



## **Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen**

AOK-Bundesverband, Bonn

BKK Bundesverband, Essen

IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach

See-Krankenkasse, Hamburg

Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel

Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V., Siegburg

AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., Siegburg

Gemeinsame Pressekonferenz  
der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen,  
des PKV-Verbandes, der KBV und der DKG  
am 21. November 2006 in Berlin

**Statement von Rolf Stuppardt,  
Vorstandsvorsitzender des IKK-BV**

- Es gilt das gesprochene Wort. -

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

als Vertreter einer Kassenart aus dem handwerklichen Mittelstand höre ich es nicht gern, wenn von handwerklichen Fehlern bei der Gesetzgebung die Rede ist. Obwohl die Gesundheitsreform ja nicht von Handwerkern gemacht wurde, wird aber in ihrem Zusammenhang viel von solchen Fehlern gesprochen. Nennen wir es anders: Kaufleute kennen ja den Begriff des Mangels, der führt dann zur Stornierung oder zur Wandlung von Aufträgen. Bauleute nennen es auch einfach Pfusch.

Ich werde nur einige wenige Mängel der Reform hier benennen können. Den Rest finden Sie, ohne Anspruch auf Vollständigkeit, in den schriftlichen Unterlagen.

Der erste Mangel auf meiner Beispielliste:

Bekanntlich soll ein Zusatzbeitrag mit der Deckelung bei 1 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen eingeführt werden. Bei der Beitragsbemessungsgrenze von rund 3.560 € kann der Zusatzbeitrag rund 35 € betragen. Die Regierung hat festgelegt, dass bis 8 € keine Prüfung der beitragspflichtigen Einnahmen erfolgt. Für einen Geringverdiener mit einem Monatseinkommen unter 800 Euro ist es vorteilhafter, in eine Krankenkasse zu gehen, die einen höheren Zusatzbeitrag erhebt, da dann die Begrenzung auf 1 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen gilt. Durch einen solchen Wechsel wird der aufnehmenden Kasse Finanzkraft entzogen und der Zusatzbeitrag muss daher weiter steigen. Der angesprochene Wechsel ist also wesentlich durch die Finanzkraft der Versicherten und nicht die Wirtschaftlichkeit der Kasse bedingt. Deshalb hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung Recht, wenn er sagt, dass der Zusatzbeitrag keine Aussage über die Wirtschaftlichkeit einer Krankenkasse zulässt. Erkennbar ist dies auch, da beispielsweise 55 Prozent der ALG-II Bezieher in der AOK versichert sind, in der Bundesknappschaft hingegen nur 0,8 Prozent. Diese negativen Wirkungen können nicht gewollt sein und sind als ein schwerer Mangel anzusehen.

Im Zusammenhang mit dem Zusatzbeitrag ergibt sich der nächste Mangel bei einer möglichen Pfändung bei Nichtzahlung. Elf Millionen GKV-Versicherte liegen unterhalb der

Pfändungsgrenze, das heißt, wenn sie keinen Zusatzbeitrag bezahlen, können die Kassen nichts machen. Aber auch bei den Versicherten, die oberhalb der Pfändungsgrenze liegen, ist eine Pfändung aus finanziellen Gründen nicht möglich, denn die Kosten für das Mahnverfahren liegen bei der Kasse, nicht beim Versicherten. Als warnendes Beispiel sei an dieser Stelle kurz an das so genannte Krankenhaus-Notopfer erinnert. Wenn es eine ähnliche Quote von Nichtzahlern geben sollte, wie beim Krankenhausnotopfer, dass heißt 20 Prozent, dann ergäbe sich ein Ausfallvolumen bei angenommen 10 € Zusatzbeitrag von 100 Millionen Euro im Monat, also 1,2 Milliarden € im Jahr. Das entspricht einem Beitragssatzpunkt. Kurzum: Auch dies ist mangelhaft.

Das bringt weitere Mängel mit sich. Die Finanzautonomie der Kassen ist beschränkt auf genau diesen Bereich des Zusatzbeitrags. Ausfälle gefährden die Zahlungsfähigkeit von Krankenkassen. Wer seinen Finanzbedarf nicht decken kann, dem bleibt nur die Möglichkeit der Leistungskürzungen. Reicht auch dies nicht aus, kommt es zwangsläufig zur Insolvenz.

Hinzu kommt, dass mit Einführung des Insolvenzrechts alle Krankenkassen einen Überschuldungsstatus nach § 19 InsO erstellen müssen. In diesem sind insbesondere die Verbindlichkeiten aus laufenden Pensionen mit ihrem Barwert als Schulden auszuweisen. Unverfallbare Versorgungsanswartschaften sind unter Anrechnung der Zwischenzinsen mit dem Barwert zu kapitalisieren. Dies betrifft die Versorgungsansprüche und –answartschaften der DO-Angestellten bei AOKen und IKKen sowie die Ansprüche und Anwartschaften der Tarifangestellten auf Grund von Betriebsrentenzusagen bei allen Kassenarten.

Die Rückstellungen würden sich GKV weit auf deutlich mehr als 10 Milliarden € belaufen. Dies wiederum würde zu einer Insolvenz von einigen Kassen bei der ersten Erstellung des Überschuldungsstatus führen, obwohl es sich um sehr wohl wirtschaftlich handelnde und erfolgreiche Unternehmen handeln kann.

Die Regelungen des Insolvenzrechts sind zudem schlicht unvereinbar mit tragenden Grundsätzen des SGB V (Sachleistungsprinzip), die insolvenzrechtliche "Haftungskette ins Nichts" ist aus Sicht der Gesetzlichen Krankenversicherung verfassungswidrig, da sich

dadurch der Bund seiner verfassungsrechtlichen Funktionsgewährleistungsverantwortung zu entziehen sucht. Und dies, obwohl er eine solche Verantwortung in § 120 SGB VII für die gesetzliche Unfallversicherung bereits anerkannt hat.

Zudem lässt der Gesetzgeber das Verhältnis von Insolvenzrecht und sozialrechtlichem Schließungsrecht völlig offen: Stehen beide Verfahren gleichrangig nebeneinander? Löst das eine automatisch das andere aus? Durch wen erfolgt die Abwicklung (Aufsicht oder Insolvenzverwalter)? Ist der sozialrechtliche Schließungsgrund der nicht dauerhaften Leistungsfähigkeit analog auszulegen zu den Insolvenzgründen der Überschuldung, Zahlungsunfähigkeit oder drohenden Zahlungsunfähigkeit? Können überhaupt noch Leistungen erbracht werden, wenn die Insolvenz erkennbar ist? Macht sich der Vorstand dann haftbar? Ein Existenz gefährdender Mangel in dem Reformwerk!

Ein weiterer grundsätzlicher Mangel für die Umsetzbarkeit:

Nichtversicherte erhalten ein Zugangsrecht in die GKV. Bitte verstehen Sie mich nicht falsch, ich bin sehr für eine Lösung des Problems der Nichtversicherten. Jeder Mensch in Deutschland braucht einen adäquaten Krankenversicherungsschutz. Doch die vorgesehene Regelung ist missbrauchs anfällig, da sie eine individuelle Vorteilsmaximierung erlaubt. So könnten Menschen solange auf den Versicherungsschutz verzichten und damit Beiträge "sparen", bis sie Leistungen benötigen. Diese sind dann aber sofort zu gewähren. Das ist ein schwerer Mangel zu Lasten der Versichertengemeinschaft.

Lassen Sie mich abschließend noch einen kurzen Blick auf ein angebliches Randthema werfen, ich würde es als einen versteckten Mangel mit schwerwiegenden Folgen bezeichnen.

Mit den Leistungseinschränkungen bei Selbstverschulden und der damit verbundenen Regelung zu Folgekosten bei nicht medizinisch indizierten Leistungen, wie ästhetische Operationen, Piercing und Tätowierungen scheint man wohl den Nerv der Zeit treffen zu wollen. Die Regelung scheint auf den ersten Blick sachgerecht. Doch bei genauerem Hinsehen erkennen wir eine völlig neue Weichenstellung im Gesundheitswesen. Hier wird das individuelle Verschuldensprinzip auf Basis des unklaren Rechtsbegriffes "medizinisch nicht indizierte Maßnahme" eingeführt. Ein eindeutiger Zusammenhang zwischen medizinisch nicht indizierten Leistungen und Verhalten und einer Folgeerkrankung ist häufig

nicht zu beweisen. Aber es ergeben sich auch schwerwiegende Anschlussfragen: Wird als nächstes auch der Raucher die Kosten bei Lungenkrebs selber zahlen müssen? Oder ein HIV-Positiver seine Medikamente? Denn dies wäre unter dem Gleichheitsgrundsatz nur folgerichtig und auf den würden sich die Schönheitsoperierten wohl erfolgreich berufen können.

Auch dieses Kapitel stellt sich als mangelhaft heraus.

Die verfassungsrechtliche und operative Mängelliste ist lang, und wie Sie Ihren Unterlagen entnehmen können, länger als wir sie aus bisherigen Gesetzgebungsverfahren kennen. Da muss noch mal grundlegend Hand angelegt werden. Doch ich glaube eher, dass die Mängelliste einen "Umtausch" des Gesetzes rechtfertigt. Nicht umsonst sprechen die Wirtschaftsweisen davon, dass die Reform "insgesamt misslungen", ein "unzulängliches Vorhaben", ein "misslungener Kompromiss" und der Gesundheitsfonds eine "Missgeburt" mit "wettbewerbsschädlichen Wirkungen" sei. In der Summe, so die Sachverständigen "ist die gefundene Kompromisslösung vor allem hinsichtlich der Finanzierungsseite enttäuschend und erreicht nicht (einmal) die Ziele, die im Koalitionsvertrag genannt werden."

Um eine bessere Reform auf den Weg zu bringen, bieten wir deshalb ausdrücklich und erneut unsere Hilfe an. Die Politik sollte die Chance nutzen, die sich ergibt.