

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Dieter Thomae, Detlef Parr,
Dr. Heinrich L. Kolb, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP
– Drucksache 15/3129 –**

Verschuldung in der gesetzlichen Krankenversicherung

Vorbemerkung der Fragesteller

Weite Teile der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) befinden sich auch nach Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) in einer schwierigen finanziellen Situation, die durch einen hohen Grad an Verschuldung geprägt ist. Es besteht der Eindruck, dass sich die Schulden nicht aus der Aufnahme von Kassenverstärkungskrediten erklären lassen. Damit stellt sich die Frage danach, in welchem Umfang überhaupt Potenzial zu der angekündigten Lenkung der Beiträge vorhanden ist.

Vorbemerkung der Bundesregierung

In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind in den vergangenen drei Jahren insbesondere aufgrund einer konjunkturell bedingten schwachen Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen sowie überproportionaler Ausgabenzuwächse bei ärztlich veranlassten Leistungen – vor allem im Bereich der Arzneimittelversorgung – Defizite entstanden, die zu steigenden Beitragssätzen und zu einem Abbau der Finanzreserven geführt haben. Darüber hinaus haben eine Reihe „Wachstumsassen“, die zu lange mit niedrigsten Beitragssätzen um die Gunst der Versicherten geworben haben, diese Entwicklung beschleunigt.

Die Bundesregierung hat bereits im Herbst 2001 durch gesetzgeberische Maßnahmen im Arzneimittelbereich sowie mit dem Beitragssatzsicherungsgesetz von 2002 wichtige ausgabenbegrenzende Maßnahmen zur Stabilisierung der Finanzlage der GKV auf den Weg gebracht. Mit dem im vergangenen Jahr vom Deutschen Bundestag und Bundesrat mit breiter Mehrheit verabschiedeten GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) wurden die entscheidenden Voraussetzungen für eine schrittweise finanzielle Konsolidierung der gesetzlichen Krankenversicherung und das Absenken des Beitragssatzniveaus geschaffen. Bereits im Jahr 2004 werden hierzu ausgabenbegrenzende und einnahmenverbessernde Maßnahmen durchgeführt, die die GKV in einer Größenordnung von knapp

10 Mrd. Euro finanziell entlasten. In den Folgejahren wird das Einsparvolumen schrittweise auf rd. 14 bis 15 Mrd. Euro erhöht.

Die in den endgültigen Jahresrechnungsergebnissen ausgewiesene Gesamtverschuldung der gesetzlichen Krankenversicherung lag zum Jahresende 2003 bei einem GKV-Ausgabenvolumen von rd. 145 Mrd. Euro bei rd. 6 Mrd. Euro, wenn auch wie in den folgenden Antworten dargelegt, unterschiedlich auf die einzelnen Kassenarten verteilt. Spekulationen in den Medien, die einen Schuldenstand der GKV in einer Größenordnung von bis zu 14 Mrd. Euro vermuten, sind weder realistisch noch nachvollziehbar. Ebenso wenig nachvollziehbar sind gelegentlich geäußerte Behauptungen, die GKV hätte Schuldzinsen von rd. 500 bis 700 Mio. Euro aufzubringen. Vielmehr weisen die Jahresrechnungsergebnisse 2003 Ausgaben der GKV für Schuldzinsen von knapp 150 Mio. Euro aus.

Die Finanzschätzungen des 1. Quartal 2004, die nach Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes einen Überschuss von rd. 1 Mrd. Euro ausweisen, verdeutlichen, dass der Konsolidierungsprozess bereits zu einer erkennbaren Verbesserung der Finanzsituation geführt hat.

1. Wie hoch ist der Stand der Verschuldung der GKV zum 31. März 2004?

Der Stand der Verschuldung der GKV betrug auf Basis der Jahresrechnungsergebnisse (KJ 1) zum Jahresende 2003 rd. 6 Mrd. Euro. Durch einen in den vorläufigen Finanzergebnissen des 1. Quartals 2004 (KV 45) ausgewiesenen Überschuss von knapp 1 Mrd. Euro konnte dieser Schuldenstand bis Ende März 2004 auf eine Größenordnung von ca. 5 Mrd. Euro reduziert werden.

2. Wie hoch sind die Rücklagen der GKV zum 31. März 2004?

In der amtlichen Statistik der gesetzlichen Krankenkassen werden die Rücklagen im Rahmen der Jahresrechnungsergebnisse (Statistik KJ 1) erfasst.

Die Rücklagen der GKV zum 31. Dezember 2003 betragen danach 1,2 Mrd. Euro.

3. Wie hoch ist die Verschuldung je Mitglied der einzelnen gesetzlichen Krankenkassen (nicht Kassenarten) zum 31. Dezember 2003 und 31. März 2004?

Die Bundesregierung äußert sich – wie auch ihre Vorgängerregierungen in der Vergangenheit – nicht zur konkreten Finanzsituation der einzelnen Krankenkassen.

Die Verschuldung bzw. das Vermögen je Mitglied nach Kassenarten zum 31. Dezember 2003 sowie der Überschuss je Mitglied nach Kassenarten im 1. Quartal 2004 stellt sich wie folgt dar:

	Finanzreserven* 31. 12. 03 je Mitglied in €	Überschuss im 1. Quartal 2004 je Mitglied
AOK BUND (WEST)	-167,08	11,67
AOK BUND (OST)	-78,53	48,52
AOK BUND	-147,78	19,78
BKK BUND (WEST)	-256,92	14,40
BKK BUND (OST)	-58,58	-5,01

		Finanzreserven* 31. 12. 03 je Mitglied in €	Überschuss im 1. Quartal 2004 je Mitglied
BKK	BUND	-228,43	11,59
IKK	BUND (WEST)	-135,42	15,44
IKK	BUND (OST)	172,80	22,39
IKK	BUND	-61,61	17,12
LKK	BUND (WEST)	466,74	16,04
LKK	BUND (OST)	1415,52	-110,24
LKK	BUND	493,38	12,46
SEE	SEE (WEST)	475,27	52,57
SEE	SEE (OST)	152,24	2,17
SEE	SEE (BUND)	420,00	43,67
BKN	BKN (WEST)	595,03	27,14
BKN	BKN (OST)	666,73	78,46
BKN	BKN (BUND)	615,99	42,27
EAR	BUND (WEST)	-164,14	1,27
EAR	BUND (OST)	-162,72	6,32
EAR	BUND	-163,95	1,97
EAN	BUND (WEST)	-92,37	23,67
EAN	BUND (OST)	-127,47	14,60
EAN	BUND	-98,40	22,13
	BUND WEST	-135,51	16,73
	BUND OST	-42,97	28,62
	BUND	-118,14	18,99

4. Wie hoch ist in den einzelnen Kassenarten der Stand des jeweils noch vorhandenen Vermögens und der Stand der Schulden (also in nicht-konsolidierter Angabe)?

Die entsprechenden Daten in Euro zum Stand 31. Dezember 2003 stellen sich wie folgt dar:

	Schulden- überschuss	Vermögens- überschuss	Anzahl Kassen mit	
	31. 12. 03	31. 12. 03	Schulden- überschuss	Vermögens- überschuss
AOK	-3 718 563 176	947 394 098	12	5
BKK	-2 393 637 845	88 004 405	181	77
BKN	0	683 444 279	0	1
EAN	-1 682 507 918	101 510 111	4	3
EAR	-157 837 803	0	5	0
IKK	-339 933 650	148 994 016	13	10
LKK	0	304 192 396	0	10
SEE	0	22 731 962	0	1

5. Wie viele Kassen jeder einzelnen Kassenart hatten Ende des Jahres 2003 Schulden bzw. noch vorhandenes Vermögen, jeweils klassifiziert bis zu 100 Euro je Mitglied, von 100 bis zu 200 Euro je Mitglied und größer-gleich 200 Euro je Mitglied?
6. Wie waren die entsprechenden Daten nach Ausweis der Jahresrechnungen 2002?

Die Anzahl der Kassen, die am 31. Dezember 2002 bzw. am 31. Dezember 2003 Schulden bzw. Vermögen in der entsprechenden Größenordnung hatten, stellt sich wie folgt dar:

	Schulden je Mitglied Stand: 31. 12. 2003			Vermögen je Mitglied Stand: 31. 12. 2003		
	bis 100 €	zwischen 100 Euro und 200 €	größer gleich 200 €	bis 100 €	zwischen 100 Euro und 200 €	größer gleich 200 €
AOK	1	2	9	1	3	1
BKK	50	57	74	28	14	35
BKN	0	0	0	0	0	1
EAN	1	3	0	1	2	0
EAR	1	2	2	0	0	0
IKK	7	2	4	5	2	3
LKK	0	0	0	0	0	10
SEE	0	0	0	0	0	1

	Schulden je Mitglied Stand: 31. 12. 2002			Vermögen je Mitglied Stand: 31. 12. 2002		
	bis 100 €	zwischen 100 € und 200 €	größer gleich 200 €	bis 100 €	zwischen 100 € und 200 €	größer gleich 200 €
AOK	3	1	7	1	3	2
BKK	55	51	47	43	31	57
BKN	0	0	0	0	0	1
EAN	1	3	0	0	3	0
EAR	2	1	2	0	0	0
IKK	9	2	2	7	2	3
LKK	0	0	0	0	1	12
SEE	0	0	0	0	0	1

7. Wie hat die Bundesregierung diese Informationen für das Jahr 2002, die zum Zeitpunkt der Konsensverhandlungen zum GMG vorlagen, bei der Berechnung des Finanztableaus zum GMG berücksichtigt?

Die Bundesregierung hat bei den Konsensverhandlungen im Juni/Juli 2003 die Verschuldenssituation Ende 2002 und die sich damals abzeichnende Defizitentwicklung für 2003 berücksichtigt.

8. Waren diese Berechnungen und die damals unterstellten Rahmenbedingungen für die Entschuldung der Kassen aus heutiger Sicht realistisch?

Die im Sommer 2003 abschätzbare Defiziterwartung für das Gesamtjahr 2003 lag um etwa 1 1/2 Mrd. Euro unter dem tatsächlichen seit Mitte Juni 2004 bekannten in den Jahresrechnungsergebnissen 2003 ausgewiesenen Defizit von rd. 3,4 Mrd. Euro. Dabei ist zu berücksichtigen, dass ein Teil dieser Defizitentwicklung auch mit „Vorzieheffekten“ in den Leistungsbereichen zu erklären ist, in denen durch das GMG ausgabenbegrenzende Regelungen eingeführt wurden. Solche Entwicklungen entsprechen Erfahrungen, die auch im Vorfeld früherer Gesundheitsreformen gemacht wurden.

9. Beabsichtigt die Bundesregierung angesichts der verschlechterten Rahmenbedingungen (anhaltende Arbeitslosigkeit, wegbrechende Einnahmen der Sozialversicherungsträger, höhere Verschuldung der GKV als Mitte 2003 angenommen etc.) die gesetzlichen Regelungen zur Entschuldung zu verändern bzw. den Entschuldungsprozess zeitlich zu strecken?

Wie beurteilt die Bundesregierung entsprechende Forderungen einzelner Kassen?

10. Wie beurteilt die Bundesregierung die weitere Entwicklung?

Die Bundesregierung hat nicht die Absicht, die auf einen Zeitraum von vier Jahren angelegte Entschuldung zu verändern.

Die Bundesregierung geht davon aus, dass es durch die finanziellen Entlastungen des GMG gelingen wird, die Beitragssätze der Krankenkassen deutlich zu senken und die Verschuldung der GKV bis Ende 2007 abzubauen. Der Überschuss von knapp 1 Mrd. Euro im 1. Quartal 2004 ist eine erste wichtige Etappe auf diesem Weg.

11. Wie hoch sind die Kreditlinien der gesetzlichen Krankenkassen für so genannte Kassenverstärkungskredite?

Hierüber liegen der Bundesregierung lediglich Informationen aus dem Bereich des BVA vor. Nach Angaben des BVA betragen die Kreditlinien der bundesunmittelbaren Betriebskrankenkassen rd. 2,1 Mrd. Euro, die der bundesunmittelbaren Innungskrankenkassen rd. 79,2 Mio. Euro und die der bundesunmittelbaren Ersatzkassen rd. 1,2 Mrd. Euro.

12. Welche Kreditaufnahmeanträge wurden seit dem 1. Januar 2004 von den Aufsichts (BVA und Sozialministerien der Länder) abgelehnt bzw. genehmigt?

Für den Fall der Genehmigung: Mit welcher Begründung wurden sie bewilligt?

Der Bundesregierung liegen lediglich Erkenntnisse für den Bereich des BVA vor. Das BVA genehmigt keine Kreditaufnahmen. Es hat bislang in fünf Einzelfällen erklärt, dass es gegen die Kreditaufnahme aufsichtsrechtlich keine Bedenken erheben werde, da es sich um Darlehensaufnahmen gemäß der Nr. 5 des Rundschreibens des BVA vom 23. Dezember 2003 handelte. Nr. 5 lautet: „Sofern unterjährig eine Situation eintritt, die tageweise zu einem höheren Liquiditätsbedarf führen kann, müssen die Krankenkassen die weitere Darlehensaufnahme dem BVA anzeigen. Dabei sind die genaue Höhe und Dauer der Inanspruchnahme festzulegen und zu begründen. Das BVA wird im Einzelfall

eine kurzfristige Darlehensaufnahme nicht beanstanden, wenn dadurch eine unnötige Beitragssatzanhebung vermieden wird.“

Es handelt sich dabei um Kassenverstärkungskredite, die haushaltsrechtlich zulässig waren und es auch weiterhin sind. Sie stehen nicht im Widerspruch zum grundsätzlichen Verbot der Darlehensaufnahme, da sie die Erhebung eines ausreichenden Beitragssatzes voraussetzen und ausschließlich vorübergehend eingesetzt werden können, bis die Beitragsanhebung zu ausreichenden Mehreinnahmen führt. Kassenverstärkungskredite, die an Stelle von Darlehen zum Haushaltsausgleich aufgenommen würden, verstießen als Umgehungsgeschäfte gegen das gesetzliche Verbot der Darlehensaufnahme nach § 222 Abs. 5 SGB V. Sie werden vom BVA beanstandet. Das BVA hat in einem der o. g. fünf Einzelfälle allerdings eine entsprechende Beanstandung aussprechen müssen, da die Kasse zum zweiten Mal eine Darlehensaufnahme getätigt hat, die sie dem BVA erst nach der Aufnahme angezeigt hat. Das BVA hat die Kasse darüber hinaus aufgefordert, die Beiträge durch Vorstandsbeschluss unverzüglich anzuheben.

Dieser Einzelfall verdeutlicht das Risiko einer wiederholten Kreditaufnahme, die ausschließlich wettbewerbsorientierte Kassen eingehen, um eine notwendige Beitragsanhebung zu vermeiden.

In drei weiteren Fällen hat das BVA Kreditaufnahmen abgelehnt und zwei Kassen aufgefordert, die Beiträge durch einen Vorstandsbeschluss zu erhöhen.

13. Inwieweit haben die einzelnen Spitzenverbände der GKV in ihren Satzungen Regelungen für finanzielle Hilfen nach § 265a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) verankert und inwieweit werden diese Regelungen genutzt?

Die Satzung des AOK-Bundesverbands enthält seit 1995 Regelungen über die Gewährung von Finanz- und Strukturhilfen in besonderen Notlagen oder zur Erhaltung der Wettbewerbsfähigkeit nach § 265a SGB V. Förderungen auf Grund dieser Satzungsregelungen sind seit 1995 von sechs Mitgliedskassen für unterschiedliche Zeiträume in Anspruch genommen worden.

Der BKK-Bundesverband hat im Jahr 1995 eine Satzungsregelung nach § 265a SGB V getroffen, die im Jahr 1998 modifiziert worden ist und auf deren Basis zuletzt im Zeitraum von 1999 bis 2003 finanzielle Hilfen zur Sanierung einer BKK bewilligt worden sind.

Auf Grund der Satzungsregelung des IKK-Bundesverbands nach § 265a SGB V wurden in den Jahren 2000 und 2001 Mittel für eine Mitgliedskasse bereit gestellt. Zurzeit wird über einen Antrag auf Gewährung finanzieller Hilfen aus dem Jahr 2003 beraten.

Der VdAK hat seit dem Jahr 2000 eine Regelung für finanzielle Hilfen nach § 265a SGB V in seiner Satzung verankert. Diese Regelung ist einmal im Jahr 2000 genutzt worden. Im AEV steht zu Beginn des zweiten Halbjahres 2004 die Beschlussfassung über eine Satzungsregelung nach § 265a SGB V an.

Die Satzung des Bundesverbandes der LKKen enthält keine entsprechende Regelung, weil dafür bisher kein Bedarf gesehen wurde.

14. Haben einzelne Spitzenverbände seit Inkrafttreten des GMG die diesbezüglichen Regelungen verändert und damit auf die veränderten gesetzlichen Bedingungen der Entschuldung reagiert?

Wie beurteilt die Bundesregierung diese Entwicklung?

Die Satzungsregelungen des AOK-Bundesverbandes nach § 265a SGB V sind zuletzt im Jahr 2002 geändert worden. Die Förderung auf Grund dieser Satzungsregelung kann sich u. a. auch auf die Unterstützung langfristiger Entschuldungsprogramme beziehen. So sind Teile der in 2004 geleisteten bzw. beschlossenen finanziellen Förderung als Beitrag zur Entschuldung einer AOK vorgesehen.

Der Verwaltungsrat des BKK-Bundesverbandes hat am 27./28. Januar 2004 eine Änderung der Satzungsregelung nach § 265a SGB V beschlossen, die bereits in Kraft getreten ist. Weitere Änderungen werden zurzeit vom BKK-Bundesverband vorbereitet. Nach Auskunft des BKK-Bundesverbandes werden bei der Anwendung dieser Satzungsregelung die gesetzlichen Vorgaben der vollständigen Entschuldung bis zum Ende des Jahres 2007 beachtet.

Die Neufassung der Satzungsregelung des IKK-Bundesverbandes nach § 265a SGB V zum 1. Januar 2004 steht nicht in Zusammenhang mit den Regelungen des GKV-Modernisierungsgesetzes zur Entschuldung.

Die Satzungsregelung des VdAK ist seit dem Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes nicht geändert worden.

Die Bundesregierung geht davon aus, dass die Spitzenverbände der Krankenkassen ihre Satzungsregelungen nach § 265a SGB V kurzfristig an die veränderten gesetzlichen Regelungen zur Entschuldung anpassen, soweit dies im jeweiligen Verbandsbereich erforderlich ist.

15. In welchem Ausmaß bzw. in welcher Zahl wurden bei den einzelnen Spitzenverbänden seit Beginn des Jahres und auf der Grundlage der geänderten Rechtslage zur Entschuldung von einzelnen Kassen Anträge nach § 265a SGB V gestellt?

Zurzeit gewährt der AOK-Bundesverband sechs Mitgliedskassen Förderungen in Form von Struktur- oder Liquiditätshilfen bzw. Unterstützung von Sanierungsprozessen. Neue Anträge auf Gewährung finanzieller Hilfen sind im Jahr 2004 nicht gestellt worden.

Dem BKK-Bundesverband liegen vier Anträge auf finanzielle Hilfen nach § 265a SGB V vor. Das mögliche Ausmaß der finanziellen Hilfen ist erst nach entsprechender Prüfung der Anträge zu beziffern.

Beim IKK-Bundesverband wurden im Jahr 2004 keine Anträge auf Gewährung finanzieller Hilfen nach § 265a SGB V gestellt.

Im Bereich des VdAK sind seit dem Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes keine Anträge nach § 265a SGB V gestellt worden.

16. Welche Haftungsregelungen wurden auf der Grundlage des neuen § 155 Abs. 5 SGB V bislang geschaffen, nachdem die Verbände in ihrer Satzung die Bildung eines Fonds vorsehen können, um die Haftungsverpflichtungen einzelner Krankenkassen zu erfüllen bzw. auf Bundesebene die Landesverbände bei dieser Aufgabe zu unterstützen?

Nach Auskunft des AOK-Bundesverbandes ist das Ziel, die Schließung von Mitgliedskassen zu vermeiden, bisher durch die Gewährung finanzieller Hilfen

nach § 265a SGB V erreicht worden, da die AOK-Gemeinschaft auf der Grundlage der entsprechenden Satzungsregelung seit 1995 wiederholt Finanzhilfen in erheblicher Größenordnung geleistet habe.

Der Verwaltungsrat des BKK-Bundesverbandes hat am 9./10. März 2004 eine Satzungsregelung zur Bildung eines Unterstützungsfonds auf Bundesebene beschlossen, dessen Genehmigung dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung vom Landessozialgericht (LSG) Hessen in einem einstweiligen Rechtsschutzverfahren untersagt worden ist. Die Entscheidung in der Hauptsache steht noch aus.

Die Satzungsregelungen der BKK-Landesverbände nach § 155 Abs. 5 SGB V sind in der nachstehenden Übersicht aufgeführt:

BKK-Landesverband	Regelung	Status
Baden-Württemberg	Regelung zur Mittelaufbringung für den Unterstützungsfonds des Bundesverbandes	genehmigt und bekannt gemacht
Bayern	– Unterstützungsfonds auf Landesverbandsebene – Regelung zur Mittelaufbringung für den Unterstützungsfonds des Bundesverbandes	genehmigt und bekannt gemacht
Hessen	keine	
Niedersachsen-Bremen	keine	
Nord	keine	
NRW	– bisheriger Unterstützungsfonds auf Landesverbandsebene wird aufgelöst – Regelung zur Mittelaufbringung für den Unterstützungsfonds des Bundesverbandes	bislang nicht genehmigt
Ost	keine	
Rheinland-Pfalz/Saarland	Ausgleichsfonds auf Landesverbandsebene	genehmigt und bekannt gemacht

Im Bereich des IKK-Bundesverbandes wird die Schaffung von Satzungsregelungen auf der Grundlage des § 155 Abs. 5 SGB V voraussichtlich im zweiten Halbjahr 2004 angegangen.

Der VdAK und der AEV haben bisher noch keine Satzungsregelungen auf der Grundlage des § 155 SGB V getroffen.

Eine Auflösung oder Schließung einer LKK sieht das Gesetz nicht vor, § 155 SGB V findet deshalb für den LKK-Bereich keine Anwendung.

17. Wie beurteilt die Bundesregierung die Fortschritte beim Abbau der Verschuldung innerhalb der einzelnen kassenartenbezogenen Haftungsgemeinschaften?

Die Bundesregierung geht davon aus, dass gleichzeitig mit den aus dem GMG resultierenden Einsparungen auch die Verschuldung innerhalb einzelner Haftungsgemeinschaften schrittweise abgebaut werden kann.

18. Inwieweit (wie viele Kassen und in welchem Ausmaß) haben innerhalb der einzelnen Kassenarten einzelne Kassen bzw. Mitgliedsverbände Darlehen bei ihrem jeweiligen Spitzenverband aufgenommen?

Nach einer Abfrage bei den GKV-Spitzenverbänden ergeben sich hierzu folgende Erkenntnisse:

Innerhalb des AOK-Systems hatten per 31. Dezember 2003 sieben AOK'n Kredite beim AOK-Bundesverband in Höhe von rd. 1,3 Mrd. Euro aufgenommen. Dem standen acht AOK'n mit einem Gesamtguthaben von rd. 0,3 Mrd. Euro gegenüber, so dass die saldierte Kreditaufnahme rd. 1,0 Mrd. Euro beträgt. Im BKK-, IKK- und LKK-System sowie bei den Ersatzkassen wurden keine Kredite beim jeweiligen Spitzenverband aufgenommen, um laufende Ausgaben zu decken.

Im Zuständigkeitsbereich des BVA haben zwei bundesunmittelbare Kassen auf der Basis der Regelungen des § 262 Abs. 4 Satz 2 SGB V bei ihren Landesverbänden Kredite aufgenommen.

19. Wie beurteilt die Bundesregierung solche Darlehen vor dem Hintergrund, dass die Spitzenverbände der Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) unterliegen?

Sofern entsprechende Darlehen gemäß § 262 Abs. 4 Satz 2 bzw. § 265a Abs. 1 Satz 2 SGB V zulässig sind, sind solche Kreditaufnahmen nicht zu beanstanden.

20. Für wie viele Kassen jeder einzelnen Kassenart erwartet die Bundesregierung die Abgabe von Entschuldungsplänen nach § 222 Abs. 4 SGB V bei den Aufsichtsbehörden?

Die Bundesregierung geht davon aus, dass wie in den Antworten zu den Fragen 4 bis 6 ausgewiesen bei der Mehrzahl der Krankenkassen eine Verschuldensituation zum Jahresende 2003 vorlag und dementsprechende Entschuldungspläne vorzulegen sind. Das BVA geht derzeit davon aus, dass in seinem Zuständigkeitsbereich etwa 110 bundesunmittelbare Krankenkassen zur Vorlage eines Konzeptes nach § 222 SGB V verpflichtet sind.

21. Wie sieht der Arbeitsplan der Aufsichten für die Prüfung und Genehmigung dieser Entschuldungspläne aus?

Hierüber liegen der Bundesregierung lediglich Erkenntnisse für den Bereich der bundesunmittelbaren Krankenkassen vor.

Mit Rundschreiben vom 21. April 2004 hat das BVA die bundesunmittelbaren Krankenkassen über die Arbeitsplanung unterrichtet. Danach bildet die Jahresrechnung 2003 die Grundlage für das Konzept nach § 222 SGB V. Das Konzept soll bis zum 30. Juni 2004 dem jeweiligen Bundesverband zur Abstimmung vorgelegt und spätestens bis zum 31. August 2004 im BVA eingereicht werden.

Die Geschäfts- und Wirtschaftsführung der Krankenkassen, die ein Konzept nach § 222 SGB V vorzulegen haben, wird in mindestens jährlichen Abständen geprüft.

22. Haben die Aufsichtsbehörden quantitativ und qualitativ ausreichende Arbeitskapazität für diese Aufgabe, bzw. wie wird die Bundesregierung die Aufsichten bei der Bewältigung dieser Aufgabe unterstützen und damit eine qualifizierte Prüfung sicherstellen?

Das BVA als Aufsichtsbehörde über die bundesunmittelbaren Träger der gesetzlichen Krankenversicherung hat bereits bei Genehmigung von Beitragssatz-Änderungen die finanzielle Situation der jeweiligen Krankenkasse einzuschätzen. Insofern standen dem BVA bereits vor Verabschiedung des GKV-Modernisierungsgesetzes quantitativ und qualitativ ausreichende Arbeitskapazitäten für diese Aufgabe zur Verfügung. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz einhergehende Fragen zur Verschuldung waren insofern bereits Bestandteil der bisherigen Prüfabläufe im BVA.

Für die personelle Ausstattung der unter der jeweiligen Landesaufsicht stehenden landesunmittelbaren Krankenversicherungsträger kann das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung keine Aussagen treffen.

23. Inwieweit sind die Spitzenverbände der Krankenkassen auf die Abstimmung der Entschuldungspläne mit ihren Mitgliedschaften eingerichtet und (ggf.) beabsichtigt die Bundesregierung, die Spitzenverbände bei der Bewältigung dieser Aufgabe zu unterstützen?

Der Bundesregierung liegen keine detaillierten Kenntnisse hierzu vor. Es wird davon ausgegangen, dass die Spitzenverbände die ihnen zugewiesenen Aufgaben erfüllen.

24. Was passiert, wenn einzelne Krankenkassen zum 31. Dezember 2007 nicht schuldenfrei sind?

Die Bundesregierung erwartet, dass gemäß § 222 Abs. 4 SGBV die Entschuldung der Krankenkassen fristgerecht bis Ende 2007 abgeschlossen ist und dies wie gesetzlich vorgesehen in Abstimmung mit den zuständigen Verbänden und Aufsichtsbehörden erfolgt.

25. Was geschieht, wenn ein Haftungsfall bzw. die Kumulation von Haftungsfällen eine Haftungsgemeinschaft auf Bundesebene finanziell überfordern würde, d. h. wenn die Leistungsfähigkeit aller anderen Krankenkassen hierdurch nicht mehr gegeben wäre?

Die im SGB V enthaltenen Haftungsregelungen reichen aus, um Problemen, die sich bei der Schließung einer einzelnen Krankenkasse ergeben können, gerecht zu werden. Im Übrigen werden hiermit verbundene Fragen derzeit im Rahmen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zum Risikostrukturausgleich erörtert.

26. Welche Konsequenzen hätte die Einführung der Insolvenzfähigkeit von gesetzlichen Krankenkassen außer den Verlust des Status als Körperschaft des öffentlichen Rechts?

Nach geltendem Recht sind Krankenkassen insolvenzfähig. Durch Landesrecht kann allerdings bestimmt werden, dass das Insolvenzverfahren über das Vermögen einer juristischen Person des öffentlichen Rechts, die der Aufsicht des Landes unterliegt, unzulässig ist (§ 12 Abs. 1 Insolvenzordnung). Macht ein Land von dieser Möglichkeit Gebrauch, was in der Regel geschehen ist, können die Arbeitnehmer im Fall der Zahlungsunfähigkeit oder Überschuldung der juristi-

schen Person vom Land die Leistungen verlangen, die sie im Fall der Eröffnung des Insolvenzverfahrens nach den Vorschriften des Dritten Buches Sozialgesetzbuch und des Gesetzes zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung hätten.

27. Welche Möglichkeiten außer Beitragssatzerhöhungen haben gesetzliche Krankenkassen seit Januar 2004, sich zusätzliche Liquidität zu beschaffen?

Neben der in der Antwort zu Frage 12 dargelegten Möglichkeit der Nr. 5 des Rundschreibens des BVA haben Krankenkassen die Möglichkeit

- ein Darlehen nach § 262 Abs. 4 SGB V aus der Gesamtrücklage des Landesverbandes,
- Hilfen für aufwändige Leistungsfälle nach § 265 SGB V, soweit die Satzung des Landesverbandes dies vorsieht,
- Hilfen in besonderen Notlagen oder zur Erhaltung der Wettbewerbsfähigkeit ihres Spitzenverbandes nach § 265a SGBG V, soweit dessen Satzung dies vorsieht.

zu erhalten.

28. Liegen der Bundesregierung Erkenntnisse vor, dass es dabei zu rechtswidrigen Praktiken kommt, die andere belasten?

Hierzu liegen der Bundesregierung nur Erkenntnisse für den Bereich der bundesunmittelbaren Krankenkassen vor.

Dem BVA sind mehrere Fälle bekannt, in denen Krankenkassen durch eine nicht rechtzeitige Begleichung ihrer Zahlungsverpflichtungen versucht haben, sich Liquiditätsvorteile zu verschaffen. Das BVA hat nach § 89 SGB IV zunächst einzelne seiner Aufsicht unterliegende bundesunmittelbare Krankenkassen beraten und in einem Fall auch eine aufsichtsrechtliche Anordnung erlassen. Darüber hinaus hat das BVA mit Rundschreiben vom 2. und 31. März 2004 alle bundesunmittelbaren Krankenkassen aufgefordert, die an Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Vereinigungen zu leistenden Abschlagszahlungen nicht eigenmächtig zu kürzen.

