan hat das bestätigt – auf den Grundsatz der Ungleichbehandlung abgehoben. Eine Mitgliedergruppe der gesetzlichen Krankenversicherung wird belastet und eine andere entlastet, das ist gewollt. Aber das Schlüsselwort heißt: Eine Mitgliedergruppe der gesetzlichen Krankenversicherung wird belastet und eine andere entlastet. Nun wird mit den vorgelegten Änderungsregelungen ja kein GKV-weiter Ausgleich gemacht, sondern ein Ausgleich innerhalb der Kassenart. Wie beurteilen Sie diese Regelungen, sind sie zielführend und aus Ihrer Sicht verfassungskonform?

SV Prof. Dr. Axel Azzola: Frau Vorsitzende, meine Damen und Herren, zunächst einmal eines: Ich halte es in der Tat für verfassungsrechtlich zulässig, dass im Finanzausgleich, um den es hier geht, die Hilfen zur Entschuldung verbandsintern abgewickelt werden. Es gäbe Alternativen, es gäbe z. B. die Möglichkeit, das Ganze als Vorwegzahlung auf den Fonds zu verlagern und später nachzuholen. Aber diese Alternative ist offensichtlich gesetzlich nicht gewollt, und es ist ja nicht die Aufgabe der Verfassung, etwas, was von einem Teil des Hauses nicht gewollt wird, einfach für verfassungswidrig zu erklären. Soweit sind wir nicht. Ich halte das für zulässig, und zwar aus technischen Gründen, weil nur die Verbände die einzelnen Kassenarten in irgendeiner Weise zu Leistungen verpflichten können. Andernfalls müsste man eine ganz neue Organisation erfinden.

Im Übrigen habe ich aber massive Bedenken gegen den Wortlaut von § 265 a Abs. 3 in der vorliegenden Fassung. Meine Damen und Her-

ren, niemand hier im Hause, wirklich niemand, kann bis zum 31. Januar des nächsten Jahres zuverlässig voraussagen, welche Maßnahmen bei einzelnen Kassen dazu führen, dass bis zum 31.12.2007 eine Entschuldung stattfindet. Das hängt von so vielen Parametern ab, unter anderem von der hier schon erörterten Veränderungsbereitschaft der Mitglieder. Sie haben eine Regelung, wonach bestimmte Prognosen sachgerecht sein müssen. Natürlich müssen die Prognosen, bis zum 31.12. eine Entschuldung zu erwarten, sachgerecht sein, aber sie können keine Sicherheit gewährleisten. Um Sicherheit zu haben, müssten sie für den Prognosezeitraum das Kündigungsrecht einschränken. Diese Übergangsregelung wäre als Sicherungsmaßnahme verfassungsrechtlich absolut unbedenklich, weil es hier an jeglicher Willkür fehlt.

Außer dem habe ich aber ganz erhebliche Bedenken. Wenn Sie schon zulassen, dass in die Satzung des Bundesverbandes verbindliche Regelungen für die Mitglieder hinein genommen werden, dann geht das nicht im freien Ermessen, wenn Sie vorher das Einstimmigkeitsprinzip aufgegeben haben. Das heißt, Sie brauchen ein Maßstäbengesetz oder Maßstäbe in einem Gesetz, wie das Bundesverfassungsgericht schon im Zusammenhang mit dem Länderfinanzausgleich entschieden hat. Diese Maßstäbe müssen gerichtlich nachprüfbar sein. Der Kürze der Zeit wegen erlaube ich mir, insoweit auf meine schriftliche Stellungnahme hinzuweisen. Ich habe da ein paar Vorschläge gemacht, über die man im Einzelnen noch reden müsste. Ich bin ganz sicher, dass ein Teil dieser Vorschläge jedenfalls in die richtige Richtung geht, wenn sie auch gesetzestech-nisch nicht ausformuliert sind.

Um mal ein bisschen Wasser in manchen Wein zu gießen, möchte ich abschließend darauf hinweisen, dass die Regelung des § 265 a Abs. 5 SGB V keineswegs geeignet ist, den Rechtsschutz auszuschließen. Diese Regelung sagt nur, dass das Einlegen der Klage keine aufschiebende Wirkung hat. Das heißt aber nicht, dass ein Gericht die aufschiebende Wirkung nicht wiederherstellen kann.

Wenn Sie im Gesetz die Maßstäbe weg lassen und sich sozialgerichtet der hier schon angeklungenen Auffassung – die ich voll teile – anschließen, dass sich der Maßstab für den Ausgleich aus der besonderen Situation der Kooperationen der Körperschaften, ihrer

Nachordnung oder auch Nicht-Nachordnung satzungsrechtlich ergibt, dann ist zu beachten, dass ein voller Rechtsschutz gewährt werden muss. Sie haben dann ganz schnell eine Eilentscheidung und mit der Eilentscheidung die Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Zunächst würde ich gerne nochmal vom AOK-Bundesverband hören, was genau durch die vorgesehenen gesetzlichen Regelungen für die Beitragssätze im AOK-System zu erwarten wäre, bevor dann die im WSG angedachten Finanzierungsregelungen in Kraft treten.

SV Dr. Hans-Jürgen Ahrens (AOK-Bundesverband): Wir sollten da zwei Dinge auseinander halten. Zunächst einmal das, was uns im nächsten Jahr ohne die vorgesehene konzentrierte Entschuldung an Beitragssätzen ins Haus schneit. Das werden im AOK-Bundesverband so zwischen 0,7 und 0,9 Beitragssatzpunkte sein. Wenn dann die vorgesehene Frist dazu kommt, die Entschuldung innerhalb eines Jahres durchzuführen, werden in so erheblichem Umfang Beitragssatzanhebungen fällig, dass die einzelnen AOK's nicht mehr wettbewerbsfähig sein können. Wir müssen davon ausgehen, dass dies im Westen über 1 %-Punkt und im Osten über 2 %-Punkte sein werden.

Das bedeutet – wenn man es auf einen Punkt bringt –, dass hier aus den von mir schon genannten Gründen die Geschäftsgrundlage für dieses eine Jahr entfallen ist. Denn nicht das AOK-System hat die Voraussetzung dafür geschaffen, sondern der Gesetzgeber durch Veränderung der Einführung des Morbi-RSA, durch die Kürzung der Mittel aus der Tabaksteuer und die Mehrwertsteuererhöhung. Da wir dadurch völlig veränderte Umstände haben, plädiere ich dafür, die Entschuldungsfrist entsprechend zu verlängern, mindestens um ein Jahr, wenn nicht bis zur Einführung des Fonds.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage geht an Herrn Dr. Hoberg. Können Sie uns bitte am Beispiel der AOK Baden-Württemberg schildern, wie sich die Auswirkungen darstellen

würden? Ich wüsste auch gerne, was Sie in den letzten Jahren an Finanzhilfen geleistet haben, was Sie selber zum Schuldenabbau getan haben und wie sich die vorgesehene Regelung auf Ihre finanzielle Situation auswirken würde.

SV Dr. Rolf Hoberg: Die AOK Baden-Württemberg hat den gleichen finanzpolitisch vernünftigen Kurs – in gleicher Weise von der Aufsicht angeleitet – gefahren, wie es hier am Tisch bereits andere Sachverständigen zur Techniker Krankenkasse und zu BMW dargestellt haben. Die AOK Baden-Württemberg wird Ende des Jahres 2007, obwohl wir von einer kreditorischen Verschuldung von einer Milliarde kommen, entschuldet sein. Allerdings muss man sagen, dass wir dieses hinbekommen haben um den Preis massiver Mitgliederverluste und eines Beitragssatzes am oberen Rande des Marktes.

Jetzt sehen wir aber für das letzte Jahr der Entschuldung eine zusätzliche Belastung auf uns zukommen. Gründe sind die Haftungsregelungen des § 265 a SGB V und die Verkürzung des vorgesehenen Entschuldungszeitraumes, der für den Osten ja bis Ende 2008 gehen sollte. Diese Kürzung um ein Jahr führt zu Sonderlasten für das AOK-System, die dann wiederum dazu führen könnten, dass die AOK Baden-Württemberg mit einer zusätzlichen Beitragslast – neben dem, was Herr Dr. Ahrens geschildert hat – von bis zu 0,5 Beitragssatzpunkten bestraft wird.

Ich halte das für hoch problematisch angesichts der Anstrengungen, die im AOK-System vorgenommen wurden, um untereinander Hilfe zu leisten. Für die AOK-Berlin hat das AOK-System im Jahr 2006 150 Mio. Euro Hilfe geleistet und wir begleiten die AOK auch im nächsten Jahr, wieder mit über 100 Mio. Euro. Der Sanierungsweg wird in einigen Jahren zu einem Erfolg führen, braucht aber einfach – wie das hier auch bei anderen Kassen dargestellt wurde – etwas Zeit. So treibt man Kassen, die man in einem Jahr entschulden will, in den Ruin und nicht in die Leistungsfähigkeit.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Wie habe ich mir das praktisch vorzustellen, wenn die hier vorgelegte Regelung in Kraft tritt? Sie haben ja immer zum 1.11. einen Haushaltsplan für das kommende

Jahr vorzulegen. Wie würde sich jetzt der § 265 a SGB V darauf auswirken?

SV Dr. Rolf Hoberg: Hier sind wir – und da knüpfe ich gerne an Herrn Azzola an – im Bereich des Technischen und nicht ganz Vollkommenen. Mit den Regelungen des § 265 a in Verbindung mit dem Entwurf zu § 222 sollen wir einen Haushaltsplan vorlegen, der auf die Finanzergebnisse des Jahres 2006 abstellt, die aber frühestens im Mai des nächsten Jahres vorliegen werden und uns dabei auf eine Satzung stützen, die Ende Januar 2007 vorliegen wird. Wir haben daher gewisse Schwierigkeiten, den Haushaltsplan unserer Aufsicht im November dieses Jahres vorzulegen.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage geht an Herrn Dr. Hoberg. Ich habe mal gelernt, man soll Leuten nichts Unmögliches abverlangen. Wäre dieser Fall hier gegeben, indem gesetzliche Widersprüche hergestellt werden?

SV Dr. Rolf Hoberg: Ich gehe davon aus, dass diese Anhörung dazu dient, aufzuzeigen, wo Möglichkeiten zur Verbesserung bestehen.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Eine weitere Frage an Dr. Hoberg: Halten Sie die die Regelung im § 265 a, wonach die Satzungsbestimmung mit der Mehrheit der bei der Beschlussfassung anwesenden Mitglieder gefasst wird, für zielführend?

SV Dr. Rolf Hoberg: Sie ist unter dem Gesichtspunkt der Verfahrensbeschleunigung – so auch laut Begründung – sicherlich Ziel führend. Sie ist unter dem Gesichtspunkt von Angemessenheit und von Willkürfreiheit völlig unangemessen, da hier Mitglieder unterschiedlicher Größenordnung gleich behandelt werden. Das führt dazu, dass die Stimme der AOK Bremen – die ich sehr schätze – genauso gewichtet wird, wie die der AOK Baden-Württemberg.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Könnten Sie uns, Herr Dr. Hoberg, nochmal näher erläutern, was das zum Beispiel im Verhältnis von Versichertenzahlen

und Finanzkraft bedeuten würde? Wer würde da über wen entscheiden?

SV Dr. Rolf Hoberg: Die AOK Bremen hat ein Zehntel der Mitgliederzahl der AOK Baden-Württemberg.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Wie könnte denn eine Nachbesserung dieser Bestimmung über das Verfahren aussehen?

SV Dr. Rolf Hoberg: Ich würde mich den Ausführungen von Prof. Sodan anschließen. Hier sollte auf den gewohnten § 64 SGB IV verwiesen werden und sonst mit qualifizierter Mehrheit, d. h. mit Gewichtung entweder nach Versichertenzahl oder Haushaltsvolumen, entschieden werden. Das Mehrheitsprinzip, das auch schon eine deutliche Änderung gegenüber dem heutigen Einstimmigkeitsprinzip bedeuten würde, wäre dann gleichwohl akzeptiert.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine weitere Frage an Herrn Dr. Hoberg und möglicherweise auch an andere, die dazu Antwort geben wollen. Wir haben die Verschuldungssituation – wie dargelegt – zwar insbesondere in östlichen Kassen, aber auch die Westkassen unterscheiden sich sehr, je nach Praxis der Aufsichtsbehörde. Können Sie uns dazu noch Näheres sagen?

SV Dr. Rolf Hoberg: Ich kann die Ausführungen von Herrn Dr. Daubenbüchel insoweit bestätigen, als dass wir hier ein durchaus unterschiedliches Vorgehen der Aufsichten haben. Dieses stützt sich aber, neben Wettbewerbs- und Prognoseerwägungen der Aufsichten, auf einen für die Vergangenheit nicht ausreichend präzisierten Verschuldungsbegriff. Diesen jetzt nachträglich zu verändern und dann die Aufgabe zu stellen, das was an Definitionsfreiheit da war, jetzt bitte innerhalb eines Jahres aufzulösen, das würde ich für hoch willkürlich halten.

SV Prof. Dr. Axel Azzola: Ich habe in diesen Jahren eine ganze Zeit lang die Rechtsaufsicht über die AOK Mecklenburg-Vorpommern ausgeübt. Ich versichere Ihnen, ich habe in

diesen Jahren immer darauf geachtet, dass der allgemeine Beitragssatz auf der Oberkante eines Flächenlandes lag, so dass er gerade noch so durchsetzbar war. Aber darüber hinaus – und hinter mir sitzt Herr Bluschke, der in diesen Jahren der Vorsitzende dieser Kassen war – habe ich darauf gedrängt, dass durch Personalmaßnahmen und andere Sparmaßnahmen alle Auflagen, die der Bund gemacht hatte, als er 100 Mio. DM als einmalige Hilfe anbot, wirklich Punkt für Punkt umgesetzt worden sind. Und Herr Ahrens, der auch da sitzt, musste das beaufsichtigen. Von einer lachsen Aufsicht gegenüber der AOK Mecklenburg-Vorpommern kann jedenfalls ab dem Jahr 1998, als ich die Verantwortung übernommen habe, nicht die Rede sein.

SV Dr. Hans-Jürgen Ahrens (AOK-Bundesverband): Ich möchte in diesem Zusammenhang darauf hinweisen, dass es für alle bei uns verschuldeten AOK's mit der Aufsicht abgestimmte Entschuldungspläne gibt. Die Vorstellung, es handele sich hier um willkürlich festgesetzte Beitragssätze, ist nicht zutreffend, denn die Beitragssätze sind Bestandteil dieser Pläne. Die Pläne enthalten zwar teilweise etwas unterschiedliche Definitionen von Schulden, die aber die regionalen Besonderheiten widerspiegeln. Vor allen Dingen ist es so, dass in diesen Entschuldungsplänen teilweise schon vorgreifend darauf Rücksicht genommen worden ist, dass eine Entschuldung in dem vorgesehen Zeitraum gar nicht möglich ist und man deshalb zu anderen Regelungen gekommen ist. Das ist auch ein Indiz dafür, dass man hierüber vielleicht im Zuge der Beratungen des § 265 a noch einmal nachdenken sollte.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an Herrn Dr. Daubenbüchel. Könnte es Ihrer Einschätzung nach zutreffen, dass bei der unterschiedlichen Praxis der Landesbehörden auch die Nähe zu Landtagswahlen eine Rolle gespielt hat?

SV Dr. Rainer Daubenbüchel (BVA): Das ist nicht auszuschließen. Mehr kann ich nicht dazu sagen, mehr möchte ich auch nicht dazu sagen.

Ich möchte aber, wenn Sie gestatten, noch auf einen anderen Aspekt hinweisen. Die Frage der Verschuldung berührt ja unmittelbar die Frage

der Leistungsfähigkeit einer Kasse. Eine Kasse, die auf Dauer nur unter Beibehaltung von Schulden wirtschaften kann, ist im Grunde nicht leistungsfähig. Eine nicht leistungsfähige Kasse muss nach dem geltenden Recht von der Aufsichtsbehörde geschlossen werden. Das sind die Konsequenzen. Wenn sie aber geschlossen wird, haben wir nach geltendem Recht haftende Verbände.

Die Verbandshaftung ist doch im Grunde die Ursache dafür, dass die Hilfe von den Verbänden, die im Haftungsfall belastet werden, selbst generiert werden soll. Wenn die haftenden Verbände selbst illiquide werden, dann haftet der Bundesverband. Es ist immer eine Abwägungsfrage, ob man eine verschuldete Kasse – und das ist genau der Grund, um Hilfe zu leisten – als lebensfähig einschätzt oder ob man eine Kasse für dauerhaft leistungsunfähig hält, weil sie eben ohne laufende Hilfeleistungen nicht lebensfähig ist. Es ist zwar abzuwägen, ob die Haftung einspringt. Letztlich entspringt die Beteiligung an der Entschuldung aber der Haftung der Verbände. Die Verbandshaftung ist also die innere Berechtigung dafür, dass die Mitglieder der haftenden Verbände zur Entschuldung herangezogen werden können.

Abg. Anette Widmann-Mauz (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an Prof. Hager. Wir haben mit dem GKV-WSG eine Veränderung der Verbandshaftung hin zur Insolvenzfähigkeit der Krankenkassen geplant. Wie wirken sich vor diesem Hintergrund die Regelungen, die jetzt mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz im § 265 a SGB V vorgenommen werden sollen, aus? Welche Veränderungen ergeben sich gegenüber dem bisherigen Rechtszustand? Wie wirken die geplanten neuen Haftungsregelungen, wenn die Kassen zum Beispiel nicht in der Lage sind, ihre Schulden im angestrebten Zeitraum abzubauen?

Der AOK-Bundesverband hat bei Ihrem Kollegen Prof. Scholz ein Rechtsgutachten in Auftrag gegeben, das zu dem Ergebnis kommt, dass die Einführung der Insolvenzfähigkeit für alle Krankenkasse und insbesondere der damit verknüpfte Wegfall des Haftungsverbandes verfassungswidrig sei. Wie beurteilen Sie die Ersetzung der Verbandshaftung durch die Regeln der Insolvenzfähigkeit der Kassen, auch vor dem Hintergrund einer Übergangsregelung, sowohl unter verfassungsrechtlichen als auch unter rechtlichen Aspekten?

Und dann würde mich interessieren, wie Sie die Ausführungen von Prof. Sodan beurteilen, die er gerade zum Immobilienvermögen im Hinblick auf die Beurteilung der Schuldenermittlung gemacht hat. Sollte das aus Ihrer Sicht angerechnet werden?

Wie stehen Sie zu dem Vorwurf, die Verhältnismäßigkeit sei nicht gegeben, wenn Mitglieder einer Kasse für die Schulden einer anderen Kasse aufkommen müssen? Wie beurteilen Sie die neue Regelung des 100 %igen Finanzkraftausgleichs über den Fonds, durch den die Kassen in Zukunft bei der Bewertung ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit profitieren? Können Prognosen, die ab dem 1. Januar 2009 für eine Kasse gestellt werden, dann wieder für die Beurteilung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit und die Frage, inwie weit Insolvenz vorliegt bzw. eintreten könnte, als relevant angesehen werden?

SV Prof. Dr. Johannes Hager: Frau Vorsitzende, meine Damen und Herren, das waren viele Fragen auf einmal. Ich werde versuchen, sie abzuschichten und bitte um Ihr Verständnis, dass ich nicht in jeder Hinsicht zu einer endgültigen Antwort in der Lage bin. Ich habe das Gutachten von Herrn Scholz vor einer Stunde bekommen. Ich hatte keine Zeit, ein 40-seitiges Gutachten wirklich fundiert durchzuarbeiten, weil ich auch noch zuhören wollte und musste. Mit dieser Einschränkung versuche ich abzuarbeiten.

Die erste Frage, was passiert nach konkursrechtlichen, insolvenzrechtlichen Maßstäben, wenn eine Eröffnungsbilanz zum 1.1.2008 aufgestellt wird. Dort müssen natürlich sämtliche Schulden passiviert werden. Und die großen Unbekannten in dem Spiel sind zwei Dinge, nämlich erstens die Versorgungsanwartschaften der so genannten Dienstordnungs-Angestellten. Man hat den Leuten erzählt, sie seien Beamte, was ist aber nicht richtig. Sie sind ganz normale privatrechtliche Angestellte, für die – wenn ich das richtig weiß – bisher keinerlei Rückstellungen gebildet wurden. Ob § 12 Abs. 2 Insolvenzordnung, also die Ausfallhaftung der Länder, die diese Krankenkassen freistellt, auch den Personenkreis der Dienstordnungs-Angestellten umfasst, wage ich zu bezweifeln. Das ist das normale Betriebsrentengesetz.

Der zweite Punkt, der noch nicht geklärt ist, ist die Frage der Zusagen an die „normalen Angestellten“. Auch hier haben die Krankenkassen Zusagen in Form eines Betriebsrentenversprechens gegeben, ohne entsprechende Rücklagen zu bilden. Das könnte bedeuten, eine Konkursbilanz nach § 19 Insolvenzordnung setzt zunächst einmal die Frage an die Spitze, ob die entsprechende juristische Person oder der entsprechende Schuldner überschuldet ist.

Als zweites wird dann eine so genannte Prognose erstellt. Hier entscheidet die Frage, liquidiere ich den Schuldner oder führe ich ihn fort, was zur Folge hat, dass gänzlich unterschiedliche Werte anzusetzen sind und natürlich die Fortführungsprognose entsprechend anders ausfällt als die Liquidationsprognose.

Ein Punkt auf den ich noch einmal hinweisen möchte, der bisher jedenfalls nicht betont wurde, aber in diesen Kontext gehört, ist der § 12 Abs. 2 Insolvenzordnung. In dem Augenblick, in dem Sie die Krankenkassen insolvenzfähig stellen, ist der entsprechende Beitrag zum Pensionssicherungsverein und zur Arbeitslosenversicherung fällig. Das heißt, das würde ich zunächst mal von der AOK bzw. von allen Krankenkassen fordern.

Die zweite Frage habe ich damit schon beantwortet. Allerdings noch folgenden Hinweis. Bisher gibt es ja auch eine Ausfallhaftung des entsprechenden Landesverbandes nach § 154 Abs. 4 Satz 4 SGB V. Und ich sage es mal ganz flapsig: Irgendwo her muss und wird das Geld ja wohl kommen, so dass ich den Unterschied zum neuen Absatz 5 SGB V nicht zu groß sehe.

Die schwierigste Frage ist eine fundierte Stellungnahme zu dem Gutachten von Herrn Kollegen Scholz. Ich persönlich teile seine Ausgangsprämisse nach kurzem Studium nicht, und ich befinde mich damit wohl in Übereinstimmung mit der herrschenden konkursrechtlichen Meinung. Juristische Personen des öffentlichen Rechts sind konkursfähig, soweit nicht § 12 Abs. 1 Satz 2 Insolvenzordnung gilt, also die Freistellung von Körperschaften, die der Landesaufsicht unterstehen. Das ist bislang immer unbestritten gewesen. Es kam bisher zwar noch nicht zum Konkurs eines Bundesverbandes, aber von der Theorie her – das ergibt schon der Gegenschluss zum § 12 Abs. 1 Satz 2 Insolvenzordnung – ist der Bundesverband natürlich insolvenzfähig. Herr Kollege

Schulz verweist auf Artikel 120 Abs. 1 Satz 4 Grundgesetz, räumt aber im Gutachten, soweit ich es bisher verfolgen konnte, selbst ein, dass das Bundessozialgericht diese Auslegung bisher nicht mitgemacht hat. Solange der Gesetzgeber eben nicht umsetzt – und er hat es ausweislich von § 12 Abs. 1 Nr. 2 Insolvenzordnung im Gegenschluss nicht gemacht –, ist eine entsprechende Absicherung durch den Bund nicht gegeben.

Es wäre für mich auch komisch, dass eine Gewährleistungshaftung, wie wir sie etwa im bayerischen Sparkassengesetz Artikel 4 haben, über Artikel 120 Abs. 1 Satz 4 Grundgesetz plötzlich verfassungsrechtlich abgesichert sein sollte. In den Kommentaren zur Konkursordnung wird darauf hingewiesen, dass schon der § 12 Abs. 2 Insolvenzordnung möglicherweise in die Nähe des Verstoßes gegen das EU-Beihilfeverbot kommt. Ein Grund, warum die Gewährleistungshaftung für die Sparkassen abgeschafft wird. Ich hätte da also meine Zweifel.

Auf der anderen Seite erscheint mir – das ist allerdings ein rechtspolitisches Petition – eines sehr bedenkenswert: Die Insolvenzordnung baut darauf auf, dass ich mich als normaler Gläubiger davor schützen kann, jemandem Kredit zu geben. Ich habe nämlich bei einem normalen Kauf nach der Zug- um Zugabwicklung des § 320 BGB die Möglichkeit, mir die Sache geben zu lassen und dann erst zu zahlen. Dieses ist bei den Banken, die – ob zu Recht oder zu Unrecht, möchte ich hier nicht beurteilen – Kredite an die Krankenkassen geben, durchaus auch möglich. Sie können sich Sicherheiten geben lassen. Wenn ich es richtig sehe, können sich die Leistungserbringer diese Sicherheit nicht geben lassen. Das heißt, hier erscheint es mir unter rechtspolitischen Gesichtspunkten – nicht unter verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten – durchaus erwägenswert zu überlegen, ob man nicht eine Absicherung zumindest der Leistungserbringer braucht, die ja regelmäßig, wenn ich es richtig weiß, in Vorleistung treten und den normalen Mechanismus des § 320 BGB gerade nicht zu ihren Gunsten einsetzen können.

Damit hoffe ich, ist auch die weitere Frage beantwortet, ob der Bund – sozusagen verfassungswidrig – eine Haftungsbefreiung anstrebt.

Jetzt habe ich im Prinzip auch schon etwas zum Kollegen Sodan gesagt, nämlich der bis-

herige Ausgleich nach § 154 Abs. 4 Satz 4 respektive 5 ist de facto nur durch eine Umlage zu erzielen. Man mag sich darüber Gedanken machen, ob der neue Absatz 5 gerechter oder ungerechter ist. Das ist aber eine Frage, die ich aus Sicht der Wissenschaft nicht beantworten will.

Abg. Maria Michalk (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an Herrn Dr. Daubenbüchel. Wie beurteilen Sie die Idee, langfristige Verbindlichkeiten nach den Vorschriften des HGB auszuweisen, um die künftige Beitragsentwicklung für Verbraucher, für Verbände und für Aufsichten transparenter zu machen?

SV Dr. Rainer Daubenbüchel (BVA): Diese Regelung ist durchaus geeignet, zu mehr Transparenz beizutragen. Die Ausweisung nach HGB ist im Übrigen gar nicht so weit entfernt von den gegenwärtigen Regelungen der Buchungsvorschriften. Es ist vorgesehen, dass das Vermögen ausgewiesen wird, und zwar Rücklagevermögen und Betriebsmittel. Die bilanzielle Verschuldung ist insbesondere dann auszuweisen, wenn es negative Betriebsmittel und Rücklagen gibt. Zusätzlich muss die darüber hinausgehende Kreditaufnahme ausgewiesen werden. Wir haben in unserem Aufsichtsbereich Kassen, bei denen die Kreditaufnahme höher ist als die bilanzielle Verschuldung. Offensichtlich ist dort eine sehr geringe Liquidität vorhanden. Die Regel ist aber, dass die bilanzielle Verschuldung höher ist als die Kreditaufnahme. Aus diesem Grund muss aus unserer Sicht – um einen glasklaren Vermögensstatus zu gewinnen – beides ausgewiesen werden, sowohl die bilanzielle Verschuldung als auch die Kreditaufnahme. Für unsere Aufsichtspraxis, was die Entschuldung angeht, gehen wir immer von dem höheren der beiden Werte aus. Und alles ist in vier Jahresschritten abzubauen.

Abg. Willi Zylajew (CDU/CSU): Zwei Fragen habe ich, die erste an den Herrn Schulte: Wie beurteilen Sie Neufassung des § 265 a SGB V? Gibt es da aus Ihrer Sicht noch Alternativen zu bedenken?

Und dann eine Frage an die Spitzenverbände: Wie beurteilen Sie die Beitragsentwicklung zum Jahresende 2007 für Ihre jeweiligen Kassen? Ich denke, es ist für jeden von uns nach-

vollziehbar geworden, dass es eine Beitragsentwicklung geben wird, die Auswirkungen auf die Mitgliederzahl haben wird. Und das macht uns natürlich noch ein bisschen Kopfzerbrechen.

SV Gerhard Schulte: In der Begründung des Gesetzentwurfs zur Neufassung des § 265 a SGB V steht, eine termingerechte Entschuldung der noch verschuldeten Krankenkassen ist auch deshalb erforderlich, damit bei Einführung der neuen Finanzierungsstruktur der gesetzlichen Krankenversicherung alle Krankenkassen unter den gleichen Voraussetzungen in das neue Wettbewerbsrecht starten können. Das ist zunächst einmal eine Behauptung und erklärt sich nicht aus sich selbst.

Es ist genau wie im Augenblick auch in Zukunft denkbar, dass einzelne Krankenkassen mit einer vertretbaren Verschuldung im Wettbewerb bestehen können und dass Krankenkassen mit einer Restverschuldung in das neue Zeitalter eintreten können. Und es ist umgekehrt sogar denkbar, dass die Krankenkassen die jetzt zwangsentschuldet werden, im Jahre 2009 in der Lage sein werden, auf Grund eines neuen Risikostrukturausgleichsystems ihren Versicherten eine Prämie zurückzuzahlen und diejenigen, die jetzt verpflichtet sind, ihre Rücklagen abzubauen, um anderen zu helfen, im Jahre 2009 einen Zusatzbeitrag werden erheben müssen.

Insoweit meine ich, dass die aktuelle Neuregelung § 265 a SGB V –Entschuldung in einem Jahr – vor dem Hintergrund einer Regelung 2009, die heute niemand abschätzen kann, jedenfalls aus Wettbewerbsgründen nicht erforderlich ist. Ich halte es umgekehrt aus Wettbewerbsgründen für problematisch, eine Entschuldung von Krankenkassen durchzuführen, die in einer vernünftigen Frist in der Lage wären, sich durch eine angemessene Beitragspolitik selbst zu.

SV Dr. Hans-Jürgen Ahrens (AOK-Bundesverband): Durch die von mir geschilderten Rahmenbedingungen wird es bei uns zum Jahresende eine Beitragssatzveränderung um 0,7 bis 0,9 Prozentpunkte geben. Wenn der Entschuldungszeitraum nicht verlängert wird, werden dann einige AOK's über 16 % liegen, fünf AOK's über 17 %. Die in § 265 a SGB V festgelegte Frist muss unbedingt weg, sonst

haben wir keine Möglichkeit mehr, die Hilfe über diesen Zeitraum hinaus zu liefern.

Abg. Dr. Carola Reimann (SPD): Die Einschätzung der Kassen zur fristgerechten Entschuldung haben wir gehört. Deswegen hätte ich eine Frage an Herrn Dr. Daubenbüchel: Wie ist Ihre Einschätzung zur fristgerechten Entschuldung der Ihrer Aufsicht unterstehenden Kassen bis Ende 2007?

SV Dr. Rainer Daubenbüchel (BVA): In unserem Aufsichtsbereich sind wir sicher, dass wir, wenn die Regelung des § 265 a SGB V so kommt, wie sie jetzt beabsichtigt ist, mit dieser Vorschrift die vorgeschriebene Entschuldung schaffen werden. Ohne die Vorschrift könnte es bei ein oder zwei Kassen Schwierigkeiten geben. Ich habe das schon bei meinem Eingangsstatement gesagt.

Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD): Ich würde gerne nochmal Herrn Prof. Heun fragen. Es stand hier die Aussage im Raum, dass Krankenkassen sich verschuldet haben, weil sie ihren Beitragssatz nicht entsprechend angehoben haben, wie sie es hätten tun sollen. Die Rechtsaufsichten der Länder haben letztendlich diese Haushalte genehmigt. Da stellt sich jetzt für mich die Frage: Könnten Krankenkassen, die die Hilfen zur Entschuldung auf der Grundlage der geplanten Neuregelung leisten müssen, Schadenersatzansprüche gegen die Aufsichtsbehörden geltend machen, die ja mit ihrer Genehmigungspraxis dazu beigetragen haben, dass diese Verschuldung aufgetreten ist?

Meine zweite Frage geht an Herrn Prof. Hager: Für die Altschulden, die vor dem 1. Januar 2008 entstanden sind, bleibt es über einen Zeitraum von zehn Jahren bei der Haftung der Krankenkassen der jeweiligen Kassenart. Dann unterliegen die Krankenkassen aber dem Insolvenzrecht. Hierzu würde mich interessieren, welche Auswirkungen das auf die Haftung der Organe der Krankenkassen hat. Sie haben vorhin in einem Halbsatz angesprochen, ob man für die Leistungserbringer nicht irgendwelche Rücklagen bilden müsste. Welche Auswirkungen hat das Insolvenzrecht auf die Leistungserbringer? Sind sie dann Gläubiger, die aus der Insolvenzmasse zu bedienen sind?

SV Prof. Dr. Werner Heun: Ganz kurz zur Frage der Entschädigungsansprüche: Im Moment sehe ich nicht so richtig die Rechtsgrundlage für derartige Ansprüche, da die Kassen sozusagen ein Teil des Staates sind. Wenn es sich um Grundrechtsträger handeln würde und hier möglicherweise durch Aufsichten Fehler eingetreten wären, dann wären Staatshaftungsansprüche aus meiner Sicht denkbar. Staatsintern sehe ich im Moment keine Anspruchsgrundlage. Darüber müsste ich erst noch etwas nachdenken.

Es ist auch aus meiner Sicht relativ schwierig bzw. schwer denkbar, die Vergleiche zum Länderfinanzausgleich hierzu im größeren Umfang heranzuziehen. Der Länderfinanzausgleich beruht auf ganz anderen Grundlagen. Der Länderfinanzausgleich ist weitgehend verfassungsrechtlich determiniert. Er verbindet vorgesehene Einheiten, nämlich die Länder und den Bund, zu einem Gesamtsystem. In der Krankenversicherung haben wir eine andere Situation. Hier ist es eine Entscheidung des Gesetzgebers, der relativ frei über die Organisation der Sozialversicherung entscheiden kann. Insofern ist diese Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts für unsere Frage wenig einschlägig.

Anders wäre es vielleicht für die Heranziehung von Geldanlage-Vermögen. Aber das ist, jedenfalls nach meiner Kenntnis, nicht der Fall. Insofern sind auch die Bedenken, die Herr Sodan gegen die Erforderlichkeit vorgebracht hat, aus meiner Sicht nicht tragfähig.

SV Prof. Dr. Johannes Hager: Das Regime des Insolvenzrechts bedeutet zunächst, dass der insolvent gegangene Verband – sprich die Krankenkasse – aus dem Markt ausscheidet. Die Frage, ob die Organe haften, lässt sich so abstrakt nicht beantworten. Das kommt nämlich darauf an, ob ihnen eine Konkurs- oder Insolvenzverschleppung zur Last fällt. Das ist – ich habe die Norm jetzt nicht auswendig im Kopf – etwa bei der GmbH eine Straftat. Diese Regelung ist ein Schutzgesetz im Sinne des § 823 Abs. 2 BGB und würde das Organ, so es gegen diese Pflicht zur Konkursanmeldung verstößt, schadensersatzpflichtig machen. Wir haben in der Vorschrift des § 64 Abs. 1 GmbH-Gesetz ziemlich komplizierte Probleme mit Alt- und Neugläubigern, also mit der Frage, ob die Schäden nur insoweit abzudecken sind, wie die Verzögerung reicht, oder ob die

Altgläubiger zur Gänze befriedigt werden – das lasse ich jetzt einfach als Problem dahingestellt. Für die Organe öffentlich-rechtlicher Körperschaften folgt die Haftung aus den §§ 89 Abs. 2, 42 Abs. 2 S. 2 BGB.

Die Leistungserbringer sind nur normale Insolvenzgläubiger und damit gegenüber Aus- und Absonderungsberechtigten nachrangig zu befriedigen. Es könnte in der Tat folgende Situation entstehen – ich unterstelle, dass das sozialrechtlich geht: Banken geben Kredite und lassen sich deswegen Hypotheken an Grundstücken, die den Krankenkassen gehören, einräumen. Dann gewähren diese Hypotheken ein Absonderungsrecht, d. h. aus der Summe werden mit einem Abzug von 9 % für die Verfahrenskosten zunächst die Banken befriedigt, und dann kommen die Leistungserbringer dran. Ich habe jetzt keine ganz aktuellen Zahlen da, aber die normale Konkursquote der 80er und 90er Jahre lag unter 10 %. Ich kann mir im Moment nicht vorstellen, dass man die Insolvenzfähigkeit, die ich an sich als Ausgangspunkt durchaus für richtig halte, nicht auf der Seite der Leistungserbringern abfedern muss.

Abg. Eike Hovermann (SPD): Der § 222 heißt „Befristete Ausnahme vom Verbot der Finanzierung von Darlehen“. Wenn die Landesaufsichtsbehörden hier in den letzten Jahren anders entschieden haben, sind das ununterbrochene befristete Ausnahmen. Damit unterläuft man das eigentliche Ziel, nämlich das Verbot der Finanzierung durch die Aufnahme von Krediten. Dann geht es weniger um die Frage, ob man irgendwo den Schaden einreichen kann, sondern – Herr Dr. Daubenbüchel – die Frage ist vielmehr: Was müsste gesetzlich geschehen, damit die Länder eine mit bestimmten Kriterien versehene Befristung nicht ununterbrochen unterlaufen und Aufnahme von Darlehen zum Regelinstrument wird?

Außerdem unterlaufen sie damit im Grunde genommen auch die Füllung des Rücklagesolls gemäß § 261. Soweit ich mich erinnere, haben Sie vor Jahren schon einmal mit den Landesaufsichtsbehörden zusammen gesessen und haben eine sehr viel intensivere Kontrolle des Geldflusses gefordert, was aber abgelehnt worden ist. Die Frage müsste Herr Prof. Heun vielleicht mit Herrn Prof. Sodan zu beantworten versuchen.

Natürlich haben Sie völlig richtig zitiert, dass die Beitragseinnahmen nicht Eigentum der einzelnen Kassen sind, sondern Eigentum des Gesamtkomplexes GKV. Wenn aber mit Wissen der Aufsichtsträger seit Jahren etwas anderes als das gesetzlich Vorgeschriebene geschehen ist, dann entsteht die Frage, ob nicht eine unzeitgemäße Belastung einzelner Bezahlergruppen oder einzelner Kassen aufgetreten ist.

Ich wäre Ihnen sehr dankbar, Herr Daubenbüchel, wenn Sie mit Herrn Heun und mit Herrn Sodan sich auch dieser Frage zuwenden könnten.

SV Dr. Rainer Daubenbüchel (BVA): Zunächst einmal zur Frage, warum die Umsetzung der Entschuldung von den Aufsichtsbehörden abhängt. Die Aufsichtsbehörden können nach geltendem Recht, wenn notwendige Beitragssatzanhebungen von den zur Zahlung verpflichteten Kassen nicht freiwillig beschlossen werden, eine Ersatzvornahme anordnen, d. h. durch eigenes Tätigwerden die Beitragssatzerhöhungen und damit den Geldfluss bewirken. Man könnte nun die Vorschrift im Bundesgesetz, hier § 195 SGB V, für die Fälle der zwangsweise vorgeschriebenen Hilfen zur Entschuldung so fassen, dass das Ermessen der Aufsichtsbehörden nicht besteht, sondern sie eine Ersatzvornahme vornehmen müssen. Das würde auch die Landesaufsichtsbehörden binden. Aber damit wäre nur das eine Hindernis ausgeräumt. Das zweite Hindernis beruht auf Landesrecht. In allen Vollstreckungsgesetzen der Länder und auch des Bundes hängt die Vollstreckung bei einem öffentlich rechtlichen Träger von der Zustimmung, einem so genannten Zulassungsbescheid, der Aufsichtsbehörde ab. Nur dann darf vollstreckt werden.

Wir haben einen solchen Fall schon einmal erlebt. Da ging es um eine RSA-Forderung, die nicht zum fälligen Zeitpunkt gezahlt worden war. Eine Landesaufsichtsbehörde hat sich auf die Gefährdung ihres Trägers berufen und deshalb der Vollstreckung nicht zugestimmt. Damit war Schluss für uns. Das ist ein Preis für den Föderalismus. Hier handelt es sich um Landesrecht, und aus diesem Grunde kommt der Bund da nicht ran.

SV Prof. Dr. Werner Heun: Zur Vollstreckbarkeit möchte ich jetzt nichts sagen. Vielleicht ganz kurz zur Frage der Ungleichbehandlung: Das Problem ist, dass Sie in einer solchen Konstellation auf jeden Fall Ungleichbehandlungen produzieren. Entweder Sie behandeln diejenigen ungleich, die die Zuschüsse leisten müssen, oder Sie behandeln eventuelle Gläubiger ungleich, oder der Steuerzahler muss letztlich für die Schulden aufkommen. Die Frage ist, welche Spielräume hat der Gesetzgeber. Aus meiner Sicht jedenfalls kann er relativ frei entscheiden, wem er unter diesen drei Beteiligten die Lasten zuweist. Wenn er die Belastungen auf der Grundlage, dass die Sozialversicherung eine Solidargemeinschaft ist, im Wesentlichen im Krankenkassensystem immanent verteilt, ist das verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden. Die Frage ist immer: Ist das die vernünftigste Regelung? Aber dazu sind eben verschiedene Antworten denkbar. Jedenfalls ist es keine von vornherein systemwidrige Entscheidung und deswegen aus meiner Sicht unter Gleichheitsgesichtspunkten nicht zu beanstanden.

SV Prof. Dr. Helge Sodan: Ich bin der festen Überzeugung, dass man den Einwand des allgemeinen Gleichheitssatzes so einfach nicht abtun kann. Ich habe ja versucht, auf dem RSA-Beschluss und den dortigen intensiven Darlegungen zu den Rechten der Mitglieder aufzubauen. Deswegen ist es in der Tat ein wichtiger Einwand, wenn ich darlegen kann, dass sich Kassen hier nicht korrekt verhalten haben. Sie können dann nicht die Solidarität der anderen Kassen derselben Kassenart einfordern. Das ist meines Erachtens mit dem Gleichheitssatz der Mitglieder unvereinbar.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.):** Meine Herren, Sie haben uns sehr viele Hinweise gegeben. Der Ausschuss wird sich am Mittwoch weiter mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz und den Änderungsanträgen zur Entschuldung befassen.

Ich bedanke mich sehr herzlich für Ihr Kommen und schließe die Sitzung.

Ende der Sitzung: 12.17 Uhr