



dbb
beamtenbund
und tarifunion

Stellungnahme

des dbb beamtenbund und tarifunion

zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) vom 16. Juni 2008

BT-Drs. 16/9559

Berlin, den 9. September 2008



Die mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) verfolgte Intention, das deutsche Gesundheitssystem mit mehr Effizienz und Wettbewerb zukunftsfest zu machen, wird mit dem vorliegenden Gesetzentwurf zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) fortgeführt.

Zu Artikel 1: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Die zur Zeit bestehende rechtliche Ungleichbehandlung von bundes- und landesunmittelbaren Krankenkassen hinsichtlich ihrer Insolvenzfähigkeit soll behoben werden. Bisher war eine Insolvenzfähigkeit der landesunmittelbaren Krankenkassen nicht gesetzlich vorgesehen. Diese finanzielle Ungleichbehandlung zwischen landes- und bundesunmittelbaren Krankenkassen führte bis dato zu Wettbewerbsverzerrungen, die nun im Sinne eines fairen Wettbewerbs der Kassen untereinander aufgehoben werden sollen. Dies ist aus Sicht des dbb nicht zu beanstanden. Einheitliche Wettbewerbsbedingungen würden jedoch ebenso geschaffen, würden die bisher bereits insolvenzfähigen bundesunmittelbaren Kassen für insolvenzunfähig erklärt. Somit wären dann alle Krankenkassen vom Geltungsbereich der Insolvenzordnung ausgeschlossen. Diese Verfahrensweise wäre aus Sicht des dbb zu präferieren. Bei der Umsetzung der im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelung ist in jedem Fall dafür Sorge zu tragen, dass diese im Falle einer Insolvenz nicht zu Lasten der Beschäftigten oder einzelner Gruppen von Versicherten gehen. Der dbb legt hier besonderen Wert darauf, dass das Risiko des Arbeitsplatzverlustes für den Fall einer Insolvenz unbedingt vermieden werden muss.

Vor diesem Hintergrund sieht der dbb auch die Ergänzung des § 164 SGB V kritisch, die bei der Auflösung bzw. Schließung einer Krankenkasse lediglich die quantitative Aussage trifft, dass eine entsprechende Anzahl von (DO-)Stellungen angeboten werden muss (entsprechend der Zahl der weggefallenen Stellen). Es fehlt hier an einer Regelung, die auf die Qualifikationen der betroffenen Beschäftigten abstellt.



Desweiteren sieht der § 164 SGB V lediglich die bundesweite Bereitstellung entsprechender Stellen vor. Dies könnte für die Betroffenen bedeuten, dass sie die Stelle nur bei entsprechender Wohnortverlagerung annehmen könnten. Gerade die landesunmittelbar Beschäftigten konnten bisher jedoch davon ausgehen, nur innerhalb des entsprechenden Landes versetzt oder abgeordnet zu werden. Diese Schlechterstellung könnte verhindert werden, würde man den Betroffenen einen Anspruch auf Weiterbeschäftigung bei einem Landesverband oder einer Krankenkasse ihrer Wahl einräumen. Eventuell daraus erwachsende finanzielle Nachteile für einzelne Kassen könnten durch einen Ausgleichsanspruch gegenüber allen anderen Kassen - vergleichbar § 213 SGB V - vermieden werden.

Während in allen anderen sozialen Sicherungssystemen eine Staatsgarantie (Unfallversicherung) bzw. Liquiditätshaftung des Staates (Arbeitslosen- und Rentenversicherung) installiert ist, ist im System der Krankenversicherung keine Bundes- oder Landesgarantie gegeben. Die bisherige dreistufige Haftung von Arbeitgeber (bei nicht geöffneten Betriebskrankenkassen), Landesverband und Bundesverband im Falle der nicht mehr dauerhaft gewährleisteten Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse, soll im § 155 SGB V neu geregelt worden. Nach dem Arbeitgeber haften nun nicht nur die Krankenkassen der jeweiligen Art. Vielmehr wird § 155 Abs. 4 SGB V um eine kassenartübergreifende Haftungsregelung ergänzt. Dies ist aus Sicht des dbb vor dem Hintergrund eines fairen Wettbewerbs und der Tatsache gerechtfertigt, dass sich die Versicherten bei einer Schließung ebenfalls verteilen werden. Der Spitzenverband Bund bestimmt die explizite Lastenverteilung.

Der dbb bedauert jedoch, dass eine nachrangige Staatshaftung nicht vorgesehen ist, bedeutet doch die Herausnahme der Krankenversicherung aus jeglicher staatlichen Haftung eine Benachteiligung dieses wichtigen Sozialversicherungszweiges. Der Bestand der Träger ist durch die vom Gesetzgeber 1993 mit dem Gesundheitsstrukturgesetz eingeführte wettbewerbliche Ordnung wesentlich stärker gefährdet als in den übrigen Bereichen der sozialen Sicherung, in denen die Organisation der Versicherungsträger weitgehend vom Gesetzgeber allein geregelt wird. Aus diesem Grund plädiert der dbb für eine zumindest subsidiäre Haftung des Staates. Eine entsprechende Regelung könnte an die Norm des § 120 SGB VII zur gesetzlichen Un-



fallversicherung angelehnt sein. Für die bundesunmittelbaren Krankenversicherungsträger könnte eine Haftung beim Bund, für die landesunmittelbaren beim jeweiligen Land vorgesehen werden. Da eine Schließung nur durch die jeweilige Aufsichtsbehörde des Bundes oder Landes erfolgen kann, besteht für diese genügend Zeit, im Falle einer sich abzeichnenden Zahlungsunfähigkeit rechtzeitig von ihrer Kontrollfunktion Gebrauch zu machen und entsprechend präventiv tätig zu werden.

Ablehnend steht der dbb der Neuformulierung des § 155 Abs.4 Satz 9 SGB V gegenüber. Die bisherige Formulierung im Referentenentwurf „§ 164 Abs. 2 bis 4 SGB V gilt entsprechend“ wird nun eingeschränkt hinsichtlich des Zusatzes „mit der Maßgabe, dass § 164 Abs. 3 Satz 3 SGB V nur für Beschäftigte gilt, deren Arbeitsverhältnis nicht durch ordentliche Kündigung beendet werden kann“. Als Folge dieser Einschränkung wären beispielsweise viele jüngere Beschäftigte der Betriebskrankenkassen von der Arbeitslosigkeit im Insolvenzfall bedroht. Brisant wäre die Neuregelung auch hinsichtlich der AOKen. Im Schließungsfall wäre völlig unklar, welche Regelung gelten soll. Im maßgebenden § 146a SGB V wird sowohl auf den § 155 SGB V als auch auf den § 164 Abs. 2 bis 5 SGB V verwiesen. Vor dem Hintergrund dieser rechtlichen Unklarheiten fordert der dbb, die ursprüngliche Regelung aus dem Referentenentwurf beizubehalten.

Die bereits im Rahmen des GKV-WSG mit dem § 171b SGB V eingeführte Pflicht zur Schaffung eines Deckungskapitals zur Absicherung von Verpflichtungen aus Versorgungszusagen wird mit dem im Gesetzentwurf neu vorgesehenen § 171e SGB V konkretisiert. Der dbb begrüßt die Pflicht zum Aufbau eines diesbezüglichen Kapitalstocks ausdrücklich, dient diese Regelung doch der nachhaltigen Stabilisierung des Gesundheitssystems. Da die hieraus resultierenden Zusatzbelastungen unter Umständen durchaus beitragsrelevant sein können (dies wurde bereits folgerichtig im Referentenentwurf mit dem Hinweis der Nicht-Quantifizierbarkeit angemerkt), begrüßt der dbb, dass die Ansparphase mit einer vorgesehenen Zeitspanne bis Ende 2049 bewusst lange gewählt wird. So werden die finanziellen Zusatzlasten der Kassen auf ein Minimum begrenzt. Der dbb begrüßt weiterhin, dass in Absatz 1 ausdrücklich auch die Beihilfeverpflichtungen eingeschlossen werden.



Der ursprünglich im Referentenentwurf vorgesehene Passus der Gewährung finanzieller Hilfen im Fall einer besonderen Notlage einer Kasse wurde im Gesetzentwurf gestrichen. Nunmehr ist die Gewährung finanzieller Hilfen beschränkt auf die Unterstützung bei Vereinigung von Krankenkassen zur Abwendung von Haftungsrisiken. Diese Neuregelung des § 265a SGB V im Vergleich zum Referentenentwurf lehnt der dbb strikt ab. Bevor es zu Fusionen von Krankenkassen kommt, sollte immer erst geprüft werden, ob die Notlage einer Kasse nicht mittels Hilfen abgewendet werden kann. Durch die Neuregelung des § 265b SGB V ist jedoch die Gewährung von finanziellen Hilfen an zuvor innerhalb der jeweiligen Kassenart freiwillig abgeschlossene Verträge über gegenseitige Hilfen gebunden. Der dbb hegt allerdings arge Zweifel, ob derartige Verträge in einem ausreichenden Maße zu Stande kommen. Der von der Politik geforderte und geförderte Wettbewerb der Krankenkassen untereinander dürfte die Tendenz zum Abschluss derartiger Verträge eher hemmen denn erleichtern.

Zu Artikel 6: Änderungen der Risikostrukturausgleichsverordnung

Der dbb sieht das Standardisierungsverfahren in § 37 Abs. 1 RSAV als noch zu unausgereift an. Die Festlegung der Prozentwerte für die Zuweisungen zur Deckung der Verwaltungskosten orientiert sich lediglich an der Zahl und Struktur der Versicherten. Die Verwaltungsausgaben einer Krankenkasse hängen jedoch von weiteren Faktoren ab, beispielsweise der Filialdichte, etc. Derartige Einflüsse bleiben jedoch bei der Ermittlung der Prozentwerte gemäß § 37 Abs. 1 Satz 2 RSAV unberücksichtigt. Der dbb befürchtet in Folge dieser Regelung eine Verschlechterung der Betreuungsqualität der Versicherten. Es ist aus Sicht des dbb zwar positiv zu bewerten, dass die entsprechenden Prozentwerte zunächst nur für zwei Jahre festgelegt werden, um anschließend auf Basis der gesammelten Erfahrungen neu definiert zu werden. Dies ändert allerdings nichts an den Mängeln des im Gesetzentwurf vorgesehenen Standardisierungsverfahrens. Aus diesem Grund fordert der dbb eine Ergänzung bzw. Überarbeitung der Regelungen des § 37 Abs. 1 RSAV.