



09.09.2008

**Stellungnahme**  
**der Gewerkschaft der Sozialversicherung (GdS)**  
**zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung**  
**„Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der**  
**Organisationsstrukturen in der gesetzlichen**  
**Krankenversicherung (GKV-OrgWG)“**  
**(BT-Drs. 16/9559)**

---

## **I. Allgemeine Bewertung**

Die GdS vertritt die Auffassung, dass für alle Krankenkassen gleiche Wettbewerbsbedingungen gelten müssen. Im Hinblick darauf wird in der Begründung zu dem vorliegenden Gesetzentwurf zu Recht darauf hingewiesen, dass die bundesunmittelbaren Kassen nach bisherigem Recht benachteiligt sind, weil für sie die Insolvenzordnung gilt, während die landesunmittelbaren Kassen insolvenzunfähig sind.

Anstatt – wie in dem Gesetzentwurf vorgesehen – nun alle Kassen der Insolvenzordnung zu unterwerfen, plädiert die GdS eher dafür, die Gleichheit der Wettbewerbsbedingungen dadurch zu erwirken, dass auch die bundesunmittelbaren Kassen für insolvenzunfähig erklärt werden.

Das SGB V sieht bekanntlich bisher schon die Möglichkeit vor, dass Krankenkassen, deren „Leistungsfähigkeit nicht mehr auf Dauer gesichert ist“, von der zuständigen Aufsichtsbehörde geschlossen werden können. Dieses Schließungsrecht reicht nach Meinung der GdS völlig aus. Der nunmehr geplante duale Weg, wonach die Aufsichtsbehörde statt der Schließung auch die Eröffnung des Insolvenzverfahrens für eine Kasse beantragen kann, macht die Rechtslage nur unnötig kompliziert.

Für den Fall, dass der Gesetzgeber dennoch an der Insolvenzfähigkeit aller Krankenkassen festhalten will, begrüßt die GdS zumindest, dass nach dem neugefassten § 171b SGB V die Schließung einer Kasse Vorrang vor der Einleitung des Insolvenzverfahrens haben soll.

Positiv ist auch zu bewerten, dass der Entwurf des GKV-OrgWG umfassende Maßnahmen zur Verhinderung der Schließung bzw. Insolvenz von Krankenkassen vorsieht und dass die Versorgungsansprüche und -anwartschaften der betroffenen Beschäftigten durch die geplanten Haftungsregelungen und die Verpflichtung der Kassen, künftig entsprechendes Deckungskapital zu bilden, ausreichend gesichert erscheinen.

Noch nicht befriedigend ist jedoch geregelt, wo und wie die Kassenmitarbeiter im Falle der Schließung oder Insolvenz ihrer Kasse weiterbeschäftigt werden sollen bzw. können. Ebenfalls unbefriedigend ist, dass die Regelungen zur Abwicklung der Geschäfte im Schließungs- bzw. Insolvenzfall für die verschiedenen Kassenarten teilweise unterschiedlich ausgestaltet sind; durch die zahlreichen Querverweise im Gesetz sind diese Regelungen außerdem äußerst unübersichtlich.

Die GdS schlägt daher noch eine Reihe von Änderungen und Ergänzungen zu dem vorliegenden Gesetzentwurf vor. Insoweit wird auf die nachstehende Stellungnahme zu den Einzelvorschriften des Entwurfs verwiesen.

Im Übrigen teilt die GdS die Auffassung der Länder, dass das GKV-OrgWG der Zustimmung des Bundesrates bedarf. Die Länderkammer hat ihren Antrag auf entsprechende Änderung der Eingangsformel des Gesetzes in ihrer Stellungnahme vom 4. Juli 2008 (BT-Drs. 16/10070, Seite 1 f.) ausführlich und plausibel begründet, so dass auf die dortigen Ausführungen verwiesen werden kann. Die knappe Gegenäußerung der Bundesregierung, mit der der vorgenannte Antrag abgelehnt wird, vermag dagegen nicht zu überzeugen. Zudem ist nicht nachvollziehbar, dass der vorliegende Gesetzentwurf mehrere Ermächtigungsnormen für Verordnungen „mit Zustimmung des Bundesrates“ vorsieht, das GKV-OrgWG selbst jedoch – jedenfalls nach Auffassung der Bundesregierung – nicht zustimmungspflichtig sein soll.

\* \* \* \* \*

## **II. Stellungnahme zu Einzelvorschriften des Gesetzentwurfs**

### **Artikel 1: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

#### **zu Nr. 3 (§ 155 SGB V – Abwicklung der Geschäfte, Haftung für Verpflichtungen von Betriebskrankenkassen):**

##### zu Buchstabe b, Doppelbuchstabe aa:

Die geplante Ergänzung des § 155 Abs. 4, wonach bei Schließung einer Krankenkasse künftig nicht mehr nur die übrigen Kassen derselben Kassenart, sondern – sofern deren Vermögen für die Erfüllung der bestehenden Verbindlichkeiten nicht ausreicht – auch alle anderen Kassen (mit Ausnahme der Landwirtschaftlichen Krankenkassen) haften sollen, wird von der GdS ausdrücklich begrüßt.

Angesichts der verschärften Wettbewerbsbedingungen, die mit dem GKV-WSG geschaffen worden sind, ist diese Neuregelung notwendig, um die Beschäftigten der Krankenkassen besser als bisher vor den Folgen einer Schließung zu schützen. Mit Blick auf die durch das GKV-WSG eingeführte Möglichkeit von kassenartenübergreifenden Fusionen und die Neuordnung der Verbändestruktur ist die besagte Erweiterung der Haftungsregelung zugleich aber auch sachgerecht und systemkonform.

zu Buchstabe b, Doppelbuchstabe bb:

Die Zielsetzung des neu angefügten Satzes 9 in § 155 Abs. 4, wonach die Rechtsposition der Beschäftigten von Betriebskrankenkassen bei Auflösung oder Schließung der Kasse an die schon vorhandenen Regelungen für Orts- und Innungskrankenkassen angeglichen werden soll, ist grundsätzlich positiv zu bewerten.

Nicht akzeptabel ist jedoch, dass die ursprünglich im Referentenentwurf des GKV-OrgWG vorgesehene Fassung des neuen Satzes 9 („§ 164 Abs. 2 bis 4 gilt entsprechend.“) nun wieder eingeschränkt werden soll durch den Zusatz *„mit der Maßgabe, dass 164 Abs. 3 Satz 3 nur für Beschäftigte gilt, deren Arbeitsverhältnis nicht durch ordentliche Kündigung beendet werden kann“*.

Diese Einschränkung hätte zur Folge, dass bei Auflösung oder Schließung einer Betriebskrankenkasse nur denjenigen Beschäftigten, die aufgrund tarifvertraglicher Regelungen „unkündbar“ sind, eine neue Stellung bei dem jeweiligen BKK-Landesverband oder einer anderen BKK anzubieten ist, *„die ihnen unter Berücksichtigung ihrer Fähigkeiten und bisherigen Dienststellung zuzumuten ist“*. Den ordentlich kündbaren, d. h. insbesondere den jüngeren BKK-Beschäftigten würde indessen die Arbeitslosigkeit drohen.

Bei den Innungskrankenkassen gilt die vorstehend zitierte Regelung des § 164 Abs. 3 Satz 3 SGB V hingegen für alle „übrigen Beschäftigten“, also auch für die ordentlich kündbaren Tarif-Arbeitnehmer. Nach dem vorliegenden Gesetzentwurf würde sich hieran auch künftig nichts ändern.

Aus der Gesetzesbegründung ist aber nicht erkennbar, warum die BKK-Beschäftigten insoweit schlechter gestellt werden sollen als die IKK-Beschäftigten. Diese Ungleichbehandlung steht zudem im Widerspruch zu der für kassenartenübergreifende Fusionen geltenden Regelung des § 171a Abs. 2 Satz 5 (*„Handelt es sich bei der neuen Krankenkasse um eine Betriebs- oder Ersatzkasse, gilt bei Schließung dieser Krankenkasse § 164 Abs. 2 bis 5 entsprechend.“*).

Wenn § 155 Abs. 4 so, wie im Regierungsentwurf vorgesehen, ergänzt würde, wäre überdies völlig unklar, welche Regelung künftig im Schließungsfall für das AOK-System gelten soll, denn in dem hierfür maßgebenden § 146a wird sowohl auf § 155 als auch auf § 164 Abs. 2 bis 5 verwiesen.

Die vorgenannten Probleme würden sich allesamt nicht stellen, wenn die im Referentenentwurf vorgesehene Ergänzung des § 155 Abs. 4 unverändert beibehalten würde.

Die GdS erwartet deshalb, dass in dem neu angefügten Satz 9 des § 155 Abs. 4 die Worte *„mit der Maßgabe, dass .... beendet werden kann“* wieder gestrichen werden.

Zu den geplanten Ergänzungen des § 155 Abs. 4 ist im Übrigen Folgendes anzumerken:

1. In der Begründung zu Doppelbuchstabe bb heißt es: „... werden auch im Bereich der Betriebskrankenkassen die Beschäftigungsansprüche der Dienstordnungsangestellten ... gesichert“. Tatsache ist jedoch, dass bei den Betriebskrankenkassen gar keine DO-Angestellten beschäftigt sind. Insoweit wird auf die vom Bundesministerium für Gesundheit im Internet veröffentlichte Statistik „Gesetzliche Krankenversicherung: Personal und Verwaltungskosten 2006“ (zusammengestellt von Klaus Busch, Referat LG5) verwiesen. DO-Angestellte gibt es allenfalls bei den Landesverbänden und beim Bundesverband der Betriebskrankenkassen.
2. Die zahlreichen Querverweise zwischen den §§ 155 und 164 („gilt entsprechend“) und die zusätzliche Bezugnahme auf diese beiden Vorschriften in den §§ 146a, 171 und 171a machen die einschlägigen Regelungen dermaßen unübersichtlich und verwirrend, dass selbst Experten des GKV-Rechts sich hiermit schwer tun.

Die GdS schlägt deshalb vor, die Regelungen über die Abwicklung der Geschäfte und die Haftung für Verpflichtungen bei der Auflösung oder Schließung von Krankenkassen für alle Kassenarten zu vereinheitlichen und in einem oder ggfs. auch zwei Paragraphen zusammenzufassen. Diese(r) Paragraph(en) sollte(n) dann sinnvollerweise im Sechsten Kapitel, Erster Abschnitt, Achter Titel des SGB V, also unter der Zwischenüberschrift „Kassenartenübergreifende Regelungen“, platziert werden. Nach Möglichkeit sollten darin auch die bisherigen Sonderregelungen für nicht geöffnete Betriebs- und Innungskrankenkassen, bei deren Auflösung oder Schließung vorrangig der jeweilige Trägerarbeitgeber bzw. die jeweilige Handwerksinnung haftet, aufgenommen werden. Vertretbar wäre allenfalls noch, wenn nur diese Sondervorschriften weiterhin in den §§ 155 bzw. 164 verbleiben.

zu Buchstabe c, Doppelbuchstabe aa:

Es kann nicht angehen, dass kassenartenübergreifende Fusionen von Krankenkassen zu einer Schmälerung der Haftungsgrundlage für ungedeckte Versorgungsverpflichtungen führen. Die GdS begrüßt, dass dieser (nach bisherigem Recht mögliche) Effekt durch die vorgesehene Einfügung in § 155 Absatz 5 Satz 1 künftig verhindert werden soll.

**zu Nr. 4 (§ 164 SGB V – Abwicklung der Geschäfte, Haftung für Verpflichtungen, Dienstordnungsangestellte bei Innungskrankenkassen):**

zu Buchstabe a:

Die hier notwendige Folgeänderung zu der geplanten Einfügung eines neuen Satzes 6 in § 155 Abs. 4 wäre entbehrlich, wenn dem oben (zu Nr. 3, Buchstabe b, Doppelbuchstabe bb, unter Ziffer 2) vorgebrachten Vorschlag der GdS entsprochen würde, die Regelungen zur Abwicklung der Geschäfte und zur Haftung für Verpflichtungen bei Auflösung oder Schließung einer Krankenkasse für alle Kassenarten einheitlich zu regeln und in einem oder zwei Paragraphen im Achten Titel zusammenzufassen.

zu Buchstabe b:

Die vorgesehene Ergänzung des § 164 Abs. 3 mag zwar „gut gemeint“ sein, ist aber aus Sicht der Beschäftigten der Innungs- und der anderen Krankenkassen unbefriedigend und wird nach Meinung der GdS auch zu Umsetzungsproblemen führen:

Zum einen reicht es nicht aus, wenn den bisherigen Beschäftigten einer aufgelösten oder geschlossenen Krankenkasse eine entsprechende Anzahl von (DO-)Stellungen angeboten wird. Das betreffende Stellenangebot muss vielmehr auch so gestaltet sein, dass es den Fähigkeiten und den bisherigen Dienststellungen der betroffenen Beschäftigten entspricht. Was die DO-Angestellten anbetrifft, muss zumindest sichergestellt sein, dass die angebotenen Stellungen – wie bisher schon in § 164 Abs. 3 Satz 1 vorgegeben – *„nicht in einem auffälligen Missverhältnis zu den Fähigkeiten der Angestellten“* stehen. Bei den Tarifangestellten muss die angebotene Stellung *„unter Berücksichtigung ihrer Fähigkeiten und bisherigen Dienststellung“* zumindest zumutbar sein. Es wäre daher eine stellenkegel- oder eingruppierungskonforme Funktions-Struktur des Gesamtangebots erforderlich, was erheblicher organisatorischer Abstimmung bedürfte. All dies wird jedoch durch die vorgesehene Ergänzung des § 164 Abs. 3 nicht gewährleistet.

Hinzu kommt, dass das vorerwähnte Stellenangebot bundesweit gelten soll. Für die weit überwiegende Mehrzahl der betroffenen Beschäftigten würde dies jedoch bedeuten, dass sie die ihnen angebotene(n) Stelle(n) nur annehmen können, wenn sie zugleich auch ihren Wohnort entsprechend verlagern. Insbesondere den Beschäftigten der landesunmittelbaren Kassen kann dies jedoch nicht zugemutet werden, denn Letztere durften bislang davon ausgehen, dass sie nur innerhalb des jeweiligen Landes versetzt oder abgeordnet werden können. Aber auch für Bedienstete der bundesunmittelbaren Kassen wäre nicht jeder Dienortwechsel zumutbar.

Um dies zu verhindern, schlägt die GdS vor, dass für die DO- wie auch für die Tarifangestellten einer aufgelösten oder geschlossenen Krankenkasse eine ähnliche Regelung getroffen wird, wie sie nach § 213 Abs. 1 Satz 7 in der ab 1. Januar 2009 geltenden Fassung für die DO-Angestellten der (bisherigen) Bundesverbände gilt, nämlich dass die Betroffenen einen Anspruch auf Weiterbeschäftigung bei einem Landesverband oder einer einzelnen Kasse ihrer Wahl haben.

Damit denjenigen Kassen, die einen oder mehrere Beschäftigte einer aufgelösten oder geschlossenen Kasse weiterbeschäftigen, keine finanziellen Nachteile entstehen, sollten diese einen Ausgleichsanspruch gegenüber allen anderen Kassen erhalten (analog zu § 213 Abs. 1 Satz 8 in der ab 1. Januar 2009 geltenden Fassung).

Wenn die Abwicklung eines solchen Ausgleichs ohnehin über den Spitzenverband erfolgt, könnte sogar erwogen werden, die betreffende Wahlmöglichkeit nicht auf die jeweilige Kassenart zu beschränken. So könnte zum Beispiel auch einer AOK, BKK oder Ersatzkasse, die in räumlicher Nähe Beschäftigte einer geschlossenen oder aufgelösten IKK aufnimmt, ein Ausgleichsanspruch eingeräumt werden, den zunächst die übrigen IKKen zu erfüllen hätten.

Des Weiteren schlägt die GdS vor, § 164 noch um eine Regelung zu ergänzen, wonach DO-Angestellte ab einer bestimmten Altersgrenze im Falle der Schließung oder Insolvenz ihrer Kasse auf Antrag in den einstweiligen Ruhestand versetzt werden können. Durch entsprechende Verweise müsste gleichzeitig sichergestellt werden, dass diese Regelung nicht nur für die IKKen, sondern auch für die anderen Kassenarten, soweit dort DO-Angestellte beschäftigt sind, gilt.

Der bisherige Absatz 4 des § 164, wonach die Vertragsverhältnisse derjenigen Beschäftigten, die nicht nach Absatz 3 untergebracht werden, mit dem Tag der Auflösung oder Schließung der Krankenkasse enden, sollte indessen gänzlich gestrichen werden.

**zu Nr. 5 (§ 171 SGB V – Auseinandersetzung, Abwicklung der Geschäfte, Haftung für Verpflichtungen bei Ersatzkassen):**

zu Buchstabe a:

§ 171 Satz 1 verweist noch immer auf § 154, obwohl die letztgenannte Vorschrift schon seit 1996 weggefallen ist. Dieses Redaktionsversehen sollte im Rahmen des GKV-OrgWG endlich beseitigt werden. Seit dem Wegfall des § 154 hat aber auch das in der Überschrift zu § 171 enthaltene Wort „Auseinandersetzung“ keinen Bezug mehr zum Inhalt dieser Vorschrift; es sollte deshalb ebenfalls gestrichen werden.

Wesentlich problematischer ist jedoch, dass der Regierungsentwurf des GKV-OrgWG – ebenso wie bei dem neu angefügten Satz 9 in § 155 Abs. 4 – auch hier wieder von dem vorangegangenen Referentenentwurf insoweit abweicht, als nach der Angabe „und § 164 Abs. 2 bis 5“ noch die Worte „mit der Maßgabe, dass § 164 Abs. 3 Satz 3 nur für Beschäftigte gilt, deren Arbeitsverhältnis nicht durch ordentliche Kündigung beendet werden kann“ eingefügt werden sollen. Die oben zu Nr. 3, Buchstabe b, Doppelbuchstabe bb beschriebenen Nachteile für die ordentlich kündbaren Beschäftigten der Betriebskrankenkassen würden damit gleichermaßen auch für die ordentlich kündbaren Beschäftigten der Ersatzkassen gelten.

Es ist aber kein plausibler Grund erkennbar, warum die Beschäftigten der BKKen und der Ersatzkassen im Falle der Auflösung oder Schließung ihrer Kasse schlechter gestellt werden sollen als vergleichbare Beschäftigte der IKKen und – jedenfalls nach bisherigem Recht – auch der AOKen. Selbst wenn die Position von unkündbaren Beschäftigten durch diese Änderung gegenüber ihrer bisherigen Rechtslage verbessert wird, tritt dieser Vergleich hinter der Ungleichbehandlung gegenüber Beschäftigten anderer Kassenarten zurück.

Die GdS fordert deshalb, dass die Worte „mit der Maßgabe, dass .... beendet werden kann“ auch in der geplanten Ergänzung des § 171 Satz 1 wieder gestrichen werden.

zu Buchstabe b:

Hinsichtlich der hier vorgesehenen Folgeänderung gilt das Gleiche wie oben zu Nr. 4, Buchstabe a ausgeführt.

**zu Nr. 6 (Achter Titel SGB V – Kassenartenübergreifende Regelungen):**

Die GdS schlägt – wie oben schon mehrfach angesprochen – vor, unter dem Achten Titel („Kassenartenübergreifende Regelungen“) einen oder maximal zwei neue Paragraphen einzufügen, die die Abwicklung der Geschäfte und die Haftung für Verpflichtungen bei Auflösung oder Schließung einer Krankenkasse für alle Kassenarten einheitlich regeln. Durch eine derartige Neuregelung würden die einschlägigen Vor-

schriften wesentlich übersichtlicher und unkomplizierter als in der bisherigen Fassung. Zugleich würde dadurch auch die Zielsetzung des vorliegenden Gesetzentwurfs, gleiche Rahmenbedingungen für alle Krankenkassen zu schaffen, besser zum Ausdruck kommen.

#### **zu Nr. 7 (§ 171b SGB V – Insolvenz von Krankenkassen):**

Der duale Weg einer Beantragung der Eröffnung eines Insolvenzverfahrens einerseits und der Schließung der Krankenkasse andererseits erscheint kompliziert und nicht zwingend.

Im allgemeinen Teil der Gesetzesbegründung wird zwar zu Recht darauf hingewiesen, dass die bundesunmittelbaren Kassen Wettbewerbsnachteile haben, weil sie im Unterschied zu den landesunmittelbaren Kassen bisher schon insolvenzfähig sind und deswegen Beiträge an den Pensionssicherungsverein sowie Umlagen für das Insolvenzgeld nach dem SGB III zahlen müssen. Anstatt nun alle Krankenkassen insolvenzfähig zu machen, könnte man die Schaffung gleicher Wettbewerbsbedingungen aber auch dadurch erreichen, dass man die bundesunmittelbaren Kassen ebenfalls für insolvenzunfähig erklärt.

Die GdS plädiert deshalb grundsätzlich dafür, auf die Anwendung der Insolvenzordnung in der gesetzlichen Krankenversicherung zu verzichten. Stattdessen könnte man die Handlungstatbestände der InsO (Zahlungsunfähigkeit, drohende Zahlungsunfähigkeit oder Überschuldung) als zusätzliche Kriterien für die Schließung einer Krankenkasse heranziehen. Dabei stellt sich die Frage, ob eine entsprechende Erweiterung der Schließungskriterien überhaupt erforderlich ist, denn: Wenn eine Kasse überschuldet ist oder ihr die Zahlungsunfähigkeit droht, dürfte wohl auch „ihre Leistungsfähigkeit nicht mehr auf Dauer gesichert“ sein. In diesem Fall müsste die Kasse aber auch schon nach bisherigem Recht geschlossen werden (vgl. §§ 146a, 153, 163 und 170).

Es erscheint auch plausibel, den Kassenvorstand – wie nach bisherigem Recht – mit der Abwicklung zu betrauen (allerdings unter engen Kontrollen der Aufsicht und ggfs. auch des Spitzenverbandes), anstatt einen Insolvenzverwalter zu bestellen. Gegen eine Verschärfung der Anzeigepflichten bei drohender Gefahr einer dauerhaften Beeinträchtigung der Kassenleistungsfähigkeit hätte die GdS dagegen keine Bedenken.

Für den Fall, dass der Gesetzgeber dennoch an der Insolvenzfähigkeit aller Krankenkassen festhalten will, bewertet die GdS es zumindest als positiv, dass § 171b Abs. 3 einen Vorrang des Schließungsrechts der Aufsichtsbehörden vor der Einleitung des Insolvenzverfahrens vorsieht.

Begrüßt wird die (im Referentenentwurf des GKV-OrgWG noch nicht enthaltene) Regelung des § 171b Abs. 2 Satz 2, wonach die Verbindlichkeiten der Krankenkassen aus Versorgungszusagen nicht bei der Überschuldungsbilanz zu berücksichtigen sind. Ohne diese Regelung müssten die Aufsichtsbehörden wahrscheinlich schon zum Jahresbeginn 2010 für mehrere Kassen Insolvenzanträge stellen.

## **zu Nr. 8 (§§ 171c bis 171f SGB V -neu-):**

### zu § 171c (Aufhebung der Haftung nach § 12 Abs. 2 der Insolvenzordnung):

Der Wunsch der Länder, aus der Haftung für die Ansprüche der Beschäftigten von Krankenkassen auf Leistungen der Altersvorsorge und auf Insolvenzgeld entlassen zu werden, ist seit langem bekannt. Zunächst wäre es sicher denkbar gewesen, durch Aufhebung oder Eingrenzung der landesgesetzlichen Normen über die Insolvenzunfähigkeit von Körperschaften eine entsprechende Wirkung auszulösen. Die bundesrechtliche Regelung ist nur wegen ihrer einheitlichen Wirkung für alle Länder vorzuziehen. Zwar wird die Geltung von § 12 Abs. 1 Nr. 2 InsO für Krankenkassen aufgehoben, doch setzt sich hier nur das Prinzip „Bundesrecht bricht Landesrecht“ durch, solange das entsprechende Landesrecht nicht korrigiert wird.

Für sehr problematisch hält die GdS das Vorhaben, dass § 171c, also die Enthftung der Länder, schon zum 1. Januar 2009, die Neuregelungen zur Insolvenzfähigkeit der Kassen wie auch die oben angeführten Änderungen der §§ 155, 164 und 171 dagegen erst zum 1. Januar 2010 in Kraft treten sollen. Hierdurch entstehen Haftungs- und andere Regelungslücken für etwaige Schließungen von landesunmittelbaren Kassen im Jahr 2009, deren Auswirkungen noch nicht abschließend bewertbar sind.

Die GdS plädiert deshalb nachdrücklich dafür, in § 171c die Jahreszahl „2009“ durch „2010“ zu ersetzen.

### zu § 171d (Haftung im Insolvenzfall):

Die geplante Neuregelung der Haftung bei Insolvenz einer Krankenkasse ist – sofern man die Staatshaftung ablehnt – prinzipiell schlüssig konzipiert, ohne die beteiligten Kassen zu überfordern. Die Vorrangigkeit der Haftung innerhalb der gleichen Kas- senart und die subsidiäre Haftung aller Krankenkassen folgt den denkbaren Wand- erungsbewegungen von Versicherten einer geschlossenen Kasse und erfährt mit dem Prozentsatz zu den Zuweisungen in Absatz 5 auch eine tolerierbare Deckelung.

Die in den Absätzen 1 bis 4 des § 171d enthaltenen Haftungsregelungen für die Al- tersversorgungsverpflichtungen einer insolventen Krankenkasse erfassen nach der Gesetzesformulierung aber nur die unverfallbaren Anwartschaften. Für die DO-An- gestellten ist dies ohne Bedeutung, da seit 1993 keine DO-Angestellten mehr neu eingestellt werden, so dass deren Versorgungsanwartschaften inzwischen allesamt unverfallbar sind. Problematisch könnte die besagte Einschränkung jedoch für Tarif- Arbeitnehmer sein, deren Anwartschaften am 31. Dezember 2009 noch nicht unver- fallbar sind. Hier stellt sich die Frage, ob diese Beschäftigten einen Anspruch gegen den Spitzenverband Bund der Krankenkassen oder gegen den Pensionssicherungs- verein geltend machen können, wenn sie im Insolvenzfall die Unverfallbarkeit erreicht haben.

Unklar ist auch, ob die Beihilfen von der Haftung nach § 171d erfasst werden, denn nach dem Wortlaut dieser Vorschrift gilt diese nur für (unverfallbare) Altersversor- gungsverpflichtungen. Bei den Regelungen zur Deckungskapitalbildung in § 171e werden die Beihilfeverpflichtungen dagegen explizit mit aufgeführt. Zur Klarstellung sollten deshalb auch die Haftungsregelungen des § 171d insoweit noch ergänzt wer-

den.

Überdies müsste noch geregelt werden, wer im Insolvenzfall wie auch bei Schließung oder Auflösung einer Krankenkasse die Ansprüche und Anwartschaften der Berechtigten ermittelt und wer die Versorgungsbezüge und Beihilfen an die Betroffenen auszahlt. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass DO-Angestellte und unter Umständen auch Tarif-Arbeitnehmer mit unverfallbaren Betriebsrentenanwartschaften aufgrund der Neuregelungen des § 171d im Insolvenzfall zwei Schuldner haben, nämlich den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Pensionssicherungsverein. Da die Pensionen der DO-Angestellten eine Grundversorgung darstellen, darf auf keinen Fall eine Situation entstehen, in der die Betroffenen zwei Ansprechpartner haben und von beiden auf den jeweils anderen Schuldner verwiesen werden.

Im Hinblick darauf schlägt die GdS vor, in § 171d nach Absatz 4 noch folgenden Absatz einzufügen:

*„Im Fall des Abs. 1 Satz 1 sowie im Fall der Schließung oder Auflösung einer Krankenkasse liegt die Erbringung der Leistungen entsprechend den bestehenden Altersversorgungs- und Beihilfeverpflichtungen in der Verantwortung des Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Zur Feststellung und Abwicklung der betreffenden Verpflichtungen kann dieser sich der Hilfe Dritter bedienen. Im Fall der Schließung oder Auflösung einer Krankenkasse darf die Hilfe Dritter nur im Einvernehmen mit der zuständigen Aufsichtsbehörde in Anspruch genommen werden.“*

zu § 171e (Deckungskapital für Altersversorgungsverpflichtungen):

Die GdS begrüßt, dass die Bildung von Deckungskapital auf 40 Jahre gestreckt werden soll. Dadurch dürfte eine finanzielle Überforderung der Krankenkassen ausgeschlossen sein.

Ebenfalls begrüßt wird die klare Regelung in Abs. 1, wonach die Kassen nicht nur Deckungskapital für ihre Altersversorgungs-, sondern auch für ihre Beihilfeverpflichtungen bilden müssen.

Plausibel sind schließlich auch die (im Referentenentwurf noch nicht enthaltenen) Regelungen des Abs. 2, die berücksichtigen, dass einzelne Krankenkassen ihre DO-Angestellten bisher schon über umlagefinanzierte und/oder kapitalgedeckte Versorgungseinrichtungen abgesichert haben.

Nicht nachvollziehbar ist dagegen, warum die Rechtsverordnung nach Abs. 3 „mit Zustimmung des Bundesrates“ erlassen werden soll, die Bundesregierung zugleich jedoch die Auffassung vertritt, dass das zugrunde liegende Gesetz nicht zustimmungspflichtig sei. Die GdS bekräftigt in diesem Zusammenhang noch einmal ihre eingangs bereits erwähnte Position, dass nicht nur die Verordnung nach Abs. 3, sondern auch das GKV-OrgWG selbst der Zustimmung des Bundesrates bedarf.

zu § 171f (Insolvenzfähigkeit von Krankenkassenverbänden):

Die Erstreckung der neuen Insolvenzregelungen auf die Kassenverbände erfolgt mit dem Hinweis in der Begründung, dass diese ebenfalls Körperschaften des öffentli-

chen Rechts sind und deshalb gleich behandelt werden müssen. Dabei wird aber offenbar verkannt, dass die Bundesverbände zum Jahreswechsel 2008/2009 in Gesellschaften bürgerlichen Rechts umgewandelt werden und dass nur noch wenige „richtige“ Landesverbände bei Betriebs- und Innungskrankenkassen bestehen.

Gegen die Übertragung der Insolvenzfähigkeit auf die Verbände bestehen insoweit keine Bedenken. Zu begrüßen wäre allerdings ein Hinweis, was im Falle der Insolvenz eines nicht (mehr) verkörperschafteten Verbandes zu geschehen hat. Die Verweisung auf das Bürgerliche Gesetzbuch in § 212 Abs.1 Satz 4 SGB V ist wenig konkret.

### **zu Nr. 10 (§ 172 SGB V – Vermeidung der Schließung oder Insolvenz von Krankenkassen):**

#### zu Buchstabe a:

Die neu formulierte Überschrift zu § 172 („Vermeidung der Schließung oder Insolvenz von Krankenkassen“) trifft den Inhalt dieser Vorschrift wesentlich besser als die im Referentenentwurf des GKV-OrgWG vorgesehene Überschrift „Befugnisse der Verbände“. Die besagte Änderung ist daher zu begrüßen.

#### zu Buchstabe b, Doppelbuchstabe bb:

Nach Meinung der GdS ist es prinzipiell sinnvoll und zweckmäßig, dass die Krankenkassen künftig verpflichtet werden sollen, den Spitzenverband Bund über Ausgabenüberhänge in der letzten Vierteljahresrechnung zu informieren. Der in § 172 Abs. 2 Satz 2 -neu- vorgesehene Schwellenwert, ab dem entsprechende Meldungen an den Spitzenverband erfolgen sollen, erscheint allerdings mit 0,5 Prozent der durchschnittlichen monatlichen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds als sehr niedrig. Um zu vermeiden, dass es hierdurch zu einer Vielzahl unnötiger Meldungen kommt, sollte im weiteren Gesetzgebungsverfahren noch einmal geprüft werden, ob der betreffende Prozentsatz nicht höher festgesetzt werden kann.

#### zu Buchstabe c:

Mit Blick auf das Selbstverwaltungsprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung erscheint es zwar bedenklich, wenn die zuständige Aufsichtsbehörde künftig die Möglichkeit erhalten soll, die „Voraussetzungen für die Vereinigung einer in ihrer Leistungsfähigkeit gefährdeten Krankenkasse auch gegen deren Willen herbeizuführen, wenn eine andere Kasse bereit ist, sich mit dieser Kasse zu vereinigen“ (wie es in der Gesetzesbegründung heißt). Wenn die Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse nicht anders verhindert werden kann, liegt eine derartige „Zwangsfusion“ aber nicht zuletzt auch im Interesse der betroffenen Beschäftigten. In Anbetracht dessen trägt die GdS die in § 172 Abs. 3 vorgesehene Neuregelung mit.

Positiv ist auf jeden Fall zu bewerten, dass über derartige Zwangsfusionen nicht mehr – wie im Referentenentwurf des GKV-OrgWG vorgesehen – der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, sondern die Aufsichtsbehörden entscheiden sollen. Dass der Spitzenverband Bund hierbei ein Vorschlagsrecht erhalten soll, erscheint unbedenklich.

**zu Nr. 11 (§ 195 SGB V – Genehmigung der Satzung):**

Die geplante Ergänzung des § 195 Abs. 2, wonach Klagen gegen Maßnahmen der Aufsichtsbehörde nach den Sätzen 1 und 2 (Anordnung bzw. Vornahme von Satzungsänderungen) künftig keine aufschiebende Wirkung mehr haben, liegt im Interesse der Versicherten und findet daher auch die Zustimmung der GdS.

**zu Nr. 13 (§ 265a SGB V – Finanzielle Hilfen zur Vermeidung der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse):**

Die derzeit geltenden Regelungen des § 265a, wonach die Satzungen der (Bundes-)Verbände der Krankenkassen mit Wirkung für ihre jeweiligen Mitgliedskassen Bestimmungen über die Gewährung finanzieller Hilfen *„in besonderen Notlagen, zur Erhaltung der Wettbewerbsfähigkeit und zur Entschuldung“* vorsehen müssen, haben sich nach Einschätzung der GdS in der Vergangenheit bewährt und in manchen Fällen auch drohende Schließungen einzelner Kassen verhindert. Mit der Umwandlung der Bundesverbände von öffentlichen-rechtlichen Körperschaften in Gesellschaften des bürgerlichen Rechts fallen diese Satzungsbestimmungen jedoch zu Beginn des kommenden Jahres weg.

In Anbetracht dessen erscheint es notwendig und sachgerecht, dass die Gewährung derartiger Finanzhilfen – wie in der Neufassung des § 265a vorgesehen – ab dem 1. Januar 2009 in der Satzung des Spitzenverbandes Bund geregelt werden soll.

Die GdS hält es allerdings für problematisch, dass § 265a in der Fassung des Regierungsentwurfs nur noch finanzielle Hilfen *„zur Ermöglichung oder Erleichterung von Vereinigungen von Krankenkassen“* vorsieht. Aus Sicht der Beschäftigten der Krankenkassen erschien die Regelung in dem vorangegangenen Referentenentwurf, wonach der Spitzenverband Bund – so wie bisher die (Bundes-)Verbände der einzelnen Kassenarten – darüber hinaus auch Finanzhilfen *„in besonderen Notlagen einer Krankenkasse oder zur Erhaltung deren Wettbewerbsfähigkeit“* gewähren konnte, wesentlich günstiger.

Fusionen von Krankenkassen dürfen nur „ultima ratio“ sein. Bevor es hierzu kommt, sollte den „in Not geratenen“ Krankenkassen geholfen werden, sich aus der Notlage zu befreien und weiter im Wettbewerb zu bestehen. Nach den jetzt vorgesehenen Neuregelungen der §§ 265a und 265b wird dies aber künftig nur noch dann möglich sein, wenn die Kassen zuvor innerhalb der einzelnen Kassenarten freiwillig Verträge über gegenseitige finanzielle Hilfen abgeschlossen haben. Die GdS befürchtet, dass derartige Verträge nicht in ausreichendem Maße zustande kommen werden und dass die freiwilligen Finanzhilfen die „in Not geratenen“ Kassen nur in Ausnahmefällen „retten“ werden. Insoweit wird auch auf die nachstehenden Ausführungen zu Nr. 14 verwiesen.

**zu Nr. 14 (§ 265b SGB V (neu) – Freiwillige finanzielle Hilfen):**

Mit dem neu eingefügten § 265b soll den Krankenkassen laut der Gesetzesbegründung die Möglichkeit gegeben werden, „durch freiwillige finanzielle Unterstützungs-

leistungen an andere Krankenkassen der Kassenart die Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse zu vermeiden“.

Diese Zielsetzung ist zwar grundsätzlich zu begrüßen. Angesichts des zunehmenden Wettbewerbs zwischen den einzelnen Kassen – auch innerhalb derselben Kassenart – hat die GdS allerdings Zweifel, dass Verträge über freiwillige Finanzhilfen in größerem Umfang zustande kommen werden. Die verschiedenartigen Reaktionen auf die Neuordnung der Verbändestruktur (teils Beibehaltung des Bundesverbandes, teils Gründung mehrerer Nachfolgeorganisationen für dieselbe Kassenart) lassen außerdem darauf schließen, dass das „Solidargefühl“ bei den einzelnen Kassenarten unterschiedlich stark ausgeprägt ist.

Es ist aber durchaus möglich, dass einzelne Kassen schon kurz nach der Einführung des Gesundheitsfonds in eine finanzielle Notlage geraten, weil die Zuweisungen aus dem Fonds und auch die Erhebung des (begrenzten) kassenindividuellen Zusatzbeitrags nach § 242 (in der ab 1. Januar 2009 geltenden Fassung) nicht ausreichen, um die anfallenden Ausgaben zu decken. Wenn die betroffenen Kassen bis dahin noch keine Verträge mit anderen Kassen über freiwillige finanzielle Hilfen nach § 265b abgeschlossen haben, besteht zwar noch die Möglichkeit, dass der Spitzenverband Bund ihnen (auf Antrag der zuständigen Aufsichtsbehörde) finanzielle Hilfe nach § 265a gewährt. Nach der im Regierungsentwurf des GKV-OrgWG vorgesehenen Neufassung des § 265a können derartige Hilfen aber nur „zur Ermöglichung oder Erleichterung von Vereinigungen von Krankenkassen“ bewilligt werden.

Mit anderen Worten: Krankenkassen, die frühzeitig nach der Einführung des Gesundheitsfonds in eine Notlage geraten und bis dahin keine Verträge über freiwillige finanzielle Hilfen abgeschlossen haben, können ihrer Schließung oder Insolvenz nur ausweichen, indem sie mit anderen Kassen fusionieren.

Die GdS hält dies für nicht akzeptabel und fordert deshalb eine Übergangsregelung, wonach alle Krankenkassen zumindest noch bis Ende 2009 – nach Möglichkeit aber auch noch länger – verpflichtet werden, finanzielle Unterstützungsleistungen an andere Kassen derselben Kassenart zu erbringen, um deren Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit zu erhalten und ihre Schließung oder Insolvenz zu verhindern.

\* \* \* \* \*

## **Artikel 2: Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch**

### **zu Nr. 1 (§ 77 SGB IV – Rechnungsabschluss, Jahresrechnung und Entlastung):**

Mit dem neu vorgesehenen Abs. 1a des § 77 SGB IV sollen – wie es in der Gesetzesbegründung heißt – „die in § 252 HGB geregelten wesentlichen handelsrechtlichen Bewertungsgrundsätze auf die Krankenkassen“ übertragen werden. Hierdurch soll „die Transparenz in Bezug auf die tatsächliche finanzielle Situation der Krankenkassen verbessert“ werden.

Diese Zielsetzung ist aus Sicht der GdS grundsätzlich positiv zu bewerten. Auch die nachfolgende Aussage in der Gesetzesbegründung (*„Dies ermöglicht es, wirtschaftliche Schwierigkeiten bei einer Krankenkasse bereits frühzeitig zu erkennen, so dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die zuständige Aufsichtsbehörde der Krankenkasse die erforderlichen Maßnahmen ergreifen können, um eine dauerhafte Leistungsunfähigkeit oder den Eintritt von Zahlungsunfähigkeit oder Überschuldung bei der Krankenkasse zu verhindern.“*) erscheint plausibel und folgerichtig.

In § 10 Abs. 1 der „Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung (Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung – SVRV)“ heißt es aber auch bisher schon:

*„Die Grundsätze ordnungsgemäßer Buchführung sind zu beachten; Buchungen und Aufzeichnungen sind vollständig, richtig, zeitgerecht, geordnet und nachprüfbar vorzunehmen.“*

Auch die konkret in § 77 Abs. 1a SGB IV -neu- aufgelisteten Grundsätze sind – zumindest implizit – bereits in den Bestimmungen der SVRV bzw. in der „Verordnung über das Haushaltswesen in der Sozialversicherung (SVHV)“ enthalten.

Für die Krankenkassen ergeben sich somit keine grundlegenden Neuerungen. Der entscheidende Unterschied zum bisherigen Recht besteht nur darin, dass die betreffenden Vorgaben nunmehr gesetzlich fixiert werden sollen und damit ein höheres Gewicht als bisher erhalten.

Wenn auf diesem Wege – wie in der Gesetzesbegründung unterstellt – der Insolvenz oder Schließung von Krankenkassen früher als bisher entgegengewirkt werden kann, so liegt dies nicht nur im Interesse der betroffenen Versicherten, sondern vor allem auch im Interesse der Beschäftigten der Krankenkassen. In Anbetracht dessen hat die GdS gegen die geplanten Neuregelungen des § 77 Abs. 1a keine Bedenken.

#### **zu Nr. 2 (§ 78 SGB IV – Verordnungsermächtigung):**

Nach Meinung der GdS ist es durchaus sinnvoll und zweckmäßig, auf dem Verordnungswege noch konkrete Ausführungsbestimmungen zu § 77 Abs. 1a -neu- vorzugeben. Dabei sind die Besonderheiten der gesetzlichen Krankenkassen im Vergleich zu den anderen Sozialversicherungsträgern und den Gebietskörperschaften zu berücksichtigen.

#### **zu Nr. 4 (§ 111 SGB IV – Bußgeldvorschriften):**

Die geplante Ergänzung des § 111 SGB IV, wonach bestimmte Verstöße gegen die in § 77 Abs. 1a SGB IV -neu- enthaltenen Regelungen zur Aufstellung, Feststellung und Offenlegung von Jahresabschlüssen der Krankenkassen künftig als Ordnungswidrigkeiten angesehen und geahndet werden sollen, ist nach Meinung der GdS prinzipiell berechtigt und – was die in Absatz 5 aufgelisteten Verstöße anbetrifft – inhaltlich akzeptabel.

Auch die in Absatz 6 vorgesehene Höhe der betreffenden Geldbuße (*„bis zu 50.000 Euro“*) erscheint mit Blick auf die sonstigen Bußgeldvorschriften des § 111 und unter

Berücksichtigung der einschlägigen Vorschriften des Handelsgesetzbuchs (siehe dazu insbesondere § 341n Abs. 3 HGB) angemessen.

\* \* \* \* \*

### **Artikel 3: Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte**

Die in Art. 3 vorgesehenen Ergänzungen bzw. Änderungen des KVLG 1989 entsprechen den bisher schon geltenden Sonderregelungen für die landwirtschaftliche Krankenversicherung und sind daher sachgerecht.

\* \* \* \* \*

### **Artikel 4: Änderung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes**

Gegen die geplanten Änderungen des § 221 SGB V in der Fassung des Art. 2 Nr. 29 des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes hat die GdS keine Einwendungen.

\* \* \* \* \*

### **Artikel 5: Änderung der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung**

#### **zu Nr. 1 (§ 12 Abs. 1 SVRV – Rückstellungen):**

Die Vorgabe, dass Rückstellungen der Versicherungsträger für die Altersversorgung ihrer Bediensteten künftig auf jeden Fall zu bilanzieren sind – also insoweit kein Bilanzierungswahlrecht mehr besteht –, liegt nicht zuletzt auch im Interesse der betroffenen Beschäftigten. Die entsprechende Neufassung des § 12 Abs. 1 der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung wird daher begrüßt.

Aus sprachlichen Gründen und in Anpassung an die in Art. 1 gewählten Begrifflichkeiten sollte das Wort „Altersvorsorgezusage“ in dem neu gefassten Abs. 1 des § 12 SVRV allerdings durch das Wort „Altersversorgungszusage“ ersetzt werden.

#### **zu Nr. 2 (§ 12 Abs. 1a SVRV -neu-):**

Der im Referentenentwurf des GKV-OrgWG noch nicht enthaltene Abs. 1a -neu- zu § 12 SVRV, wonach Rückstellungen und das Deckungskapital für Verpflichtungen einer Krankenkasse, für die der Spitzenverband Bund der Krankenkassen haftet, bis zum 31. Dezember 2049 angesammelt werden dürfen und der Gesamtbetrag des Rückstellungsbedarfs bis dahin nur in einer Fußnote der Jahresrechnung ausgewiesen werden muss, ist zwar prinzipiell zu begrüßen.

Die GdS vermisst allerdings eine gesonderte Begründung zu dieser Neuregelung. Die vorliegende (aus dem Referentenentwurf unverändert übernommene) Begründung zu Art. 5 deckt jedenfalls nur die oben angesprochene Neufassung des § 12 Abs. 1 SVRV ab.

\* \* \* \* \*

## **Artikel 6: Änderungen der Risikostrukturausgleichsverordnung**

### **zu Nr. 1 (§§ 35 bis 37 RSAV -neu-):**

#### zu § 35 (Anwendbare Regelungen):

Die GdS hatte schon im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens zum GKV-WSG erhebliche Bedenken gegen die ab 2009 vorgesehene Einführung des sog. Gesundheitsfonds geäußert. Angesichts der vielfältigen Kritik, die dieses Vorhaben gerade in jüngerer Zeit auch von anderer Seite (Wissenschaftler, Gewerkschaften, Oppositions- und auch Teile der Koalitionsparteien) erfahren hat, hofft die GdS weiterhin darauf, dass die einschlägigen Vorschriften des GKV-WSG im Laufe dieses Jahres wieder gestrichen werden, zumindest aber, dass die Einführung des Fonds auf einen späteren Zeitpunkt verschoben wird, damit die noch bestehenden Mängel und Probleme „in Ruhe“ ausgeräumt werden können.

Sollte der Gesundheitsfonds jedoch – gegen alle Widerstände – plangemäß am 1. Januar 2009 eingeführt werden, hat die GdS gegen die (lediglich klarstellenden) Regelungen des § 35 RSAV -neu- keine Einwendungen.

#### zu § 36 (Ermittlung der Höhe der Grundpauschale):

Die GdS hält es für problematisch, wenn den Krankenkassen die für das Jahr 2009 ermittelte Grundpauschale erst bis zum 1. Januar 2009 bekanntgemacht werden muss. Damit die Kassen rechtzeitig eine verlässliche Kalkulationsgrundlage für das Haushaltsjahr 2009 haben, sollte der betreffende Stichtag – entsprechend dem für die Folgejahre vorgesehenen Datum – auf den 15. November 2008 festgesetzt werden.

Da die Grundpauschale je Versicherten für alle Krankenkassen einheitlich ist, erscheint es nicht erforderlich, dass jede Kasse ihren Versicherten die Höhe dieser Pauschale jährlich gesondert bekannt macht. Für die Versicherten ist diese Größe ohnehin wenig aussagekräftig. Nach Meinung der GdS würde es daher ausreichen, wenn das Bundesversicherungsamt oder das Bundesgesundheitsministerium jedes Jahr eine Pressemitteilung über die Höhe der Grundpauschale herausgibt.

#### zu § 37 (Zuweisungen für sonstige Ausgaben):

Die GdS verkennt nicht, dass es äußerst schwierig ist, die Verwaltungsausgaben der Krankenkassen zu „standardisieren“, weil dabei eine Vielzahl von Aspekten zu be-

rücksichtigen ist. Das in § 37 Abs. 1 RSAV -neu- vorgesehene Standardisierungskonzept vermag jedenfalls nicht zu überzeugen.

Unabhängig davon, ob die Prozentwerte in Abs. 1 Satz 2 Nrn. 2 und 3 mit 50:50 oder – wie in dem vorangegangenen Referentenentwurf – mit 30:70 festgesetzt werden, hat dieses Konzept den entscheidenden Mangel, dass es sich allein an der Zahl und Struktur (nach Alter, Geschlecht und Morbidität) der Versicherten orientiert. Die Höhe der Verwaltungsausgaben einer Krankenkasse hängt aber nicht allein davon ab, wie viele Versicherte eine Kasse hat, wie alt diese sind, ob sie männlich oder weiblich sind und welche Krankheiten sie haben.

Es ist vielmehr – rein logisch – durchaus denkbar, dass zwei Kassen mit exakt der gleichen Versichertenzahl und identischer Versichertenstruktur dennoch unterschiedlich hohe Verwaltungsausgaben haben, nämlich dann, wenn eine der beiden Kassen relativ viele Geschäftsstellen und dementsprechend viele Beschäftigte hat, während die andere Kasse sämtliche Kontakte mit ihren Versicherten über eine einzige, zentrale Geschäftsstelle abwickelt.

Die GdS hatte schon in ihrer Stellungnahme zum Referentenentwurf des GKV-OrgWG darauf hingewiesen, dass insofern auch die „Firmenphilosophie“ der Kasse die Höhe der Verwaltungsausgaben wesentlich beeinflusst. Bei der Standardisierung der Zuweisungen für die Verwaltungsausgaben muss deshalb neben der Zahl und der Struktur der Versicherten auch die Qualität der Versichertenbetreuung berücksichtigt werden. (Maßstab hierfür könnte zum Beispiel – unter Berücksichtigung der Kassenstruktur und der Beschäftigtenstärke – die Zahl der Versichertenbetreuer „vor Ort“ sein.)

Andernfalls sieht die GdS die Gefahr, dass die sog. „Versorgerkassen“ im Laufe der Zeit immer mehr Geschäftsstellen abbauen werden und am Ende nur noch „virtuelle“ Kassen übrig bleiben. Vor allem für ältere und chronisch kranke Versicherte wäre eine solche Situation jedoch geradezu fatal.

Die GdS erwartet deshalb, dass die Regelung des § 37 Abs. 1 RSAV -neu- unter dem vorstehenden Aspekt noch einmal überdacht und in geeigneter Weise ergänzt wird.

Für den Fall, dass dennoch an dem im Regierungsentwurf vorgesehenen Standardisierungskonzept festgehalten wird, bewertet die GdS es zumindest als positiv, dass die Prozentwerte nach Abs. 1 Satz 2 Nrn. 2 und 3 zunächst nur für zwei Jahre gelten und anschließend – unter Berücksichtigung der finanziellen Auswirkungen – neu festgelegt werden sollen.

### **zu Nr. 3 (§ 39 RSAV (neu) – Durchführung des Zahlungsverkehrs und Kostentragung):**

Wie oben (zu § 35 RSAV) bereits erwähnt, hat die GdS zwar grundsätzlich erhebliche Bedenken gegen die Einführung des Gesundheitsfonds. Sollte der Fonds jedoch, den Vorgaben des GKV-WSG entsprechend, am 1. Januar 2009 realisiert werden, hat die GdS keine Einwendungen dagegen, dass das Bundesversicherungsamt – wie in § 39 Abs. 1 RSAV -neu- vorgesehen – sowohl die Höhe der Zuweisungen an die

einzelnen Krankenkassen ermittelt als auch den betreffenden Zahlungsverkehr durchführt.

Der 3. Absatz des § 39 RSAV -neu-, wonach die Kosten, die dem Bundesversicherungsamt durch die Verwaltung des Gesundheitsfonds und die Durchführung des Risikostrukturausgleichs entstehen, aus den Einnahmen des Fonds gedeckt werden sollen, erscheint – jedenfalls in der vorliegenden Fassung – entbehrlich, denn der Text dieser Vorschrift entspricht wörtlich dem 1. Satz des § 271 Abs. 6 SGB V in der ab 1. Januar 2009 geltenden Fassung.

Statt der bloßen Wiederholung des Gesetzestextes hätte an dieser Stelle der RSAV – wie in Satz 2 des § 271 Abs. 6 SGB V vorgegeben – „das Nähere“ über die Deckung der vorerwähnten Kosten des BVA geregelt werden müssen. Warum dies nicht geschehen ist, geht aus der Begründung zu § 39 RSAV -neu- nicht hervor. Die GdS erwartet deshalb, dass der 3. Absatz dieser Vorschrift noch entsprechend „nachgebessert“ wird.

\* \* \* \* \*

### **Artikel 7: Inkrafttreten**

Der neu eingefügte § 171c SGB V, der den Wegfall der Haftung der Länder regelt, sollte nach Meinung der GdS nicht schon am 1. Januar 2009, sondern erst am 1. Januar 2010 in Kraft treten. Zur Begründung wird auf die obigen Ausführungen zu Art. 1 Nr. 8 verwiesen.