

**BKK Bundesverband**  
**Stellvertreterin des Vorstandes**

**BKK®**

Deutscher Bundestag  
Ausschuss für Gesundheit  
Frau Dr. Martina Bunge, MdB  
Platz der Republik 1  
11011 Berlin

Kronprinzenstr. 6  
45128 Essen

Telefon: +49 201 179-01  
Durchwahl: +49 201 179-1200  
Telefax: +49 201 179-1001  
E-Mail: DemmerH@bkk-bv.de

Essen, 17. September 2008

**Stellungnahme des BKK Bundesverbandes zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) - BT-Drs. 16/9559 -**

Sehr geehrte Frau Dr. Bunge,  
sehr geehrte Damen und Herren,

der BKK Bundesverband bedankt sich für Ihre Einladung zur Anhörung am 24. September 2008 und übermittelt Ihnen anbei eine schriftliche Stellungnahme für die betriebliche Krankenversicherung.

Zusammenfassend ist u. E. zu begrüßen, dass mit dem GKV-OrgWG alle Krankenkassen ab dem 1. Januar 2010 Deckungskapital für Versorgungszusagen aufzubauen haben. Ordnungspolitisch inakzeptabel ist es allerdings, dass Krankenkassen, die eine solche Vorsorge bereits in der Vergangenheit getroffen haben, nunmehr – im Zuge der Ausfallbürgschaft aller Krankenkassen über den Spitzenverband Bund – im Schließungs- und Insolvenzfall für die Versäumnisse von Wettbewerbern (bezogen auf Versorgungszusagen oder an anderer Stelle) zur Haftung herangezogen werden.

Vor diesem Hintergrund ist es aus Sicht des BKK Bundesverbandes vorrangig, durch entsprechende Präzisierungen im vorliegenden Gesetzentwurf die Anreize zur Vermeidung von Haftungsfällen und die Instrumente für die vorrangig haftenden Kas- senarten so gut wie möglich auszugestalten. Dies bedeutet insbesondere den Verzicht auf einen Schwellenwert im Insolvenz- wie im Schließungsfall. Des weiteren

sind die §§ 172 und 265b so zu fassen, dass den Krankenkassen und Verbänden einer Kassenart wirksame Instrumente der Haftungsprävention und Krisenintervention an die Hand gegeben werden. Interventionen durch die Aufsichten und die Sozialisierung von Schließungs- und Insolvenzlasten über den Spitzenverband Bund zu Lasten aller Beitragszahler müssen Ultima Ratio bleiben.

Im Übrigen ist durch entsprechende Klarstellungen dafür Sorge zu tragen, dass die Schutzrechte der Beschäftigten aller Krankenkassen und ihrer Verbände - unabhängig von der Kassenart - gleichermaßen gewahrt bleiben. Eine Ungleichbehandlung ist laut Gesetzesbegründung nicht intendiert und stünde gerade den Trägern der sozialen Krankenversicherung schlecht an.

Zur Durchführung des Gesundheitsfonds enthält der Gesetzentwurf Regelungen, wie die unterschiedlichen Arten der Mittelzuweisungen an die Krankenkassen ermittelt und diesen mitgeteilt werden sollen. Angesichts der grundsätzlichen Änderungen zur Finanzierung ist es unabdingbar, dass die Bekanntgabe der Grundpauschale zum 1. November 2008 erfolgt und dass das dabei zugrunde liegende Volumen des Gesundheitsfonds auch beim Schlussausgleich unverändert zu Grunde gelegt wird, um die Planungssicherheit der Krankenkassen zu gewährleisten. Des weiteren ist zu konstatieren, dass die Einteilung der Zuweisung für Verwaltungskosten im Verhältnis 50 % nach den durchschnittlichen Verwaltungskosten und 50 % entsprechend der kassenindividuellen Morbidität willkürlich ist und keine Wirtschaftlichkeitsanreize setzt. Ein solcher Anreiz könnte wirksam dadurch gesetzt werden, indem die durchschnittlichen Verwaltungskosten des Jahres 2007 als Basis herangezogen werden. Im Übrigen ist eine Schlechterstellung nicht geöffneter BKK bei der Verwaltungskostenzuweisung strikt zurückzuweisen; eine solche Differenzierung würde freiwillige soziale Leistungen der Trägerunternehmen - die nunmehr ja arbeitgeberseitig den Einheitsbeitrag zu tragen haben - torpedieren. Schließlich könnten auch die Zuweisungen für Satzungsleistungen mit stärkeren Anreizen zur Wirtschaftlichkeit versehen werden, indem die durchschnittlichen Ausgaben für Satzungsleistungen je Versicherten des Jahres 2008 als Basis herangezogen werden.

Hierzu wie zu weiteren Einzelregelungen des GKV-OrgWG finden Sie in der Anlage unsere Bewertung und hiermit verbundene Änderungsvorschläge.

Abschließend möchten wir darauf hinweisen, dass wir den bereits bekannt gewordenen Änderungsvorschlag aus Bayern zur hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b SGB V) höchst kritisch bewerten und hierzu in der Anlage ebenfalls näher Stellung nehmen. Eine solche Regelung wäre ebenfalls wettbewerbsfeindlich und würde dem Wirtschaftlichkeitsgebot der GKV entgegenstehen.

Mit freundlichem Gruß



Dr. Hildegard Demmer

Anlage



## **Einführung**

Sowohl das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wie das nachstehend bewertete GKV-OrgWG beinhalten für die Weiterentwicklung der sozialen Krankenversicherung in Deutschland mehr Risiken als Chancen. Die Vielzahl der zum 1. Januar 2009 anstehenden Änderungen der GKV-Finanzierung - einschließlich der Vergütungsänderungen insbesondere im ambulanten Sektor - bedeuten ein solches Maß an Planungsunsicherheit, dass zumindest die Beitragsautonomie und auch unterjährige Anpassungsfähigkeit im Jahr 2009 noch den einzelnen Krankenkassen belassen werden sollte.

Dies vorangeschickt bleibt bezogen auf den vorliegenden Gesetzentwurf zu begrüßen, dass mit dem GKV-OrgWG alle Krankenkassen ab dem 1. Januar 2010 Deckungskapital für Versorgungszusagen aufzubauen haben. Ordnungspolitisch inakzeptabel ist es allerdings, dass Krankenkassen, die eine solche Vorsorge bereits in der Vergangenheit getroffen haben, nunmehr – im Zuge der Ausfallbürgschaft aller Krankenkassen über den Spitzenverband Bund – im Schließungs- und Insolvenzfall für die Versäumnisse von Wettbewerbern (bezogen auf Versorgungszusagen oder an anderer Stelle) zur Haftung herangezogen werden.

Vor diesem Hintergrund ist es aus Sicht des BKK Bundesverbandes vorrangig, durch entsprechende Präzisierungen im vorliegenden Gesetzentwurf die Anreize zur Vermeidung von Haftungsfällen und die Instrumente für die vorrangig haftenden Kassenarten so gut wie möglich auszugestalten. Dies bedeutet insbesondere den Verzicht auf einen Schwellenwert im Insolvenz- wie im Schließungsfall. Des weiteren sind die §§ 172 und 265b so zu fassen, dass den Krankenkassen und Verbänden einer Kassenart wirksame Instrumente der Haftungsprävention und Krisenintervention an die Hand gegeben werden. Interventionen durch die Aufsichts- und die Sozialisierung von Schließungs- und Insolvenzlasten über den Spitzenverband Bund zu Lasten aller Beitragszahler müssen Ultima Ratio bleiben.

Im Übrigen ist durch entsprechende Klarstellungen dafür Sorge zu tragen, dass die Schutzrechte der Beschäftigten aller Krankenkassen und ihrer Verbände - unabhängig von der Kassenart - gleichermaßen gewahrt bleiben. Eine Ungleichbehandlung ist laut



Gesetzesbegründung nicht intendiert und stünde gerade den Trägern der sozialen Krankenversicherung schlecht an.

Zur Durchführung des Gesundheitsfonds enthält der Gesetzentwurf Regelungen, wie die unterschiedlichen Arten der Mittelzuweisungen an die Krankenkassen ermittelt und diesen mitgeteilt werden sollen. Angesichts der grundsätzlichen Änderungen zur Finanzierung ist es unabdingbar, dass die Bekanntgabe der Grundpauschale zum 1. November 2008 erfolgt und dass das dabei zugrunde liegende Volumen des Gesundheitsfonds auch beim Schlussausgleich unverändert zu Grunde gelegt wird, um die Planungssicherheit der Krankenkassen zu gewährleisten. Des Weiteren ist zu konstatieren, dass die Einteilung der Zuweisung für Verwaltungskosten im Verhältnis 50 % nach den durchschnittlichen Verwaltungskosten und 50 % entsprechend der kassenindividuellen Morbidität willkürlich ist und keine Wirtschaftlichkeitsanreize setzt. Ein solcher Anreiz könnte wirksam dadurch gesetzt werden, indem die durchschnittlichen Verwaltungskosten des Jahres 2007 als Basis herangezogen werden. Im Übrigen ist eine Schlechterstellung nicht geöffneter BKK bei der Verwaltungskostenzuweisung strikt zurückzuweisen; eine solche Differenzierung würde freiwillige soziale Leistungen der Trägerunternehmen - die nunmehr ja arbeitgeberseitig den Einheitsbeitrag zu tragen haben - torpedieren. Schließlich könnten auch die Zuweisungen für Satzungsleistungen mit stärkeren Anreizen zur Wirtschaftlichkeit versehen werden, indem die durchschnittlichen Ausgaben für Satzungsleistungen je Versicherten des Jahres 2008 als Basis herangezogen werden.

Hierzu wie zu weiteren Einzelregelungen des GKV-OrgWG sind die Bewertung und hiermit verbundene Änderungsvorschläge nachstehend ausgeführt.

Der BKK Bundesverband bewertet zudem den bereits bekannt gewordenen Änderungsvorschlag aus Bayern zur hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b SGB V) höchst kritisch und nimmt hierzu in der Anlage ebenfalls näher Stellung. Eine solche Regelung wäre ebenfalls wettbewerbsfeindlich und würde dem Wirtschaftlichkeitsgebot der GKV entgegenstehen.

Stellungnahme des BKK Bundesverbandes  
vom 17.09.2008 zum Entwurf des GKV-OrgWG  
Bundestags-Drucksache 16/9559 - vom 16.06.2008



Stellungnahme des  
BKK Bundesverbandes  
zum Entwurf für ein „Gesetz zur Weiterentwicklung  
der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen  
Krankenversicherung“  
(GKV-OrgWG) vom 16.06.2008  
Bundestags-Drucksache 16/9559

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Kommentierung BKK Bundesverband
Art. 1 Nr. 1 § 26 Abs. 3 Satz 2 SGB V	Förderungen der Inanspruchnahme von Kinderuntersuchungen durch die Landesverbände der KK und die zuständigen Stellen der Länder; hierfür Rahmenvereinbarungen über durchzuführende Maßnahmen	Der Sinn von (verbindlichen?) Rahmenvereinbarungen auf der Landesebene wird bezweifelt. Einige Länder haben bereits Gesetze mit einer verpflichtenden Teilnahme an den Kinderuntersuchungen verabschiedet. Im Übrigen fördern BKK mit diversen Aktivitäten der BKK („Fit von klein auf“, Kita-Vorsorgebogen, „Dr. Schnupper“) die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen.
Art. 1 Nr. 2 Buchstabe a § 101 Abs. 4 Satz 5 SGB V	Sicherstellung eines Versorgungsanteils in Höhe von 20 % für die psychotherapeutisch tätigen Ärzte und mindestens von 10 % für die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen für die Zeit bis 31.12.2013	Der vorgesehene Versorgungsanteil von 20 % für die psychotherapeutisch tätigen Ärzte kann mitgetragen werden; er entspricht der derzeit bestehenden Quote. Die Versorgungsquote von 10 % für die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist im Hinblick auf den stetig wachsenden Anteil der psychisch kranken Kinder und Jugendlichen eher etwas zu gering angesetzt. Soweit dieser Trend nicht durch Präventivmaßnahmen der Familien- und Bildungspolitik zu stoppen ist, wäre voraussichtlich eine Erhöhung dieser Mindestquote angezeigt.
Art. 1 Nr. 3 § 155 Abs. 1, 4 und 5 SGB V	<p>a) zu Abs. 1: falls bisheriger Vorstand (VO) ausscheidet, Bestimmung eines Abwicklungsvorstandes durch die Aufsicht, nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (SpBund) und des Landesverbandes (LV)</p> <p>b) aa) zu Abs. 4: sind die BKK (ist die Kassenart) nicht zur Erfüllung schließungsbedingter Verpflichtungen in der Lage, macht der SpBund den nicht gedeckten Betrag bei allen anderen Krankenkassen (ausgenommen: landwirtschaftliche) geltend</p> <p>b) bb) zu Abs. 4: § 164 Abs. 2 bis 4 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass § 164 Abs. 3 S. 3 nur für ordentlich unkündbare Beschäftigte gilt</p> <p>c) zu Abs. 5: die kassenartbezogene Haftungsverpflichtung einer Krankenkasse für ungedeckte Versorgungsansprüche geht im Falle einer Fusion auf die Rechtsnachfolgerin über, mit Wirkung bis zum 31. Dezember 2049</p>	<p>Im Schließungsfall gilt im Unterschied zum Insolvenzfall für die haftenden Krankenkassen der gleichen Kassenart kein Schwellenwert – in der Gegenäußerung der Bundesregierung zur Stellungnahme des Bundesrates vom 4. Juli 2008 (BReg/BR) wird dies zu Recht als Anreiz für die vorrangige, subsidiäre Prävention des Haftungsrisikos bekräftigt. Um diesen Anreiz tatsächlich wirksam werden zu lassen, bedürfte es allerdings stimmiger Ausgestaltung nachfolgender Regelungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verzicht auf den Schwellenwert von 1 Prozent auch für die Haftung der Kassenart im Insolvenzfall in § 171d (sonst liegt hier ein Anreiz, den behaupteten Vorrang der Schließung vor Insolvenz in der Praxis umzudrehen)</li> <li>- Der Vorrang kassenartinterner Hilfen zur Prävention des Haftungsfalles nach § 265b kann realistischerweise nur dann zum Tragen kommen, wenn hierfür in den §§ 155 und 171d gleiche Anreize gesetzt werden und darüber hinaus der Handlungsrahmen der Kassenart in § 265b so ausgestaltet wird, dass rechtliche Möglichkeiten und ökonomische Anreize tatsächlich handlungsfähig machen</li> </ul> <p>Die Verweisung zur Beschäftigungssicherung für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter geschlossener Krankenkassen wird auf den Bereich der BKK erstreckt, zugleich aber bleibt sie auf die DO-Angestellten und wird auf ordentlich un-</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Kommentierung BKK Bundesverband
		<p>kündbare Beschäftigte beschränkt.</p> <p>Die vorgeschlagene Regelung greift zu kurz, um das in der Begründung genannte Ziel der Gleichbehandlung der Beschäftigten aller Kassenarten zu erreichen; daher wird folgende Änderung vorgeschlagen:</p> <p><b>§ 155 SGB V</b></p> <p><b>b) Absatz 4 des Referentenentwurfs wird wie folgt geändert:</b></p> <p><b>Textfassung</b></p> <p>bb) Folgender Satz wird angefügt:</p> <p>„§164 Absatz 2 bis 4 gilt entsprechend für sämtliche Beschäftigte und Beamte von Betriebskrankenkassen. Gleiches gilt für Dienstordnungsangestellte, sofern eine Betriebskrankenkasse durch Rechtsnachfolge eines Verbandes oder Fusion mit einer Krankenkasse einer anderen Kassenart Dienstverhältnisse übernimmt.“</p> <p><b>Begründung</b></p> <p>Die bisherige Begründung des Referentenentwurfs wird durch folgende Begründung ersetzt:</p> <p>„Im Bereich der Innungskrankenkassen besteht über § 164 bei Auflösung oder Schließung einer Krankenkasse ein umfassender Schutz der Dienstordnungsangestellten und Beschäftigten zur Arbeitsplatzsicherung in anderen Kassen der Kassenart. Im Bereich der Allgemeinen Ortskrankenkassen gilt durch einen Verweis auf § 164 die selbe Regelung zugunsten aller Beschäftigten. Im Bereich der Betriebskrankenkassen bestand bis zu gesetzlichen Neuregelungen, die die Öffnung und Verselbständigung der Kasse von ihrem Trägerbetrieb vorsahen, der gleiche umfängliche Schutz, da der Trägerbetrieb die Personalhoheit und damit Beschäftigungsverpflichtung für die Angestellten übernahm. Seit den wettbewerbsfördernden Reformen, die die Trennung vom Trägerbetrieb vorsehen, ist für die Beschäftigten der Betriebskrankenkassen eine Lücke entstanden, die ihnen im Gegensatz zu Beschäftigten von Innungs- und Ortskrankenkassen bei Auflösung oder Schließung einer Betriebskrankenkasse das Risiko der Arbeitslosigkeit aufbürdet.</p> <p>Die vorgeschlagene Neuregelung schließt diese Lücke und stellt die Beschäftig-</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Kommentierung BKK Bundesverband
		<p>ten der Betriebskrankenkassen den Beschäftigten der Innungs- und Ortskrankenkassen wieder gleich. Zudem wird dafür Sorge getragen, dass bundesunmittelbare Betriebskrankenkassen von Dienstbetrieben des Bundes, die originäre Beamte beschäftigen, für diese Personengruppe ebenfalls in die Regelung einbezogen werden. Gleichermäßen wird eine Regelung dafür getroffen, dass Betriebskrankenkassen, die bislang nicht berechtigt waren, Dienstordnungsanstellungsverhältnisse zu begründen, für die Fälle der Rechtsnachfolge von Verbänden oder bei Fusionen von Krankenkassen anderer Kassenarten, die jeweils Dienstordnungsangestellte beschäftigen, ebenfalls in die Regelung einbezogen werden.“</p>
<p>Art. 1 Nr. 4 § 164 SGB V</p>	<p>a) zu Abs. 1: redaktionelle Anpassungen b) zu Abs. 3: Jede IKK (Krankenkasse der Kassenart) ist verpflichtet, entsprechend ihrem Versichertenanteil in der Kassenart DO-mäßige Stellungen ... nachzuweisen und Anstellungen nach Satz 3 anzubieten; Nachweise und Angebote sind den Beschäftigten in geeigneter Form zugänglich zu machen</p>	<p>Die Pflicht, zumutbare Anstellungen nachzuweisen bzw. anzubieten, bleibt unverändert.</p> <p>Da laut Begründung – z.B. mangels LV mit Durchgriffsbefugnissen – ein ausreichendes Selbstorganisationspotential der Kassenart fehlen könnte, um eine ausreichende Zahl von Arbeitsangeboten zu gewährleisten, wird für den Schließungs- wie den Insolvenzfall, die Pflicht der einzelnen Krankenkasse proportional zu ihrem Versichertenanteil in der Kassenart präzisiert; dies ist laut Begründung durch die Aufsicht zu überwachen und durchzusetzen.</p> <p><b>§ 164 SGB V des Referentenentwurfs wird klarstellend wie folgt geändert:</b></p> <p><b>Textfassung</b></p> <p>c) In Absatz 4 werden vor dem Wort „enden“ die Worte „da sie eine Beschäftigung nach Absatz 3 abgelehnt haben,“ eingefügt.</p> <p><b>Begründung</b></p> <p>Die bisherige Begründung des Referentenentwurfs wird um folgenden Satz ergänzt:</p> <p>„Die Ergänzung macht die Folgen der Ablehnung eines Arbeitsplatzangebotes für die Beschäftigten deutlich.“</p>
<p>Art. 1 Nr. 5 § 171 SGB V</p>	<p>a) zu S. 1: Ergänzung des Verweises auf § 164 Abs. 2 bis 5 sowie der Maßgabe, dass § 164 Abs. 3 S. 3 nur für ordentlich unkündbare Beschäftigte gilt</p>	<p>Siehe Nr. 3 und 4 – hier Verankerung in § 171 als Regelung für die Ersatzkassen; zur tatsächlichen Gleichstellung der Ersatzkassen-Beschäftigten wären entsprechende Anpassungen erforderlich.</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Kommentierung BKK Bundesverband	
	b) redaktionell		
Art. 1 Nr. 6 neue Überschrift	<b>Achter Titel – Kassenartenübergreifende Regelungen</b>		
Art. 1 Nr. 7 § 171b SGB V	<p><b>Neufassung § 171b SGB V - Insolvenz von Krankenkassen</b></p> <p>(1) Ab 1. Januar 2010 findet die Insolvenzordnung für alle Krankenkassen mit Ausnahme der landwirtschaftlichen und der Knappschaft mit nachfolgenden Besonderheiten Anwendung</p> <p>(2) Der Vorstand (VO) hat der Aufsicht (auch drohende) Zahlungsunfähigkeit oder Überschuldung unverzüglich anzuzeigen; Verbindlichkeiten für Versorgungszusagen, für die nach § 171d Abs. 1 der SpBund (subsidiär) haftet, sind bei der Feststellung der Überschuldung nicht zu berücksichtigen</p> <p>(3) Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens kann nur die Aufsicht und – aus dem gleichen Grund - nur innerhalb von 3 Monaten nach Anzeige gem. Abs. 2 stellen; liegen zugleich die Voraussetzungen für eine Schließung wegen „auf Dauer nicht mehr gesicherter Leistungsfähigkeit vor“, hat diese Vorrang</p> <p>(4) Aufsicht hat SpBund über Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens unverzüglich zu unterrichten; Auskunfts- und Beteiligungsrechte der Aufsicht und des SpBund ggü. Insolvenzgericht und –verwalter</p> <p>(5) Mit der Eröffnung des Insolvenzverfahrens oder seiner Ablehnung mangels Masse „ist die Krankenkasse geschlossen mit der Maßgabe, dass die Abwicklung ... im Falle der Eröffnung des Insolvenzverfahrens nach ... der Insolvenzordnung erfolgt“.</p> <p>(6) „Zum Vermögen der Krankenkasse gehören die Be-</p>		<p>Die allgemeine Zielsetzung und Begründung des Gesetzentwurfes trägt hierzu nicht. Die Tatsache, dass einige Krankenkassen durch Landesrecht bislang für insolvenzunfähig erklärt wurden, hat diese zwar von Umlagepflichten für das Insolvenzgeld nach SGB III und von der Insolvenzversicherung nach dem Betriebsrentengesetz freigestellt - finanziell war diese Ungleichbehandlung im Wettbewerb der Krankenkassen jedoch nicht bedeutsam.</p> <p>Soweit die Anwendung der Insolvenzordnung wie vorgesehen eingeführt wird, ist es sachgerecht, die (zuvor begründeten) Versorgungszusagen, für die subsidiär der GKV-Spitzenverband haftet, bei der Feststellung der Überschuldung auszuklammern.</p> <p>Die vorgeschlagene Lösung etabliert ein Nebeneinander von Vorschriften des Schließungsrechts nach SGB V und durch das SGB V modifizierten Anwendungen der Insolvenzordnung, die einerseits den Vorrang der Schließung vor Insolvenz behaupten, andererseits – mit der Begrenzung von Haftungspflichten der Kassenart nur im Insolvenzfall in Verbindung mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot der GKV – jedoch die umgekehrte Handhabung durch die Aufsicht nahelegen. Dem Schließungsrecht ist daher Vorrang wirksam nur durch Verzicht auf den Schwellenwert der Kassenarthaftung in Höhe von 1 Prozent der jährlichen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds im Insolvenzfall zu verschaffen.</p> <p>Die sanktionsbewehrte Anzeigepflicht des VO ist neu.</p> <p>Die Begrenzung des Zeitfensters der Entscheidung der Aufsicht auf 3 Monate erscheint ebenso künstlich wie die unterstellte Differenzierung von Insolvenz- und Schließungsgründen. Außerdem wäre es im Sinne einer einheitlichen Handhabung geboten, die Finanzaufsicht für die Krankenkassen ausschließlich einer Organisation zu übertragen, statt diese parallel dem BVA und den Landesaufsichten zu belassen.</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Kommentierung BKK Bundesverband	
	<p>triebsmittel, die Rücklage und das Verwaltungsvermögen. Abweichend von § 260 Abs. 2 Satz 2 bleiben die Beitragsforderungen ... außer Betracht, soweit sie dem Gesundheitsfonds ... zufließen.“</p>		
<p>Art. 1 Nr. 8 § 171c SGB V</p>	<p>Einfügung der §§ 171c bis 171f</p> <p><b>§ 171c - Aufhebung der Haftung nach § 12 Abs. 2 Insolvenzordnung</b></p> <p>„Vom 1. Januar 2009 an haften die Länder nicht mehr ... für die Ansprüche der Beschäftigten von Krankenkassen auf Leistungen der Altersversorgung und auf Insolvenzgeld.“</p>		<p>Die Aufhebung der Haftung der Länder für die Ansprüche der Beschäftigten von Krankenkassen auf Leistungen der Altersversorgung und auf Insolvenzgeld ist die eigentliche Begründung der Neuregelungen zur Haftung, Deckung der Altersversorgungsverpflichtungen und Insolvenz von Krankenkassen: Ohne das Versprechen einer solchen Enthaftung hätte der Bundesrat im Jahr 2007 dem GKV-WSG und insbesondere der Einführung des Einheitsbeitragssatzes und des Gesundheitsfonds seine Zustimmung verweigert.</p> <p>Wenn der Bund die Länder enthaften will, müsste er selbst zugleich das bisher von diesen getragene Risiko übernehmen, anstatt es letztlich auf die Gesamtheit der Beitragszahler zu überwälzen – und zwar unterschiedslos, ob sie bereits zur Deckung von Versorgungsverpflichtungen ihrer Krankenkassen Beiträge gezahlt haben oder nicht.</p>
<p>Art. 1 Nr. 8 § 171d SGB V</p>	<p><b>§ 171d - Haftung im Insolvenzfall</b></p> <p>(1) Im Insolvenzfall haftet der SpBund für die bis zum 31. Dezember 2009 entstandenen unverfallbaren und ungedeckten Altersversorgungsverpflichtungen, soweit nicht der Träger der Insolvenzversicherung nach dem Betriebsrentengesetz (PSV) diese zu erfüllen hat; der SpBund macht die erforderlichen Beträge bei den Krankenkassen der Kassenart (und Rechtsnachfolgern bei Fusionen) geltend – sind diese zur vollständigen Deckung der Verpflichtungen „nicht in der Lage“, macht der SpBund den nicht gedeckten Betrag bei allen übrigen Krankenkassen geltend.</p> <p>„§ 155 Abs. 4 Satz 7 und § 164 Abs. 2 bis 4 gelten entsprechend.“</p> <p>(2) das Nähere zur Geltendmachung der Beträge ... regelt das BMG durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des BR</p> <p>(3) im Falle vor dem 1. Januar 2010 nicht insolvenzfähiger</p>		<p>Die Haftung im Insolvenzfall differenziert nach Art der Verpflichtungen so, dass die Krankenkassen der Kassenart für</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ungedeckte Versorgungsverpflichtungen der insolventen Krankenkasse unbegrenzt haften, solange sie dazu in der Lage sind</li> <li>- Ansprüche der Versicherten und Leistungserbringer sowie aufgrund zwischen- und überstaatlichen Rechts haften sie jedoch nur begrenzt auf 1 Prozent des Gesamtbetrages der jährlichen Zuweisungen, die sie aus dem Gesundheitsfonds erhalten</li> </ul> <p>Zur Kritik am Schwellenwert siehe Nr. 3: Präventionsanreize werden geschwächt, dem Wirtschaftlichkeitsgebot folgend müsste faktisch Insolvenz Vorrang vor Schließung erhalten.</p> <p>Grundsätzlich muss eine Haftungsregelung für den Insolvenzfall für alle Krankenkassen und Verbände gleichermaßen Anwendung finden. Der Schutz der erworbenen Anwartschaften und Ansprüche auf Versorgung ist in jedem Fall sicherzustellen. Dies gilt auch für den Schließungsfall der bisherigen Spitzenverbände der Krankenkassen, da deren Träger bzw. Haftungsgesellschafter</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Kommentierung BKK Bundesverband
	<p>Krankenkassen umfasst der Insolvenzschutz nach Betriebsrentengesetz (PSV) nur Ansprüche und Anwartschaften ab diesem Tag</p> <p>(4) soweit Versorgungsverpflichtungen über den SpBund abzudecken sind, finden die Regelungen des Betriebsrentengesetzes Anwendung</p> <p>(5) für die Ansprüche und Forderungen der Versicherten und Leistungserbringer sowie aufgrund zwischen- und überstaatlichen Rechts haften die Krankenkassen der gleichen Kassenart, jedoch begrenzt auf 1 Prozent des Gesamtbetrages der jährlichen Zuweisungen, die sie aus dem Gesundheitsfonds erhalten – für darüber hinausgehende Beträge haften „auch die Krankenkassen der anderen Kassenarten“, die Geltendmachung erfolgt analog zum Schließungsfall nach § 155 über den SpBund</p>	<p>ebenfalls dem Insolvenzrisiko unterliegen.</p> <p><b>§ 171 d) SGB V des Referentenentwurfs wird daher wie folgt ergänzt:</b></p> <p><b>Textfassung</b></p> <p>a) In § 171 d) – Haftung im Insolvenzfall – werden in Absatz 1 der Entwurfsfassung folgende Regelungen eingefügt:</p> <p>„In § 171 d) Absatz 1 Satz 5 wird der „Punkt“ durch ein „Komma“ ersetzt sowie die Worte „auch im Falle der Auflösung und Schließung; gleiches gilt mit Verkündung des Gesetzes für die Regelungen aus § 213.“ eingefügt.</p> <p><b>Begründung</b></p> <p>In Ergänzung der bisherigen Entwurfsbegründung wird zu Absatz 1 des § 171 d) letzter Absatz der letzte Halbsatz der Begründung wie folgt gefasst und ergänzt:</p> <p>„dass die Beschäftigungs- und Versorgungsansprüche der Beschäftigten, insbesondere der DO-Angestellten, durch einen Insolvenzfall nicht beeinträchtigt werden. Sonstige Fälle einer Auflösung und Schließung werden gleichgestellt. Unterschiedliche Inkrafttretensregelungen sind berücksichtigt.“</p>
<p>Art. 1 Nr. 8 § 171e SGB V</p>	<p><b>§ 171e – Deckungskapital für Altersversorgungsverpflichtungen</b></p> <p>(1) Pflicht der Krankenkassen zur Bildung eines zweckgebundenen und im Ergebnis wertgleichen Deckungskapitals für Versorgungszusagen und Beihilfeverpflichtungen durch mindestens jährliche Zuführungen ab 1. Januar 2010 bis spätestens 31. Dezember 2049; Ausnahme: ein Nachweis anderweitiger Deckung wird erbracht</p> <p>(2) anteilige Berücksichtigung bereits bestehender Deckung</p> <p>(3) das BMG regelt das Nähere durch Rechtsverordnung (oder lässt durch das BVA regeln) mit Zustimmung des BR</p> <p>(4) die Ermittlung der Höhe des erforderlichen Deckungskapitals und die Zuführungspläne sind von der Aufsicht – gebüh-</p>	<p>Die Intention des Gesetzgebers, den Aufbau ausreichenden Deckungskapitals für Altersversorgungsverpflichtungen der Krankenkassen zwingend einzufordern, ist zu begrüßen. Der Zeitrahmen hierfür wird im Interesse landesunmittelbarer Krankenkassen, die hierbei – auch infolge landespolitischer Handhabung in der Vergangenheit – besonderen Nachholbedarf haben, bis Ende 2049 extrem gestreckt.</p> <p>Infolge der Ausfallhaftung letztlich aller Wettbewerber für Deckungslücken ist auch an dieser Stelle eine Aufsicht aus einer Hand zu fordern.</p> <p>Eine Klarstellung der strikten Zweckbindung des Deckungskapitals, einschließlich der Maßgabe, es bei der Heranziehung der Krankenkassen zu Haftungs- und Finanzhilfe-Verpflichtungen (nach § 265a und b) nicht zu berücksichtigen, wäre zu begrüßen (vgl. Antrag Nr. 19 des Bundesrates vom 4. Juli 2008).</p> <p>Die Regelungen bedürfen zudem der Klarstellung der einzelnen nach dem Betriebsrentengesetz vorgesehenen Durchführungswege und anerkannter versi-</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Kommentierung BKK Bundesverband
	renpflichtig (5) – zu genehmigen	<p>cherungsmathematischer Methoden sowie bereits aufgebauter Kapitaldeckungen. Darüber hinaus ist eine weitere Klarstellung nach den allgemeinen Regelungen des Betriebsrentengesetzes für Anwartschaften ab 2010 sinnvoll. Die Möglichkeit einer Versorgungskasse, die Alt- und Neuverpflichtungen sinnvoll abdeckt, wird angeregt.</p> <p>Anwartschaften und Ansprüche müssen generell, nicht nur bei Insolvenz, sondern bei jeder Art der Auflösung oder Schließung Zugriffen Dritter entzogen sein. Die Entwurfsfassung bleibt jetzt selbst hinter der klaren Regelungsverpflichtung aus dem GKV-WSG für den Insolvenzfall zurück.</p> <p><b>§ 171 e) SGB V des Referentenentwurfs wird wie folgt ergänzt:</b></p> <p><b>Textfassung</b></p> <p>b) Zu § 171 e) der Entwurfsfassung werden folgende Ergänzungen vorgenommen:</p> <p>Zu Absatz 1:</p> <p>In Absatz 1 Satz 1 des Referentenentwurfs werden hinter dem „für“ die Worte „vor dem 01.01.2010 bestehende Anwartschaften und Ansprache aus“ eingefügt. In Absatz 1 Satz 2 werden hinter dem Wort „Rückgriff“ die Worte „in Höhe seiner Leistungen, nicht jedoch darüber hinaus“ eingefügt. In Absatz 1 Satz 3 wird der „Punkt“ durch ein „Semikolon“ ersetzt und die Worte „Gleiches gilt bei kongruenter Rückdeckungsversicherung oder kongruent rückgedeckter Unterstützungskasse“ eingefügt.</p> <p>Zu Absatz 3:</p> <p>In Absatz 3 Nr. 5 werden hinter dem Wort „Deckungskapitals“ die Worte „, soweit bestehende Regelungen der Betrieblichen Altersversorgung in Verbindung mit anerkannten versicherungsmathematischen Grundsätzen nicht ausreichen.“ ergänzt.</p> <p>§ 171 e) wird um folgenden Absatz 6 ergänzt:</p> <p>„Für entstehende Anwartschaften auf Versorgungszusagen ab dem Jahr 2010 gelten die allgemeinen Zuführungs- und Passivierungspflichten nach den jeweiligen Durchführungswegen der Betrieblichen Altersversorgung. Danach sind bei Versorgungszusagen als Direktzusagen Saldierungen der Passiva ausge-</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Kommentierung BKK Bundesverband
		<p>geschlossen. Diese Regelungen gelten für Beihilfeverpflichtungen in Krankheits- und Notlagen entsprechend.“</p> <p>In § 171 e) wird folgender Absatz 7 angefügt:</p> <p>„Die Krankenkassen haben die Möglichkeit, zur Erfüllung ihrer entstandenen und zukünftigen Verpflichtungen auf Versorgung sowie Beihilfe in Krankheits- und Notlagen eine öffentlich-rechtliche Versorgungskasse zu errichten. Die Versorgungskasse kann von mehreren Trägern gemeinsam errichtet werden. Vorhandenes, gebildetes und bis zum Jahr 2049 zu bildendes Deckungskapital kann steuerunschädlich in die Versorgungskasse überführt werden. Für ab dem Jahr 2010 entstehende Anwartschaften erhalten die Beschäftigten unabhängig von ihrer Höhe ein Wahlrecht, ob die Zuführung zur Versorgungskasse der vor- oder nachgelagerten Besteuerung unterliegt. Das Wahlrecht ist vor der erstmaligen Zuführung bindend zu erklären und gilt unabhängig von dem Anspruch auf Entgeltumwandlung. Bei Inanspruchnahme der Entgeltumwandlung kann die Krankenkasse die Beschäftigten auf die Durchführung in der Versorgungskasse bindend verweisen. Die Versorgungskasse gewährt den Beschäftigten einen unmittelbaren Versorgungsanspruch. Der Insolvenzschutz wird ohne zusätzliche Beiträge zum Insolvenzträger nach dem Betriebsrentengesetz gewahrt.“</p> <p>§ 171 e) wird um folgenden Absatz 8 ergänzt:</p> <p>„Vorhandene, gebildete und zu bildende Kapitalstöcke für Anwartschaften und Ansprüche auf Altersversorgung und Beihilfe in Krankheits- und Notlagen dürfen unabhängig von ihren Durchführungswegen ausschließlich zum Zwecke der Versorgung verwandt werden. Sie sind im Falle der Auflösung, Schließung oder Insolvenz Zugriffen Dritter entzogen.“</p> <p><b>Begründung</b></p> <p>In die Begründung der Entwurfsfassung wird zu Absatz 1 des § 171 e) SGB V i. d. F. des Referentenentwurfs hinter Absatz 1 der Begründung folgender Text angefügt:</p> <p>„Bei kongruenter Rückdeckung ist der Nachweis bereits vorhanden. Darüber hinaus wird klargestellt, dass Differenzbeträge der Ansprüche, wenn die Quote des Pensionssicherungsvereins nicht ausreicht, die Verpflichtung in voller Höhe zu erfüllen, weiterhin aufzubringen sind.“</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Kommentierung BKK Bundesverband
		<p>In die Entwurfsfassung wird zu Absatz 6 folgende Begründung aufgenommen:                      „Während die Absätze 1 bis 5 Regelungen für bereits entstandene Verpflichtungen treffen und diese sukzessive in die Regelungen der Wirtschaft überführen, regelt Absatz 6 die Vorgehensweise für neu entstehende Anwartschaften. In diesem Fall sind abweichende Regelungen zur Wirtschaft nicht notwendig, da sie in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen.“</p> <p>Zu Absatz 7 wird folgender Text in die Begründung eingefügt:                      „Die Errichtung einer Versorgungskasse ermöglicht es den Krankenkassen, die Versorgungszusagen mit direkter Kapitaleinbringung abzulösen. Die steuerunschädliche Übertragung von Deckungskapital sorgt dafür, dass in abgeschlossene Steuerfestsetzungen nicht nachträglich eingegriffen wird. Das Wahlrecht der Beschäftigten bildet die bisher unterschiedlichen Durchführungswege ab.“</p> <p>Zu dem ergänzenden Absatz 8 wird folgender Text der Begründung eingefügt:                      „Absatz 8 stellt die aus Artikel 1 Nr. 131 des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz normierte Verpflichtung sicher, vorhandenes Deckungskapital ausschließlich für den Versorgungsfall zu verwenden.“</p>
<p>Art. 1 Nr. 8                      § 171f SGB V</p>	<p><b>§ 171f – Insolvenzfähigkeit von Krankenkassenverbänden</b>                      „Die §§ 171b bis 171e gelten für die Verbände der Krankenkassen entsprechend.“</p>	<p>Die Regelung bedarf der Erweiterung, um eine Insolvenz des SpiBund auf Grund der umfänglich übernommenen Haftung sowie im Falle der Gewährung finanzieller Hilfen auszuschließen. Durch Einführung der Insolvenzfähigkeit der landesunmittelbaren Verbände als Haftungsträger der bisherigen Spitzenverbände wird die (Ausfall-)Haftung des GKV-Spitzenverbandes für diese bereits ab Verkündung des GKV-OrgWG erforderlich. Dies gilt gleichermaßen für Anwartschaften und Ansprüche auf Altersversorgung wie für getroffene Maßnahmen zur Entschuldung der Kassenart. Ohne vergleichbare Regelungen gingen bestehende Ansprüche ins Leere und wären unmittelbare Insolvenzen nicht auszuschließen.</p> <p><b>§ 171 f) der Entwurfsfassung wird wie folgt ergänzt:</b>  <b>Textfassung</b>                      In § 171 werden folgende Sätze 2 und 3 eingefügt:                      „Die Regelungen finden mit ihrer Verkündung auf bestehende und entstehende</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Kommentierung BKK Bundesverband
		<p>Anwartschaften und Ansprüche auf Beschäftigung, Alters- und Hinterbliebenenversorgung sowie Beihilfe in Krankheits- und Notlagen aus § 213 gleichermaßen Anwendung. Die gesetzlichen Verpflichtungen zur Haftung, bei Verschuldung von Krankenkassen sowie Verpflichtungen aus der Gewährung finanzieller Hilfen, einschließlich der dafür aufgenommenen Darlehen, bleiben bei der Feststellung der Überschuldung unberücksichtigt.“</p> <p><b>Begründung</b></p> <p>Hinter Satz 1 der bisherigen Begründung der Entwurfsfassung werden unter Verschiebung des bisherigen Satzes 2 folgende Sätze eingefügt:</p> <p>„Die Ergänzung wird notwendig, um eine Insolvenz der Verbände der Krankenkassen, insbesondere des Spitzenverbandes Bund, aus gesetzlich vorgesehenen Haftungsverpflichtungen des Krankenversicherungssystems auszuschließen. Dies betrifft speziell die Vorschriften aus § 171 d), § 155 sowie die hierauf verweisenden Normen, einschließlich der Regelungen über die Gewährung finanzieller Hilfen. Gleichermaßen wird die Aufnahme der bisherigen Bundesverbände in die gesetzliche Regelung erforderlich. (Mit Einführung des GKV-OrgWG werden ihre zukünftigen Haftungsgesellschafter insolvenzfähig. Dadurch ist nicht mehr sichergestellt, dass sie ihre gesetzlich vorgesehenen Verpflichtungen zeitlich unbegrenzt erfüllen können. Ohne die Einbeziehung der bisherigen Bundesverbände wären die Ansprüche und Anwartschaften ihrer Beschäftigten als einzige nicht durch die Haftungsregelung des Spitzenverbandes Bund geschützt, obwohl dieser Funktionsnachfolger der bisherigen Verbände ist.) Die unterschiedlichen Inkrafttretensregelungen werden bei der Textfassung berücksichtigt.“</p>
Art. 1 Nr. 9	Aufhebung bisheriger Überschrift	
Art. 1 Nr. 10 § 172 SGB V	<p>a) neue Überschrift <b>§ 172 – Vermeidung der Schließung oder Insolvenz von Krankenkassen</b></p> <p>b) aa) die Informationsrechte der bisher haftenden Verbände werden diesen entzogen und dem SpBund zugewiesen</p> <p>b) bb) stellt der SpBund fest, dass im letzten Quartal die Ausgaben die Einnahmen der Krankenkasse um einen Betrag</p>	<p>Wenn weiterhin Haftungsprävention auf Ebene der auch nach den Vorschriften des GKV-OrgWG primär haftenden Kassenarten möglich sein soll, benötigen deren Organisationen weiterhin angemessene Informationsrechte respektive hierauf ausgerichtete Pflichten der jeweiligen Krankenkassen – neben der Erweiterung auf den SpBund.</p> <p>Die Auslöseschwelle für die Information der Aufsicht liegt mit 0,5 Prozent der durchschnittlichen mtl. Fonds-Zuweisungen im Quartals-Berichtszeitraum so</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Kommentierung BKK Bundesverband
	<p>überstiegen haben, der größer ist als 0,5 Prozent der durchschnittlichen mtl. Fonds-Zuweisungen im Berichtszeitraum, hat er die Aufsicht zu unterrichten; außerdem hat der SpBund die Aufsichten über die Finanzlage auf Basis der Jahresrechnungen zu informieren; die Aufsicht hat bei Anhaltspunkten für eine dauerhafte Gefährdung der Leistungsfähigkeit unverzüglich Unterlagen und Auskünfte zu verlangen</p> <p>c) stellt die Aufsichtsbehörde im Benehmen mit dem SpBund fest, dass Schließungs- oder Insolvenzgründe nur durch die Fusion mit einer anderen Krankenkasse ausgeräumt werden können, kann der SpBund hierzu Vorschläge vorlegen; kommt bei der „gefährdeten Krankenkasse ein Beschluss über eine freiwillige Vereinigung innerhalb einer von der Aufsichtsbehörde gesetzten Frist nicht zustande, ersetzt die Aufsichtsbehörde diesen Beschluss.“</p>	<p>niedrig, dass der SpBund nach jeder KV45 eine Sammelmeldung für alle Krankenkassen absetzen müsste.</p> <p>Die Neuregelung in § 172 Abs. 3 SGB V orientiert das Aufsichtshandeln auf die Maßnahme „Zwangsfusion vor Schließung oder Insolvenz“ – im Zusammenspiel mit dem Satzungsauftrag an den SpBund nach § 265a SGB V soll hiermit wohl das politische Ziel forciert Konzentrationprozesse der GKV mittels erzwungener Finanzhilfen (die letztlich dem fusionsbereiten Partner als Mitgift zum kollektiven Versichertentransfer zukommen) aus Beitragsgeldern der Wettbewerber bedient werden.</p> <p><b>Zur Befähigung der Verbände für Funktionen der Haftungsprävention ist § 172 wie folgt zu fassen:</b></p> <p>„(1) Vor Errichtung, Vereinigung, Öffnung (§ 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V), Auflösung oder Schließung von Krankenkassen sind der jeweils zuständige Verband und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu hören. Satz 1 gilt entsprechend, wenn eine Krankenkasse ihren Sitz in den Bezirk eines anderen Verbandes verlegt.</p> <p>(2) Die Krankenkassen haben ihrem zuständigen Verband und ihrer Aufsicht auf Verlangen unverzüglich Unterlagen vorzulegen und die Auskünfte zu erteilen, die diese zur Beurteilung ihrer dauerhaften Leistungsfähigkeit für erforderlich halten, oder diesen auf Verlangen die Einsichtnahme in diese Unterlagen in ihren Räumen zu gestatten.“</p> <p><b>Begründung:</b></p> <p>Die Änderung des § 172 SGB V dient dem Ziel, zum Schutze der Interessen der Beitragszahler Instrumente zur präventiven Risikoabwendung für Fälle der Insolvenz oder Schließung zu organisieren. Zur Vermeidung der Insolvenz oder der Schließung von Krankenkassen sind die Verbände daher im Rahmen der Anhörungs- und Informationsrechte einzubeziehen. Den Verbänden ist die Möglichkeit zu geben, ihre bereits in der Vergangenheit erfolgreich eingesetzten Instrumente zum Finanzcontrolling und zur Haftungsabwehr einzusetzen. Dies muss die rechtlichen Befugnisse einschließen, die notwendigen Daten und Unterlagen für ein fundiertes Finanzcontrolling bei ihren Mitgliedern einzufordern.</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Kommentierung BKK Bundesverband	
Art. 1 Nr. 11 § 195 SGB V	Aufhebung der aufschiebenden Wirkung von Klagen gegen Maßnahmen der Aufsicht		
Art. 1 Nr. 11a - neu - § 197b SGB V	Es wird vorgeschlagen, die Option des § 197b SGB V explizit auf die bisherigen Spitzenverbände zu erstrecken.		<p><b>Textfassung</b></p> <p>Artikel 1 § 197b SGB V</p> <p>In § 197b SGB V werden in Satz 1 hinter dem Wort „Arbeitsgemeinschaft“ die Worte „insbesondere nach § 214“ eingefügt. Gleichmaßen werden nach Satz 1 die Worte „Artikel 1 Nr. 148 GKV-WSG tritt nicht in Kraft.“ eingefügt. Die bisherigen Sätze verschieben sich.</p> <p><b>Begründung</b></p> <p>Die mit dem GKV-WSG eröffnete Möglichkeit der Krankenkassen Aufgaben an Arbeitsgemeinschaften und Dritte zu übertragen, wenn dies wirtschaftlicher als bei eigener Durchführung ist, wird mit Blick auf die in § 214 vorgesehene Aufgabenwahrnehmung der bisherigen Spitzenverbände nach dem Rechtsformwandel im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung noch einmal klarstellend in Zusammenhang gebracht.</p>
Art. 1 Nr. 11b - neu - § 212 SGB V	Es wird eine Klarstellung zu § 212 SGB V vorgeschlagen.		<p><b>Textfassung</b></p> <p>In Artikel 1 wird mit der Nr. 11a) „ 212 SGB V ergänzt:</p> <p>In § 212 Absatz 1 Satz 3 werden hinter dem Wort „Gesellschaftern“ die Worte „, nachdem alle Anwartschaften und Ansprüche aus § 213 erfüllt sind“ eingefügt; hinter dem Wort „entscheiden“ werden die Worte „, eine Kündigung, die zu einer früheren Auflösung der Gesellschaft führt, ist ausgeschlossen,“ eingefügt.</p> <p><b>Begründung:</b></p> <p>Zur eingefügten Nr. 11 a) wird folgende Begründung in die Entwurfsfassung aufgenommen:</p> <p>„Die Regelung stellt klar, dass die Ansprüche aus § 213 nicht durch Schließung der Gesellschaft oder Kündigung eines Gesellschaftsmitglieds, die nach den Regelungen des Bürgerlichen Gesetzbuches zur Auflösung der Gesellschaft führt, vereitelt werden können.“</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Kommentierung BKK Bundesverband
Art. 1 Nr. 12 § 252 SGB V	Rechtsverordnung zur Regelung des weiteren Verfahrens der Beitragszahlungen u. a. der Bundesagentur für Arbeit direkt an den Fonds	Sachgerechte technische Klarstellung
Art. 1 Nr. 13 § 265a SGB V	<p><b>§ 265a – Finanzielle Hilfen zur Vermeidung der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse</b></p> <p>(1) die Satzung des SpBund hat bis zum 31. März 2009 Bestimmungen „über die Gewährung finanzieller Hilfen zur Ermöglichung oder Erleichterung von Vereinigungen von Krankenkassen, die zur Abwendung von Haftungsrisiken für notwendig erachtet werden, vorzusehen.“ Näheres regelt die Satzung, dabei „ist vorzusehen, dass die Hilfen nur gewährt werden, wenn finanzielle Hilfe nach § 265b in ausreichender Höhe gewährt wird.“ Beschlüsse hierzu fasst der VR des SpBund mit 70 Prozent der nach § 217c Abs. 1 Satz 2 gewichteten Stimmen seiner Mitglieder.</p> <p>(2) der Antrag auf finanzielle Hilfe kann nur von der Aufsicht gestellt werden; die Entscheidung trifft der VO des SpBund; Hilfen können auch als Darlehen gewährt werden, sie sind zu befristen und mit Auflagen zu versehen, die auf verbesserte Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit abzielen</p> <p>(3) der SpBund macht die zur Finanzierung der Hilfen erforderlichen Beträge bei seinen Mitgliedskassen, ausgenommen die landwirtschaftlichen Krankenkassen, geltend. „Bei der Aufteilung der Finanzierung ist die unterschiedliche Leistungsfähigkeit der Krankenkassen angemessen zu berücksichtigen. Klagen gegen die Bescheide ... haben keine aufschiebende Wirkung.“</p> <p>(4) Ansprüche und Verpflichtungen auf Grund § 265a – alt - bleiben unberührt</p>	<p>Die Reihenfolge der §§ 265a und b ist symptomatisch für die Widersprüchlichkeit der politischen Begründungen (proklamiert wird der Vorrang subsidiärer Haftung der Kassenart) und der tatsächlichen Stärkung der Satzungsmacht des SpBund. Auf den Weg kassenartenübergreifender finanzieller Hilfen sollte bei einer sachgerechten Ausgestaltung finanzieller Hilfen auf Ebene der Kassenart verzichtet werden.</p> <p>Dem VR des SpBund wird im übrigen mit der Definition der ausreichenden Höhe vorrangiger Hilfen auf Ebene der Kassenart eine Verantwortung übertragen, die hinreichend wettbewerbsneutral nur vom Gesetzgeber selbst ausgefüllt werden könnte; Ähnliches gilt in Zeiten des Einheitsbeitragssatzes für die Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit bei der Mittelaufbringung durch die belasteten Krankenkassen.</p> <p><b>Soweit an der Option kassenartenübergreifender finanzieller Hilfen festgehalten wird, sollte § 265a Abs. 1 Satz 3 wie folgt gefasst werden:</b></p> <p>„In der Satzung ist als Mindestvoraussetzung finanzieller Hilfen nach Satz 1 vorzusehen, dass alle Krankenkassen einer Kassenart Vereinbarungspartner eines Vertrages nach § 265b sind und ihre Pflichten nach diesem Vertrag oder einer entsprechenden Satzungsregelung im Rahmen ihrer Leistungsfähigkeit erfüllt haben.“</p> <p><b>Des weiteren ist § 265a Abs. 3 Satz 2 wie folgt zu fassen:</b></p> <p>„Bei der Aufbringung der Mittel zur Finanzierung der finanziellen Hilfen ist die individuelle Leistungsfähigkeit der Krankenkassen zu berücksichtigen; gemäß Vertrag nach § 265b SGB V erbrachte Hilfeleistungen sind auf den hiernach zumutbaren Finanzierungsanteil für Leistungen nach § 265a SGB V anzurechnen.“</p>
Art. 1 Nr. 14 § 265b SGB V	<p><b>§ 265b – Freiwillige finanzielle Hilfen</b></p> <p>(1) Krankenkassen können mit Krankenkassen derselben Kassenart Verträge über die Gewährung von Hilfeleistungen</p>	Kassenartinterne finanzielle Hilfen können ein Instrument der Prävention von Schließung und Insolvenz nur dann sein, wenn den Beteiligten hierfür ein hinreichend verbindlicher Rechtsrahmen gegeben wird. Dies ist mit einer rein frei-

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Kommentierung BKK Bundesverband
	<p>schließen, um</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. deren Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit zu erhalten</li> <li>2. Haftungsfälle infolge von Schließung oder Insolvenz insbesondere durch die Unterstützung freiwilliger Vereinigungen zu verhindern oder</li> <li>3. die Aufteilung der Beträge nach § 171d Abs. 1 S. 3 u. 4 (Refinanzierung der Versorgungsverpflichtungen durch den SpBund bei Mitgliedern der Kassenart/allen Kassen) abweichend von der Rechtsverordnung nach § 171d Abs. 2 zu regeln</li> </ol> <p>(2) die Verträge sind von allen zuständigen Aufsichtsbehörden zu genehmigen</p>	<p>willigen Vertragslösung – und vor dem Hintergrund nicht definierter Berücksichtigung solcher Vorleistungen durch den SpBund als Vollstrecker kassenartenübergreifender finanzieller Hilfen und Haftungslasten – nicht gegeben. Wenn die Gegenleistung für eine (mögliche) Vertragsleistung durch einen Dritten definiert wird und ungewiss ist, ist ein solcher Vertrag für keinen Kassenvorstand verantwortlich (vgl. oben zu Nr. 13).</p> <p><b>Ergänzend zur vorgeschlagenen Änderung zu § 265a SGB V ist § 265 b Abs. 1 Ziffer 3 wie folgt zu fassen:</b></p> <p>„3. die Aufteilung der Finanzlast der Kassenart nach den §§ 155 Abs. 4 Satz 6 und 171d Abs. 1 Satz 3 abweichend von der nach § 171d Abs. 2 erlassenen Rechtsverordnung zu regeln.“</p> <p><b>Abs. 2 ist wie folgt neu zu fassen:</b></p> <p>„(2) Die zuständigen Verbände haben die Vertragsverhandlungen zu initiieren und zu unterstützen; übereinstimmende Satzungsregelungen aller Verbände der Kassenart können an die Stelle einer vertraglichen Vereinbarung aller Kassen der Kassenart treten, soweit diese nicht bis zum 31.03.2009 zustande kommt.“</p> <p><b>Der bisherige Abs. 2 des Gesetzentwurfes wird Abs. 3.</b></p>
<p>Art. 1 Nr. 15 § 307a SGB V</p>	<p>VO-Mitglieder von Krankenkassen, die die Anzeigepflicht nach § 171b Abs. 2 S. 1 nicht erfüllen, werden mit Freiheitsstrafe bis zu 3 Jahren (im Falle der Fahrlässigkeit bis zu 1 Jahr) oder mit Geldstrafe bestraft</p>	<p>Diese Sanktionierung bereits bei Versäumnis der Anzeige im Falle (bloß) drohender Zahlungsunfähigkeit oder Überschuldung reicht über vergleichbare Regelungen im Kreditwesen- und im Versicherungsaufsichtsgesetz hinaus; die Regelung sollte auf eine tatsächlich analoge Sanktionsbewehrung beschränkt werden.</p>
<p>Art. 2 Nr. 1 und 2 § 77 und 78 SGB IV</p>	<p>Mit der Neuregelung verfolgt der Gesetzgeber die Einführung sog. ordnungsgemäßer Buchführung und Bilanzierung in dem Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung und die Absicht, Aufschluss über die tatsächliche Vermögenslage zu geben, indem Bilanzklarheit, einheitliche Bewertungsmaßstäbe sowie die Aufstellung von Vermögen und Verbindlichkeiten geregelt werden sollen</p>	<p>In den Vorschriften über das Haushaltswesen/Rechnungswesen der Sozialversicherung sind bereits aktuell die Grundsätze ordnungsgemäßer Buchführung zu beachten. Weitere Schritte zur expliziten Regelung sind sachgerecht, soweit sie die Besonderheiten der GKV berücksichtigen.</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Kommentierung BKK Bundesverband
<p>Art. 2 Nr.3 § 79 SGB IV</p>	<p><b>Geschäftsübersichten und Statistiken der Sozialversicherung</b></p> <p>Es wird festgelegt, dass Statistik-Daten zukünftig vollständig maschinell und geprüft übermittelt werden.</p>	<p>Die Regelung ist insoweit sinnvoll und zielführend, als dass die Krankenkassen nun alle Daten maschinell zu übermitteln haben. Einzelne Verfahren, die noch auf Papierbögen durchgeführt werden, müssen umgestellt werden. Damit reduziert sich letztendlich der Verwaltungsaufwand in der GKV. Richtig ist auch, die Qualität der Daten dadurch zu verbessern, dass die Krankenkassen verpflichtet werden, bestimmte Prüfungen durchzuführen. Da der Gesetzentwurf offen lässt, wo die Qualitätssicherung vorgenommen wird, bleibt es den Krankenkassen überlassen, ob sie diese Aufgabe selbst übernehmen oder an qualifizierte externe Stellen auslagern.</p> <p>Die Begründung zu § 79 gibt gewisse Anforderungen an die Qualitätssicherung vor, die durchaus sinnvoll (z. B. Vergleich mit Vorjahreswerten), aber nicht ausreichend sind.</p> <p><b>Der Änderung des § 79 sollte dahingehend präzisiert werden, dass die Festlegungen zur Qualität und Prüfung der Daten bundesweit einheitlich erfolgen, und zwar durch den Spitzenverband Bund in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen.</b></p>
<p>Art. 5 § 12 SVRV</p>	<p>Die Neuregelung sieht vor, dass für Altersvorsorgeverpflichtungen Rückstellungen zu bilden sind.</p>	<p>Soweit bislang Rückstellungen zur Altersversorgung gebildet wurden, erfolgte die Aktualisierung des Barwerts (Bewertung in Höhe des versicherungsmathematisch ermittelten aktuellen Wertes) in der Regel alle fünf Jahre. Angesichts nunmehr systematisch wachsender Kapitalstöcke scheint eine jährliche Bewertung zum Bilanzstichtag, wie sie im GKV-OrgWG vorgesehen ist, angemessen und notwendig. Des Weiteren legt § 12 SVRV in der bislang geltenden Fassung eindeutig fest, dass Rückstellungen nur zweckentsprechend aufgelöst werden dürfen. In der beabsichtigten Neufassung des § 12 SVRV ist dieser Satz nicht mehr enthalten. Es sollte durch erneute Klarstellung ausgeschlossen werden, Rückstellungen zur Sicherung der Pensionslasten anderen Zwecken als diesen zuzuführen.</p> <p><b>§ 12 Abs. 1 SVRV sollte wie folgt gefasst werden:</b></p> <p>„(1) Werden von einem Versicherungsträger Rückstellungen zur Altersvorsorge von Bediensteten gebildet, so sind diese zum Aufbau eines Kapitalstocks zu verwenden und zu bilanzieren. Soweit sich aus anderen Rechtsvorschriften nichts Abweichendes ergibt, bestimmt sich der Barwert der Rückstellungen nach dem jährlich zum Bilanzstichtag zu aktualisierenden versicherungsmathematischen Barwert.“</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Kommentierung BKK Bundesverband
		thematisch ermittelten Wert der späteren Zahlungen. Rückstellungen und Kapitalstock dürfen nur zweckentsprechend aufgelöst werden.“
Art. 6 Nr. 1	<b>Achter Abschnitt</b> <b>Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich) ab 2009</b>	
Art. 6 Nr. 1 § 35 RSA-V	Abs. 1: Weiterhin Anwendung der im 1. und 7. Abschnitt enthaltenen Regelungen, soweit keine abweichenden Regelungen im 8. Abschnitt oder im SGB V  Abs. 2: Jahresausgleiche für 2008 und für die Korrekturverfahren der Berichtsjahre bis 2008 entsprechend der bis zum 31.12.08 geltenden Fassung	
Art. 6 Nr. 1 § 36 RSA-V	<b>Ermittlung der Höhe der Grundpauschale</b>  Abs. 1: Es wird festgelegt, dass die Grundpauschale aus den Einnahmen des Gesundheitsfonds (§ 271 Abs. 1 SGB V) abzgl. Zuweisungen für sonstige Ausgaben (§ 270 SGB V), abzgl. Aufbau der Liquiditätsreserve (§ 271 Abs. 2) und abzgl. Verwaltungskosten des Fonds (§ 271 Abs. 6 Satz 1) ermittelt wird, in dem durch die Summe der Versicherten aller Krankenkassen dividiert wird.  Abs. 2: Die Höhe Grundpauschale wird vom Bundesversicherungsamt für das folgende Kalenderjahr auf Grundlage der erwarteten Beitragseinnahmen des Gesundheitsfonds abschließend festgelegt.  Abs. 3: Die Bekanntmachung der Grundpauschale für das Folgejahr soll jährlich zum 15. November erfolgen, für 2009 erstmalig bis spätestens 1. Januar 2009. Die Krankenkassen müssen ihren Versicherten die Höhe der Grundpauschale bis 31. Dezember bzw. 15. Januar 2009 bekannt geben.  Der Bundesrat verlangt die Bekanntgabe der Grundpauschale vor dem 1. November. Begründung: Fristen zur Einreichung der Haushaltspläne.	Abs. 1: In der Regelung muss klargestellt werden, dass bei der Bestimmung der Anzahl der Versicherten in der GKV nicht von „Köpfen“, sondern von Versicherungszeiten auszugehen ist.  <b>Abs. 1 letzter Satz muss lauten: „Die bereinigten...Summe der Versicherungszeiten aller Krankenkassen zu teilen.“.</b>  Abs. 2: Das Konzept des Gesundheitsfonds sieht vor, dass auf Basis der prognostizierten Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben in der GKV die einheitlichen Beitragssätze festgelegt werden. Die Mittel, die der Gesundheitsfonds den Krankenkassen zur Erfüllung ihrer Aufgaben zuweist, können also nur so hoch sein, wie die (prognostizierten) Einnahmen des Gesundheitsfonds. Damit ist umgekehrt auch das zur Berechnung der Grundpauschale verfügbare Finanzvolumen definiert. Es ist folgerichtig, dieses Volumen nicht nur für die Berechnung an sich festzulegen, sondern aus Gründen der Planungssicherheit auch für die Zuweisungen heranzuziehen, die flankierend zur Grundpauschale über den Gesundheitsfonds finanziert werden. Eine nachträgliche Änderung oder Anpassung an tatsächliche Verhältnisse etwa im Rahmen des Schlussausgleiches verbietet sich, da die Krankenkassen auf der Basis der Zuweisungen entweder Zusatzbeiträge erheben müssen oder Ausschüttungen vornehmen können. Beides ist nicht revidierbar. Kreditaufnahmen sind nicht mehr zulässig.  <b>Abs. 2 muss um einen Satz 2 ergänzt werden: Das der Berechnung der</b>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Kommentierung BKK Bundesverband
	<p>Die Regierung lehnt ab, weil die Bekanntgabe der Pauschale vorrangig der Information der Versicherten dient. Informationen für die Kassen sollen in weiteren Rechtsverordnungen geregelt werden. Abweichende Frist bei erstmaliger Bekanntgabe (1.1.09) notwendig, weil die entsprechenden Rechtsgrundlagen erst ab Januar 2009 in Kraft treten.</p>	<p><b>Grundpauschale zu Grunde liegende Finanzvolumen gilt für alle Zuweisungen des Gesundheitsfonds. Das geschätzte Gesundheitsfondsvolumen wird beim Schlussausgleich unverändert zugrunde gelegt, um die Planungssicherheit der Krankenkassen zu gewährleisten.</b></p> <p>Abs. 3: Die Bekanntgabe der Pauschale zum 15. November eines Jahres ist zu spät und kollidiert mit den Fristen zur Einreichung der Haushaltspläne der Krankenkassen (1. November). Das gilt in besonderer Weise für das Jahr 2009. Eine Haushaltsplanung der Krankenkassen ist auf diese Weise nicht mehr möglich. Ebenfalls unmöglich wird die Erhebung bzw. Ausschüttung einer Zusatzprämie ab Jahresbeginn, weil diese aufsichtsrechtlich zu genehmigen ist. Der Antrag zur Genehmigung kann jedoch erst gestellt werden, wenn die Finanzdaten vollständig vorliegen. Dazu gehört insbesondere auch die Höhe der Grundpauschale für 2009.</p> <p>Die nachfolgende Bekanntgabe der Grundpauschale für die Versicherten ist unnötiger Verwaltungsaufwand. Da die Pauschale für alle Krankenkassen gleich ist, kann sie durch das BVA veröffentlicht werden. Darüber hinaus liefert die Bekanntgabe der Pauschale eine gegenüber den Versicherten irreführende, weil unvollständige Information. Es fehlt die Transparenz über die Zu- und Abschläge sowie die sonstigen Zuweisungen. Darüber hinaus ist eine Bekanntgabe der Grundpauschale auch politisch bedenklich: Bei der extremen Ausgabenkonzentration auf einen kleinen Versichertenanteil werden sich 80% der Versicherten betrogen fühlen, weil sie erheblich mehr (an Beiträgen) einzahlen als ihre Krankenkasse an Zuwendungen bekommt.</p> <p><b>Abs. 3: Die Fristen müssen generell auf den 1. November eines Jahres vorgezogen werden. Eine terminliche Unterscheidung für 2009 ist nicht notwendig, weil alle benötigten Informationen zur Bestimmung der Grundpauschale rechtzeitig vorliegen. Besser wäre, auf die Bekanntgabe zu verzichten.</b></p>
<p>Art. 6 Nr. 1 § 37 RSA-V</p>	<p><b>Zuweisungen für sonstige Ausgaben</b></p> <p>Abs. 1: Die Zuweisungen für Verwaltungskosten sollen in zweifacher Weise standardisiert werden. 50 Prozent werden gemäß der durchschnittlichen Verwaltungskosten (netto) je Versicherungsjahr der GKV zugewiesen, 50 Prozent werden</p>	<p>Abs. 1: Die Einteilung der Zuweisung für Verwaltungskosten auch im Verhältnis 50/50 ist nicht nur willkürlich, sondern (wie Analysen zeigen) ohne sachliche Begründung. Tatsächlich korrelieren die Verwaltungskosten nicht mit der Versicherten- bzw. Morbi-Struktur. Mit dem Ziel einer Steigerung der Wirtschaftlichkeitsanreize und einer sparsamen Verwendung der Versichertengelder wäre eine strikte Begrenzung der für die Verwaltung verfügbaren Mittel vorzuziehen.</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Kommentierung BKK Bundesverband
	<p>entlang der kassenindividuellen Morbidität zugewiesen.</p> <p>Für geschlossene BKK, bei denen der Arbeitgeber die Personalkosten trägt, gilt im Prinzip die gleiche Regel, jedoch werden die standardisierten Zuweisungen aus dieser Kassen-Gruppe heraus ermittelt.</p> <p>Der Bundesrat verlangt weiterhin Regelung im Verhältnis 30/70. Zur Sonderbehandlung der geschlossenen Kassen erfolgte keine Stellungnahme.</p> <p>Die Regierung lehnt ab.</p> <p>Abs. 2: Die Zuweisungen für Satzungsleistungen werden gemäß der durchschnittlichen Ausgaben je Versicherungsjahr der GKV zugewiesen. Dabei bleiben Aufwendungen für Wahl-tarife außen vor.</p>	<p>Der Anreiz könnte gesetzt werden, in dem die durchschnittlichen Verwaltungskosten je Versicherten des Jahres 2007 (letzte verfügbare Jahresrechnung vor Einführung des Gesundheitsfonds) als Basis herangezogen werden. Eine Dynamisierung könnte gemäß der Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV erfolgen.</p> <p>Die Sonderbehandlung nicht geöffneter BKK ist nicht gerechtfertigt. Diese BKK stehen nicht im Wettbewerb mit den übrigen Krankenkassen. Die Unterstützung der BKK durch das Trägerunternehmen ist eine freiwillige soziale Leistung gegenüber den in der BKK versicherten Arbeitnehmern und ihren Angehörigen. Das BVA wendet sich ebenfalls gegen den Sonderausgleich unter den geschlossenen BKK, weil der verfahrenstechnische Aufwand groß sei und normative Festlegungen hinsichtlich einer Sonderbehandlung per Gesetz zu regeln sind und nicht über Rechenregeln im Gesundheitsfonds.</p> <p><b>Abs. 1 muss lauten: „Die Höhe der Zuweisung für jede Krankenkasse ergibt sich aus den durchschnittlichen Netto-Verwaltungskosten je Versichertenjahr der GKV im Jahr 2007 zuzüglich der Veränderung, die sich aus der Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen je Versicherten der GKV ergibt.“.</b></p> <p>Abs. 2: Ebenso wie bei den Verwaltungskosten könnten die Zuweisungen für Satzungsleistungen mit stärkeren Anreizen zur Wirtschaftlichkeit versehen werden, in dem die durchschnittlichen Ausgaben für Satzungsleistungen je Versicherten des Jahres 2008 (wegen der Reduzierung der Satzungsleistungen im Rahmen des GKV-WSG) als Basis herangezogen werden. Eine Dynamisierung könnte gemäß der Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV erfolgen. Ansonsten wäre eine Standardisierung anhand des GKV-Durchschnitts sachgemäß. Die Regelung, dass Wahl-tarife unberücksichtigt bleiben, ist folgerichtig zur gesetzlichen Norm der Eigenfinanzierung dieser Tarife.</p> <p><b>Abs. 2 muss lauten: „Die Höhe der Zuweisung für jede Krankenkasse ergibt sich aus den durchschnittlichen Ausgaben gemäß § 266 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V je Versichertenjahr der GKV im Jahr 2008 zuzüglich der Veränderung, die sich aus der Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen je Versicherten der GKV ergibt.“.</b></p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Kommentierung BKK Bundesverband
<p>Art. 6 Nr. 2 § 38 RSA-V</p>	<p><b>DMP-Pauschale</b></p> <p>Die Krankenkassen sollen Zuweisungen zur Deckung ihrer standardisierten Aufwendungen für die Entwicklung und Durchführung von DMP erhalten. Die Aufwendungen der Krankenkassen für diese Zwecke werden in den Kontenklassen 4/5 (Leistungsausgaben) und 7 (Verwaltungskosten) verbucht, ohne dass über einzelne Konten oder Kontenarten eine eindeutige Identifizierung möglich wäre. D. h. die Aufwendungen für DMP sind in den als berücksichtigungsfähig deklarierten Kontenarten enthalten und werden dementsprechend im Morbi-RSA erfasst. Da die Bestimmung der Kostengewichte für den Morbi-RSA unter Verwendung der o. g. Kontenarten erfolgt, enthalten die Zuweisungen für berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben und die Zuweisungen für Verwaltungskosten bereits die Aufwendungen für DMP.</p>	<p>Um zu vermeiden, dass die Kassen „doppelt“ Geld erhalten, gibt es verschiedene Möglichkeiten:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Die DMP-Zuweisung wird auf Null gestellt, weil die Mittel ja bereits in den Zuweisungen für berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben und Verwaltungskosten enthalten sind. Diese Variante ist technisch problemlos umsetzbar und politisch zu präferieren.</li> <li>2. Die DMP-Aufwendungen in Kontenklassen 4/5 und 7 werden gesondert gebucht und können dann eindeutig identifiziert und aus den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben und Verwaltungskosten herausgehalten werden. Das setzt eine Änderung des Kontenrahmens voraus und ist kurzfristig nicht erreichbar, jedoch für den Jahresausgleich 2009 denkbar. Diese Variante schafft als Nebeneffekt die längst notwendige Transparenz über die Finanzierung des DMP-Geschäftes.</li> <li>3. Eine Übergangslösung zu Variante 2 könnte darin bestehen, das Finanzvolumen, das GKV-weit über die DMP-Zuweisung ausgeschüttet wird, pauschal und anteilig aus dem Volumen der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben und Verwaltungskosten herauszurechnen, bevor die Kostengewichte bestimmt werden.</li> </ol>
<p>Art. 6 Nr. 3 § 39 RSA-V</p>	<p><b>Durchführung des Zahlungsverkehrs und Kostentragung</b></p> <p>Abs. 1: Das BVA ist die zentrale Stelle zur Durchführung des Gesundheitsfonds. Dort wird sowohl die Höhe der Zuweisungen berechnet, als auch die Verteilung im monatlichen Verfahren vorgenommen. Lediglich der Spitzenverband Bund hat Anhörungsrechte bei der Ausgestaltung des Verfahrens.</p> <p>Abs. 2: Die dem BVA dabei entstehenden Kosten werden aus den Einnahmen des Gesundheitsfonds getragen.</p>	<p>Abs. 1: Angesichts der weitreichenden Bedeutung des Gesundheitsfonds für alle Geschäftsprozesse einer Krankenkasse, sollte gewährleistet sein, dass die Abläufe zwischen BVA (Gesundheitsfonds) und Krankenkassen reibungslos funktionieren. Um das zu erreichen, sollte den Krankenkassen ein Mitwirkungsrecht bei der Gestaltung der Prozesse eingeräumt werden. Das bloße Anhörungsrecht des Spitzenverbandes Bund reicht dazu nicht aus.</p> <p><b>Abs. 1 muss lauten: „Das Nähere zum Verfahren...legt das Bundesversicherungsamt im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund fest.“</b></p> <p>Abs. 2: Da das BVA nach dem Willen des Gesetzgebers nahezu sämtliche Regeln und Verfahrensschritte im Gesundheitsfonds und RSA autonom zu bestimmen hat, sollten die mit diesen Entscheidungen verbundenen Kosten nach dem Verursacherprinzip getragen werden.</p> <p><b>Abs. 2 muss lauten: „Die dem Bundesversicherungsamt...entstehenden Ausgaben...werden aus dem Haushalt des Bundesversicherungsamtes</b></p>

(Bundestags-Drucksache 16/9559 vom 16. Juni 2008)

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Kommentierung BKK Bundesverband
		getragen.“.
Art. 7	<p><b>Inkrafttreten</b>                      Inkrafttreten des Gesetzes zum 01.01.2010 außer:</p> <p>(2) Inkrafttreten der folgenden Artikel am 01.01.2009:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Art. 1 Nr. 1 – 2 (Regelungen zur ambulanten Versorgung),</li> <li>- Art. 1 Nr. 3 – 5 (Folgeänderungen im Haftungsrecht nach Schließung einer KK, u. a. Weiterbeschäftigungsansprüche von Angestellten),</li> <li>- Art. 1 in Nr. 8 § 217c (Enthftung der Länder),</li> <li>- Art. 1 Nr. 11-14 (u. a. §§ 265a und b);</li> <li>- Art. 2 Nr. 3 (§ 79 SGB IV: verwertbare Daten von KK)</li> <li>- Art. 3 Nr. 3 (§ 54 KVLG)</li> <li>- Art. 4 (Bundeszuschuss für LKKs)</li> <li>- Art. 6 (Zuweisungen aus dem Fonds)</li> </ul>	<p>Die Aufhebung der Haftung der Länder nach § 171c SGB V erfolgt hiernach bereits mit dem 01.01.2009. Die Einführung der Insolvenzfähigkeit aller Krankenkassen mit den entsprechenden Haftungsvorgaben wird jedoch erst ab dem 01.01.2010 in Kraft gesetzt. Das hierdurch entstehende Haftungs- und Regelungsdelta ist durch Synchronisierung zu vermeiden.</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Kommentierung BKK Bundesverband
<p>§ 73 b (bislang nicht in o. g. Fassung des Gesetzesentwurfs enthalten, aber avisiert)</p>	<p>Zur flächendeckenden Sicherstellung einer hausarztzentrierten Versorgung sollen die Kassen <b>verpflichtet</b> werden, <b>bis zum 30.06.2009</b> allein oder zusammen mit anderen Krankenkassen Verträge mit Gemeinschaften zu schließen, <b>die die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte vertreten.</b></p> <p>Damit die Verpflichtung der Krankenkassen zum Abschluss von Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung mit diesen Hauärztegemeinschaften auch durchgesetzt werden kann, können die Gemeinschaften bei Nichteinigung ein <b>Schiedsverfahren</b> einleiten.</p> <p>Wenn in einer KV keine Gemeinschaft existiert, die die gesetzliche Quote von 50% erfüllt, können die Krankenkassen mit den nach geltendem Recht vorgesehenen Vertragspartnern Verträge nach § 73b SGB V schließen. Dies gilt auch für Verträge, die die Versorgung von Kindern und Jugendlichen regeln.</p>	<p>Die angestrebte Änderung des § 73b SGB V ist <b>eine Initiative der bayerischen Landesregierung</b>, mit der diese vor der anstehenden Landtagswahl den Hausärzten und deren bayerischem Protagonisten Dr. Hoppenthaler ein Wahlgeschenk machen will.</p> <p>Die vorgeschlagene Änderung des § 73b SGB V ist aus folgenden Gründen <b>abzulehnen.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Durch die 50%-Quorumsregelung wird im Grunde das bisherige KV-<b>Monopol</b> durch ein anderes ersetzt. Es wird ein neues Quasi-Kollektivvertragsrecht geschaffen, nur ohne KVen, aber mit Schiedsverfahren, mit dem eine Einigung erzwungen werden kann.</li> <li>- Die angestrebte <b>Optimierung der Versorgungsstrukturen</b> unter Berücksichtigung der jeweiligen regionalen Gegebenheiten würde <b>konterkariert.</b></li> <li>- Der <b>Wettbewerb</b> um eine bessere Versorgungsqualität würde <b>zunichte</b> gemacht. Die Mitgliedschaft in einer bestimmten Gemeinschaft ist kein geeignetes Auswahlkriterium für die Teilnahme an einem qualitätsorientierten Versorgungsvertrag.</li> <li>- Die Neufassung würde den Suchprozess nach der besten Vertragsform, die den Versicherten bzw. Patienten Nutzen bringt, für Ärzte mehr Freiräume schafft und gleichzeitig für eine (Re-)Finanzierung durch vermiedene Fehlversorgung sorgt, behindern.</li> <li>- Im Übrigen ist auch die <b>Fristsetzung</b> kein Garant für einen guten Vertrag; der Druck, auf die Krankenkassen, auf Biegen und Brechen einen Vertrag mit den Hauärztegemeinschaften zu schließen, ist da eher als <b>kontraproduktiv</b> anzusehen.</li> </ul>