

Unterrichtung

durch die Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) – Drucksache 16/9559 –

Stellungnahme des Bundesrates und Gegenäußerung der Bundesregierung

Stellungnahme des Bundesrates

Der Bundesrat hat in seiner 846. Sitzung am 4. Juli 2008 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Abs. 2 des Grundgesetzes wie folgt Stellung zu nehmen:

1. Zur Eingangsformel

In der Eingangsformel sind nach dem Wort „hat“ die Wörter „mit Zustimmung des Bundesrates“ einzufügen.

Begründung

Das Gesetz bedarf der Zustimmung des Bundesrates.

Die beabsichtigten Regelungen begründen weitreichende organisatorische Veränderungen bei den landesunmittelbaren Krankenkassen, sehen die Einbeziehung der Aufsichtsbehörde in das Insolvenzverfahren vor und berühren die fiskalischen Interessen der Länder in erheblichem Maße. Bereits die Entschlüsse des Deutschen Bundestages und des Bundesrates zum GKV-WSG fordern ausdrücklich, dass das in § 171b SGB V vorgesehene Gesetz zur näheren Regelung der Insolvenzfähigkeit der Zustimmung des Bundesrates bedarf (vgl. hierzu Bundestagsdrucksache 16/4220 Abschnitt II Nr. 8 und Bundesratsdrucksache 75/07 (Beschluss) Abschnitt II Nr. 13). Aus diesen Entschlüssen ist eindeutig ersichtlich, dass bei der Umsetzung des § 171b SGB V von der zwingenden Mitwirkung der Länder ausgegangen wurde und dies auch der damaligen Zustimmung zum Gesundheitsfonds wegen der massiven Länderbetroffenheit zugrunde gelegt wurde.

Die Formulierung des GKV-OrgWG als zustimmungsfreies Gesetz steht in Widerspruch zu Artikel 84 Abs. 1 Satz 6 des Grundgesetzes (GG), wonach die Zustimmung des Bundesrates immer dann erforderlich wird, wenn bundeseinheitliche Regelungen des Verwaltungs-

verfahrens ohne Abweichungsmöglichkeit durch die Länder geschaffen werden sollen. Die Aufhebung der Ermächtigung der Länder, landesunmittelbare Krankenversicherungsträger und deren Verbände nach § 12 Abs. 1 Nr. 2 der Insolvenzordnung (InsO) durch Landesrecht für insolvenz(verfahrens)unfähig zu erklären, bewirkt, dass die derzeit hierzu geltenden Rechtsvorschriften in den einschlägigen Ausführungsgesetzen der Länder zur InsO insoweit kraft Verfassungsrechts gebrochen (Artikel 31 GG) und inhaltsgleiche Landesvorschriften in diesem Bereich für die landesmittelbare Verwaltung künftig nicht mehr erlassen werden können.

Von der bundesgesetzlichen Regelung des § 171b Abs. 1 SGB V zur generellen Herstellung der Insolvenzfähigkeit aller Krankenkassen können die Länder daher nicht mehr abweichen, da die besondere Ermächtigung des § 12 Abs. 1 Nr. 2 InsO in Verbindung mit § 171b Abs. 1 SGB V, entgegenstehendes Landesrecht im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung zu schaffen, nach Inkrafttreten des GKV-OrgWG insoweit erlischt. Gleichzeitig hat der Bund damit in diesem Punkt von seiner Gesetzgebungszuständigkeit durch ausdrückliche und insoweit erschöpfende bundesgesetzliche Regelung Gebrauch gemacht und dadurch die inhaltliche Sperrwirkung des Artikels 72 Abs. 1 GG für den Landesgesetzgeber ausgelöst (vgl. u. a. Schmidt-Bleibtreu, Kommentar zum Grundgesetz, 11. Auflage, 2008, Artikel 72 GG, Rn. 22a).

2. Zu Artikel 1 Nr. 01 – neu – (§ 6 Abs. 3 Satz 1 SGB V) Artikel 7 Abs. 2 (Inkrafttreten)

In Artikel 1 ist der Nummer 1 folgende Nummer 01 voranzustellen:

„01. In § 6 Abs. 3 Satz 1 wird die Zahl „12“ durch die Zahl „13“ ersetzt.“

Als Folge ist

in Artikel 7 Abs. 2 die Angabe „Nr. 1“ durch die Angabe „Nr. 01“ zu ersetzen.

Begründung

Der mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) eingeführte § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V wird in der Anwendungspraxis teilweise so verstanden, dass aus dieser Vorschrift für Beamte unter bestimmten Voraussetzungen eine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung folgen könne. So enthalten der Leitfaden der privaten Krankenversicherung zum Standardtarif ab dem 1. Juli 2007 und das gemeinsame Rundschreiben der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 20. März 2007 die Darstellung, bisher nicht privat oder freiwillig gesetzlich krankenversicherte Beamte, die zuletzt gesetzlich krankenversichert waren, seien nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchstabe a SGB V versicherungspflichtig. Hiervon betroffen sind Beamte oder Hinterbliebene, die für den von der Beihilfe nicht abgedeckten Teil ihrer Krankheitskosten keine Versicherung abgeschlossen haben. Davon erfasst werden auch Personen, die eine entsprechende Versicherung nicht abschließen (können), weil die privaten Krankenversicherungen den Abschluss eines Versicherungsvertrages wegen gesundheitlicher Beeinträchtigungen ablehnen.

Beihilfeberechtigte sind jedoch nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 SGB V versicherungsfrei. Mit der Beihilfeberechtigung hat dieser Personenkreis auch einen „anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall“ im Sinne von § 5 Abs. 1 SGB V. Dieses Tatbestandsmerkmal fordert einen anderweitigen, nicht aber auch notwendig vollständig gleichen oder gleichwertigen Anspruch. Eine Auslegung, derzufolge Beihilfeberechtigte versicherungspflichtig werden können, steht auch zu § 12 Abs. 1b des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) in Widerspruch. Sinn dieser Regelung ist es, einen lückenlosen Gesundheitsschutz für alle Bürger zu erreichen. Für die hier betroffenen Beamten mit Beihilfeanspruch aber ohne ergänzende private Krankenversicherung ist der Lückenschluss problemlos und systemkonform durch eine prozentuale Versicherung nach dem Basistarif möglich. Es entspricht der gesetzgeberischen Intention, Beamte mit Beihilfeberechtigung dem Rechtskreis der privaten Krankenversicherung zuzuordnen.

Zur Richtigstellung der Auslegung durch die private Krankenversicherung sowie die Spitzenverbände der Krankenkassen ist im Interesse der betroffenen beihilfeberechtigten Beamten eine gesetzgeberische Klarstellung geboten.

3. Zu Artikel 1 Nr. 1 (§ 26 Abs. 3 Satz 2 SGB V)

In Artikel 1 Nr. 1 ist § 26 Abs. 3 Satz 2 wie folgt zu fassen:

„Zur Umsetzung der Regelung des Satzes 1 schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen mit den Stellen der Länder nach Satz 1 gemeinsame Rahmenvereinbarungen, insbesondere über durchzuführende Maßnahmen, Finanzierung und Evaluation.“

Begründung

Die Auflistung erforderlicher Regelungsinhalte in der Rahmenvereinbarung verdeutlicht die Zielsetzung des Anliegens.

4. Zu Artikel 1 Nr. 1a – neu – (§ 87b Abs. 3 Satz 2 Nr. 1 und Abs. 4 Satz 1 SGB V)

In Artikel 1 ist nach Nummer 1 folgende Nummer 1a einzufügen:

1a. § 87b wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 3 Satz 2 Nr. 1 werden nach dem Wort „morbiditybedingten“ die Wörter „, in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Vergütungsanteil zu trennenden“ eingefügt.
- b) Absatz 4 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Der Bewertungsausschuss bestimmt erstmalig bis zum 31. August 2008

 1. das Verfahren zur Festlegung der Vergütungsanteile für die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung. Bei der erstmaligen Bestimmung der Vergütungsanteile für die hausärztliche Versorgung ist der auf die hausärztliche Versorgung entfallende Anteil an der Gesamtheit des im Jahr 2007 in einer Kassenärztlichen Vereinigung abgerechneten Vergütungsvolumens zugrunde zu legen; die Auswirkungen des zum 1. Januar 2008 in Kraft getretenen Einheitlichen Bewertungsmaßstabes auf die Bewertung der hausärztlichen Leistungen, die der Bewertungsausschuss bei seinem diesbezüglichen Beschluss zugrunde gelegt hat, und mögliche Auswirkungen des Abschlusses von Verträgen nach den §§ 73b und 73c sind zu berücksichtigen. Die erstmalige Bestimmung erfolgt für den Zeitraum vom 1. Januar 2009 bis zum 31. Dezember 2013;
 2. das Verfahren zur Berechnung und zur Anpassung der Regelleistungsvolumina nach den Absätzen 2 und 3 sowie
 3. Art und Umfang, das Verfahren und den Zeitpunkt der Übermittlung der dafür erforderlichen Daten.“

Begründung

Zu Buchstabe a

Ab 1. Januar 2009 gelten für die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen von § 85 SGB V abweichende Regelungen. Damit ist auch die in § 85 Abs. 4a SGB V vorgesehene Trennung der Gesamtvergütung in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Teil nicht mehr vorgesehen.

Da künftig in der hausärztlichen Vergütung in stärkerem Maße als in der fachärztlichen Vergütung auf ein Pauschalssystem abgestellt wird, drohen ungerechtfertigte Verwerfungen zwischen den beiden Versorgungsbereichen. Daher soll die bisher geltende Trennung fortgeschrieben werden.

Zu Buchstabe b

Die Regelung schreibt fest, welche Vorgaben der Bewertungsausschuss bei der erstmaligen Bestimmung des Verfahrens zur Festlegung der haus- und der fachärztlichen Vergütungsanteile zu beachten hat.

5. Zu Artikel 1 Nr. 1b – neu – (§ 95 Abs. 7 Satz 3 bis 9 SGB V)

In Artikel 1 ist nach Nummer 1a folgende Nummer 1b einzufügen:

„1b. In § 95 Abs. 7 werden die Sätze 3 bis 9 aufgehoben.“

Begründung

Mit der Aufhebung der Sätze 3 bis 9 des § 95 Abs. 7 SGB V werden die Regelungen zur Altersgrenze der an der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer gestrichen, so dass Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten auch nach Vollendung des 68. Lebensjahres noch an der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung teilnehmen können. Aufgrund der demographischen Entwicklung in Deutschland ist es nicht mehr sachgerecht, das derzeit bestehende Berufshindernis für Vertragsärzte, -zahnärzte und -psychotherapeuten in Form einer Altersgrenze für das Ende der Berufsausübung aufrechtzuerhalten.

Hinzu kommt, dass die Altersgrenze in der vertragsärztlichen Versorgung ursprünglich damit begründet wurde, dass einerseits die Möglichkeiten zur Niederlassung von jüngeren Kolleginnen und Kollegen verbessert werden sollten und andererseits die gesundheitliche Befähigung zur Ausübung der ärztlichen Tätigkeit mit steigendem Alter abnehme.

Nach Abschaffung der Bedarfsplanung im vertragszahnärztlichen Bereich kann das erste Argument nicht mehr überzeugen. Auch das zweite Argument kann angesichts der bereits durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz erfolgten Aufhebung der Altersgrenze für unterversorgte Gebiete nicht mehr für die Aufrechterhaltung der generellen Altersgrenze herangezogen werden.

6. Zu Artikel 1 Nr. 2 Buchstabe a (§ 101 Abs. 4 Satz 5 SGB V)

In Artikel 1 Nr. 2 Buchstabe a ist in § 101 Abs. 4 Satz 5 die Angabe „10 Prozent“ durch die Angabe „20 Prozent“ zu ersetzen.

Begründung

Die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen stellt besondere Anforderungen an die Therapeuten und kann daher nur durch ausgewiesene Spezialisten sichergestellt werden. Werden (kostengünstige) frühzeitige Interventionen versäumt, kann es zur Manifestation und Chronifizierung von Erkrankungen kommen. Der Zugang zu frühzeitigen Therapien ist daher dringend erforderlich, um persönliches Leid bei den betroffenen Kindern und Jugendlichen und ihren Familien und hohe volkswirtschaftliche (Folge-)Kosten zu vermeiden.

Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) weist allerdings aus, dass sich nur die Hälfte der als psychisch krank eingeschätzten Kinder in Behandlung befindet. In der Praxis sind lange Wartezeiten die Regel. Die psychotherapeutische Versorgung der Kinder und Jugendlichen ist daher dringend verbesserungsbedürftig.

Annähernd ein Fünftel der Wohnbevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland ist unter 18 Jahre alt und die Prävalenz psychischer Krankheiten ist in dieser Altersgruppe ungefähr so hoch wie bei Erwachsenen. Entsprechend sollte der Anteil der Leistungserbringer, die in der psychotherapeutischen Versorgung im Schwerpunkt Kinder und Jugendliche behandeln, auch bei mindestens 20 Prozent liegen.

Tatsächlich liegt der Anteil der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten an allen psychotherapeutischen Leistungserbringern derzeit bundesweit im Mittel bei nur rund 13 Prozent. (Die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind diejenige Berufsgruppe, die die Versorgung der Kinder und Jugendlichen ganz überwiegend leistet.)

Die im vorliegenden Gesetzentwurf vorgeschlagene Mindestquotierung ist prinzipiell geeignet, die psychotherapeutische Versorgungssituation für Kinder und Jugendliche zu verbessern. Mit einer Mindestquote kann auch in planungsrechtlich als überversorgt geltenden Gebieten die Versorgung von Kindern und Jugendlichen optimiert werden.

Die vorgeschlagene Quote in Höhe von 10 Prozent ist jedoch unzureichend und könnte punktuell sogar zu einer Verschlechterung der Versorgungssituation führen. Mit dem Hinweis darauf, dass die Zehn-Prozent-Quote bereits erfüllt sei, könnte zum Beispiel ein freierwerdender Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einem Psychotherapeuten, der ausschließlich Erwachsene versorgt, besetzt werden.

Die Quote sollte daher – entsprechend der Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen und dem offensichtlich bestehenden Behandlungsbedarf – bei 20 Prozent liegen. Hierdurch könnten sich Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten an der Versorgung beteiligen, die bereits heute approbiert sind und derzeit keine Niederlassungsmöglichkeit haben. Aufgrund der guten Nachwuchssituation bei den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ist auch davon auszugehen, dass für die Erfüllung der Quote zukünftig genügend Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zur Verfügung stehen werden. Derzeit befinden sich bundesweit 2 500 Personen in Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Die Approbation zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erlangen jährlich ca. 200 Personen bei steigender Tendenz.

7. Zu Artikel 1 Nr. 2a – neu – (§ 103 Abs. 4 Satz 1a – neu – SGB V)

In Artikel 1 ist nach Nummer 2 folgende Nummer 2a einzufügen:

„2a. In § 103 Abs. 4 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„Satz 1 gilt auch bei hälftigem Verzicht auf die Zulassung oder hälftiger Entziehung der Zulassung.“ ‘

Begründung

Mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz hat der Gesetzgeber die Möglichkeit geschaffen, dass Vertragsärzte nicht nur mit zeitlich vollem, sondern auch mit hälftigem Versorgungsauftrag an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen können (§ 95 Abs. 3 Satz 1 SGB V sowie § 19a Abs. 2 Ärzte-ZV). Bei der Berechnung des Versorgungsgrads in einem Planungsbereich sind Vertragsärzte mit einem hälftigen Versorgungsauftrag mit dem Faktor 0,5 zu berücksichtigen (§ 101 Abs. 1 Satz 7 SGB V). Laut Begründung soll diese gesetzliche Änderung zur Flexibilisierung der beruflichen Betätigungsmöglichkeiten sowie zur Bewältigung von Unterversorgungssituationen beitragen.

Eine Umsetzung dieser Regelung wird bisher mit Verweis auf § 103 Abs. 4 Satz 1 SGB V verhindert. Danach seien Anträge auf Ausschreibung der Hälfte des Vertragsarztsitzes abzulehnen, da nach dem Wortlaut des § 103 Abs. 4 Satz 1 SGB V die Beschränkung des Versorgungsauftrages nicht dem Verzicht auf vertragsärztliche Zulassung gleichzusetzen sei; der Gesetzgeber hätte dies ausdrücklich regeln müssen.

Durch eine Klarstellung in § 103 Abs. 4 SGB V sollen nunmehr die Intention des Gesetzgebers erreicht und weitere Rechtsstreitigkeiten vermieden werden.

8. Zu Artikel 1 Nr. 2b – neu – (§ 126 Abs. 2 SGB V)

In Artikel 1 ist nach Nummer 2a folgende Nummer 2b einzufügen:

„2b. In § 126 Abs. 2 wird die Angabe „31. Dezember 2008“ durch die Angabe „31. Dezember 2009“ ersetzt.“

Begründung

Mit dem GKV-WSG wurde das Zulassungssystem im Bereich der Hilfsmittelversorgung weitgehend auf ein Einzelvertragssystem umgestellt. Parallel dazu wurde eine Übergangsregelung bis zum 31. Dezember 2008 geschaffen, um die Wirkungen der neuen Vertragsfreiheit zunächst abzumildern. Leistungserbringer, die am 31. März 2007 zur Versorgung mit Hilfsmitteln zugelassen waren, bleiben daher – auch ohne Vertrag – bis zum 31. Dezember 2008 zur Versorgung der GKV-Versicherten berechtigt.

Die Übergangsfrist soll um ein Jahr – bis zum 31. Dezember 2009 – verlängert werden, um den Betrieben des Hilfsmittelhandwerkes Gelegenheit zu geben, sich an den veränderten Markt anzupassen.

9. Zu Artikel 1 Nr. 3 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa (§ 155 Abs. 4 Satz 5a – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nr. 3 Buchstabe b ist Doppelbuchstabe aa wie folgt zu fassen:

„aa) Nach Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:

„Sind die Betriebskrankenkassen zur Erfüllung der in Absatz 5 Satz 1 Nr. 4 genannten Verpflichtungen nicht in der Lage oder überschreiten die übrigen

Verpflichtungen nach den Sätzen 3 und 4 ein Prozent des Gesamtbetrages der Zuweisungen, den die Krankenkassen der jeweiligen Kassenart aus dem Gesundheitsfonds jährlich erhalten, macht der Spitzenverband Bund der Krankenkassen den nicht gedeckten Betrag bei allen anderen Krankenkassen mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkassen geltend.“ ‘

Begründung

Mit dieser Regelung wird der im Insolvenzverfahren vorgesehene Schwellenwert für die vorrangige Haftung der jeweiligen Kassenart auf den Fall der Schließung einer Krankenkasse übertragen.

Diese Übertragung ist notwendig, da

- nach der Gesetzeskonstruktion das Schließungsverfahren grundsätzlich Vorrang vor dem Insolvenzverfahren haben soll und
- die finanzielle Belastung der Kassenart bei der Schließung einer Krankenkasse höher ist (umfassende Haftung für alle Verpflichtungen, keine Beteiligung des Pensions-Sicherungs-Vereins).

Die Gefahr der Überforderung einer Kassenart ist daher im Schließungsfall deutlich höher als im Insolvenzverfahren, was die Einführung eines Schwellenwerts gerade hier notwendig macht. Ziel der Änderung ist es daher, die Haftungsfolgen bei Schließung und Insolvenz (auch) hinsichtlich des Schwellenwerts für die Haftung der Kassenart anzugleichen. Die im Gesetzentwurf vorgesehenen unterschiedlichen Haftungsrisiken bergen die Gefahr, dass trotz gewolltem Vorrang des Schließungsverfahrens aus rein finanziellen Erwägungen heraus das Insolvenzverfahren gewählt wird.

Analog der Regelung in § 171d Abs. 5 SGB V gilt der Schwellenwert, bis zu dem vorrangig die Krankenkassen einer Kassenart haften, nicht für Versorgungsansprüche. Eine kassenartenübergreifende Haftung tritt für diese Ansprüche erst dann ein, wenn die Krankenkassen einer Kassenart zur Erfüllung dieser Ansprüche nicht mehr in der Lage sind.

10. Zu Artikel 1 Nr. 7 (§ 171b Abs. 2 Satz 1 SGB V)

In Artikel 1 Nr. 7 sind in § 171b Abs. 2 Satz 1 nach dem Wort „Aufsichtsbehörde“ die Wörter „, dem Verwaltungsrat sowie dem zuständigen Landesverband“ einzufügen.

Begründung

Aufgrund der essentiellen Bedeutung der Anzeige des Vorstandes für die Zukunft der Kasse ist eine gesetzliche Klarstellung dergestalt erforderlich, dass neben der Aufsichtsbehörde auch der für Grundsatzentscheidungen zuständige Verwaltungsrat sowie der für die Kasse zuständige Landesverband über die Anzeige und den zugrundeliegenden Sachverhalt informiert werden müssen.

11. Zu Artikel 1 Nr. 7 (§ 171b Abs. 2 Satz 2 SGB V)

In Artikel 1 Nr. 7 ist § 171b Abs. 2 Satz 2 wie folgt zu fassen:

„Die in § 171d Abs. 1 geregelten Verbindlichkeiten

1. der Krankenkasse und des Verbandes, für die der Spitzenverband Bund der Krankenkassen haftet,
2. der Krankenkasse, die der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ihr gegenüber zur Refinanzierung seiner Haftungsverpflichtung geltend machen könnte,
3. des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen aus seiner eigenen Haftungsverpflichtung sowie wegen gewährter Liquiditätshilfen des Bundes

sind bei der Feststellung der Überschuldung nicht zu berücksichtigen.“

Begründung

Die Sonderregelung in § 171b Abs. 2 Satz 2 SGB V, die eine insolvenzrechtliche Überschuldung von Krankenkassen durch das Bestehen ungedeckter Versorgungsverbindlichkeiten und -anwartschaften vermeiden will, muss auf die Refinanzierungsverbindlichkeiten und auf die Verbindlichkeiten des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen aufgrund seiner eigenen Haftungspflicht und aus der Verpflichtung zur Rückzahlung der vom Bund als Liquiditätshilfe zur Verfügung gestellten Mittel erweitert werden, um einen rechtssicheren Ausschluss der Überschuldung sicherzustellen. Damit soll auch vermieden werden, dass es insbesondere bei großräumigen Ausfällen von Krankenkassen mit hohen Versorgungslasten wegen der dann hohen Refinanzierungspflichten zu weiteren Anschlussinsolvenzen aufgrund fortschreitender Überschuldungen innerhalb der Kassenart und im GKV-System kommen kann, die zu noch höheren, überschuldungsverursachenden Umlageverbindlichkeiten führen würden und letztlich auch die Existenz des haftungsorganisierenden und insolvenzfähigen Spitzenverbandes gefährden könnten.

12. Zu Artikel 1 Nr. 7 (§ 171b Abs. 4 Satz 1 SGB V)

In Artikel 1 Nr. 7 sind in § 171b Abs. 4 Satz 1 die Wörter „der Krankenkassen“ durch die Wörter „sowie den Verband der Krankenkasse“ zu ersetzen.

Begründung

Die Regelungen zur Insolvenz von Krankenkassen sehen für das Vorliegen von Gründen für ein Insolvenzverfahren eine Anzeigepflicht des Vorstandes der Krankenkasse gegenüber der Aufsichtsbehörde (Absatz 2) sowie eine Beschränkung der Stellung eines Insolvenzantrags auf die Aufsichtsbehörde (Absatz 3) vor. Aufgrund der Haftungsfolge besteht im Falle einer Antragstellung eine Informationspflicht der Aufsichtsbehörde gegenüber dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (Absatz 4).

Nach § 262 SGB V sowie infolge der Änderungen in § 171d Abs. 1 und 5, den §§ 172, 211 Abs. 2, §§ 265a und 265b SGB V nehmen auch die Landesverbände der Krankenkassen Aufgaben zur Überwachung der Finanzentwicklung von Krankenkassen, der Haftungsprävention sowie der Gewährung von freiwilligen finanziellen Hilfen wahr. Insofern sind die Landesverbände der Krankenkassen grundsätzlich in den Prozess

zur Lösung struktureller Probleme von einzelnen Mitgliedskassen eingebunden.

Der Landesverband der Krankenkasse ist daher ebenso wie der Spitzenverband Bund der Krankenkassen durch die Aufsichtsbehörde über die Stellung eines Insolvenzantrags zu informieren.

13. Zu Artikel 1 Nr. 7 (§ 171b Abs. 5 Satz 2 – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nr. 7 ist dem § 171b Abs. 5 folgender Satz anzufügen:

„Für die Mitglieder der geschlossenen Kasse gelten die Wahlrechte gemäß den §§ 173 bis 175.“

Begründung

Die Ergänzung dient der Klarstellung, dass die Mitglieder der geschlossenen Kasse eine neue Krankenkasse nach den einschlägigen Vorschriften des SGB V wählen, während die Abwicklung der Geschäfte der geschlossenen Kasse gemäß Satz 1 nach den Vorschriften der Insolvenzordnung erfolgt.

14. Zu Artikel 1 Nr. 7 (§ 171b Abs. 7 – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nr. 7 ist dem § 171b folgender Absatz 7 anzufügen:

„(7) Sind Krankenkassen vor dem 31. Dezember 2009 auf Grund gesetzlicher Regelungen Mitglied einer öffentlich-rechtlichen Versorgungseinrichtung geworden und stellt diese sowohl im Falle der Schließung als auch im Falle der Insolvenz einen vollständigen Schutz der den Beschäftigten der Krankenkasse gewährten Versorgungszusagen sicher, nehmen diese Krankenkassen an der Insolvenzversicherung nach dem Gesetz zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung nicht teil.“

Begründung

Die Einführung der Insolvenzfähigkeit aller Krankenkassen ab 1. Januar 2010 führt dazu, dass die Kassen hinsichtlich der ab diesem Zeitpunkt entstehenden betrieblichen Versorgungszusagen an ihre Beschäftigten zum Pensions-Sicherungs-Verein (PSV) beitragspflichtig werden. Die Beitragspflicht entfällt nur dann, wenn die Ansprüche der Beschäftigten in einem anderen vom Gesetz zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung anerkannten Durchführungsweg abgesichert wurden (zum Beispiel einer Pensionskasse). Die Sicherung der Arbeitnehmeransprüche durch die Mitgliedschaft in kommunalen Versorgungsverbänden, zu der Krankenkassen teilweise durch Landesgesetz verpflichtet wurden, zählt regelmäßig nicht zu diesen Durchführungswegen und führt damit auch nicht zu einer Befreiung von der Beitragspflicht im PSV. Hat nun eine Krankenkasse ihre Versorgungszusagen bereits vollständig bei einem kommunalen Versorgungsverband abgesichert, so ist sie dennoch zum PSV beitragspflichtig, obwohl für diesen keinerlei Haftungsrisiko mehr besteht. Dies erscheint im Ergebnis weder sinnvoll noch wirtschaftlich. Dementsprechend sollte diese gesetzliche Regelungslücke geschlossen

werden, so dass die Beitragspflicht der Krankenkassen zum PSV nur entsteht, wenn sie ihre Versorgungszusagen nicht bereits durch die (verpflichtende) Mitgliedschaft in einem kommunalen Versorgungsverband oder einer vergleichbaren Einrichtung vollständig abgesichert haben.

15. Zu Artikel 1 Nr. 8 (§ 171d Abs. 1 Satz 1 und 1a – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nr. 8 ist § 171d Abs. 1 wie folgt zu ändern:

a) In Satz 1 sind die Wörter „bis zum 31. Dezember 2009 entstandenen“ zu streichen.

b) Nach Satz 1 ist folgender Satz einzufügen:

„Die Haftung nach Satz 1 umfasst auch die Dynamisierung der Versorgungsleistungen und die Beihilfeansprüche.“

Begründung

Zu den von der Haftung gemäß § 171d SGB V umfassten Bestandteilen gehören nach der Gesetzesformulierung die unverfallbaren Anwartschaften. Im Falle der Dienstordnungsangestellten (DO-Angestellten) ist dies unkritisch, da seit 1993 keine DO-Angestellten eingestellt wurden. Problematisch könnte die Einschränkung jedoch für Tarifangestellte sein, deren Anwartschaften am 31. Dezember 2009 noch nicht unverfallbar waren. Es ist bei der bisherigen Gesetzesformulierung unklar, ob diese Beschäftigten einen Anspruch gegen den Spitzenverband Bund der Krankenkassen geltend machen können, wenn sie im Insolvenzfall die Unverfallbarkeit erreicht haben. Nicht eindeutig ist auch die Haftung für Dynamisierungsansprüche, die im Insolvenzfall durch den Träger der Insolvenzversicherung nicht abgedeckt sind. Dies träfe vor allem DO-Angestellte, die zum Zeitpunkt der Insolvenz noch keine Versorgungsempfänger sind.

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

Um die Haftungsansprüche eindeutig zu definieren, werden daher die Wörter „bis zum 31. Dezember 2009 entstandenen“ gestrichen sowie der neue Satz 1a eingefügt.

Eine Differenzierung zwischen alten und neuen Versorgungszusagen ist an dieser Stelle entbehrlich. In der Begründung wird bereits ausgeführt, dass bereits vorhandenes Deckungskapital und Ansprüche gegenüber dem Träger der Insolvenzversicherung vorrangig sind und die Haftung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen in diesem Fall nur noch insoweit ergänzend hinzutritt. Damit kommt es durch die Streichung nicht zu einer ungerechtfertigten Ausweitung der Haftung des Spitzenverbandes Bund.

Der neue Satz 1a dient der Klarstellung des Gewollten, dass nämlich auch durch den Träger der Insolvenz-

sicherung nicht abgedeckte Dynamisierungs- und Beihilfeansprüche von der Haftung erfasst und damit abgesichert sind.

16. Zu Artikel 1 Nr. 8 (§ 171d Abs. 1 Satz 6 – neu – und 7 – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nr. 8 sind dem § 171d Abs. 1 folgende Sätze anzufügen:

„Reichen die vorhandenen liquiden Mittel des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nicht aus, seine Haftungsverpflichtung nach diesem Absatz zu erfüllen, oder können Beträge zur Refinanzierung ihrer Erfüllung nach diesem Absatz (Refinanzierung) vorübergehend oder dauerhaft nicht erhoben werden, leistet der Bund eine Liquiditätshilfe in Höhe der fehlenden Mittel. Die als Liquiditätshilfe zur Verfügung gestellten Mittel sind vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen zurückzuzahlen, wenn, soweit und solange der in Satz 6 beschriebene Liquiditätsbedarf nicht besteht; Zinsen sind nicht zu zahlen.“

Begründung

Die Regelung ist der Liquiditätsgarantie des Bundes für die gesetzliche Rentenversicherung nachgebildet (vgl. § 214 SGB VI) und soll die Zahlungsfähigkeit des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen hinsichtlich der Erfüllung seiner Haftungsverpflichtung für Altersversorgungsverpflichtungen einschließlich ihrer Refinanzierung umfassend sicherstellen. Die Regelung ist auch geboten, um die Erfüllung der Altersversorgungsverpflichtungen nach Aufhebung der Länderhaftung (§ 171c SGB V) zuverlässig, auf Dauer und unabhängig von der finanziellen Situation des insolvenzfähigen Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der ihn refinanzierenden Haftungsgemeinschaften, die spätestens ab 1. Januar 2010 ebenfalls durchweg aus insolvenzfähigen Trägern bestehen, zu gewährleisten. Die Mittel, die der Spitzenverband Bund der Krankenkassen für die Erfüllung seiner gesetzlichen Haftungsverpflichtung aufwendet oder zur ihrer Refinanzierung erhebt, sind keine Aufwendungen für Verwaltungskosten, sondern Zweckausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung und ihrer Träger, zu denen der Bund nach Artikel 120 Abs. 1 Satz 4 GG Zuschüsse leisten kann (z. B. wie hier in der Form verlorener Zinserträge im Falle der Inanspruchnahme der zinslosen Liquiditätshilfe).

17. Zu Artikel 1 Nr. 8 (§ 171d Abs. 4a – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nr. 8 ist in § 171d nach Absatz 4 folgender Absatz 4a einzufügen:

„(4a) Im Fall des Absatzes 1 Satz 1 sowie im Fall der Schließung oder Auflösung einer Krankenkasse liegt die Erbringung der Leistungen entsprechend den bestehenden Altersversorgungs- und Beihilfeverpflichtungen in der Verantwortung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. Zur Feststellung und Abwicklung dieser Verpflichtungen kann er sich der Hilfe Dritter bedienen.“

Begründung

Für die Versorgungsempfänger einer insolventen Krankenkasse ist eine nahtlose Fortzahlung ihrer Versorgungsbezüge und Erfüllung ihrer Beihilfeansprüche von elementarer Bedeutung. Hierzu fehlt es insbesondere an einem eindeutigen Ansprechpartner für die Versorgungsberechtigten, da die Versorgungsleistungen möglicherweise von mehreren Stellen finanziert bzw. erbracht werden (Kapitalstock, Spitzenverband Bund und Pensions-Sicherungs-Verein).

Mit der Änderung wird klargestellt, dass der Spitzenverband Bund alleiniger Ansprechpartner für die anspruchsberechtigten Krankenkassenmitarbeiter ist. Zugleich wird dem Spitzenverband Bund die Möglichkeit eingeräumt, sich zur Umsetzung eines Dritten zu bedienen. Hierfür erscheint insbesondere der Träger der Insolvenzversicherung geeignet.

18. Zu Artikel 1 Nr. 8 (§ 171d Abs. 6 – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nr. 8 ist dem § 171d folgender Absatz 6 anzufügen:

„(6) Der Eröffnung des Insolvenzverfahrens steht die Schließung einer Krankenkasse durch die Aufsichtsbehörde gleich.“

Begründung

Der im Gesetzentwurf enthaltene und gewollte Vorrang des Schließungsverfahrens wird dazu führen, dass ein Insolvenzverfahren die Ausnahme bleiben wird. Selbst wenn eine Überschuldung oder Zahlungsunfähigkeit vorliegt und damit der Insolvenztatbestand – mit der Folge einer Einstandspflicht des PSV – objektiv gegeben ist, würde der PSV bei einer Schließung durch die Aufsicht außen vor bleiben. Damit würde die Einstandspflicht des PSV faktisch weitgehend ins Leere laufen. Gleichwohl werden die Krankenkassen durch Beiträge an den PSV belastet, obwohl sie für die im Insolvenzfall eigentlich durch den PSV abzudeckenden Versorgungsleistungen durch die vorrangige Schließung selbst herangezogen werden.

Nach der Systematik des Gesetzentwurfs ist die Schließung einer Krankenkasse für die betroffene Kassenart mit einer höheren finanziellen Belastung als beim Insolvenzverfahren verbunden (Haftung für alle Verbindlichkeiten, keine Beteiligung des PSV, kein Schwellenwert). Ziel der Änderung ist es daher, die Haftungsfolgen bei Schließung und Insolvenz (auch) hinsichtlich der Einstandspflicht des PSV anzugleichen. Die im Gesetzentwurf vorgesehenen unterschiedlichen Haftungsrisiken bergen die Gefahr, dass trotz gewolltem Vorrang des Schließungsverfahrens aus rein finanziellen Erwägungen heraus das Insolvenzverfahren gewählt wird.

Die besondere Stellung der gesetzlichen Krankenkassen zur Daseinsvorsorge der Bevölkerung im Krankheitsfall ist ursächlich dafür, dass die zuständige Aufsichtsbehörde eine Krankenkasse, die nicht mehr ausreichend leistungsfähig ist, an Stelle der Einleitung

eines Insolvenzverfahrens schließen soll. Diese Besonderheit muss auch hinsichtlich der Haftung des PSV Berücksichtigung finden.

Die Risikosteigerung für den PSV gegenüber dem Status quo erscheint vertretbar, da die schon insolvenzfähigen Krankenkassen ihre bisherigen Beiträge entrichtet haben, ohne dass es je zu einer Zahlungsverpflichtung des PSV gekommen wäre. Auch in Zukunft ist durch die Gesamtkonstruktion dieses Gesetzentwurfs ein Insolvenzverfahren bei einer gesetzlichen Krankenkasse eher unwahrscheinlich.

19. Zu Artikel 1 Nr. 8 (§ 171e Abs. 1 Satz 5 und Abs. 4a – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nr. 8 ist § 171e wie folgt zu ändern:

a) Absatz 1 Satz 5 ist zu streichen.

b) Nach Absatz 4 ist folgender Absatz 4a einzufügen:

„(4a) Das nach den Absätzen 1 und 2 gebildete Deckungskapital darf nur zweckentsprechend verwendet werden. Es gehört weder zur Insolvenzmasse nach § 35 der Insolvenzordnung noch kann es

1. zur Erfüllung von Haftungsansprüchen für Verpflichtungen im Zusammenhang mit der Schließung oder Insolvenz einer anderen Krankenkasse nach den §§ 146a, 155 Abs. 4 und 5, § 164 Abs. 1, den §§ 171 und 171d Abs. 1 oder

2. zur Finanzierung finanzieller Hilfen nach § 265a oder § 265b

berücksichtigt oder herangezogen werden.“

Begründung

Die Regelung in § 171e Abs. 4a – neu – SGB V macht deutlich, dass das von den Krankenkassen gebildete Deckungskapital ausschließlich zur Finanzierung der Versorgungszusagen der ansparenden Krankenkasse dient; dies gilt auch für den Fall, dass mehrere Krankenkassen das Deckungskapital bei einem gemeinsamen Träger bilden. So kann das Deckungskapital uneingeschränkt seinen Zweck erfüllen.

Das gebildete Deckungskapital gehört im Insolvenzfall nicht zur Insolvenzmasse nach § 35 der Insolvenzordnung, sondern verbleibt zur Abdeckung der Versorgungszusagen.

Wird eine Krankenkasse bei Schließung oder Insolvenz einer anderen Kasse vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen zur Erfüllung seiner Haftungsverpflichtungen in Anspruch genommen oder sollen finanzielle Hilfen zur Vermeidung der Schließung oder Insolvenz (§ 265a SGB V) oder freiwillige finanzielle Hilfen nach § 265b SGB V zur Verfügung gestellt werden, bleibt das Deckungskapital bei der Berechnung der auf sie entfallenden Finanzierungsanteile unberücksichtigt.

Die Streichung von § 171e Abs. 1 Satz 5 SGB V ist eine Folgeänderung.

20. **Zu Artikel 1 Nr. 8** (§ 171e Abs. 5 Satz 6 – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nr. 8 ist dem § 171e Abs. 5 folgender Satz anzufügen:

„Abweichend von Satz 2 können die Länder die Höhe der Gebührensätze durch Rechtsverordnung bestimmen; die Sätze 3 und 4 gelten entsprechend.“

Begründung

Den Ländern wird die Möglichkeit eröffnet, durch die Festsetzung eigener Gebührensätze die bei ihnen vorliegenden Strukturen angemessen zu berücksichtigen, ohne von der bundeseinheitlichen Festsetzung der gebührenpflichtigen Tatbestände abzuweichen.

21. **Zu Artikel 1 Nr. 10 Buchstabe a1 – neu –** (§ 172 Abs. 1 Satz 1 SGB V)

In Artikel 1 Nr. 10 ist nach Buchstabe a folgender Buchstabe a1 einzufügen:

„a1) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Vor Errichtung, Vereinigung, Öffnung (§ 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4), Auflösung, Schließung sowie vor einem Antrag zur Eröffnung des Insolvenzverfahrens von Krankenkassen sind die Verbände der beteiligten Krankenkassen zu hören.“

Begründung

Nach § 262 sowie infolge von Änderungen von § 171b Abs. 4, § 171d Abs. 1 und 5, § 211 Abs. 2, §§ 265a und 265b SGB V nehmen auch die Landesverbände der Krankenkassen Aufgaben zur Überwachung der Finanzentwicklung von Krankenkassen, der Haftungsprävention sowie der Gewährung von freiwilligen finanziellen Hilfen wahr. Auch besteht eine Haftungsverpflichtung im Falle der Kassenschließung bei den Mitgliedern der jeweiligen Kassenart, bevor die Haftungsverpflichtung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zum Tragen kommt. Insofern sind die Landesverbände der Krankenkassen grundsätzlich in den Prozess zur Lösung struktureller Probleme von einzelnen Mitgliedskassen eingebunden.

Zur Vermeidung der Schließung oder Insolvenz von Krankenkassen sind die Landesverbände daher im Rahmen der Anhörungs- und Informationsrechte einzubeziehen.

22. **Zu Artikel 1 Nr. 10 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa0 – neu –** (§ 172 Abs. 2 Satz 1 SGB V)
Artikel 7 Abs. 1 und 3 – neu – (Inkrafttreten)

Der Gesetzentwurf ist wie folgt zu ändern:

a) In Artikel 1 Nr. 10 Buchstabe b ist dem Doppelbuchstaben aa folgender Doppelbuchstabe aa0 vorzustellen:

„aa0) In Satz 1 werden die Wörter „dem Verband, der im Fall ihrer Auflösung oder Schließung ihre Verpflichtungen gegenüber den Gläubi-

gern zu erfüllen hat,“ durch die Wörter „ihrem zuständigen Verband“ ersetzt.“

b) Dem Artikel 7 ist folgender Absatz 3 anzufügen:

„(3) Artikel 1 Nr. 10 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa0 tritt am 1. Juli 2008 in Kraft und am 31. Dezember 2009 außer Kraft.“

Als Folge ist

in Artikel 7 Abs. 1 nach der Angabe „Absatz 2“ die Angabe „und 3“ einzufügen.

Begründung

Die Haftung der Verbände nach § 155 Abs. 4 SGB V bzw. § 171 SGB V endet in Folge des GKV-WSG am 30. Juni 2008. § 172 Abs. 2 SGB V, der die Informations- und Einsichtsrechte der Verbände zum Inhalt hat, wurde mit dem GKV-WSG jedoch nicht verändert. Der bisherige Bezug zum haftenden Verband läuft damit grundsätzlich ins Leere.

Der Spitzenverband Bund erhält gemäß Artikel 7 Abs. 1 erst mit Einführung der Insolvenzfähigkeit aller Krankenkassen zum 1. Januar 2010 Auskunfts- und Einsichtsrechte gegenüber allen Krankenkassen. Für die Zwischenzeit vom 1. Juli 2008 bis 31. Dezember 2009 besteht somit eine Regelungslücke bezüglich der Auskunftspflichten der Krankenkassen, die durch die o. a. Änderung ausgefüllt wird. Auch nach der Arbeitsaufnahme des Spitzenverbandes Bund (1. Juli 2008) liegen die Haftungsverpflichtungen im Falle der Auflösung oder Schließung bei den Mitgliedskassen der jeweiligen Kassenart. Zum Schutz der Interessen der Beitragszahler ist es unabdingbar, den Verbänden der Kassenarten weiterhin Funktionen und Instrumente zur präventiven Risikoabwendung oder -minimierung zu übertragen.

23. **Zu Artikel 1 Nr. 10 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa** (§ 172 Abs. 2 Satz 1 SGB V)

In Artikel 1 Nr. 10 Buchstabe b ist Doppelbuchstabe aa wie folgt zu fassen:

„aa) In Satz 1 werden die Wörter „der im Fall ihrer Auflösung oder Schließung ihre Verpflichtungen gegenüber den Gläubigern zu erfüllen hat“ durch die Wörter „dem die Krankenkasse nach § 207 angehört“ ersetzt.“

Begründung

Nach § 262 sowie infolge von Änderungen von § 171b Abs. 4, § 171d Abs. 1 und 5, § 211 Abs. 2, §§ 265a und 265b SGB V nehmen auch die Landesverbände der Krankenkassen Aufgaben zur Überwachung der Finanzentwicklung von Krankenkassen, der Haftungsprävention sowie der Gewährung von freiwilligen finanziellen Hilfen wahr. Auch besteht eine Haftungsverpflichtung im Falle der Kassenschließung bei den Mitgliedern der jeweiligen Kassenart, bevor die Haftungsverpflichtung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zum Tragen kommt. Insofern sind die Landesverbände der Krankenkassen grundsätzlich in

den Prozess zur Lösung struktureller Probleme von einzelnen Mitgliedschaften eingebunden.

Zur Vermeidung der Schließung oder Insolvenz von Krankenkassen sind die Landesverbände daher im Rahmen der Anhörungs- und Informationsrechte einzubeziehen.

24. Zu Artikel 1 Nr. 10 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb (§ 172 Abs. 2 Satz 2, 3 und 7 – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nr. 10 Buchstabe b ist Doppelbuchstabe bb wie folgt zu ändern:

a) In den neu einzufügenden Sätzen 2 und 3 sind jeweils die Wörter „Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ durch die Wörter „Landesverband der Krankenkasse“ zu ersetzen.

b) Folgender Satz ist anzufügen:

„Soweit eine Krankenkasse die Aufgaben eines Landesverbandes nach § 207 Abs. 4 wahrnimmt oder keinem Landesverband angehört, gelten die Sätze 2 bis 6 entsprechend gegenüber dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen.“

Begründung

Nach § 262 sowie infolge von Änderungen von § 171b Abs. 4, § 171d Abs. 1 und 5, § 211 Abs. 2, §§ 265a und 265b SGB V nehmen auch die Landesverbände der Krankenkassen Aufgaben zur Überwachung der Finanzentwicklung von Krankenkassen, der Haftungsprävention sowie der Gewährung von freiwilligen finanziellen Hilfen wahr. Auch besteht eine Haftungsverpflichtung im Falle der Kassenschließung bei den Mitgliedern der jeweiligen Kassenart, bevor die Haftungsverpflichtung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zum Tragen kommt. Insofern sind die Landesverbände der Krankenkassen grundsätzlich in den Prozess zur Lösung struktureller Probleme von einzelnen Mitgliedschaften eingebunden.

Zur Vermeidung der Schließung oder Insolvenz von Krankenkassen sind die Landesverbände daher im Rahmen der Anhörungs- und Informationsrechte einzubeziehen.

25. Zu Artikel 1 Nr. 10 Buchstabe c (§ 172 Abs. 3 Satz 1 und 2 SGB V)

In Artikel 1 Nr. 10 Buchstabe c ist § 172 Abs. 3 wie folgt zu ändern:

a) Satz 1 ist wie folgt zu ändern:

aa) Nach den Wörtern „mit dem“ sind die Wörter „Landesverband der Krankenkasse oder dem“ einzufügen.

bb) Nach den Wörtern „vermieden werden kann,“ ist das Wort „kann“ durch das Wort „soll“ zu ersetzen.

b) Satz 2 ist wie folgt zu fassen:

„Kommt ein Beschluss über eine freiwillige Vereinigung innerhalb einer von der Aufsichtsbehörde ge-

setzten Frist nicht zustande, kann die Aufsichtsbehörde diesen Beschluss ersetzen.“

Begründung

§ 172 Abs. 3 SGB V ermöglicht es der Aufsichtsbehörde, eine in ihrer Leistungsfähigkeit gefährdete Krankenkasse auch gegen deren Willen mit einer anderen Krankenkasse, die hierzu bereit ist, zu vereinigen. Die Landesverbände oder der Spitzenverband Bund der Krankenkassen sollten hierzu der Aufsichtsbehörde nicht nur Vorschläge unterbreiten können, sondern hierzu durch eine Sollvorschrift verpflichtet werden. Der Ermessensspielraum und die Befugnisse der Aufsichtsbehörde bleiben hiervon unberührt.

26. Zu Artikel 1 Nr. 11a – neu – (§ 207 Abs. 1 Satz 3 SGB V)

In Artikel 1 ist nach Nummer 11 folgende Nummer 11a einzufügen:

„11a. In § 207 Abs. 1 Satz 3 werden die Wörter „vorbehaltlich des § 212 Abs. 1 Satz 2“ gestrichen.“

Begründung

Infolge der Aufhebung des § 217 SGB V zur Bildung von Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Errichtung eines Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach § 217a SGB V entfällt die direkte Mitgliedschaft einer Betriebskrankenkasse beim Spitzenverband der Krankenkassen. Grundsätzlich gehört eine Krankenkasse dem Landesverband an, in dem sie ihren Sitz hat (§ 207 SGB V). In § 207 SGB V wird jedoch einschränkend auf § 212 Abs. 1 Satz 2 SGB V Bezug genommen. Diese Einschränkung würde bei der Frage der Mitgliedschaft einer Betriebskrankenkasse in einem Landesverband jedoch zu Rechtsunsicherheit führen. Unmittelbar gilt dies im Falle der Bahn BKK, als einzig verbliebene sogenannte Bundesverwaltungskasse.

Zur Klarstellung der Mitgliedschaft in einem Landesverband ist der Verweis in § 207 Abs. 1 Satz 3 SGB V zu streichen.

27. Zu Artikel 1 Nr. 11b – neu – (§ 207 Abs. 4a Satz 2 SGB V)

In Artikel 1 ist nach Nummer 11a folgende Nummer 11b einzufügen:

„11b. § 207 Abs. 4a Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Kommt eine Einigung der Beteiligten nicht innerhalb von drei Monaten nach Wegfall des Landesverbandes zustande, wird ein Landesverband einvernehmlich durch die für ihn zuständige Aufsichtsbehörde und die Aufsichtsbehörde des Landes, in dem der Landesverband weggefallen ist, zur Wahrnehmung der Aufgaben bestimmt.“

Begründung

Zum 1. Januar 2009 werden die bisher bestehenden Bundesverbände der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen kraft Gesetzes aufgelöst. Somit steht von diesem Zeitpunkt an kein Bundesverband mehr zur

Verfügung, der gemäß dem bisherigen § 207 Abs. 4a Satz 2 SGB V die Aufgaben eines Landesverbandes wahrnehmen kann, wenn in einem Land für eine Kassenart kein Landesverband besteht und die Beteiligten sich nicht einigen können, welcher Landesverband die Aufgaben wahrnehmen soll.

Für den Fall der Nichteinigung ist daher eine gleichwertige Auffangregelung zu treffen.

28. Zu Artikel 1 Nr. 11c – neu –
(§ 211 Abs. 2 Nr. 9 – neu – SGB V)

In Artikel 1 ist nach Nummer 11b folgende Nummer 11c einzufügen:

„11c. Dem § 211 Abs. 2 wird folgende Nummer 9 angefügt:

„9. Beratung zur finanziellen Entwicklung der Krankenkasse im Rahmen der Aufgaben nach den §§ 262, 265 und 265b.“

Begründung

Nach § 262 SGB V sowie infolge der Änderungen von § 171b Abs. 4, § 171d Abs. 1 und 5, §§ 172, 265a und 265b SGB V nach dem GKV-OrgWG nehmen auch die Landesverbände der Krankenkassen Aufgaben zur Überwachung der Finanzentwicklung von Krankenkassen, der Haftungsprävention sowie der Gewährung von freiwilligen finanziellen Hilfen wahr. Auch besteht eine Haftungsverpflichtung im Falle der Kassenschließung bei den Mitgliedern der jeweiligen Kassenart, bevor die Haftungsverpflichtung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zum Tragen kommt. Insofern sind die Landesverbände der Krankenkassen grundsätzlich in den Prozess zur Lösung struktureller Probleme von einzelnen Mitgliedskassen eingebunden.

Zur Wahrnehmung dieser Aufgaben erfolgt daher eine entsprechende Klarstellung hinsichtlich der gesetzlich zugewiesenen Aufgaben der Landesverbände.

29. Zu Artikel 1 Nr. 13
(§ 265a Abs. 1 Satz 3a – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nr. 13 ist in § 265a Abs. 1 nach Satz 3 folgender Satz einzufügen:

„Die finanzielle Hilfe nach § 265b ist dann als ausreichend anzusehen, wenn ihre Höhe mindestens zwei Prozent des Gesamtbetrages der Zuweisungen beträgt,

den die Krankenkassen der Kassenart aus dem Gesundheitsfonds jährlich erhalten.“

Begründung

Die Mindestvoraussetzung für die Gewährung kassenartenübergreifender finanzieller Hilfen und zugleich der Mindesteigenanteil der betroffenen Kassenart an der Finanzierung (solidarische Unterstützungsleistungen) sollen vom Gesetzgeber konkretisiert werden, weil die Kassenarten im Verwaltungsrat des Spitzenverbandes Bund unterschiedliche Stimmengewichte haben. Die Hilfeleistung kann erhebliche Finanzmittel erfordern; die Subsidiarität des § 265a SGB V verlangt eine Marge von mindestens zwei Prozent, damit die kassenartenübergreifende Hilfe zumutbar und wettbewerbsstimmulierend ist und nicht den Kassenwettbewerb konterkariert.

Der vorgenannte Schwellenwert ist erforderlich, weil § 265a Abs. 1 SGB V in der Fassung des Gesetzentwurfs – anders als der Referentenentwurf in § 265a Abs. 2 Satz 2 SGB V – keine zwingende vorhergehende Beteiligung (Eigenanteil) der Kassenart vor einer Belastung der zahlungsverpflichteten Kassenarten mehr vorsieht. Der Rechtsbegriff „in ausreichender Höhe“ ist – unter Berücksichtigung des Bestimmtheitsgrundsatzes – nicht geeignet, den Eigenanteil, den die Kassenart zu tragen hat, zureichend zu definieren. Einige Kassen verfügen zum Inkrafttreten des Gesundheitsfonds allenfalls über geringe Betriebsmittel. Sie müssten, um Hilfe für andere Kassenarten zu finanzieren, bei ihren Mitgliedern Zusatzbeiträge erheben, während die Empfängerkrankassen gegebenenfalls keinen Zusatzbeitrag erheben müssen. Unter Wettbewerbsgesichtspunkten ist es nicht zumutbar, „Preise von Mitbewerbern“ zu stützen.

Zur Einschätzung des Schwellenwertes wurden die Beträge der Kontenklasse 2 (Beiträge) der KJ-1-Ergebnisse für 2006 herangezogen, um die Gesamtbeträge der Zuweisungen, die die Krankenkassen der Kassenart aus dem Gesundheitsfonds jährlich erhalten, näherungsweise zu kalkulieren. Die Beitragseinnahmen des Jahres 2006 (Kontenklasse 2) können naturgemäß nicht die zukünftigen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Morbi-RSA) korrekt vorherbestimmen. Sie beschreiben aber zumindest die Dimension, welche Eigenanteile auf die einzelnen Kassenarten zukommen könnten.

KJ 1 – 2006	AOK	BKK	IKK	LKK	SeeKK	KBS	EK-Ar	EK-An
Kontenklasse 2 (Beiträge) – in Mio. Euro	39 638	27 802	8 127	843	142	2 433	3 140	37 606
davon 3 %	1 189	834	244	25	4	73	94	1 128
davon 2 %	793	556	163	17	3	49	63	752
davon 1 %	396	278	813	8	1	24	31	376

30. Zu Artikel 1 Nr. 13 (§ 265a Abs. 2 Satz 1 SGB V)

In Artikel 1 Nr. 13 sind in § 265a Abs. 2 Satz 1 nach dem Wort „Aufsichtsbehörde“ die Wörter „oder dem Landesverband der Krankenkasse im Benehmen mit der Aufsichtsbehörde“ einzufügen.

Begründung

Nach § 262 SGB V sowie infolge von Änderungen von § 171b Abs. 4, § 171d Abs. 1 und 5, §§ 172, 211 Abs. 2 und § 265b SGB V nehmen auch die Landesverbände der Krankenkassen Aufgaben zur Überwachung der Finanzentwicklung von Krankenkassen, der Haftungsprävention sowie der Gewährung von freiwilligen finanziellen Hilfen wahr. Auch besteht eine Haftungsverpflichtung im Falle der Kassenschließung bei den Mitgliedern der jeweiligen Kassenart, bevor die Haftungsverpflichtung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zum Tragen kommt. Insofern sind die Landesverbände der Krankenkassen grundsätzlich in den Prozess zur Lösung struktureller Probleme von einzelnen Mitglieds-kassen eingebunden.

Ein Antrag auf Gewährung von finanziellen Hilfen, die über freiwillige Hilfen nach § 265b SGB V hinausgehen, kann außer von der Aufsichtsbehörde auch vom Landesverband gestellt werden. Das Benehmen mit der Aufsichtsbehörde ist herzustellen.

31. Zu Artikel 1 Nr. 13 (§ 265a Abs. 3 Satz 2 SGB V)

In Artikel 1 Nr. 13 sind in § 265a Abs. 3 Satz 2 die Wörter „ist die unterschiedliche Leistungsfähigkeit der Krankenkassen“ durch die Wörter „sind die unterschiedliche Leistungsfähigkeit der Krankenkassen sowie bereits geleistete Hilfen nach § 265b“ zu ersetzen.

Begründung

Ausweislich der Begründung des Gesetzentwurfs sollen die Hilfen nach § 265a SGB V subsidiär gegenüber den Hilfen nach § 265b SGB V sein. Um den Vorrang des § 265b SGB V zu stärken und zu vermeiden, dass mit Blick auf § 265a SGB V freiwillige Vereinbarungen über die Gewährung von Hilfeleistungen unterbleiben, sollten im Rahmen der Hilfestellung durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen bereits zuvor geleistete freiwillige Hilfen angemessen berücksichtigt werden.

32. Zu Artikel 1 Nr. 14 (§ 265b Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 und 3 – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nr. 14 ist § 265b wie folgt zu ändern:

- a) In Absatz 1 Satz 1 sind die Wörter „können mit anderen Krankenkassen“ durch die Wörter „sollen mit anderen Krankenkassen derselben Kassenart oder deren Landesverbände mit anderen Landesverbänden“ zu ersetzen.
- b) In Absatz 2 sind nach dem Wort „Krankenkassen“ die Wörter „oder Landesverbänden“ einzufügen.

c) Folgender Absatz 3 ist anzufügen:

„(3) Die Gewährung finanzieller Hilfen an eine Krankenkasse derselben Kassenart nach Absatz 1 kann auch auf der Grundlage von Satzungen der Landesverbände, jeweils mit Wirkung für ihre Mitglieds-kassen, erfolgen. Näheres über Voraussetzungen, Umfang, Finanzierung und Durchführung der finanziellen Hilfen regelt die Satzung des Verbandes. Im Rahmen eines Vertrages können sich die Landesverbände mit Wirkung für ihre Mitglieds-kassen zur Finanzierung der Hilfeleistungen auch für die gesamte Kassenart verpflichten. Der Vertrag ist von den für die am Vertrag beteiligten Landesverbände zuständigen Aufsichtsbehörden zu genehmigen. Die Satzungen der Landesverbände können insoweit auch die Bildung eines gemeinsamen Fonds vorsehen, dessen Mittel zur Erfüllung ihrer Finanzierungsverpflichtungen nach Satz 3 zu verwenden sind.“

Begründung

Nach § 262 sowie infolge der Änderungen von § 171b Abs. 4, § 171d Abs. 1 und 5, §§ 172, 211 Abs. 2 und § 265a SGB V nehmen auch die Landesverbände der Krankenkassen Aufgaben zur Überwachung der Finanzentwicklung von Krankenkassen, der Haftungsprävention sowie der Gewährung von freiwilligen finanziellen Hilfen wahr. Auch besteht eine Haftungsverpflichtung im Falle der Kassenschließung bei den Mitgliedern der jeweiligen Kassenart, bevor die Haftungsverpflichtung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zum Tragen kommt. Insofern sind die Landesverbände der Krankenkassen grundsätzlich in dem Prozess zur Lösung struktureller Probleme von einzelnen Mitglieds-kassen eingebunden.

Freiwillige finanzielle Unterstützungsleistungen an andere Krankenkassen der Kassenart zur Vermeidung einer Schließung oder Insolvenz sind daher auch auf der Ebene der Landesverbände zu regeln. Die Finanzierung freiwilliger finanzieller Hilfen wird damit auf eine möglichst breite Basis im Rahmen der Haftungsgemeinschaft gestellt.

33. Zu Artikel 1 Nr. 14 (§ 265b Abs. 1 Satz 3 – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nr. 14 ist dem § 265b Abs. 1 folgender Satz anzufügen:

„§ 60 des Zehnten Buches findet auf diese Verträge entsprechende Anwendung.“

Begründung

Mit der vorgeschlagenen Ergänzung soll die effiziente Umsetzung der nach § 265b SGB V geschlossenen Vereinbarungen unterstützt werden.

Da es sich bei den Verträgen über die Gewährung von Hilfeleistungen nicht um subordinationsrechtliche Verträge im Sinne des § 53 Abs. 1 Satz 1 SGB X handelt, ist die Unterwerfung der Vertragspartner unter die sofortige Zwangsvollstreckung ausgeschlossen. Damit

steht die effektive Durchsetzbarkeit der in Verträgen nach § 265b SGB V vereinbarten Hilfen in Frage. Hierfür besteht aber ein besonderes Bedürfnis. Zum einen kann die Leistungsfähigkeit einer hilfebedürftigen Krankenkasse nur gesichert werden, wenn die zugesagten Hilfen auch tatsächlich sicher und gegebenenfalls kurzfristig zur Verfügung stehen. Zum anderen muss auch die hilfegebende Krankenkasse mögliche Ansprüche im Falle der Nichteinhaltung von vertraglichen Vereinbarungen effektiv durchsetzen können.

34. **Zu Artikel 4** (Eingangsformel, Artikel 1 Nr. 178 Buchstabe h Doppelbuchstabe aa und Artikel 2 Nr. 29 GKV-WSG)
Artikel 6 Nr. 1 (§ 36 Abs. 3 Satz 2 RSAV)

Der Gesetzentwurf ist wie folgt zu ändern:

- a) Artikel 4 ist wie folgt zu fassen:

„Artikel 4

Änderung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes

Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378), zuletzt geändert durch ..., wird wie folgt geändert:

1. In Artikel 1 Nr. 178 Buchstabe h Doppelbuchstabe aa werden in § 266 Abs. 7 Satz 1 Nr. 1 die Wörter „und ihre Bekanntgabe an die Versicherten“ gestrichen.
2. Artikel 2 Nr. 29 wird wie folgt gefasst:

„29. § 221 wird [weiter wie Gesetzentwurf]“.

- b) In Artikel 6 Nr. 1 ist § 36 Abs. 3 Satz 2 zu streichen.

Begründung

Mit der Neuregelung in § 36 Abs. 3 Satz 2 RSAV soll die mit dem GKV-WSG in § 266 Abs. 7 Satz 1 Nr. 1 SGB V eingeführte Information des Versicherten durch seine Krankenkasse umgesetzt werden. Aus dieser Regelung erschließt sich nicht, welches Ziel mit dieser Versicherteninformation verfolgt werden soll. Sie ist verwaltungs- und kostenaufwendig. Die Bekanntgabe der Grundpauschale durch die Krankenkassen an die Versicherten stellt für diese keine aussagekräftige Information dar und hat für diese keinen erkennbaren Wert. Auf diese Vorschrift sollte daher vor dem Hintergrund des Bürokratieabbaus und aus Kostengründen verzichtet werden.

35. **Zu Artikel 6 Nr. 1** (§ 36 Abs. 3 Satz 1 RSAV)

In Artikel 6 Nr. 1 ist in § 36 Abs. 3 Satz 1 die Angabe „15. November“ durch die Angabe „15. Oktober“ zu ersetzen.

Begründung

Nach § 70 Abs. 5 SGB IV haben die Krankenkassen den vom Vorstand aufgestellten Haushaltsplan spätestens am 1. November vor Beginn des Kalenderjahres, für das er gelten soll, der Aufsichtsbehörde vorzulegen,

wenn diese es verlangt; die Aufsichtsbehörde ihrerseits kann den Haushaltsplan oder einzelne Ansätze innerhalb eines Monats nach Vorlage beanstanden, soweit gegen Gesetz oder sonstiges Recht verstoßen wird, insbesondere soweit dadurch die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers zur Erfüllung seiner Verpflichtungen gefährdet wird.

Die Grundpauschalen werden ab der Einführung des Gesundheitsfonds die wesentliche Finanzierungsquelle der Krankenkasse sein. Ohne Kenntnis der Höhe der Grundpauschale kann kein Haushaltsplan mit der seiner Bedeutung entsprechenden Solidität aufgestellt werden.

Andererseits gewährleistet die Vorlage des Haushaltsplans bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zum 1. November, dass der Aufsichtsbehörde ausreichend Zeit verbleibt, den Haushaltsplan sorgfältig zu prüfen, gegebenenfalls zu beanstanden und der Krankenkasse bereits vor Beginn des Haushaltsjahres Gelegenheit zur Abhilfe einzuräumen.

Die Bekanntmachung der Grundpauschale bis zum 15. November einerseits und die Vorlagepflicht des Haushaltsplans auf Verlangen der Aufsichtsbehörde andererseits verlangen somit entweder von den Krankenkassen Unmögliches oder von der Aufsichtsbehörde den Verzicht auf eine zeitgerechte Vorlage des Haushaltsplans.

Daher ist die Bekanntmachung der Grundpauschale auf einen angemessenen Zeitpunkt vor dem 1. November zu terminieren. Für den Haushaltsplan 2009 wird wegen der Einführung des Gesundheitsfonds ausnahmsweise in Kauf genommen, dass der Haushaltsplan nicht vor Beginn des Haushaltsjahres sachgerecht aufgestellt und zeitgerecht der Aufsichtsbehörde vorgelegt werden kann.

36. **Zu Artikel 6 Nr. 1** (§ 36 Abs. 3 Satz 1 RSAV)

In Artikel 6 Nr. 1 sind in § 36 Abs. 3 Satz 1 die Wörter „, die Bekanntmachung der für das Jahr 2009 ermittelten Grundpauschale erfolgt bis zum 1. Januar 2009“ zu streichen.

Begründung

Durch die im Gesetzentwurf vorgesehene Bekanntmachung der für das Jahr 2009 ermittelten Grundpauschale bis zum 1. Januar 2009 besteht die Gefahr der Kollision mit der Regelung in § 70 Abs. 5 Satz 1 SGB IV. Danach haben die Träger der Krankenversicherung den vom Vorstand aufgestellten Haushaltsplan spätestens am 1. November vor Beginn des Kalenderjahres, für das der Haushaltplan gelten soll, der Aufsichtsbehörde vorzulegen, wenn diese es verlangt.

Im Übrigen muss die Bekanntgabe der Grundpauschale durch das Bundesversicherungsamt (BVA) zeitlich vor dem 1. Januar 2009 erfolgen, um von den Krankenkassen im Rahmen ihrer Haushaltsberatungen berücksichtigt werden zu können.

37. **Zu Artikel 6 Nr. 1** (§ 37 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 und 3 RSAV)

In Artikel 6 Nr. 1 ist § 37 Abs. 1 Satz 2 wie folgt zu ändern:

- a) In Nummer 2 ist die Angabe „50 Prozent“ durch die Angabe „30 Prozent“ zu ersetzen.
- b) In Nummer 3 ist die Angabe „50 Prozent“ durch die Angabe „70 Prozent“ zu ersetzen.

Begründung

Die 30/70-Regelung beruht auf einem Vorschlag der RSA-Gutachter aus dem Jahr 2002. Begründet wird dies damit, dass die großen Versorgerkassen höhere Verwaltungskosten wegen des Aufwandes für Beratung und Betreuung haben. Im Referentenentwurf vom 23. April 2008 war für die Zusammensetzung der Zuweisung für sonstige Ausgaben dieses Verhältnis von 30 Prozent nach der Zahl der Versicherten und 70 Prozent nach der Morbidität auch angesetzt.

Die im aktuellen Gesetzentwurf vorgenommene Verschiebung zu Lasten der Morbidität und zugunsten der Versichertenzahlen bedeutet eine Subventionierung betreuungsarmer Kassen. Ihnen würde ein ungerechtfertigter Wettbewerbsvorteil verschafft. Die 50/50-Regelung würde die Risikoselektion fördern, den versorgungspolitischen Auftrag der Krankenkassen beschädigen und ein Signal zum Rückzug aus der Beratung setzen.

38. **Zu Artikel 6** (Allgemein)

Der Bundesrat hält in Bezug auf die vorgesehene Anwendung des Gesundheitsfonds ab 2009 die im Gesetzentwurf bislang enthaltenen Regelungen noch nicht für ausreichend, um diese grundlegend neue Finanzierungssystematik sachgerecht umzusetzen. Er bittet daher, im weiteren Gesetzgebungsverfahren noch Regelungen insbesondere zu folgenden Bereichen zu treffen:

- a) Festlegung von Zahlungsterminen der monatlichen Zuweisungen

Nach den bisher in Artikel 6 Nr. 3 (§ 39 RSAV) enthaltenen Regelungen soll das Nähere zum Verfahren der monatlichen Zuweisungen durch eine gesonderte Rechtsverordnung festgelegt werden. Bis zu deren Inkrafttreten soll das Bundesversicherungsamt das Verfahren festlegen. Die verbleibende Zeit bis zum Inkrafttreten des Gesundheitsfonds am 1. Januar 2009 wird voraussichtlich kaum ausreichen, um eine solche Rechtsverordnung zu verabschieden. Daher besteht insbesondere in Bezug auf die Zahlungstermine Rechtsunsicherheit, deren Beseitigung nicht dem BVA im Wege einer Verwaltungsanweisung überlassen werden kann, sondern dem Gesetzgeber vorbehalten bleiben muss. Um den Liquiditätsbedarf der Krankenkassen wettbewerbsneutral abzusichern, ist es daher aus Sicht des Bundesrates erforderlich, bereits in

diesem Gesetzgebungsverfahren die Zahlungstermine festzulegen.

- b) Durchführung eines Schlussausgleichs

Zur Vermeidung einer Rechtslücke ist es erforderlich, das Nähere zur Durchführung eines Schlussausgleichs bereits heute zu regeln. Dabei ist insbesondere eine Regelung für den Fall zu treffen, dass Fehlbeträge im Gesundheitsfonds entstehen, die im Ergebnis wettbewerbsneutral auf alle Krankenkassen aufgeteilt werden müssen. Deshalb sind für diesen Fall beispielsweise gleiche Kürzungen der mitgliederbezogenen Zuweisungen vorzusehen, um Verwerfungen bei der Kalkulation von kassenindividuellen Zusatzbeiträgen zu vermeiden.

- c) Unterjährige Anpassung der Grundpauschale

Die beabsichtigte Neuregelung zur Berechnung der Grundpauschale umfasst bislang lediglich die prospektive Kalkulation der Grundpauschale (Beitragsbedarf einschließlich Krankengeld je versicherter Person). Die daraus ermittelten Zuweisungen gelten als Abschlagszahlungen und sind nach der Ermittlung der endgültigen Höhe der Zuweisungen für das Geschäftsjahr auszugleichen. Aus Sicht des Bundesrates sollte – zumindest bei der Durchführung des Schlussausgleichs – die Grundpauschale auf der Basis der tatsächlich eingetretenen Ausgaben- und Versichertenentwicklung nachjustiert werden, wenn sich zeigt, dass die prospektive Kalkulation nicht zutreffend war. Dabei sollten die Veränderungen der Zahl und der Struktur der Versicherten je Monat berücksichtigt werden.

- d) Rechnungslegungspflichten für das Bundesversicherungsamt

Das Bundesversicherungsamt verwaltet mit dem Gesundheitsfonds ein Sondervermögen und nimmt insoweit GKV-Aufgaben wahr. Hierfür muss – ebenso wie bei den Krankenkassen – Transparenz über die Einnahmen- und Ausgabenströme, das finanzielle Ergebnis und das Vermögen geschaffen werden. Der Bundesrat hält es daher für erforderlich, dass dem Bundesversicherungsamt vergleichbare Rechnungslegungspflichten auferlegt werden.

39. **Zu Artikel 6a – neu** – (§ 40 Abs. 1 Satz 1a – neu – SGB XI)

Nach Artikel 6 ist folgender Artikel 6a einzufügen:

„Artikel 6a

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

In § 40 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014), das zuletzt durch ... geändert worden ist, wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„Von der Leistungspflicht der Krankenversicherung umfasste Hilfsmittel, insbesondere diejenigen, die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 des Fünften Buches aufgeführt sind, können nur dann durch die Pflegekasse

bewilligt oder zu ihren Lasten abgerechnet werden, wenn sie ausschließlich einem der in Satz 1 genannten Zwecke dienen.“

Begründung

Die Zuständigkeit der Pflegeversicherung bei der Hilfsmittelversorgung nach § 40 Abs. 1 Satz 1 SGB XI (Pflegehilfsmittel als Leistungen bei häuslicher Pflege) ist gegenüber der Zuständigkeit der Krankenkassen zur Hilfsmittelversorgung nach § 33 SGB V (Hilfsmittel als Leistungen bei Krankheit oder Behinderung) subsidiär (vgl. Wortlaut des § 40 Abs. 1 Satz 1 SGB XI: „soweit [...] nicht [...]").

Die gesetzlichen Vorgaben sind aber nicht eindeutig, ob Pflegebedürftige benötigte Hilfsmittel von der Krankenkasse oder der Pflegekasse erhalten.

Das Bundessozialgericht hat in seiner Entscheidung vom 15. November 2007 (Az. B 3 A 1/07 R) zur Abgrenzung der Zuständigkeiten bei der Hilfsmittelversorgung ausgeführt, dass die Pflegekassen nicht nur dann zuständig sind, wenn es „allein“ um die Erleichterung der Pflege, um die Linderung von Beschwerden oder um die Ermöglichung einer selbständigeren Lebensführung geht. Vielmehr sieht es die Pflegekassen auch dann in der Verantwortung, wenn das Hilfsmittel „ganz überwiegend“ diesen Zwecken dient.

Da diese Abgrenzung nicht eindeutig ist, steht zu befürchten, dass nach der geltenden Rechtslage weiterhin Kosten im Zusammenhang mit der Hilfsmittelversorgung von Pflegebedürftigen bei häuslicher Pflege auf die Pflegekassen verschoben werden.

Im Zusammenhang mit einer früheren Bundesratsinitiative (vgl. Bundesratsdrucksache 755/02 (Beschluss) vom 29. November 2002 und Bundesratsdrucksache 688/03 vom 26. September 2003) zu dieser Frage hat auch die Bundesregierung in ihrer Stellungnahme zum Gesetzentwurf des Bundesrates zur Sicherung der Hilfsmittelversorgung von Pflegebedürftigen (Hilfsmittelsicherungsgesetz – HSG) (vgl. Anlage 2 der Bundestagsdrucksache 15/308) darauf hingewiesen, dass die jetzt erneut geforderte Klarstellung fachlich zutreffend sei. Bei sachgerechter Anwendung des geltenden Rechts sei jedoch eine Klarstellung nicht zwingend erforderlich.

Nach der Entscheidung des Bundessozialgerichts stellt sich nunmehr heraus, dass eine gesetzliche Klarstellung erfolgen muss, um die Finanzierungszuständigkeiten der Kranken- und Pflegekassen bei der Versorgung von Pflegebedürftigen mit Hilfsmitteln bei häuslicher Pflege präziser festzulegen und hierdurch mehr Rechtssicherheit für die Beteiligten zu schaffen.

Für die Leistungsverpflichtung der Krankenkasse muss nach § 40 Abs. 1 Satz 1a – neu – SGB XI keine Abgrenzung im Einzelfall vorgenommen werden, zu welchen Zwecken das Hilfsmittel überwiegend dient. Vielmehr ist damit eindeutig geregelt, dass nur dann die Pflegekassen zuständig sind, wenn die Hilfsmittel ausschließlich zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitra-

gen oder ihm eine selbständigere Lebensführung ermöglichen.

40. Zu der Kostenaufteilung

Der Bundesrat bittet zu prüfen, ob im Rahmen des weiteren Gesetzgebungsverfahrens eine gesetzliche Klarstellung erfolgen kann, die gewährleistet, dass die Aufteilung der Kosten der von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich geschlossenen Vereinbarungen im Verhältnis zur Zahl der Mitglieder der einzelnen Krankenkassen mit Wohnort im Zuständigkeitsbereich der beteiligten Landesverbände zu erfolgen hat.

Begründung

In der gesetzlichen Krankenversicherung werden auf Landesebene zahlreiche Vereinbarungen zur Sicherstellung der Versorgung geschlossen, die nicht versichertenbezogen abgerechnet werden können; dazu zählen etwa Vereinbarungen über die Abrechnung von Sprechstundenbedarf, über die ambulante Hospizförderung, über die Durchführung von Maßnahmen der Gruppenprophylaxe oder auch über die Förderung von Selbsthilfegruppen. Für die Finanzierung dieser Maßnahmen wird überwiegend die bundesweite Mitgliederstatistik KM6 herangezogen. Das führt dazu, dass die Krankenkassen in einem Land für alle dort lebenden Versicherten ihrer Kassenart die Kosten zu übernehmen haben – unabhängig davon, ob der einzelne Versicherte bei einer der an der Kostentragung beteiligten Kassen versichert oder einer sogenannten Einstrahlerkasse zuzurechnen ist. Insbesondere im IKK-System ist es (anders als zum Beispiel bei den Betriebskrankenkassen) trotz langjähriger Bemühungen nicht gelungen, eine interne Vereinbarung zum sachgerechten gegenseitigen Ausgleich der daraus resultierenden Mehraufwendungen einzelner Kassen zu schließen. Dies führt letztlich zu Wettbewerbsverzerrungen, die vor allem unter den Rahmenbedingungen des Gesundheitsfonds nur schwerlich toleriert werden können.

Der Bundesrat bittet daher, im Zuge des weiteren Gesetzgebungsverfahrens eine gesetzliche Klarstellung zu schaffen, die – vergleichbar der Regelungen, die im Rahmen des GKV-WSG zur Finanzierung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) getroffen wurden – gewährleistet, dass die aufzuwendenden Mittel im Verhältnis zu der Zahl der Mitglieder der einzelnen Krankenkassen mit Wohnort im Vertragsgebiet aufgebracht werden.

Gegenäußerung der Bundesregierung

Zu Nummer 1 (Eingangsformel)

Dem Antrag kann nicht entsprochen werden.

Die Zustimmungsbefähigung eines Gesetzes ist ausschließlich nach den Regelungen des Verfassungsrechts zu beurteilen. Zustimmungsbefähigung würde nur dann ausgelöst, wenn der Gesetzentwurf Verfahrensregelungen für Landesbehörden enthielte, die ausdrücklich für abweichungsfest erklärt werden. Dies ist jedoch nicht der Fall.

Zu Nummer 2 (Artikel 1 Nr. 01 – neu – (§ 6 Abs. 3 Satz 1 SGB V) und Artikel 7 Abs. 2 (Inkrafttreten))

Dem Antrag wird zugestimmt.

Zu Nummer 3 (Artikel 1 Nr. 1 (§ 26 Abs. 3 Satz 2 SGB V))

Dem Antrag kann nicht entsprochen werden.

Die Änderung ist nicht erforderlich. Die offene Formulierung in § 26 Abs. 3 SGB V der Entwurfsfassung ermöglicht eine Vereinbarung über die vom Bundesrat genannten Themen. Eine auch nur beispielhafte Themenbenennung im Gesetz wäre eine unnötige Vorfestlegung. Die Vertragspartner sollen selbst entscheiden, über welche Themen sie eine Vereinbarung abschließen.

Zu Nummer 4 (Artikel 1 Nr. 1a – neu – (§ 87b Abs. 3 Satz 2 Nr. 1 und Abs. 4 Satz 1 SGB V))

Dem Antrag kann nicht entsprochen werden.

Aussagen zu den Auswirkungen der Honorarreform für den hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereich sind aktuell hochspekulativ, da die dafür maßgeblichen Parameter und Verfahren (insbesondere Orientierungswert, bundesdurchschnittliche Veränderungsrate der Leistungsmenge, Berechnung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumina) von der Selbstverwaltung auf Bundesebene (Bewertungsausschuss) bis zum 31. August 2008 getroffen werden und bislang noch keine Vorfestlegungen dazu erfolgt sind. Im Übrigen kann die Selbstverwaltung einer gegebenenfalls auftretenden ungewollten Honorarentwicklung durch Nutzung der bestehenden gesetzlichen Möglichkeiten entgegenwirken. Dabei können auch Besonderheiten des jeweiligen Versorgungsbereichs berücksichtigt werden.

Zu Nummer 5 (Artikel 1 Nr. 1b – neu – (§ 95 Abs. 7 Satz 3 bis 9 SGB V))

Dem Antrag wird zugestimmt.

Zu Nummer 6 (Artikel 1 Nr. 2 Buchstabe a (§ 101 Abs. 4 Satz 5 SGB V))

Dem Antrag kann nicht entsprochen werden.

Ziel muss es sein, dass sich Leistungserbringer, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen, in erster Linie in schlecht versorgten Gebieten niederlassen. Denn insbesondere dort besteht erheblicher Bedarf. Je höher die gesetzliche Mindestquote bemessen wird, desto eher schafft dies zusätzliche Möglichkeiten, sich in bereits verhältnismäßig gut versorgten Gebieten niederzulassen. Dies hätte aber zur Folge, dass sich noch weniger Therapeuten dort zulassen, wo sie am dringendsten gebraucht werden.

Zu Nummer 7 (Artikel 1 Nr. 2a – neu – (§ 103 Abs. 4 Satz 1a – neu – SGB V))

Dem Antrag wird zugestimmt.

Zu Nummer 8 (Artikel 1 Nr. 2a – neu – (§ 126 Abs. 2 SGB V))

Dem Anliegen des Bundesrates soll im weiteren Gesetzgebungsverfahren in geeigneter Weise Rechnung getragen werden. Es ist jedoch zweifelhaft, ob eine alleinige Verlängerung der Übergangsfrist um ein Jahr ausreicht. Das Bundesministerium für Gesundheit prüft daher, welche Änderungen im Interesse der betroffenen Leistungserbringer insgesamt geboten sind.

Zu Nummer 9 (Artikel 1 Nr. 3 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa (§ 155 Abs. 4 Satz 5a – neu – SGB V))

Dem Antrag kann nicht entsprochen werden.

Die Übertragung des Schwellenwertes in Höhe von 1 Prozent der jährlichen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für die vorrangige kassenartenbezogene Haftung auf den Fall der Schließung erscheint nicht sachgerecht. Dadurch, dass die Krankenkassen der jeweiligen Kassenart für Ansprüche von Leistungserbringern und Versicherten in vollem Umfang haften, bevor eine kassenartenübergreifende Haftung über den Spitzenverband Bund eintritt, wird ein Anreiz dafür geschaffen, eine Schließung durch freiwillige Finanzhilfen gemäß § 265b SGB V zu vermeiden. Hierdurch wird der gesetzlich gewollte Vorrang der Schließung vor der Einleitung eines Insolvenzverfahrens gestärkt.

Zu Nummer 10 (Artikel 1 Nr. 7 (§ 171b Abs. 2 Satz 1 SGB V))

Dem Antrag kann nicht entsprochen werden.

Die Pflicht des Vorstandes einer Krankenkasse, das Vorliegen von Insolvenzgründen gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde anzuzeigen, steht in direktem Zusammenhang mit dem Antragsprivileg der Aufsichtsbehörde bezüglich der Einleitung eines Insolvenzverfahrens. Die in § 171b Abs. 2 Satz 1 SGB V normierte Anzeigepflicht des Vorstandes tritt an die Stelle der sonst bestehenden Antragspflicht nach der Insolvenzordnung und ihr Unterlassen ist nach § 307a Abs. 4 SGB V strafbewehrt. Bereits aus Gründen der Klarheit der Strafandrohung ist die Anzeige gegenüber der Aufsichtsbehörde besonders herauszustellen, eine Verknüpfung mit sonstigen Informationspflichten ist daher nicht sachdienlich.

Für eine Unterrichtung des Verwaltungsrates der Krankenkasse über das Vorliegen von Insolvenzgründen bedarf es keiner gesetzlichen Grundlage. Unabhängig davon, dass der Vorstand einer Krankenkasse ohnehin verpflichtet ist, den Verwaltungsrat über die finanzielle Situation der Krankenkasse zu unterrichten (§ 35a Abs. 2 Satz 1 Nr. 2, Satz 2 SGB IV), kann eine solche Informationspflicht auch ohne besondere Ermächtigungsgrundlage in der Satzung der Krankenkasse geregelt werden.

Ein Bedarf für die Einführung einer besonderen Informationspflicht gegenüber dem Landesverband besteht nicht. Diesbezüglich ist der Antrag im Zusammenhang mit einer Reihe weiterer Änderungsanträge zu sehen, die jeweils auf eine Stärkung der Rolle der Landesverbände abzielen. Diese Anträge sind gerichtet auf die Einführung verschiedener Anhörungs-, Informations- und Beteiligungsrechte der Landesverbände in Bezug auf die Finanzlage ihrer Mitglieds-

kassen, auf Maßnahmen zur Vermeidung der Insolvenz oder Schließung von Krankenkassen, auf die Einführung einer neuen Aufgabe zur Beratung ihrer Mitgliedschaften in Bezug auf deren finanzielle Entwicklung sowie auf die Ermöglichung der Gewährung finanzieller Hilfen durch die Landesverbände. Bedarf für derartige Regelungen besteht nicht. Faktisch dürften die vorgeschlagenen Regelungen ohnehin nur für das System der Betriebskrankenkassen von Bedeutung sein. Darüber hinaus hätte eine stärkere Beteiligung der Landesverbände einen erheblichen bürokratischen Mehraufwand zur Folge. Den vorgeschlagenen zusätzlichen Anhörungs- und Informationsrechten der Landesverbände stehen nach derzeitigem Recht zudem keine Aufgaben gegenüber, für deren Erfüllung derartige Informationen benötigt würden. Für die Einführung neuer Aufgaben für die Landesverbände im Rahmen dieses Gesetzes besteht indes kein sachlicher Bedarf.

Zu Nummer 11 (Artikel 1 Nr. 7 (§ 171b Abs. 2 Satz 2 SGB V))

Der Antrag wird im weiteren Gesetzgebungsverfahren geprüft.

Zu Nummer 12 (Artikel 1 Nr. 7 (§ 171b Abs. 4 Satz 1 SGB V))

Dem Antrag kann nicht entsprochen werden.

Die Regelung ist nicht erforderlich (vgl. Nummer 9).

Zu Nummer 13 (Artikel 1 Nr. 7 (§ 171b Abs. 5 Satz 2 – neu – SGB V))

Der Antrag wird im weiteren Gesetzgebungsverfahren geprüft.

Zu Nummer 14 (Artikel 1 Nr. 7 (§ 171b Abs. 7 – neu – SGB V))

Der Antrag wird im weiteren Gesetzgebungsverfahren geprüft

Zu Nummer 15 (Artikel 1 Nr. 8 (§ 171d Abs. 1 Satz 1 und 1a – neu – SGB V))

Dem Antrag kann nicht entsprochen werden.

Die im Gesetzentwurf vorgesehene zeitliche Begrenzung der Haftung des Spitzenverbandes Bund auf bis zum 31. Dezember 2009 entstandene Versorgungszusagen ist sachgerecht. Für Altersversorgungsverpflichtungen, die ab 1. Januar 2010 entstehen, besteht zum einen eine Insolvenzversicherung über den Pensions-Sicherungs-Verein, zum anderen steht für die Erfüllung dieser Verpflichtungen das ab 2010 zu bildende Deckungskapital vorrangig zur Verfügung. Die gesetzliche Anordnung einer Haftung des Spitzenverbandes Bund auch für ab 2010 neu entstehende Versorgungsansprüche würde deshalb eine nicht gerechtfertigte Übersicherung bedeuten.

Nach dem Wortlauf von § 171d Abs. 1 Satz 1 SGB V haftet der Spitzenverband Bund für die entstandenen unverfallbaren Versorgungsverpflichtungen. Höhe und Umfang der Versorgungsansprüche und -anwartschaften der Mitarbeiter

der Krankenkassen richten sich dabei nach der jeweiligen (vertraglichen) Zusage. Umfasst diese Zusage auch die Dynamisierung von Versorgungsansprüchen, erstreckt sich die Haftung des Spitzenverbandes Bund hierauf, ohne dass es einer ausdrücklichen gesetzlichen Klarstellung bedarf.

Die Anordnung einer Haftung des Spitzenverbandes Bund für Ansprüche auf Beihilfen im Krankheitsfall ist entbehrlich. Beihilfeansprüche wachsen – im Unterschied zu Altersversorgungsansprüchen – nicht sukzessive mit der Dauer einer Beschäftigung an, sondern entstehen im Krankheitsfall in vollem Umfang neu. Über eine Haftungsregelung abzusichernde sog. Altlasten existieren diesbezüglich deshalb nicht. Zu erfüllende Beihilfeansprüche ab 2010 sind über das Deckungskapital ausreichend abgesichert.

Zu Nummer 16 (Artikel 1 Nr. 8 (§ 171d Abs. 1 Satz 6 – neu – und 7 – neu – SGB V))

Dem Antrag kann nicht entsprochen werden.

Eine Einstandspflicht des Bundes zur Sicherung von Altersversorgungsansprüchen der Beschäftigten landesunmittelbarer Krankenkassen – auch in Form einer zinslosen Liquiditätshilfe – ist bereits aus (finanz-)verfassungsrechtlichen Gründen nicht möglich. Die Herstellung der Insolvenzfähigkeit von landesunmittelbaren Krankenkassen ist keine Aufgabe des Bundes, der sich aufgrund des in Artikel 104a des Grundgesetzes normierten Konnexitätsprinzips deshalb auch nicht an den Verwaltungskosten dieser Krankenkassen, insbesondere den Pensionslasten, beteiligen kann. Eine Liquiditätshilfe des Bundes ist zudem nicht erforderlich, da davon ausgegangen werden kann, dass das Gesamtsystem der gesetzlichen Krankenversicherung über den Spitzenverband Bund jederzeit leistungsfähig ist.

Zu Nummer 17 (Artikel 1 Nr. 8 (§ 171d Abs. 4a – neu – SGB V))

Dem Antrag kann nicht entsprochen werden.

Die Regelung ist entbehrlich. Ansprechpartner für Gläubiger der Krankenkasse ist im Falle der Schließung oder Auflösung der Abwicklungsvorstand und bei Eröffnung des Insolvenzverfahrens der gerichtlich bestellte Insolvenzverwalter. Aus diesem Grunde ist es nicht erforderlich, dem Spitzenverband Bund die Erfüllung von Versorgungsansprüchen aufzuerlegen.

Zu Nummer 18 (Artikel 1 Nr. 8 (§ 171d Abs. 6 – neu – SGB V))

Dem Antrag kann nicht entsprochen werden.

Die Gleichstellung der Schließung einer Krankenkasse durch die Aufsichtsbehörde mit der Eröffnung eines Insolvenzverfahrens ist nicht sachgerecht. Die als Rechtsfolge dieser Gleichstellung ausgelöste Eintrittspflicht des Pensions-Sicherungs-Vereins auch im Fall der Schließung ist mit der Systematik der Insolvenzversicherung des Betriebsrentengesetzes nicht vereinbar, zumal auch die privatrechtliche Liquidation einer Gesellschaft im Hinblick auf die Insolvenzversicherung von Versorgungsansprüchen der Beschäftigten einer Insolvenz nicht gleichgestellt ist.

Zu Nummer 19 (Artikel 1 Nr. 8 (§ 171e Abs. 1 Satz 5 und Abs. 4a – neu – SGB V))

Der Antrag wird im weiteren Gesetzgebungsverfahren geprüft.

Zu Nummer 20 (Artikel 1 Nr. 8 (§ 171e Abs. 5 Satz 6 – neu – SGB V))

Dem Antrag kann nicht entsprochen werden.

Die Regelung ist überflüssig. Die Befugnis der Länder, von Gebührenvorschriften des Bundes im Bereich der Landesverwaltung abzuweichen, ergibt sich bereits unmittelbar aus dem Grundgesetz (Artikel 84 Abs. 1 Satz 2 GG). Gebührenvorschriften für die Landesverwaltung sind Regelungen des Verwaltungsverfahrens der Länder.

Zu Nummer 21 (Artikel 1 Nr. 10 Buchstabe a1 – neu – (§ 172 Abs. 1 Satz 1 SGB V))

Dem Antrag kann nicht entsprochen werden.

Die Regelung ist nicht erforderlich (vgl. Nummer 9).

Zu Nummer 22 (Artikel 1 Nr. 10 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa0 – neu – (§ 172 Abs. 2 Satz 1 SGB V) und Artikel 7 Abs. 1 und 3 – neu – (Inkrafttreten))

Dem Antrag zu Buchstabe a kann nicht entsprochen werden.

Die Regelung ist nicht erforderlich (vgl. Nummer 9).

Der Antrag zu Buchstabe b wird im weiteren Gesetzgebungsverfahren geprüft.

Zu Nummer 23 (Artikel 1 Nr. 10 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa (§ 172 Abs. 2 Satz 1 SGB V))

Dem Antrag kann nicht entsprochen werden.

Die Regelung ist nicht erforderlich (vgl. Nummer 9).

Zu Nummer 24 (Artikel 1 Nr. 10 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb (§ 172 Abs. 2 Satz 2, 3 und 7 – neu – SGB V))

Dem Antrag kann nicht entsprochen werden.

Die Regelung ist nicht erforderlich (vgl. Nummer 9).

Zu Nummer 25 (Artikel 1 Nr. 10 Buchstabe c (§ 172 Abs. 3 Satz 1 und 2 SGB V))

Dem Antrag kann nicht entsprochen werden.

Die Regelung ist nicht erforderlich (vgl. Nummer 9).

Zu Nummer 26 (Artikel 1 Nr. 11a – neu – (§ 207 Abs. 1 Satz 3 SGB V))

Der Antrag wird im weiteren Gesetzgebungsverfahren geprüft.

Zu Nummer 27 (Artikel 1 Nr. 11b – neu – (§ 207 Abs. 4a Satz 2 SGB V))

Dem Antrag kann nicht entsprochen werden.

Die Regelung ist nicht erforderlich (vgl. Nummer 9).

Zu Nummer 28 (Artikel 1 Nr. 11c – neu – (§ 211 Abs. 2 Nr. 9 – neu – SGB V))

Dem Antrag kann nicht entsprochen werden.

Die Regelung ist nicht erforderlich (vgl. Nummer 9).

Zu Nummer 29 (Artikel 1 Nr. 13 (§ 265a Abs. 1 Satz 3a – neu – SGB V))

Dem Antrag kann nicht entsprochen werden.

Die Vorgabe eines Schwellenwertes als Mindestvoraussetzung für die Gewährung kassenartenübergreifender Finanzhilfen, der zugleich einen Mindesteigenanteil der betroffenen Kassenart an der solidarischen Unterstützungsleistung darstellt, begrenzt die Möglichkeiten des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, im Rahmen seiner Satzung in sachgerechter Form finanzielle Hilfen zur Vermeidung der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse vorzusehen.

Zu Nummer 30 (Artikel 1 Nr. 13 (§ 265a Abs. 2 Satz 1 SGB V))

Dem Antrag kann nicht entsprochen werden.

Die Regelung ist nicht erforderlich (vgl. Nummer 9).

Zu Nummer 31 (Artikel 1 Nr. 13 (§ 265a Abs. 3 Satz 2 SGB V))

Der Antrag wird im weiteren Gesetzgebungsverfahren geprüft.

Zu Nummer 32 (Artikel 1 Nr. 14 (§ 265b Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 und 3 – neu – SGB V))

Dem Antrag kann nicht entsprochen werden.

Die Regelung ist nicht erforderlich (vgl. Nummer 9).

Zu Nummer 33 (Artikel 1 Nr. 14 (§ 265b Abs. 1 Satz 3 – neu – SGB V))

Der Antrag wird im weiteren Gesetzgebungsverfahren geprüft.

Zu Nummer 34 (Artikel 4 (Eingangsformel, Artikel 1 Nr. 178 Buchstabe h Doppelbuchstabe aa und Artikel 2 Nr. 29 GKV-WSG) und Artikel 6 Nr. 1 (§ 36 Abs. 3 Satz 2 RSAV))

Dem Antrag kann nicht entsprochen werden.

Ab 2009 erhalten die Krankenkassen als Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zur Deckung ihrer standardisierten Leistungsausgaben eine Grundpauschale sowie alters-, geschlechts- und risikoadjustierte Zu- und Abschläge. Die Grundpauschale ist für alle Versicherten einheitlich, zusammen mit den Zu- und Abschlägen decken die Zuweisungen die standardisierten Leistungsausgaben der Krankenkassen, die ihnen für ihre Versicherten entstehen. Die Versicherten haben ein berechtigtes Interesse daran zu erfahren, welche Zuweisungen ihre Krankenkassen für sie erhalten. Eine gegebenenfalls erforderliche Erweiterung ist im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen.

Zu Nummer 35 (Artikel 6 Nr. 1 (§ 36 Abs. 3 Satz 1 RSAV))

Dem Antrag kann nicht entsprochen werden.

Die Bekanntmachung der Grundpauschale dient vorrangig der Erfüllung der gesetzlich vorgeschriebenen Information der Versicherten. Die Einzelheiten zu den für die Haushaltsplanung der Krankenkassen notwendigen Informationen werden in der noch ausstehenden Rechtsverordnung zum monatlichen Verfahren geregelt. Da die Grundlage für die Ermittlung der Grundpauschale der zum 1. November festzulegende einheitliche Beitragssatz und die zugrunde liegenden Prognosen sind, kann der Termin für die Bekanntgabe der Grundpauschale durch das Bundesversicherungsamt überdies nicht vor dem 1. November liegen.

Zu Nummer 36 (Artikel 6 Nr. 1 (§ 36 Abs. 3 Satz 1 RSAV))

Dem Antrag kann nicht entsprochen werden.

Da die für die Ermittlung und Bekanntgabe der Grundpauschale maßgeblichen Rechtsgrundlagen erst zum 1. Januar 2009 in Kraft treten (Artikel 46 Abs. 10 GKV-WSG, Bundesratsdrucksache 75/07), kann die Verpflichtung des Bundesversicherungsamtes für die erstmalige Bekanntgabe der Grundpauschale nicht vor diesem Zeitpunkt bestehen.

Zu Nummer 37 (Artikel 6 Nr. 1 (§ 37 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 und 3 RSAV))

Die Bundesregierung hält an ihrer Regelung zu den Verwaltungskosten fest. Die von den Ländern vorgetragenen Argumente führen zu keiner neuen Einschätzung.

Zu Nummer 38 (Artikel 6 (Allgemein))

Der Antrag wird im weiteren Gesetzgebungsverfahren geprüft.

Zu Nummer 39 (Artikel 6a – neu – (§ 40 Abs. 1 Satz 1a – neu SGB XI))

Dem Antrag kann nicht entsprochen werden.

Das Bundessozialgericht (BSG) hat in der genannten Entscheidung grundsätzlich bestätigt, dass durch die Einführung der Pflegeversicherung die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung in Bezug auf die Versorgung mit Hilfsmitteln nicht eingeschränkt worden ist und die Pflegekassen nicht für Leistungen aufkommen dürfen, für die die Krankenkassen zuständig sind. Vor diesem Hintergrund wird derzeit keine Notwendigkeit einer Änderung des § 40 SGB XI gesehen. Es sollte zunächst weiter beobachtet werden, wie sich die BSG-Entscheidung im praktischen Versorgungsgeschehen auswirkt.

Zu Nummer 40 (Kostenaufteilung)

Dem Antrag kann nicht entsprochen werden.

Es handelt sich nicht um ein flächendeckendes Problem, das alle Kassenarten betrifft und das ein Tätigwerden des Gesetzgebers erforderlich macht. Derart punktuell auftretende Probleme können durch geeignete Vereinbarungen innerhalb der betroffenen Kassenarten sachgerechter gelöst werden, da eine gesetzliche Regelung zwangsläufig zu einer Änderung der geltenden Rechtslage für alle Kassenarten führen würde.

