

GKV-Spitzenverband
Mittelstraße 51
10117 Berlin

Telefon +49 (0) 30 206 288-0
Fax +49 (0) 30 206 288-88
Mail politik@gkv-spitzenverband.de
Internet www.gkv-spitzenverband.de



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes

vom 10.09.2008

zum Entwurf eines Gesetzes
zur Weiterentwicklung der Organisations-
strukturen
in der gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-OrgWG)

Bundestags-Drucksache 16/9559 – vom 16.06.2008

Inhaltsverzeichnis:

I) ZUSAMMENFASSENDE POLITISCHE BEWERTUNG	3
II) DETAILLIERTE STELLUNGNAHME ZU DEN EINZELNEN ÄNDERUNGSVORSCHRIFTEN	11



I) Zusammenfassende politische Bewertung



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 hiermit 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 für 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 Krankenkassen erst ab dem 01. Januar 2010 Anwendung finden soll, die Bundesländer aber bereits vom 01. Januar 2009 enthaftet 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.

Haftungskonzept

Die vorgesehene Haftung des GKV-Spitzenverbandes im Rahmen des Insolvenzverfahrens für bis zum 31.12.2009 entstandene unverfallbare Altersversorgungsverpflichtungen ist konsequent.

Dagegen sollte auf die vorgesehene Beschränkung der Haftungsverpflichtung für Ansprüche von Versicherten und Leistungserbringern innerhalb der Kassenart durch die Einführung eines Schwellenwertes verzichtet werden, da sich diese Beschränkung kontraproduktiv auf die kassenartinterne Haftungsprävention auswirkt. Bevor die Haftung für anstehende Verpflichtungen über den GKV-Spitzenverband auf die übrigen Krankenkassen übergeht, muss die Förderung der kassenartinternen Haftungsprävention im Vordergrund stehen. Eine Haftungsbegrenzung durch einen Schwellenwert setzt Fehlanreize für die kassenartinternen Haftungsverbände. Eine unbegrenzte Haftung sollte deshalb wie bei der Schließung einer Krankenkasse auch im Insolvenzfall greifen.

Darüber hinaus bedarf es für alle im Wettbewerb stehenden Krankenkassen gleicher Wettbewerbsbedingungen und folglich auch einer Gleichstellung im Hinblick auf die Anwendung des Insolvenz- und Haftungsrechts sowie der Verteilung der Finanzierungslasten im Haftungsfall.

Der Gesetzentwurf sieht einen Beschäftigungsanspruch der Mitarbeiter von Krankenkassen vor. 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 GKV-Spitzenverband 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 Rettungsfusion 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 GKV-Spitzenverbandes 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 GKV-Spitzenverband zu organisierenden finanziellen Hilfen nach dem Subsidiari-

tätsprinzip 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 GKV-Spitzenverband sein soll. Dabei muss auf die Leistungsfähigkeit der primär haftenden Krankenkassen der betroffenen Kassenart abgestellt werden, und die Voraussetzung der kassenartinternen ausreichenden Finanzhilfen ist auf die „Geberkassen“ zu beziehen.

Die Eingriffsmöglichkeit der Aufsicht, im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband 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.

Im Rahmen der Haftungsprävention soll dem GKV-Spitzenverband ein umfassendes Finanzcontrolling über seine Mitgliedskassen zugewiesen werden. Die Verpflichtung des GKV-Spitzenverbandes, der Aufsicht defizitäre Finanzentwicklungen einer Krankenkasse zu melden, ist nicht sachgerecht und auch nicht notwendig. Die Aufsichtsbehörden verfügen in der Regel ohnehin über alle Finanzdaten der Krankenkassen oder können sich diese jederzeit verschaffen. 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 GKV-Spitzenverband vor, dass erstens die Prüfung der Finanzentwicklung der Krankenkassen ausschließlich durch die Aufsichtsbehörden wahrgenommen und hierbei zweitens ein alternativer Grenzwert von 1 % 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.

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.

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.

Bekannt geworden ist u. a. ein Änderungsvorschlag zur Hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b SGB V), 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.

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 GKV-Spitzenverband würde eine solche Regelung daher im Rahmen eines Änderungsantrages zum GKV-OrgWG ablehnen.

II) Detaillierte Stellungnahme zu den einzelnen Änderungsvorschriften



Artikel 1 (Änderung des fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1 Nr. 1

§ 26 Abs. 3 SGB V (Kinderuntersuchung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im § 26 SGB V Absatz 1 ist geregelt, dass versicherte Kinder Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten haben, die ihre körperliche oder geistige Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden. Der Entwurf des GKV-OrgWG sieht vor, dass diesem Paragraph ein weiterer Absatz angefügt werden soll, der die Krankenkassen verpflichtet im Zusammenwirken mit den für die Kinder- und Gesundheitspflege durch Landesrecht bestimmten Stellen der Länder auf eine Inanspruchnahme der oben genannten Früherkennungsuntersuchungen hinzuwirken. Zur Durchführung dieser Maßnahmen schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen mit den jeweiligen Stellen der Länder gemeinsame Rahmenvereinbarungen.

B) Stellungnahme

Die Notwendigkeit bzw. konkrete Zielsetzung dieser gesetzlichen Änderung bleibt auch trotz Begründung unklar. Die Krankenkassen haben in den letzten Jahren verschiedene Maßnahmen zur Steigerung der Teilnahmeraten der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen eingeführt (siehe hierzu Studie der BZgA 2006). 2005 lagen die Teilnahmeraten für die U1- U9 zwischen 87,0 % und 99,2 %. Dies sind im internationalen Vergleich überdurchschnittliche hohe Teilnahmeraten.

In der Begründung zur Gesetzesänderung heißt es, dass Einlade-, Rückmelde- und Erinnerungssysteme als Maßnahme zur Verbesserung des Kindeswohls und Gesundheitsschutzes primär in die Zuständigkeit der Länder fallen. Um die erforderlichen Maßnahmen der zuständigen Stellen der Länder mit denen der Krankenkassen zu bündeln und abzustimmen können freiwillige Rahmenvereinbarungen hilfreich sind. Eine gesetzliche Grundlage ist hierfür aber nicht erforderlich.

C) Änderungsvorschlag

Dem § 26 SGB V wird kein Absatz 3 angefügt.



Artikel 1 (Änderung des fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2 Buchstabe a

§ 101 Abs. 4 Satz 5 SGB V (Überversorgung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Versorgungsanteile in Höhe von 20 % für die überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte und mindestens von 10 % für solche Leistungserbringer, die die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen abdecken, sollen für die Zeit bis zum 31.12.2013 sichergestellt werden.

B) Stellungnahme

Entsprechend § 101 Abs. 4 Satz 5 SGB V wird den Psychotherapeuten bzw. den überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten bis Ende 2008 in der psychotherapeutischen Versorgung eine Quote von jeweils 40 % gesichert. Dieser garantierte Versorgungsanteil soll nun auf 20 % reduziert werden, da es der psychotherapeutisch tätigen Ärzteschaft in der Vergangenheit oftmals nicht gelang, die Quote von 40 % in vielen Planungskreisen auch nur annähernd auszuschöpfen. Insofern trug die Quotierung z. T. dazu bei, Versorgungsengpässe in der psychotherapeutischen Versorgung zu perpetuieren.

Eine Absenkung der 40 %-Quote bei der Gruppe der ärztlichen Psychotherapeuten könnte im günstigen Fall bestimmte Versorgungsmängel vor allem in den östlichen Bundesländern beseitigen, da neue Niederlassungsmöglichkeiten für psychologische Psychotherapeuten entstünden. Die mit dem Gesetz geplante Quote von 20 % entspräche ungefähr dem aktuellen bundesweiten Durchschnitt der psychotherapeutisch tätigen Ärzte an der Versorgung. Eine Quote für die psychologischen Psychotherapeuten wird vom Gesetzgeber als entbehrlich angesehen, da hiervon keine steuernde Wirkung und damit auch keine Auswirkung auf die Versorgung zu erwarten ist.

Neben dieser Neuregelung sollen 10 % der Gesamtversorgung solchen Therapeuten vorbehalten sein, die ausschließlich Kinder und Jugendliche betreuen und

behandeln. Diese Schutzregelung rekurriert auf die speziellen Behandlungs- und Versorgungsbedürfnisse von Kindern und Jugendlichen und ermöglicht eine Niederlassung darauf spezialisierter Therapeuten auch dann, wenn Planungsbereiche für weitere Niederlassungen psychotherapeutischer Leistungserbringer gesperrt sind.

Quotierungen werden grundsätzlich als ein sinnvolles Planungsinstrument angesehen, da hierüber die Vielfalt des ärztlichen bzw. psychologisch-psychotherapeutischen Versorgungsangebots erhalten werden kann. Würde von einer Quotierung gänzlich abgesehen, wäre eine umfassende Dominanz der psychologischen Psychotherapeuten im Versorgungsgeschehen schon mittelfristig wahrscheinlich. Es geht dabei aber nicht darum, bestimmte Berufsgruppen zu schützen, sondern den Versicherten ein ausreichend differenziertes Versorgungsangebot zur Verfügung zu stellen. Die vorgesehenen Größenordnungen (20 % bei den ärztlichen Therapeuten bzw. 10 % bei den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) blockieren nicht die Niederlassungen für andere ärztliche oder psychologische Psychotherapeuten. Ob die Quotierungen aber dazu führen werden, dass sich Therapeuten in solchen Planungskreisen niederlassen, in denen der Bedarf an psychotherapeutischer Versorgung besonders groß ist, kann bezweifelt werden. Insofern wird die Steuerungswirkung dieser Änderungen möglicherweise gering bleiben, wenn das Ziel einer flächendeckenden, möglichst gleichmäßigen Versorgung angestrebt wird.

Mit der Reduzierung der Quotierung für die ärztlichen Therapeuten könnten sich Allokationsprobleme sogar noch verschärfen, weil neue Niederlassungsmöglichkeiten für Psychologische Psychotherapeuten ausgerechnet in solchen Planungskreisen entstünden, die ohnehin gut versorgt sind. Zusammengefasst bedeutet dies, dass mit der Absenkung der Quotierung für ärztliche Psychotherapeuten keine Verbesserung in den bisher nicht gut versorgten Planungskreisen einhergehen muss. Da – insgesamt und im internationalen Vergleich betrachtet – die psychotherapeutische Versorgung in Deutschland ausgesprochen gut ist, wäre eine ungezielte Freigabe weiterer Niederlassungsmöglichkeiten ein Fehlanreiz mit dem Effekt, dass finanzielle Mittel in Gegenden gebunden würden, die sie nicht benötigen. Eine Absenkung der Quote von 40 % für die Gruppe der ärztlichen Psychotherapeuten auf 20 % kann deshalb nicht befürwortet werden. Viel sinnvoller wäre im Hinblick auf eine flächendeckend gute Versorgung eine gezielte Förderung der Niederlassungsmöglichkeiten in solchen Planungskreisen,

die bislang nicht ausreichend psychotherapeutisch versorgt werden; eine Absenkung der derzeitigen 40 %-Quote könnte auf solche Kreise beschränkt bleiben.

Die Einführung einer Quote von 10 % für solche Therapeuten, die überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, wird wegen der bekannten Mängel in diesem Teil des Versorgungsangebots hingegen mit Nachdruck befürwortet.

C) Änderungsvorschlag

Eine Absenkung der Quote für psychotherapeutisch tätige Ärzte auf 20 % wird nur für solche Planungskreise vorgenommen, die psychotherapeutisch unterversorgt sind oder in denen Unterversorgung droht.

Artikel 1 (Änderung des fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3 Buchstaben a bis c

§ 155 Abs. 1, 4 und 5 SGB V (Betriebskrankenkassen: Abwicklung der Geschäfte, Haftung für Verpflichtungen bei Schließung/ Insolvenz einer Mitgliedskasse; gilt durch Verweise auch für die AOKs, IKKs und Ersatzkassen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Schließungsfall bestimmt die zuständige Aufsichtsbehörde nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes und des Landesverbandes der notleidenden Krankenkasse einen Abwicklungsvorstand für die Krankenkasse.

Bei kassenartinterner Haftung ist eine anteilige Berücksichtigung von Krankenkassen vorgesehen, die sich kassenartübergreifend mit anderen Krankenkassen vereinigt haben.

Die Haftungskaskade bei Schließungen wird um den GKV-Spitzenverband ergänzt, der die ausstehenden Verpflichtungen über alle Krankenkassen refinanziert. Die Landwirtschaftlichen Krankenkassen sind hiervon ausgenommen. Diese Haftung ist eindeutig subsidiär gegenüber der vorgelagerten kassenartinternen Haftung.

Bei einer sich in Schließung befindenden Krankenkasse gilt für Beschäftigungsansprüche aus unkündbaren Arbeitsverhältnissen und für DO-Angestellte die Regelung nach § 164 Abs. 2 bis 4 SGB V.

B) Stellungnahme

Das Anhörungsrecht des GKV-Spitzenverbandes bei der Bestimmung des Abwicklungsvorstandes dient der Wahrung der Interessen der Versicherten der Krankenkasse und wird deshalb begrüßt.

Der Entwurf sieht vor, für den Abwicklungsvorstand die Bestimmungen über die Amtsenthebung und Amtsentbindung (§ 35 a Abs. 7 SGB IV) entsprechend anzuwenden. Aus Klarstellungsgründen ist an dieser Stelle zu überlegen, ob

darüber hinaus die Vorschriften zur Qualifikation des Vorstandes (§ 35 a Abs. 6 SGB IV) entsprechend gelten sollten.

Der neue Satz 6 in § 155 Abs. 4 SGB V regelt die "kassenartenübergreifende Haftung" bei Schließung oder Auflösung einer Krankenkasse. Nach der Entwurfsfassung soll nur für diese Art der Haftung das BMG eine Rechtsverordnung erlassen können. Im Entwurfstext ist nicht vorgesehen, auch für die kassenartinterne Abwicklung eine Ermächtigung zum Erlass einer Rechtsverordnung aufzunehmen. Es ist politisch zu entscheiden, ob eine Rechtsverordnung zudem für den Fall der kassenartinternen Haftung erlassen werden soll. Entsprechend müsste entweder in § 171d Abs. 2 SGB V auch auf den § 155 Abs. 4 Satz 5 verwiesen werden oder es müssten Regelungen zur Ermächtigung der Rechtsverordnung auch für die kassenartinterne Abwicklung in den § 155 SGB V aufgenommen werden. Letzteres wäre aus systematischen Gründen vorzuziehen.

Im Fall kassenartenübergreifender Vereinigungen sind Krankenkassen gemäß ihrer vorherigen Zugehörigkeit zu einer Kassenart im Haftungsfall angemessen zu beteiligen. Hierzu sollte im vorliegenden Paragraphen die Ermittlung des Umfangs der anteiligen Haftung mit Verweis auf § 171a Abs. 2 Satz 3 SGB V konkretisiert werden. Danach sind die maßgeblichen Größen in dem Verhältnis anzuwenden, wie sie am Tag der Stellung des Antrags auf Genehmigung der Vereinigung bestanden haben.

Zudem macht die entsprechende Geltung von § 155 Abs. 4 Satz 6 SGB V - neu - (kassenartenübergreifende Haftung) bei den Regelungen zur "Nachhaftung" vereinigter Kassen keinen Sinn. Dort geht es nur um die Verpflichtung der neuen (vereinigten) Kasse. Gewollt ist offenbar ein Verweis auf § 155 Abs. 4 Satz 5 (Geltendmachung durch den GKV-SV) und Satz 7 (Ausschluss der aufschiebenden Wirkung von Klagen). Die Verweisung ist unter Berücksichtigung der vorgeschlagenen Änderungen zu korrigieren.

Mit dem Verweis in § 155 Abs. 4 Satz 8 (neu) SGB V nach Fassung des Gesetzesentwurfes auf den § 164 Abs. 2-4 SGB V soll vor allem ein "Beschäftigungsanspruch" der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter festgelegt werden. Die Gleichstellung von Arbeitnehmern in unkündbaren Arbeitsverhältnissen und von Dienstordnungsangestellten bezüglich ihres Beschäftigungsanspruches bei Schließungen ist hierbei als konsequent zu bewerten.

Allerdings führen diese und die ihr vergleichbaren Bestimmungen (§§ 146a, 164, 171 SGB V) derzeit zu offensichtlich nicht intendierten Unklarheiten und Ungleichbehandlungen, die aus Folgendem resultieren: Der neue § 155 Abs. 4 Satz 8 SGB V nach Fassung des Gesetzentwurfes verweist zwar auf § 164 Abs. 2-4 SGB V, allerdings mit der Maßgabe, dass der dort geregelte Kündigungsschutz nur für unkündbare Beschäftigte gilt. Diese Einschränkung auf die unkündbaren Beschäftigten enthält § 164 SGB V nicht. Vielmehr begründet diese Vorschrift (insbesondere mit Blick auf die geplante Neufassung des Absatzes 3) einen relativ weiten und speziellen Kündigungsschutz für alle Arbeitnehmer. Dies führt zu einer Ungleichbehandlung zwischen den Beschäftigten bei BKKs und IKKs. Da bei den Regelungen für die Ersatzkassen auf § 155 Abs. 4 SGB V verwiesen wird, werden deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ebenfalls schlechter gestellt als die der IKKs. Gänzlich unklar ist der Regelungsinhalt für den Bereich der AOKs. § 146a SGB V verweist sowohl auf § 155 SGB V als auch auf § 164 Abs. 2-5 SGB V. Hier bedarf es folglich entsprechender Klarstellungen durch den Gesetzgeber, um eine Ungleichbehandlung der Beschäftigten der verschiedenen Kassenarten zu verhindern.

Darüber hinaus geht der Verweis in § 155 Abs. 5 Nr. 4 (neu) SGB V auf § 171d Abs. 1 Satz 3 SGB V ins Leere, da die gemeinten Verpflichtungen nicht in § 171d Abs. 1 Satz 3 SGB V genannt sind. Es muss vielmehr auf § 171d Abs. 1 Satz 1 SGB V verwiesen werden, in dem die Haftung für die Altersversorgungsverpflichtungen geregelt wird.

C) Änderungsvorschlag

Dem § 155 Abs. 1 SGB V sind folgende Sätze anzufügen:

"Scheidet ein Vorstand nach Auflösung oder Schließung aus dem Amt, bestimmt die Aufsichtsbehörde nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Landesverbandes den Abwicklungsvorstand. § 35a Abs. 6 und 7 des Vierten Buches gelten entsprechend".

Nach § 155 Abs. 4 Satz 6 SGB V des Gesetzentwurfes wird folgender neuer Satz 7 eingefügt:

„Das Nähere zur Geltendmachung der Beträge nach den Sätzen 5 und 6 regelt das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates.“

Satz 7 des Gesetzesentwurfes wird Satz 8.

Satz 8 des Gesetzesentwurfes wird Satz 10.

In dem geplanten Satz 9 des Gesetzesentwurfes bedarf es zudem Klarstellungen, um eine Gleichbehandlung der Krankenkassenarten bei den Beschäftigungsansprüchen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer geschlossenen Krankenkasse zu erreichen.

§ 155 Abs. 5 Satz 1 Nr. 4 SGB V ist wie folgt zu fassen:

"4. der in § 171d Abs. 1 Satz 1 genannten Verpflichtungen bis zum 31. Dezember 2049 sowie".

Nach § 155 Abs. 5 Satz 1 SGB V wird folgender neuer Satz 2 eingefügt:

„§ 171a Abs. 2 Satz 3 SGB V gilt entsprechend.“

Satz 2 wird Satz 3.

Satz 3 wird Satz 4.

Satz 4 wird Satz 5.

§ 155 Abs. 5 Satz 5 (neu) SGB V wird gefasst:

"Absatz 4 Satz 5 und 8 gilt entsprechend".

Artikel 1 (Änderung des fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 164 Abs. 1 und 3 SGB V (Innungskrankenkassen: Abwicklung der Geschäfte, Haftung für Verpflichtungen, Dienstordnungsangestellte)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich hierbei um eine Folgeänderung zur Einführung eines neuen Satzes 6 in § 155 Abs. 4 SGB V.

Der Verteilungsmodus für Weiterbeschäftigungsangebote bei Schließungen einer Innungskrankenkasse wird gemäß dem Anteil ihrer Versicherten an der Gesamtzahl der Versicherten aller Innungskrankenkassen festgeschrieben. Diese Regelung gilt nunmehr auch für Orts- und Betriebskrankenkassen sowie Ersatzkassen.

B) Stellungnahme

Eine Regelung mit dem Ziel, innerhalb der Kassenart gleiche Belastungen bei den zur Weiterbeschäftigung verpflichteten Krankenkassen herbeizuführen, wird grundsätzlich begrüßt. Versichertenquoten für Beschäftigungsangebote sind jedoch eine realitätsferne und im Hinblick auf gleichmäßiger zu verteilende finanzielle Belastungen der Krankenkassen nicht Ziel führende Lösung. So erfordert die bundesweite Verteilung der potentiell aufnehmenden Krankenkassen ein erhebliches Maß regionaler Flexibilität und Mobilität von den Beschäftigung suchenden Angestellten der geschlossenen Krankenkasse, die faktisch nicht zur gleichen Inanspruchnahme durch Weiterbeschäftigungssuchende führen kann. Darüber hinaus fehlt ein Umsetzungskonzept für den Fall, dass bei einer zur Aufnahme verpflichteten Krankenkasse keine wirtschaftlich sinnvolle Möglichkeit zur Weiterbeschäftigung besteht.

Selbst wenn unter diesen Bedingungen eine an der Versichertenquote für Beschäftigungsangebote orientierte Aufteilung der Angestellten gelingen würde, sind die damit verbundenen Lasten nicht gleich verteilt. Hierfür müssen nicht nur (Rest-)Beschäftigungskosten, sondern insbesondere auch die dazu individu-

ell stark unterschiedlichen Altersversorgungsverpflichtungen berücksichtigt werden.

Vor diesem Hintergrund muss es letztendlich vielmehr um eine möglichst gleichmäßige Aufteilung der finanziellen Gesamtbelastungen gehen. Die Ausgestaltung einer solchen Regelung könnte Ausgleichszahlungen vorsehen, die überproportionale Belastungen einzelner Krankenkassen kompensieren. Damit einhergehend würde eine einsetzende „Kostenselektion“ bei potentiell aufnehmenden Krankenkassen keinen Beschäftigungsuchenden benachteiligen und jedem Einzelnen somit ein breiteres Spektrum zur Weiterbeschäftigung offenhalten.

In § 164 Abs. 3 SGB V bedarf es zudem Klarstellungen durch den Gesetzgeber, um eine Gleichbehandlung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenkassen bei ihren Beschäftigungsansprüchen gegenüber der jeweiligen Kassenart zu erreichen (vgl. hierzu Stellungnahme zu § 155 Abs. 4 Satz 9 (neu) SGB V).

C) Änderungsvorschlag

Die Regelung eines Verteilungsmodus für Weiterbeschäftigung sollte so ausgestaltet werden, dass damit nicht die Weiterbeschäftigungsangebote, sondern die Beschäftigungs- und Folgekosten gleichmäßig auf alle Krankenkassen einer Kassenart verteilt werden.

Die Verweisungen sind unter Berücksichtigung der vorgeschlagenen Änderungen in § 155 SGB V entsprechend zu korrigieren.

Artikel 1 (Änderung des fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 171 SGB V (Abwicklung der Geschäfte, Haftung für Verpflichtungen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Rechtsposition von Beschäftigten von Ersatzkassen soll im Fall einer Schließung oder Auflösung einer Krankenkasse derjenigen der Beschäftigten anderer Kassenarten gleichgestellt werden jedoch mit der Maßgabe, dass nur unkündbaren Beschäftigten im Fall einer Schließung oder Auflösung einer Krankenkasse bei dem Landesverband oder einer anderen Krankenkasse der betroffenen Kassenart eine Stellung anzubieten ist.

B) Stellungnahme

Auch hier bedarf es Klarstellungen des Gesetzgebers, um eine Gleichbehandlung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenkassen bei ihren Beschäftigungsansprüchen gegenüber der jeweiligen Kassenart zu erreichen (vgl. hierzu Stellungnahme zu § 155 Abs. 4 Satz 9 (neu) SGB V).

C) Änderungsvorschlag

Es bedarf Klarstellungen, um eine Gleichbehandlung der Krankenkassenarten bei den Beschäftigungsansprüchen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer geschlossenen Krankenkasse zu erreichen.

Die Verweisungen sind unter Berücksichtigung der vorgeschlagenen Änderungen in § 155 SGB V entsprechend zu korrigieren.

Artikel 1 (Änderung des fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7

§ 171b SGB V (Insolvenz von Krankenkassen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Ab dem 01.01.2010 wird die Insolvenzfähigkeit aller Krankenkassen mit Ausnahme der Landwirtschaftlichen Krankenkassen und der Knappschaft hergestellt.

Der Vorstand einer Krankenkasse ist dann gegenüber der Aufsicht bereits bei drohender Zahlungsunfähigkeit oder Überschuldung zur Anzeige verpflichtet. Ungedeckte Versorgungsverpflichtungen gemäß § 171d SGB V sind zur Feststellung des Insolvenzstatus bis längstens 2049 bilanzrechtlich nicht zu berücksichtigen.

Grundsätzlich wird der Schließung einer Krankenkasse der Vorrang gegenüber dem Antrag auf Insolvenz gegeben, sofern neben dem Insolvenzgrund auch keine dauerhaft gesicherte Leistungsfähigkeit mehr vorliegt.

Das Recht zur Stellung eines Insolvenzantrags liegt allein bei der zuständigen Aufsicht. Der Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens muss innerhalb von drei Monaten nach Anzeige eines Insolvenzgrundes erfolgen. Stellt die Aufsicht diesen Antrag, hat sie den GKV-Spitzenverband hierüber zu informieren. Das Insolvenzgericht bzw. der Insolvenzverwalter ist gegenüber der Aufsicht und dem GKV-Spitzenverband auf Verlangen zur Information über den aktuellen Stand des Verfahrens verpflichtet.

Die Insolvenzmasse besteht aus dem Gesamtvermögen einer Krankenkasse, zu dem Betriebsmittel, Rücklagen und Verwaltungsvermögen gehören. Beitragsforderungen sind hingegen nicht zum Vermögen einer Krankenkasse zu zählen, sofern es sich nicht um kassenindividuelle Zusatzbeiträge handelt.

Mit Eröffnung des Insolvenzverfahrens oder mit Rechtskraft des Beschlusses zur Ablehnung der Eröffnung des Insolvenzverfahrens mangels Masse geht die Rechtsform der Krankenkasse von einer Körperschaft des öffentlichen Rechts in die einer Abwicklungskörperschaft über.

B. Stellungnahme

Die Ausnahme der Landwirtschaftlichen Krankenkassen bei der Herstellung der Insolvenzfähigkeit von Krankenkassen ab dem 01.01.2010 ist sachgerecht, da sie einen Verwaltungsverbund mit der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft bilden. Darüber hinaus nehmen sie nicht am Gesundheitsfonds und auch nicht am Kassenwettbewerb teil. Es bedarf jedoch für alle im Wettbewerb stehenden Krankenkassen gleicher Wettbewerbsbedingungen und daher auch einer Gleichstellung im Hinblick auf die Anwendung des Insolvenz- und Haftungsrechts sowie der Verteilung der Finanzierungslasten im Haftungsfall. Das Haftungskonzept ist zudem in Bezug auf die geschlossenen BKKs nicht schlüssig.

Um Insolvenzen bei Krankenkassen mit ungedeckten Versorgungszusagen zu vermeiden, ist die vorgesehene bilanzrechtliche Nichtberücksichtigung dieser Zusagen bis längstens 2049 notwendig und wird deshalb ausdrücklich begrüßt.

Die Meldepflicht der Aufsicht über die Antragstellung zur Eröffnung des Insolvenzverfahrens an den GKV-Spitzenverband ist zur weiteren Verfolgung seiner Pflichten gemäß § 265a SGB V erforderlich. Auch die Meldepflicht des Insolvenzgerichts bzw. -verwalters über den Stand des Verfahrens auf Anfrage der Aufsicht oder des GKV-Spitzenverbandes ist damit folgerichtig und wird begrüßt.

Die Antragstellung auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens ist alleiniges Recht der Aufsicht. Dies ist sachgerecht, da die Antragstellung durch einen Gläubiger die Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung gefährden würde. Es wäre ansonsten zu befürchten, dass Leistungserbringer Versicherte einer unter Insolvenzverdacht stehenden Kasse nicht mehr versorgen.

Der Grundsatz „Schließung vor Insolvenz“ wird ausdrücklich begrüßt.

C. Änderungsvorschlag

Kein Änderungsvorschlag.

Artikel 1 (Änderung des fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

§ 171c SGB V (Aufhebung der Haftung der Länder nach § 12 Abs. 2 Insolvenzordnung)

§ 171d (Haftung im Insolvenzfall)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach § 171c SGB V wird die Haftung der Länder nach § 12 Abs. 2 der Insolvenzordnung zum 01.01.2009 aufgehoben, nach § 171b SGB V sind ab dem 01.01.2010 alle Krankenkassen insolvenzfähig. Bundesunmittelbare und landesunmittelbare Krankenkassen werden dann nach der Insolvenzordnung und den Regelungen nach § 171b SGB V gleich behandelt.

Ab dem 01.01.2010 wird der Pensionssicherungsverein (PSV) einstandspflichtig für nach diesem Datum erworbene Versorgungsansprüche landesunmittelbarer Kassen.

Der GKV-Spitzenverband haftet nach § 171d SGB V im Rahmen des Insolvenzverfahrens für bis zum 31.12.2009 entstandene unverfallbare Altersversorgungsverpflichtungen, sofern deren Erfüllung durch eine insolvente Krankenkasse beeinträchtigt oder unmöglich wird.

Die Refinanzierung erfolgt zunächst kassenartintern unter Berücksichtigung von kassenartenübergreifenden Vereinigungen. Sind die betroffenen Krankenkassen nicht in der Lage, diese Verpflichtungen zu erfüllen, wird der nicht gedeckte Betrag durch den GKV-Spitzenverband bei allen anderen Krankenkassen geltend gemacht. Das BMG regelt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere zur Geltendmachung der Beträge im Schließungs- und Insolvenzfall.

Ansprüche von Leistungserbringern oder Versicherten sowie im Zusammenhang mit Forderungen aufgrund über- und zwischenstaatlichen Rechts werden auch bei Insolvenz im vollen Umfang erfüllt. Bis zu einem Schwellenwert von 1 % der jährlichen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds sind diese innerhalb der

Kassenart zu befriedigen. Darüber hinausgehende Forderungen sind über die anderen Krankenkassen zu refinanzieren.

B) Stellungnahme

Die Insolvenzfähigkeit von landesunmittelbaren Krankenkassen ist für das Jahr 2009 nicht rechtssicher hergestellt, da die Aufhebung der Haftung der Länder nach § 171c SGB V zum 01.01.2009 eintritt, § 12 Absatz 1 der Insolvenzordnung jedoch bis zum 31.12.2009 Gültigkeit behält und erst danach § 171d SGB V greift. Mit ihrer Enthftung in § 171c SGB V wurde einer Forderung der Bundesländer nachgekommen, zum Start des Gesundheitsfonds aus der Haftung entlassen zu werden. Hierdurch entsteht jedoch eine in ihren Konsequenzen kaum einschätzbare 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, bietet eine einjährige Garantiehaftung des Bundes eine Möglichkeit, die derzeitige Haftungslücke für das Jahr 2009 zu schließen.

Die Einschränkung der Haftungsverpflichtung innerhalb der Kassenart durch Einführung eines Schwellenwertes wirkt sich kontraproduktiv auf die kassenartinterne Haftungsprävention aus. Bevor die Haftung für ausstehende Verpflichtungen auf den GKV-Spitzenverband übergeht, muss die Förderung der Haftungsprävention im Vordergrund stehen. Eine Haftungsbegrenzung durch einen Schwellenwert setzt demnach Fehlanreize für die kassenartinternen Haftungsverbände. Auf eine unbegrenzte Haftung der betroffenen Kassenart sollte deshalb - wie bei der Schließung einer Krankenkasse - auch im Insolvenzfall nicht verzichtet werden.

Ein Schwellenwert, der sich an der Höhe der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds orientiert, ist zudem als Maßstab ungeeignet, da die Höhe der Fondszuweisungen nichts über die Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse aussagt. Eine Krankenkasse mit hohem Anteil an chronisch kranken Versicherten z. Bsp. erhält aus dem Gesundheitsfonds höhere Zuweisungen, benötigt diese jedoch zur Finanzierung ihrer entsprechend überdurchschnittlichen Ausgaben. Es stehen ihr somit im Vergleich zu einer Krankenkasse mit geringen Fondszuweisungen keine weiter reichenden Mittel für eine Haftungsumlage zur Verfügung.

Analog zu § 155 SGB V sollen Krankenkassen im Fall kassenartenübergreifender Vereinigungen gemäß ihrer vorherigen Zugehörigkeit zu einer Kassenart an der Haftungsumlage beteiligt werden. Daher bedarf es auch an dieser Stelle einer Konkretisierung zur Ermittlung des Umfangs der anteiligen Haftung durch Verweis auf § 171a Abs. 2 Satz 3 SGB V. Danach sind die maßgeblichen Größen in dem Verhältnis anzuwenden, wie sie am Tag der Stellung des Antrags auf Genehmigung der Vereinigung bestanden haben.

Das BMG legt mit Zustimmung des Bundesrates durch Rechtsverordnung rechnerische und technische Einzelheiten zur Refinanzierung der Haftungsverpflichtungen des GKV-Spitzenverbandes im Insolvenzfall fest. Nach § 265b Abs. 1 Nr. 3 SGB V kann jedoch eine von der Verordnung abweichende Aufteilung innerhalb der Kassenart definiert werden. Diese Regelung ermöglicht den Krankenkassen auf freiwilliger Basis eine Umverteilung der Kostenbelastung innerhalb des Haftungsverbundes vorzunehmen, die den aktuellen wirtschaftlichen Verhältnissen der betroffenen Krankenkassen und den gemeinsamen Zielsetzungen der Kassenart oder einer Gruppe von Krankenkassen stärker Rechnung trägt.

In Absatz 2 besteht allerdings das Problem, dass das Bundesgesundheitsministerium lediglich zum Erlass einer Rechtsverordnung zur Regelung der kassenartübergreifenden Haftung ermächtigt, da an dieser Stelle nur auf § 155 Abs. 4 Satz 6 SGB V verwiesen wird. Nicht Bezug genommen wird hingegen auf § 155 Abs. 4 Satz 5 SGB V, der die kassenartinterne Verteilung regelt. Aus den geplanten Regelungen zu § 265b Abs. 1 Nr. 3 SGB V und der entsprechenden Gesetzesbegründung kann allerdings geschlossen werden, dass die Rechtsverordnung zudem für die kassenartinterne Verteilung gelten soll. Aus diesem Grund muss in § 171d Abs. 2 SGB V auch auf § 155 Abs. 4 Satz 5 SGB V verwiesen werden. Systematischer wäre es gleichwohl, diese Regelungen zur Ermächtigung der Rechtsverordnung in § 155 SGB V aufzunehmen (vergleiche hierzu Änderungsvorschlag auf den Seiten 19-20).

Dementsprechend sollte sich die Verordnungsermächtigung auch auf die Regelung der Details zur Geltendmachung der Beträge sowohl aus der kassenartinternen als auch der kassenartenexternen Haftung für Ansprüche von Versicherten und Leistungserbringern gemäß § 171d Abs. 5 Satz 1 und 2 SGB V erstrecken.

Die Klarstellung, dass der Pensionssicherungsverein für zu erbringende Leistungen keinen Rückgriff bei anderen Krankenkassen nehmen kann, wird begrüßt. Andernfalls wären Krankenkassen bezüglich der Insolvenzsicherung ihrer Versorgungsverpflichtungen doppelt belastet, während zugleich die durch Beiträge erworbene Absicherung über den Pensionssicherungsverein ins Leere laufen würde.

Für den Rückgriff des GKV-Spitzenverbandes auf das Vermögen der Unterstützungskasse wird in Absatz 4 des § 171d SGB V auf § 9 Abs. 2-3a mit Ausnahme des Absatzes 3 Satz 1 letzter Halbsatz des Betriebsrentengesetzes (BetrAVG) verwiesen. Der Intention der Gesetzesbegründung folgend soll der GKV-Spitzenverband gleichwohl für sämtliche Altersverpflichtungen haften. Unerheblich ist insofern, ob Unterstützung- oder Pensionskassen eingeschaltet wurden. Um dem GKV-Spitzenverband eine dem Pensionssicherungsverein vergleichbare Stellung einzuräumen, muss deswegen zudem § 9 Abs. 3 Satz 1 letzter Halbsatz BetrAVG entsprechend gelten. Die Haftung des GKV-Spitzenverbandes wird damit auf das Vermögen der Unterstützungskasse beschränkt. Nur so erfolgt die gewollte Gleichstellung mit dem Pensionssicherungsverein. Da es hierbei ausschließlich um die Haftung für Verbindlichkeiten der Unterstützungskasse geht, bleibt die Haftung des GKV-Spitzenverbandes für alle Altersverbindlichkeiten von dieser Beschränkung hingegen unberührt.

Da der Pensionssicherungsverein (PSV) nicht in vollem Umfang für Versorgungsverpflichtungen haftet, es sich jedoch hier anders als bei Betriebsrenten um eine Grund- und Vollversorgung handelt, sollte eine Regelung getroffen werden, dass tatsächlich aufgebautes Vermögen einer Krankenkasse im Insolvenzfall vorrangig und zweckgebunden für diejenigen Leistungen der DO-Angestellten der betreffenden Krankenkasse verwendet werden, die nicht durch den PSV oder den GKV-Spitzenverband gesichert sind.

C) Änderungsvorschlag

Die Regelungen zur Enthftung der Länder nach § 171c SGB V und der Insolvenzfähigkeit der Krankenkassen inklusive Haftungsregelung nach den §§ 171b und d SGB V sind zeitlich so aufeinander abzustimmen, dass eine Haftungslücke im Jahr 2009 nicht entsteht.

Zur Konkretisierung des Umfangs der anteiligen Haftung bei kassenartübergreifenden Vereinigungen ist einzufügen, dass § 171a Abs. 2 Satz 3 SGB V gilt.

Nach § 171d Abs. 1 Satz 3 SGB V wird folgender neuer Satz 4 eingefügt:

„§ 171a Abs. 2 Satz 3 SGB V gilt entsprechend.“

Satz 4 wird Satz 5.

Satz 5 wird Satz 6. Aufgrund vorheriger Verweisänderungen muss als Folgeänderung § 171d Abs. 1 Satz 6 (neu) nun wie folgt gefasst werden:

„§ 155 Abs. 4 Satz 10 und § 164 Abs. 2 bis 4 gelten entsprechend.“

§ 171d Abs. 2 muss entsprechend wie folgt gefasst werden:

„Das Nähere zur Geltendmachung der Beträge nach Absatz 1 Satz 3 bis 5 sowie nach Absatz 5 Satz 1 und 2 regelt das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates.“

§ 171d Abs. 4 Satz 1 SGB V wird wie folgt gefasst:

"Hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen aufgrund des Absatzes 1 Leistungen zu erbringen, gilt § 9 Abs. 2 bis 3a des Betriebsrentengesetzes entsprechend für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen."

Nach § 171d Abs. 4 Satz 1 SGB V wird folgender Satz 2 eingefügt:

„Das gemäß § 171e SGB V gebildete Deckungskapital ist vorrangig und zweckgebunden zur Befriedigung der Ansprüche auf Versorgungsdynamiken und Beihilfen zu verwenden und ist in diesem Umfang dem Rückgriff durch den Träger der Insolvenzversicherung nach dem Gesetz zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen entzogen.“

Aufgrund vorheriger Verweisänderungen muss als Folgeänderung § 171d Abs. 5 Satz 3 nach Fassung des Gesetzentwurfes nun wie folgt gefasst werden:

„§ 155 Abs. 4 Satz 5 bis 8 gilt entsprechend.“

Auf einen Schwellenwert für den Umfang der kassenartinternen Haftung, wie er in § 171 d Abs. 5 SGB V vorgesehen ist, ist im Interesse eines stärkeren Anreizes zur kassenartinternen Haftungsprävention und zur Vermeidung von Fehlanreizen zu verzichten.



Artikel 1 (Änderung des fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

§ 171e SGB V (Deckungskapital für Altersversorgungsverpflichtungen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen werden verpflichtet, ab 01.01.2010 bis spätestens zum 31.12.2049 ein Deckungskapital für Versorgungsansprüche zu bilden. Bereits bestehende Versorgungsrücklagen sollen entsprechend hierauf angerechnet werden.

Das Bundesgesundheitsministerium hat mit Zustimmung des Bundesrates eine Rechtsverordnung zur Regelung technischer Einzelheiten zum Aufbau des Deckungskapitals zu erlassen.

Der Aufsicht kommt eine Genehmigungspflicht bei der Ermittlung der Höhe des erforderlichen Deckungskapitals und der Zuführpläne zu. Hierdurch entstehende Verwaltungskosten sind durch die Krankenkassen zu tragen.

B) Stellungnahme

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

Für den Fall, dass Krankenkassen nachweisen können, dass für ihre Verpflichtungen bereits ein Deckungskapital besteht, das die Voraussetzungen des Satzes 1 erfüllt, müssen sie kein Deckungskapital bilden. Auch ist es konsequent, dass die zu erwartenden Versorgungsleistungen infolge der 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. In

der Begründung zu § 171e Abs. 1 SGB V ist diese Möglichkeit bereits erwähnt. Dies hat jedoch keinen Eingang in den Gesetzestext selbst gefunden. In diesem Fall sollte zudem eine Aussage getroffen werden, dass die Abrechnungen nach Krankenkassen getrennt zu halten sind. Wünschenswert ist darüber hinaus, dass geregelt wird, dass die Krankenkassen, die im Insolvenzfall einer Krankenkasse durch den GKV-Spitzenverband 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.

Bei der Ausgestaltung der Rechtsverordnung geht der GKV-Spitzenverband davon aus, dass den Krankenkassen ein größtmöglicher Spielraum zur Gestaltung des Zahlverfahrens der Zuweisungen zum Deckungskapital, zur Anrechnung von Deckungskapital bei den jeweiligen Durchführungswegen der betrieblichen Altersversorgung sowie zur Anlage des Deckungskapitals eingeräumt wird.

C) Änderungsvorschlag

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

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

Satz 4 wird Satz 5.

Satz 5 wird Satz 6.

In § 171e Absatz1 SGB V wird ein Satz 7 (neu) eingefügt:

„Das Deckungskapital für eigene Versorgungsverpflichtungen einer Krankenkasse darf im Insolvenzfall einer anderen Krankenkasse nicht herangezogen werden.“

Artikel 1 (Änderung des fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

§ 171f SGB V (Insolvenzfähigkeit von Krankenkassenverbänden)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschriften über die Herstellung der Insolvenzfähigkeit werden auf die Verbände der Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts übertragen. Ausdrücklich ausgenommen ist der Verband der Landwirtschaftlichen Krankenkassen analog zur Sonderregelung für seine Mitgliedskassen, die ebenfalls nicht insolvenzfähig werden.

B) Stellungnahme

Mit der Regelung wird ausdrücklich festgestellt, dass der GKV-Spitzenverband und die Landesverbände der Krankenkassen insolvenzfähig sind. Es ist zu hinterfragen, inwieweit der GKV-Spitzenverband insolvenzfähig sein kann, wenn er gleichzeitig die Endhaftung nach diesem Gesetzentwurf übernehmen soll.

C) Änderungsvorschlag

Kein Änderungsvorschlag

Artikel 1 (Änderung des fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10 Buchstaben a bis c

§ 172 SGB V (Vermeidung der Schließung und Insolvenz von Krankenkassen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird klargestellt, dass der GKV-Spitzenverband ab 01.07.2008 der einzig haftende Verband im Schließungs- oder Insolvenzfall ist, da die Landesverbände keine Haftungsverbände mehr darstellen.

Der GKV-Spitzenverband wird in dieser Rechtsnorm verpflichtet, gegenüber der Aufsicht defizitäre Finanzentwicklungen einer Krankenkasse aufzuzeigen und somit diese über einen potentiellen Haftungsfall nach § 155 SGB V oder § 171d SGB V zu informieren. Dieser Pflicht liegt eine Prüfung zugrunde, ob in der letzten Vierteljahresrechnung die Ausgaben einer Krankenkasse die Einnahmen um mehr als 0,5 % der durchschnittlichen monatlichen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds überschreiten. Zusätzlich werden zur Bewertung der aktuellen Finanzentwicklung Betriebsmittel, Rücklagen und Geldmittel zur Anschaffung und Erneuerung von Verwaltungsvermögen gemäß der Jahresrechnungsergebnisse des Vorjahres übermittelt.

Die Aufsichtsbehörde soll die Möglichkeit erhalten, im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband zu entscheiden, ob durch eine Vereinigung mit einer bereitwilligen Kasse - auch entgegen dem Wunsch der in ihrer Leistungsfähigkeit gefährdeten Kasse - deren Leistungsfähigkeit auf Dauer gesichert oder eine Zahlungsunfähigkeit bzw. Überschuldung vermieden werden kann. In diesem Fall hat der GKV-Spitzenverband ein Vorschlagsrecht. Beschließt die gefährdete Krankenkasse nicht innerhalb einer von der Aufsicht gesetzten Frist über eine solche Vereinigung, ersetzt die Aufsicht den fehlenden Beschluss.

B) Stellungnahme

Die Informationspflicht des GKV-Spitzenverbandes gegenüber der Aufsicht bei auffälliger Finanzentwicklung einer Kasse ist nicht sachgerecht, da dies einen

zusätzlichen Aufbau eines umfassenden Finanzcontrollings für alle Krankenkassen beim GKV-Spitzenverband erforderlich machen könnte.

Der GKV-Spitzenverband schlägt stattdessen vor, dass die Finanzdaten von den Krankenkassen im Bedarfsfall unmittelbar an ihre Aufsicht übermittelt werden, soweit diese nicht ohnehin dort bereits vorliegen. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass der Gesetzentwurf ohnehin der Aufsichtsbehörde die Verantwortung zuweist, z. B. über Fragen der Schließung oder der Insolvenzantragstellung zu entscheiden.

Eine solche Pflicht zur standardisierten Prüfung der Finanzdaten durch die Aufsichten könnte vorsehen, dass die zuständige Aufsicht dann weitere Auskünfte und Unterlagen von Krankenkassen zur weiterführenden Prüfung verlangen muss, wenn ein entsprechender Schwellenwert überschritten wird. Hierbei ist jedoch zu berücksichtigen, dass die derzeit im Gesetzentwurf vorgesehene Orientierung an der Höhe der durchschnittlichen monatlichen Zuweisungen für einen Schwellenwert nicht sachgerecht ist. Ursächlich hierfür ist, dass eine Orientierung an der Höhe der durchschnittlichen monatlichen Zuweisungen zwangsläufig im Laufe des Jahres dazu führen muss, dass der Schwellenwert vom ersten bis zum letzten Quartal eines Jahres bei gleichbleibendem Prozentwert immer mehr Krankenkassen als vermeintliche Problemfälle identifizieren wird.

Darüber hinaus muss bei der Ausgestaltung einer solchen Rechtsnorm berücksichtigt werden, dass ein Schwellenwert mit einer zu geringen Höhe von 0,5 % der durchschnittlichen monatlichen Zuweisungen nicht geeignet ist, einerseits möglichst alle in ihrer Leistungsfähigkeit gefährdeten Kassen zu identifizieren, andererseits aber auch so wenige Kassen wie möglich unangemessen als nicht leistungsfähig darzustellen.

Anhand konkreter Zahlen zeigt sich, dass ein Schwellenwert von 0,5 % vor allem – und im Laufe des Jahres immer mehr – Bagatellfälle identifizieren wird: Bei Anwendung des 0,5 %-Schwellenwertes ergäbe sich damit eine weitergehende Prüfungspflicht der zuständigen Aufsicht bereits bei einem Defizit je Mitglied in Höhe von ca. 0,42 Euro pro Monat im 1. Quartal. Im 4. Quartal läge der Schwellenwert dann nur noch bei einem Defizit von ca. 0,10 Euro pro Mitglied und Monat. Dieser erklärungsbedürftige Effekt ergibt sich, weil die vierteljährlichen Finanzergebnisse der Krankenkassen jeweils das kumulierte Ergebnis der bis zum Stichtag abgelaufenen Monate des Rechnungsjahres ausweisen. Im 1. Quartal ei-

nes Jahres würde eine durchschnittliche Krankenkasse den Schwellenwert bereits erreichen, wenn sie je Mitglied über die Monate Januar bis März, also in drei Monaten, jeweils ca. 0,42 Euro weniger einnimmt als sie ausgibt. Am Jahresende, also nach Ablauf von zwölf Monaten, dürfte ihr Defizit nach der vorgesehenen Regelung ebenfalls 0,5 % der durchschnittlichen monatlichen Zuweisungen nicht überschreiten. Hierzu würde allerdings bereits ein in jedem Monat realisierter Ausgabenüberschuss von 0,10 Euro je Mitglied genügen.

Die Betrachtung der durchschnittlichen monatlichen Zuweisungen bei der Definition eines Schwellenwertes muss deshalb zur Vermeidung dieses absurden Effekts in jedem Fall durch die Orientierung an der Summe der monatlichen Zuweisungen im jeweiligen Berichtszeitraum ersetzt werden. Nur so wird in allen Quartalen ein vergleichbarer Maßstab an die Finanzergebnisse der Krankenkassen gelegt. Rechnet man mit einem Erhebungsaufwand für Zusatzbeiträge von geschätzten 0,50 Euro ohne Einkommensprüfung, d.h. unterhalb von acht Euro Zusatzbeitrag, kann ein Defizit von 0,10 Euro je Mitglied und Monat nicht als sinnvolles Aufgreifkriterium bezeichnet werden. Mit einem Schwellenwert von 1 % bezogen auf die Summe der Zuweisungen im Berichtszeitraum ergäbe sich hingegen ein Aufgreifkriterium, das mit einem Defizit von rd. 2,40 Euro je Mitglied und Monat eher geeignet wäre, Bagatellfälle von ernsthaften Prüffällen zu unterscheiden.

Bei der Wahl eines sachgerecht hohen Schwellenwertes ist zusätzlich zu beachten, dass die Einführung des Gesundheitsfonds mit erheblichen Planungsunsicherheiten insbesondere bezüglich der Einnahmen aller Krankenkassen verbunden ist. Würde die bislang vorgesehene Regelung eines Schwellenwertes lediglich eins zu eins in eine Prüfpflicht der Aufsichten überführt werden, würden zahlreiche anzeigepflichtige Fälle generiert, ohne dass die dauerhafte Leistungsfähigkeit tatsächlich gefährdet wäre.

Die Berücksichtigung des Vermögens und der Vermögensentwicklung bei der Bewertung der Finanzentwicklung ist hierbei unbedingt notwendig, weil eine vermögende Krankenkasse ihren Mitgliedern auf Kosten ungedeckter Ausgaben zeitweilig stabile Zusatzbeiträge gewähren oder auf die Erhebung ansonsten notwendiger Zusatzbeiträge verzichten kann. Beim Vermögensabbau zugunsten der Mitglieder entsteht immer ein Defizit, das jedoch bei ausreichend vorhande-

nem Vermögen keine Gefährdung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit darstellt.

An § 172 Abs. 3 SGB V sollte zudem ein weiterer Satz angefügt werden, wonach Klagen gegen die Ersetzung des Verwaltungsratsbeschlusses keine aufschiebende Wirkung haben. Zumindest die nicht vereinigungswillige Krankenkasse wird den Ersatzungsbeschluss der Aufsichtsbehörde beklagen.

C) Änderungsvorschlag

Auf die Anzeigepflicht des GKV-Spitzenverbandes ist zugunsten einer standardisierten Prüfung der Finanzdaten durch die Aufsichtsbehörden zu verzichten. § 172 Abs. 1 und 2 SGB V sind wie folgt zu ändern:

"(1) Vor Errichtung, Vereinigung, Öffnung (§ 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V), Auflösung oder Schließung von Krankenkassen sind die jeweils zuständigen Landesverbände und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu hören. Satz 1 gilt entsprechend, wenn eine Krankenkasse ihren Sitz in den Bezirk eines anderen Verbandes verlegt.

(2) Die Krankenkassen haben ihrer Aufsicht auf Verlangen unverzüglich die Unterlagen vorzulegen und die Auskünfte zu erteilen, die diese zur Beurteilung ihrer dauerhaften Leistungsfähigkeit für erforderlich hält, oder sie auf Verlangen die Einsichtnahme in dieser Unterlagen in ihren Räumen zu gestatten. Stellt die zuständige Aufsichtsbehörde einer Krankenkasse fest, dass in der letzten Vierteljahresrechnung einer Krankenkasse die Ausgaben die Einnahmen um einen Betrag überstiegen haben, der größer ist als 1 Prozent der Summe der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für den zu beurteilenden Berichtszeitraum, so hat sie unter Berücksichtigung dieser Finanzdaten und der ausgewiesenen Betriebsmittel, Rücklagen und Geldmittel zur Anschaffung und Erneuerung von Verwaltungsvermögen einer Krankenkasse unverzüglich vom Vorstand einer Krankenkasse die Vorlage der in Satz 1 genannten Unterlagen und Auskünfte zu verlangen, wenn sich aus den Finanzdaten Anhaltspunkte für eine dauerhafte Gefährdung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Kasse ergeben."

An § 172 Abs. 3 SGB V wird folgender Satz angefügt:

"Klagen gegen die Entscheidung der Aufsichtsbehörde haben keine aufschiebende Wirkung."

Artikel 1 (Änderung des fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11

§ 195 Abs. 2 Satz 3 (neu) SGB V (Genehmigung der Satzung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die aufschiebende Wirkung von Klagen gegen Maßnahmen der Aufsichtsbehörde wird durch den neuen Satz 3 des § 195 Abs. 2 SGB V ausgeschlossen.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Kein Änderungsvorschlag.



Artikel 1 (Änderung des fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

§ 252 Abs. 2 SGB V (Beitragszahlung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

In einer Rechtsverordnung soll das weitere Verfahren der Beitragszahlungen und der Beitragsweiterleitung geregelt werden.

B) Stellungnahme

Bei der Änderung handelt es sich um eine technische Klarstellung, die sachgerecht ist.

C) Änderungsvorschlag

Kein Änderungsvorschlag.

Artikel 1 (Änderung des fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13

§ 265a SGB V (Finanzielle Hilfen zur Vermeidung der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach § 265a SGB V hat der GKV-Spitzenverband bis 31.03.2009 in seine Satzungen Regelungen zur Gewährung finanzieller Hilfen aufzunehmen. Diese Satzungsregelungen sind unter Berücksichtigung der Stimmverhältnisse im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes mit einer Mehrheit von 70 % der Stimmen zu beschließen. Die Hilfen dürfen nur gewährt werden, um die Vereinigung von Krankenkassen zu ermöglichen bzw. zu erleichtern. Sie können auch als Darlehen gewährt werden, sind zu befristen und mit Auflagen zu versehen, die der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und der Leistungsfähigkeit dienen. Die Gewährung finanzieller Hilfen zur Behebung einer besonderen Notlage oder zum Erhalt der Wettbewerbsfähigkeit ist nicht möglich. Außerdem müssen zunächst freiwillige finanzielle Hilfen nach § 265b SGB V in ausreichender Höhe gewährt worden sein.

Der Antrag auf Gewährung der Hilfen kann nur von der Aufsichtsbehörde der jeweiligen Krankenkasse gestellt werden. Über die Gewährung entscheidet sodann der Vorstand des GKV-Spitzenverbandes. Dabei muss berücksichtigt werden, ob die Vereinigung der Kassen erforderlich ist, um Haftungsrisiken anderer Krankenkassen aus der Schließung oder Insolvenz einer der bedrohten Krankenkassen abzuwenden.

Bei der Aufteilung der Finanzierung der Hilfen hat der GKV-Spitzenverband die Leistungsfähigkeit der Krankenkassen angemessen zu berücksichtigen. Klagen gegen den Beitragsbescheid des GKV-Spitzenverbandes haben keine aufschiebende Wirkung.

B) Stellungnahme

Durch die Einführung des Insolvenzrechts für grundsätzlich alle Krankenkassen entstehen teilweise erhebliche Haftungsrisiken. Das Ziel der Regelung, durch die Gewährung finanzieller Hilfen im Rahmen einer Rettungsfusion die Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse zu vermeiden, deren Kosten ansonsten vom Haftungsverbund bzw. nach dessen Überforderung von allen Krankenkassen zu tragen wären, wird befürwortet.

Die Wettbewerbsneutralität des GKV-Spitzenverbandes ist hierbei unbedingt zu wahren. Die Einschränkung auf die Gewährung finanzieller Hilfen ausschließlich zur Erleichterung von Kassenvereinigungen und die strikte Nachrangigkeit gegenüber freiwilligen finanziellen Hilfen innerhalb der Kassenart nach § 265b SGB V wird daher ausdrücklich begrüßt. Der Vorrang einer freiwilligen Regelung finanzieller Hilfen zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit innerhalb der bisherigen Haftungsverbände ist unter Wettbewerbs- und Marktaspekten unverzichtbar.

Damit die Organisation finanzieller Hilfen zur Erleichterung einer Vereinigung über den GKV-Spitzenverband nach dem Subsidiaritätsprinzip allein als letzte mögliche Maßnahme umgesetzt wird, müssen die Möglichkeiten des Kassenart-internen Haftungsverbundes zur Selbsthilfe nach § 265b SGB V ausgeschöpft sein. Deshalb bedarf es einer Konkretisierung, unter welchen Umständen die finanziellen Hilfen nach § 265b SGB V als „ausreichend“ gewährt anzusehen sind und somit die Voraussetzung für finanzielle Hilfen nach § 265a SGB V vorliegt. Eine entsprechende Klarstellung durch den Gesetzgeber als Vorgabe für die Satzungsregelung nach § 265a SGB V ist deshalb wünschenswert.

So sollte gesetzlich definiert werden, dass die Gewährung finanzieller Hilfen nach § 265b SGB V nur dann als ausreichend anzusehen ist, wenn alle Mitglieder der betroffenen Kassenart in den Verträgen nach § 265b SGB V in die Mittelaufbringung eingebunden sind. Darüber hinaus sollte hierbei analog zu § 265a Absatz 3 Satz 2 SGB V auf die Leistungsfähigkeit der primär haftenden Kassen abgestellt werden. Diese zentralen Mindestvoraussetzungen sollten daher im Wortlaut dieser Rechtsnorm festgelegt werden.

Die Hilfen nach § 265a SGB V sollen zusätzlich zu den Hilfen nach § 265b SGB V gewährt werden. In der Begründung wird ausgeführt, dass die Mittel für Hilfen

nach § 265a SGB V von allen Mitgliedskassen des GKV-Spitzenverbandes unter Berücksichtigung ihrer unterschiedlichen Leistungsfähigkeit aufzubringen sind. Es bleibt allerdings bislang offen, inwieweit hierbei die finanziellen Belastungen durch bereits geleistete Hilfen nach § 265b SGB V der Kassenart der notleidenden Krankenkasse Berücksichtigung finden sollen. Wenn Hilfen nach § 265b SGB V nur dann als ausreichend zu bewerten sind, wenn die Mitglieder der haftenden Kassenart bis zur Grenze ihrer Leistungsfähigkeit belastet worden sind, sollen folgerichtig die finanziellen Belastungen dieser Krankenkassen durch bereits geleistete Hilfen nach § 265b SGB V bei der Aufteilung der Finanzierung der Hilfen nach § 265a SGB V berücksichtigt werden. Bei der Beurteilung der Leistungsfähigkeit der einzelnen Krankenkassen sollten deshalb die Belastungen aller Krankenkassen durch Verträge nach § 265b SGB V Beachtung finden.

Die Gewährung finanzieller Hilfen ist zwingend zu befristen und an Auflagen zu binden, um einen verantwortlichen Umgang mit Beitragsmitteln der Versicherten sicherzustellen. Die entsprechend klaren Vorgaben im Gesetzentwurf werden begrüßt.

Für eine gesicherte Finanzierung der Hilfen ist es zudem unerlässlich, dass Klagen gegen Beitragsbescheide des GKV-Spitzenverbandes zur Umlage der Finanzhilfe keine aufschiebende Wirkung haben.

Die Entscheidung über die Satzungsregelungen zu finanziellen Hilfen nach § 265a SGB V trifft der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes – wie über alle Satzungsänderungen – folgerichtig unter Berücksichtigung der gesetzlich festgelegten Stimmverhältnisse mit 70 % der nach Mitgliedern gewichteten Stimmen.

C) Änderungsvorschlag

Folgende Formulierung wird vorgeschlagen, um Mindestvoraussetzungen zu definieren, nach welchen die Hilfen nach § 265b SGB V erfüllt sein müssen, damit das Kriterium „ausreichend“ erfüllt wird:

§ 265a Absatz 1 Satz 3 SGB V ist zu streichen und ein neuer Absatz 2 ist 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 SGB V gewährt werden, wenn
 - a) Verträge über die Gewährung von freiwilligen finanziellen Hilfen nach § 265b SGB V abgeschlossen sind,
 - b) alle Krankenkassen einer Kassenart Vereinbarungspartner der Verträge nach § 265b SGB V sind und
 - c) durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen festgestellt wird, dass die gewährten freiwilligen finanziellen Hilfen nach § 265b SGB V aufgrund der zu berücksichtigenden Leistungsfähigkeit aller Vereinbarungspartner nicht ausreichen, um die in Absatz 1 Satz 1 genannten Ziele zu erreichen.
2. bei der Aufteilung der Finanzierung der Hilfen nach § 265a SGB V geleistete finanzielle Hilfen durch Verträge nach § 265b SGB V entsprechend der individuellen Leistungsfähigkeit der Krankenkassen berücksichtigt werden.“

Artikel 1 (Änderung des fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 14

§ 265b SGB V (Freiwillige finanziellen Hilfen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Krankenkassen der gleichen Kassenart können die Gewährung finanzieller Hilfen vertraglich vereinbaren, um die Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit von Krankenkassen der selben Kassenart zu erhalten, Haftungsfälle durch Schließung und Insolvenz zu verhindern und die Verteilung der Belastung aus Versorgungsverpflichtungen im Haftungsfall eigenverantwortlich zu regeln. Die Verträge regeln Näheres zu Umfang, Finanzierung und Durchführung der finanziellen Hilfen und sind von den Aufsichtsbehörden der beteiligten Krankenkassen zu genehmigen.

B) Stellungnahme

Insbesondere aufgrund der wettbewerblichen Auswirkungen finanzieller Hilfen sind kassenartinterne freiwillige Hilfen auf vertraglicher Basis den kassenartenübergreifenden Hilfen unter im Wettbewerb stehenden Krankenkassen nach § 265a SGB V zwingend vorzuziehen. Die Vorrangigkeit der Regelungen des § 265b SGB V wird deshalb ausdrücklich begrüßt. Außerdem werden so Anreize für ein präventives Haftungsmanagement geschaffen.

Zu begrüßen ist zudem, dass von der durch Rechtsverordnung nach § 172b Abs. 2 SGB V festgelegten Verteilung der Lasten im Fall der Insolvenz abweichende Vereinbarungen getroffen werden können. Dies ermöglicht den Krankenkassen auf freiwilliger Basis eine Umverteilung der Kostenbelastung innerhalb des Haftungsverbundes vorzunehmen, die den aktuellen wirtschaftlichen Verhältnissen der betroffenen Krankenkassen und den gemeinsamen Zielsetzungen der Kassenart oder einer Gruppe von Krankenkassen stärker Rechnung trägt. Allerdings ist die Autonomie der Krankenkassen einer Kassenart, die Aufteilung anfallender Haftungsbeträge intern abweichend von der hoheitlichen Festsetzung zu regeln, nicht konsequent ausgestaltet. § 265b Abs. 1 Nr. 3 SGB V sieht diese Möglichkeit nur bezüglich der Aufteilung der im Insolvenzfall von der Kassenart zu tra-

genden Versorgungsverpflichtungen nach § 171d Abs. 1 Satz 3 SGB V durch die Rechtsverordnung gemäß § 171d Abs. 2 SGB V vor. Der Gesetzesbegründung ist hingegen zu entnehmen, dass diese Möglichkeit sowohl bezüglich des Haftungsfalls der Schließung (§ 155 SGB V) als auch demjenigen der Insolvenz generell (§ 171d SGB V) bestehen soll. Demgegenüber ist der derzeit vorgesehene Verweis auf § 171d Abs. 1 Satz 4 SGB V nach der Fassung des Gesetzentwurfes sachlich nicht korrekt, da die betroffene Kassenart vertraglich keine abweichende Verteilung der Haftung aller Krankenkassen regeln kann.

Ergänzend bedarf es aus Rechtsgründen und zur Sicherung des zeitnahen Liquiditätsflusses in dieser Vorschrift einer Normierung der entsprechenden Anwendbarkeit von § 60 SGB X (Unterwerfungserklärungen unter die sofortige Zwangsvollstreckung). Bei den Verträgen nach § 265b SGB V handelt es jedoch sich um kooperationsrechtliche Verträge. Die Vertragsparteien eines solchen Vertrages unterliegen in diesen Verträgen normalerweise nicht der sofortigen Vollstreckung (§ 60 Abs. 1 Satz 1 SGB X).

Für eine Anwendung des § 60 SGB X spricht unter anderem das bestehende Risiko, dass es innerhalb des vorrangigen § 265b SGB V mangels effektiver Durchsetzbarkeit zu einem Liquiditätsproblem kommen kann. Dies würde Abgrenzungsschwierigkeiten zu § 265a SGB V aufwerfen. § 265a SGB V seinerseits sieht bereits 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 SGB V ist demnach eine mindestens vergleichbar effektive Durchsetzung der kasseninternen Hilfen, die unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nur durch die entsprechende Anwendbarkeit des § 60 SGB X zu gewährleisten ist.

C) Änderungsvorschlag

§ 265b Absatz 1 Nr. 3 SGB V 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.“

In § 265b SGB V wird ein neuer Absatz 3 eingefügt:

„(3) Auf die Verträge nach Absatz 1 findet § 60 SGB X entsprechend Anwendung.“

Artikel 1 (Änderung des fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 15

§ 307a SGB V (Strafvorschriften)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Vorstände machen sich strafbar, wenn sie ihrer Anzeigepflicht nach § 171b Abs. 2 SGB V bei drohender Zahlungsunfähigkeit oder Überschuldung nicht nachkommen. Das Strafmaß reicht von einer Geldstrafe bis zu einer dreijährigen Freiheitsstrafe.

B) Stellungnahme

Es liegt kein erkennbarer Grund vor, der die strafrechtliche Verfolgung von Vorständen von Krankenkassen bereits bei drohender Zahlungsunfähigkeit plausibel macht. Dies ist selbst in den Regelungen zur Anzeigepflicht gemäß dem Versicherungsaufsichtsgesetz und dem Kreditwesengesetz nicht vorgesehen.

Die für die Bewertung über eine drohende Zahlungsunfähigkeit notwendige ständige Prüfung der langfristigen Finanzentwicklung durch den Vorstand erscheint nicht umsetzbar. Darüber hinaus könnte ein Vorstand nur dann die Zahlungsunfähigkeit anzeigen, ohne sich strafbar zu machen, wenn er vorher auch die drohende Zahlungsunfähigkeit angezeigt hat. Die vorgesehene strafrechtliche Verfolgung von Krankenkassen-vorständen bei drohender Zahlungsunfähigkeit ist deshalb zu streichen.

C) Änderungsvorschlag

Dem § 307a SGB V wird kein Absatz 4 angefügt.

Artikel 2 (Änderung des vierten Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 77 (Rechnungsabschluss, Jahresrechnung und Entlastung)

Nr. 2

§ 78 (Verordnungsermächtigung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung überträgt die in § 252 HGB dargestellten wesentlichen handelsrechtlichen Grundsätze ordnungsgemäßer Buchführung und Bilanzierung in sechs Punkten auf die Jahresrechnung der Krankenkassen, um die Transparenz in Bezug auf die tatsächliche finanzielle Situation zu verbessern. Dies soll den zuständigen Aufsichtsbehörden ermöglichen, aufgrund verbesserter Transparenz über die Finanzsituation der jeweiligen Krankenkasse frühzeitig eine drohende dauerhafte Leistungsunfähigkeit oder den Eintritt von Zahlungsunfähigkeit oder Überschuldung bei der Krankenkasse zu erkennen und zu verhindern. Eine Rechtsverordnung kann Bewertungsgrundsätze in diesem Kontext regeln.

B) Stellungnahme

Die rechtliche Verankerung der Anwendung der Grundsätze ordnungsgemäßer Buchführung und Bilanzierung bei der Jahresrechnung ist zu begrüßen. Fraglich bleibt, ob dadurch tatsächlich die Transparenz der finanziellen Situation einer Krankenkasse wesentlich erhöht wird, da die genannten Prinzipien in der Rechnungslegung der GKV bereits weitgehend berücksichtigt werden. Die Besonderheiten der GKV dürfen bei der Ausgestaltung der Anwendung – insbesondere in einer Übergangsphase – nicht unberücksichtigt bleiben. Es wird daher begrüßt, dass die Regelungen keine weitergehende, auf die GKV nicht passende Übertragung von HGB-Vorschriften vorsehen.

C) Änderungsvorschlag

Kein Änderungsvorschlag.



Artikel 2 (Änderung des vierten Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 79 (Geschäftsübersichten und Statistiken der Sozialversicherung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Ab dem 01.01.2009 sind die Meldungen der Krankenkassen zur amtlichen Statistik bereits maschinell verwertbar und geprüft weiterzuleiten. Der GKV-Spitzenverband legt die Einzelheiten des Prüfumfanges fest.

B) Stellungnahme

Die Regelung wird begrüßt. Es besteht die dringende Notwendigkeit der Umsetzung zum 01.01.2009, damit zwischenzeitlich keine zusätzlichen Personalressourcen zur Umsetzung eines personalintensiveren Erfassungs- und Prüfverfahrens aufgebaut werden müssen. Auch zukünftig kann der notwendige Verwaltungsaufwand durch eine maschinell verwertbare Weiterleitung erheblich reduziert bleiben. Die Berücksichtigung von durch den GKV-Spitzenverband festgelegten Prüfkriterien trägt zur Qualität der Meldung bei und vermindert ebenfalls den Folgeaufwand.

C) Änderungsvorschlag

Kein Änderungsvorschlag.

Artikel 2 (Änderung des vierten Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 111 (Bußgeldvorschriften)

Nr.5

§ 112 (Allgemeines über Bußgeldvorschriften)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Verstöße gegen wesentliche handelsrechtliche Bewertungsgrundsätze gemäß § 77 Abs. 1a SGB IV werden als Ordnungswidrigkeit durch Geldbußen sanktioniert.

B. Stellungnahme

Die Einführung eines Bußgeldes ist folgerichtig.

C. Änderungsvorschlag

Kein Änderungsvorschlag.

Artikel 3 (Änderung zum Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte -
KVLG)

Nr. 1

§ 17 KVLG (Träger der Versicherung, Aufsicht)

Nr. 2

§ 34 KVLG (Bundesverband, Wahrnehmung von Aufgaben der Landesverbände)

Nr. 3

§ 54 KVLG (Finanzausgleich für aufwändige Leistungsfälle)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich hierbei um eine Ausnahmeregelung hinsichtlich der Insolvenzfähigkeit für die Landwirtschaftlichen Krankenkassen mit der entsprechenden Folgerregelung für den Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung. Es wird klargestellt, dass die §§ 265a, 171f und 172 SGB V keine Anwendung für die Landwirtschaftlichen Krankenkassen finden. In der Satzung des Spitzenverbandes der landwirtschaftlichen Sozialversicherung kann ein Finanzausgleich für aufwändige Leistungsfälle vorgesehen werden.

B) Stellungnahme

Die Regelungen sind folgerichtig. Die Ausnahme der Landwirtschaftlichen Krankenkassen bei der Herstellung der Insolvenzfähigkeit von Krankenkassen ab dem 01.01.2010 ist sachgerecht, da sie einen Verwaltungsverbund mit der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft bilden. Darüber hinaus nehmen sie nicht am Gesundheitsfonds und nicht am Kassenwettbewerb teil.

C) Änderungsvorschlag

Kein Änderungsvorschlag.

Artikel 4 (Änderung des GKV-WSG)

§ 221 SGB V (Beteiligung des Bundes an Aufwendungen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht vor, dass die Landwirtschaftlichen Krankenkassen die Zuweisungen eines Anteils des Bundeszuschusses entsprechend ihrer Versicherten-zahlen direkt durch den Gesundheitsfonds erhalten.

B) Stellungnahme

Die Landwirtschaftlichen Krankenkassen nehmen wie alle Krankenkassen gesamtgesellschaftliche Aufgaben wahr. Da sie jedoch nicht an dem Gesundheitsfonds beteiligt sind, ist es somit folgerichtig, gesetzlich eine direkte Zuweisung ihres Anteils am Bundeszuschuss durch den Gesundheitsfonds vorzusehen.

C) Änderungsvorschlag

Kein Änderungsvorschlag.



Artikel 5 (Änderung zur Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung)

§ 12 SVRV (Rückstellungen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Auswirkungen der Einführung der wesentlichen handelsrechtlichen Bewertungsgrundsätze gemäß § 77 SGB IV werden als Folgeänderung in der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung in Bezug auf die Bildung von Altersvorsorgeverpflichtungen festgeschrieben.

B. Stellungnahme

Die Regelung ist folgerichtig.

C. Änderungsvorschlag

Kein Änderungsvorschlag.

Artikel 6 (Änderungen der Risikostrukturausgleichsverordnung)

Achter Abschnitt (Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich) ab 2009)

Nr. 1

§ 36 Abs. 1 RSA-V (Ermittlung der Höhe der Grundpauschale)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschrift enthält Vorgaben zur Ermittlung der Höhe der Grundpauschale. Ab 2009 erhalten die Krankenkassen als Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zur Deckung ihrer standardisierten Leistungsausgaben eine für alle Versicherten einheitliche Grundpauschale sowie alters-, geschlechts- und risikoadjustierte Zu- und Abschläge hierauf. Der Berechnung der Grundpauschale liegen die voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds zugrunde. Von diesen Einnahmen sind die für die Zuweisungen für sonstige Ausgaben vorgesehenen Einnahmen, die für den Aufbau der Liquiditätsreserve vorgesehenen Einnahmen und die dem Bundesversicherungsamt bei der Verwaltung des Fonds entstehenden Ausgaben in Abzug zu bringen. Die in Abzug zu bringenden Einnahmen bzw. Kosten dienen nicht der Deckung der standardisierten Leistungsausgaben der Krankenkassen und sind daher nicht der Grundpauschale zugrunde zu legen. Die so bereinigten Einnahmen des Fonds sind anschließend durch die Versichertenzahl aller Krankenkassen zu teilen, um die für alle Krankenkassen einheitliche Grundpauschale je Versicherten zu erhalten.

B) Stellungnahme

Grundlage für die Ermittlung der Grundpauschale sollten wegen der zuverlässigeren Kalkulierbarkeit nicht die jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds, sondern die voraussichtlichen standardisierten Leistungsausgaben der Krankenkassen nach § 266 Abs. 2 Satz 1 SGB V bilden. Eine Orientierung der Grundpauschale an den voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds würde die Berechnungen im monatlichen Abschlagsverfahren und im Schlussausgleich unnötig verkomplizieren. Die erforderliche Anpassung der Fondszuweisungen an die

voraussichtliche Höhe der Einnahmen des Gesundheitsfonds ist sachgerechter an anderer Stelle zu regeln.

Bei der Berechnung der Grundpauschale ist neben den bereits genannten Bereinigungspositionen zwingend eine weitere Bereinigung vorzunehmen. Da die vom GKV-Spitzenverband nach § 33 RSAV festzulegende DMP-Programmkostenpauschale medizinisch notwendige Aufwendungen ersetzt, die in den Leistungsausgaben der Krankenkassen verbucht sind, sind die standardisierten Leistungsausgaben um die in der DMP-Pauschale bereits berücksichtigten Beträge zu bereinigen. Ansonsten erfolgte für in DMP-Programme eingeschriebene Versicherte eine doppelte Ausschüttung der Dokumentationskosten und ähnlicher arztbezogener Aufwendungen aus der Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137g SGB V.

C) Änderungsvorschlag

Grundlage für die Ermittlung der Grundpauschale bilden die voraussichtlichen standardisierten Leistungsausgaben der Krankenkassen nach § 266 Abs. 2 Satz 1 SGB V, bereinigt um den auf diese Leistungsausgaben entfallenden Anteil der DMP-Programmkostenpauschale nach § 38 RSAV n. F.

Artikel 6 (Änderungen der Risikostrukturausgleichsverordnung)

Achter Abschnitt (Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich) ab 2009)

Nr. 1

§ 36 Absatz 2 RSA-V (Ermittlung der Höhe der Grundpauschale)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Grundpauschale wird im Voraus für ein Kalenderjahr auf der Grundlage der voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds festgelegt. Eine unterjährige Anpassung der Grundpauschale erfolgt nicht, der Gesundheitsfonds hat unterjährige Einnahmeschwankungen aus der Liquiditätsreserve, durch ein Vorziehen des monatlichen Bundeszuschusses oder der Inanspruchnahme eines Liquiditätsdarlehens des Bundes auszugleichen. Entsprechend werden unerwartete Überschüsse der Liquiditätsreserve zugeführt.

B) Stellungnahme

Der Begriff „Kalenderjahr“ kann im RSA-Verfahren zu Missverständnissen führen. In der beabsichtigten Regelung sollte daher der gebräuchlichere Begriff „Ausgleichsjahr“ verwendet werden.

Darüber hinaus sollte in der Vorschrift präzisiert werden, dass die der Beitragsatzfestlegung nach den §§ 241 und 243 SGB V zugrunde liegende Prognose des GKV-Schätzerkreises auf die Ausgabenprognose abstellt.

C) Änderungsvorschlag

Der Begriff „Kalenderjahr“ wird durch „Ausgleichsjahr“ ersetzt.

Es wird präzisiert, dass das Bundesversicherungsamt bei der Feststellung der Grundpauschale auf die Ausgabenprognose des GKV-Schätzerkreises abzustellen hat.

Artikel 6 (Änderungen der Risikostrukturausgleichsverordnung)

Achter Abschnitt (Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich) ab 2009)

Nr. 1

§ 36 Absatz 3 RSA-V (Ermittlung der Höhe der Grundpauschale)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Höhe der vom Bundesversicherungsamt ermittelten Grundpauschale ist nach § 15 RSAV bekannt zu geben. Die Krankenkassen haben sicher zu stellen, dass die Grundpauschale ihren Versicherten in geeigneter Form bis zum festgelegten jährlichen Stichtag bekannt gegeben wird.

B) Stellungnahme

Das Bundesversicherungsamt gibt die vorläufig ermittelte Höhe der Zuweisungen den Krankenkassen jährlich bis zum 15.11. bekannt. Der Haushaltsplan ist allerdings gemäß § 70 Abs. 5 SGB IV für alle Träger der Kranken- und Pflegeversicherung spätestens am 01.11. eines jeden Jahres ihrer Aufsichtsbehörde vorzulegen. Zu diesem Zeitpunkt liegen die Zuweisungen allerdings noch nicht vor. Daher ist es erforderlich die beiden genannten Terminvorgaben auf einander abzustimmen.

Mit der Höhe der vom Bundesversicherungsamt ermittelten Grundpauschale sollten die für den RSA erforderlichen Werte nach § 266 Abs. 5 SGB V, also inklusive der alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschläge, bekanntgemacht werden, da die Bekanntgabe der Grundpauschale allein nicht ausreicht, um die Mittelzuweisungen aus dem Gesundheitsfonds im Rahmen der Haushaltsplanung der Krankenkassen zu prognostizieren.

Es sollte den Krankenkassen überlassen werden, in welcher Detailtiefe sie diese Informationen ihren Versicherten zur Verfügung stellen. Da es sich bei diesem Wert um die Höhe der GKV-durchschnittlichen berücksichtigungsfähigen Leis-

tungsausgaben – 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

Das BVA wird verpflichtet, neben der Höhe der Grundpauschale auch die Höhe der alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschläge bekanntzumachen.

Es wird den Krankenkassen freigestellt, inwieweit sie ihre Versicherten die vom BVA festgesetzte Grundpauschale mitteilen. Die entsprechende gesetzliche Pflicht wird gestrichen.

Der Termin zur Veröffentlichung der vorläufig ermittelten Höhe der Zuweisungen der Krankenkassen durch das BVA und der Termin zur Vorlegung des Haushaltsplanes für alle Träger der Kranken- und Pflegeversicherungen müssen zeitlich auf einander abgestimmt werden.

Artikel 6 (Änderungen der Risikostrukturausgleichsverordnung)

Achter Abschnitt (Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich) ab 2009)

Nr. 1

§ 37 Abs. 1 Nr. 1. RSA-V (Zuweisungen für sonstige Ausgaben)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen erhalten aus dem Gesundheitsfonds ab 2009 auch Zuweisungen zur Deckung ihrer Satzungs- und Mehrleistungen sowie ihrer Verwaltungskosten. Maßgebend für die Höhe der Zuweisungen sind nicht die tatsächlich entstandenen Ausgaben, sondern die standardisierten Ausgaben. Hierdurch wird vermieden, dass überproportionale Ausgabensteigerungen einzelner Krankenkassen in den genannten Bereichen für diese Krankenkassen zu höheren Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds führen.

Die Regelung im Speziellen enthält Vorgaben zur Abgrenzung und zum Verfahren der Standardisierung der Verwaltungsausgaben der Krankenkassen sowie die Kriterien der Zuweisung der Mittel an die Krankenkassen zur Deckung dieser Ausgaben. Von den Verwaltungsausgaben der Krankenkassen werden die Erstattungen in Abzug gebracht; dazu zählen insbesondere die Erstattungen von anderen Krankenkassen, die Erstattungen von der Pflegeversicherung, die Erstattungen von Trägern der allgemeinen Rentenversicherung sowie die Erstattungen von der Bundesagentur für Arbeit. Diese Vorgehensweise entspricht dem im Risikostrukturausgleich bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben praktizierten Verfahren (vgl. § 266 Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 SGB V).

B) Stellungnahme

Die Kriterien für die Zuweisungen zur Deckung der Verwaltungsausgaben der Krankenkassen müssen berücksichtigen, dass erhebliche Teile des Verwaltungshandelns und des Verwaltungsaufwandes der Krankenkassen in unmittelbarem

Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen stehen. Daher hat eine adäquate Aufteilung der standardisierten Verwaltungskosten nach der Höhe der Grundpauschalen und der alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschläge für die Versicherten einer Krankenkasse auf der einen Seite und nach der Zahl ihrer Versicherten auf der anderen Seite für alle Krankenkassen zu erfolgen. Eine Überkompensation ist dabei auszuschließen.

Ähnlich wie bei den standardisierten Leistungsausgaben (vgl. Stellungnahme zu § 36 Abs. 1) muss aufgrund der Zuweisung einer vom GKV-Spitzenverband nach § 33 festzulegenden DMP-Programmkostenpauschale eine Bereinigung auch bei den Verwaltungskosten vorgenommen werden. In der DMP-Programmkostenpauschale sind auch Aufwendungen z.B. für Akkreditierung, Evaluation, Qualitätssicherung, Datenmanagement etc. enthalten, die zur Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137g SGB V erforderlich sind. Diese sind in den Jahresrechnungen der Krankenkassen unter Verwaltungskosten verbucht. Zur Ermittlung der standardisierten Verwaltungskosten bedarf es einer entsprechenden Bereinigung, damit diese Aufwendungen nicht doppelt zugewiesen werden.

C) Änderungsvorschlag

Von den standardisierten Verwaltungskosten sind die auf die Verwaltungskosten entfallenden Anteile der DMP-Programmkostenpauschale abzuziehen.

Artikel 6 (Änderungen der Risikostrukturausgleichsverordnung)

Achter Abschnitt (Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich) ab 2009)

Nr. 1

§ 37 Abs. 5 RSA-V (Zuweisungen für sonstige Ausgaben)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die vorläufig ermittelte Höhe der Zuweisungen im Sinne des § 266 Abs. 1 Satz 1 SGB V sowie die Versicherungszeiten aller Krankenkassen werden vom Bundesversicherungsamt bereits im Vorjahr nach § 15 RSAV bekannt gegeben, damit die Krankenkassen diese Werte bei ihrer Haushaltsplanung berücksichtigen können.

B) Stellungnahme

Auch die Höhe der vom GKV-Spitzenverband festgelegten DMP-Programmkostenpauschale sollte vom Bundesversicherungsamt bekanntgegeben werden, damit alle für die Haushaltsplanung der Krankenkassen relevanten Größen zur Prognose der Fondszuweisungen gleichzeitig und aus einheitlicher Quelle zur Verfügung stehen.

C) Änderungsvorschlag

Das Bundesversicherungsamt gibt die Höhe der DMP-Programmkostenpauschale nach Mitteilung durch den GKV-Spitzenverband jährlich in geeigneter Form bekannt.

Artikel 6 (Änderungen der Risikostrukturausgleichsverordnung)

Achter Abschnitt (Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich) ab 2009)

Nr. 3

§ 39 RSA-V (Durchführung des Zahlungsverkehrs und Kostentragung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 1 Satz 1 bestimmt, dass das Bundesversicherungsamt für die Ermittlung der Höhe der Zuweisungen und die Durchführung des Zahlungsverkehrs zuständig ist. Absatz 1 Satz 2 sieht vor, dass das Nähere zum Zuweisungsverfahren per Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates festgelegt wird.

Absatz 2 bestimmt, dass bis zum Inkrafttreten der Verordnung nach Absatz 1 das Bundesversicherungsamt das Nähere zum monatlichen Verfahren einschließlich der Termine für die Zuweisungen der Mittel an die Krankenkassen für das Startjahr des Gesundheitsfonds nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes festlegt.

Absatz 3 stellt klar, dass die Verwaltungsausgaben des Gesundheitsfonds inklusive der Durchführung des RSA aus den Einnahmen des Fonds bestritten werden.

B) Stellungnahme

Es sollte geregelt werden, dass sich die Auszahltermine der Zuweisungen an den monatlichen Hauptfälligkeitzeitpunkten der Beiträge und Steuermittel orientieren. Dies wären insbesondere der erste Bankarbeitstag im Monat für die Beteiligung des Bundes (§ 221 Satz 3 SGB V), der Achte eines Monats für die Abschlagszahlung durch die Deutsche Rentenversicherung Bund in Höhe von 300 Mio. Euro (§ 255 Abs. 3 Satz 3 SGB V) und für Beiträge aus Sozialleistungen (§ 23 Abs. 2 Satz 1 SGB IV), der 15. eines Monats für sonstige Beiträge einschließlich der Beiträge der Künstlersozialkasse (§ 23 Abs. 1 Satz 4 SGB IV), der drittletzte Bankarbeitstag für Beiträge aus Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen (§

23 Abs. 1 Satz 2 SGB IV) sowie der letzte Tag des Monats für Beiträge aus Renten durch die Deutsche Rentenversicherung Bund (§ 255 Abs. 3 Satz 1 und 2 SGB V). Darüber hinaus ist die Höhe der monatlichen Zuweisungen an Veränderungen der Versichertenzahlen und der Versichertenstrukturen anzupassen, um den unterschiedlichen Mitgliederentwicklungen von Krankenkassen im Wettbewerb im Rahmen des monatlichen Abschlagsverfahrens Rechnung zu tragen. Im Interesse einer möglichst zeitnahen Berücksichtigung von Veränderungen auch in der Versichertenstruktur sind - wie bislang - zweimal im Jahr Zwischenausgleiche durchzuführen. Dadurch sinkt der im Schlussausgleich bei der Spitzabrechnung des jeweiligen Ausgleichsjahres entstehende Korrekturbedarf gegenüber den Zuweisungen aus dem Abschlagsverfahren.

Um Klarheit für alle Krankenkassen zu schaffen, sollte die Rechtsverordnung so rechtzeitig verabschiedet werden, dass die Krankenkassen vor dem 01.01.2009 über Zahlungswege, Termine usw. verlässlich informiert sind. Auch das BVA benötigt für die Durchführung einen klaren rechtlichen Rahmen. Dazu gehören zudem Richtlinien für die Anpassung der monatlichen Zuweisungen an die Versichertenentwicklung bei den einzelnen Krankenkassen und in der GKV insgesamt. Die im Gesetzentwurf vorgesehene Festlegung, dass die Verwaltungskosten des Gesundheitsfonds aus den Einnahmen des Gesundheitsfonds bestritten werden, wird nicht befürwortet. Diese Kosten sollten vielmehr aus dem Haushalt des BVA bestritten werden.

C) Änderungsvorschlag

In der RSAV wird festgelegt, dass die Auszahlung der Zuweisungen mindestens an den Hauptfälligkeitzeitpunkten der Beiträge und Bundesmittel stattfindet. Die Höhe der monatlichen Zuweisungen ist an die aktuellen Veränderungen der Versichertenzahlen und der Versichertenstrukturen anzupassen.

Die Verwaltungskosten des Gesundheitsfonds werden aus dem Haushalt des BVA bestritten. Dabei ist sicherzustellen, dass hierfür keine Einnahmen des Gesundheitsfonds verwendet werden.

Weiterer Änderungsbedarf in der RSA-V:

Es sind Regelungen für die Durchführung des Schlussausgleichs zu treffen. Der Schlussausgleich ist auf der Grundlage der in den Rechnungsergebnissen der Krankenkassen ausgewiesenen Beträge durchzuführen. Hierbei sind neben der Grundpauschale, den alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschlägen, auch die Zuweisungen für sonstige Ausgaben und für Verwaltungskosten (bereinigt um die vom GKV-Spitzenverband festgelegte DMP-Pauschale) neu zu berechnen. Der Weg zur Ermittlung der jeweiligen Werte ist zu konkretisieren. Da eine Abrechnung der RSA-Forderungen und -Verbindlichkeiten an einem Zahltag die finanziellen Möglichkeiten einer zahlungsverpflichteten Krankenkasse unter Gesundheitsfondsbedingungen übersteigen kann, ist zur Vermeidung von abrechnungsbedingten Insolvenzen eine zeitliche Streckung der Abrechnung empfehlenswert. Entsprechend sollten die Zahlungen an den Gesundheitsfonds auf Antrag beim Bundesversicherungsamt (Einzelfallverfahren) zu Lasten der Liquiditätsreserve gestreckt werden können, wenn nachweislich eine Zahlungsunfähigkeit droht.

Da es nach 2009 im Gesundheitsfonds zu Unterdeckungen (ggf. auch Überdeckungen) kommen wird, ist eine Regelung zu treffen, wie die Zuweisungen den nicht zur Deckung der Ausgaben ausreichenden Einnahmen des Fonds angepasst werden.

Artikel 7 (Inkrafttreten)

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Artikel 7 wird das Inkrafttreten des Gesetzes geregelt.

B) Stellungnahme

Die Aufhebung der Haftung der Länder nach § 171c SGB V erfolgt hiernach bereits mit dem 01.01.2009. Die Einführung der Insolvenzfähigkeit aller Krankenkassen mit den entsprechenden Haftungsvorgaben wird jedoch erst ab dem 01.01.2010 in Kraft gesetzt. Hierdurch wird ein offenes Haftungs- und Regelungsdelta im Jahr 2009 geschaffen (vgl. hierzu oben ausgeführte Stellungnahme zu § 171c und d SGB V)

C) Änderungsvorschlag

Es ist ein nahtloses, zeitliches Ineinandergreifen beider Regelungen der Enthaltung der Länder auf der einen Seite und die Einführung der neuen Insolvenz- und Haftungsregelungen auf der anderen Seite sicherzustellen.