

Stellungnahme
der Gewerkschaft der Sozialversicherung (GdS)
zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des
Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)
(BT-Drs. 16/3100)

I. Allgemeine Bewertung

Das Kernproblem der gesetzlichen Krankenversicherung ist das Auseinanderdriften von Einnahmen und Ausgaben und der daraus resultierende Anstieg der Beitragssätze. Die Gründe hierfür sind seit langem bekannt, bei den bisherigen Reformen des Gesundheitswesens aber nur unzureichend berücksichtigt worden: demographischer Wandel, Abbau sozialversicherungspflichtiger Beschäftigungsverhältnisse, medizinischer Fortschritt, zu wenig Qualitäts- und Kostenwettbewerb auf Seiten der Leistungserbringer, ineffizienter Einsatz der Mittel mit der Folge von Über-, Unter- und Fehlversorgungen, und anderes mehr. Hinzu kommt, dass der GKV in den vergangenen Jahren durch gesetzgeberische Maßnahmen in erheblichem Umfang Einnahmen entzogen und Mehrausgaben aufgebürdet worden sind (z. B. durch die Einführung der sozialversicherungsfreien Entgeltumwandlung zum Zwecke der privaten Altersvorsorge bzw. durch die Abschaffung des Arzneimittelbudgets).

So hat auch das Anfang 2004 in Kraft getretene GKV-Modernisierungsgesetz lediglich kurzfristige Beitragssenkungen bewirkt, nur ein Jahr später sind die Beitragssätze schon wieder deutlich gestiegen. Die GdS sieht keine Anhaltspunkte dafür, dass das nunmehr geplante GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz dieses Problem nachhaltig lösen wird.

Der vorliegende Gesetzentwurf enthält zwar eine Reihe von sinnvollen Strukturmaßnahmen, die zu einer Reduzierung der Ausgaben beitragen können. Hierzu zählen zum Beispiel die Erweiterung der Vertragsmöglichkeiten der Kassen mit einzelnen Leistungserbringern, die Einführung einer Kosten-/Nutzenbewertung von Arzneimit-

teln und der Ausbau der Integrierten Versorgung. Diese und ähnliche Maßnahmen reichen jedoch bei weitem nicht aus, um die Ausgabendynamik wirksam und dauerhaft zu begrenzen.

Positiv ist der Einstieg in die Steuerfinanzierung der beitragsfreien Mitversicherung von Kindern zu bewerten. Damit wird – zumindest ansatzweise – einer langjährigen Forderung der GdS entsprochen.

Ablehnend steht die GdS dagegen der geplanten Einrichtung eines Gesundheitsfonds, der damit verbundenen Beitragsfestsetzung durch Rechtsverordnung der Bundesregierung wie auch der Errichtung eines neuen Spitzenverbandes auf Bundesebene gegen den erklärten Willen der Krankenkassen gegenüber. All diese Maßnahmen führen nicht – wie die Bezeichnung des Gesetzentwurfs vorgibt – zu einer Stärkung, sondern eher zu einer Schwächung des bisher schon bestehenden Wettbewerbs zwischen den Kassen. Außerdem bedeuten diese Maßnahmen eine gravierende Beeinträchtigung der Selbstverwaltung der Kassen und ebnen zugleich den Weg in Richtung auf eine staatliche Einheitsversicherung. Ein Blick ins Ausland zeigt jedoch, dass dies keinesfalls ein besserer Weg ist.

Nicht akzeptabel sind für die GdS aber auch die Einführung von Selbstbehalttarifen und Beitragsrückerstattungen, weil dadurch gesunde und einkommensstärkere Versicherte begünstigt werden (Verstoß gegen das Solidarprinzip!), wie auch der von den Versicherten allein zu tragende „kassenindividuelle“ Zusatzbeitrag, der eine weitere Aushöhlung der paritätischen Finanzierung durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer bedeutet.

Schließlich sieht die GdS die Gefahr, dass sich der Wettbewerb der Krankenkassen künftig verstärkt auf die Gewinnung von Mitgliedern mit günstigen Risiken konzentriert wird und dass Kassen mit einem überdurchschnittlich hohen Anteil an älteren, einkommensschwachen und/oder kranken Mitgliedern infolge dieser Entwicklung insolvent werden.

Insgesamt vermag der vorliegende Gesetzentwurf nicht zu überzeugen. Sofern dennoch an dem Grundkonzept der Reform festgehalten werden soll, sind zumindest bei folgenden Neuregelungen noch Korrekturen, Ergänzungen und/oder Klarstellungen erforderlich:

II. Bewertung einzelner Neuregelungen

Artikel 1: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

zu Nr. 33 (§ 53 SGB V: Wahltarife):

Selbstbehalttarife, wie sie der neugefasste § 53 Abs. 1 SGB V vorsieht, werden aller Voraussicht nach vorrangig von jungen, gesunden und einkommensstärkeren Versicherten in Anspruch genommen. Für Versicherte, die häufig krank sind, sind solche Tarife unattraktiv; Versicherte, die nur ein geringes Einkommen haben, können sich Selbstbehalte nicht „leisten“. Insofern verstößt die Neuregelung gegen das Solidar-

prinzip der GKV, wonach Gesunde, Junge und Einkommensstarke die Leistungen für Kranke, Alte und Einkommensschwächere mitfinanzieren sollen.

Zudem gilt es zu bedenken, dass Selbstbehalttarife und die Perspektive der Beitragsrückerstattung bei Nicht-Inanspruchnahme von Leistungen die Versicherten dazu verleiten, notwendige Arztbesuche zu verschieben mit der Folge, dass bestehende Krankheiten sich weiter verschlimmern und dadurch später umso höhere Ausgaben der GKV verursachen. Die GdS lehnt derartige Wahltarife daher ab.

Korrekturbedürftig sind auf jeden Fall die Absätze 6 und 7 des § 53 SGB V (Entwurf). Die darin vorgesehenen Neuregelungen führen nämlich zu gravierenden finanziellen Mehrbelastungen für die Dienstordnungsangestellten und Beamten der Krankenkassen(-verbände). Da dieser Personenkreis keinen Anspruch auf einen Arbeitgeberzuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag hat, ist ihm durch den 1989 eingeführten § 14 SGB V die Möglichkeit der Teilkostenerstattung eingeräumt worden. DO-Angestellte/Beamte, die diese Möglichkeit gewählt haben, brauchen nach den derzeit geltenden Satzungsbestimmungen der Kassen nur 50 %, bei einigen Kassen – je nach Höhe des individuellen Beihilfebemessungssatzes – ggfs. auch nur 30 % des Beitragssatzes zu zahlen. Dafür erhalten sie auch nur 50 bzw. 30 % der Leistungen der GKV; der Rest wird über das Beihilfesystem abgedeckt.

Künftig soll dieser Personenkreis dagegen keine Beitragsermäßigung mehr, sondern „Prämienrückzahlungen in einem der Leistungsbeschränkung entsprechenden Umfang“ erhalten. Dies bedeutet bereits eine erhebliche Verschlechterung gegenüber dem bisherigen Recht, denn die Prämienrückzahlungen sollen erst am Ende des Kalenderjahres erfolgen. Die Betroffenen müssten somit zunächst zwölf Monate lang den vollen Beitrag zahlen, bevor sie einen Teil der gezahlten Beiträge zurückerhalten.

Hinzu kommt aber noch, dass solche Prämienrückzahlungen, die auch für andere Wahltarife vorgesehen sind, nach § 53 Abs. 7 SGB V des Entwurfs nur bis zu 20 % (bei Inanspruchnahme mehrerer Wahltarife: 30 %) der gezahlten Beiträge des Versicherten, höchstens jedoch 600 bzw. 900 Euro im Kalenderjahr betragen dürfen. Für die betroffenen DO-Angestellten/Beamten der Kassen können sich dadurch unter Umständen Mehrbelastungen von monatlich (!) mehr als 260 Euro ergeben.

Die GdS geht davon aus, dass Mehrbelastungen des vorgenannten Personenkreises vom Gesetzgeber nicht gewollt sind, und erwartet deshalb folgende Korrekturen des Gesetzentwurfs:

1. DO-Angestellte/Beamte, die die Teilkostenerstattung nach § 14 SGB V gewählt haben, sind von der Begrenzungsregelung des § 53 Abs. 7 SGB V auszunehmen.
2. Den Krankenkassen muss die Möglichkeit gegeben werden, die Prämienrückzahlungen an die bei ihnen beschäftigten teilkostenversicherten DO-Angestellten/Beamten nicht erst am Ende des Kalenderjahres, sondern monatlich vorzunehmen.
3. Die Prämienrückzahlungen müssen außerdem steuerfrei gestellt werden.

Falls die vorgenannten Korrekturen nicht vorgenommen werden, ist damit zu rechnen, dass die überwiegende Mehrzahl der DO-Angestellten/Beamten ihre Mitgliedschaft bei der Kasse, bei der sie beschäftigt sind, kündigen und sich stattdessen privat krankenversichern werden. Damit würde jedoch der Zielsetzung des § 14 SGB V entgegengewirkt.

zu Nr. 123 (§ 144 SGB V: Freiwillige Vereinigung von Ortskrankenkassen):

Die vorgesehene Klarstellung in § 144 Abs. 1 SGB V ist konsequent, da die Frage in den letzten Jahren mehrfach diskutiert wurde, ob es eines Staatsvertrages bedarf, wenn Ortskrankenkassen aus mehreren Bundesländern fusionieren. Zwar hätte man zunächst gerade von dieser Kassenart eher ein Verbleiben innerhalb der Landesgrenzen erwartet, doch die vollzogene Vereinigung der AOK Rheinland mit der AOK Hamburg und die weitgehend fortgeschrittene, dann aber doch unterbliebene Vereinigung der AOK Westfalen-Lippe mit der AOK Schleswig-Holstein bestätigen die Relevanz dieser Thematik. Angesichts der Gleichbehandlung mit den übrigen Kassenarten und der primären Verantwortung der Selbstverwaltung ist die Klarstellung zu begrüßen.

Die Ergänzung in Absatz 2 des § 144 SGB V greift frühere Initiativen der Bundesländer auf, die für Kassenfusionen in ihrem Bereich mehr Informationen und mehr Einflussmöglichkeiten zur Ausgestaltung ihrer Aufsichtsrechte gewünscht haben. Die Vorlage eines Konzeptes zur Organisations-, Personal- und Finanzstruktur der neuen Krankenkassen einschließlich der Zahl und der Verteilung ihrer Geschäftsstellen ist daher nicht zu beanstanden. Gerade die Organisationsstruktur und die Aufrechterhaltung oder Schließung von Geschäftsstellen einer Krankenkasse haben aber erhebliche Auswirkungen nicht nur für die in der Begründung genannte Betreuung der Versicherten, sondern insbesondere auch auf die Zukunft der Krankenkassenbeschäftigten. Mit der Genehmigung eines Fusionsantrages wird daher auch eine Mitverantwortung der Aufsichtsbehörden für die Verlässlichkeit der Anlagen entstehen, die sich mit den Strukturen der Kasse und ihrer Personalentwicklung befassen.

zu Nr. 124 (§ 155 SGB V: Abwicklung der Geschäfte und Haftung für Verpflichtungen bei Auflösung oder Schließung von Betriebskrankenkassen):

Die geplante Neuregelung der Haftung in § 155 SGB V kann nicht isoliert ohne Einbeziehung der Neuregelung in § 171b SGB V zur generellen Insolvenzfähigkeit von landesunmittelbaren Krankenkassen beurteilt werden. Zwar galt die Insolvenzunfähigkeit schon bisher nicht für bundesunmittelbare Krankenkassen, doch wurden daraus keine besonderen Konsequenzen gezogen, wenn man von der Mitgliedschaft im Pensionssicherungsverein für die Zusage von Betriebsrenten oder Versorgungsleistungen an dienstordnungsmäßig Angestellte einmal absieht. Insofern wurde das Schließungsrecht des SGB V als faktisches Spezialrecht gegenüber der Insolvenzordnung angesehen, zumal die Tatbestände der Schließung wegen fehlender Leistungsfähigkeit den Insolvenzgründen nachgezeichnet waren.

Die Neuordnung der Haftungsstufen folgt zum einen der ebenfalls mit der im GKV-WSG vorgesehenen Neuordnung der Verbandsordnung und der Umwandlung der bisherigen körperschaftlich strukturierten Bundesverbände in Gesellschaften bürger-

lichen Rechts. Die Herausnahme von Landesverbänden als zweite Haftungsebene ist für den Bereich der Betriebskrankenkassen insofern konsequent, als eine Vielzahl von BKKen bundesweit agiert und nur noch aufgrund ihres Sitzes einem Landesverband zugeordnet wird. Im AOK-Bereich sind Landesverbände gänzlich verschwunden, da sie nach § 207 Abs. 2a SGB V nach der Vereinigung aller Mitglieder in einer „Landes-AOK“ in die Rechte und Pflichten des Landesverbandes eingetreten sind. Dies gilt inzwischen teilweise auch für die Innungskrankenkassen, bei denen nach unserer Kenntnis nur noch die Landesverbände in Niedersachsen, Hessen-Thüringen und Sachsen-Anhalt bestehen.

Mag es noch plausibel sein, dass auch die übrigen Betriebskrankenkassen und wegen der Verweisung in § 146a SGB V auch die Ortskrankenkassen und der neuen Verweisung in § 164 Abs. 1 Satz 1 SGB V die Innungskrankenkassen sowie in § 171 Satz 1 SGB V die Ersatzkassen jeweils innerhalb ihres Kassensystems gemeinsam für Verbindlichkeiten haften, wenn der Rückgriff auf Landes- und Bundesverbände nicht mehr möglich ist, ist der Umfang der Haftung jedoch fragwürdig. Denn die gemeinsame Haftung einer aufgelösten oder geschlossenen Krankenkasse betrifft zunächst nur die Verschuldung nach § 222 SGB V oder die auf eine solche Verschuldung mit einer Kausalitätsvermutung zurückzuführenden sonstigen Kosten der Auflösung oder Schließung. Nach § 155 Abs. 5 Satz 2 SGB V (Entwurf) erstreckt sich die Haftung aber weiter auch auf alle Ansprüche der jeweiligen Leistungserbringer und die Ansprüche der Versicherten sowie nach Ziffer 3a auf Forderungen aufgrund zwisehen- und überstaatlichen Rechts.

Nicht abgedeckt sind dagegen die Forderungen anderer Vertragspartner der Krankenkasse, die nicht zu den Leistungserbringern gehören, also insbesondere Lieferanten und möglicherweise Partner etwa im Zusammenhang mit Baumaßnahmen, sowie vor allen Dingen nicht die Forderungen der Beschäftigten. Diese werden nach den Regelungen des Fünften Teils der Insolvenzordnung dem Insolvenzverfahren unterworfen, ohne dass es eine gemeinsame Haftung für solche Verbindlichkeiten gibt. Je nach betroffener Kassenart ist dies eine erhebliche Verschlechterung gegenüber dem bisherigen Rechtszustand. Zwar gilt das nicht unmittelbar für die Betriebskrankenkassen, bei denen solche mit eigenem Personal und solche ohne eigenes Personal gemäß § 147 Abs. 2 SGB V unterschieden werden müssen. Soweit der Arbeitgeber als Trägerunternehmen noch das Personal stellt, bleibt er auch Arbeitgeber für die Beschäftigungsverhältnisse seiner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die in der Betriebskrankenkasse tätig waren. Soweit letztere aber nach einer Ablehnung der Kostenübernahme durch den Arbeitgeber originäre Beschäftigte der Krankenkasse geworden sind, fehlt eine Personalfolgelösung für den Fall der Schließung oder Auflösung. In der Fachliteratur wird dabei von einem Redaktionsversehen des Gesetzgebers gesprochen und die entsprechende Anwendung des § 164 SGB V auch für solche Betriebskrankenkassen empfohlen. Eine Korrektur durch das GKV-WSG wäre deshalb sinnvoll.

Da aber der neue § 155 Abs. 5 SGB V auch für die übrigen Kassenarten gelten soll, kann sich der Insolvenzfall nachteilig auswirken. Wenn nämlich die AOK oder IKK bereits identisch mit dem Landesverband ist, ist die in § 164 Abs. 3 SGB V vorgesehene Übernahmeregelung bei der Schließung einer Mitgliedskasse auf die Landesverbandsebene oder eine andere Mitgliedskasse des gleichen Landesverbandes gegenstandslos. Die Haftung läuft somit ins Leere und wird auch nicht von den übrigen Krankenkassen der gleichen Kassenart aufgefangen, wie dies bei den oben genannten anderen Verpflichtungen der Fall ist. Für die betroffenen Beschäftigten verbliebe

somit allein die insolvenzrechtliche Position eines vorrangigen Massegläubigers. Dies ist angesichts der Tatsache, dass es sich immerhin um Beschäftigte des öffentlichen Dienstes unter dem Dach von Körperschaften des öffentlichen Rechts handelt, in keinem Falle zu verantworten.

Die Problematik verschärft sich noch für Dienstordnungsangestellte oder Versorgungsempfänger, die nach § 164 Abs. 3 bzw. 2 SGB V bisher privilegiert geschützt waren, nun jedoch ebenfalls auf das Insolvenzrecht verwiesen würden. Bei aktiven Beschäftigten mag es dann im Einzelfall noch die Möglichkeit geben, durch Begründung eines anderen Beschäftigungsverhältnisses der Arbeitslosigkeit zu entgehen, für Versorgungsempfänger ist das Leerlaufen keinesfalls zu verantworten. Zwar müssen die Krankenkassen bei Beseitigung ihrer Insolvenzunfähigkeit ihre Versorgungszusagen nach dem Betriebsrentengesetz beim Pensionssicherungsverein (PSV) absichern. Dessen Eintritt für bereits bestehende Versorgungsverpflichtungen ist aber mehr als fraglich, zumal dann, wenn dafür keine Beiträge entrichtet worden sind. Selbst wenn der PSV für solche Verbindlichkeiten haften müsste, wäre deren Umfang mit der zustehenden Beamtenversorgung nicht zu vergleichen, da eine Dynamisierung gesicherter Betriebsrenten gemäß § 16 BetrAVG allenfalls im Rhythmus von drei Jahren vorgesehen ist.

Als unerwünschte Folge käme noch hinzu, dass die so genannten Gewährleistungsbescheide, mit denen die Aufsichtsbehörden bisher die Befreiung der DO-Angestellten von der Rentenversicherungspflicht verfügt haben, in Frage gestellt werden könnten. Diese Bescheide setzen nämlich nicht nur voraus, dass der Arbeitgeber eine Versorgung nach dem Beamtenrecht zugesagt hat; die Einlösung dieser Zusage muss vielmehr auch „gewährleistet“ sein. Wenn diese Voraussetzung nicht mehr gegeben sein ist, würden die DO-Angestellten versicherungspflichtig zur gesetzlichen Rentenversicherung und müssten für die Vergangenheit nachversichert werden; dadurch würden den Kassen aber erhebliche Kosten entstehen.

Angesichts der Beseitigung der bisherigen Bundesverbände als Körperschaften des öffentlichen Rechts ab 2009 kann daher sinnvollerweise für solche Fälle nur eine unbegrenzte Haftung des neu vorgesehenen Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen treten.

zu Nr. 125 (§ 164 SGB V: Abwicklung der Geschäfte und Haftung für Verpflichtungen bei Auflösung oder Schließung von Innungskrankenkassen):

Hierzu wird auf die Ausführungen zu § 155 SGB V verwiesen.

zu Nr. 126 (§ 165 SGB V: See-Krankenkasse):

Die vorgenommenen Änderungen sind folgerichtig, wenn der Gesetzgeber eine weitgehende Gleichstellung der See-Krankenkasse mit den übrigen Krankenkassen und deren Wählbarkeit auch für Versicherte außerhalb des bisherigen Versichertenkreises vollziehen will. Konsequenterweise ist auch die Übernahmeverpflichtung von persönlichen Verwaltungskosten, soweit hier die See-Berufsgenossenschaft Beschäftigungsverhältnisse nach § 165 Abs. 2 Satz 1 SGB V formal verwaltet.

zu Nr. 127 (§ 167 SGB V: Deutsche Rentenversicherung Knappschaft- Bahn-See):

Der bisherige Wortlaut des § 167 SGB V in der Fassung des Gesetzes vom 9. Dezember 2004 war deswegen nicht unproblematisch, weil ein und dieselbe Körperschaft als Rentenversicherungsträger unter dem Namen „Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See“ und als Träger der Kranken- oder Pflegeversicherung unter dem Namen „Knappschaft“ firmierte. Eine einheitliche Benennung ist sinnvoll, auch wenn es ungewöhnlich ist, dass ein Krankenversicherungsträger in seinem Namen nur den anderen Versicherungszweig Rentenversicherung führt. Es wäre aber sinnvoll, längerfristig über einen eigenen Namen nachzudenken, der allen Versicherungsfunktionen dieses Trägers gerecht wird.

zu Nr. 129 (§ 171: Abwicklung der Geschäfte und Haftung bei Auflösung oder Schließung von Ersatzkassen):

Auf die Ausführungen zu § 155 SGB V wird erneut verwiesen.

zu Nr. 130 (§ 171a SGB V -neu-: Kassenartenübergreifende Vereinigung von Krankenkassen):

Auch wenn man – wie die GdS dies tut – eine gegliederte Krankenversicherung befürwortet und eine Einheitsversicherung ablehnt, ist die Trennung in verschiedene Kassenarten im SGB V nur historisch zu erklären. Da AOKs weitgehend den restriktiven Bezug auf eine überschaubaren Stadt- oder Landkreis aufgegeben haben, Innungskrankenkassen häufig nach Öffnung nicht mehr nur die Krankenkasse des Handwerks sind, geöffnete Betriebskrankenkassen mit dem ursprünglichen Trägerunternehmen nichts mehr zu tun haben und Ersatzkassen spätestens seit den Beschlüssen von Lahnstein 1992 durch umfassende Gleichstellung aller Krankenkassen nicht mehr mit dem Begriff „Ersatz“ belegt werden dürften, sind sie außerhalb ihrer Tradition grundsätzlich gleich zu behandeln. Folgerichtig sind auch Fusionen zwischen Krankenkassen unterschiedlicher Kassenarten zu ermöglichen, die Vorschriften des SGB V, die dies nur innerhalb einer Kassenart zuließen, als anachronistisch anzusehen.

Die GdS widerspricht daher nicht der Einfügung des § 171a SGB V, zumal dies nicht der erste Versuch des Gesetzgebers ist, diese überholten Hürden zu beseitigen.

Die Notwendigkeit, mit dem Antrag auf Genehmigung auch eine Erklärung beizufügen, welche Kassenartzugehörigkeit aufrechterhalten bleiben soll, und die damit verbundenen Folgetatbestände einer Ablehnung bei Gefährdung der finanziellen Grundlagen sind so lange plausibel, als eine verbandsinterne Haftungsregelung (§ 155 Abs. 5 SGB V) fortgeschrieben wird.

Welche Relevanz diese Norm entwickeln wird, muss der Zukunft und den Überlegungen der jeweiligen Selbstverwaltungen überlassen bleiben. Es wäre aber zu überlegen, den Krankenkassen auch eine Erklärungspflicht im Kontext zu dem neuen § 144 Abs. 2 SGB V aufzuerlegen, welches Tarifrecht künftig für die Beschäftigten gelten soll. Waren bisher bei Fusionen in aller Regel bei Ersatz-, Innungs- und Ortskrankenkassen sowie bei Mitgliedern innerhalb der BKK-Tarifgemeinschaften gleiche

Tarifsysteme zu verschmelzen und nur beim Zusammentreffen von Betriebskrankenkassen aus unterschiedlichen Tarifsystemen (wie bei der Fusion von BKK Deutsche Post und BKK Volkswagen zur Deutschen BKK) deren Zusammenführung zu bewältigen, wird dies künftig bei kassenartenübergreifenden Fusionen der Regelfall sein.

zu Nr. 131 (§ 171b SGB V -neu-: Insolvenzfähigkeit von Krankenkassen):

Auf die problematischen Konsequenzen für die Beschäftigten einer aufgelösten oder geschlossenen Krankenkasse wurde bereits in den Ausführungen zu § 155 SGB V hingewiesen. Auf eine Wiederholung an dieser Stelle sei deshalb verzichtet. Die GdS erblickt allerdings in dieser Entwicklung einen weiteren Schritt, die gesetzliche Krankenversicherung nicht nur Wettbewerbsmaßstäben zu unterwerfen, sondern auch in der Konkursituation privaten Unternehmen anzugleichen. Ein Ausschluss der Insolvenzfähigkeit galt bisher zwar neben Bund und Ländern als großen Gebietskörperschaften nur für solche Körperschaften des öffentlichen Rechts, die nach Landesrecht für nicht insolvenzfähig erklärt worden sind, was nach unserer Kenntnis noch in vierzehn Bundesländern gilt. Insofern war aber bisher bereits ein Widerspruch zwischen der Rechtslage von bundesunmittelbaren Krankenkassen, für die das Bundesrecht gerade die Insolvenzfähigkeit nicht ausschließen konnte, und von Krankenkassen unter Landesaufsicht. Angesichts der Mitverantwortung von Aufsichtsbehörden bei der Schließung von Krankenkassen ist eine Gleichstellung aller Krankenkassen unabhängig von der Frage ihrer Bundes- oder Landesunmittelbarkeit grundsätzlich zu begrüßen. Nach Auffassung der GdS hatte sich aber das spezielle Schließungsrecht des Sozialgesetzbuchs bewährt. Es wäre daher sinnvoller, eine Gleichstellung dahin gehend zu bewirken, dass auch bundesunmittelbare Krankenkassen für nicht insolvenzfähig erklärt werden.

Noch kann nicht abschließend beurteilt werden, welche Konsequenzen aus der geplanten Neuregelung des § 171b SGB V für die Tatbestände der Überschuldung oder drohenden Zahlungsunfähigkeit gezogen werden müssen. Die GdS hat jedoch die erhebliche Besorgnis, dass bei der Aktivierung der Versorgungsverpflichtungen, die aus den laufenden Einkünften der Krankenkasse befriedigt werden, leicht Insolvenzgründe entstehen könnten. Es wäre fatal, wenn mit Inkrafttreten dieser Regelung nicht wenige Kassenvorstände vor die Alternative gestellt werden, Insolvenzanträge zu stellen, um sich nicht selbst strafbar zu machen.

Zu Nr. 133 (§ 173 SGB V: Allgemeine Wahlrechte der Mitglieder):

In Zusammenhang mit der Zulassung kassenartenübergreifender Fusionen ist es unerlässlich, dass bisher noch bestehende Sonderrechte einzelner Kassenarten abgeschafft werden. Dazu gehört auch, dass alle derzeit am Markt befindlichen Kassen verpflichtet werden, sich zu öffnen.

Die GdS unterstützt daher die in § 173 SGB V vorgesehene Neuregelung, wonach insbesondere auch die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und die See-Krankenkasse künftig von allen Versicherten gewählt werden können.

Gegen die Ausnahmeregelung, dass bislang nicht geöffnete Betriebs- und Innungskrankenkassen sich bis Ende 2008 endgültig entscheiden müssen, ob sie sich öffnen oder dauerhaft geschlossen bleiben wollen, bestehen aus Sicht der GdS keine Be-

denken. Akzeptabel ist auch die in Absatz 2a enthaltene Vertrauensschutzregelung, wonach für Knappschaftsversicherte, denen bisher gegen Entrichtung eines Zusatzbeitrags Mehrleistungen gewährt worden sind, die derzeitige Rechtslage fortgelten soll.

zu Nr. 142 (§ 197b SGB V -neu-: Aufgabenerledigung der Krankenkassen durch Dritte):

Wie § 97 SGB X beweist, ist der Tatbestand einer Aufgabenwahrnehmung durch Dritte dem Sozialrecht nicht unvertraut. Mit dem neuen § 197b droht aber eine Entwicklung, die in der gesetzlichen Krankenversicherung mit Privatisierung und Outsourcing bereits Einzug gehalten hat. Die dafür im Gesetz genannten Konditionen sind allerdings mehr als sensibel. Die (vermeintlich) wirtschaftlichere Aufgabenwahrnehmung wird bei diesbezüglichen Entscheidungen in Kassengremien wahrscheinlich im Vordergrund stehen. Das „wohlverstandene Interesse der Betroffenen“ wird sich indessen – so befürchtet die GdS – nicht am Interesse der Beschäftigten orientieren. Die Rechte der Versicherten dürfen zwar nicht beeinträchtigt und wesentliche Aufgaben zu ihrer Versorgung dürfen gerade nicht auf Dritte verlagert werden. Am unbestimmten Rechtsbegriff der „Wesentlichkeit“ werden sich aber die Geister scheiden. Wir erinnern an den Versuch der AOK Schleswig-Holstein, den gesamten Außendienst in die Hände von freien Handelsvertretern zu geben, was damals die Aufsichtsbehörde in Kiel untersagte. Über Randbereiche wie Reinigungsdienste, Kantinen, Bildungseinrichtungen und Telefonzentralen hinaus gibt es aber Bestrebungen bei Krankenkassen, auch interne Verwaltungsbereiche, wie Immobilienverwaltung und Personalangelegenheiten, Aufgaben im Bereich der Prävention, die Abwicklung von Abrechnungen mit den Leistungserbringern sowie die Akquise neuer Mitglieder außerhalb der eigenen Strukturen durch Dritte zu organisieren. Angesichts der damit in aller Regel verbundenen Verschlechterung der Arbeitsbedingungen hätte sich die GdS eine stärker restriktive gesetzgeberische Begleitung gewünscht und ist besorgt, dass die Neuaufnahme dieser Vorschrift im SGB V von den Verwaltungsräten geradezu als Ermunterung verstanden wird.

zu Nr. 144 (§ 212 SGB V: Umwandlung der Bundesverbände in Gesellschaften des bürgerlichen Rechts) und

zu Nr. 145 (§ 213 SGB V: Rechtsnachfolge, Vermögensübergang und Arbeitsverhältnisse bei Umwandlung der Bundesverbände in Gesellschaften des bürgerlichen Rechts):

Die Etablierung eines neuen Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen wird auf Seite 254 des Gesetzentwurfs nur lapidar damit begründet, dass hierdurch eine „Straffung der Handlungswege“ erreicht und „Handlungsblockaden“ vermieden werden sollen. Diese Behauptung ist jedoch sachlich unzutreffend. Durch die vorgesehene Konzentration von Aufgaben auf den neuen Spitzenverband wird zudem der angestrebten Stärkung des Wettbewerbs entgegengewirkt.

Die GdS ist mehr als besorgt über diese Absicht der Regierungskoalition, die weit über das hinausgeht, was in den Eckpunkten zunächst angesagt war. Ging das ursprüngliche Modell dahin, den neuen Spitzenverband Bund als eingetragenen Verein zu etablieren, wofür es noch im Bereich der Ersatzkassen eine gewisse Analogie ge-

geben hätte, wird jetzt der Spitzenverband Bund als Körperschaft errichtet, die bisherigen Bundesverbände ab 2009 zu Gesellschaften bürgerlichen Rechts „degradiert“.

Aus dem Blickwinkel des Personals, dessen Interessen die GdS vor allen Dingen zu vertreten hat, ist diese Entscheidung mit sehr großen Unsicherheiten verbunden. Zwar werden die Beschäftigungsverhältnisse durch die Änderung des Rechtscharakters der Institution nicht unmittelbar tangiert. Durch den Wegfall vieler Aufgaben stellt sich aber für die Beschäftigten der bisherigen Bundesverbände die Frage, welche Tätigkeiten sie künftig ausüben sollen. Das Bundesministerium für Gesundheit verweist zwar zu Recht darauf, dass der neue Spitzenverband auch Mitarbeiter benötigen wird und diese sicherlich zu einem nicht unerheblichen Teil aus dem Personal der Bundesverbände rekrutieren könnte, die über die entsprechenden Fachkenntnisse verfügen. Da aber noch keine Entscheidung über den Sitz des neuen Spitzenverbandes getroffen wird, wird die Perspektive, zu diesem zu wechseln, ganz wesentlich auch von den Anforderungen an die Mobilität der Beschäftigten geprägt sein.

Richtig ist auch, dass nach dem neuen § 214 SGB V die künftigen bürgerlichen Gesellschaften nicht nur die Aufgabe haben, ihre Verpflichtungen aufgrund der Rechtsnachfolge oder aus Gesetz zu erfüllen. Vielmehr können die Gesellschafter weitere Aufgaben zur Unterstützung der Durchführung der gesetzlichen Krankenversicherung vereinbaren. Das mag in einem gewissen Umfang für die eigene Darstellung im Wettbewerb der verbleibenden Kassenarten Zukunftsperspektiven haben, für viele jetzige Zuständigkeiten der Bundesverbände trifft das allerdings nicht zu.

Die GdS verkennt nicht, dass sowohl durch die zeitlich unbegrenzte Haftung der Gesellschaftsmitglieder als auch die besonderen Regelungen für dienstordnungsmäßig Angestellte ein für Personalübergänge hohes Maß an Sozialverträglichkeit durch den Gesetzgeber konstruiert worden ist. Dennoch darf nicht übersehen werden, dass bei den Mitgliedskassen eine Beunruhigung entstanden ist, dass überwiegend gut bezahlte und hoch qualifizierte Verbandsbeschäftigte zu ihnen wechseln, insbesondere zu den Kassen, die räumlich in der Nähe des jetzigen Sitzes des Bundesverbandes liegen. Hier wird ein Verdrängungswettbewerb gefürchtet, Beförderungs- und Aufstiegschancen der vorhandenen Kassenmitarbeiter könnten dadurch erheblich beeinträchtigt werden. Umgekehrt müssten sich die Beschäftigten, die bisher nur Verbandsaufgaben wahrgenommen haben, ganz erheblich umstellen, um in einem echten Krankenkassenbetrieb adäquate Funktionen zu finden.

Die Bereitschaft der Gesellschaftsmitglieder, ihren Dachverband zu finanzieren, wird nicht unerheblich von dessen Zuständigkeiten und Handlungsmöglichkeiten abhängen. Es ist deshalb eine Wechselwirkung nicht auszuschließen, dass mit Verlust von Kompetenzen und Weggang von Personal auch die Attraktivität der Verbände erheblich leidet. Sie könnten schließlich zu reinen Abwicklungsgesellschaften mutieren, was zusätzlich durch die noch nicht vorhersehbare Entwicklung kassenartenübergreifender Fusionen beschleunigt werden dürfte.

Was die Konstruktion für die Mitarbeitervertretungen anbetrifft, ist der Wechsel aus dem Personalvertretungsrecht in das Betriebsverfassungsrecht zunächst an die Rechtsform des Verbandes gekoppelt und konsequent. Eher problematisch erscheinen der GdS dagegen die Übergangsregelungen in § 213 Abs. 2 und 4 SGB V. Denn die Beteiligungstatbestände des Personalvertretungsgesetzes sind sehr eng mit den tariflichen und beamtenrechtlichen Rechtsinstituten von Körperschaften des öffentlichen Rechts verknüpft, die Formulierungen des Betriebsverfassungsgesetzes pas-

sen dagegen nur mit vielen Auslegungen und Analogien. Die sinngemäße Anwendung personalvertretungsrechtlicher Normen auf Strukturen des Betriebsverfassungsgesetzes mag daher zu weiteren Reibungsverlusten und Rechtsstreitigkeiten führen, die in einer ohnehin angespannten Situation eines solchen Strukturwechsels wenig hilfreich sind.

zu Nr. 146 (§ 214 SGB V: Aufgaben der ehemaligen Bundesverbände nach der Umwandlung in Gesellschaften des bürgerlichen Rechts):

Die Reduzierung der Aufgaben der bisherigen Bundesverbände der Krankenkassen veranlasst zur Sorge, dass sich die Gesellschaften bürgerlichen Rechts zu reinen Abwicklungsgesellschaften entwickeln könnten. Die ihnen verbliebenen Aufgaben nach Gesetz sind überschaubar geworden, die Verpflichtungen aus der Rechtsnachfolge werden mit zunehmender zeitlicher Distanz abnehmen. Ob die Gesellschafter bereit sind, weitere Aufgaben festzulegen, die von ihnen zu erfüllen sind, ist heute schwer vorhersehbar. Die Sorge, dass jedenfalls zahlreiche Arbeitsplätze durch die Verlagerung der Kompetenzen verloren gehen, ohne dass neue Aufgaben hinreichend Ersatzarbeitsplätze schaffen, ist massiv.

zu Nr. 149 (§§ 217a bis 217f SGB V -neu-: Errichtung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen):

Auch wenn die Vereinbarungen der Koalitionsparteien zunächst davon ausgingen, der neue Spitzenverband würde als eingetragener Verein etabliert, ist die Konstruktion als Körperschaft des öffentlichen Rechts nicht falsch, wenn es bei dem Umfang der vorgesehenen Aufgabenübertragung bleiben sollte.

Wenn das BMG nach § 217c Abs. 7 durch Rechtsverordnung die Wahlvorschriften definieren kann und zur ersten Mitgliederversammlung einlädt, mag eine schwierige Situation auftreten, falls nicht alle entsendungsberechtigten Körperschaften der Einladung Folge leisten. Welche Legitimation ein von einer Minderheit gewählter Verwaltungsrat und der von diesem zu wählende Vorstand dann hätten, ist politisch zu definieren.

Offen bleibt, ob der neue Spitzenverband Bund als Körperschaft auch eine Dienstordnung zu beschließen hat. Dies wäre jedenfalls sinnvoll, wenn Mitarbeiter der bisherigen Kassenverbände in einem DO-Status eine Perspektive erhalten sollen, zum neuen Spitzenverband zu wechseln. Offen bleibt aber auch, welchen Arbeitsbedingungen Arbeitnehmer beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen unterworfen werden. Denn der Spitzenverband wird sich zunächst keiner der bisherigen Koalitionen von Arbeitgebern zwangsläufig anschließen. Der einzige Bereich mit von allen Kassenarten im Grundsatz gebilligtem Tarifrecht findet sich derzeit unter dem Dach des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung. Allerdings passt gerade dieses Tarifrecht weniger auf einen Bundesverband, sondern ist auf die speziellen Verhältnisse der Medizinischen Dienste und ihrer Mitarbeiterstrukturen zugeschnitten. Eine Übernahme des Tarifrechtes des Bundes (TVöD und diesen ergänzende Tarifverträge) würde indessen für Mitarbeiter, die von anderen Bundesverbänden der Krankenkassen wechseln, eine Verschlechterung bedeuten. Es wäre daher an eine Übergangsregelung zu denken, die den Spitzenverband Bund verpflichtet, von ande-

ren Kassenverbänden übernommene Mitarbeiter zunächst nach deren Arbeitsbedingungen weiter zu beschäftigen, bis ein eigenes Tarifrecht vereinbart ist.

zu Nr. 150 (§ 219a SGB V: Übertragung der Aufgaben der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland auf den neuen Spitzenverband Bund der Krankenkassen):

Die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA) war bisher als Körperschaft des öffentlichen Rechts konstruiert. Wenn dieser Status aufgehoben und der Spitzenverband Bund zum Rechtsnachfolger erklärt wird, der die Aufgaben der Verbindungsstelle künftig wahrzunehmen hat, wird der Verbindungsstelle eine gewisse bisher vorhandene Eigenständigkeit genommen. Für das Personal gibt die Verweisung auf § 613a BGB nur ein Minimum an sozialverträglichem Schutz ab. Der Verlust der Selbständigkeit führt deshalb zur Sorge, die Zahl der Arbeitsplätze könnte reduziert werden und ohne eigenständigen Stellenplan innerhalb des Spitzenverbandes in ihrer Bedeutung und Gewichtung auch der Aufgaben sinken.

zu Nr. 152 (§ 220 SGB V: Grundsätze bzgl. Aufbringung der Mittel):

Die GdS hält die Übertragung der Zuständigkeit zur Festlegung des Krankenkassenbeitrages auf die Bundesregierung für den falschen Weg. Auch wenn ein einheitlicher Beitrag politisch gewollt sein sollte, wird dies durch die Perspektive eines „kassenindividuellen“, allein von den Versicherten zu tragenden Zusatzbeitrags nicht zu einer vollständigen Stabilität und Identität zwischen allen Trägern der GKV führen. Die Selbstverwaltung ihrerseits hatte bisher in der Festsetzung des Beitrages ein wichtiges Gestaltungsinstrument in der Hand und konnte damit vor allen Dingen auch die wettbewerbliche Position der eigenen Krankenkasse steuern.

Unter diesen Vorzeichen werden die neuen Vorschriften des § 220 SGB V zur Festsetzung des einheitlichen Beitrages und die Konditionen für seine Erhöhung oder Ermäßigung nur als notwendige Folgen einer politisch nicht gewünschten Ausgangsregelung angesehen. Die GdS hat hier insbesondere Sorge wegen der mehrfachen Verwendung des Begriffes „voraussichtlich“, der sich sowohl auf die Einnahmen als auch die Ausgaben der Krankenkassen bezieht. Gerade die vergangenen Jahre haben gezeigt, wie unzuverlässig Voraussagen über diese Entwicklungen gewesen sind und wie wenig verlässlich Prognosen zum Jahresbeginn die Einnahmen- wie auch die Ausgabenseite definiert haben. Das hat nicht nur mit den Wanderungsbewegungen von Krankenkassenmitgliedern, sondern auch mit der generellen Arbeitsmarktlage und dem technischen Fortschritt in der Medizin zu tun und kann zusätzlich durch wenig steuerbare Dynamik von Krankheitsverläufen (z.B. Epidemien) massiv beeinflusst werden. Nachbesserungen oder Übersteuerungen sind deshalb nicht auszuschließen. Eine bundeseinheitliche Regelung wird sich dabei als wesentlich träger erweisen als die bisherigen Festlegungen durch die Krankenkassen selbst.

zu Nr. 153 (§ 221 SGB V: Beteiligung des Bundes an Aufwendungen):

Die GdS fordert bereits seit vielen Jahren eine Gleichstellung der gesetzlichen Krankenversicherung mit anderen Versicherungszweigen, was die Steuerfinanzierung so genannter versicherungsfremder Leistungen anbetrifft. Deshalb begrüßt sie die Betei-

ligung des Bundes an den Aufwendungen der GKV, auch wenn die in § 221 genannten Start-Summen zunächst nur einen Bruchteil der als versicherungsfremd zu deklarierenden Aufgaben, die nicht nur von der Solidargemeinschaft, sondern von der Gesellschaft insgesamt zu tragen sind, erfassen würden.

Insofern ist die Vorschrift zusammen mit Artikel 2 Nr. 29 zu bewerten, wo die weitere Entwicklung für die Jahre ab 2009 definiert wird. Obwohl im Wortlauf dieser Vorschrift nur auf „versicherungsfremde Leistungen“ verwiesen wird, wird die Zielsetzung in der Begründung des Gesetzentwurfs näher definiert. Zu Artikel 1 Nr. 153 heißt es dort zwar nur, dass die Bundeszuschüsse „zur pauschalen Abgeltung versicherungsfremder Leistungen“ gezahlt würden. In der Begründung zu Artikel 2 Nr. 29 ist aber insbesondere die „beitragsfreie Mitversicherung von Kindern“ als Beispiel dafür genannt, dass der Bundeszuschuss einen wichtigen Beitrag zur Erhaltung gesamtgesellschaftlicher Solidarität leiste. Auf diese Weise werde die GKV „auf eine langfristige, stabilere, gerechtere und beschäftigungsfördernde Basis gestellt“.

Im übrigen muss sich der Gesetzgeber bewusst sein, dass die Teilfinanzierung aus Steuermitteln nicht ein beliebiges Instrument ist, das je nach Haushaltslage durch gesetzgeberischen Akt eingeführt oder abgeschafft oder in seiner Höhe an Einnahmeschwankungen aus Steuermitteln angeglichen werden kann. Es bedarf hier einer mittelfristigen Verlässlichkeit, die die Kostenverteilung zwischen Beiträgen und Steuern klären muss. Die Erfahrungen aus dem Bundeszuschuss zur gesetzlichen Rentenversicherung machen deutlich, dass dies nicht nur eine formale Befürchtung ist, sondern der Appell zur Kontinuität hohe Berechtigung hat. Auch die aus der Tabaksteuer finanzierte Bezuschussung der GKV durch den Bund, die inzwischen durch das Haushaltsbegleitgesetz 2006 wieder beseitigt wurde, macht deutlich, dass auf dieser Ebene gerade keine nachhaltige Kalkulation bisher möglich war. Das sollte sich in der Zukunft nicht wiederholen!

zu Nr. 159 (§ 241 SGB V: Festsetzung des allgemeinen Beitragssatzes durch Rechtsverordnung):

Was die grundsätzliche Verlagerung der Zuständigkeit für die Festsetzung des allgemeinen Beitragssatzes auf die Bundesregierung anbetrifft, sei auf die Ausführungen zu Nr. 152 verwiesen. Bezeichnend findet die GdS die Absicht der Bundesregierung, sich selbst für den Erlass einer entsprechenden Rechtsverordnung zeitliche Vorgaben zu setzen, damit der Deutsche Bundestag die Möglichkeit hat, sich mit der Verordnung zu befassen. Ob dafür drei Wochen ausreichend sind, wenn es um sehr komplexe Kalkulationsgrundlagen geht, wird sich in Zukunft erweisen; aus heutiger Sicht ist dies jedenfalls zu bezweifeln.

zu Nr. 161 (§ 242 SGB V: Kassenindividueller Zusatzbeitrag):

Der kassenindividuelle Zusatzbeitrag wird ein äußerst ungeliebtes Instrument werden, weil er die Wettbewerbssituation derjenigen Kassen, die diesen Beitrag erheben, nachhaltig verschlechtern wird. So wie derzeit Übersichten über die Beitragshöhen in allen Zeitschriften zu finden sind, wird es künftig Übersichten über die Zusatzprämien geben, die als Parameter für Mitgliederbewegungen dienen werden. Es ist deshalb bezeichnend, dass der neue § 242 Regelungen für den Fall enthält, dass die Kasse selbst keine entsprechenden Beschlüsse zu fassen bereit ist. Die GdS befürchtet,

dass Vorstände und Verwaltungsräte zunächst alle anderen Maßnahmen ins Auge fassen werden, um solche Zusatzbeiträge zu vermeiden. Das wird nicht nur das Personal zu spüren haben, sondern dies wird insbesondere auch im Bereich der freiwilligen Satzungsleistungen – etwa in der Prävention – zu Kürzungen führen. Dies kann eigentlich gesundheitspolitisch nicht gewollt sein.

Hinsichtlich der Konstruktion des Zusatzbeitrags beklagt die GdS, dass damit ein weiteres Mal die Parität zwischen Arbeitgeberanteil und Versichertenanteil an der KV-Finanzierung zu Lasten der Arbeitnehmerschaft verlagert wird. Auch wenn über die Dimensionierung von 95 Prozent zu 5 Prozent eine gewisse Vorgewichtung bereits durch den Gesetzgeber vollzogen wird, bei der im größeren Anteil die Arbeitgeber außerhalb des Sonderbeitrags der Versicherten an der Finanzierung beteiligt bleiben, ist die alleinige Übernahme von solchen Zusatzkosten aus unserer Sicht nicht nachvollziehbar. Die Finanzierung des medizinisch Notwendigen sollte auch in Zukunft paritätisch geschultert werden.

Was die Belastungsgrenze für Mitglieder mit niedrigen Einkünften angeht, will die GdS die Diskussion der vergangenen Wochen nicht an dieser Stelle erneuern. Aus dem Blickwinkel der Kassenbeschäftigten sei aber angemerkt, dass die Abwicklung eines solchen Zusatzbeitrages nicht zu Verwaltungskosten und bürokratischen Prüfungsvorgängen führen darf, die in keinem Verhältnis mehr zur Höhe der zusätzlichen Einnahmen stehen könnte.

zu Nr. 178 ff. (§§ 266 bis 272 SGB V: Einrichtung eines Gesundheitsfonds mit Neugestaltung des Risikostrukturausgleichs):

Mit der Einrichtung des geplanten Gesundheitsfonds wird zwar ein grundlegend neues Element in die gesetzliche Krankenversicherung eingeführt. Die GdS vermag jedoch nicht zu erkennen, dass sich hieraus irgendwelche Vorteile oder Verbesserungen gegenüber dem bisherigen System ergeben. Weder führt der Fonds zu höheren Einnahmen der GKV noch wird dadurch der Wettbewerb zwischen den Kassen gestärkt.

Stattdessen werden zusätzliche Kosten entstehen, denn die Krankenkassen müssen die monatlich eingenommen Beiträge zunächst vollständig an den beim Bundesversicherungsamt eingerichteten Fonds abführen und erhalten anschließend – ebenfalls monatlich – von dort wiederum Zuweisungen zur Deckung ihrer Ausgaben. Neben einer Grundpauschale sollen diese Zuweisungen alters-, geschlechts- und risikoadjustierte Zu- und Abschläge zum Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen sowie Zuweisungen für sonstige Ausgaben (z. B. für standardisierte Verwaltungsausgaben, für aufwändige Leistungsfälle und für Ausgaben im Zusammenhang mit Disease-Management-Programmen) umfassen.

Der derzeitige Risikostrukturausgleich ist dagegen wesentlich einfacher gestaltet, denn hierbei werden die von den Krankenkassen in den RSA abzuführenden Beiträge mit den zustehenden Zuweisungen verrechnet, so dass nur halb so viele Überweisungsvorgänge wie bei der geplanten Neuregelung anfallen.

Erheblich verkompliziert wird dieses Vorhaben noch durch die in § 272 SGB V -neuvorgesehenen Übergangsregelungen zur Einführung des Gesundheitsfonds. Diese Regelungen, die als Kompromisslösung nach den Protesten der Länder Baden-

Württemberg und Bayern vereinbart worden sind, stellen ein Musterbeispiel dafür dar, wie man Gesetzesvorschriften formulieren sollte, damit sie für Laien nicht mehr verständlich sind.

Die GdS plädiert deshalb nachdrücklich dafür, auf die Einrichtung des Gesundheitsfonds zu verzichten.

zu Nr. 190 (§ 282 SGB V: Neuerrichtung eines Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen):

Gegen die Umwandlung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände in eine Körperschaft des öffentlichen Rechts werden von der GdS keine Einwendungen erhoben. Die Umwandlung stärkt die Selbständigkeit und Durchsetzungsfähigkeit dieser wichtigen Institution, die gerade auch Aufgaben der Kostenkontrolle wahrzunehmen hat. Das an die Stelle der Spitzenverbände der Krankenkassen der neue Spitzenverband Bund tritt und die Errichtung zum 1. Januar 2008 mit dessen Schaffung koordiniert wird, ist in sich schlüssig konstruiert.

Artikel 2: Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

zu Nr. 29 (§ 221 SGB V: Beteiligung des Bundes an Aufwendungen ab 2009):

Hierzu wird auf die Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 153 verwiesen.

Artikel 5: Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

zu Nr. 3 (§ 28f SGB IV: Einrichtung von Weiterleitungsstellen für Gesamtsozialversicherungsbeiträge, Beitragsnachweise und dgl.):

Welch hohe Sensibilität die Verlagerung von Aufgaben im Bereich des Beitragswesens bei den Krankenkassen hat, haben die Demonstrationen der Krankenkassenbeschäftigten Anfang Juli 2006 bewiesen. Deshalb ist auch die Einrichtung von Weiterleitungsstellen (beauftragte Stellen), die sich der Arbeitgeber statt der originären Einzugsstelle seiner zuständigen Krankenkasse aussuchen kann, mit Vorsicht zu prüfen.

Die GdS verkennt nicht, dass bereits in dem 2004 vorgelegten Referentenentwurf eines „Gesetzes zur Stärkung der Wirtschaftlichkeit in der Sozialversicherung (Wirtschaftlichkeitsstärkungsgesetz)“ auf Betreiben der Krankenkassenverbände kassenartenübergreifende Inkassostellen vorgesehen waren. Damals war die Triebfeder für den Vorschlag der Kassen die Sorge, der Beitragseinzug könne wie zuvor auch die Betriebsprüfung von der gesetzlichen Krankenversicherung auf die Rentenversicherung übertragen werden. Der Vorschlag hat sich als nicht durchsetzungsfähig gegenüber den Ländern erwiesen, so dass er in der abschließenden Fassung des dann Verwaltungsvereinfachungsgesetz genannten Normwerkes nicht mehr enthalten war.

Die damaligen Erfahrungen machen aber deutlich, dass mit der Errichtung solcher Stellen auch ein erheblicher Verwaltungsaufwand verbunden sein wird. Nicht nur das Wahlrecht der Arbeitgeber, sondern insbesondere auch die Verpflichtung der Weiterleitungsstellen, arbeitstäglich unmittelbar an die in § 28k genannten Stellen weiter zu überweisen, machen einen kontinuierlichen Betrieb und eine entsprechende Kontrolle notwendig. Es sei nicht verschwiegen, dass bei vielen Beschäftigten auch diese Weiterleitungsstellen mit Suspekt betrachtet werden, nachdem in der Anfangsphase der Gesundheitsreform die Verlagerung der Zuständigkeiten aus dem Beitragseinzug auf den Gesundheitsfonds viele Befürchtungen bestätigten.

Artikel 16: Weitere Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989):

Zu Nr. 3 (§ 34 KVLG 1989: Besondere Verbandsaufgaben in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung):

Die Beseitigung des Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Krankenkassen als Körperschaft des öffentlichen Rechts durch Artikel 1 Nr. 144 (Streichung des § 212 Abs. 2 SGB V) hält die GdS für eine falsche Entscheidung. Die Wahrnehmung der Aufgaben der landwirtschaftlichen Krankenversicherung durch den Gesamtverband der landwirtschaftlichen Alterskassen kann die bisherige Funktion nicht sinnvoll ersetzen.

Zwar kann man darüber streiten, ob unter einem Dach angesiedelte Körperschaften des öffentlichen Rechts mit vielfachen Zwischenverbindungen und gemeinsamen Abteilungen, wie dies in der landwirtschaftlichen Unfallversicherung, Krankenversicherung und Alterssicherung der Fall ist, besser zu einer gemeinsamen Körperschaft verbunden werden. Die GdS hatte diese Forderung im Zusammenhang mit der Organisationsreform der landwirtschaftlichen Sozialversicherung 2001 erhoben. Da der Bundesgesetzgeber sich aber dafür entschieden hat, eine solche Verschmelzung nicht vorzunehmen, obwohl etwa im Bereich der knappschaftlichen oder der See-Versicherung vergleichbare Konstruktionen existierten, muss dies zwangsläufig auch bis auf die Bundesebene eine adäquate Fortsetzung haben. Dies schließt die Beseitigung eines eigenständigen Bundesverbandes aus. Es mag hinzukommen, dass nicht wenige Kontroll- und Steuerungsaufgaben, die der Gesetzgeber mit dem LSV-Organisationsgesetz durchzusetzen hoffte, gerade als Geschäftsgrundlage einen eigenständigen Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen voraussetzen. Es ist zwar nachzuvollziehen, dass die Verfasser eine gewisse Gleichstellung mit den übrigen Kassenverbänden vollziehen wollten. Doch ist die Auflösung etwas anderes als die Veränderung der Rechtsform und wird deshalb von der GdS nicht mitgetragen.

**Artikel 43: Änderung des Gesetzes über den Versicherungsvertrag i. V. m.
Artikel 44: Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes**

Die GdS hat sich stets für die Beibehaltung der Zweigleisigkeit von gesetzlicher und privater Krankenversicherung ausgesprochen und den Gesetzgeber aufgefordert, beide Systeme in sich funktionsfähig und überlebensfähig zu halten. Ein Wechsel zwischen den Systemen sollte in gewissem Umfang möglich sein, ohne dass dabei

im Sinne einer Rosinenpickerei ein ständiges Tauschen der Systeme zur Optimierung von Vorteilen zugelassen werden darf.

Zu begrüßen ist die Einführung der Portabilität von Altersrückstellungen innerhalb des PKV-Systems, weil deren Fehlen bisher den Versicherungswechsel von privat-versicherten Personen erheblich erschwert hat.

Die GdS hält zudem auch die Einführung eines über den bisherigen Standardtarif hinausgehenden Basistarifs, der allen PKV-Versicherten offen steht, für sinnvoll. Diese Bewertung ist allerdings mit der Erwartung verbunden, dass die bisherige Tarifvielfalt der PKV nicht angegriffen wird und insbesondere die Vergabe von Arbeitgeberzuschüssen nicht an die Wahl eines Basistarifs geknüpft wird.

Zu den Einzelheiten des Basistarifs und des damit verknüpften Risikoausgleichs verweist die GdS auf die Stellungnahme ihrer Dachorganisation dbb beamtenbund und tarifunion.