

BKK - Landesverband NORD

- Hamburg
- Mecklenburg-Vorpommern
- Schleswig-Holstein

BKK

Vorstand

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

19. September 2008

**Stellungnahme der Einzelsachverständigen Frau Claudia Korf
zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen
in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) - BT-DS. 16/9559 -**

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

ich bedanke mich für Ihre Einladung zur Anhörung am 24. September 2008 und nehme zu dem Gesetzesentwurf nachfolgend Stellung.

Wenngleich ich grundsätzliche Bedenken bezüglich wesentlicher ordnungspolitischer fragwürdiger Regelungsinhalte habe, auf deren Ausführung ich an dieser Stelle verzichte, bitte ich, folgende Aspekte in der Beratung zu berücksichtigen:

Art. 1 Nr. 7 - § 171b Abs. 1 SGB V -

Nach dem Gesetzesentwurf sollen die betriebsbezogenen Betriebskrankenkassen zukünftig in die Insolvenzregelungen mit einbezogen werden. Hier besteht jedoch **kein Regelungsbedarf, denn für nicht geöffnete Betriebskrankenkassen haften die Trägerunternehmen** (§ 155 Abs. 4 SGB V), ein Haftungsrisikos für alle übrigen Krankenkassen besteht nicht. **Aus diesen Gründen wurden die landwirtschaftlichen Krankenkassen aus der Insolvenzregelung heraus genommen.** Unverständlich ist, warum für betriebsbezogene Betriebskrankenkassen nicht dasselbe gelten soll. Hinzu kommt, dass bei den meisten von ihnen keine Altersversorgungsverpflichtungen bestehen. Hier wird das Personal in der Regel vom Trägerunternehmen gestellt, wo eventuelle Altersversorgungsansprüche nach den Bestimmungen des BetrAVG durch entsprechende Deckungskapitalbildung umfassend gesichert sind. Da bereits eine ausreichende Haftung gewährleistet ist, besteht kein sachlicher Grund, betriebsbezogene Betriebskrankenkassen in die neuen Insolvenzregelungen einzubeziehen.

Die in Art. 1 Nr. 7 in § 171b Abs. 1 S. 1 SGB V enthaltene Regelung sollte daher wie folgt geändert werden:

„Vom 1. Januar 2010 findet § 12 Abs. 1 Nr. 2 Insolvenzordnung auf Krankenkassen mit Ausnahme der Betriebskrankenkassen mit Öffnungsregelung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 keine Anwendung.“

Art. 1 Nr. 10 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa - § 172 SGB V -

Der Gesetzesentwurf sieht eine Neufassung des § 172 Abs. 2 S. 1 SGB V dahingehend vor, dass das Informations- und Einsichtnahmerecht nicht mehr bei den Verbänden der beteiligten Krankenkassen liegt, sondern allein beim GKV-Spitzenverband.

Nach der Gesetzesbegründung soll dies dem Umstand Rechnung tragen, dass entsprechend der Neuorganisation der Verbändestruktur ab dem 01.07.2008 nur noch der GKV-Spitzenverband als haftender Verband fungiert. Diese **Begründung geht fehl, da auch nach diesem Zeitpunkt und der Arbeitsaufnahme des GKV-Spitzenverbands die (Primär-)Haftung weiterhin bei den Mitgliedern der jeweiligen Kassenart liegt.**

Die vorgesehene Regelung beinhaltet zudem eine **zeitliche Inkongruenz**: Erste Veränderungen der Haftungsgemeinschaft durch das GKV-WSG erfolgen bereits zum 01.07.2008. Die vorgesehene Änderung des § 172 Abs. 2 SGB V mit der Zielsetzung der Haftungsprävention durch den GKV-Spitzenverband soll jedoch erst zum 01.01.2010 erfolgen. **Unklar ist, was im Zwischenzeitraum gelten soll. Ohne Klarstellung dürfte der bisherige Bezug zu den haftenden Verbänden in diesem Zeitraum ins Leere gehen.**

Um ein funktionsfähiges und rechtlich fundiertes Finanzcontrolling gerade in der Phase des Übergangs zum Gesundheitsfonds sicherzustellen, ist es **dringend notwendig, das effektive Finanzcontrolling zur Haftungsprävention durch die Landesverbände dezentral fortzuführen**, welches sich gerade auch in der Kooperation mit den Aufsichtsbehörden und durch die mitgliedschaftliche Anbindung der Krankenkassen bewährt hat. Dabei kann auf gut ausgebaute Finanzcontrollingstrukturen zurückgegriffen werden. Der GKV-Spitzenverband wird dagegen über längere Zeit nicht in der Lage sein, eine gleiche effiziente Haftungsprävention für alle Kassenarten durchzuführen. **Der GKV-Spitzenverband lehnt die Übernahme dieser Aufgabe – begründet mit seiner wettbewerblichen Neutralität – im Übrigen ab.**

Die Notwendigkeit, dieses kassenarteninterne Risikomanagementinstrument bei den Verbänden der Krankenkassen aber auch über den 01.01.2010 hinaus zu belassen, besteht auch deshalb, weil systemische Hilfen beibehalten (§ 262 SGB V – Gesamtrücklage - und § 265 – Finanzausgleich für teure Leistungsfälle -) und vertraglich neue geschaffen werden sollen (§ 265b SGB V in der Fassung GKV-OrgWG). Es liegt damit dauerhaft im Interesse der jeweiligen (primären) Hilfgemeinschaft, dass den Verbänden der Kassenarten die notwendige Grundlage zur Haftungsprävention übertragen bleibt.

Im Sinne der vorgenannten Erwägungen wäre § 172 Abs. 2 S. 1 SGB V in Art. 1 Nr. 10 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa daher wie folgt zu fassen:

„(2) Die Krankenkassen haben ihrer Aufsicht und dem Verband, dem die Krankenkasse nach § 207 SGB V angehört, auf Verlangen unverzüglich die Unterlagen vorzulegen und die Auskünfte zu erteilen, die dieser zur Beurteilung ihrer dauerhaften Leistungsfähigkeit für erforderlich hält, oder ihm auf Verlangen die Einsichtnahme in diese Unterlagen in ihren Räumen zu gestatten.“

Entsprechende Informations- und Beteiligungsrechte der Verbände wären konsequenterweise auch an weiteren Stellen im SGB V durch das GKV-OrgWG klarstellend zu regeln. So z.B. ein Anhörungsrecht in **§ 172 Abs. 1 S. 1 vor einem Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens. In § 211 Abs. 2 SGB V wäre die Beratung zur finanziellen Entwicklung der Krankenkasse im Rahmen der Aufgabenerfüllung nach §§ 262, 265, 265b SGB V als Aufgabe der Landesverbände klarstellend zu definieren.**

Art. 1 Nr. 14 - § 265b SGB V –

Die hier vorgesehene **Organisation freiwilliger finanzieller Hilfen** über vertragliche Vereinbarungen stellt einen Systembruch dar, indem von Satzungsregelungen Abstand genommen wird. Derartige Verträge zwischen Kassen derselben Kassenart werden nur im Ausnahmefall geschlossen werden. Dies **dürfte insbesondere bei einer Vielzahl von Kassen mit unterschiedlicher Struktur in einem intern wettbewerblichen System wie der Betrieblichen Krankenversicherung kaum vorstellbar** sein. Sinnvoll und insofern denkbar wäre dies allenfalls zur Unterstützung freiwilliger Vereinigungen.

Zielführender dürfte es sein, an dieser Stelle eine Regelung zu installieren, wonach die Landesverbände ermächtigt werden, **freiwillige finanzielle Hilfen über ein gemeinsam und einheitlich getragenes Satzungssystem oder vertraglich zu organisieren, die eine flächendeckende Haftungsprävention sicherstellen.** Die Ermächtigung der Landesverbände ist sinnvoll, weil sich die von ihnen auf der Grundlage satzungsmäßiger Regelungen in der Vergangenheit durchgeführte Haftungsprävention (u.a. im Rahmen der §§ 262, 265 SGB V) bewährt hat.

Um die Hilfen auf eine **finanziell möglichst breite Basis** zu stellen, die konsequenterweise auch der künftigen Primärhaftungsgemeinschaft (§§ 155 Abs. 4, 171d Abs. 1 und 5 SGB V) entspricht, sollte die Regelung **so ausgestaltet werden, dass das Instrumentarium gemeinsam und bundesweit einheitlich von der gesamten Kassenart genutzt werden kann.** Da die Kassenart ein vordringliches Interesse an einem flächendeckenden System hat, wird hier von einer bundesweiten Bündelung der Finanzierungsverpflichtung über Satzungen und/oder Verträge ausgegangen.

Finanzielle Hilfen nach § 265b Abs. 1 Ziffer 2 SGB V sind Voraussetzung für eine finanzielle Hilfe zur Vermeidung der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse, denn § 265a Abs. 1 S. 3 SGB V macht eine Gewährung von Hilfeleistungen davon abhängig, dass eine finanzielle Hilfe nach § 265b SGB V in ausreichender Höhe gewährt wird. Die **Weiterentwicklung freiwilliger finanzieller Hilfen der selbst organisierten Haftungsverbände durch Gewährleistung eines gesetzlich legitimierten, durchgehenden und dauerhaften kassenarteninternen Finanzhilfesystems** würde dem Subsidiaritätsprinzip der Haftungsgemeinschaften entsprechen und den **Vorrang der Eigenverantwortung** in einem wettbewerblichen Handlungsrahmen unterstreichen. Dies würde auch der Gefahr entgegenwirken, dass Hilfeleistungen nach § 265a SGBV verhindert werden, weil eine Vereinbarung über finanzielle Hilfen in der Kassenart nicht zustande kommt. Die Verbände werden aus systemischen Gründen und in der Finanzverantwortung für das Gesamtsystem auf das Zustandekommen von Verträgen und einheitlichen Satzungsregelungen hinwirken.

Im Sinne der vorgenannten Erwägungen sollte in § 265b Abs. 1 SGB V in Art. 1 Nr. 14 wie folgt gefasst werden:

„(1) Krankenkassen können mit anderen Krankenkassen derselben Kassenart oder deren Landesverbände mit anderen Landesverbänden derselben Kassenart Verträge über die Gewährung von Hilfeleistungen schließen, um

- 1. deren Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit zu erhalten,*
- 2. Haftungsfälle nach § 155 Abs. 4 und 5 und § 171d Abs. 1 S. 3 und 4 insbesondere durch die Unterstützung von freiwilligen Vereinigungen zu verhindern oder*
- 3. die Aufteilung der Beträge nach § 171d Abs. 1 Satz 3 und 4 abweichend von der nach § 171d Abs. 2 erlassenen Rechtsverordnung zu regeln.*

In den Verträgen ist Näheres über Umfang, Finanzierung und Durchführung der Hilfeleistungen zu regeln.

(2) Die Verträge sind von den für die am Vertrag beteiligten Krankenkassen oder Landesverbänden zuständigen Aufsichtsbehörden zu genehmigen.

(3) Die Gewährung finanzieller Hilfen an eine Krankenkasse derselben Kassenart kann auch auf der Grundlage von Satzungen der Landesverbände und der Verbände der Ersatzkassen jeweils mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen erfolgen. Näheres über Voraussetzungen, Umfang, Finanzierung und Durchführung der finanziellen Hilfen regelt die Satzung des Verbandes. Im Rahmen eines Vertrages können sich die Landesverbände und Verbände der Ersatzkassen mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen zur Finanzierung der Hilfeleistungen auch für die gesamte Kassenart verpflichten. Der Vertrag ist von den für die am Vertrag beteiligten Landesverbände zuständigen Aufsichtsbehörden zu genehmigen. Die Satzungen der Verbände können insoweit auch die Bildung eines gemeinsamen Fonds vorsehen, dessen Mittel zur Erfüllung ihrer Finanzierungsverpflichtung nach S. 3 zu verwenden sind.“

Art. 1 Nr. 11b – neu – § 211 Abs. 4 – neu – SGB V

§ 210 Abs. 1 S. 3 Ziffer 6 SGB V regelt, dass zur „**Aufbringung der Mittel**“ für die GKV-Landesverbände eine satzungsgemäße Regelung notwendig ist. Diese Satzungsregelungen sehen bei den jeweiligen Landesverbänden vor, dass deren finanzielle Mittel ausnahmslos durch Beiträge ihrer Mitgliedskassen aufgebracht werden (**Kassensitz- und Mitgliedschaftsprinzip**).

Die Landesverbände nehmen jedoch nicht nur – durch das Mitgliedschaftsprinzip finanziell abgesicherte – Unterstützungsaufgaben für ihre Mitgliedskassen (§ 211 Abs. 2 SGB V) wahr. Durch die **Einführung des Wohnortprinzips** und anderer entscheidender gesetzlicher Änderungen sind sie **auch für Krankenkassen ihrer Kassenart tätig**, die nicht ihre Mitglieder sind. So erfolgt die medizinische Versorgung der Versicherten zu einem Großteil außerhalb der eigentlichen Verbandsbereiche und die den Landesverbänden gesetzlich zugewiesenen Aufgaben (§ 211 Abs. 1 SGB V) entfalten – mitgliederunabhängig - ihre Wirkung über die Verbandsbereiche hinaus auch auf Krankenkassen anderer Verbandsbereiche. Der jeweilige Landesverband wird hier regional als „gesetzlicher **Stell- und Interessenvertreter**“ für sämtliche Krankenkassen der jeweiligen Kassenart tätig, **ohne dass die Finanzierung dieser Aufgaben** (u.a. Honorarverträge Ärzte und Zahnärzte, Pflegestützpunkte, Krankenhausplanung, Planung der ärztlichen Versorgung, Prävention, Selbsthilfeförderung, Hospizförderung, Sprechstundenbedarf, Pandemie-Vorsorge etc.) **gesetzlich sichergestellt ist**. So wird eine **Vielzahl von Vereinbarungen zur Sicherstellung der Versorgung der Versicherten geschlossen, deren Kosten nicht direkt versichertenbezogen abgerechnet und der jeweils zuständigen Krankenkasse in Rechnung gestellt werden können**.

In der Praxis erfolgte in der Vergangenheit für die mitgliederunabhängige Aufgabenwahrnehmung ein finanzieller Ausgleich auf der Grundlage einer Satzungsbestimmung des jeweiligen Bundesverbandes (BKK Bundesverband). Dieser **systemische Finanzausgleich wird jedoch mit Umwandlung des jeweiligen Bundesverbandes in die gesetzlich vorgesehene GbR zum 01.01.2009 entfallen**. Um die Erfüllung der gesetzlich vorgegebenen Tätigkeit auch weiterhin sicherstellen zu können, wird insofern eine **anderweitige Finanzierungsgrundlage notwendig**.

Diese finanzielle Unsicherheit ab 2009 wird durch weitere Entwicklungen flankiert, die eine **Umstellung der Finanzierungsbasis der Landesverbände zwingend notwendig** machen. Zum einen steht ein **verstärkter Konzentrationsprozess** bei bundesweit ausgerichteter Öffnung mittels Fusionen zu erwarten. Aufgrund der veränderten organisationsrechtlichen Rahmenbedingungen werden sich die **Kassenstrukturen** in zunehmendem Tempo daneben aber auch nicht fusionsbedingt **weiter ändern**. So sind Krankenkassen nicht gehindert, ihren Sitz neu zu bestimmen und Mitglied eines anderen Landesverbandes zu werden, an den sie geringe Umlagenbeiträge zahlen müssen. Mit Wegfall des bisherigen Haftungsverbundes Landesverband (§ 155 Abs. IV SGB V) zum 1. Juli 2008 können solche **Sitzverlagerungen** aus haftungsrechtlichen Gründen **nicht mehr abgelehnt werden**. Machen die Krankenkassen hiervon strategisch und/oder kollektiv Gebrauch, wird bei einer reinen auf Mitgliederkassen bezogene Finanzierung des Landesverbandes eine **Ungleichgewichtung** verursacht, die letztendlich zu einer **Destabilisierung des Gesamtsystems** führen kann.

Trotz der genannten Änderungen der Kassenstruktur würden sich die gesetzlich zugewiesenen Aufgaben der Landesverbände jedoch nicht verändern und sie könnten nach der jetzigen Rechtslage weiterhin nur ihre Mitgliedskassen verbindlich an der Finanzierung beteiligen. Eine **Finanzierung der Landesverbände ausschließlich nach dem Kassensitz- und Mitgliedschaftsprinzip ist jedoch nicht sachgerecht**. Dies ist im Zuge der Beratungen zur Errichtung von Pflegestützpunkten nach § 92 SGB XI erneut deutlich geworden, wo die Versicherten einstrahlender Krankenkassen (das sind Krankenkassen mit Sitz außerhalb des Verbandsgebietes) selbstverständlich das Beratungsangebot nutzen können, aber ihre Krankenkasse zu einer Beteiligung an der Finanzierung nicht wirksam verpflichtet werden kann.

Regionale Kassenverbände können dauerhafte wettbewerbs- und leistungsfähige Einheiten darstellen. Hierfür wäre jedoch die bisherige Finanzierung nach dem Kassensitz- und Mitgliedschaftsprinzip dergestalt zu ergänzen, dass auch Krankenkassen derselben Kassenart mit Mitgliedern mit Wohnort im Zuständigkeitsbereich eines Landesverbandes an der Finanzierung beteiligt werden (**Umstellung der Finanzierung der Landesverbände nach dem Wohnortprinzip**). Der originäre Nutzen der gesetzlichen Pflichterfüllung durch den Landesverband wird damit letztlich für alle Krankenkassen der Kassenart die gleiche wirtschaftliche Konsequenz haben. Als Konfliktmechanismus sollte eine Regelung entsprechend des § 132 a Abs. 2 Satz 6 SGB V vorgesehen werden.

Im Sinne der vorgenannten Erwägungen sollte § 211 SGB künftig mit „Aufgaben und Finanzierung der Landesverbände“ überschrieben werden und hinter Abs. 3 ein neuer Absatz 4 mit folgendem Wortlaut eingeführt werden:

In Art. 1 ist in Nr. 11 ein Buchstabe a einzufügen und nach Nr. 11a folgende Nr. 11b und Nr. 11c einzufügen:

„11b. Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 211
Aufgaben und Finanzierung der Landesverbände

11c. Folgender Abs. 4 wird angefügt:

(4) Die zur Finanzierung der Aufgaben der Landesverbände erforderlichen Mittel werden von den Krankenkassen der jeweiligen Kassenart durch eine Umlage aufgebracht. Die Aufbringung der Mittel für den einzelnen Landesverband erfolgt durch seine Mitgliedskassen sowie Krankenkassen derselben Kassenart mit Mitgliedern mit Wohnsitz im Zuständigkeitsbereich des Landesverbandes. Die Mitgliedschaftsrechte- u. Beziehungen

nach § 207 Abs. 1 Satz 3 SGB V bleiben hiervon unberührt. Das Nähere zur Durchführung der Finanzierung nach Ziff. 2 regeln die Landesverbände mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen in einem öffentlich-rechtlichen Vertrag. In dem Vertrag ist zu regeln, dass im Falle von Nichteinigung eine von den Parteien zu bestimmende unabhängige Schiedsperson den Vertragsinhalt festlegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von dem Bundesversicherungsamt im Einvernehmen mit den für die Landesverbände zuständigen Aufsichtsbehörden bestimmt.“

Art. 1 Nr. 8 und 8a – neu – § 171f Abs. 2 – neu – SGB V

§ 171f SGB V sieht die **Einführung der Insolvenzfähigkeit von Krankenkassenverbänden zum 01.01.2010** vor. Danach sollen die mit dem GKV-OrgWG ebenfalls neu einzuführenden §§ 171b bis 171e SGB V

§ 171b SGB V – Insolvenz von Krankenkassen

§ 171c SGB V – Aufhebung der Haftung nach § 12 Abs. 2 Insolvenzordnung

§ 171d SGB V – Haftung im Insolvenzfall

§ 171e SGB V – Deckungskapital für Altersversorgungsverpflichtungen

für die Verbände der Krankenkassen entsprechend gelten.

Die mit der Einführung der **Insolvenzfähigkeit** auch von **Krankenkassenverbänden** verbundene Intention ist unklar. Die **Begründung beinhaltet lediglich den Hinweis, dass die Regelungen zu übertragen seien, weil die Verbände**, ebenso wie die Krankenkassen, bundes- oder landesunmittelbare **Körperschaften des öffentlichen Rechts seien** und in Bezug auf die Insolvenzfähigkeit die gleichen Regelungen gelten müssten. Die Regelungen für Krankenkassen sind auf ihre Verbände jedoch **nicht ohne weiteres übertragbar**, da diese Körperschaften des öffentlichen Rechts gänzlich andere Aufgaben wahrnehmen. Während Krankenkassen Versicherer (Kostenträger) und Versorger (Geldleistungen) sind, stellen die Verbände die Gesundheitsversorgung der Versicherten in Region über Verträge mit den Leistungserbringern sicher. Im Insolvenzfall geschützte Leistungsausgaben fallen wiederum nur bei Krankenkassen an. Bei den Verbänden entstehende Ausgaben sind weitestgehend privatrechtlicher Natur, für die nur noch eine quotenmäßige Befriedigung der Gläubiger stattfinden würde.

Die Insolvenz wird rechtstheoretisch für möglich erklärt. Es **fehlt für Vorstand und Aufsichtsbehörde jedoch schon an notwendigen Kriterien zur Beurteilung einer (drohenden) Zahlungsunfähigkeit**. Weder Text noch Begründung definieren, was als „wirtschaftliche Leistungsfähigkeit“ verstanden werden soll. Unter Geltung der aktuellen gesetzlichen Finanzierungsgrundlagen von Verbänden kann sich diese Leistungsfähigkeit lediglich danach bemessen, ob ausreichend Umlagen von der Mitgliedskassen erhoben, nicht erhoben oder ausgezahlt werden. Da die Umlagengenerierung der Höhe nach nicht begrenzt ist, **könnte dies im Extremfall bedeuten, dass zunächst die Mitgliedskassen Zusatzbeiträge erheben, um die Forderungen des Verbandes zu erfüllen und bei finanzieller Überforderung ggf. sogar insolvent würden**. Dies kann als ordnungspolitische Konsequenz nicht gewollt sein.

Weiter **fehlt es an Regelungen zur praktischen Umsetzung**, die den Besonderheiten des Sozialrechts gerecht werden. **Völlig ungeklärt ist, wer im Fall der Insolvenz eines Verbandes die gesetzlichen Aufgaben der Landesverbände der Krankenkassen nach § 211 SGB V (oder die des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach § 217f SGB V) übernehmen soll**, insbesondere dann, wenn auch § 207 Abs. 4a S. 2 nicht mehr anwendbar wäre, weil kein Bundesverband ab 2009 (§ 213 SGB V) mehr besteht und die vom Bundesrat hierzu vorgeschlagene „Auffangregelung“ in Form der aufsichtsrechtlichen Bestimmung der Aufgabenzuständigkeit (vgl. Ziffer 27 - BR-DS 342/08 – Beschluss vom 4. Juli 2008) nicht umgesetzt werden soll (vgl. Gegenäußerung der Bundesregierung).

Im Gegensatz zu den Krankenkassen sind **keinerlei Instrumentarien zur Vermeidung von Insolvenzen** (Ausnahmetatbestände für Verbindlichkeiten bei der Feststellung der Überschuldung, Finanzhilfen, faktische Fusionen etc) vorgesehen. Dies wäre - auch als milderer Mittel - nicht nur **organisationsrechtlich und ordnungspolitisch**, sondern auch **im Sinne der gesetzlichen Begründung schlüssig**. In gleicher Konsequenz müssten dann auch die Regelungen über die Schließung einer Krankenkasse mit gesetzlich geregelten Haftungsfolgen zur Anwendung gelangen.

Die Übertragung der §§ 171b bis § 171e SGB V - ohne die genannten Instrumentarien – führt bei einzelnen Verbänden **bereits zum Zeitpunkt der Einführung der Insolvenzfähigkeit zum 01.01.2010 zum Insolvenzfall**. Sie werden nach **§ 213 SGB V** zum 01.01.2009 **Gesamthandschuldner** der dann in Gesellschaften des Bürgerlichen Rechts (GbR) umgewandelten Bundesverbände mit **zeitlich unbeschränkter Nachhaftung**. Die sich ergebenden Haftungsverpflichtungen sind für die künftigen GbR-Gesellschafter zum jetzigen Zeitpunkt weder überschaubar, noch können sie diese konkret steuern. **Absehbar** ist jedoch **bereits jetzt**, dass in der GbR insbesondere aufgrund der Abwicklung von Finanzhilfeverfahren für Krankenkassen (§ 265a SGB V) **finanzielle Verpflichtungen in erheblichem Umfang** (zwei- bis dreistelliger €-Millionenbereich) bestehen. Daneben bestehen nicht einzuschätzende **Verbindlichkeiten aus den nach § 213 Abs. 1 S. 2 SGB V iVm § 613a BGB übergehenden Arbeitsverhältnissen einschließlich der Versorgungsverpflichtungen**. Soweit diese Verpflichtungen von den GbR-Gesellschaftern in ihre Eröffnungsbilanzen eingestellt werden müssen, sie diese auch nicht an die sie finanzierenden Mitglieder bilanzierungstechnisch „weiterreichen“ können, würde dies per se zu einer Überschuldung führen, da keine ausreichenden Betriebsmittel und Vermögenswerte entgegengesetzt werden könnten. Diese Überschuldung der GbR-Haftungsträger würde letzten Endes sogar zur **Aushebelung der über das GKV-WSG eingeführten Haftungsregelungen für Verbindlichkeiten und übergegangene Arbeitsverhältnisse der ehemaligen Bundesverbände** führen. Auch dies kann in der praktischen Konsequenz nicht gewollt sein.

Im Sinne der vorgenannten Erwägungen wird eine Streichung der Regelung des § 171f SGB V vorgeschlagen.

Sofern an der Regelung des § 171f SGB V festgehalten wird, sollte sie in einem Abs. 2 um einen **Ausnahmetatbestand** ergänzt werden, um eine Überschuldung von Verbänden durch das Bestehen ungedeckter Verpflichtungen nach § 213 SGB V zu vermeiden und einen rechtssicheren Ausschluss der Überschuldung sicherzustellen. Damit wird auch vermieden, dass es insbesondere bei hohen „Erblasten“ und/oder großräumigen Ausfällen von Haftungsträgern zu weiteren Anschlussinsolvenzen aufgrund fortschreitender Überschuldung der Verbände einer Kassenart kommen kann und die Haftungsregelungen des § 213 SGB V bzw. mit dem GKV-WSG intendierten Ziele nicht konterkariert werden.

Hierzu wäre in Art. 1 in Nr. 8 ein Buchstabe a einzufügen und nach Nr. 8a folgende Nr. 8b einzufügen:

„8b. Folgender Abs. 2 wird angefügt:

„(2) Verbindlichkeiten des Verbandes der Krankenkassen, für die sie nach § 213 SGB V haften, sind bei der Feststellung der Überschuldung nicht zu berücksichtigen.“

Alternativ sollten an Stelle der Insolvenzfähigkeit der Verbände die Regelungen zur Schließung einer Krankenkasse entsprechend zur Anwendung kommen. Insoweit wäre in

Artikel I Nr. 8 in § 171f SGB V die Angabe „Die §§171b bis 171e gelten“ durch die Angabe „Der §155 gilt“ zu ersetzen.

Artikel 2 Nr. 3b – neu – § 79 Abs. 3c – neu – SGB IV

§ 211 SGB V sieht vor, dass die BKK Landesverbände zur Unterstützung ihrer Mitgliedskassen statistisches Material sammeln und aufbereiten. Darüber hinaus sollen sie die zuständigen Behörden in Fragen der Gesetzgebung und Verwaltung unterstützen. Sie sind zudem im Rahmen der **Überwachung der Finanzentwicklung von Krankenkassen** tätig und nehmen **Aufgaben im Bereich der Haftungsprävention sowie bei systemischen Finanzhilfen** wahr (§ 262 SGB V – Gesamtrücklage - und § 265 – Finanzausgleich für teure Leistungsfälle – sowie ggf. bei § 265b SGB V in der Fassung GKV-OrgWG – Freiwillige finanzielle Hilfen der Kassenart -).

Zur Erfüllung dieser gesetzlichen Aufgaben wie z.B. Entwicklung und Optimierung von Versorgungsverträgen, Entscheidungen über beantragte Finanzhilfen, Erstellung von Kennzahlen im Bereich des Finanzcontrollings, Erstellung von Informationsmaterial sowie als Adressat von Vertragspartnern, Politik und Presse **benötigen sie Zugriff auf statistische Daten ihrer Mitgliedskassen sowie die aggregierten Daten auf Kassenarten- und GKV-Ebene.**

Bislang wurden alle statistischen Daten der Betriebskrankenkassen **über den BKK Bundesverband als Spitzenverband dieser Kassenart** an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gemeldet. Als Datenrückfluss zum BKK Bundesverband wurden neben den BKK-Daten auch die aggregierten GKV-Daten übermittelt, die zurzeit in ein internes Informationssystem weiterfließen. Auf diese Weise ist bislang sichergestellt, dass die BKK Landesverbände auf die erforderlichen statistischen Daten zugreifen können.

Ab 01.01.2009 werden die statistischen Daten der Betriebskrankenkassen **direkt an den GKV-Spitzenverband übermittelt.** Eine gesetzliche Bereitstellung der BKK/GKV-Daten für die BKK Landesverbände ist derzeit nicht vorgesehen.

Um die genannten gesetzlichen Aufgaben auszuführen, für die Mitgliedskassen unterstützend tätig zu werden, insbesondere ein **funktionsfähiges Vertrags- und Finanzgeschäft** sowie effektive **Finanzhilfeverfahren sicherzustellen,** ist es **zwingend notwendig, die Datenbereitstellung auch gesetzlich zu verankern.** Eine Weiterleitung sollte über den **GKV-Spitzenverband erfolgen, dieser ist nach § 217f Abs. 2 SGB V verpflichtet, die Landesverbände der Krankenkassen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und bei der Wahrnehmung ihrer Interessen zu unterstützen,** insbesondere durch die Entwicklung von und Abstimmung zu Datendefinitionen (Formate, Strukturen, und Inhalte) und Prozessoptimierungen (Vernetzung der Abläufe) für elektronischen Datenaustausch in der gesetzlichen Krankenversicherung und mit den Arbeitgebern. Die KSVvV (Allgemeine Vorschriften über die Statistik in der gesetzlichen Krankenversicherung) wäre in der Folge entsprechend anzupassen.

Im Sinne der vorgenannten Erwägungen sollte zur Klarstellung und Verhinderung der evtl. Einschränkung der Handlungsfähigkeit der Verbände § 79 SGB IV um einen neuen Abs. 3c ergänzt werden.

In Art. 2 ist in Nr. 3 ein Buchstabe a einzufügen und nach Nr. 3a folgende Nr. 3b einzufügen:

„3b. Folgender Abs. 3c wird angefügt:

(3c) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen leitet die zur Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlichen statistischen Daten an die Verbände der Krankenkassen weiter. Diese umfassen insbesondere die von ihren Mitgliedskassen erhobenen Statistiken zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung sowie die aggregierten Statistiken der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung.“

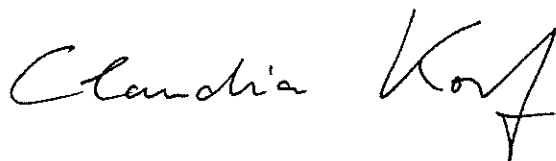
Art. 6 Nr. 1 - § 37 Abs. 1 S. 3 und 4 RSAV -

Nach dem Gesetzesentwurf (§ 37 Abs. 1 S. 3 und 4 RSAV) soll die Höhe der Verwaltungskosten-Zuweisung an nicht geöffneten Betriebskrankenkassen, deren Personalkosten vom Trägerunternehmen übernommen werden, gesondert ermittelt werden. **Eine derartige Sonderregelung ist weder notwendig noch sachgerecht.** Der Grund erscheint zunächst plausibel, da viele Trägerunternehmen für ihre BKK die Personalkosten übernehmen. Doch **aufgrund des künftigen einheitlichen Beitragssatzes entfällt für die Arbeitgeber die Möglichkeit, diesen Kostenaufwand durch einen niedrigen Beitragssatz zu kompensieren.** Eine fehlende Zuweisung der Personalkostenanteile an die Betriebskrankenkasse würde zu einer nicht begründbaren Diskriminierung von betriebsbezogenen Betriebskrankenkassen und ihrer Trägerunternehmen führen, denn sachlich gesehen sind die Aufgaben der Verwaltung wie bei jeder anderen Krankenkasse gleich. Dabei sollte es dem Träger überlassen bleiben, wie er die Mittel wirtschaftlich einsetzt. Allein aus diesem Grund haben auch die genannten Betriebskrankenkassen Anspruch auf Verwaltungskostenersatz nach allgemeinen Maßstäben. Daneben steht als **negative Auswirkung zu erwarten, dass das über die gesetzlichen Verpflichtungen hinausgehende Engagement des Arbeitgebers für „seine“ betrieblich orientierte Betriebskrankenkasse nicht mehr der Versichertengemeinschaft zugute kommt,** sondern als Folge der gekürzten Zuweisung an ihr vorbei in den Gesundheitsfonds fließen wird. Nach alledem besteht für ein gesondertes, mit hohem zusätzlichem Verwaltungsaufwand verbundenes Verfahren kein Anlass, so dass in § 37 Abs. 1 S. 3 und 4 im Art. 6 Nr. 1 ersatzlos gestrichen werden sollten.

Folgerichtig ist es jedoch, wie in Abs. 1 S. 2 Nr. 1 vorgesehen, für die (Durchschnitts-)Berechnung der Zuwendungen je Versicherten der standardisierten Verwaltungskosten die Kosten dieser traditionellen Betriebskrankenkassen nicht mit einzubeziehen.

Ich wäre Ihnen dankbar, wenn Sie meine Ausführungen bei der Beratung des Gesetzesentwurfes berücksichtigen. In der Anhörung werde ich hierzu gerne auch ergänzend Stellung nehmen.

Mit freundlichen Grüßen



Claudia Korf