

**Entwurf einer
Stellungnahme des
Deutschen Gewerkschaftsbundes (DGB) zur**

**Öffentlichen Anhörung des
Bundestagssausschusses für Gesundheit zum**

**Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der
Organisationsstrukturen in der gesetzlichen
Krankenversicherung (GKV-OrgWG)**

– Drucksache 16/9559 –

am 24. September 2008



I. Allgemeine Bewertung:

Der DGB hat in der Vergangenheit viele Weichenstellungen in Richtung Wettbewerb begrüßt, die Fortschritte in der Versorgung der Menschen befördern. Er hat sich zum Qualitätswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung bekannt und hat sich stets für gleiche Wettbewerbsbedingungen über die Grenzen der Kassenarten hinweg eingesetzt. Daher begrüßt der DGB die formulierte Absicht des Entwurfs, gleiche Wettbewerbsbedingungen zwischen den GKV-Trägern herzustellen.

Grundsätzlich ist der DGB jedoch der Meinung, dass Sozialversicherungsträger nicht in die Insolvenz gehen können dürfen. Sozialversicherungen dienen in ihrer Form als mittelbare Staatsverwaltung der Absicherung der großen Lebensrisiken, also Aufgaben, die sich unmittelbar und mittelbar aus unserer Verfassung ableiten lassen. Krankenkassen sichern mit gesetzlichem Auftrag Krankheitsrisiken ihrer Mitglieder und deren Angehöriger ab.

Der DGB fordert nachdrücklich die Bundesregierung auf, die möglichen Konsequenzen für die Akzeptanz des Sozialstaates durch die Bürgerinnen und Bürger in ihre Überlegungen einzubeziehen, für den Fall, dass für einen Sozialversicherungsträger Insolvenz angemeldet wird. Der Eindruck, der dadurch entstehen könnte, ist, dass die Absicherung des Krankheitsrisikos zur Disposition steht. Die Drohung möglicher Insolvenz, quasi als Strafe für falsches Wirtschaften, steht in keinem Verhältnis zu den realen Handlungsmöglichkeiten der Kasse. Denn eine Krankenkasse hat weder die Möglichkeit ihre Einnahmen noch den Großteil ihrer Ausgaben selbstständig zu bestimmen. Die finanzielle Grundlage wird immer mehr durch Gesetze und Verordnungen bestimmt, zulasten der Kompetenzen der sozialen Selbstverwaltung. Konsequenterweise müssten dann Gesetz- und Verordnungsgeber auch bereit sein, die Verantwortung – auch in finanzieller Sicht – zu tragen.

Das Ziel der verbesserten Transparenz unterstützt der DGB, wobei er jedoch zu bedenken gibt, dass dafür einheitliche Bilanzierungsvorschriften mit Veröffentlichungspflicht ausreichen würden.

Außerdem ist der Entwurf in sich nicht konsistent: Zum einen bemerkt er, dass innerhalb der bisherigen Kassenverbände die nach geltendem „Haftungsrecht erforderliche Solidarität immer schwieriger eingefordert werden kann“. Andererseits beabsichtigt der Entwurf, eben diese Solidarität an den neuen Spitzenverband Bund der Krankenkassen (SpiBund) zu übertragen. Bei Mitgliedern, die miteinander im schärfstmöglichen Wettbewerb stehen, ist es fraglich, ob dies gelingen kann.

Der DGB begrüßt ebenfalls den Vorrang des sozialrechtlichen Schließungsverfahrens. Dieses ist geeignet, den besonderen Ansprüchen von Sozialversicherungsträgern und ihren Mitgliedern gerecht zu werden. Warum sich diesem Schließungsverfahren noch die Einleitung eines Insolvenzverfahrens anschließen können soll, bleibt erklärungsbedürftig.

Der DGB fordert die Bundesregierung eindringlich auf, dafür Sorge zu tragen, dass die Versicherten und Patienten aus den geplanten Regelungen heraus keine Nachteile erfahren. Ausdrücklich verhindert werden muss, dass Leistungserbringer während der Schließung oder des Insolvenzverfahrens gegenüber Versicherten dieser Kasse ihren Verpflichtungen zur Beratung und Behandlung sowie Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln nicht nachkommen bzw. gegenüber gesetzlich Versicherten zur Vorkasse übergehen. Außerdem besteht die Gefahr, dass die Versicherten und Leistungserbringer und -erbringerinnen das Vertrauen in das System der GKV verlieren könnten.

Möglichweise befördert der Gesetzentwurf eine sog. Marktberei-
nung. Sollte dies tatsächlich gewollt sein, wäre es im Sinne der geforderten Transparenz geboten, darauf hinzuweisen.

Hinsichtlich der finanziellen Auswirkungen fordert der DGB ein, sowohl die finanziellen Auswirkungen auf die GKV zu beziffern (vor allem die Höhe der Versorgungsverpflichtungen und damit des notwendigen Deckungskapitals sowie Beiträge zum Pensionssicherungsfonds) als auch die Wirkung auf die Bundesagentur für Arbeit, infolge der möglichen Zahlung von Insolvenzgeld, zumindest zu benennen. Auf der Gegenseite muss bilanziert werden, in welcher Höhe die Länder von der Enthftung profitieren.

Entgegen dem Entwurf fordert der DGB folgende Maßnahmen zur Absicherung der gesundheitlichen Versorgung der rund 70 Mio. gesetzlich Krankenversicherten und Vermeidung von Anschlussinsolvenzen von Leistungserbringern:

- Insolvenzunfähigkeit für alle Träger der gesetzlichen Krankenversicherung,
d. h. einheitliche sozialrechtliche Regelungen für eine mögliche Schließung für alle Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, um die formulierte Absicht, gleiche Wettbewerbsbedingungen, tatsächlich realisieren zu können;
- Bundeshaftung für alle Sozialversicherungsträger,
d. h. Einführung einer Liquiditätssicherung des Bundes gegenüber dem Fonds anhand einer dem § 214 SGB VI gleichenden Regelung, um eine zutreffende künftige Beitragssatzfestsetzung zu garantieren und somit die gesundheitliche Versorgung der gesetzlich Versicherten langfristig zu sichern;

- keine Verschiebung der Verantwortung, d. h. weitere Haftung der Länder für die Kassen, die bisher ihrer Aufsicht unterstanden haben, um eine Verschiebung der Finanzverantwortung zu Lasten der Versicherten zu vermeiden.

Der DGB begrüßt die Regelungen zum langfristigen Aufbau von Deckungskapital für Versorgungszusagen und Beihilfe. Diese sind grundsätzlich geeignet, die betroffenen Krankenkassen und ihre Mitglieder nicht zu überlasten. Der DGB fordert die Bundesregierung nachdrücklich auf, nachteilige Auswirkungen der beabsichtigten Regelungen auf die bisherigen Beschäftigten der Krankenkassen auszuschließen.

Zu Fragen der Beschäftigten der gesetzlichen Krankenkassen verweist der DGB auf die Stellungnahme seiner Mitgliedsgewerkschaft, der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft.

II. Zum Gesetzentwurf im Einzelnen

Zu Art. 1, Nr. 1 [Förderung der Inanspruchnahme der Kinder-Gesundheitsuntersuchung]:

Der DGB unterstützt die Absicht, die Inanspruchnahme der Kinder-Gesundheitsuntersuchungen zu fördern. Der DGB sieht die vorgeschlagene Gesetzesänderung jedoch nicht für ausreichend an, die gesundheitliche Lage der Kinder und Jugendlichen maßgeblich zu verbessern.

Der DGB hat eine Position „Kein Kind zurücklassen - Kinderarmut bekämpfen“ beschlossen, die auch maßgebliche Forderungen für den Gesundheitsbereich beinhaltet. Beispielsweise:

- ein Präventionsgesetz, das den Herausforderungen der Kinderarmut gerecht wird, d. h. nicht nur die Sozialversicherungen einbezieht, sondern auch Länder und Kommunen, sowohl in die Steuerung als auch die Finanzierung;
- eine Gemeinschaftsaufgabe Kinder- und Jugendgesundheit des Bundes, der Länder und der Kommunen;
- eine Stärkung des öffentlichen Gesundheitsdienstes;
- eine Ausdehnung der Familienbildung mit dem Schwerpunkt Gesundheitsvorsorge und Primärprävention;
- Reform der ärztlichen Ausbildung über die klinische Medizin hinaus, insbesondere über den Zusammenhang zwischen sozialer und wirtschaftlicher Lage und gesundheitlicher Situation des Einzelnen;
- das Vorhalten psychosozialer Hilfen an Kitas und Schulen, um den entsprechenden Hilfebedarf rechtzeitig erkennen und befriedigen zu können;
- konsequenter Ausbau der Gesundheitsberichterstattungen der Länder und Kommunen im Hinblick auf die Situation von Kindern und Jugendlichen und Verzahnung mit der Armuts- und Reichtumsberichterstattung.

Der DGB weist ausdrücklich darauf hin, dass Maßnahmen allein im Geschäftsbereich des BMG die problematischen Lebenslagen von Kindern und Jugendlichen nicht beheben können, die vor allem durch Einkommen (der Eltern), Bildung und Gesundheit bestimmt werden. Das beweist die Armuts- und Reichtumsberichterstattung des Bundes.

Zu Art. 1, Nr. 3f.:

Der DGB befürchtet bezüglich der Regelungen zur Übernahme von Beschäftigten einer geschlossenen Krankenkasse eine Ungleichbehandlung. Der DGB fordert, diese Ungleichbehandlung zu verhindern.

Im Einzelnen verweist der DGB auf die Stellungnahme seiner Mitgliedsgewerkschaft, der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft, als zuständige Tarifgewerkschaft.

Zu Art. 1, Nr. 7 „Neufassung § 171b SGB V (Insolvenz von Krankenkassen)“:

Der DGB lehnt insgesamt die Insolvenzfähigkeit von Sozialversicherungsträgern ab (s. Teil I). Die vorgesehene Regelung ist keinesfalls geeignet, gleiche Wettbewerbsbedingungen zwischen den Trägern herzustellen. Dieses Ziel könnte nur erreicht werden, wenn alle Krankenversicherungsträger insolvenzunfähig sind. Um eine in sich konsistente Regelung zu finden, können die Tatbestände der Insolvenzordnung (Überschuldung, Zahlungsunfähigkeit oder drohende Zahlungsunfähigkeit) jedoch als Kriterien für das sozialrechtliche Schließungsverfahren aufgenommen werden.

Der DGB gibt weiterhin zu bedenken: In Abs. 3 wird eine Frist von drei Monaten festgelegt, innerhalb derer die Aufsicht den Insolvenzantrag stellen kann. Diese Regelung ist nicht vergleichbar mit dem GmbH-Recht oder Aktiengesetz. Dort ist für die Geschäftsführer/Vorstände eine Frist von drei Wochen vorgesehen, die sehr kurz ist, um weitere Finanzmittel zu erschließen. In der Wirtschaft sammeln die Gewerkschaften die Erfahrung, dass je länger die Insolvenz hinausgezögert wird, umso weniger Insolvenzmasse verbleibt, in den meisten Fällen wird der Antrag schon zu spät gestellt. Es steht zu vermuten, dass die Vorstände schon nach § 171b Abs. 2 SGB V in der Entwurfsfassung zögern werden, die Aufsichtsbehörde zu informieren. Umso schneller müsste dann die Aufsicht handeln.

Der DGB fordert den Gesetzgeber auf, dafür Sorge zu tragen, dass durch Abs. 6 auch die Beitragsforderungen der Krankenkassen, die Rentenversicherungsbeiträge und die Beiträge gem. SGB III von der Verwertung als Insolvenzmasse geschützt werden.

Zu Art. 1, Nr. 7 „Neufassung § 171d SGB V (Haftung im Insolvenzfall)“:

Der DGB regt nachdrücklich an, die geschlossenen Betriebskrankenkassen aus dem Haftungsverbund auszunehmen. Falls sie in den Haftungsverbund einbezogen werden, besteht die Gefahr der Öffnung der Krankenkassen oder der Schließung durch die Trägerunternehmen. Dies hätte vor allem finanzielle Folgen für die Versicherten von geschlossenen BKKen, deren Personal vom Arbeitgeber finanziert wird, da sie die Verwaltungskosten über den Beitragssatz finanzieren müssten.

Der DGB sieht dadurch die Tendenz bestätigt, weiter Kosten zulasten der Beitragszahler zu verschieben.

Zu Art. 1, Nr. 10 „Neufassung des § 172 SGB V (Vermeidung der Schließung oder Insolvenz von Krankenkassen)“:

Der DGB kritisiert, dass abweichend vom Referentenentwurf nun die Aufsicht statt des GKV-Spitzenverbandes eine Vereinigung anordnen kann. Damit wird neben der Tendenz, Kosten der Gesundheitsversorgung auf die Versicherten abzuwälzen, auch die Tendenz bestätigt, Kompetenzen auf die Bundesregierung zu übertragen.

Konsistent mit den Regelungen der §§ 144, 150, 160, 168a und 171a SGB V ist dem Verwaltungsrat des SpiBund diese Kompetenz zu übertragen.

Entsprechend schlägt der DGB folgende Änderung vor: „(3) Stellt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen fest, dass bei einer Krankenkasse nur durch die Vereinigung mit einer anderen Krankenkasse die Leistungsfähigkeit auf Dauer gesichert oder der Eintritt von Zahlungsunfähigkeit oder Überschuldung vermieden werden kann, und kommt bei dieser Krankenkasse ein Beschluss nach § 144 Abs. 2 Satz 1 innerhalb einer vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen gesetzten Frist nicht zustande, ersetzt ein Beschluss des Verwaltungsrates des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen diesen Beschluss. § 144 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 gilt für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen entsprechend.“

Zu Art. 1, Nr. 13 „Neufassung § 265a SGB V (Finanzielle Hilfen zur Vermeidung der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse)“:

Insgesamt begrüßt der DGB, dass der SpiBund kraft Satzung Regelungskompetenzen in dieser Frage erhält. Für kritikwürdig hält der DGB die implizite Schwächung der Vertreterinnen und Vertreter der Beitragszahler in der Selbstverwaltung.

In Abs. 1 wird eine Abweichung von den Voraussetzungen der Beschlussfähigkeit nach § 64 Abs. 1 SGB IV vorgesehen. Dies ist zumindest erklärungsbedürftig, da die formellen Voraussetzungen, die o. a. Paragraf enthält, auch eine fristgerechte Einladung vorsehen.

Der DGB schlägt die Streichung des Abs. 1 S. 4 der Entwurfsfassung vor.

In Abs. 3 sollte auf die Kompetenzen nach § 70 SGB IV verwiesen werden.

Zu Art. 6, Nr. 1, „Neufassung des § 37 (Zuweisungen für sonstige Ausgaben)“:

Der DGB kritisiert, dass die vorgesehene Regelung für die Zuweisung für Verwaltungskosten, Satzungs- und Ermessensleistungen für den RSA-Schlussausgleich sich zu jeweils 50 Prozent an einheitlichen Pauschalen je Versicherten und am Beitragsbedarf der Kasse orientiert.

Damit werden Krankenkassen mit einem weit verzweigten Geschäftsstellennetz gegenüber im schlimmsten Falle virtuellen Krankenkassen stark benachteiligt. Gerade mobilitätseingeschränkte und technisch nicht so versierte Menschen benötigen die persönliche Ansprache. Auch eine Krankenkassen-Hotline, die personell unterausgestattet ist, wird durch die vorgesehene Regelung eher befördert als eine, bei der das Mitglied oder die Mitversicherten direkt einen Ansprechpartner erreichen.

Der DGB unterstützt Forderungen, die eine Aufteilung der Zuweisung zu 30 Prozent einheitliche Pauschalen je Versichertem und zu 70 Prozent Beitragsbedarf zum Ziele haben.