

Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes
vom 10.09.2008 zum Entwurf des GKV-OrgWG
Bundestags-Drucksache 16/9559 – vom 16.06.2008



aktualisiert am 09. September 2008

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

AOK-Bundesverband

Kortrijker Straße 1
53177 Bonn

Neue Anschrift ab 15.10.2008:

Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Inhaltsübersicht

1. Gesamtbewertung	3
2. Förderung der Inanspruchnahme der Kinder-Gesundheitsuntersuchungen	11
3. Verhältniszahl ärztliche/nicht-ärztliche Psychotherapeuten	12
4. Präventives Haftungsmanagement.....	13
5. Haftungskonzept der §§ 171b ff.....	19
6. Strafbarkeitsvorschrift (§§ 307a Abs. 4 i. V. m. § 171b Abs. 2 Satz 1).....	26
7. Insolvenzfähigkeit der Verbände § 171f.....	28
8. Haftung insbesondere für Versorgungsverpflichtungen von Spitzenverband Bund und PSVaG im Insolvenzfall.....	29
10. Artikel 1 Nr. 14a (neu) - Ergänzung zu § 271 SGB V.....	38
11. Artikel 2 - Änderungen zum SGB IV	39
12. Artikel 3 - Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte	41
13. Artikel 4 - Änderung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes	42
14. Artikel 5 - Änderung der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung	43
15. Artikel 6 - § 35 RSAV (Anwendbare Regelungen)	44
16. Artikel 6 - § 36 RSAV (Ermittlung der Höhe der Grundpauschale).....	45
17. Artikel 6 - § 37 RSAV (Zuweisungen für sonstige Ausgaben)	47
18. Artikel 6 - § 39 RSAV (Durchführung des Zahlungsverkehrs und Kostentragung)	49
20. Artikel 6 - § 40 RSAV (neu) (Regelung des Schlussausgleichs)	50



1. Gesamtbewertung

Einleitend wird darauf hingewiesen, dass von Seiten der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen sowie des Spitzenverbandes Bund weitgehende Einigkeit in der Gesamtbewertung des GKV-OrgWG besteht. Daher sind die folgende Ausführungen weitgehend in Übereinstimmung mit den anderen Verbänden formuliert. Abweichungen ergeben sich jedoch in der Bewertung des Schwellenwertes bei der kassenarteninternen Haftung im Insolvenzfall (s. Abschnitt "Haftungskonzept"), bei der Verteilung von Fehlbeträgen im Gesundheitsfonds auf die Krankenkassen sowie der standardisierten Fondszuweisung für Verwaltungskosten (s. Abschnitt "Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds"). Auf die insoweit aok-spezifischen Ausführungen im Rahmen der Gesamtbewertung sei hiermit besonders hingewiesen.

Mit dem Gesetzentwurf zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der GKV (GKV-OrgWG) soll die Insolvenzfähigkeit aller Krankenkassen hergestellt werden. Die Grundlage hierfür wurde bereits mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) geschaffen. In § 171b SGB V wurde ab dem 01.04.2007 eine Einführungsregelung zur Insolvenzfähigkeit von Krankenkassen in das Fünfte Sozialgesetzbuch aufgenommen. Danach ist

- der Zeitpunkt, von dem an die Insolvenzordnung für alle Krankenkassen gelten soll,
- die Abgrenzung der Verpflichtungen aus den Versorgungszusagen,
- die Festlegung der für die Krankenkassen nach Einführung der Insolvenzfähigkeit maßgeblichen Rechnungslegungsvorschriften sowie
- das Entfallen der Haftung der Länder nach § 12 Abs. 2 der Insolvenzordnung spätestens zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesundheitsfonds

durch Bundesgesetz zu regeln.

Gleichfalls wurden mit dem GKV-WSG alle Krankenkassen begleitend zur Einführung der Insolvenzfähigkeit verpflichtet, vom 01. Januar 2010 an einen Kapitalstock zur Absicherung ihrer Verpflichtungen aus Versorgungszusagen zu bilden, um die Erfüllung dieser Verpflichtungen im Insolvenzfall sicherzustellen.



Der vorliegende Gesetzentwurf baut auf diese Vorgaben des GKV-WSG auf und sieht Regelungen

- zur Herstellung der Insolvenzfähigkeit,
- zur Enthftung der Länder,
- zur Definition des Sicherungsgegenstandes bzw. des Haftungsziels,
- zum Haftungsträger im Fall der Insolvenz,
- zum Aufbau eines Deckungskapitals für Versorgungsverpflichtungen der Krankenkassen,
- zum Aufbau eines präventiven Haftungsmanagements,
- zur Annäherung der geltenden Rechnungslegungsvorschriften an die entsprechenden Regelungen des HGB und
- zur Durchführung des Gesundheitsfonds

vor.

Insolvenzfähigkeit aller Krankenkassen

Bereits mit dem GKV-WSG hat der Gesetzgeber die Entscheidung darüber getroffen, dass die Insolvenzordnung grundsätzlich für alle Krankenkassen gelten soll. Im vorliegenden Gesetzgebungsverfahren geht es mithin nicht mehr um das „Ob“ der Einführung der Insolvenzfähigkeit von Krankenkassen, sondern nur noch um das „Wie“. Hintergrund dafür ist das Ziel der Enthftung der Bundesländer. Vom 01. Januar 2009 an sollen die Bundesländer nicht mehr nach § 12 Abs. 2 der Insolvenzordnung für die Ansprüche der Beschäftigten von Krankenkassen auf Leistungen der Altersversorgung und auf Insolvenzgeld haften. Darüber hinaus gehende Haftungsverpflichtungen der Länder für andere Verpflichtungen bestehen bzw. bestanden ohnehin nicht. Mit ihrer Enthftung wurde einer Forderung der Bundesländer nachgekommen, zum Start des Gesundheitsfonds aus der Haftung entlassen zu werden.

Da der Gesetzentwurf vorsieht, dass das Insolvenzrecht auf alle Krankenkassen erst ab dem 01. Januar 2010 Anwendung finden soll, die Bundesländer aber bereits vom 01. Januar 2009 enthftet werden sollen, entsteht eine einjährige Haftungslücke. Es ist deshalb erforderlich, beide Regelungen zeitlich aufeinander abzustimmen. Sofern es politisch nicht durchsetzbar ist, die Enthftung der Länder auf den 01.01.2010 zu verschieben, böte eine



einjährige Garantiehaftung des Bundes eine Möglichkeit, die derzeitige Haftungslücke für das Jahr 2009 zu schließen.

Der in dem Gesetzentwurf durchgängig verankerte Vorrang des Schließungsrechts nach dem SGB V vor dem Insolvenzrecht ist zu begrüßen. Für die Abwicklung einer Krankenkasse nach den Vorschriften der Insolvenzordnung ist aufgrund der gewählten Formulierungen (ausschließliches Recht zur Stellung eines Insolvenzantrages bei der Aufsichtsbehörde, Beurteilungs- und Ermessensspielraum der Aufsichtsbehörden bezüglich der Antragstellung, Maßnahmen zur Haftungsprävention) nur noch wenig Raum.

Um Insolvenzen bei Krankenkassen mit noch nicht ausreichend gedeckten Versorgungszusagen zu vermeiden, wird die vorgesehene Nichtberücksichtigung dieser Zusagen bei Erstellung der Insolvenzbilanz bis längstens 2049 begrüßt.

Allerdings ist der in der Gesetzesbegründung beschriebene Ausgangspunkt, die wettbewerblichen Ausgangsbedingungen der Krankenkassen durch gleichartige Regelung der Insolvenzsicherung nach dem SGB III und für die Insolvenzsicherung von Altersversorgungsansprüchen anzugleichen, durch das GKV-OrgWG nur unvollständig umgesetzt, insbesondere da die im GKV-Wettbewerbsystem stehende Krankenversicherung durch die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See von der Neuordnung ausgenommen ist. Anders als bei den ebenfalls ausgenommenen landwirtschaftlichen Krankenkassen gibt es hierfür unter wettbewerblichen Gesichtspunkten keine Rechtfertigung.

Haftungskonzept

Die vorgesehene Haftung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen im Rahmen des Insolvenzverfahrens für bis zum 31.12.2009 entstandene unverfallbare Altersversorgungsverpflichtungen ist konsequent.

Die für den Insolvenzfall vorgesehene Einführung eines Schwellenwertes zur Beschränkung der Haftungsverpflichtung für Ansprüche von Versicherten und Leistungserbringern innerhalb der Kassenart sollte im Hinblick auf eine Übertragung auch auf Ansprüche auf Versorgungszusagen sowie auf die genannten Haftungsansprüche im Schließungsfall überprüft werden. Denn ein sachlicher Grund für die Ungleichbehandlung der Ansprüche untereinander und der beiden Haftungsszenarien ist vor dem gesetzgeberischen Ziel des Schwellenwertes, eine Überforderung der Kassenart aufgrund der verfassungsrechtlich garantierten Ansprüche zu vermeiden, nicht zu erkennen. Allerdings muss auch ausgeschlossen werden, dass eine Haftungsbegrenzung durch einen Schwellenwert Fehlanreize für die kassenartin-



ternen Haftungsverbände setzt und sich kontraproduktiv auf die kassenartinterne Haftungsprävention auswirkt.

Der Gesetzentwurf sieht einen Beschäftigungsanspruch der Mitarbeiter von Krankenkassen vor. Grundsätzlich gehen hier die Überlegungen des Gesetzgebers in die richtige Richtung. Die vorgesehenen Bestimmungen führen allerdings durch die gewählte Verweisteknik zu offensichtlich unbeabsichtigten Unklarheiten bei dem vorgesehenen Kündigungsschutz für die Arbeitnehmer und zu einer Ungleichbehandlung zwischen den Beschäftigten der Krankenkassen verschiedener Kassenarten. Hier bedarf es einer Klarstellung des Gesetzgebers, um eine Gleichbehandlung der Beschäftigten aller Krankenkassen zu garantieren.

Haftungsprävention

Der Gesetzentwurf sieht ein mehrstufiges Konzept der Haftungsprävention vor, das der Wettbewerbssituation der Krankenkassen gerecht wird. Es ist zu begrüßen, dass kassenartinterne Finanzhilfen auf vertraglicher Basis Vorrang vor kassenartenübergreifenden Finanzhilfen über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen haben. Damit dieser Vorrang in der Praxis auch wirtschaftlich umgesetzt werden kann, bedarf es eines gesetzlichen Hinweises auf die Vollstreckungsvorschriften öffentlich rechtlicher Verträge.

Mit der Einführung des Insolvenzrechts entstehen teilweise erhebliche Haftungsrisiken, die im Rahmen einer Rettungsvereinigung vermieden werden können und deren Kosten ansonsten im Falle einer Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse vom Haftungsverbund der betroffenen Kassenart bzw. nach dessen Überforderung von allen Krankenkassen zu tragen wären. Da die Wettbewerbsneutralität des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen hierbei unbedingt zu wahren ist, wird die Einschränkung der finanziellen Hilfen ausschließlich zur Erleichterung von Kassenvereinigungen auf Antrag der zuständigen Aufsichtsbehörde ausdrücklich begrüßt. Da diese über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu organisierenden finanziellen Hilfen nach dem Subsidiaritätsprinzip allein als letzte mögliche Maßnahme umgesetzt werden sollen, müssen die Möglichkeiten des Haftungsverbundes zur Selbsthilfe ausgeschöpft sein. Hier bedarf es einer gesetzlichen Präzisierung der im Gesetzentwurf geforderten „ausreichenden kassenartinternen finanziellen Hilfe“, die Voraussetzung für die kassenartenübergreifende finanzielle Hilfe über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen sein soll. Dabei muss auf die Leistungsfähigkeit der primär haftenden Krankenkassen der betroffenen Kassenart ab- und sichergestellt werden, dass sämtliche Kassen der betroffenen Kassenart Vertragspartner der kassenarteninternen Hilfevereinbarung sind.



Die Eingriffsmöglichkeit der Aufsicht, im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Schließung einer notleidenden Krankenkasse durch eine Vereinigung auch gegen den Willen der bedrohten Krankenkasse aufzufangen, ist grundsätzlich als ultima ratio sachgemäß. Voraussetzung hierfür ist und muss bleiben, dass der leistungsfähige Vereinigungspartner den Zusammenschluss freiwillig anstrebt.

Die Verpflichtung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, im Rahmen der Haftungsprävention der Aufsicht defizitäre Finanzentwicklungen einer Krankenkasse zu melden, ist nicht sachgerecht und auch nicht notwendig. Dafür müsste beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen ein umfassendes Finanzcontrolling über seine Mitgliedskassen aufgebaut werden, während die Aufsichtsbehörden in der Regel ohnehin über alle Finanzdaten der Krankenkassen verfügen oder sich diese jederzeit verschaffen können. Eine standardisierte Prüfung der Finanzdaten der Krankenkassen ist Aufgabe der zuständigen Aufsichtsbehörden, denen ohnehin richtigerweise mit diesem Gesetzentwurf weitere Kompetenzen, z.B. bei Fragen der Schließung oder der Insolvenzantragstellung, zugewiesen werden. Darüber hinaus ist darauf hinzuweisen, dass der im Gesetzentwurf vorgesehene Schwellenwert in Höhe von 0,5 % der durchschnittlichen monatlichen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für eine Anzeigepflicht zum einen zu niedrig ausfällt, zum anderen nicht auf eine geeignete Bezugsgröße abstellt. Einerseits würden nach diesem Kriterium nicht alle in ihrer Leistungsfähigkeit gefährdeten Krankenkassen identifiziert, andererseits würden zu viele Bagatellfälle gemeldet. Vor diesem Hintergrund schlägt der AOK-Bundesverband vor, dass erstens die Prüfung der Finanzentwicklung der Krankenkassen ausschließlich durch die Aufsichtsbehörden wahrgenommen und hierbei zweitens ein alternativer Grenzwert sowie eine andere Bezugsgröße verwendet werden.

Deckungskapital für Altersversorgungsverpflichtungen

Die Krankenkassen haben ab dem 01.01.2010 ein Deckungskapital für Versorgungszusagen und Beihilfen aufzubauen. Es ist zu begrüßen, dass die Deckungskapitalbildung auf 40 Jahre gestreckt und dadurch eine Überforderung betroffener Krankenkassen ausgeschlossen wird.

Außerdem wird die Regelung begrüßt, dass bereits bestehende Mitgliedschaften in öffentlich-rechtlichen Versorgungswerken bezüglich des aufzubauenden Deckungskapitals Berücksichtigung finden. Diese anderweitige Absicherung der Versorgungszusagen sollte allerdings dementsprechend aber auch bei der Beitragspflicht zum Pensionssicherungsverein auf Gegenseitigkeit (PSVaG) Berücksichtigung finden. Zudem sollte im Gesetz sicherge-



stellt werden, dass tatsächlich aufgebautes Deckungskapital einer Krankenkasse im Insolvenzfall vorrangig und zweckgebunden für die Versorgungsverpflichtungen dieser Krankenkasse verwendet wird.

Übertragung der handelsrechtlichen Bewertungsgrundsätze auf Krankenkassen

Mit dem Gesetzentwurf werden handelsrechtliche Grundsätze ordnungsgemäßer Buchführung und Bilanzierung auf die Jahresrechnung der Krankenkassen übertragen. Das Anliegen, die Transparenz und Vergleichbarkeit der Bilanzen und Finanzentwicklungen zu verbessern, ist sachgerecht und zu begrüßen. Wichtig ist allerdings, dass die Besonderheiten der gesetzlichen Krankenversicherung bei der Ausgestaltung der Anwendung berücksichtigt bleiben und ggf. Übergangsfristen einzuführen sind.

Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds

In den Verfahrensregelungen für die Durchführung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds fehlt eine Vorgabe, wie Fehlbeträge im Gesundheitsfonds auf die Krankenkassen aufzuteilen sind. Da entsprechende Kürzungen der Zuweisungen in aller Regel durch von den Mitgliedern allein zu zahlende Zusatzbeiträge kompensiert werden müssen, ist eine wettbewerbsneutrale Aufteilung von Fehlbeträgen sicher zu stellen. Dies kann nur durch eine in absoluten Eurobeträgen gleiche Kürzung der Zuweisungen je Mitglied erreicht werden.

Die Kassen müssen weiter ein hohes Eigeninteresse an möglichst geringen Verwaltungskosten haben. Daher ist eine Standardisierung dieser Kosten, d.h. keine Orientierung an tatsächlichen Kosten einer einzelnen Kasse, richtig. Der für die Verteilung der standardisierten Verwaltungskosten vorgesehene Schlüssel mit 50% nach Beitragsbedarfen (Morbidität) und 50% nach Versichertenzahlen ist jedoch nicht sachgerecht. Er berücksichtigt nicht, dass die Verwaltungskosten maßgeblich von der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen geprägt sind (individuelle Versichertenberatung, Leistungsgewährung, -prüfung, -abrechnung, Versorgungsverträge, Versorgungsmanagement, Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei Leistungserbringern etc.). Nur der deutlich kleinere Teil der Verwaltungskosten entsteht unabhängig von den Versichertenstrukturen – vor allem durch den Beitragseinzug. Die AOK schlägt deshalb vor, die Relation auf 70:30 zu ändern. Eine solche Relation entspräche im Übrigen auch der geltenden Verwaltungskosten-Erstattungsregelung für die Durchführung der Gesetzlichen Pflegeversicherung und dem Vorschlag eines Gutachtens im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums aus dem Jahr 2001.



Zustimmungspflicht Bundesrat

Die Ausgestaltung als zustimmungsfreies Gesetz darf zumindest bezweifelt werden, da Belange der Länder (inkl. Aufsichten) unmittelbar berührt sind. Dies gilt insbesondere für die Ausgestaltung des § 265a und des § 172 Abs. 3 SGB V.

Artikelgesetz GKV-OrgWG

Neben den bereits im Gesetzentwurf berücksichtigten Regelungsinhalten ist zu erwarten, dass noch weitere Themenbereiche kurzfristig im Rahmen der parlamentarischen Beratungen in das GKV-OrgWG einfließen werden. Damit könnten weitreichende und tiefgreifende Regelungen im laufenden Gesetzgebungsverfahren aufgenommen werden, die deutlich über den Rahmen eines „Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung“ hinausgehen.

Bislang ist allerdings nur der Änderungsvorschlag zur Hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b SGB V) bekannt geworden, der eine Fristsetzung für den Abschluss von Hausarztverträgen für die Krankenkassen bis zum 30.06.2009 und einen Kontrahierungszwang der Krankenkassen mit Gemeinschaften der Allgemeinärzte vorsieht. Da hier bereits ein konkreter Formulierungsvorschlag aus Bayern vorliegt, wird hierzu schon jetzt Stellung genommen.

Dieser Änderungsvorschlag hätte folgende Konsequenzen für die Krankenkassen:

- Die Krankenkassen wären gezwungen, HZV-Verträge nach § 73b SGB V nur mit Gemeinschaften zu schließen, die mehr als 50% der Allgemeinärzte in einem KV-Bezirk vertreten.
- Diese Gemeinschaften hätten einen Rechtsanspruch auf Vertragsabschluss, den sie in Schiedsverfahren durchsetzen könnten.
- Nur wenn es solche Gemeinschaften nicht geben oder diese nach gescheiterten Verhandlungen auf die Durchsetzung ihres Anspruches verzichten würden, könnten die Krankenkassen HZV-Verträge auch mit anderen vertragsärztlichen Leistungserbringern oder der KV schließen.



-
- Neben dem Vertrag mit der "Monopol-Gemeinschaft" oder zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen wären ergänzende Verträge mit anderen vertragsärztlichen Leistungserbringern oder der KV zulässig.

Eine solche Regelung für Einzelverträge "mit Kontrahierungszwang" für die Krankenkassen würde entsprechend nicht den Wettbewerb fördern, sondern lediglich zu neuen Monopolen führen. Der AOK Bundesverband würde eine solche Regelung daher im Rahmen eines Änderungsantrages zum GKV-OrgWG ablehnen.



2. Förderung der Inanspruchnahme der Kinder-Gesundheitsuntersuchungen

A. Beabsichtigte Neuregelung

Krankenkassen schließen mit den von den Ländern mit der Kinder- und Gesundheitspflege beauftragten Stellen Rahmenvereinbarungen, um auf die Inanspruchnahme der Kinderuntersuchungen hinzuwirken (§ 26 Abs. 3 SGB V neu).

B. Stellungnahme

Bisher werden Versicherte von den Krankenkassen auf freiwilliger Basis auf den Anspruch auf die in definierten Altern stattfindenden Kinderuntersuchungen hingewiesen. Ein Einlade-Rückmeldungs- und Erinnerungssystem fällt jedoch in die Zuständigkeit der staatlichen Stellen.

Mit der Rahmenvereinbarung sollen gemäß der Gesetzesbegründung die Maßnahmen gebündelt und abgestimmt werden. Eine weitergehende Konkretisierung fehlt im Gesetz. Da die eigenständige Zuständigkeit der Verwaltungsträger erhalten bleiben soll, ist zu vermuten, dass ein verbesserter Datenaustausch im Focus der Vereinbarungen stehen wird.

Die AOKs haben weitgehend ein System für die Versicherten eingeführt, mit dem an bevorstehende Vorsorgeuntersuchungen für Kinder gezielt erinnert wird. Neu zu vereinbaren wäre ein Datenaustausch mit den staatlichen Stellen über die tatsächlich abgerechneten Kinderuntersuchungen.

Die Regelung ist unkritisch. Zu bedenken ist, dass die Abrechnungsdaten über die Inanspruchnahme von Gesundheitsuntersuchungen erst mit zeitlicher Verzögerung vorliegen.

C. Änderungsvorschlag

keiner



3. Verhältniszahl ärztliche/nicht-ärztliche Psychotherapeuten

A. Beabsichtigte Neuregelung

Für die Bedarfsplanung ist bisher vorgesehen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss in der Bedarfsplanung Verhältniszahlen festlegt. Dabei ist den überwiegend psychotherapeutisch tätigen Ärzten bis 31.12.2008 in § 101 Abs. 4 Satz 5 SGB V ein Anteil von 40% vorbehalten.

Die Neuregelung sieht vor, dass den überwiegend psychotherapeutisch tätigen Ärzten in der Bedarfsplanung ein Anteil von 20% vorbehalten bleibt. Für Kinder- und Jugendpsychotherapeuten gab es bisher keine gesonderten Bedarfsplanungsregelungen. Hier sollen nunmehr 10% der Vertragsarztsitze für ausschließlich kinder- und jugendpsychotherapeutisch tätige Ärzte reserviert werden.

B. Stellungnahme

Der Anteil überwiegend psychotherapeutisch tätiger Ärzte an der Arztgruppe der Psychotherapeuten beträgt seit einigen Jahren 20%. Durch die derzeitige Vorgabe für die Bedarfsplanung bleiben somit 20% Psychotherapeutensitze für nicht vorhandene ärztliche Psychotherapeuten reserviert. Um diese Sitze in der Bedarfsplanung für psychologische Psychotherapeuten freizumachen ist die Regelung sinnvoll, wiewohl der Schutz der ärztlichen Psychotherapeuten erhalten bleibt.

Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen ist durch spezialisierte Therapeuten in besserer Qualität zu leisten. Um diese in der Bedarfsplanung vor dem Druck durch die zahlenmäßig weit überlegene Gruppe der psychologischen Psychotherapeuten zu schützen, ist die Neuregelung sinnvoll.

C. Änderungsvorschlag

keiner



4. Präventives Haftungsmanagement

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Rahmenbedingungen für ein präventives Haftungsmanagement durch finanzielle Hilfen werden neu geregelt.

Gemäß § 265a hat die Satzung des Spitzenverbands Bund Bestimmungen zur Gewährung finanzieller Hilfen zur Ermöglichung oder Erleichterung von Vereinigung von Krankenkassen vorzusehen, die zur Abwehr von Haftungsrisiken für notwendig erachtet werden. Das Nähere über die Gewährung der Hilfen und die Aufbringung der Mittel soll analog der gültigen Fassung des § 265a über die Satzung des Spitzenverbands Bund mit Wirkung für seine Mitglieder geregelt werden. Wesentlich ist dabei, dass über diese Satzungsregelungen mit 70 % der nach § 271c gewichteten Stimmen der Mitglieder des Verwaltungsrates abgestimmt werden soll. Auf der Basis dieser Satzungsregelungen entscheidet dann der Vorstand des Spitzenverbands Bund auf Antrag der für die notleidende Kasse zuständigen Aufsicht ohne weitere Beteiligung der belasteten Kassen bzw. deren Selbstverwaltung über die Gewährung der Hilfen.

Die Hilfen sind zu befristen und mit Auflagen und Bedingungen zu versehen.

In der Satzung des Spitzenverbands Bund ist vorzusehen, dass die Hilfe nur gewährt wird, wenn freiwillige Hilfen nach § 265b durch die Kassenart in ausreichender Höhe gewährt werden (Vorrang der freiwilligen Hilfen innerhalb der Kassenart).

Die Aufbringung der Mittel erfolgt durch Bescheid bei allen Mitgliedern des Spitzenverbands Bund. Bei der Aufteilung der Finanzierung ist die unterschiedliche Leistungsfähigkeit der Krankenkassen angemessen zu berücksichtigen. Klagen gegen die Bescheide zur Finanzierung haben keine aufschiebende Wirkung. Ansprüche und Verpflichtungen aus alten Verfahren nach § 265a in der bis zum 31.12.2008 gültigen Fassung bleiben unberührt.

Innerhalb einer Kassenart können gemäß § 265b freiwillige finanzielle Hilfen auf Basis von Verträgen gewährt werden. Zielstellungen für diese Verträge sind

- i. der Erhalt der Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit einer Kasse,
- ii. die Vermeidung von Haftungsfällen (Schließung oder Insolvenz) sowie
- iii. eine von den Mittelanforderungen des Spitzenverbands Bund abweichende Aufteilung der Lasten aus Versorgungsverpflichtungen im Haftungsfall nach § 171d Abs. 1, d.h. bezüglich der Versorgungsverpflichtungen im Insolvenzfall

Die Verträge sind von den zuständigen Aufsichten zu genehmigen.



Nach §172 Absatz 2 sind Unterlagen zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit einer Krankenkassen auf Verlangen vorzulegen. Künftig hat der Spitzenverband Bund die zuständige Aufsicht zu informieren, wenn in der letzten Vierteljahresrechnung einer Kasse die Ausgaben die Einnahmen um einen Betrag überstiegen haben, der größer ist als 0,5 vom Hundert der durchschnittlichen monatlichen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für den Berichtszeitraum. Darüber hinaus hat der Spitzenverband Bund der zuständigen Aufsicht auf Basis der Jahresrechnung den Vermögensstand mitzuteilen. Wenn sich auf dieser Basis Anhaltspunkte zur Gefährdung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit ergeben, hat die Aufsicht unverzüglich Unterlagen zur Beurteilung der dauerhaften Leistungsfähigkeit anzufordern.

Gemäß § 172 Abs. 3 hat die Aufsicht im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund die Feststellung zu treffen, ob bei einer Kasse nur durch eine Vereinigung mit einer anderen Kasse die Leistungsfähigkeit dauerhaft gesichert bzw. eine Überschuldung, Schließung oder Insolvenz vermieden werden kann. Der Spitzenverband Bund kann Vorschläge für eine solche Vereinigung vorlegen. Beschließt die gefährdete Kasse nicht innerhalb einer von der Aufsicht gesetzten Frist über eine solche Vereinigung, ersetzt die Aufsicht den Beschluss.

B. Stellungnahme

Es ist grundsätzlich zu begrüßen, dass freiwillige Hilfen nach § 265b Voraussetzung für Hilfen nach § 265a sind und dass Hilfen nach § 265a auf die Zielsetzung der Ermöglichung oder Erleichterung einer Vereinigung zur Vermeidung von Haftungsrisiken beschränkt sind. Die Selbsthilfe innerhalb der haftenden Kassenart hat somit Vorrang vor einem verordneten Eingriff in den Wettbewerb durch den Spitzenverband Bund, der damit nur ultima ratio ist.

Allerdings bleibt es im Wortlaut der Rechtsnorm beim Ermessen des Spitzenverbands Bund, wann eine kassenartinterne Hilfe nach § 265b „ausreichend“ und die Anordnung einer Hilfe nach § 265a begründet ist. In der Begründung wird gefordert, dass in der Satzung des Spitzenverbands Bund Mindestvoraussetzungen festzulegen sind, welche die Hilfen nach § 265b erfüllen müssen. So könnte bereits eine Hilfe der haftenden Kassenart als ausreichend angesehen werden, selbst wenn nicht alle Mitglieder der Kassenart in den Verträgen nach § 265b in die Aufbringung der Mittel eingebunden sind. Darüber hinaus sollte auch analog zu § 265a Absatz 3 Satz 2 auf die Leistungsfähigkeit der primär haftenden Kassen abgestellt werden. Diese zentralen Mindestvoraussetzungen (Beteiligung aller Kassen der Kassenart und Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit) sollten daher im Wortlaut der Norm



festgelegt werden. Im Sinne der Rechtsklarheit wäre es zudem zu begrüßen, wenn der Gesetzgeber den Begriff der „ausreichenden Hilfe“ präzisieren könnte im Sinne „bis zur Grenze der Leistungsfähigkeit“.

Der vom Bundesrat mit selbiger Zielrichtung vorgeschlagene Änderungsantrag, wonach die finanziellen Hilfen nach § 265b dann als ausreichend im Sinne des § 265a Abs. 1 Satz 3 anzusehen sein sollen, wenn ihre Höhe mindestens zwei Prozent des Gesamtbetrages der Fondszuweisungen der Krankenkassen der Kassenart beträgt (BR-Drs. 342/08(B) Änderungsantrag Nr. 29), ist allerdings ungeeignet, um die Leistungsfähigkeit einer Kassenart hinreichend abzubilden. Allein das Abstellen auf einen Anteil der Fondszuweisungen bei Kassenarten mit hohen Fondszuweisungen, z.B. wegen eines hohen Chronikeranteils, würde eine entsprechend hohe Leistungsfähigkeit suggerieren, aber die Ausgabenseite der Kassenart bliebe völlig unberücksichtigt. Aufgrund der noch nicht absehbaren Finanzierungsströme ab dem 01.01.2009 ist eine abschließende Definition der Leistungsfähigkeit im Wortlaut des § 265a nicht angezeigt, vielmehr sollte diese sollte der Satzung des Spitzenverbandes Bund vorbehalten bleiben.

Die Hilfen nach § 265a sollen zusätzlich zu den Hilfen nach § 265b gewährt werden. In der Begründung wird ausgeführt, dass die Mittel für Hilfen nach § 265a von allen Mitgliedskassen des Spitzenverbandes Bund aufzubringen sind. Es ist aber nicht klar, ob diese zusätzlichen Hilfen dann auch anteilig von den bereits über Verträge nach § 265b eingebundenen Kassen der Kassenart oder ausschließlich durch die Kassen der übrigen Kassenarten zu finanzieren sind. Wenn eine Hilfe nach § 265b dann als ausreichend angesehen wird, wenn alle Mitglieder der haftenden Kassenart bis zur Grenze der Leistungsfähigkeit belastet sind, ist eine ausschließliche Finanzierung der zusätzlichen Hilfen nach § 265a durch die Kassen der übrigen Kassenarten die logische Konsequenz. Im Sinne des sachgerechten Änderungsantrages des Bundesrates (BR-Drs. 342/08(B) Änderungsantrag Nr. 31) ist zumindest eine Doppelbelastung der Kassenart der notleidenden Kasse über § 265b und § 265a auszuschließen. Dies sollte eindeutig aus der Rechtsnorm hervorgehen.

Grundsätzlich ist es zu begrüßen, dass in § 265b die Möglichkeiten finanzieller Hilfen im Sinne eines präventiven Haftungsmanagements geschaffen werden.

Diese Option ist aus Sicht der primär haftenden Kassen einer Kassenart existenziell. Ausschlaggebend für die Entscheidungen über finanzielle Hilfen sollte dabei allein die Abwägung der die Hilfe (unter Wettbewerbsbedingungen!) finanzierenden Kassen der primär haftenden Kassenart unter Abwägung betriebswirtschaftlicher und marktlicher Konsequenzen der Hilfen einerseits und der insbesondere finanziellen, politischen und marktlichen Conse-



quenzen einer Schließung andererseits sein. In der Vergangenheit hat das AOK-System auf Basis des § 265a SGB V in der derzeitigen Fassung bisher immer Handlungsfähigkeit bewiesen. Die Regelung des § 265b wird somit begrüßt, ebenso dessen vorgezogenes Inkrafttreten, da der bisherige § 265a am 31.12.2008 außer Kraft tritt.

Wie vom Bundesrat zurecht vorgeschlagen worden ist, muss aus Rechtsgründen und zur Sicherung des zeitnahen Liquiditätsflusses ergänzend die entsprechende Anwendbarkeit von § 60 SGB X (Unterwerfungserklärungen unter die sofortige Zwangsvollstreckung) in § 265b normiert werden (BR-Drs. 342/08(B) Änderungsantrag Nr. 33). Bei den Verträgen nach § 265b handelt sich zwar um öffentlich-rechtliche Verträge nach § 55 SGB X. Die Normierung der Anwendbarkeit des § 60 SGB X ist aber zwingend notwendig, da für einen koordinationsrechtlichen Vertrag - wie z. B. den aus § 265b - der § 60 SGB X grundsätzlich keine Anwendung findet (vgl. von Wulffen-Engelmann, SGB X, 5. Auflage, § 60, Rn. 4). Die bisherigen auf Basis des § 265a aktueller Fassung zwischen dem Bundesverband und seinen Mitgliedskassen bestehenden Verträge sind nur bis zum 31.12.2008 subordinationsrechtlicher Art, so dass den Bedürfnissen der Absicherung durch Unterwerfungserklärungen unter die sofortige Zwangsvollstreckung Rechnung getragen werden muss. Zudem ist das Risiko zu bedenken, dass es innerhalb des an sich vorgefälligen § 265b mangels effektiver Durchsetzbarkeit zu einem Liquiditätsproblem kommen kann, welches Abgrenzungsschwierigkeiten zu § 265a ("*...Hilfen nur gewährt werden, wenn finanzielle Hilfe nach § 265b in ausreichender Höhe gewährt wird*") aufwirft. § 265a seinerseits sieht eine effektive Durchsetzung der Hilfen per Bescheid unter Ausschluss der aufschiebenden Wirkung dagegen gerichteter Klagen vor. Voraussetzung für die Umsetzbarkeit der Subsidiarität des § 265a gegenüber dem § 265b ist eine mindestens vergleichbar effektive Durchsetzung der kassenartinternen Hilfen, die nur durch die entsprechende Anwendbarkeit des § 60 SGB X zu gewährleisten ist.

Nicht konsequent ausgestaltet ist zudem die Autonomie der Kassenarten, die Aufteilung anfallender Haftungsbeträge intern abweichend von der hoheitlichen Festsetzung zu regeln. § 265b Abs. 1 Nr. 3 sieht dies Möglichkeit nur bezüglich der Aufteilung der im Insolvenzfall von der Kassenart zu tragenden Versorgungsverpflichtungen nach § 171d Abs. 1 Satz 3 durch die Rechtsverordnung gemäß § 171d Abs. 2 vor. Der Begründung ist hingegen zu entnehmen, dass diese Möglichkeit sowohl bezüglich des Haftungsfalls der Schließung (§ 155) als auch demjenigen der Insolvenz (§ 171d) bestehen soll. Demgegenüber ist der derzeit vorgesehene Verweis auf § 171d Abs. 1 Satz 4 unangebracht, da die betroffene Kas-



senart vertraglich keine abweichende Verteilung der Haftung aller Krankenkassen regeln kann.

Der Kabinettsentwurf sieht im Zusammenhang mit Kassenschließungen und -insolvenzen grundsätzlich eine systemgerechte Stellung der Aufsichtsbehörden und eine wettbewerbsneutrale Rolle des Spitzenverbands Bund vor. In § 172 Absatz 2 Satz 2 und 3 (neu) wird diese Rollenverteilung aber durchbrochen, denn zur Erfüllung der dort vorgesehenen Informationspflichten des Spitzenverbands Bund gegenüber der Aufsicht, müsste der Spitzenverband Bund eine detaillierte Kenntnis der Finanzen seiner Mitgliedskassen haben. Die von ihm gemäß § 172 Absatz 2 zu prüfenden und ggf. zu übermittelnden Daten und über diese hinaus gehende Informationen liegen zumindest der für die AOK zuständigen Aufsichten ohnehin zeitnah vor. Dementsprechend wird die in § 172 Absatz 2 Satz 1 vorgesehene Änderung für ausreichend angesehen, wonach dem Spitzenverband Bund anstelle dem Verband, der im Fall der Auflösung oder Schließung ihre Verpflichtungen gegenüber den Gläubigern zu erfüllen hat, auf Verlangen Unterlagen und Auskünfte zur Beurteilung der dauerhaften Leistungsfähigkeit zu übermitteln sind.

Davon abgesehen ist ein Schwellenwert von 0,5 vom Hundert der durchschnittlichen monatlichen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für den Berichtszeitraum als Grundlage für ein automatisiertes Verfahren nicht praktikabel. So würden die im Zusammenhang mit dem Start des Fonds (Abschlagszahlungen und nachträgliche Korrekturen im RSA-Schlussausgleich) in 2009 zu erwartenden Kalkulationsunsicherheiten zu einer Flut von unbegründeten Berichtspflichten des Spitzenverbands Bund gegenüber den Aufsichten führen.

Die Eingriffsmöglichkeit der Aufsicht, nach § 172 Absatz 3 die Schließung einer Kasse durch eine Vereinigung auch gegen den Willen der bedrohten Kassen aufzufangen, ist grundsätzlich als ultima ratio sachgemäß. Das Verfahren setzt aber die Verfügbarkeit eines Vereinigungspartners voraus, was durch die Bereitstellung entsprechender Mittel über Hilfen nach § 265a und/oder b aber gefördert werden kann. Insofern ist die strikt subsidiäre Ausgestaltung des § 265a gegenüber dem § 265b ausschlaggebend, damit das Verfahren nach § 172 Absatz 3 keinen Eingriff in den Wettbewerb zu Lasten Dritter darstellt. Die ist nur unter Berücksichtigung der Änderungsvorschläge zu Punkt 1 und 2 tatsächlich gegeben.



C. Änderungsvorschlag

1. § 265a

a) Absatz 1 Satz 3 ist zu streichen und ein neuer Absatz 2 wie folgt einzufügen:

„(2) In der Satzungsregelung nach Absatz 1 ist insbesondere vorzusehen, dass

- 1. finanzielle Hilfen nach Absatz 1 nur zusätzlich zu Hilfen nach § 265b gewährt werden, wenn
 - a) Verträge über die Gewährung von freiwilligen finanziellen Hilfen nach § 265b abgeschlossen sind,*
 - b) alle Krankenkassen einer Kassenart Vereinbarungspartner der Verträge nach § 265b sind*
 - c) und durch den Spitzenverband Bund festgestellt wird, dass die gewährte freiwillige finanzielle Hilfen nach § 265b aufgrund der zu berücksichtigenden Leistungsfähigkeit aller Vereinbarungspartner nicht ausreicht, um die in Absatz 1 Satz 1 genannten Ziele zu erreichen.**
- 2. die für die zusätzlich zu den nach § 265b vereinbarten Hilfen erforderlichen Mittel durch die Kassen der übrigen Kassenarten aufgebracht werden.“*

2. § 265b:

- a) Absatz 1 Nr. 3 wird wie folgt gefasst: *„die Aufteilung der Beträge nach §§ 155 Abs. 4 Satz 6, 171d Abs. 1 Satz 3 und Absatz 5 Satz 1 abweichend von der nach § 171d Abs. 2 erlassenen Rechtsverordnung zu regeln.“*
- b) Ergänzung um einen Absatz 3 *„Auf diese Verträge findet § 60 SGB X Anwendung.“*

3. § 172 Absatz 2: Die zur Einfügung vorgesehen Sätze 2 bis 4 (neu) sowie die Ersetzung in dem bisherigen Satz 3 werden gestrichen.



5. Haftungskonzept der §§ 171b ff

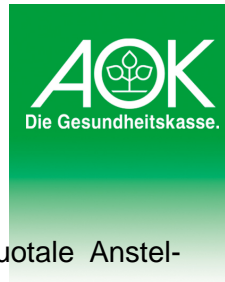
(Enthftung der Länder, Haftungskaskade/Wirkungskette von Insolvenz- und Schließungsrecht ab dem 01.01.2010 einschließlich Weiterbeschäftigungsansprüche)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Gemäß § 171c SGB V sollen die Bundesländer zum 01.01.2009 aus der Haftung nach § 12 Abs. 2 der Insolvenzordnung für das Insolvenzgeld und die Altersversorgung von Beschäftigten landesunmittelbarer Krankenkassen entlassen werden. Ab 01.01.2010 soll gemäß § 171b Abs.1 SGB V die Insolvenzordnung für Krankenkassen grundsätzlich Anwendung finden.

Der Verfahrensablauf bis zum Insolvenz- bzw. Schließungsfall wird so geregelt, dass der Vorstand einer Krankenkasse gemäß § 171b Abs.2 SGB V verpflichtet wird, der Aufsichtsbehörde den Eintritt eines Insolvenzgrundes unverzüglich zusammen mit aussagefähigen Unterlagen anzuzeigen. Bei der Feststellung der Überschuldung sind bestehende Versorgungsverbindlichkeiten i.S.d. § 171d Abs. 1 SGB V nicht zu berücksichtigen. Das Unterlassen Anzeigepflicht ist strafbewehrt (§ 307a Abs. 4). Das Recht, einen Antrag zur Eröffnung des Insolvenzverfahrens zu stellen, hat gemäß § 171b Abs. 3 SGB V ausschließlich die Aufsichtsbehörde, die den Antrag nur binnen 3 Monaten nach Eingang der o.g. Anzeige stellen kann. Zum Verhältnis von Schließungs- und Insolvenzrecht vgl. „**Anlage Haftungskonzept der §§ 171b ff**“ am Ende des 5. Abschnitts.

Die Haftung im Schließungsfall wird so geregelt, dass zunächst innerhalb der Kassenart für alle Verbindlichkeiten gemäß § 155 Abs. 4 Satz 4 f. SGB V gehaftet wird, wobei Kassen dieser Kassenart nach einer kassenartenübergreifenden Vereinigung gemäß § 155 Abs. 5 SGB V noch mit einzustehen haben für am 01.01.2008 bestandene Altschulden, Schließungskosten (bis 31.12.2017), Ansprüche der Leistungserbringer und Versicherte, Altersversorgungsverpflichtung (gem. § 171d Abs. 1 Satz 1) sowie Forderungen aufgrund internationaler Abkommen. Reicht das Vermögen der betroffenen Kassenart nicht zur Begleichung der offenen Verpflichtungen nicht aus, haften – mit Ausnahme der Landwirtschaftlichen Krankenkassen und der Knappschaft Bahn See – alle übrigen Krankenkassen für den nicht gedeckten Betrag. Sowohl die kassenarteninterne wie die –externe Haftung wird durch den Spitzenverband Bund gemäß § 155 Abs. 4 Satz 5 f. abgewickelt.



Bezüglich der Beschäftigten der geschlossenen Krankenkasse wird eine quotale Anstellungspflicht der verbliebenen Kassen der Kassenart für DO- und Tarifangestellte gemäß § 164 Abs. 3 SGB V eingeführt. In § 155 Absatz 4 und § 171 wird die entsprechende Anwendung des § 164 Absatz 3 Satz 3 "mit der Maßgabe, dass § 164 Absatz 3 Satz 3 nur für Beschäftigte gilt, deren Arbeitsverhältnis nicht durch ordentliche Kündigung beendet werden kann" eingefügt.

Für die Haftung im Insolvenzfall wird in § 171b Abs. 6 SGB V definiert, was zum Vermögen einer Kasse gehört. Für die für Altersversorgungsverpflichtungen einer insolventen Kasse (einschließlich darlehensfinanziertem VBL-Ausstieg und Gegenfinanzierung) haftet der Spitzenverband Bund im Wege einer so genannten „Patronatslösung“ (§ 171d Abs. 1 SGB V). Die zur Haftungserfüllung erforderlichen Beträge macht der Spitzenverbands Bund zunächst innerhalb Kassenart ohne Schwellenwert geltend, wobei Kassen dieser Kassenart nach einer kassenartenübergreifenden Vereinigung anteilig in Anspruch genommen werden. Reicht das Vermögen der betroffenen Kassenart nicht aus, die Altersversorgungsverpflichtungen zu erfüllen, macht der Spitzenverband Bund den nicht gedeckten Betrag bei allen übrigen Krankenkassen geltend.

Für Ansprüche von Versicherten, der Leistungserbringer und aus internationalen Abkommen haftet vorrangig die Kassenart, jedoch ist der Haftungsumfang begrenzt durch einen Schwellenwert i.Hv. 1 % des jährlichen Gesamtbetrages der Fondszuweisungen der Kassenart. Für den, diesen Schwellenwert übersteigenden Betrag haften alle übrigen Krankenkassen. Die Haftungsabwicklung erfolgt über den Spitzenverband Bund.

Die Absicherung der Altersversorgungsansprüche, die ab dem 01.01.2010 entstehen, erfolgt über den PSVaG.

Bezüglich der Beschäftigten der wegen Insolvenz geschlossenen Krankenkasse wird eine quotale Anstellungspflicht der verbliebenen Kassen der Kassenart für DO- und Tarifangestellte gemäß § 164 Abs. 3 SGB V eingeführt.

B. Stellungnahme

Der in der Gesetzesbegründung beschriebene Anlass, d. h. Angleichung wettbewerblicher Ausgangsbedingungen durch gleichartige Regelung der Insolvenzsicherung nach dem SGB III und für die Insolvenzsicherung von Altersversorgungsansprüchen, wird durch eine unver-



hältnismäßige Neuordnung der GKV-Organisationsstrukturen gelöst. Der Lösungsansatz ist unvollständig, da zwei im GKV-Wettbewerbsystem stehende Krankenversicherungen (KBS und LKK) von wesentlichen Regelungen der Neuordnung ausgenommen sind. Die Einführung der Insolvenzfähigkeit wird damit begründet, dass angebliche Wettbewerbsverzerrungen zwischen insolvenzfähigen und insolvenzunfähigen Krankenkassen vermieden werden sollen, da insolvenzfähige Krankenkassen Beiträge zum PSVaG abführen müssen. Durch die Herausnahme der KBS besteht die angebliche Chancenungleichheit im Wettbewerb weiter, sie wird nur verlagert.

Die **Enthftung** der Länder ist zwingend **zeitgleich** mit den übrigen Rechtsänderungen (insbesondere GKV-Insolvenzfähigkeit) zu regeln, um Haftungs- und Regelungslücken zu vermeiden. Das Auseinanderfallen des Inkrafttretens des § 171c (bereits ab 1.1.2009) einerseits und der §§ 171b und d (erst ab 1.1.2010) andererseits bewirkt ein offenes Haftungs- und Regelungsdelta für Kassenschließungen im Jahr 2009. Es handelt sich um einen offenen Gesetzeswiderspruch, der auf der Forderung der Bundesländer beruht, gemäß § 171b (in der gültigen Fassung) bereits zum 1.1.2009 enthaftet zu werden. Diese haben ab dem Zeitpunkt ihrer Enthftung und mit der zeitgleichen Einführung des Gesundheitsfonds kein echtes Aufsichts- und Präventionsinteresse mehr bzw. keine Handhabe, über Beitragssatzanpassungen Haftungsfälle zu vermeiden. Sofern es nicht gelingt, ein nahtloses zeitliches Ineinandergreifen beider Regelungen sicherzustellen, träge die **Endhaftung** in dieser Zeitspanne letztlich den Bund aufgrund seiner verfassungsrechtlichen Funktionsgewährleistungverantwortung für ein funktionsfähiges System der Gesundheitsversorgung (s. Gutachten des von Professor Dr. Rupert Scholz im Auftrag des AOK-Bundesverbandes vom Oktober 2006).

Der erkennbare **Vorrang des Schließungsrechts** vor dem Insolvenzrecht ist grundsätzlich zu **begrüßen**. Für die Abwicklung einer Krankenkasse nach den Vorschriften der Insolvenzordnung ist aufgrund des gewählten Konzepts nur noch wenig Raum. Sowohl der Beurteilungs- und Ermessensspielraum der Aufsichtsbehörde bei der Frage der Antragstellung als auch die Wechselwirkung mit den Vorschriften zu finanziellen Hilfen (§§ 265a und b) führen in aller Regel zu einem Vorrang des Schließungsrechts.

Die **Ungleichbehandlung von Altersversorgungsansprüchen** im Insolvenz- und Schließungsverfahren (Kassenartenübergreifend erst nach „Schlusshaftung“ der Kassenart) einerseits und Ansprüchen von Versicherten und Leistungserbringern (Kassenartenübergreifend ab Schwellenwert) andererseits ist sachlich nicht nachvollziehbar. Der verfassungsrechtliche



Schutz dieser Ansprüche, der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit und die Funktionsgewährleistungsverantwortung erfordern eine Belastungsgrenze der Kassenart für alle Ausgaben, die im engen Zusammenhang mit dem öffentlich-rechtlichen Versorgungsauftrag stehen.

Dementsprechend hat der Bundesrat vorgeschlagen, den im Insolvenzverfahren vorgesehenen 1%-Schwellenwert für die vorrangige Haftung der jeweiligen Kassenart auf den Fall der Schließung zu übertragen (BR-Drs. 342/08(B), Änderungsantrag Nr. 9). Dieser Schwellenwert solle sich dabei auf sämtliche Verpflichtungen mit Ausnahme der Altersversorgungsverpflichtungen beziehen (ebenda), da die Haftung im Schließungsfall auch weiter geht als im Insolvenzfall.

Die Herausnahme der Altersversorgungsverpflichtungen ist dabei jedoch inkonsequent, denn auch diese zählen zu den Belastungen, die zu einer Überforderung führen können. Es widerspricht dem Sinn des Schwellenwerts als Überforderungsschutz, wenn einzelne Belastungen herausgenommen werden. Die Übertragung des Schwellenwertes zur Beschränkung der Haftungsverpflichtung für Ansprüche von Versicherten und Leistungserbringern innerhalb der Kassenart auch auf Ansprüche auf Versorgungszusagen sowie auf die genannten Haftungsansprüche im Schließungsfall sollte geprüft werden. Denn ein sachlicher Grund für die Ungleichbehandlung der Ansprüche untereinander und der beiden Haftungsszenarien ist vor dem gesetzgeberischen Ziel des Schwellenwertes, eine Überforderung der Kassenart aufgrund der verfassungsrechtlich garantierten Ansprüche zu vermeiden, nicht zu erkennen. Allerdings muss auch ausgeschlossen werden, dass eine Haftungsbegrenzung durch einen Schwellenwert Fehlanreize für die kassenartinternen Haftungsverbände setzt und sich kontraproduktiv auf die kassenartinterne Haftungsprävention auswirkt.

Die **Rechtspositionen** der **Versicherten** im Fall einer Schließung/Insolvenz sind **ungeregelt**. Die existenzielle Bedeutung von Versorgungsleistungen der Versicherten (vgl. Begründung zum Entwurf S. 21) erfordert – schon aus sozialstaatlichen und verfassungsrechtlichen Gründen – eine Konkretisierung von Ansprüchen. Dem Versicherten muss im Falle der Schließung/Insolvenz ein Anspruch auf Fortführung des – ggf. gegenwärtig in Anspruch genommenen – Leistungsanspruchs zugesichert werden. Ihm muss klar sein, bis zu welchem Zeitpunkt er sich wohin wenden muss, um den Fortbestand seines gesetzlichen Anspruchs zu realisieren bzw. nicht zu gefährden. Gleiche Anforderungen an die gesetzliche Rechtssicherheit gelten für die Ansprüche von **Leistungserbringern**, da deren zeitnahe und umfassende Befriedigung verfassungsrechtlich geboten und zwingend erforderlich ist, um Folgeinsolvenzen außerhalb der GKV zu vermeiden.



Trotz quotaler Regelung des **Weiterbeschäftigungsanspruchs** gem. § 164 Abs. 3 ist **kein rechtssicheres Abwicklungskonzept** erkennbar, das den Fall faktisch fehlender Weiterbeschäftigungsmöglichkeiten regelt (vgl. § 164 Abs. 4). So ist schon das Verhältnis zum außerordentlichen Kündigungsrecht nach § 113 InsO unklar.

Die Regelungen zur Einschränkung des § 164 Absatz 3 durch § 155 Absatz 4 und § 171 sind systematisch **völlig verunglückt**. In dieser Form stellt sie eine nicht begründbare Ungleichbehandlung zwischen den Krankenkassenarten dar. Denn die einschränkende Regelung gilt nur für das BKK-System und das Ersatzkassensystem, nicht aber für Innungskrankenkassen (für die § 164 unmittelbar gilt, der nicht eingeschränkt wurde). Für das AOK System ist völlig unklar, welche Norm gelten soll: Da nach § 146a bei Schließung einer Ortskrankenkasse sowohl § 155 und § 164 Absatz 2 bis 5 entsprechende Anwendung finden, ist unklar, welche Regelung im Schließungsfall für das AOK-System gelten soll. Unklar ist auch, wieso im Insolvenzfall gemäß § 171d Absatz 1 letzter Satz für alle Krankenkassen Absätze 2 bis 4 des § 164 gelten sollen (also keine Einschränkung nach § 155 Absatz 4 Satz 8 bzw. § 171). Inhaltlich würde die Einschränkung eine Verschlechterung der Position von Tarifbeschäftigten bedeuten, die noch nicht der tarifvertraglichen Unkündbarkeit unterfallen, da ihnen nicht - wie bisher vorgesehen - das Angebot eines zumutbaren Arbeitsplatzangebots gemacht werden muss.

In § 171b Abs. 6 wird nunmehr geregelt, dass die Beitragsforderungen einer insolventen Krankenkasse nicht zu ihrem Vermögen gehören und daher nicht Bestandteil der Insolvenzmasse sind. In dieser Regelung werden jedoch „Rücklagen“ als Bestandteil des Vermögens der Krankenkassen bezeichnet. Sofern es sich hierbei um das Deckungskapital nach § 171e handelt, das zweckentsprechend für die Erfüllung von Pensionsverpflichtungen verwendet werden soll, wäre auch diesbezüglich eine Regelung wünschenswert, der zufolge das Deckungskapital nicht in die Insolvenzmasse fällt. Zumindest sollte das Wort „Rücklage“ gestrichen werden.

C. Änderungsvorschlag

1. In § 171c wird die Haftung der Länder zeitgleich mit der Einführung der Insolvenzfähigkeit der Krankenkassen nach § 171b aufgehoben.
2. In § 155 Abs. 4 wird ein Belastungsschwellenwert bezüglich sämtlicher Verpflichtungen der kassenarteninternen Haftung eingefügt, dessen Erreichen zu einer kassenartenübergreifenden Haftung führt. Dementsprechend wird in § 171d Abs. 1 ein Schwellenwert be-



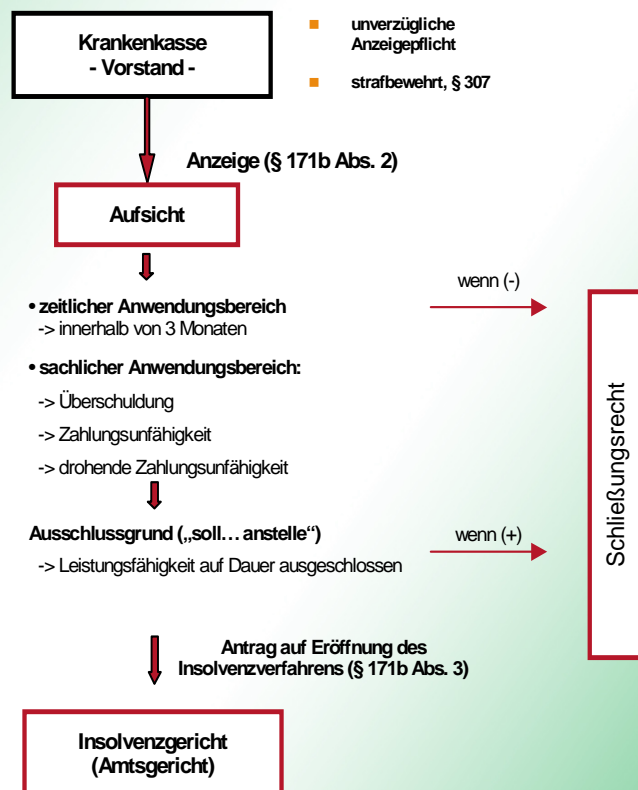
züglich der kassenarteninternen Refinanzierungspflichten gegenüber dem Spitzenverband Bund für die Versorgungsverpflichtungen einer insolventen Kasse entsprechend zu § 171d Abs. 5 Satz 2 eingefügt.

3. In § 164 Abs. 4 ist klarzustellen, ob der Weiterbeschäftigungsanspruch – wie bislang überwiegend vertreten – in jedem Fall besteht oder ob faktisch fehlende Beschäftigungsmöglichkeiten zur Beendigung von Arbeitsverhältnissen führen (vgl. § 113 InsO).
4. Die Einschränkungen zum Weiterbeschäftigungsanspruch in § 155 Absatz 4 und § 171 sind zu streichen. Die ursprünglichen Regelungen aus dem Referentenentwurf zum Weiterbeschäftigungsanspruch sind beizubehalten. In jedem Fall muss eine Gleichbehandlung der Krankenkassenarten sichergestellt werden und eine für alle Krankenkassen eindeutige Regelung geschaffen werden.
5. Vor dem Hintergrund verfassungsrechtlicher Gebote sind klarstellende Regelungen im Regelungsbereich der mitgliedschaftsrechtlichen und insbesondere leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB V (insbesondere Anspruchskonkretisierungen der Versicherten) aufzunehmen. Gleiches gilt für die Ansprüche von Leistungserbringern.
6. In § 171b Abs. 6 wird das Wort „Rücklage“ gestrichen.



Anlage: Haftungskonzept der §§ 171b ff

Haftungskonzept der §§ 171b ff SGB V (KabinettsE GKV-
 OrgaWG) – Abgrenzung von Schließungs- und Insolvenzrecht





6. Strafbarkeitsvorschrift (§§ 307a Abs. 4 i. V. m. § 171b Abs. 2 Satz 1)

A. Beabsichtigte Neuregelung

§ 307a Abs. 4 sieht – unverändert zum Referentenentwurf – eine Strafbarkeit von Vorständen vor, die ihrer Anzeigepflicht nach § 171b Abs. 2 Satz nicht nachkommen. Die Anzeigepflicht umfasst die Fälle der Überschuldung und (drohenden) Zahlungsunfähigkeit. Das Strafmaß beläuft sich auf Geldstrafe oder Freiheitsstrafe von bis zu drei Jahren.

B. Stellungnahme

Nach der heutigen Rechtslage bestehen bei juristischen Personen strafbewehrte Insolvenzantragspflichten nur bei Überschuldung und Zahlungsunfähigkeit. Im Falle einer drohenden Zahlungsunfähigkeit besteht dagegen keine Verpflichtung, sondern nur die Möglichkeit einen Insolvenzantrag zu stellen. Dementsprechend besteht im allgemeinen auch keine laufende Verpflichtung der geschäftsführenden Organe einer juristischen Person, eine mögliche drohende Zahlungsunfähigkeit zu prüfen. Eine solche Prüfungspflicht wäre auch praktisch kaum zu erfüllen, da fortlaufend geprüft werden müsste, ob die juristische Person voraussichtlich in einem künftigen Zeitraum von mehreren Monaten oder Jahren zahlungsunfähig wird.

Aufgrund der im Entwurf vorgesehenen strafbewehrten Anzeigepflicht wäre der Vorstand einer Krankenkasse zu einer solchen fortlaufenden Prüfung der drohenden Zahlungsunfähigkeit verpflichtet. Im Ergebnis würde dies bedeuten, dass sich der Vorstand einer Krankenkasse nahezu in jedem Fall strafbar gemacht hat, indem er rechtzeitig eine Zahlungsunfähigkeit anzeigt, ohne zuvor - d. h. in dem für die Prüfung einer drohenden Zahlungsunfähigkeit relevanten Zeitraum von mehreren Monaten oder Jahren vor dem Zeitpunkt der Zahlungsunfähigkeit -eine drohende Zahlungsunfähigkeit angezeigt zu haben. Diese Regelung im Entwurf muss als überzogen gelten, was auch der Vergleich mit den entsprechenden Anzeigepflichten im KWG und VAG zeigt: Gemäß § 88 II VAG besteht eine Anzeigepflicht nur bei Zahlungsunfähigkeit und Überschuldung, nicht jedoch bei drohender Zahlungsunfähigkeit, und gemäß § 46b KWG gibt es zwar auch eine Anzeigepflicht bei drohender Zahlungsunfähigkeit, diese ist jedoch nicht strafbewehrt (vgl. § 55 KWG).

C. Änderungsvorschlag

Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes
vom 10.09.2008 zum Entwurf des GKV-OrgWG
Bundestags-Drucksache 16/9559 – vom 16.06.2008



Die Strafbarkeitsvorschrift ist zu streichen oder in Anlehnung an die Vorschriften zum VAG (§ 88 Abs. 2) bzw. KWG (§§ 46b, 55) so zu fassen, dass eine Anzeigepflicht bzw. Strafbarkeit im Falle einer drohender Zahlungsunfähigkeit entfällt.



7. Insolvenzfähigkeit der Verbände § 171f

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschriften zur Insolvenz von Krankenkassen sollen für die Krankenkassenverbände entsprechend gelten (§171 f).

B. Stellungnahme

Die Regelung hat für die AOK-Gemeinschaft nur geringe Bedeutung, da die Landesverbände mit den AOKs identisch sind (§ 207 Absatz 2a).

Der AOK-Bundesverband wird von dieser Regelung nicht erfasst, da er zum Zeitpunkt des Inkrafttretens keine Körperschaft des öffentlichen Rechts mehr ist (und dies jedenfalls nach der Gesetzesbegründung Voraussetzung ist).

C. Änderungsvorschlag

keiner



8. Haftung insbesondere für Versorgungsverpflichtungen von Spitzenverband Bund und PSVaG im Insolvenzfall

A. Beabsichtigte Neuregelung

Der Spitzenverband Bund soll im Insolvenzfall für Versorgungsverpflichtungen bis 31.12.2009 und die Ablösung der VBL-Gegenwerte haften. Für Krankenkassen, die erst ab 1.1.2010 insolvenzfähig werden, umfasst der Insolvenzschutz durch den PSVaG nur Anwartschaften aus Versorgungszusagen, die nach dem 31.12.2009 entstanden sind.

Soweit der PSVaG eintritt, ist ein Rückgriff auf andere Krankenkassen ausgeschlossen.

Soweit der Spitzenverband Bund haftet, wird ihm ein Forderungsübergang bzw. Rückgriffsrecht analog BetrAVG eingeräumt.

§ 171d Abs. 1-4 SGB V

B. Stellungnahme

§ 171d regelt die Haftung von Spitzenverband Bund und PSVaG im Insolvenzfall. In § 171b SGB V ist vorgesehen, dass im Verhältnis der Schließung zur Insolvenz letztere nachrangig ist. Der somit vorrangige Fall der Schließung einer Krankenkasse löst jedoch keine Haftung des PSVaG aus. Dementsprechend ist die Sinnhaftigkeit der Beitragspflicht zu hinterfragen, die das AOK System jährlich rund 14 Millionen Euro kostet (Bestandsaufnahme für das Jahr 2007, wobei der Beitragssatz des PSVaG jährlich schwankt und der Teilwert nach § 6a EStG als Berechnungsgrundlage für den PSV-Beitrag perspektivisch noch bis 2027 weiter ansteigen wird), obwohl der Eintritt des Insolvenzfalles praktisch ausgeschlossen ist.

In Absatz 1 soll zum einen die Haftung im Insolvenzfall für unverfallbare Altersversorgungsverpflichtungen geregelt und zum anderen der Überschuldungstatbestand vermieden werden.

Zu den von der Haftung gemäß § 171d SGB V umfassten Bestandteilen gehören nach der Gesetzesformulierung **lediglich die unverfallbaren Anwartschaften**. Im Falle der DO-Angestellten ist dies unkritisch, da seit 1993 keine DO-Angestellten eingestellt wurden. Problematisch könnte die Einschränkung jedoch für Tarifangestellte sein, deren Anwartschaften am 31.12.2009 noch nicht unverfallbar waren. Es stellt sich die Frage, ob diese



Beschäftigten einen Anspruch gegen den Spitzenverband Bund oder den PSVaG geltend machen können, wenn sie im Insolvenzfall die Unverfallbarkeit erreicht haben.

Unklar ist auch, **ob die Beihilfen von der Haftung nach § 171d erfasst** werden, da diese Regelung auf unverfallbare Altersvorsorgeverpflichtungen abstellt. Da die Beihilfe im Rahmen der Deckungskapitalbildung (§171e) explizit aufgeführt wird, sollte auch im Rahmen der Haftung geregelt werden, dass die Beihilfe erfasst ist.

Die DO-Beschäftigten haben in dieser Konstruktion im Insolvenzfall zwei Schuldner: Spitzenverband Bund und PSVaG. Der Anspruchsumfang richtet sich nach dem Zeitpunkt der Anwartschaftsentstehung (Anwartschaften bis bzw. ab 31.12.2009). Das wird man berechnen können, unklar ist, *wer* das im Insolvenzfall rechnet. Da es sich bei der Pension um eine Grundversorgung handelt, darf keine Situation entstehen, in der der betroffene DO-Angestellte zwei Ansprechpartner hat und jeder auf den anderen Schuldner verweist. Insofern ist mit dem Bundesrat eine gesetzliche Klarstellung zu fordern, wer im Insolvenzfall Ansprechpartner ist (BR-Drs 342/08(B), Änderungsantrag Nr. 17).

Vollkommen offen gelassen ist nicht nur der Umfang der Leistung des Spitzenverbands Bund (soll eine Beschränkung hinsichtlich der Dynamik erfolgen?) sowie das gesamte Verfahren, nach dem der Spitzenverband Bund die Ansprüche und Anwartschaften der Berechtigten ermittelt und die beigetriebenen Mittel an die Betroffenen auszahlt (vgl. (BR-Drs 342/08(B), Änderungsantrag Nr. 15). Dies alles ist im BetrAVG detailliert für den PSVaG geregelt. Da keine Aussagen hierzu getroffen werden, ist insbesondere den Umfang der Haftung betreffend davon auszugehen, dass der Spitzenverband Bund für sämtliche Versorgungsverpflichtungen gegenüber den DO-Angestellten eintritt, d.h. auch für Dynamiken und Beihilfe (s. o.). Fraglich ist darüber hinaus, ob der Spitzenverband Bund über die Kapazitäten und die Infrastruktur verfügt, um seine Verpflichtungen gegenüber den DO-Angestellten erfüllen zu können.

Problematisch ist aber auch die Erfüllung der Ansprüche durch den PSVaG: Der Anspruch auf Leistung des PSVaG ist an die Eröffnung des Insolvenzverfahrens bzw. die Abweisung des Antrags geknüpft. Mit Folgemonat auf Beschluss des Gerichts werden auch rückwirkend Versorgungsleistungen für sechs Monate erbracht (§ 7 Abs. 1a Satz 3 BetrAVG). Wenn sich der entsprechende Gerichtsbeschluss länger als sechs Monate hinzieht, sind **Ansprüche**, die länger als sechs Monate zurückliegen, **verfallen**; aber auch für die sechs vorangegangenen Monate ist im Zweifelsfall erst einmal kein Geld geflossen.



Hinzu kommt, dass der PSVaG gemäß § 7 Abs. 1 Satz 3 BetrAVG i.V. m. § 14 VVG die Voraussetzungen des Sicherungsfalls feststellen muss, was zu weiteren **Verzögerung der Leistungen** führen kann. Dies mag bei einer zusätzlichen Altersversorgung noch angemessen sein, bei der Pension der DO-Angestellten handelt es sich jedoch um eine Grund- und Vollversorgung, bei der Verzögerungen oder gar ein Verfallen von Ansprüchen insbesondere vor dem Hintergrund des grundrechtlichen Eigentumsschutzes nicht akzeptabel sind.

Die Bestimmung in Absatz 2, Einzelheiten der Haftungsverteilung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrats zu regeln, erscheint sachgerecht. Unklar ist jedoch, warum die Rechtsverordnung nicht gleichermaßen die Geltendmachung aller Haftungsbeträge regeln soll. Nach der vorgesehenen Fassung des § 171d Abs. 2 kann in der Rechtsverordnung im Schließungsfall lediglich das Nähere zur Geltendmachung der kassenartübergreifenden Haftungsbeträge (§ 155 Abs. 4 Satz 6) geregelt werden, nicht aber die der kassenartinternen Haftungsbeträge nach § 155 Abs. 4 Satz 5; im Insolvenzfall wird das BMG nur zur Regelung der Geltendmachung der Haftungsbeträge für die Versorgungsverpflichtungen ermächtigt (§ 171d Abs. 1 Satz 3 und 4), nicht aber zu derjenigen der kassenartinternen und kassenartübergreifenden Haftungsbeträge für die Ansprüche der Leistungserbringer und der Versicherten sowie für die Forderungen aufgrund zwischen- und überstaatlichen Rechts (§ 171d Abs. 5 Satz 1 und 2). In Ermangelung eines sachlichen Grundes für diese Differenzierung, sollten die bisher nicht berücksichtigten Haftungsfälle (§§ 155 Abs. 4 Satz 5, 171d Abs. 5 Satz 1 und 2) in die Verordnungsermächtigung aufgenommen werden.

In der Begründung zu Absatz 3 heißt es, dass wegen der auf ab 2010 begrenzte Haftung des PSVaG der Beitrag zum PSVaG auch nur nach den ab diesem Zeitpunkt entstehenden Versorgungsansprüchen und –anwartschaften zu bemessen ist. Aus Sicht der AOKs ist dies positiv, weil es eine Art „**ermäßigter**“ **Beitragssatz** ist. Fraglich ist, ob eine Ausführung in der Begründung als Rechtsgrundlage ausreichend ist. Um **Unklarheiten zu vermeiden**, sollte dieser Satz unbedingt in den Gesetzestext aufgenommen werden.

Absatz 4 regelt den Forderungs- bzw. Vermögensübergang (z.B. bei Unterstützungskasse und Pensionsfonds) auf den Spitzenverband Bund wie im BetrAVG. Fraglich ist, ob die Anwartschaften getrennt nach Entstehung vor/nach 31.12.2009 übergehen können (sie summieren sich ja zu einem jeweils individuellen Anspruch). Das kann möglicherweise berechnet werden.



Beim Vermögensübergang ist das **Rangverhältnis zwischen Spitzenverband Bund und PSVaG vollkommen ungeklärt** - ist das Vermögen einer Unterstützungskasse oder eines Pensionsfonds getrennt übertragbar? Nach welcher Relation wird auf Spitzenverband Bund oder PSVaG übertragen bzw. verteilt übertragen?

Problematisch ist auch, dass bei dieser Gestaltung der Rückgriffsmöglichkeiten von PSVaG und Spitzenverband Bund das aufgebaute **Kapital für Versorgungsverpflichtungen nicht vorrangig den betroffenen DO-Angestellten in dem Umfang zugute kommt, in dem PSVaG und möglicherweise Spitzenverband Bund keine Leistungen erbringen**. Für den Kapitalaufbau ist ein gewisser Zeitraum erforderlich, dem mit der Regelung des § 171e SGB V Rechnung getragen wird. Eine sorgsame Regelung, die die DO-Beschäftigten gerade für den Zeitraum bis zur Vollendung der Ausfinanzierung für solche Beträge, die der PSVaG nicht absichert (Dynamik, Beihilfe) bzw. deren Sicherung beim Spitzenverband Bund unklar ist, scheint dringend geboten. Denn anderenfalls wird das Deckungskapital für den Rückgriff verwendet, während die DO-Angestellten nur eingeschränkte Leistungen erhalten. Dies ist unter sozialen Gesichtspunkten nicht wünschenswert und kann so vom Gesetzgeber auch nicht gewollt sein. Zudem führt es zu dem merkwürdigen Ergebnis, dass sich der Spitzenverband Bund erst aus dem Kapital bedient um dann noch fehlende Beträge wieder bei den Kassen einzusammeln. Eine stringente und **sinnvolle Lösung stellt sich wie folgt dar: Im Zeitpunkt einer Insolvenz (vor 2049) tatsächlich aufgebautes Vermögen wird vorrangig und zweckgebunden für die Leistungen an die DO-Angestellten der betreffenden Krankenkasse verwendet, die nicht durch den PSVaG gesichert sind**. Soweit darüber hinaus Mittel vorhanden sind, stehen diese dem Rückgriff durch Spitzenverband Bund und PSVaG zur Verfügung.

In der Begründung zu § 171e Abs. 1 SGB V ist erwähnt, dass die Bildung des Deckungskapitals bei einem **gemeinsamen Träger** erfolgen kann. Dies hat jedoch keinen Eingang in den Gesetzestext selbst gefunden. In diesem Fall sollte auch eine Aussage getroffen werden, dass die **Abrechnungsverbände nach Kassen getrennt** zu halten sind. Wünschenswert ist darüber hinaus, dass geregelt wird, dass die Krankenkassen, die im Insolvenzfall einer Kasse über den Spitzenverband Bund herangezogen werden, nicht ihr Deckungskapital für eigene Versorgungsverpflichtungen angreifen müssen. Dies wäre zwar immer noch eine zweckentsprechende Verwendung im Sinne des § 171e Abs. 1, widerspräche aber der erkennbaren Intention des Gesetzes, das Deckungskapital für die eigenen Versorgungsverpflichtungen zu bilden.



C. Änderungsvorschlag

1. Klarstellung, dass § 171d SGB V neben den bereits unverfallbaren Anwartschaften der DO-Angestellten auch Anwartschaften von Tarifangestellten erfasst, die erst in der Zwischenzeit bis zum Eintritt des Insolvenzfalls die Unverfallbarkeit erreicht haben, sowie die Beihilfen und Dynamiken.
2. Klarstellung, ob Spitzenverband Bund oder PSVaG Ansprechpartner der Versorgungsberechtigten ist.
 - a) Vorschlag: in § 171d wird ein neuer Absatz 5 eingefügt:
"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; zur Feststellung und Abwicklung dieser Verpflichtungen kann er sich, im Fall der Schließung einer Krankenkasse im Einvernehmen mit der zuständigen Aufsicht, der Hilfe Dritter bedienen."
 - b) Der bisher vorgesehene Absatz 5 wird zu Absatz 6
3. Sicherstellung, dass die Ansprüche der Versorgungsberechtigten übergangslos ohne zeitlichen Verzug erfüllt werden, da es sich insoweit um die unverzichtbare Grundversorgung handelt.
4. Hinsichtlich der Beitragspflicht zum PSVaG sollte im Gesetzestext klargestellt werden, dass sich der Beitrag nur auf die Anwartschaften bezieht, die nach Einführung der Insolvenzfähigkeit der Krankenkassen entstehen.
5. Tatsächlich aufgebautes Vermögen einer Krankenkasse wird im Insolvenzfall vorrangig und zweckgebunden für diejenigen Leistungen an die DO-Angestellten der betreffenden Krankenkasse verwendet, die nicht durch den PSVaG gesichert sind. Soweit darüber hinaus Mittel vorhanden sind, stehen diese dem Rückgriff durch Spitzenverband Bund und PSVaG zur Verfügung. Vorschlag: In § 171d Absatz 4 wird ein neuer Satz 2 eingefügt:

Das gem. § 171 e SGB V gebildete Deckungskapital bei der betreffenden Krankenkasse ist vorrangig und zweckgebunden zur Befriedigung der Ansprüche ihrer Dienstordnungs-



angestellten auf Versorgungsdynamiken und Beihilfen zu verwenden; sofern darüber hinaus Mittel vorhanden sind, stehen diese dem Träger der Insolvenzsicherung nach dem Betriebsrentengesetz zur Verfügung, soweit er Leistungen erbringt; entsprechendes gilt bezogen auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Fall der Insolvenz, der Schließung und der Auflösung einer Krankenkasse."

6. Klarstellung im Gesetzestext, dass bei Bildung des Deckungskapitals bei einem gemeinsamen Träger die Abrechnungsverbände nach Kassen getrennt zu halten sind. Siehe hierzu Änderungsvorschlag in der Stellungnahme zu § 171e SGB V.

7. § 171d Abs. 2 wird wie folgt gefasst:

„Das Nähere zur Geltendmachung der Beträge nach Absatz 1 Satz 3 und 4, nach Absatz 5 [bzw. 6, wenn der Vorschlag zu 2. aufgegriffen wird] Satz 1 und 2 sowie nach § 155 Abs. 4 Satz 5 und 6 regelt das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates.



9. Aufbau Deckungskapital

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Kassen haben ab 01.01.2010 ein Deckungskapital für Versorgungszusagen und Beihilfe durch mindestens jährliche Zuführung über 40 Jahre aufzubauen. Der Barwert der Verpflichtungen zum 31.12.2049 muss durch dieses Deckungskapital ausfinanziert sein. Der Aufbau ist entbehrlich, wenn eine Kasse gutachterlich nachweist, dass ein ausreichendes Deckungskapital besteht.

Hinsichtlich des Kapitalaufbaus werden bisherige Mitgliedschaften in öffentlich-rechtlichen Versorgungswerken berücksichtigt.

Es soll eine zustimmungspflichtige Rechtsverordnung zur Abgrenzung der Versorgungsverpflichtungen, für die das Deckungskapital zu bilden ist, zur Ermittlung des Barwerts, zur Höhe der Zuweisungssätze, zum Zahlverfahren sowie zu den Durchführungswegen für die Bildung und Anlage geben. Das BMG kann die Ermächtigung zum Erlass der Rechtsverordnung an das BVA delegieren.

Den Krankenkassen werden die Kosten der Aufsicht für Amtshandlungen im Rahmen der Ermittlung des erforderlichen Deckungskapitals und der Genehmigung der Zuführungspläne auferlegt.

§ 171e SGB V

B. Stellungnahme

Es ist zu begrüßen, dass die Deckungskapitalbildung auf 40 Jahre gestreckt und dadurch eine Überforderung der Kassen ausgeschlossen wird.

Positiv an der Ausfinanzierung des Barwertes bis zum letztmöglichen Stichtag 31.12.2049 ist, dass das Deckungskapital lediglich bis zu der an diesem Stichtag vorhandenen Höhe aufgebaut werden muss. Im Zeitpunkt 2049 haben die Barwerte den Scheitel bereits überschritten und sinken in Folge der Schließung des DO-Systems.

Allerdings kann die durch diese Regelung reduzierte Belastung durch die Bildung des Kapitalstocks über 40 Jahre nicht losgelöst von der gesamten jährlichen Belastung gesehen werden. Auch wenn für die Bildung des Kapitalstocks - unter Berücksichtigung der langen Aufbaufrist – weniger zusätzliche Beträge aufzuwenden sind, als ursprünglich angedacht, so



steigt die jährliche Belastung für die Zahlung der laufenden Pensionsverpflichtungen von derzeit über 300 Mio. € pro Jahr AOK-weit in der Spitze auf rd. 660 Mio. € weiter an.

Ungewiss bleibt auch nach welchen Vorgaben die Kassen das Deckungskapital aufzubauen haben, da diese Regelungen erst durch eine noch zu erlassende Rechtsverordnung zu treffen sind.

Zudem soll die Befugnis zum Erlass der Rechtsverordnung vom BMG mit Zustimmung des Bundesrates auf das BVA übertragen werden können. Während das vorliegende Gesetz zur Regelung des Kapitalaufbaus dem Grunde nach mit einer schlanken Begründung zustimmungsfrei ausgestaltet wurde, bedarf die Rechtsverordnung zur Ausgestaltung der Kapitalbildung der Zustimmung des Bundesrates.

Im Fall, dass Krankenkassen nachweisen können, dass für ihre Verpflichtungen bereits ein Deckungskapital besteht, das die Voraussetzungen des Satz 1 erfüllt, müssen sie kein Deckungskapital bilden. Daher ist es konsequent, dass die bisher erfolgte Absicherung von Versorgungszusagen durch Mitgliedschaften in öffentlich-rechtlichen Versorgungswerken beim aufzubauenden Deckungskapital Berücksichtigung finden.

Um Synergieeffekte nutzbar machen zu können, ist es zielführend, die Verwaltung des Deckungskapitals bei einem gemeinsamen Träger durchzuführen. Dies sieht die Gesetzesbegründung zum Kabinettsentwurf derzeit schon vor. Um Zweifelsfragen hinsichtlich der Zuordnung von Vermögen im Fall der Haftung zu vermeiden, ist es erforderlich, dass geregelt wird, dass das Vermögen bei gemeinsamer Verwaltung bei einem Träger in getrennten Abrechnungsverbänden verwaltet wird.



C. Änderungsvorschlag

In § 171e Absatz1 wird ein neuer Satz 4 eingefügt:

„Mehrere Krankenkassen können das Deckungskapital bei einem gemeinsamen Träger bilden, wobei für jede Krankenkasse eine getrennte Rechnungslegung in einem eigenen Abrechnungsverband erfolgen soll.“



10. Artikel 1 Nr. 14a (neu) - Ergänzung zu § 271 SGB V

A. zu treffende Neuregelung

Es fehlt eine Regelung, die das BVA in Bezug auf die Durchführung des Gesundheitsfonds zur Rechnungslegung – analog zu den GKV-Rechnungslegungsregelung für Krankenkassen – und entsprechenden Meldungen an das BMG verpflichtet. Eine entsprechende Ergänzung sollte im Gesetz aufgenommen werden.

Artikel 1 Nr. 14a (neu): § 271 SGB V

B. Stellungnahme

Das BVA verwaltet mit dem Gesundheitsfonds ein Sondervermögen und nimmt insoweit GKV-Aufgaben – ähnlich wie bisher eine Krankenkasse - wahr. Für den Bereich des Gesundheitsfonds muss somit auch eine Transparenz über die Einnahmen- und Ausgabenströme, das finanzielle Ergebnis und das Vermögen geschaffen werden. Um die Vergleichbarkeit und Kompatibilität mit den Rechnungsergebnissen der Krankenkassen herzustellen, ist insoweit die Übertragung der geltenden GKV-Regelungen einschließlich der für die Krankenkassen und ihre Verbände geltenden Meldepflichten auf das BVA erforderlich.

C. Änderungsvorschlag

Die Ergänzung kann durch entsprechende Verweise auf § 79 SGB IV in § 271 SGB V oder unmittelbar in § 79 SGB IV erfolgen. Sofern diese Änderung nicht im GKV-OrgWG vorgesehen wird, muss sie spätestens in der Rechtsverordnung nach § 271 Abs. 2 in Verbindung mit § 241 Abs. 1 SGB V erfolgen. Das BVA sollte sich auf diese Rechnungslegungsänderungen jedoch bereits frühzeitig einstellen.



11. Artikel 2 - Änderungen zum SGB IV

A. Beabsichtigte Neuregelung

Beim Aufstellen eines Jahresabschlusses einer Krankenkasse sind künftig Grundsätze der ordnungsmäßigen Buchführung und Bilanzierung (GoB) zu beachten; es werden sechs Grundsätze explizit im Gesetz aufgenommen.

Ausführungsbestimmungen zu diesen GoB können in einer Rechtsverordnung konkretisiert werden.

Daten der amtlichen Statistik sind von den Versicherungsträgern maschinell verwertbar und geprüft weiterzuleiten.

Mit einer Geldbuße werden Ordnungswidrigkeiten im Falle des Verstoßes gegen GoB, mangelhafte Offenlegung der Jahresabschlüsse und im Falle falscher Erklärungen geahndet.

Artikel 2.: §§ 77 Abs. 1a, 78, 79 und 111 SGB IV

B. Stellungnahme

Das Anliegen der GoB-Einführung, die Transparenz und Vergleichbarkeit der Bilanzen und Finanzentwicklungen der Krankenkassen zu verbessern, ist sachgerecht.

Grundlegend ist festzustellen, dass die genannten GoB mit den heutigen Bestimmungen (SVRV, SVHV etc.) für die Rechnungslegung in der GKV bereits weitgehend – implizit – gelten und berücksichtigt werden. Neu ist, dass diese Regelungen explizit im Gesetz (SGB IV) festgeschrieben werden sollen. Solange es bei diesen Grundsätzen bleibt, sind die Regelungen somit akzeptabel.

Allerdings sind bei der konkreten Ausgestaltung in der Rechtsverordnung – sofern diese überhaupt kommen sollte – die Besonderheiten der GKV zu berücksichtigen und ggf. Übergangsfristen einzuführen.

Die Weiterleitung von maschinell verwertbaren und geprüften Daten entspricht dem Stand der Technik und war bisher ab der Ebene der Verbände bereits vorgeschrieben. Die entsprechende Gestaltung des gesamten Datenflusses von den Kassen über den zuständigen Verband bis zum Ministerium wird begrüßt.



Die Einführung eines Bußgeldes bei Verstößen gegen die gesetzlichen Bestimmungen zu GoB und falsche Erklärungen zur Bilanzierung folgt der Logik der gesetzlichen Änderungen und ist folgerichtig.

C. Änderungsvorschlag

keiner



12. Artikel 3 - Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

A. Beabsichtigte Neuregelung

Es werden Besonderheiten für die landwirtschaftliche Krankenversicherung geregelt

B. Stellungnahme

Die Regelungen sind sachgerecht; sie entsprechen den auch in der Vergangenheit für die landwirtschaftliche Krankenversicherung getroffenen Sonderregelungen.

C. Änderungsvorschlag

keiner



13. Artikel 4 - Änderung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung stellt sicher, dass die landwirtschaftliche Krankenversicherung – wie bisher – auch ab 2009 an den Bundesmitteln beteiligt wird.

§ 221 SGB V

B. Stellungnahme

Mit der Regelung wird ein redaktioneller Fehler des GKV-WSG korrigiert.

C. Änderungsvorschlag

keiner



14. Artikel 5 - Änderung der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung

A. Beabsichtigte Neuregelung

Regelung der Bilanzierung von Rückstellungen zur Altersvorsorge entsprechend GoB in § 12 Abs. 1 SVRV.

B. Stellungnahme

Soweit bislang Rückstellungen zur Altersvorsorge gebildet wurden, erfolgte die Aktualisierung des Barwerts (Bewertung in Höhe des versicherungsmathematisch ermittelten aktuellen Wertes) bisher in der Regel alle fünf Jahre. Vor dem Hintergrund anstehender, beträchtlich wachsender Summen im Kapitalstock ist eine jährliche – statt fünfjährige - Bewertung zum Bilanzstichtag, wie sie im GKV-OrgWG vorgesehen ist, angemessen und notwendig.

Es wird deshalb vorgeschlagen, in § 12 Abs. 1 die Vorgabe „aktuell“ so zu präzisieren, dass eine **jährliche** Bewertung zum Bilanzstichtag erforderlich ist. § 12 SVRV in der bislang geltenden Fassung legt eindeutig fest, dass Rückstellungen nur zweckentsprechend aufgelöst werden dürfen. In der beabsichtigten Neufassung des § 12 SVRV ist dieser Satz nicht mehr enthalten. Es sollte - auch indirekt – nicht die Möglichkeit eröffnet werden, Rückstellungen zur Sicherung der Pensionslasten anderen Zwecken als diesen zuzuführen.

C. Änderungsvorschlag

§ 12 Abs. 1 SVRV sollte wie folgt gefasst werden:

*„(1) Werden von einem Versicherungsträger Rückstellungen zur Altersvorsorge von Be-
diensteten gebildet, so sind diese zum Aufbau eines Kapitalstocks zu verwenden und zu bi-
lanzieren. Soweit sich aus anderen Rechtsvorschriften nichts Abweichendes ergibt, be-
stimmt sich der Barwert der Rückstellungen nach dem jährlich zum Bilanzstichtag zu aktua-
lisierenden versicherungsmathematisch ermittelten Wert der späteren Zahlungen. Rückstel-
lungen und Kapitalstock dürfen nur zweckentsprechend aufgelöst werden.“*



15. Artikel 6 - § 35 RSAV (Anwendbare Regelungen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

§ 35 regelt die Weitergeltung der Abschnitte 1 bis 7 der RSAV, soweit die Regelungen im Abschnitt 8 (Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds) nichts Abweichendes bestimmen. Zusätzlich wird geregelt, dass die Durchführung des RSA für das Berichtsjahr 2008 und für Korrekturjahre bis einschließlich 2008 auf der Rechtsgrundlage der RSAV in der bis zum 31. Dezember gültigen Fassung erfolgt.

Artikel 6, § 35 RSAV

B. Stellungnahme

Die Regelungen sind grundsätzlich sachgerecht. Allerdings sollte klarer gefasst werden, dass für die Krankengeldausgaben die bisherigen RSAV-Regelungen auch über 2008 hinaus weiter gelten.

C. Änderungsvorschlag

In § 35 Abs. 1 sollte ergänzt werden, dass für die Krankengeldausgaben der bisherige Risikostrukturausgleich weiterhin angewendet wird.



16. Artikel 6 - § 36 RSAV (Ermittlung der Höhe der Grundpauschale)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschrift enthält Regelungen zur Vorausberechnung der Grundpauschale (= voraussichtliche im RSA berücksichtigungsfähige Ausgaben je prognostizierten Versicherten) zum Ende des laufenden Jahres für das Folgejahr. Basis für diese Vorausberechnung sind der von der Bundesregierung festgesetzte GKV-weite Beitragssatz und die dieser Beitragssatzfestlegung zu Grunde gelegten Annahmen. Zudem regelt die Vorschrift die Bekanntgabe der Grundpauschale durch das BVA zum 15. November; für 2009 erfolgt diese zum 1.1.2009. Die Bekanntgabe der Grundpauschale durch die Krankenkassen an die Versicherten soll grundsätzlich zum 31. Dezember und für 2009 zum 15.01.2009 erfolgen.

Artikel 6 § 36 RSAV

B. Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung umfasst lediglich die prospektive Kalkulation der Grundpauschale (Beitragsbedarf einschließlich Krankengeld je Versicherten). Spätestens für die Durchführung des Schlussausgleichs Ende 2010 für 2009 bedarf es einer ergänzenden Definition der Grundpauschale auf der Basis der tatsächlich eingetretenen Ausgaben- und Versichertenentwicklung. Diese Regelung sollte nach den Ausgabekategorien in § 266 Abs. 4 SGB V (standardisierte Leistungsausgaben), für die Krankengeldausgaben und die in § 270 Abs. 1 SGB V genannten Ausgabearten getrennt definiert werden, um den jeweils abweichenden Zuweisungskriterien entsprechend Rechnung tragen zu können. Bei diesen Regelungen ist sicherzustellen, dass im Fonds entstehende Defizite wettbewerbsneutral auf die Krankenkassen aufgeteilt werden (vgl. zu § 40 neu).

Für die Durchführung des monatlichen Verfahrens wird in der Begründung ausgeführt, dass unterjährige Anpassungen der Grundpauschale nicht erfolgen sollen. Hierzu sollte jedoch – z.B. durch Verweis auf § 32 RSAV – klargestellt werden, dass die Zuweisungen an die Krankenkassen im monatlichen Verfahren an die Veränderungen der Zahl und Struktur der Versicherten unterjährig anzupassen sind.

Mit der Neuregelung in § 36 Abs. 3 soll die mit dem GKV-WSG in § 266 Abs. 7 Nr. 1 SGB V neu eingeführte Information des Versicherten durch seine Krankenkasse umgesetzt werden.



Aus dieser Regelung erschließt sich jedoch nicht, welches Ziel mit dieser – verwaltungs- und kostenaufwändigen – Versicherteninformation verfolgt werden soll. Da es sich bei diesem Wert um die Höhe der GKV-durchschnittlichen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben – ohne Verwaltungskosten und Kann-Leistungen – handelt, erfährt der Versicherte weder die Höhe der GKV-Durchschnittsausgaben noch die seiner Krankenkasse im monatlichen Verfahren zugeflossenen durchschnittlichen Pro-Kopf-Zuweisungen. Ebenso steht dieser Wert in keiner Beziehung zu den Zuweisungen für den betroffenen Versicherten. Zudem handelt es sich um einen Prognosewert, der im Schlussausgleich verändert wird. Eine solche Information dürfte somit bei dem Versicherten für erhebliche Irritationen und – wiederum verwaltungsaufwändige – Rückfragen führen.

C. Änderungsvorschlag

Zur Vermeidung von Rechtsunsicherheiten sollte in § 36 Abs. 2 oder in § 32 klargestellt werden, dass die Zuweisungen an die Krankenkassen an unterjährig eintretende Veränderungen der Zahl und Struktur der Versicherten anzupassen sind.

Die Bekanntgabe der Grundpauschale durch die Krankenkassen an die Versicherten stellt für den Versicherten keine aussagekräftige Information dar. Auf diese Vorschrift sollte daher verzichtet werden.

Soweit ein Verzicht nicht möglich ist, sollte das BVA verpflichtet werden diese für alle Krankenkassen einheitliche Information – neben den Zu- und Abschlägen – in auch für Versicherte zugänglicher Weise bekannt zu machen.



17. Artikel 6 - § 37 RSAV (Zuweisungen für sonstige Ausgaben)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Im § 37 werden die Regelungen für die Zuweisungen für Verwaltungskosten, Satzungs- und Ermessensleistungen für den RSA-Schlussausgleich festgelegt.

Die Verwaltungskosten sollen zu 50% mit einer einheitlichen Pauschalen je Versicherten und zu 50% nach dem Beitragsbedarf der Kassen zugewiesen werden. Für Betriebskrankenkassen, deren Personalkosten vom Arbeitgeber getragen werden sollen die Zuweisungen gesondert ermittelt werden.

Die Zuweisungen für Satzungs- und Ermessenleistungen erfolgen mit einer einheitliche Pauschalen je Versicherten. Knappschaftliche Mehrleistungen und Aufwendungen für Wahltarife bleiben hierbei außer Betracht.

Artikel 6 § 37 RSAV

B. Stellungnahme

Bei der Standardisierung der Verwaltungskosten ist die Aufteilungsquote 50% zu 50% nicht sachgerecht. Eine der Struktur der Verwaltungskosten der Krankenkassen Rechnung tragende Aufteilungsquote müsste sich zu 70 % am Beitragsbedarf und nur zu 30 % an der Versichertenzahl orientieren. Eine solche 70/30-Quote entspräche auch dem bereits seit Jahren für die Verwaltungskosten der Pflegeversicherung geltenden und von wissenschaftlichen Experten für die Standardisierung vorgeschlagenen Aufteilungskonzept und wird auch vom Bundesrat vorgeschlagen, da die 50/50 Regelung betreuungsarme Kassen subventionieren und die Risikoselektion fördern würde (BR-Drs 342/08(B), Änderungsantrag Nr. 37) Die 70/30-Quote berücksichtigt, dass die Verwaltungskosten maßgeblich von der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen geprägt sind (individuelle Versichertenberatung, Leistungsgewährung, -prüfung, -abrechnung, Versorgungsverträge, Versorgungsmanagement, Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei Leistungserbringern etc.) und nur der deutlich kleinere Teil der Verwaltungskosten unabhängig von den Versichertenstrukturen entsteht – vor allem durch den Beitragseinzug.

Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes
vom 10.09.2008 zum Entwurf des GKV-OrgWG
Bundestags-Drucksache 16/9559 – vom 16.06.2008



C. Änderungsvorschlag

Die Standardisierung der Verwaltungskosten muss sich zu 70 % an den Beitragsbedarfen und zu 30 % an den Versichertenzahlen orientieren.



18. Artikel 6 - § 39 RSAV (Durchführung des Zahlungsverkehrs und Kostentragung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

§ 39 regelt, dass das Nähere zum Verfahren der monatlichen Zuweisungen durch eine gesonderte Rechtsverordnung festgelegt werden soll. Bis zum Inkrafttreten dieser neuen Verordnungsregelungen soll das Bundesversicherungsamt das Verfahren festlegen. Zudem soll das Bundesversicherungsamt die Höhe der Zuweisungen ermitteln und den Zahlungsverkehr durchführen.

Artikel 6 § 39 RSAV

B. Stellungnahme

Die verbleibende Zeit bis zum Inkrafttreten des Gesundheitsfonds am 01.01.2009 wird voraussichtlich kaum ausreichen, um das Nähere zum monatlichen Verfahren durch Rechtsverordnung zu regeln. Deshalb ist zu befürchten, dass es insoweit zu Verfahrensvorgaben durch das Bundesversicherungsamt kommen wird. Da aber § 35 RSAV (neu) zugleich auf die Weitergeltung der bisherigen RSAV-Verfahrensregelungen verweist, entstehen insoweit Rechtsunsicherheiten.

Bisher waren auch die Zahlungstermine in der RSAV geregelt. Eine Festlegung sollte auch für das zukünftige Verfahren ab 2009 in der RSAV erfolgen. Dem Liquiditätsbedarf der Krankenkassen entsprechend sollten die Zahlungen auf mehrere Termine – beginnend mit einem Termin zu Beginn des Monats - aufgeteilt werden.

C. Änderungsvorschlag

Die Befugnis des Bundesversicherungsamtes, bis zum Inkrafttreten der Verordnungsregelungen das Nähere zum monatlichen Verfahren zu bestimmen, sollte gestrichen werden.

In § 39 Abs. 1 sollten die Zahlungstermine festgelegt werden.



20. Artikel 6 - § 40 RSAV (neu) (Regelung des Schlussausgleichs)

A. Zu treffende Neuregelung

Zur Vermeidung einer Rechtslücke ist in § 40 eine Ergänzung erforderlich, die das Nähere zur Durchführung des Schlussausgleichs regelt. Sie muss sicherstellen, dass eventuelle Fehlbeträge im Gesundheitsfonds mit gleichen Beträgen je Mitglied und damit wettbewerbsneutral auf alle Krankenkassen aufgeteilt werden. Damit werden Verwerfungen bei der Kalkulation des kassenindividuellen Zusatzbeitrags nach § 242 SGB V vermieden.

B. Stellungnahme

Für die Zeit ab 2010 sind Fehlbeträge im Gesundheitsfonds nicht auszuschließen. Deshalb ist eine Regelung erforderlich, die für die Durchführung des Schlussausgleichs 2010 eine wettbewerbsneutrale Aufteilung dieses Fehlbetrages auf alle Krankenkassen sicherstellt und Verwerfungen bei der Kalkulation des kassenindividuellen Zusatzbeitrags nach § 242 SGB V vermeidet. Dieses Ziel kann nur durch eine in absoluten Eurobeträgen gleiche Kürzung der Zuweisungen je Mitglied erreicht werden. Da die Regelung bei entsprechend prognostizierten Fehlbeträgen bereits für die Durchführung der monatlichen Zuweisungen ab Januar 2010 erforderlich ist, muss sie in diesem Gesetz getroffen werden.

C. Änderungsvorschlag

In Artikel 6 wird nach Nr. 3 angefügt:

„4. Nach § 39 wird angefügt:

§ 40

Fondszuweisungen ab 2010

Reichen die nach § 241 Abs.2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgelegten Beitrags-einnahmen zusammen mit der Beteiligung des Bundes nach § 221 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und den voraussichtlichen sonstigen Einnahmen des Gesundheitsfonds nicht aus, die voraussichtlichen Ausgaben nach § 241 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu decken, werden die Zuweisungen an die Krankenkassen in gleicher Höhe je Mitglied gekürzt.“