

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0248(42)
vom 21.06.03

15. Wahlperiode**

**Stellungnahme
des Bundesversicherungsamtes
zur Anhörung des Ausschusses
für Gesundheit und Soziale Sicherung
des Deutschen Bundestages
zum Entwurf eines Gesetzes zur
Modernisierung des
Gesundheitssystems (GMG)**

Artikel 1 Nr. 1

- Die derzeitige Fassung des § 13 Abs. 4 S. 1 ermöglicht, dass in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versicherungspflichtige Personen mit Wohnsitz in einem anderen EU-/EWR-Staat bei Verzicht auf die in der VO (EWG) 574/72 vorgesehene Eintragung im Wohnstaat als Sachleistungsberechtigter, Leistungen in dem anderen EU-/EWR-Staat im Wege der Kostenerstattung zu Lasten der deutschen KV in Anspruch nehmen können. Nach überstaatlichem Recht [VO (EWG) 1408/71] werden jedoch Personen mit Wohnsitz in einem anderen Staat der EU/des EWR leistungsrechtlich dem Wohnstaat zugewiesen.

- Im übrigen lässt die Formulierung im S.1 a.a.O „..., die nicht nach der Verordnung (EWG) 574/72 beim Träger ihres Wohnorts in einem anderen Staat des Europäischen Wirtschaftsraumes als sachleistungsberechtigt eingetragen sind,...“ zu, dass Personen, die sich dauerhaft in einem Staat aufhalten, mit dem ein zwischenstaatliches Sozialversicherungsabkommen besteht, welches das Fortbestehen einer Versicherung in der deutschen GKV vorsieht (z.B. SVA mit der Türkei oder Jugoslawien), und – unabhängig davon, ob die Personen in diesem Staat als sachleistungsberechtigt eingetragen sind oder nicht – Leistungen in einem anderen Staat des EWR zu Lasten der deutschen GKV in Anspruch nehmen können.

- Indem § 13 Abs. 4 S. 1 als anspruchsberechtigten Personenkreis für eine Kostenerstattung die Versicherten nach Abs. 2 S. 1 und Versicherungspflichtige nach § 5 nennt, sind die nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen der nach § 5 Versicherungspflichtigen von einer Kostenerstattung für selbst beschaffte Versicherungsleistungen in einem anderen EU-/EWR-Staat ausgeschlossen. Demgegenüber werden die familienversicherten Angehörigen der freiwilligen Mitglieder von § 13 Abs. 2 S. 1 SGB V erfasst.

- Gem. § 13 Abs. 4 S. 2 sollen die in Satz 1 genannten Versicherten in anderen Staaten der EU/des EWR alle Leistungserbringer in Anspruch nehmen können, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufs Gegenstand einer Richtlinie der EU sind. Diese Regelung führt dazu, dass auch Kosten für Leistungsansprüchen bei einem nicht in einem System zugelassenen Leistungserbringer, der jedoch die Voraussetzungen der § 13 Abs. 4 S. 2 1. Alternative erfüllt, übernommen werden.

Damit können in einem anderen EU-/EWR-Staat Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, die ausschließlich zur Versorgung von Privatversicherten berechtigt sind, mit der Möglichkeit der Kostenerstattung, obwohl im Inland – mit Ausnahme der Fälle des § 13 Abs. 3 SGB V – Ansprüche nur bei Inanspruchnahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden bzw. zugelassenen Leistungserbringern bestehen.

Artikel 1 Nr. 122

„(4) Jede Krankenkasse hat nach dem 1. Januar 2004 unverzüglich einen Nachtragshaushalt aufzustellen, der die durch das Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz bewirkten finanziellen Auswirkungen berücksichtigt; dabei müssen die durch § 221 bewirkten Einsparungen in vollem Umfang und die übrigen durch dieses Gesetz bewirkten Einsparungen mindestens zur Hälfte für Beitragssenkungen verwendet werden.“

Gem. der Begründung soll die Vorschrift sicherstellen, dass sich die durch Steuerfinanzierung erzielten Entlastungen voll und die weiteren durch das GMG bewirkten Ausgabenminderungen mindestens zur Hälfte in der Höhe der Beitragssätze und Beitragsklassen auswirken und nicht nur zur Auffüllung der Rücklagen und zum Schuldenabbau verwendet werden.

Gesetzeswortlaut und -begründung sowie die systematische Einbindung dieser Vorgabe in den § 220 SGB V werfen aus mehreren Blickwinkeln Fragen auf.

So regelt das geltende Recht die Bemessung der Beiträge vollständig. § 220 SGB V ist die zentrale Vorschrift für die Bemessung der Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung. Gem. Abs. 1 Satz 2 sind die Beiträge so zu bemessen, dass sie zusammen mit den sonstigen Einnahmen die im Haushaltsplan vorgesehenen Ausgaben und die vorgeschriebene Auffüllung der Rücklage decken. Für die Bemessung ist gem. Satz 3 ein Betriebsmittelüberschuss beitragsmindernd und eine erforderliche Auffüllung des Betriebsmittelbestandes beitrags erhöhend in Ansatz zu bringen. Das vorgeschriebene Auffüllungssoll bei der Rücklage ergibt sich aus § 261 SGB V, die Höhe der Betriebsmittel ist in § 260 SGB V geregelt.

Die Vorschrift des § 220 Abs. 1 SGB V konkretisiert den Grundsatz der Eigenfinanzierung in der GKV. Die Finanzierung der laufenden Ausgaben ist durch entsprechende Einnahmen sicherzustellen. Da die Kalkulation in vorausschauender Betrachtung erfolgen muss und Prognose Risiken unterliegt, ist eine entsprechende Finanzreserve zu bilden. § 220 Abs. 2 und 3 SGB V schreiben vor, in welchen Fällen auch unterjährig Beitragserhöhungen und -senkungen vorzunehmen sind. Abs. 2 enthält dabei Regelungen für eine Beitragserhöhung außerhalb der Satzung durch den Vorstand oder die Aufsichtsbehörde. Gem. Abs. 3 sind die Beiträge durch Änderung der Satzung zu ermäßigen, wenn die Einnahmen der Krankenkasse die Ausgaben übersteigen und das gesetzliche Betriebsmittel- und Rücklagesoll erreicht ist.

§ 220 SGB V ist somit eine in sich geschlossene Vorschrift, die unter Berücksichtigung der haushaltsrechtlichen Regelungen des SGB IV und der Bestimmungen der §§ 260, 261 SGB V die vorgeschriebene Höhe der Beiträge und die jeweils zu ergreifenden Maßnahmen abschließend regelt.

Die Regelung des § 220 Abs. 4 SGB V (GMG) schreibt den Krankenkassen unabhängig davon eine beitragsmindernde Berücksichtigung der Einsparungen aus dem GMG vor. Dabei sind die Einsparungen aus Beteiligungen des Bundes an Aufwendungen in vollem Umfang und ansonsten mindestens zur Hälfte zu berücksichtigen. Die Aufstellung eines Nachtragshaushalts hat unverzüglich nach dem 1. Januar 2004 zu erfolgen, in dem die Verwendung der Einsparungen für den Zweck der Beitragssenkung vorzusehen ist.

§ 220 Abs. 1 SGB V bleibt jedoch unberührt. Je nach Etatreife des GMG zum Zeitpunkt der Haushaltsaufstellung wären die Krankenkassen aber gehalten, die erwartbaren Einsparungen im regulären Haushaltsplanungsverfahren bereits zu berücksichtigen. § 220 Abs. 4 SGB V (GMG) schreibt jedoch die Berücksichtigung der Einsparungen ausdrücklich in einem Nachtragshaushalt vor. Da dieser Nachtragshaushalt in jedem Fall aufzustellen ist, kann die Krankenkasse dieser Vorschrift nur nachkommen, wenn zuvor ein Haushalt ohne Einsparungen aufgestellt wurde. Die Vorschrift setzt somit voraus, dass die Krankenkasse gem. § 220 Abs. 1 SGB V zunächst einen Haushalt „ohne GMG“ aufstellt und entsprechend dieser Vorschrift ggf. auch eine Beitragserhöhung einplant, damit der Haushalt ausgeglichen und beanstandungsfrei bleibt. Anschließend erfolgt eine Beitragssenkung nach Maßgabe der Vorschrift des Abs. 4 (GMG). Es ist aber offensichtlich, dass das Gesetz diese Abfolge nicht beabsichtigt.

Aus der Begründung zu § 220 Abs. 4 SGB V (GMG) ergibt sich weiterhin, dass die Einsparungen mit den vorgesehenen Anteilen ausschließlich zur Beitragsminderung einzusetzen sind und nicht zur Rücklagenauffüllung oder zum Schuldenabbau verwendet werden dürfen (Zweckbindung). Ein bestimmter Vermögensstand wird nicht vorgeschrieben. Im Unterschied zur Vorschrift des § 220 Abs. 3 SGB V ist ebenso nicht geregelt, ob auch ein Einnahmenüberschuss Voraussetzung für die Beitragssenkung ist. Eine Krankenkasse wäre somit auch dann zu einer entsprechenden Beitragssenkung verpflichtet, wenn insgesamt ein Ausgabenüberschuss die Folge wäre. Die Krankenkasse müsste bei einer solchen Fallgestaltung einen nicht ausgeglichenen Nachtragshaushalt feststellen.

Die Tatsache, dass derzeit eine Vielzahl von Krankenkassen ein negatives Vermögen ausweisen ändert nichts daran, dass diese Vermögenslage nicht mit den entsprechenden Haushaltsvorschriften in Einklang steht. Durch das Beitragssatzsicherungsgesetz haben die Krankenkassen für das Jahr 2003 einen Handlungsspielraum gewonnen, der es ihnen ermöglicht, auf eine Auffüllung der Rücklage zu verzichten. Ab dem Jahr 2004 können sich die Krankenkassen hierauf nicht mehr berufen. Insbesondere macht das Beitragssatzsicherungsgesetz durch die Ausnahmeregelungen den Vorrang der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit deutlich. Durch die Zweckbindung der anteiligen Einsparungen im § 220 Abs. 4 SGB V (GMG) wären sie jedoch gehindert, die Mittel vorrangig zur Sicherung der finanziellen Grundlage einzusetzen, es sei denn, zuvor wurde durch eine entsprechende Beitragssatzanhebung für einen Mittelzufluss gesorgt, der die Maßnahme nach § 220 Abs. 4 SGB V (GMG) finanziell kompensiert.

Bereits anhand dieser Überlegungen ergibt sich, dass § 220 Abs. 4 SGB V (GMG) die bestehende Finanzierungssystematik durchbricht und die Krankenkassen in ein widersprüchliches Haushaltsverfahren drängt. Eine Krankenkasse kann dieser Vorgabe nicht ohne Verletzung anderer haushaltsrechtlich relevante Vorschriften nachkommen. Daher ist die Vorgabe des neuen § 220 Abs. 4 auch für die Aufsichtsbehörde nicht durchsetzbar.

Auf die Fragen des Verfahrens zur Aufstellung des Nachtragshaushalts unter Berücksichtigung der Regelungen der Vorschriften des SGB IV wird an dieser Stelle nur hingewiesen.

Artikel 1 Nr. 119

Die vorgesehene Einrichtung der Krankenkassen, verselbständigte Ermittlungs- und Prüfungseinrichtungen zur Korruptionsbekämpfung zu schaffen, wird grundsätzlich begrüßt.

Die in § 197a Abs. 4 SGB V – E (Art. 1 Nr. 119 des Gesetzentwurfs) vorgesehene Verpflichtung des Vorstandes der Krankenkasse, den Bericht, der die Arbeit und Ergebnisse der Korruptionsbekämpfungsstellen enthält, der Aufsichtsbehörde zuzuleiten, sollte indes früher ansetzen. Um eine wirksame Aufsicht zu gewährleisten, wäre es aus unserer Sicht sinnvoll, wenn die Aufsichtsbehörde spätestens dann eingeschaltet wird, wenn nach § 197a Abs. 3 SGB V – E die Staatsanwaltschaft unterrichtet wird. Dies hätte gleichzeitig den Vorteil, dass die Staatsanwaltschaft auf etwaige Erkenntnisse der Aufsichtsbehörde zurückgreifen könnte.

Der Gesetzesentwurf sieht eine Reihe von Änderungen in **den ambulanten ärztlichen Versorgungsstrukturen** vor, die Auswirkungen auf die Datenerfassung im Risikostrukturausgleich (RSA) haben werden.

Derzeit werden die ambulanten Leistungsausgaben über ein Kennzeichen auf der Versicherungskarte erfasst. Für den ambulanten vertragsärztlichen Bereich enthält § 267 Abs. 5 S. 5 SGB V eine Verpflichtung der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und der übrigen Leistungserbringer zur Lieferung der Leistungsdaten in geeigneter Weise, so dass eine maschinelle Datenübertragung möglich ist.

Der Gesetzesentwurf sieht die Öffnung von Krankenhäusern zur ambulanten Versorgung (§§ 116 a und b SGB V) sowie die Bildung von Gesundheitszentren nach dem Muster der Polikliniken in der ehemaligen DDR (§ 95 SGB V) vor. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen entmachtet werden (§ 73 SGB V). Lediglich für die hausärztliche Versorgung sowie für Augen- und Frauen- und Zahnärzte soll es bei einem Kollektivvertragssystem verbleiben, in welchem die Kassenärztlichen Vereinigungen die Verträge mit den Landesverbänden der Krankenkassen schließen. Der Sicherstellungsauftrag mit der hiermit verbundenen Pflicht zur Gewähr einer ausreichenden und angemessenen ärztlichen Versorgung soll hier weiterhin ausschließlich bei den Kassenärztlichen Vereinigungen verbleiben. Bei den übrigen fachärztlichen Leistungen ist eine Übertragung des Sicherstellungsauftrages auf die Ärzte, Krankenkassen und ärztliche Einrichtungen gemeinsam (§ 106 b SGB V) vorgesehen.

Bereits zugelassene Fachärzte sollen wählen können, ob sie im Kollektivvertragssystem bleiben. Der Neuzugang zur fachärztlichen Versorgung soll nicht mehr über die Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgen, sondern durch den Abschluss eines Einzelvertrages nach § 106 b SGB V zwischen dem jeweiligen Arzt und der Krankenkasse. Ein Anspruch auf Vertragsabschluss besteht nach § 106 b Abs. 2 SGB V nicht.

Dies hätte praktische Auswirkungen auf den Datentransfer zur Erfassung der Leistungsausgaben im RSA. Insbesondere im Risikopool – aber auch zukünftig im MorbiRSA- werden die Leistungsausgaben versichertenbezogen gemeldet. Im RSA muß weiterhin gewährleistet sein, dass Leistungsausgaben von Stichprobenversicherten zeitnah zur Hochrechnung der standardisierten Leistungsausgaben an uns gemeldet werden. Nach der Gesetzessystematik müssen die Krankenkassen die Daten erfassen und an uns weiterleiten. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben hier aber zur Bündelung der ambulanten Leistungsausgaben fungiert.

Allerdings sind auch die übrigen Leistungserbringer – und damit auch die Krankenhäuser und die Gesundheitszentren - zur Lieferung der Abrechnungsdaten nach § 267 Abs. 5 S. 5 SGB V verpflichtet. § 295 Abs. 1 b SGB V in der Fassung des GMG sieht ausdrücklich eine Verpflichtung

tung der Leistungserbringer, die ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen ambulante ärztliche Leistungen erbringen, zur elektronischen Meldung der Leistungsausgabendaten an die jeweilige Krankenkasse vor. **Es ist aber versäumt worden, die datenschutzrechtliche Ermächtigung zur Meldung der versichertenbezogenen Daten in § 284 SGB V adäquat zu regeln.** In der Fassung des GMG enthält § 284 Abs. 3 S. 2 SGB V eine Beschränkung der Verwendung der versichertenbezogenen Abrechnungsdaten nach § 295 Abs. 1 b SGB V für die in § 284 Abs. 1 S. 1 Nr. 4, 8 und 12 SGB V genannten Zwecke – nicht aber zum Zweck der Durchführung des RSA, welcher in **§ 284 Abs. 1 S. 1 Nr. 10 SGB V** ausdrücklich normiert ist. Es wird daher angeregt, in § 284 Abs. 3 S. 2 SGB V auch § 284 Abs. 1 S. 1 Nr. 10 SGB V ausdrücklich aufzunehmen.

Im Übrigen wäre es im Hinblick auf die praktische Umsetzung der Datenlieferungen hilfreich, in den Einzelverträgen nach § 106 b SGB V die Art und Weise der Aufbereitung und zeitliche Vorgaben der Datenmeldungen zu vereinbaren. § 106 b Abs. 3 SGB V regelt, welche Vorschriften in den Einzelverträgen zwingender Vertragsinhalt werden sollen. Es wird angeregt, hier auch den Abschluß von Datenaustauschverträgen mit den Leistungserbringern nach kassenartenübergreifend einheitlichen Kriterien zu regeln.

zu 2. Veränderungen bei den Versorgungsstrukturen

u.a. Zulassung von Gesundheitszentren zur vertragsärztlichen Versorgung und Einbeziehung in das Einzelvertragssystem, Einbeziehung der fachärztlichen Versorgung in das Einzelvertragssystem, Förderung integrierter Versorgungsformen, Teilöffnung von Krankenhäusern zur ambulanten Versorgung

Einführung des Einzelvertragssystems für die fachärztliche Versorgung

Bislang haben die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung gem. § 75 Abs. 1 SGB V die Aufgabe, die Versorgung der Versicherten der Krankenkassen mit sämtlichen ärztlichen Leistungen sicherzustellen, die gem. § 73 SGB V zur vertragsärztlichen Versorgung gehören. Nach der Konzeption des GMG sollen die Psychotherapeuten und die Fachärzte mit Ausnahme der Frauenärzte, Augenärzte und Zahnärzte nach und nach aus der vertragsärztlichen Versorgung (§ 73 SGB V) herausgenommen werden. Die in den Regelungen für die vertragsärztliche Versorgung vorgesehenen Aufgaben sollen zukünftig für die Ärzte, die einen Vertrag gem. § 106 b SGB V abgeschlossen haben, durch diesen Vertrag geregelt werden. Den Krankenkassen und ihren Verbänden wachsen damit neue Aufgaben zu. Dabei sollen die Einzelheiten der Sicherstellung der fachärztlichen Versorgung nicht mehr in einem weitestgehend gesetzlich bestimmten Zulassungs- und Prüfungsverfahren durch die Wahrnehmung hoheitlicher Aufgaben durch Zulassungsausschüsse bzw. Prüfungsausschüsse und jeweilige Berufungs- oder Beschwerdeausschüsse durchgeführt werden. Diese Einzelheiten sollen vielmehr durch eine weitestgehend freie vertragliche Vereinbarung geregelt werden. Einschränkungen dieser Vertragsfreiheit bestehen durch den vorgesehenen § 106 b Abs. 3 SGB V sowie durch Rahmenbedingungen, die durch die Spitzenverbände der Krankenkassen gem. dem vorgesehenen § 106 b Abs. 5 S. 2 SGB V festzulegen sind. Der geplante § 106 b Abs. 2 SGB V sieht außerdem die Einhaltung eines nach objektiven Auswahlkriterien geleitetes Ausschreibungsverfahrens vor.

Für die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder ergeben sich dadurch erhebliche Änderungen in der Aufgabenstruktur. Da die Überprüfung der Ergebnisse der Vertragsverhandlungen gem. § 106 b SGB V durch unabhängige Beschwerdeausschüsse nicht mehr vorgesehen ist, wird erwartet, dass die Rechtsaufsicht über die Tätigkeit der Krankenkassen sowie der Verbände neben der direkten gerichtlichen Überprüfung ein stärkeres Gewicht erhält. Problematisch erscheint dabei, dass die Gefahr besteht, als Aufsichtsbehörde nur einer der am Vertragsschluss beteiligten Parteien durch andere beteiligte Parteien zur Durchsetzung der Interessen einer Seite instrumentalisiert zu werden. Es wird daher vorgeschlagen, für Streitigkeiten der Vertragspartner aus Anlass von Verhandlungen zum Abschluss eines Vertrages gem. § 106 b SGB V sowie aus Anlass der Umsetzung eines Vertrages gem. § 106 b SGB V unabhängige

Schiedsstellen einzurichten und insoweit die Zuständigkeit der Aufsichtsbehörden einzuschränken.

Einführung von Gesundheitszentren

Die Einführung von Gesundheitszentren (fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte angestellt sind, die in das Arztregister nach § 95 Abs. 2 SGB V eingetragen sind oder das für seine angestellten Ärzte Einzelverträge gem. § 106 b SGB V abschließt, vgl. Art. 1 Nr. 47 a GMG) betrifft den Zuständigkeitsbereich der Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder nicht. Es ergeben sich insofern keine Anmerkungen.

Die Teilöffnung der Krankenhäuser zur ambulanten Behandlung im Falle der Unterversorgung (geplanter § 116 a SGB V) und im Zuge eines zugelassenen strukturierten Behandlungsprogramms (geplanter § 116 b Abs. 1 SGB V) sowie für festgelegte ambulant durchführbare hochspezialisierte Leistungen (geplanter § 116 b Abs. 2 SGB V), ist der Zuständigkeitsbereich der Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder nur betroffen, soweit Krankenkassen oder ihre Verbände auf Landesebene Verträge gem. § 106 b SGB V abschließen können (geplanter § 116 b SGB V). Insofern ergeben sich die Anmerkungen aus dem Punkt „Einführung der Einzelverträge...“ entsprechend.

Die Förderung der integrierten Versorgungsstrukturen wird erweitert. Die Ausweitung der möglichen Vertragspartner der Krankenkassen, die Aufhebung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität sowie die Möglichkeit der Krankenkassen, zur Durchführung der integrierten Versorgung Eigeneinrichtungen i. S. d. § 140 SGB V zu gründen, kann in ihrer Auswirkung auf den Zuständigkeitsbereich der Aufsichtsbehörden nicht abschließend beurteilt werden, da diese Versorgungsformen bislang nicht in erheblichem Maße genutzt worden sind und insofern keine Vergleichsbasis zu einer künftigen Durchführung integrierter Versorgungsformen besteht. Problematisch erscheint die Durchbrechung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität im Hinblick auf die Gefahr der Etablierung paralleler Vergütungsstrukturen neben der budgetgebundenen Gesamtvergütung für die den Versicherten kein gleichwertiger Leistungsanspruch erwächst.

Änderung der Versorgung der Versicherten mit Arzneimitteln, insbesondere Zulassung von Versandhandel mit Arzneimitteln

Die Aufsichtsbehörden begrüßen die geplante Klarstellung der Rechtslage in Art. I Nr. 1 und Nr. 4 GMG sowie Art. 13 Nr. 6 GMG, insbesondere in Bezug auf die zur Zeit anhängigen

Streitverfahren mit mehreren Krankenkassen im Bereich der Finanzierung der sog. Internet-apotheken.

Änderung der Vertragsstrukturen im Bereich der Erbringung von Heil- und Hilfsmitteln

Die Aufsichtsbehörden begrüßen die geplante Klarstellung bezüglich der Verpflichtung der Landesverbände der Krankenkassen zum Abschluss von Vergütungsverträgen mit den Erbringern von Hilfsmitteln (Art. 1 Nr. 72 a GMG), da bislang zwischen den Vertragspartnern streitig war, inwiefern eine Pflicht zum Abschluss abstrakt und generell gültiger Vergütungsvereinbarungen bestand.

zu 5. Neuordnung der Finanzierung, Neugestaltung der Zuzahlungen sowie der Befreiungsregeln, beitrags- und versichertenrechtliche Veränderungen

Artikel 1 Nr. 116

Es bestehen Bedenken, dass der für die Ausübung des Sonderkündigungsrechts vorgesehene Zeitraum von 2 Monaten nach dem Inkrafttreten der Beitragserhöhung tatsächlich ausreichend ist.

Zwar haben die Krankenkassen auch die Beitragserhöhungen bekannt zu machen, Erfahrungen in der Vergangenheit haben jedoch gezeigt, dass trotz erfolgter Bekanntmachung die Versicherten von der Beitragserhöhung erst durch die Einbehaltung der höheren Beiträge vom Gehalt Kenntnis erhalten.

Im Hinblick darauf, dass die Beiträge in vielen Fällen erst am 15. des Folgemonats fällig werden, verkürzt sich der Zeitraum, der für die Sonderkündigung zur Verfügung steht tatsächlich erheblich. Wir halten daher eine längere Kündigungsfrist (z.B. 3 Monate) für empfehlenswert.

Artikel 1 Nr. 117

Wir begrüßen grundsätzlich die vorgesehene gesetzliche Ergänzung. Auch das Bundesversicherungsamt musste in der Vergangenheit des öfteren feststellen, dass Hinweise auf die Folgen der Kündigung für eine weitere Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung fehlten. Wir möchten jedoch darauf hinweisen, dass eine freiwillige Mitgliedschaft erneut begründet werden kann, sofern der (ehemalige) Versicherte die Voraussetzungen des § 9 SGB V erfüllt. Zwar dürfte diese Voraussetzung lediglich in Ausnahmefällen vorliegen. Gleichwohl könnte § 191 S. 2 SGB V in der vorgesehenen Fassung zu Unklarheiten führen, weshalb wir die Aufnahme eines ergänzenden Hinweises auf § 9 SGB V anregen.

Artikel 1 Nr. 118

Den Krankenkassen die Möglichkeit einzuräumen mit privaten Krankenversicherungsunternehmen zu kooperieren erscheint uns unter wettbewerblichen Gesichtspunkten nicht unbedenklich. Hier könnten sich insbesondere für Betriebskrankenkassen, die für private Krankenversicherungen errichtet worden sind, erhebliche Vorteile ergeben, die anderen Kassen in dieser Weise nicht zur Verfügung stehen.

zu 6. Reform der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen und Schaffung effizienterer Konfliktlösungsmechanismen

Zu Art. 1 Nr. 115

1)

In der Begründung zu Nummer 115 (§ 173 Abs. 2) wird darauf hingewiesen, dass die Öffnung einer Betriebs- / Innungskrankenkasse eine grundlegende organisatorische Neuausrichtung der Krankenkasse darstellt, „durch die der sachliche Bezug zum Trägerbetrieb oder zur Trägerinnung aufgegeben wird“.

Auch in der Begründung zu Nummer 102 (§ 149) des Gesetzentwurfs wird festgestellt, dass bei Betriebskrankenkassen, die sich für betriebsfremde Versicherte geöffnet haben, ein Bezug zum Trägerbetrieb und seinem Arbeitgeber nicht mehr besteht. (Aus diesem Grund soll das Antragsrecht des Arbeitgebers auf Ausdehnung der Betriebskrankenkasse auf weitere Betriebe nur noch für solche Betriebskrankenkassen bestehen, die nicht für betriebsfremde Versicherte geöffnet sind.)

Dennoch hält der Gesetzeswortlaut in § 173 Abs. 2 Satz 2 an dem Bezug zu Betrieben oder Innungsbetrieben fest, indem er lautet: „ Falls die Satzung eine Regelung nach Nummer 4 enthält, gilt dies für abgegrenzte Regionen im Sinne des § 143 Abs.1, in denen Betriebe oder Innungsbetriebe bestehen und die Zuständigkeit für diese Betriebe sich aus der Satzungergibt;...“

Aus dem Wortlaut folgt mangels anderweitiger gesetzlicher Regelung nach Auffassung des Bundesversicherungsamtes, dass bei Veränderung der betrieblichen Struktur des Trägerunternehmens dies auch Auswirkungen auf den Erstreckungsbereich der geöffneten Betriebs-/ Innungskrankenkasse hat. Die Erstreckung geöffneter BKKen / IKKen auf Regionen bleibt an die Erstreckung des Trägerunternehmens gekoppelt.

Beispiel aus unserer Verwaltungspraxis:

Beispiel 1:

Eine bundesunmittelbare BKK erstreckt sich u. a. aufgrund nur einer Betriebsstätte eines ihrer Trägerunternehmen auf die Region Saarland.

Diese Betriebsstätte wurde mit Wirkung zum XX. Januar XXXX geschlossen.

Folge: § 1 der Satzung ist hinsichtlich der Streichung der Betriebsstätte im Saarland sowie der Region Saarland anzupassen.

Beispiel 2:

Eine bundesunmittelbare geöffnete BKK erstreckt sich aufgrund einer Vielzahl von Verkaufsniederlassungen ihres Trägerunternehmens auf das gesamte Bundesgebiet. Es besteht somit ein Satzungswahlrecht für alle Regionen.

Aufgrund von Verschmelzungen der Trägerfirma der BKK auf Konzernebene kommt es zum Verlust sämtlicher Betriebe, weil die Arbeitnehmer im Wege des § 613 BGB zu einem dritten Unternehmen wechseln, das ebenfalls über eine andere BKK verfügt. Die betriebliche Dominanz liegt beim BKK-Trägerunternehmen der anderen BKK.

Folge: Die BKK kann nur noch die bereits gewonnenen Mitglieder weiterhin betreuen, neue Mitglieder aufgrund der fehlenden Zuständigkeit in den Regionen nicht mehr aufnehmen. § 1 der Kassensatzung ist hinsichtlich der Streichung des Trägerunternehmens und der Streichung der Regionen anzupassen.

Wenn die Betriebsbezogenheit geöffneter Kassen von Gesetzgeber aber, wie in den Begründungen zu den Nummern 102 und 115 zum Ausdruck kommt, nicht mehr gesehen wird, bedarf auch der Gesetzestext von § 173 Abs. 2 Satz 2 einer Überprüfung.

2)

Gemäß Nummer 115 Satz 3 des Gesetzentwurfes gilt das Satzungswahlrecht des § 173 Abs. 2 Nr. 4 nicht für Betriebskrankenkassen, die für Betriebe privater Kranken- oder Lebensversicherungsunternehmen errichtet worden sind oder aus einer Vereinigung mit solchen Betriebskrankenkassen hervorgegangen sind.

Zwar ist der Wille des Gesetzgebers deutlich, doch bleibt unklar, ob die Regelung auf bereits geöffnete Betriebskrankenkassen von privaten Versicherungsunternehmen anwendbar sein soll, oder ob die Formulierung künftig den Öffnungsbeschluss des Verwaltungsrates einer solchen Betriebskrankenkasse verhindern will.

Sollte der Gesetzgeber entgegen dem Verständnis des BVA bereits geöffnete BKKen von Trägerunternehmen privater Kranken- und Lebensversicherungsunternehmen kraft Gesetzes zu

sogenannten „traditionellen“ BKKen erklären, so erlauben wir uns den Hinweis, dass solch eine BKK zumindest die bereits bei ihr Versicherten weiterversichern könnte.

