Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG)

A. Problem und Ziel

Derzeit gilt die Insolvenzordnung (InsO) nur für bundesunmittelbare Krankenkassen. Dies führt zu ungleichen wettbewerblichen Ausgangspositionen, da die Insolvenzfähigkeit Umlagepflichten für das Insolvenzgeld nach dem SGB III und für die Insolvenzsicherung von Altersversorgungsansprüchen der Beschäftigten auslöst (vgl. für Allgemeine Ortskrankenkassen BVerwGE 72, 212 und für Ersatzkassen BSG MDR 1978, 962). Diese finanziell bedeutsame Ungleichbehandlung wird durch die Herstellung der Insolvenzfähigkeit aller Krankenkassen beseitigt.

Die geltenden Regelungen über die Haftung bei Schließung einer Krankenkasse sind mit den wettbewerblichen Strukturen des GKV-Systems immer weniger vereinbar. Der Zusammenhalt innerhalb einer Kassenart wurde durch die grundlegenden organisationsrechtlichen Änderungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) im Verbänderecht deutlich gelockert. Auch Krankenkassen einer Kassenart stehen zueinander im Wettbewerb, sodass die nach dem geltenden Haftungsrecht erforderliche Solidarität immer schwieriger eingefordert werden kann. Daher muss das Organisationsrecht der GKV auf den Strukturentscheidungen des GKV-WSG aufbauend weiter entwickelt werden. Durch die Herstellung der Insolvenzfähigkeit aller Krankenkassen sollen deshalb für alle Krankenkassen gleiche Rahmenbedingungen geschaffen, die Transparenz in Bezug auf die tatsächliche finanzielle Situation der Krankenkassen erhöht und eine stärkere Nachhaltigkeit der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung erreicht werden.

B. Lösung

Der vorliegende Gesetzentwurf sieht vor, dass ab 1. Januar 2010 alle gesetzlichen Krankenkassen in den Anwendungsbereich der Insolvenzordnung fallen. Die Haftung der Länder für Versorgungsansprüche und Ansprüche auf Insolvenzgeld nach dem SGB III der Beschäftigten von bisher insolvenzunfähigen landesunmittelbaren Krankenkassen entfällt bereits zum 1. Januar 2009. Ab 2010 werden alle Krankenkassen verpflichtet, für ihre Versorgungsverpflichtungen ausreichendes Deckungskapital zu bilden, wodurch auch eine Verschiebung der Finanzierung von Altersversorgungslasten in die Zukunft begrenzt wird. Um eine Überforderung einzelner Krankenkassen zu vermeiden, ist für den Kapitalaufbau ein Zeitraum von bis zu 40 Jahren vorgesehen.

Das Schließungsrecht der Aufsichtsbehörde bei nicht auf Dauer gesicherter Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse bleibt erhalten. Wegen der im Rahmen eines Schließungsverfahrens bestehenden Möglichkeiten der Aufsichtsbehörde, durch die Organisation finanzieller Hilfen oder von Fusionen die Abwicklung einer Krankenkasse zu vermeiden, hat das Schließungsverfahren Vorrang vor der Einleitung eines Insolvenzverfahrens. Zur Vermeidung von Schließungs- bzw. Insolvenzfällen sieht der Gesetzentwurf auch Regelungen vor, die es den Krankenkassen und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen ermöglichen, Unterstützungsleistungen zu Gunsten Not leidender Krankenkassen zu erbringen.

Bei Insolvenz einer Krankenkasse haften zunächst die übrigen Kassen der Kassenart in vollem Umfang für ungedeckte Versorgungsverpflichtungen der betroffenen Krankenkasse. Erst wenn die Krankenkassen dieser Kassenart nicht mehr in der Lage sind, diese Verpflichtungen zu erfüllen, haften hierfür auch die Krankenkassen der übrigen Kassenarten. Für Verpflichtungen gegenüber Versicherten und Leistungserbringern, die aus verfassungsrechtlichen Gründen in vollem Umfang erfüllt werden müssen, haften die verbleibenden Krankenkassen der Kassenart nur bis zu einem Schwellenwert, um eine finanzielle Überforderung und Folgeinsolvenzen zu vermeiden. Für alle übrigen Verpflichtungen der betroffenen Krankenkasse gelten die Verteilungsregelungen der Insolvenzordnung. Im Fall der Schließung einer Krankenkasse haften wie bisher die Krankenkassen der Kassenart für die Verpflichtungen der geschlossenen Krankenkasse. Reicht das Vermögen dieser Krankenkassen nicht aus, haften hierfür auch die Krankenkassen der anderen Kassenarten.

Die für die Krankenkassen geltenden Rechnungslegungsvorschriften werden an die im Handelsgesetzbuch geregelten Grundsätze einer ordnungsgemäßen Buchführung und Bilanzierung angenähert. Darüber hinaus enthält der Gesetzentwurf u.a. die für die Einführung des Gesundheitsfonds erforderlichen Regelungen zur Standardisierung der Verwaltungsausgaben der Krankenkassen.

C. Alternativen

Keine

D. Finanzielle Auswirkungen auf die öffentlichen Haushalte

Finanzielle Auswirkungen für Bund, Länder und Gemeinden

Für Bund, Länder und Gemeinden entstehen durch dieses Gesetz keine finanziellen Belastungen. Durch den Wegfall der Haftung für die Versorgungsansprüche der Beschäftigten von bislang insolvenzunfähigen landesunmittelbaren Krankenkassen werden die Länder ab 2009 im Vergleich zum bislang geltenden Recht von eventuellen finanziellen Haftungsfolgen entbunden.

Finanzielle Auswirkungen für die gesetzliche Krankenversicherung

Durch die Verpflichtung für sämtliche gesetzlichen Krankenkassen, ab dem Jahr 2010 in einem Zeitraum von bis zu 40 Jahren ausreichendes Deckungskapital für ihre Versorgungsverpflichtungen zu bilden, wird eine Verschiebung von Versorgungslasten in die Zukunft begrenzt. Durch die Wahl dieses langen Zeitraums sind im Bereich der Allgemeinen Ortskrankenkassen, bei denen für die sog. "Dienstordnungsangestellten" die im Vergleich mit anderen Krankenkassen mit Abstand höchsten Versorgungsansprüche der Beschäftigten bestehen, voraussichtlich durch ein beim AOK-Bundesverband auf freiwilliger Basis gebildetes Sondervermögen insgesamt genügend Finanzmittel vorhanden, um unter Berücksichtigung einer 40 jährigen Verzinsung über das zu diesem Zeitpunkt erforderliche Deckungskapital verfügen zu können. Bei den einzelnen Krankenkassen können je nach Anzahl der versorgungsberechtigten aktiven und ehemaligen Beschäftigten sowie bereits gebildeten Rückstellungen für Versorgungslasten Zusatzbelastungen entstehen, die kassenindividuell ermittelt werden müssen. Zur Absicherung zukünftig entstehender Versorgungsanwartschaften haben alle Krankenkassen Beiträge an den Pensions-Sicherungs-Verein zu entrichten, deren Höhe sich nach dem Umfang der entsprechenden kassenindividuell zu ermittelnden Anwartschaften richtet. Die für diese Aufwendungen von den Krankenkassen bereitzustellenden Mittel sind ihrer Höhe nach noch nicht quantifizierbar, werden jedoch nur eine geringe, nicht beitragsrelevante Größenordnung haben. Aufgrund der Insolvenzfähigkeit sind zukünftig alle Krankenkassen mit Ausnahme der Landwirtschaftlichen Krankenkassen und

der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See beitragspflichtig gemäß § 359 Absatz 2 SGB III.

Aus den Regelungen zur Risikostrukturausgleichs-Verordnung ergeben sich für die gesetzliche Krankenversicherung insgesamt keine Be- oder Entlastungseffekte

Durch die Überweisung eines Anteils des pauschalen Bundeszuschusses in Höhe von 4 Mrd. Euro im Jahr 2009 an die landwirtschaftlichen Krankenkassen reduziert sich der Betrag, der zur Finanzierung der Zuweisungen der anderen Krankenkassen verbleibt, um ca. 48 Mio. Euro. Bei einem Anstieg des Bundeszuschusses um jeweils 1,5 Mrd. Euro in den Folgejahren erhöht sich dieser Betrag um jeweils ca. 16 Mio. Euro.

E. Sonstige Kosten

Es ergeben sich keine Auswirkungen auf die Verbraucherpreise, da die Reformmaßnahmen nur zu geringen finanziellen Auswirkungen bei den Verwaltungsausgaben der Krankenkassen führen. Die Bildung eines ausreichenden Deckungskapitals für die eingegangenen Versorgungsverpflichtungen hat auch keine Auswirkungen auf das Preisniveau von Gesundheitsleistungen, da die Preisbildung in diesem Bereich nicht von der Höhe der Verwaltungsausgaben der Krankenkassen bestimmt wird.

F. Bürokratiekosten

Es werden acht neue Informationspflichten für die Verwaltung eingeführt. Sie beinhalten zum Einen Anzeige- und Unterrichtungspflichten der Krankenkassen und Aufsichtsbehörden sowie des Insolvenzgerichts. Sie sind für die Einleitung und die weitere Durchführung des Insolvenzverfahrens, aber auch für die mögliche Vermeidung eines solchen Verfahrens zwingend erforderlich. Zum anderen resultieren die neuen Informationspflichten aus der Annäherung der für die Krankenkassen maßgeblichen Rechnungslegungsvorschriften an die Bilanzierungsregelungen des HGB.

Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG)

Vom [Datum der Ausfertigung]

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), zuletzt geändert durch … (BGBl. I S. …), wird wie folgt geändert:

1. Dem § 26 wird folgender Absatz 3 angefügt:

   "(3) Die Krankenkassen haben im Zusammenwirken mit den für die Kinder- und Gesundheitspflege durch Landesrecht bestimmten Stellen der Länder auf eine Inanspruchnahme der Leistungen nach Absatz 1 hinzuwirken. Zur Durchführung der Maßnahmen nach Satz 1 schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen mit den Stellen der Länder nach Satz 1 gemeinsame Rahmenvereinbarungen."

2. § 101 Abs. 4 wird wie folgt geändert:

   a) Satz 5 wird wie folgt gefasst:

      In den Richtlinien nach Absatz 1 ist für die Zeit bis zum 31. Dezember 2013 sicherzustellen, dass mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 20 Prozent der allgemeinen Verhältniszahl den überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten und mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 10 Prozent der allgemeinen Verhältniszahl den Leistungserbringern nach Satz 1, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen, vorbehalten ist.

   b) In Satz 6 werden vor dem Wort "Versorgungsanteile" die Wörter "in Satz 5 bestimmten" eingefügt und die Wörter "von 40 Prozent" gestrichen.

3. § 155 wird wie folgt geändert:

   a) Dem Absatz 1 werden folgende Sätze angefügt:

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

   b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

      aa) Nach Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:

         „Sind die Betriebskrankenkassen zur Erfüllung dieser Verpflichtungen nicht in der Lage, macht der Spitzenverband Bund der Krankenkassen

den nicht gedeckten Betrag bei allen anderen Krankenkassen mit Ausnahme der Landwirtschaftlichen Krankenkassen geltend.“

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„§ 164 Abs. 2 bis 4 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass § 164 Abs. 3 Satz 3 nur für Beschäftigte gilt, deren Arbeitsverhältnis nicht durch ordentliche Kündigung beendet werden kann.“

c) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) In Nummer 3 wird das Wort „sowie“ durch ein Komma ersetzt.

bbb) Nach Nummer 3 wird folgende Nummer 4 eingefügt:

„4. der in § 171d Abs. 1 Satz 3 genannten Verpflichtungen bis zum 31. Dezember 2049 sowie“.

ccc) Die bisherige Nummer 4 wird Nummer 5.

bb) In Satz 4 wird die Angabe „Absatz 4 Satz 5 und 6“ durch die Angabe „Absatz 4 Satz 5 bis 7“ ersetzt.

4. § 164 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 6 wird die Angabe „§ 155 Abs. 4 Satz 5 und 6“ durch die Angabe „§ 155 Abs. 4 Satz 5 bis 7“ ersetzt.

bb) In Satz 7 wird die Angabe „§ 155 Abs. 4 Satz 7“ durch die Angabe „§ 155 Abs. 4 Satz 8“ ersetzt.

b) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Jede Innungskrankenkasse ist verpflichtet, entsprechend ihrem Anteil an der Zahl der Versicherten aller Innungskrankenkassen dienstordnungsmäßige Stellungen nach Satz 1 nachzuweisen und Anstellungen nach Satz 3 anzubieten; die Nachweise und Angebote sind den Beschäftigten in geeigneter Form zugänglich zu machen.“

5. § 171 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt, nach der Angabe „§ 155 Abs. 1 bis 3“ die Angabe „und § 164 Abs. 2 bis 5“ und nach dem Wort „entsprechend“ die Wörter „mit der Maßgabe, dass § 164 Abs. 3 Satz 3 nur für Beschäftigte gilt, deren Arbeitsverhältnis nicht durch ordentliche Kündigung beendet werden kann“ eingefügt.

b) In Satz 2 wird die Angabe „§ 155 Abs. 4 Satz 4 bis 6“ durch die Angabe „§ 155 Abs. 4 Satz 4 bis 7“ ersetzt.

6. Nach § 171 wird folgende Überschrift eingefügt:

„Achter Titel

Kassenartenübergreifende Regelungen“.

7. § 171b wird wie folgt gefasst:

„§ 171b

Insolvenz von Krankenkassen

(1) Vom 1. Januar 2010 an findet § 12 Abs. 1 Nr. 2 der Insolvenzordnung auf Krankenkassen keine Anwendung. Von diesem Zeitpunkt an gilt die Insolvenzordnung für die Krankenkassen nach Maßgabe der nachfolgenden Absätze.

(2) Wird eine Krankenkasse zahlungsunfähig oder ist sie voraussichtlich nicht in der Lage, die bestehenden Zahlungspflichten im Zeitpunkt der Fälligkeit zu erfüllen (drohende Zahlungsunfähigkeit) oder tritt Überschuldung ein, hat der Vorstand der Krankenkasse dies der zuständigen Aufsichtsbehörde unter Beifügung aussagefähiger Unterlagen unverzüglich anzuzeigen. Verbindlichkeiten der Krankenkasse, für die nach § 171d Abs. 1 der Spitzenverband Bund der Krankenkassen haftet, sind bei der Feststellung der Überschuldung nicht zu berücksichtigen.

(3) Der Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens über das Vermögen der Krankenkasse kann nur von der Aufsichtsbehörde gestellt werden. Liegen zugleich die Voraussetzungen für eine Schließung wegen auf Dauer nicht mehr gesicherter Leistungsfähigkeit vor, soll die Aufsichtsbehörde anstelle des Antrages nach Satz 1 die Krankenkasse schließen. Stellt die Aufsichtsbehörde den Antrag nach Satz 1 nicht innerhalb von drei Monaten nach Eingang der in Absatz 2 Satz 1 genannten Anzeige, ist die spätere Stellung eines Insolvenzantrages solange ausgeschlossen, wie der Insolvenzgrund, der zu der Anzeige geführt hat, fortbesteht.

(4) Die Aufsichtsbehörde hat den Spitzenverband Bund der Krankenkassen unverzüglich über die Antragstellung nach Absatz 3 Satz 1 zu unterrichten. Vor der Bestellung des Insolvenzverwalters hat das Insolvenzgericht die Aufsichtsbehörde zu hören. Der Aufsichtsbehörde ist der Eröffnungsbeschluss gesondert zuzustellen. Die Aufsichtsbehörde und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen können jederzeit vom Insolvenzgericht und dem Insolvenzverwalter Auskünfte über den Stand des Verfahrens verlangen.

(5) Mit dem Tag der Eröffnung des Insolvenzverfahrens oder dem Tag der Rechtskraft des Beschlusses, durch den die Eröffnung des Insolvenzverfahrens mangels Masse abgelehnt worden ist, ist die Krankenkasse geschlossen mit der Maßgabe, dass die Abwicklung der Geschäfte der Krankenkasse im Fall der Eröffnung des Insolvenzverfahrens nach den Vorschriften der Insolvenzordnung erfolgt.

(6) Zum Vermögen einer Krankenkasse gehören die Betriebsmittel, die Rücklage und das Verwaltungsvermögen. Abweichend von § 260 Abs. 2 Satz 2 bleiben die Beitragsforderungen der Krankenkasse außer Betracht, soweit sie dem Gesundheitsfonds als Sondervermögen zufließen.“

8. Nach § 171b werden folgende §§ 171c bis 171f eingefügt:

„§ 171c

Aufhebung der Haftung nach § 12 Abs. 2 Insolvenzordnung

Vom 1. Januar 2009 an haften die Länder nicht mehr nach § 12 Abs. 2 der Insolvenzordnung für die Ansprüche der Beschäftigten von Krankenkassen auf Leistungen der Altersversorgung und auf Insolvenzgeld.

§ 171d

Haftung im Insolvenzfall

(1) Wird über das Vermögen einer Krankenkasse das Insolvenzverfahren eröffnet oder die Eröffnung mangels Masse rechtskräftig abgewiesen (Insolvenzfall), haftet der Spitzenverband Bund der Krankenkassen für die bis zum 31. Dezember 2009 entstandenen unverfallbaren Altersversorgungsverpflichtungen dieser Krankenkasse und für Verpflichtungen aus Darlehen, die zur Ablösung von Verpflichtungen gegenüber einer öffentlich-rechtlichen Einrichtung zur betrieblichen Altersversorgung aufgenommen worden sind, soweit die Erfüllung dieser Verpflichtungen durch den Insolvenzfall beeinträchtigt oder unmöglich wird. Soweit der Träger der Insolvenzsicherung nach dem Betriebsrentengesetz die unverfallbaren Altersversorgungsverpflichtungen einer Krankenkasse zu erfüllen hat, ist ein Rückgriff gegen die anderen Krankenkassen oder ihre Verbände ausgeschlossen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen macht die zur Erfüllung seiner Haftungsverpflichtung erforderlichen Beträge bei den übrigen Krankenkassen der Kassenart sowie bis zum 31. Dezember 2049 anteilig auch bei den Krankenkassen geltend, die aus einer Vereinigung nach § 171a hervorgegangen sind, wenn an der Vereinigung eine Krankenkasse beteiligt war, die dieser Kassenart angehört hat. Sind die in Satz 3 genannten Krankenkassen nicht in der Lage, die Verpflichtungen nach Satz 1 zu erfüllen, macht der Spitzenverband Bund der Krankenkassen den nicht gedeckten Betrag bei allen anderen Krankenkassen geltend. § 155 Abs. 4 Satz 7 und § 164 Abs. 2 bis 4 gelten entsprechend.

(2) Das Nähere zur Geltendmachung der Beträge nach Absatz 1 Satz 3 und 4 sowie nach § 155 Abs. 4 Satz 6 regelt das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates.

(3) Im Fall der Insolvenz einer Krankenkasse, bei der vor dem 1. Januar 2010 das Insolvenzverfahren nicht zulässig war, umfasst der Insolvenzschutz nach dem Vierten Abschnitt des Betriebsrentengesetzes nur die Ansprüche und Anwartschaften aus Versorgungszusagen, die nach dem 31. Dezember 2009 entstanden sind.

(4) Hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf Grund des Absatzes 1 Leistungen zu erbringen, gilt § 9 Abs. 2 bis 3a mit Ausnahme des Absatzes 3 Satz 1 letzter Halbsatz des Betriebsrentengesetzes entsprechend für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen macht die Ansprüche nach Satz 1 im Insolvenzverfahren zu Gunsten der Krankenkassen nach Absatz 1 Satz 3 und 4 geltend.

(5) Für die in § 155 Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 und 5 genannten Ansprüche und Forderungen haften im Insolvenzfall die übrigen Krankenkassen der Kassenart. Übersteigen die Verpflichtungen nach Satz 1 ein Prozent des Gesamtbetrages der Zuweisungen, den die Krankenkassen der jeweiligen Kassenart aus dem Gesundheitsfonds jährlich erhalten, haften hierfür auch die Krankenkassen der anderen Kassenarten. § 155 Abs. 4 Satz 5 bis 7 gilt entsprechend. Soweit Krankenkassen nach den Sätzen 1 oder 2 Leistungen zu erbringen haben, gehen die Ansprüche der Versicherten und der Leistungserbringer auf sie über. Absatz 4 Satz 2 gilt entsprechend.

§ 171e

Deckungskapital für Altersversorgungsverpflichtungen

(1) Krankenkassen haben für Versorgungszusagen, die eine direkte Einstandspflicht nach § 1 Abs. 1 Satz 3 des Betriebsrentengesetzes auslösen sowie für ihre Beihilfeverpflichtungen durch mindestens jährliche Zuführungen vom 1. Januar 2010 an bis spätestens zum 31. Dezember 2049 ein wertgleiches Deckungskapital zu bilden, mit dem der voraussichtliche Barwert dieser Verpflichtungen an diesem Tag vollständig ausfinanziert wird. Auf der Passivseite der Vermögensrechnung sind Rückstellungen in Höhe des vorhandenen Deckungskapitals zu bilden. Satz 1 gilt nicht, soweit eine Krankenkasse der Aufsichtsbehörde durch ein versicherungsmathematisches Gutachten nachweist, dass für ihre Verpflichtungen aus Versorgungsanwartschaften und –ansprüchen sowie für ihre Beihilfeverpflichtungen ein Deckungskapital besteht, das die in Satz 1 und in der Rechtsverordnung nach Absatz 3 genannten Voraussetzungen erfüllt. Der Nachweis ist bei wesentlichen Änderungen der Berechnungsgrundlagen, in der Regel alle fünf Jahre zu aktualisieren. Das Deckungskapital darf nur zweckentsprechend verwendet werden.

(2) Soweit Krankenversicherungsträger vor dem 31. Dezember 2009 Mitglied einer öffentlich-rechtlichen Versorgungseinrichtung geworden sind, werden die zu erwartenden Versorgungsleistungen im Rahmen der Verpflichtungen nach Absatz 1 entsprechend berücksichtigt. Wurde vor dem 31. Dezember 2009 Deckungskapital bei aufsichtspflichtigen Unternehmen im Sinne des § 1 Abs. 1 Nr. 1 und 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes gebildet, wird dieses anteilig berücksichtigt, sofern es sich um Versorgungszusagen nach Absatz 1 Satz 1 handelt. Soweit Krankenversicherungsträger dem Versorgungsrücklagegesetz des Bundes oder entsprechender Landesgesetze unterliegen, ist das nach den Vorgaben dieser Gesetze gebildete Kapital ebenfalls zu berücksichtigen.

(3) Das Bundesministerium für Gesundheit regelt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über

1. die Abgrenzung der Versorgungsverpflichtungen, für die das Deckungskapital zu bilden ist,

2. die allgemeinen versicherungsmathematischen Vorgaben für die Ermittlung des Barwerts der Versorgungsverpflichtungen,

3. die Höhe der für die Bildung des Deckungskapitals erforderlichen Zuweisungsbeträge und über die Überprüfung und Anpassung der Höhe der Zuweisungsbeträge,

4. das Zahlverfahren der Zuweisungen zum Deckungskapital,

5. die Anrechnung von Deckungskapital bei den jeweiligen Durchführungswegen der betrieblichen Altersversorgung sowie über die Anlage des Deckungskapitals.

Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Befugnis nach Satz 1 durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates auf das Bundesversicherungsamt übertragen. In diesem Fall gilt für die dem Bundesversicherungsamt entstehenden Ausgaben § 271 Abs. 6 entsprechend.

(4) Die Ermittlung der Höhe des erforderlichen Deckungskapitals durch die Krankenkasse und die Zuführungspläne zum Deckungskapital sind von der Aufsichtsbehörde zu genehmigen.

(5) Für Amtshandlungen nach Absatz 4 werden Gebühren und Auslagen erhoben. Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die gebührenpflichtigen Tatbestände, die Höhe der Gebühren und die Auslagenerstattung zu bestimmen. Es kann dafür feste Sätze, auch in Form von Zeitgebühren, und Rahmensätze vorsehen. Die Gebührensätze sind so zu bemessen, dass der mit den Amtshandlungen verbundene gesamte Personal- und Sachaufwand der Aufsichtsbehörde gedeckt wird. Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Verordnungsermächtigung nach Satz 2 durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates auf das Bundesversicherungsamt übertragen.

§ 171f

Insolvenzfähigkeit von Krankenkassenverbänden

Die §§ 171b bis 171e gelten für die Verbände der Krankenkassen entsprechend.“

9. Vor § 172 wird die Überschrift „Achter Titel Kassenartenübergreifende Regelungen“ aufgehoben.

10. § 172 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 172

Vermeidung der Schließung oder Insolvenz von Krankenkassen“.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „Verband, der im Fall ihrer Auflösung oder Schließung ihre Verpflichtungen gegenüber den Gläubigern zu erfüllen hat,“ durch die Wörter „Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

bb) Nach Satz 1 werden folgende Sätze eingefügt: „Stellt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen fest, dass in der letzten Vierteljahresrechnung einer Krankenkasse die Ausgaben die Einnahmen um einen Betrag überstiegen haben, der größer ist als 0,5 Prozent der durchschnittlichen monatlichen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für den zu beurteilenden Berichtszeitraum, so hat er hierüber die zuständige Aufsichtsbehörde zu unterrichten. Darüber hinaus hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen den Aufsichtsbehörden die in den Jahresrechnungen zum Stichtag 31. Dezember eines jeden Kalenderjahres ausgewiesenen Betriebsmittel, Rücklagen und Geldmittel zur Anschaffung und Erneuerung von Verwaltungsvermögen einer Krankenkasse mitzuteilen. Die Aufsichtsbehörde hat unter Berücksichtigung der in Satz 2 und 3 genannten Finanzdaten vom Vorstand einer Krankenkasse unverzüglich die Vorlage der in Satz 1 genannten Unterlagen und Auskünfte zu verlangen, wenn sich daraus Anhaltspunkte für eine dauerhafte Gefährdung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Kasse ergeben.“

cc) In dem bisherigen Satz 3 wird die Angabe „Satz 1“ durch die Angabe „den Sätzen 1 und 4“ ersetzt.

c) Folgender Absatz 3 wird angefügt:

„(3) Stellt die Aufsichtsbehörde im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen fest, dass bei einer Krankenkasse nur durch die Vereinigung mit einer anderen Krankenkasse die Leistungsfähigkeit auf Dauer gesichert oder der Eintritt von Zahlungsunfähigkeit oder Überschuldung vermieden werden kann, kann dieser der Aufsichtsbehörde Vorschläge für eine Vereinigung dieser Krankenkasse mit einer anderen Krankenkasse vorlegen. Kommt bei der in ihrer Leistungsfähigkeit gefährdeten Krankenkasse ein Beschluss über eine freiwillige Vereinigung innerhalb einer von der Aufsichtsbehörde gesetzten Frist nicht zustande, ersetzt die Aufsichtsbehörde diesen Beschluss.“

11. Dem § 195 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

„Klagen gegen Maßnahmen der Aufsichtsbehörde nach den Sätzen 1 und 2 haben keine aufschiebende Wirkung.“

12. Dem § 252 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

"Das Weitere zum Verfahren der Beitragszahlungen nach Satz 1 und Beitragsweiterleitungen nach Satz 3 wird durch Rechtsverordnung nach den §§ 28c und 28n des Vierten Buches geregelt."

13. § 265a wird wie folgt gefasst:

„§ 265a

Finanzielle Hilfen zur Vermeidung der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse

(1) Die Satzung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen hat bis zum 31. März 2009 Bestimmungen über die Gewährung finanzieller Hilfen zur Ermöglichung oder Erleichterung von Vereinigungen von Krankenkassen, die zur Abwendung von Haftungsrisiken für notwendig erachtet werden, vorzusehen. Näheres über Voraussetzungen, Umfang, Finanzierung und Durchführung der Hilfen regelt die Satzung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. In der Satzung ist vorzusehen, dass die Hilfen nur gewährt werden, wenn finanzielle Hilfe nach § 265b in ausreichender Höhe gewährt wird. Die Satzungsregelungen werden mit 70 Prozent der nach § 217c Abs. 1 Satz 2 gewichteten Stimmen der Mitglieder beschlossen.

(2) Der Antrag auf Gewährung einer finanziellen Hilfe nach Absatz 1 kann nur von der Aufsichtsbehörde gestellt werden. Der Vorstand des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen entscheidet über die Gewährung der Hilfe nach Absatz 1. Die Hilfen können auch als Darlehen gewährt werden. Sie sind zu befristen und mit Auflagen zu versehen, die der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit dienen.

(3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen macht die zur Finanzierung der Hilfen erforderlichen Beträge durch Bescheid bei seinen Mitgliedskassen mit Ausnahme der Landwirtschaftlichen Krankenkassen geltend. Bei der Aufteilung der Finanzierung der Hilfen ist die unterschiedliche Leistungsfähigkeit der Krankenkassen angemessen zu

berücksichtigen. Klagen gegen die Bescheide, mit denen die Beträge zur Finanzierung der Hilfeleistungen angefordert werden, haben keine aufschiebende Wirkung.

(4) Ansprüche und Verpflichtungen auf Grund der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung des § 265a bleiben unberührt."

14. Nach § 265a wird folgender § 265b eingefügt:

„§ 265b

Freiwillige finanzielle Hilfen

(1) Krankenkassen können mit anderen Krankenkassen derselben Kassenart Verträge über die Gewährung von Hilfeleistungen schließen, um

1. deren Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit zu erhalten,

2. Haftungsfälle nach § 155 Abs. 4 und 5 und § 171d Abs. 1 Satz 3 und 4 insbesondere durch die Unterstützung von freiwilligen Vereinigungen zu verhindern oder

3. die Aufteilung der Beträge nach § 171d Abs. 1 Satz 3 und 4 abweichend von der nach § 171d Abs. 2 erlassenen Rechtsverordnung zu regeln.

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

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

15. Dem § 307a wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Wer es als Mitglied des Vorstands einer Krankenkasse entgegen § 171b Abs. 2 Satz 1 unterlässt, der Aufsichtsbehörde die dort vorgeschriebene Anzeige zu machen, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft. Handelt der Täter fahrlässig, so ist die Strafe Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe."

Artikel 2

Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

Das Vierte Buch Sozialgesetzbuch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. Januar 2006 (BGBl. I S. 86, 466), zuletzt geändert durch … (BGBl. I S. …), wird wie folgt geändert:

1. In § 77 wird nach Absatz 1 folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Die Jahresrechnung einer Krankenkasse einschließlich der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, soweit sie die Krankenversicherung nach dem Fünften Buch durchführt, hat ein den tatsächlichen Verhältnissen entsprechendes Bild der Vermögens-, Finanz- und Ertragslage der Krankenkassen zu vermitteln. Die gesetzlichen Vertreter der Krankenkasse haben bei der Unterzeichnung der Jahresrechnung nach bestem Wissen schriftlich zu versichern, dass die Jahresrechnung ein den tatsächlichen Verhältnissen entsprechendes Bild im Sinne des Satzes 1

vermittelt. Dabei sind bei der Bewertung der in der Jahresrechnung oder den ihr zu Grunde liegenden Büchern und Aufzeichnungen ausgewiesenen Vermögensgegenstände und Verbindlichkeiten insbesondere folgende Grundsätze zu beachten:

1. die Saldenvorträge zu Beginn des Rechnungsjahres müssen mit den entsprechenden Schlusssalden der Jahresrechnungen des vorhergehenden Rechnungsjahres übereinstimmen;

2. die Jahresrechnung muss klar und übersichtlich sein: insbesondere dürfen keine Veränderungen vorgenommen werden, die

   a) dazu führen, dass der ursprüngliche Inhalt einer Eintragung oder Aufzeichnung nicht mehr feststellbar ist oder

   b) es ungewiss lassen, ob sie ursprünglich oder erst später gemacht worden sind;

3. die Vermögensgegenstände und Verbindlichkeiten müssen zum Abschlussstichtag einzeln bewertet sein;

4. es ist vorsichtig zu bewerten, namentlich sind alle vorhersehbaren Risiken und Verluste, die bis zum Abschlussstichtag entstanden sind, zu berücksichtigen, selbst wenn diese erst zwischen dem Abschlussstichtag und dem Tag der Aufstellung der Jahresrechnung bekannt geworden sind; Gewinne sind nur zu berücksichtigen, wenn sie am Abschlussstichtag realisiert sind;

5. Aufwendungen und Erträge des Rechnungsjahres sind unabhängig von den Zeitpunkten der entsprechenden Zahlungen in der Jahresrechnung zu berücksichtigen;

6. die auf die vorhergehende Jahresrechnung angewandten Bewertungsmethoden sollen beibehalten werden.“

2. Dem § 78 wird folgender Satz angefügt:

   „Ausführungsbestimmungen über die Grundsätze nach § 77 Abs. 1a können in die Rechtsverordnung nach Satz 1 aufgenommen werden, soweit dies erforderlich ist, um nach einheitlichen Kriterien geschaffene Unterlagen zur Bewertung der von den Krankenkassen aufgestellten Jahresrechnungen und ihrer Finanzlage zu erhalten.“

3. § 79 Abs.1 Satz 2 wird durch folgende Sätze ersetzt:

   „Die Unterlagen für das Bundesministerium für Arbeit und Soziales sind dem im jeweiligen Versicherungszweig im gesamten Geltungsbereich dieses Buches zuständigen Verband maschinell verwertbar und geprüft zuzuleiten. Nach Aufbereitung leitet dieser die Unterlagen in maschinell verwertbarer Form an das Bundesministerium für Arbeit und Soziales sowie an die zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder oder an die von ihnen bestimmten Stellen weiter.“

4. Dem § 111 werden folgende Absätze 5 und 6 angefügt:

   „(5) Ordnungswidrig handelt auch, wer entgegen § 77 Abs. 1a oder entgegen der Rechtsverordnung nach § 78 als Mitglied eines vertretungsberechtigten Organs einer Krankenkasse

1. bei der Aufstellung oder Feststellung eines Jahresabschlusses den Grundsätzen ordnungsmäßiger Buchführung und Bilanzierung zuwider handelt,

2. gegen die Pflicht zur Offenlegung des Jahresabschlusses oder anderer Unterlagen der Rechnungslegung verstößt oder

3. im Zusammenhang mit den Nummern 1 und 2 bei hierfür finanzbegründenden Unterlagen falsche Erklärungen abgibt oder herbeiführt.

(6) Die Ordnungswidrigkeit kann in den Fällen des Absatzes 5 mit einer Geldbuße bis zu 50.000 Euro geahndet werden. Die Geldbuße kann mehrmals festgesetzt werden.“

5. In § 112 Abs. 1 Nr. 5 wird die Angabe „§ 111 Abs. 3“ durch die Angabe „§ 111 Abs. 3 und Abs. 5“ ersetzt.

Artikel 3

Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

Das Zweite Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), zuletzt geändert durch …, wird wie folgt geändert:

1. Dem § 17 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

   „Die Vorschriften des Achten Titels des Ersten Abschnitts des Sechsten Kapitels des Fünften Buches Sozialgesetzbuch finden auf die landwirtschaftlichen Krankenkassen keine Anwendung.“

2. Dem § 34 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

   „Die §§ 171f und 172 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind für den Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung nicht anzuwenden.“

3. § 54 wird wie folgt gefasst:

„§ 54

Finanzausgleich für aufwändige Leistungsfälle

Die Satzung des Spitzenverbandes der landwirtschaftlichen Sozialversicherung kann eine Umlage der Verbandsmitglieder vorsehen, um die Kosten für aufwändige Leistungsfälle und andere aufwändige Belastungen ganz oder teilweise zu decken; § 265 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist entsprechend anzuwenden.“

Artikel 4

Änderung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes

Artikel 2 Nr. 29 des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378), das zuletzt durch … geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

„29. § 221 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 werden die Sätze 3 und 4 aufgehoben.

b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Der Gesundheitsfonds überweist von den ihm zufließenden Leistungen des Bundes nach Absatz 1 Satz 3 den auf die Landwirtschaftlichen Krankenkassen entfallenden Anteil an der Beteiligung des Bundes an den Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung zur Weiterleitung an die Landwirtschaftlichen Krankenkassen. Der Überweisungsbetrag nach Satz 1 bemisst sich nach dem Verhältnis der Anzahl der Versicherten dieser Krankenkassen zu der Anzahl der Versicherten aller Krankenkassen; maßgebend sind die Verhältnisse am 1. Juli des Vorjahres.““

Artikel 5

Änderung der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung

§ 12 der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung vom 15. Juli 1999 (BGBl. I, S. 1627), die zuletzt durch …geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Für eine Verpflichtung aus einer Altersvorsorgezusage für Bedienstete ist eine Rückstellung zu bilden. Soweit sich aus anderen Rechtsvorschriften nichts Abweichendes ergibt, bestimmt sich der Höchstwert der Rückstellungen nach dem für den jeweiligen Versicherungszweig geltenden versicherungsmathematisch ermittelten aktuellen Wert der späteren Zahlungen.“

2. Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Soweit für Verpflichtungen einer Krankenkasse, für die nach § 171d Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch der Spitzenverband Bund der Krankenkassen haftet, eine Zuführung zu den Rückstellungen erforderlich ist, darf dieser Betrag wie das nach § 171e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu bildende Deckungskapital bis spätestens zum 31. Dezember 2049 angesammelt werden und muss der Gesamtbetrag des Rückstellungsbedarfs solange nur in einer Fußnote der Jahresrechnung ausgewiesen werden.“

Artikel 6

Änderungen der Risikostrukturausgleichsverordnung

Die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 3. Januar 1994 (BGBl. I S. 55), zuletzt geändert durch …, wird wie folgt geändert:

1. Nach § 34 wird folgender Achter Abschnitt eingefügt:

„Achter Abschnitt

Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich) ab 2009

§ 35

Anwendbare Regelungen

(1) Vom Berichtsjahr 2009 an gelten für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und die Durchführung des Risikostrukturausgleichs die §§ 36 bis 39. Der Erste bis Siebte Abschnitt dieser Verordnung sind weiterhin anzuwenden, soweit in den nachfolgenden Vorschriften oder im Fünften Buch Sozialgesetzbuch nichts Abweichendes bestimmt ist.

(2) Für die Durchführung des Jahresausgleichs nach § 19, des Risikopools nach § 28a und des Zwischenausgleichs nach § 17 Abs. 3a für das Berichtsjahr 2008 und für Korrekturen der Berichtsjahre bis einschließlich 2008 sind die §§ 1 bis 28h in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung zu Grunde zu legen.

§ 36

Ermittlung der Höhe der Grundpauschale

(1) Die Grundlage für die Ermittlung der Grundpauschale bilden die voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds nach § 271 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bereinigt um die für die Zuweisungen für sonstige Ausgaben nach § 270 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und die für den Aufbau der Liquiditätsreserve nach § 271 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorgesehenen Einnahmen sowie die nach § 271 Abs. 6 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bei der Verwaltung des Fonds entstehenden Ausgaben. Die bereinigten Einnahmen sind durch die voraussichtliche Summe der Versicherten aller Krankenkassen zu teilen.

(2) Das Bundesversicherungsamt stellt die Grundpauschale im Voraus für ein Kalenderjahr auf der Grundlage der von der Bundesregierung festgelegten Beitragssätze nach den §§ 241 und 243 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie der der Beitragsfestlegung zugrunde liegenden Prognosen fest

(3) Die Bekanntmachung der vom Bundesversicherungsamt für das Folgejahr ermittelten Grundpauschale erfolgt jährlich bis zum 15. November, die Bekanntmachung der für das Jahr 2009 ermittelten Grundpauschale erfolgt bis zum 1. Januar 2009. Die Krankenkassen geben ihren Versicherten die für das Folgejahr ermittelte Grundpauschale jährlich in geeigneter Form bis zum 31. Dezember bekannt, die Bekanntmachung der für das Jahr 2009 ermittelten Grundpauschalen erfolgt bis zum 15. Januar 2009.

§ 37

Zuweisungen für sonstige Ausgaben

(1) Die Krankenkassen erhalten aus dem Gesundheitsfonds Zuweisungen zur Deckung ihrer standardisierten Verwaltungskosten. Das Bundesversicherungsamt ermittelt die Höhe dieser Zuweisungen für jede Krankenkasse für jedes Ausgleichsjahr wie folgt:

1. die Aufwendungen für Verwaltungskosten aller Krankenkassen mit Ausnahme der Betriebskrankenkassen, deren Satzung keine Regelung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch enthält und bei denen der Arbeitgeber auf seine Kosten die für die Führung der Geschäfte erforderlichen Personen bestellt, sind zusammenzuzählen, die von Dritten erstatteten Aufwendungen für Verwaltungskosten bleiben außer Betracht, die nach Absatz 2

ermittelte Höhe der Zuweisungen für die knappschaftliche Krankenversicherung ist abzuziehen;

2. 50 Prozent des Ergebnisses nach Nummer 1 sind durch die Summe der nach § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 von den Krankenkassen übermittelten Versicherungszeiten der Krankenkassen zu teilen, deren Aufwendungen für Verwaltungskosten nach Nummer 1 zu ermitteln sind, und mit den Versicherungszeiten der Krankenkasse zu vervielfachen;

3. 50 Prozent des Ergebnisses nach Nummer 1 sind durch die Summe der Zuweisungen nach § 266 Abs. 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die Krankenkassen zu teilen, deren Aufwendungen für Verwaltungskosten nach Nummer 1 zu ermitteln sind, und mit der Zuweisung nach § 266 Abs. 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die Krankenkasse zu vervielfachen;

4. die Höhe der Zuweisung für jede Krankenkasse ergibt sich aus der Summe der nach den Nummern 2 und 3 ermittelten Ergebnisse.

Die Höhe der Zuweisungen für die Betriebskrankenkassen, deren Satzung keine Regelung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch enthält und bei denen der Arbeitgeber auf seine Kosten die für die Führung der Geschäfte erforderlichen Personen bestellt, wird anhand der Aufwendungen für Verwaltungskosten dieser Krankenkassen entsprechend den Regelungen in Satz 2 ermittelt. Als Betriebskrankenkassen im Sinne von Satz 2 Nummer 1 und Satz 3 gelten alle Betriebskrankenkassen, deren Satzung keine Regelung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch enthält, sofern sie nicht dem Bundesversicherungsamt nachweisen, dass der Arbeitgeber nicht auf seine Kosten die für die Führung der Geschäfte erforderlichen Personen bestellt.

(2) Abweichend von Absatz 1 Satz 2 ermittelt das Bundesversicherungsamt die Höhe der Zuweisungen für die knappschaftliche Krankenversicherung für jedes Ausgleichsjahr wie folgt: die Aufwendungen für Verwaltungskosten aller Krankenkassen mit Ausnahme der Betriebskrankenkassen im Sinne des Absatzes 1 Satz 4 sind durch die Summe der nach § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 von den Krankenkassen übermittelten Versicherungszeiten aller Krankenkassen zu teilen und mit den Versicherungszeiten der knappschaftlichen Krankenversicherung zu vervielfachen.

(3) Die Prozentwerte nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 und 3 und Absatz 2 gelten bis zum 31. Dezember 2010. Vor Ablauf dieses Zeitraumes überprüft das Bundesministerium für Gesundheit anhand der für das Jahr 2009 erstellten Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der Krankenkassen die finanziellen Auswirkungen der Anwendung der Prozentwerte nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 und 3 auf die Krankenkassen sowie der Anwendung des Absatzes 2 auf die knappschaftliche Krankenversicherung. Auf der Grundlage dieser Überprüfung sind durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Prozentwerte sowie die Kriterien für die Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Verwaltungskosten der knappschaftlichen Krankenversicherung ab dem 1. Januar 2011 festzulegen. Bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach Satz 3 ermittelt das Bundesversicherungsamt die Höhe der monatlichen Zuweisungen nach Maßgabe der Absätze 1 und 2.

(4) Die Krankenkassen erhalten aus dem Gesundheitsfonds Zuweisungen zur Deckung ihrer standardisierten Aufwendungen nach § 266 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Das Bundesversicherungsamt ermittelt die Höhe dieser Zuweisungen für jede Krankenkasse für jedes Ausgleichsjahr wie folgt:

1. die Aufwendungen aller Krankenkassen für satzungsgemäße Mehr- und Erprobungsleistungen sowie für Leistungen, auf die kein Rechtsanspruch besteht, sind zusammenzuzählen, wobei Satzungsleistungen aufgrund von § 2 Abs. 1 Satz 2 und 3 der Verordnung über den weiteren Ausbau der knappschaftlichen Krankenversicherung und Aufwendungen für Wahltarife nach § 53 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bleiben außer Betracht bleiben;

2. das Ergebnis nach Nummer 1 ist durch die Summe der nach § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 von den Krankenkassen übermittelten Versicherungszeiten aller Krankenkassen zu teilen;

3. das Ergebnis nach Nummer 2 ist mit den Versicherungszeiten der Krankenkasse zu vervielfachen.

(5) Die Bekanntmachung der vom Bundesversicherungsamt vorläufig ermittelten Höhe der Zuweisungen nach § 266 Abs. 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die Krankenkassen, der vorläufig ermittelten Höhe der Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Aufwendungen für Verwaltungskosten aller Krankenkassen, der vorläufig ermittelten Höhe der Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Aufwendungen nach § 266 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch aller Krankenkassen sowie der Summe der nach § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 von den Krankenkassen übermittelten Versicherungszeiten aller Krankenkassen erfolgt jährlich bis zum 15. November."

2. Der bisherige § 33 wird § 38.

3. Nach § 38 wird folgender § 39 eingefügt:

„§ 39

Durchführung des Zahlungsverkehrs und Kostentragung

(1) Das Bundesversicherungsamt ermittelt die Höhe der Zuweisungen, die die Krankenkassen zur Deckung ihrer Ausgaben nach § 266 Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erhalten, und führt den Zahlungsverkehr durch. Das Nähere zum Verfahren für die monatlichen Zuweisungen einschließlich der Termine für die Zuweisungen der Mittel an die Krankenkassen wird durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates festgelegt.

(2) Das Bundesversicherungsamt legt das Nähere zum monatlichen Verfahren einschließlich der Termine für die Zuweisungen der Mittel an die Krankenkassen im Startjahr des Gesundheitsfonds nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen fest, bis die Rechtsverordnung nach Absatz 1 Satz 2 in Kraft tritt.

(3) Die dem Bundesversicherungsamt auf Grund der Verwaltung des Gesundheitsfonds entstehenden Ausgaben einschließlich der Ausgaben für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs werden aus den Einnahmen des Gesundheitsfonds nach § 271 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch getragen."

Artikel 7

Inkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 2010 in Kraft, soweit in Absatz 2 nichts Abweichendes bestimmt ist.

(2) Artikel 1 Nr. 1 bis 5, in Nummer 8 der § 171c und die Nummern 11 bis 14 sowie Artikel 2 Nr. 3, Artikel 3 Nr. 3, Artikel 4 und Artikel 6 treten am 1. Januar 2009 in Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

Handlungsbedarf

Die organisatorischen Rahmenbedingungen für die Krankenkassen werden den gestiegenen Anforderungen an die Krankenkassen im Wettbewerb nicht mehr in ausreichendem Maß gerecht. Dies liegt zum einen daran, dass die wettbewerblichen Rahmenbedingungen nicht für alle Krankenkassen einheitlich gelten. So gilt die Insolvenzordnung (InsO) nur für die bundesunmittelbaren Krankenkassen. Die Länder haben ihre landesunmittelbaren Krankenkassen dagegen durch Landesrecht für insolvenzunfähig erklärt. Diese unterschiedliche Rechtslage ist auch finanziell relevant, da die Insolvenzfähigkeit Umlagepflichten für das Insolvenzgeld nach dem SGB III und für die Insolvenzsicherung der Ansprüche der Beschäftigten auf eine zugesagte betriebliche Altersversorgung auslöst.

Darüber hinaus setzen die geltenden Vorschriften über die Haftung nach Schließung einer Krankenkasse solidarische Haftungsverbünde innerhalb der jeweiligen Kassenarten voraus. In einem wettbewerblich geprägten Krankenkassensystem, bei dem auch Krankenkassen einer Kassenart zueinander im Wettbewerb stehen können, und der Zusammenhalt innerhalb einer Kassenart auch durch die grundlegenden organisatorischen Änderungen im Verbänderecht durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz deutlich gelockert worden ist, kann eine derartige Solidarität jedoch nicht mehr ohne weiteres vorausgesetzt werden und ist daher in Bezug auf die herkömmlichen Kassenarten immer schwieriger einzufordern.

Hinzu kommt, dass die auf der Grundlage der geltenden Regelungen erstellten Rechnungsergebnisse der Krankenkassen kein hinreichend transparentes Bild über die tatsächliche finanzielle Situation der Krankenkassen vermitteln. Dies wird etwa daran deutlich, dass bestimmte Verpflichtungen, wie etwa Verpflichtungen aus Versorgungszusagen, nach geltendem Recht nicht zwingend zu bilanzieren sind, obwohl sie die Finanzsituation einer Krankenkasse in ganz erheblichem Maß prägen können. Darüber hinaus räumen die geltenden Rechnungslegungsvorschriften den Krankenkassen bei der Bewertung von Vermögenspositionen größere Spielräume ein als bei einer Bilanzierung nach handelsrechtlichen Grundsätzen. Ein hohes Maß an finanzieller Transparenz ist aber von entscheidender Bedeutung insbesondere für die Krankenkassen selber, aber auch für Dritte, wie etwa die Versicherten und den Gesetzgeber, der den Wettbewerbsrahmen für die Krankenkassen setzt. Nur unter dieser Voraussetzung können die Krankenkassen ihre Entscheidungen markt- und wettbewerbskonform ausrichten und kann der Gesetzgeber seine Steuerungsfunktion sachgerecht wahrnehmen.

Mit den in diesem Gesetzentwurf zusammengefassten Maßnahmen wird daher das Ziel verfolgt, das Organisationsrecht der Krankenkassen weiter zu entwickeln, um auf diese Weise die für die Krankenkassen geltenden rechtlichen Rahmenbedingungen an die aktuelle Wettbewerbs- und Marktsituation der Krankenkassen anzupassen.

Die Aufwendungen der Krankenkassen für die Erfüllung ihrer Versorgungsverpflichtungen und ihrer Umlagepflichten für die Insolvenzsicherung sowie die künftigen Aufwendungen der Krankenkassen für die Bildung des Deckungskapitals für die eingegangenen Versorgungspflichtungen zählen zu den Verwaltungsausgaben der Krankenkassen.

Nach § 266 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) in der Fassung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes erhalten die Krankenkassen ab 2009 zur Deckung ihrer Ausgaben als Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds eine Grundpauschale, alters-, geschlechts- und risikoadjustierte Zu- und Abschläge sowie Zuweisungen für sonstige

Ausgaben (§ 270 SGB V in der Fassung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes). Die Zuweisungen für sonstige Ausgaben umfassen Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Satzungs- und Ermessensleitungen, Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme sowie Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Verwaltungsausgaben der Krankenkassen.

Das Nähere über die Ermittlung der Höhe der Grundpauschale, die der Gesundheitsfonds den Krankenkassen für jeden Versicherten zuweist, die Abgrenzung und die Verfahren der Standardisierung der sonstigen Ausgaben nach § 270 SGB V in der Fassung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes, sowie die Kriterien der Zuweisung der Mittel zur Deckung dieser Ausgaben, die Durchführung des Zahlungsverkehrs und die Kostentragung wird auf der Grundlage von § 266 Abs. 7 Satz 1 Nr. 1, Nr. 2a, Nr. 4 sowie § 270 und § 271 SGB V in der Fassung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung geregelt.

Soweit Krankenkassen finanzielle Aufwendungen für die Bildung von Deckungskapital zur Absicherung ihrer Versorgungszusagen zu tragen haben, sind diese als Verwaltungsausgaben zu buchen. Ab dem Jahr 2009 erhalten die Krankenkassen zur Deckung ihrer standardisierten Verwaltungsausgaben Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Die in diesem Entwurf vorgesehenen Änderungen der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) regeln das Verfahren der Standardisierung der Verwaltungsausgaben der Krankenkassen und bestimmen daher mit, in welcher Höhe die Krankenkassen Zuweisungen zur Deckung ihrer Verwaltungsausgaben erhalten. Sie stehen daher in einem unmittelbaren Zusammenhang mit den im Entwurf vorgesehenen Änderungen des SGB V. Daher ist es erforderlich, auch die Änderungen der RSAV in diesem Gesetzentwurf vorzunehmen.

Wesentlicher Inhalt des Gesetzentwurfs

Wesentlicher Regelungsbestandteil für die Weiterentwicklung der organisationsrechtlichen Strukturen der gesetzlichen Krankenversicherung ist die Herstellung der Insolvenzfähigkeit aller Krankenkassen. Ab dem 1. Januar 2010 findet die Insolvenzordnung damit auf alle Krankenkassen Anwendung. Die Sonderregelung des § 12 Abs. 1 Nr. 2 InsO, wonach die Länder die ihrer Aufsicht unterliegenden Körperschaften des öffentlichen Rechts für insolvenzunfähig erklären können, findet von diesem Zeitpunkt an keine Anwendung mehr auf die landesunmittelbaren Krankenkassen. Als Folge findet auch die Regelung des § 12 Abs. 2 InsO, wonach die Länder für die Ansprüche der Beschäftigten der für insolvenzunfähig erklärten Körperschaften auf Zahlung von Insolvenzgeld und einer zugesagten betrieblichen Altersversorgung haften, auf die Krankenkassen keine Anwendung mehr. Dies ist bereits vom 1. Januar 2009 an der Fall, da die Länder auf Grund der Neuregelung der Finanzierungsstruktur der Krankenkassen durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz keinen Einfluss mehr auf die Festlegung des allgemeinen Beitragssatzes der ihrer Aufsicht unterliegenden Krankenkassen mehr haben. Das Recht zur Stellung eines Insolvenzantrags wird analog den Regelungen des Versicherungsaufsichtsgesetzes und des Kreditwesengesetzes auf die Aufsichtsbehörde beschränkt.

Die Insolvenzfähigkeit auch der landesunmittelbaren Krankenkassen hat zur Folge, dass diese beitragspflichtig zur Insolvenzsicherung nach dem Betriebsrentengesetz werden. Diese Beitragspflicht und die entsprechende Leistungspflicht des Pensions-Sicherungs-Vereins im Insolvenzfall gelten allerdings nur für die ab dem 1. Januar 2010 erworbenen Versorgungsanwartschaften.

Durch die Einführung der Insolvenzfähigkeit aller Krankenkassen werden die Regelungen über die kassenartbezogene Haftung für die Verbindlichkeiten einer geschlossenen oder insolventen Krankenkasse langfristig an Bedeutung verlieren. Dies ist insbesondere Folge der mit der

Herstellung der Insolvenzfähigkeit verbundenen Notwendigkeit der Bildung eines ausreichenden Deckungskapitals für die Versorgungszusagen der Krankenkassen. In dem Maß, wie ein ausreichendes Deckungskapital gebildet wird, wird die Haftung der Krankenkassen der Kassenart für die Versorgungszusagen einer insolventen oder geschlossenen Krankenkasse abnehmen.

Gleichzeitig wird hierdurch die Transparenz in Bezug auf die finanzielle Situation der Krankenkassen verbessert. Vom Zeitpunkt der Herstellung der Insolvenzfähigkeit an haben alle Krankenkassen bei Vorliegen von Anhaltspunkten für Überschuldung einen Überschuldungsstatus nach § 19 InsO zu erstellen, in dem alle Aktiva und Passiva mit ihrem wahren Wert zu berücksichtigen sind. Diese Überschuldungsbilanz ist eine Sonderbilanz, die den Zweck verfolgt, ein möglichst realistisches Bild der finanziellen Situation zu zeichnen.

Zur weiteren Verbesserung der Transparenz der Finanzlage in der gesetzlichen Krankenversicherung trägt bei, dass alle Krankenkassen verpflichtet werden, ein ausreichendes Deckungskapital für die eingegangenen Versorgungsverpflichtungen zu bilden, um eine insolvenzrechtliche Überschuldung zu vermeiden. Derzeit ist dies auch bei den Krankenkassen, die bereits nach geltendem Recht insolvenzfähig sind, nicht immer der Fall. Die Verschiebung von Versorgungslasten in die Zukunft wird hierdurch begrenzt. Wegen der Höhe der Versorgungsverpflichtungen insbesondere im AOK-Bereich wird hierfür ein Zeitraum von bis zu 40 Jahren vorgesehen, um eine Überforderung dieser Krankenkassen zu vermeiden. Für die Dauer dieses Übergangszeitraums wird eine insolvenzrechtliche Überschuldung wegen ungedeckter Versorgungsverpflichtungen durch eine Sonderregelung vermieden. Die Einzelheiten zum Aufbau des Deckungskapitals werden im Jahr 2009 durch Rechtsverordnung geregelt.

Für die Haftung für die Verpflichtungen einer Krankenkasse, über deren Vermögen das Insolvenzverfahren eröffnet worden ist, werden Sonderregelungen vorgesehen, um der besonderen Situation der Krankenkassen Rechnung zu tragen. Dies gilt zum einen für die Verpflichtungen der betroffenen Krankenkasse aus Versorgungszusagen. Da die Versorgungsempfänger auf die Versorgungsleistungen existenziell angewiesen sind, können sie nicht auf die Insolvenzquote verwiesen werden. Soweit hierfür nicht der Pensions-Sicherungs-Verein leistungspflichtig ist, was insbesondere bei den in der Vergangenheit erworbenen Versorgungsanwartschaften der Dienstordnungsangestellten der landesunmittelbaren Krankenkassen der Fall ist, haftet hierfür der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der sich für die von ihm erbrachten Leistungen bei den anderen Krankenkassen der Kassenart – und wenn deren Vermögen erschöpft ist – bei den Krankenkassen der anderen Kassenarten refinanziert. Zum anderen gilt dies für die Ansprüche der Versicherten und der Leistungserbringer, die aus verfassungsrechtlichen Gründen in vollem Umfang erfüllt werden müssen. Hierfür haften zunächst ebenfalls die anderen Krankenkassen der betroffenen Kassenart. Um eine Überforderung und mögliche Folgeinsolvenzen zu vermeiden, ist diese Haftung auf das Volumen von 1 % der jährlichen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an diese Krankenkassen begrenzt. Für die darüber hinaus gehenden Ansprüche haften die Krankenkassen der anderen Kassenarten.

Die Regelungen über die Schließung einer Krankenkasse wegen nicht mehr dauerhaft gesicherter Leistungsfähigkeit werden beibehalten. Künftig kann die Abwicklung einer leistungsunfähigen Krankenkasse daher auf zwei Wegen erfolgen: Zum einen kann die Aufsichtsbehörde die Krankenkasse schließen, sodass die Abwicklung nach den Vorschriften des SGB V durch den bisherigen Vorstand oder eine andere von der Aufsichtsbehörde beauftragte Person erfolgt. Zum anderen kann die Aufsichtsbehörde bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen einen Insolvenzantrag stellen mit der Folge, dass die Abwicklung der Krankenkasse durch das Insolvenzgericht und den von diesem bestellten Insolvenzverwalter nach den Vorschriften der Insolvenzordnung erfolgt.

Das Verhältnis beider Abwicklungswege zueinander wird dahingehend geregelt, dass die Aufsichtsbehörde vorrangig vom Schließungsrecht Gebrauch machen soll. Dies ist sachgerecht, da die Abwicklung einer leistungsunfähigen Krankenkasse insbesondere wegen ihrer Auswirkungen auf die Beschäftigten und die Versicherten der Krankenkasse nur ultima ratio sein soll. Da die Aufsichtsbehörde bei einer Schließung nach den Regelungen des SGB V die Verfahrenshoheit behält, hat sie die Möglichkeit, bis zum Wirksamwerden der Schließung zusammen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen durch die Organisation finanzieller Hilfen oder der Vereinigung mit einer anderen Krankenkasse die Abwicklung der betroffenen Krankenkasse zu verhindern.

Darüber hinaus sieht der Gesetzentwurf verschiedene Regelungen vor, mit denen dem Eintritt dauerhafter Leistungsunfähigkeit oder Überschuldung bzw. Zahlungsunfähigkeit schon im Vorfeld begegnet werden soll. So wird den Krankenkassen ermöglicht, auf freiwilliger Basis Unterstützungsleistungen zu Gunsten Not leidender Krankenkassen zu erbringen. Darüber hinaus werden die Informationspflichten der Krankenkassen gegenüber dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Aufsichtsbehörde in Bezug auf ihre finanzielle Situation verschärft. Gleiches gilt für die Kontrollrechte des Spitzenverbandes Bund und der Aufsichtsbehörden. Außerdem hat der Spitzenverband Bund in seiner Satzung Regelungen über die Gewährung finanzieller Hilfen aufzunehmen, die dazu dienen, die Vereinigung einer in ihrer Leistungsfähigkeit gefährdeten Krankenkasse mit anderen Krankenkassen zu ermöglichen oder zu erleichtern. Schließlich kann die Aufsichtsbehörde eine Krankenkasse auch gegen ihren Willen mit einer fusionswilligen Krankenkasse vereinigen, wenn nur auf diese Weise ihre Leistungsfähigkeit auf Dauer gesichert oder der Eintritt von Zahlungsunfähigkeit oder Überschuldung vermieden werden kann.

Schließlich werden die für die Krankenkassen geltenden Rechnungslegungsvorschriften an die entsprechenden Regelungen des HGB angenähert, indem die Krankenkassen verpflichtet werden, die wesentlichen handelsrechtlichen Bewertungsgrundsätze einer ordnungsgemäßen Buchführung und Bilanzierung zu beachten. Durch Rechtsverordnung können Ausführungsbestimmungen hierzu erlassen werden. Das Bilanzierungswahlrecht für die Verpflichtungen aus Versorgungszusagen nach § 12 SVRV wird aufgehoben, sodass diese Verpflichtungen von den Krankenkassen künftig zwingend zu bilanzieren sind.

Gesetzgebungskompetenz des Bundes

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die Regelungen ergibt sich aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG. Dies gilt auch für die insolvenzrechtlichen Regelungen in Bezug auf die Krankenkassen, da diese allein Rechtswirkungen für die gesetzliche Krankenversicherung entfalten. Nach dem Kompetenztitel Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG ist der Begriff "Sozialversicherung" weit und im Sinne eines verfassungsrechtlichen Gattungsbegriffs zu verstehen, der alles umfasst, was der Sache nach Sozialversicherung darstellt. Zur Sozialversicherung i.S.d. Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG gehören nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts auch mit der Sozialversicherung zusammenhängende, organisatorische Fragen. Die Verpflichtung der Krankenkassen, Kapital für Altersversorgungslasten zu bilden, sowie Bestimmungen für die Haftung im Insolvenzfall können als organisatorische Maßnahmen in diesem Sinne verstanden werden, die für den allgemeinen Rechtsverkehr keine Bedeutung haben.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des SGB V)

Zu Nummer 1 (§ 26)

Das gesunde Aufwachsen von Kindern, das Erkennen von Risiken und der Schutz vor Gefährdungen ist Ausdruck einer gesamtgesellschaftlichen Verantwortung, der sich alle staatlichen Stellen im Rahmen ihrer Zuständigkeit zu stellen haben.

Maßnahmen zur Verbesserung des Kindeswohls und Gesundheitsschutzes fallen primär in die Zuständigkeit der Länder. Hierzu zählen u.a. Einlade-, Rückmelde- und Erinnerungssysteme der Länder zu den Früherkennungsuntersuchungen.

Allerdings trägt die Gesetzliche Krankenversicherung bei der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen eine Mitverantwortung. Diese folgt aus deren grundsätzlicher Verpflichtung, auf die Inanspruchnahme der Angebote der gesetzlichen Krankenkassen - hier der Früherkennungsuntersuchen – hinzuwirken. Wirksame Maßnahmen sind z.B. schriftliche Hinweise auf anstehende Früherkennungsuntersuchungen, die von einem Großteil der Krankenkassen bereits auf freiwilliger Basis durchgeführt werden. Ein Rückmeldesystem über die Inanspruchnahme der Leistung ist dagegen allein Aufgabe der Länder.

Um die Maßnahmen der Länder und der Gesetzlichen Krankenversicherung im Interesse einer wirksamen Sicherung des Kindeswohls zu bündeln und aufeinander abzustimmen, schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen mit den nach Landesrecht zuständigen Stellen der Länder Rahmenvereinbarungen. Dabei bleibt die eigenständige Zuständigkeit der Verwaltungsträger für ihre jeweiligen Aufgaben erhalten.

Zu Nummer 2 (§ 101)

Zu Buchstabe a

Mit der Neuregelung der psychotherapeutischen Versorgung im Gesetz vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1311) wurden die Psychologischen Psychotherapeuten und die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeuten) als – grundsätzlich – den ärztlichen Leistungserbringern gleichgestellte Leistungserbringer in das vertragsärztliche Kollektivvertragssystem einbezogen (Integrationsmodell). Als Konsequenz dieser Integration wurde in der vertragsärztlichen Bedarfsplanung eine gemeinsame planungsrechtliche Arztgruppe aus überwiegend und ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten sowie Psychotherapeuten gebildet. Da zu diesem Zeitpunkt keine gesicherten Erkenntnisse über das zahlenmäßige Verhältnis beider Gruppen zueinander bestanden, wurde in der Regelung des § 101 Abs. 4 Satz 5 vorgesehen, dass in der Bedarfsplanungs-Richtlinie für einen befristeten Zeitraum von 10 Jahren für beide Berufsgruppen jeweils ein Mindestversorgungsanteil von 40 Prozent vorzubehalten ist. Diese Regelung läuft zum 31. Dezember 2008 aus.

Der neue Satz 5 ersetzt die bisherige Regelung und verpflichtet den Gemeinsamen Bundesausschuss künftig in der Bedarfsplanungs-Richtlinie sicherzustellen, dass in jedem Planungsbereich 20 Prozent der Zulassungsmöglichkeiten den überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten und 10 Prozent der Zulassungsmöglichkeiten denjenigen psychotherapeutischen Leistungserbringern vorbehalten werden, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen.

Der Mindestversorgungsanteil für die überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte in Höhe von 40 Prozent wird damit auf 20 Prozent gesenkt. Die neue Quote entspricht im Wesentlichen den derzeit bestehenden Versorgungsanteilen im Bereich der psychotherapeutischen Leistungserbringer. So sind etwa 80 Prozent der zugelassenen psychotherapeutischen Leistungserbringer Psychotherapeuten und nur etwa 20 Prozent überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Spitzenverbände der Krankenkassen und die betreffenden Berufsverbände stimmen in ihrer Einschätzung überein, dass die Psychotherapeuten auch in Zukunft die weitaus größere Leistungserbringergruppe stellen werden. Ohne eine Quotenregelung, besteht daher die Gefahr, dass die überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte nach und nach fast ganz aus der vertragsärztlichen Versorgung zurückgedrängt werden. Dies soll mit der vorgesehenen Regelung verhindert werden.

Es hat sich aber auch gezeigt, dass die Gruppe der überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte zahlenmäßig nicht flächendeckend dazu in der Lage ist, die bisher für sie reservierten Niederlassungsmöglichkeiten auch zu besetzten. Dadurch wurden z.T. Niederlassungsmöglichkeiten für Psychotherapeuten gesperrt, ohne dass insgesamt genügend psychotherapeutische Leistungserbringer vorhanden waren, um die bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten sicher zu stellen. Da der Versorgungsanteil der überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte – wie dargelegt – durchschnittlich bei etwa 20 Prozent liegt, wird eine Quotenregelung i. H. v. 20 Prozent als angemessen angesehen. Zu berücksichtigen ist, dass es sich dabei – wie bisher – um eine Mindestquote handelt und daher auch mehr als 20 Prozent ganz oder überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte eine Zulassung beantragen können.

Eine Fortführung der bedarfsplanungsrechtlichen Quote für die Berufsgruppe der Psychotherapeuten wird hingegen aufgrund der deutlichen zahlenmäßigen Überlegenheit dieser Gruppe als entbehrlich angesehen.

Bei der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen, kann davon ausgegangen werden, dass sie besondere Anforderungen an den Therapeuten stellt. Ein Therapeut, der ausschließlich Kinder und Jugendliche betreut, wird in aller Regel besser auf diese Patientengruppe eingehen können, als ein Therapeut, der hiermit weniger Erfahrung hat. Für die psychotherapeutische Behandlung ernster psychischer Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen, sollten deshalb auch in der vertragsärztlichen Versorgung Spezialisten zur Verfügung stehen, um ihnen eine bestmögliche Versorgung zu ermöglichen.

Aufgrund der zahlenmäßigen Überlegenheit der Psychologischen Psychotherapeuten ist auch hier ein Schutz von Zulassungsmöglichkeiten für solche psychotherapeutischen Leistungserbringer notwendig, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen. Nur so kann gewährleistet werden, dass in jedem Planungsbereich auch für diese Leistungserbringergruppe eine gewisse Anzahl an Zulassungsmöglichkeiten zur Verfügung steht.

Der Anteil der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten an allen psychotherapeutischen Leistungserbringern liegt im Mittel bei rund 13 Prozent. Kinder und Jugendliche stellen in etwa ein Fünftel der Bevölkerung. Dabei ist zu berücksichtigen, dass neben Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten noch viele andere Leistungserbringergruppen an der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen beteiligt sind. Schließlich würde eine zu hoch bemessene Quote die Gefahr mit sich bringen, dass flächendeckend nicht genügend Leistungserbringer vorhanden sind, um die reservierten Zulassungsmöglichkeiten auch zu besetzen. Bei einer solchen Konstellation würde die Quote nicht zu einer Verbesserung

der Versorgung beitragen, sondern könnte im Gegenteil insgesamt sogar zu einer Verschlechterung der Versorgung führen, weil sie Zulassungsmöglichkeiten für andere psychotherapeutische Leistungserbringer blockieren würde. Aus diesem Grund wird eine Quote in Höhe von 10 Prozent für angemessen gehalten.

Vorgesehen ist im Übrigen, die Quotenregelung erneut zu befristen. Die neue Befristung erfolgt dabei in Anlehnung an die nach § 87 Abs. 7 vom Bewertungsausschuss bis zum 31. März 2012 bzw. vom BMG bis 30. Juni 2012 zu erstellenden Berichte über die Steuerungswirkung der Vergütungsreform auf das Niederlassungsverhalten der ärztlichen Leistungserbringer. Sollte der Gesetzgeber nach Vorlage des Berichts des BMG entscheiden, dass auch für den ärztlichen Bereich auf die Steuerung des Niederlassungsverhaltens durch Zulassungsbeschränkungen verzichtet werden kann, würde die Quotenregelung obsolet, da dann psychotherapeutisch tätige Ärzte und Psychotherapeuten ohnehin frei über den Ort ihrer Niederlassung entscheiden könnten. Die Quotenregelung wird daher bis zum 31. Dezember 2013 befristet.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung zu Buchstabe a.

Zu Nummer 3 (§ 155)

Zu Buchstabe a

Nach Auflösung oder Schließung einer Krankenkasse besteht kein Verwaltungsrat mehr, der über die Rechtsverhältnisse des Vorstands entscheiden kann. Da die Abwicklung einer aufgelösten oder geschlossenen Krankenkasse aber einen längeren Zeitraum in Anspruch nehmen kann, erhält die Aufsichtsbehörde die Befugnis, einen neuen Abwicklungsvorstand zu bestimmen, wenn der bisherige vor dem Abschluss der Abwicklung aus dem Amt scheidet. Außerdem erhält die Aufsichtsbehörde die Befugnis, den Abwicklungsvorstand nach den Grundsätzen des § 35 Abs. 7a SGB IV von seinem Amt zu entbinden oder ihn seines Amtes zu entheben.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Satz 6 ergänzt die bestehenden Haftungsregelungen bei Schließung einer Krankenkasse durch die Aufsichtsbehörde. Für den Fall, dass die verbleibenden Krankenkassen einer Kassenart nicht in der Lage sind, die bestehenden Verbindlichkeiten einer geschlossenen Krankenkasse zu erfüllen, macht der haftende Spitzenverband Bund der Krankenkassen die zur Refinanzierung erforderlichen Beträge bei den übrigen Krankenkassen geltend. Diese Regelung überträgt die für die Abwicklung einer insolventen Krankenkassen nach den Regelungen der Insolvenzordnung vorgesehenen Haftungsregelungen auf die Schließung einer dauerhaft leistungsunfähigen Krankenkasse durch die Aufsichtsbehörde. Das Nähere zur Geltendmachung der Beträge zur Refinanzierung wird in der Rechtsverordnung nach § 171d Abs. 2 geregelt.

Zu Doppelbuchstabe bb

Durch die entsprechende Anwendung des § 164 Abs. 2 bis 4 werden auch im Bereich der Betriebskrankenkassen die Beschäftigungsansprüche der Dienstordnungsangestellten (DO-Angestellten) und der übrigen Beschäftigten in unkündbaren Arbeitsverhältnissen insoweit gesichert, als ihnen bei den anderen Betriebskrankenkassen eine ihrer bisherigen Stellung entsprechende Stelle anzubieten ist. Die Rechtsposition dieser Beschäftigten wird hierdurch

entsprechend den vorhandenen Regelungen für Orts- und Innungskrankenkassen gesichert, wie es als Folge von kassenartenübergreifenden Fusionen bereits in § 171a SGB V geregelt ist.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Durch die Einfügung der neuen Nummer 4 wird vermieden, dass kassenartenübergreifende Vereinigungen von Krankenkassen nach § 171a zu einer Schmälerung der Haftungsgrundlage für ungedeckte Versorgungsverpflichtung führen. Daher haftet eine aus einer derartigen Vereinigung hervorgegangene Krankenkasse auch für die ungedeckten Versorgungsverpflichtungen einer geschlossenen Betriebskrankenkasse, wenn an der Vereinigung eine Betriebskrankenkasse beteiligt war. Die Regelung gilt über die Verweisungsnormen in §§ 146a, 164 Abs. 5 und 171 auch bei Schließung von Orts-, Innungs- und Ersatzkassen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Folgeänderung in Bezug auf die Einfügung eines neuen Satzes 6 in § 155 Abs. 4, die eine Anpassung der Verweisungsvorschriften erforderlich macht.

Zu Nummer 4 (§ 164)

Zu Buchstabe a

Es handelt es sich um Folgeänderungen in Bezug auf die Einfügung eines neuen Satzes 6 in § 155 Abs. 4, die eine Anpassung der Verweisungsvorschriften erforderlich macht.

Zu Buchstabe b

Nach geltendem Recht hat der Landesverband, dem eine geschlossene Innungskrankenkasse (IKK) angehört hat, den DO-Angestellten der IKK eine dienstordnungsmäßige Stellung bei ihm oder einer anderen IKK nachzuweisen, die nicht in einem auffälligen Missverhältnis zu den Fähigkeiten des Angestellten steht. Den übrigen Beschäftigten ist beim Landesverband oder bei einer IKK eine Stellung anzubieten, die ihnen unter Berücksichtigung ihrer Fähigkeiten und bisheriger Dienststellung zuzumuten ist. Diese Regelung galt bisher auch schon bei der Schließung von Ortskrankenkassen und gilt künftig auch bei Schließungen von Betriebs- und Ersatzkassen.

Mit der Ergänzung von Absatz 3 wird der Verteilungsmodus für Weiterbeschäftigungsangebote innerhalb der Kassenart geregelt. Auf Grund des zunehmend intensiveren Wettbewerbs auch zwischen Krankenkassen einer Kassenart kann jedoch insbesondere bei den Kassenarten, bei denen ein Landesverband als koordinierende Instanz mit Durchgriffsbefugnissen auf die Verbandsmitglieder fehlt, nicht ohne weiteres davon ausgegangen werden, dass die Krankenkassen der Kassenart über ein ausreichendes Selbstorganisationspotential verfügen, um den Beschäftigten einer geschlossenen Krankenkasse Arbeitsplatzangebote in ausreichender Zahl zu unterbreiten. Deshalb legt die Neuregelung fest, dass jede Krankenkasse der betroffenen Kassenart Beschäftigungsangebote entsprechend ihrer Versichertenzahl abzugeben und den Beschäftigten der geschlossenen Krankenkasse in geeigneter Form zugänglich zu machen hat. Hierdurch wird vermieden, dass kleinere Krankenkassen, etwa auf Grund ihrer räumlichen Nähe zur geschlossenen Krankenkasse, überfordert werden. Die Vorschrift gilt entsprechend, wenn über das Vermögen einer Krankenkasse das Insolvenzverfahren eröffnet oder die Eröffnung mangels Masse abgewiesen

wird. Die hierdurch begründeten Verpflichtungen der einzelnen Krankenkassen sind von der zuständigen Aufsichtsbehörde zu überwachen und durchzusetzen.

Zu Nummer 5 (§ 171)

Zu Buchstabe a

Parallel zu der Änderung des § 155 wird durch die entsprechende Anwendung des § 164 Abs. 2 bis 5 die Rechtposition von DO-Beschäftigten und unkündbaren sonstigen Beschäftigten von Ersatzkassen entsprechend derjenigen der Beschäftigten anderer Kassenarten verbessert.

Zu Buchstabe b

Bei der Änderung von Satz 2 handelt es sich um eine Folgeänderung der Einfügung eines neuen Satzes 6 in § 155 Abs. 4.

Zu Nummer 6 (Einfügung des Achten Titels nach § 171)

Nach § 171 werden die für die Krankenkassen aller Kassenarten geltenden Regelungen zusammengefasst.

Zu Nummer 7 (§ 171b)

Die Umsetzung des in § 171b enthaltenen Regelungsauftrags erfolgt durch dieses Gesetz, sodass die Regelung neu gefasst werden kann.

Zu Absatz 1

Die Regelung führt dazu, dass vom 1. Januar 2010 an alle Krankenkassen mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkassen insolvenzfähig sind. Die Ausnahme für Landwirtschaftliche Krankenkassen ist sachgerecht, da diese nicht am Kassenwettbewerb teilnehmen und außerdem einen Verwaltungsverbund mit den Trägern der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften bilden. Die Regelung gilt auch nicht für die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See. Auch soweit diese die Krankenversicherung nach den Regelungen des SGB V durchführt, wird sie nicht als Krankenkasse in der Rechtsform einer selbständigen Körperschaft des öffentlichen Rechts tätig. Vielmehr handelt es sich organisatorisch um eine unselbständige Abteilung dieses Rentenversicherungsträgers, die in einem Verwaltungsverbund integriert ist, der alle Sozialversicherungszweige umfasst (vgl. § 167). Dies äußert sich etwa in der gemeinsamen Nutzung von Liegenschaften und sonstiger technischer Infrastruktur. Auch auf Grund dieses nicht ohne weiteres auflösbaren Zusammenhangs war eine Schließung der Abteilung Krankenversicherung des Rentenversicherungsträgers Knappschaft-Bahn-See wegen mangelnder wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit schon im geltenden Recht nicht vorgesehen. Entsprechend kann die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See auch nicht tauglicher Adressat von gesetzlichen Regelungen über die Insolvenz von Krankenkassen sein.

Die Absätze 2 bis 6 enthalten Sonderregelungen für die Anwendung der Insolvenzordnung auf die Krankenkassen, die auf Grund der Besonderheiten der gesetzlichen Krankenversicherung erforderlich sind.

Zu Absatz 2

Die Anzeigepflicht des Vorstandes der Krankenkassen nach Absatz 2 stellt sicher, dass die Aufsichtsbehörde rechtzeitig von dem Vorliegen von Gründen für die Eröffnung eines Insolvenzverfahrens erfährt und in die Lage versetzt wird, eine Antragstellung nach Absatz 3 zu

prüfen. Dabei ist die Aufsichtsbehörde an die Wertungen der Anzeige nicht gebunden. Durch die Anzeigepflicht wird der Vorstand von der Pflicht zur Antragstellung wegen Zahlungsunfähigkeit und Überschuldung befreit. Die Nichterfüllung der Anzeigepflicht durch den Vorstand der Krankenkasse wird strafrechtlich sanktioniert (§ 307a Abs. 4)

Durch die Sonderregelung in Satz 2 wird vermieden, dass das Bestehen ungedeckter Versorgungsverpflichtungen zu einer insolvenzrechtlichen Überschuldung von Krankenkassen führt. Diese Regelung ist erforderlich, da die Krankenkassen in der Vergangenheit zwar Versorgungszusagen in erheblichem Umfang erteilt, für diese aber keine wertgleichen Rückstellungen gebildet haben. Um eine Überschuldung von Krankenkassen bereits zum 1. Januar 2010 aufgrund ungedeckter Versorgungsverpflichtungen zu vermeiden, wird gesetzlich festgelegt, dass insbesondere die Verpflichtungen der Krankenkassen aus Versorgungszusagen für die Dauer des Zeitraums, innerhalb dessen das erforderliche Deckungskapital zu bilden ist, bei der Feststellung der Überschuldung nicht zu berücksichtigen sind. In diesem Zeitraum findet die Regelung des § 19 InsO daher auf die Krankenkassen nur in entsprechend modifizierter Form Anwendung.

Zu Absatz 3

Die Regelung beschränkt die Möglichkeit zur Stellung eines Insolvenzantrags, in Anlehnung an die Regelungen des Kreditwesengesetzes und des Versicherungsaufsichtsgesetzes, auf die Aufsichtsbehörde der Krankenkasse, die hierfür alle für ihre Entscheidung maßgeblichen Informationen vom Vorstand der Krankenkasse erhält. Diese Regelung trägt dem Umstand Rechnung, dass die Funktionsfähigkeit des GKV-Systems gefährdet werden könnte, wenn auch die Gläubiger einer Krankenkasse etwa auf Grund unzutreffender Informationen über die wirtschaftliche Lage einer Krankenkasse einen Insolvenzantrag stellen könnten. Dies könnte etwa dazu führen, dass die Leistungserbringer Versicherte dieser Krankenkasse nicht mehr oder nur noch gegen Vorkasse behandeln, sodass die Erbringung der erforderlichen Leistungen im Krankheitsfall nicht mehr sichergestellt wäre.

Das Schließungsrecht nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch ist indes vorrangig anzuwenden. Für den Fall, dass nicht nur ein Insolvenzgrund vorliegt, sondern die Aufsichtsbehörde auch die Leistungsfähigkeit der Krankenkassen als im Sinne des § 153 Satz 1 Nr. 3 auf Dauer nicht mehr gesichert ansieht, soll sie die Krankenkasse schließen. Im Regelfall hat sie daher die Krankenkasse zu schließen, es sei denn, dass im Einzelfall sachliche Gründe für die Stellung eines Insolvenzantrags sprechen.

Die Aufsichtsbehörde muss einen Insolvenzantrag innerhalb von spätestens drei Monaten nach Eingang der Anzeige eines Insolvenzgrundes durch die Krankenkasse gemäß Absatz 2 stellen. Eine spätere Antragstellung könnte die Gläubiger benachteiligen, deren Ansprüche nach den Regeln des Insolvenzverfahrens nur nach der Quote befriedigt werden (vgl. § 195 InsO), während bei der Schließung aufgrund der bestehenden Haftungskaskade nach § 155 alle bestehenden Verbindlichkeiten der geschlossenen Krankenkassen voll befriedigt werden, in der Letzthaftung durch den Spitzenverband Bund. Im Ergebnis führt der Fristablauf zu einem Anwendungsvorrang des Schließungsrechts. Bleibt die Aufsichtsbehörde während der drei Monate schuldhaft untätig, kommen Ansprüche aus Amtshaftung in Betracht. Absatz 3 Satz 3 letzter Halbsatz stellt klar, dass spätere Insolvenzanträge aufgrund neu eingetretener Insolvenzgründe durch die Dreimonatsfrist nicht ausgeschlossen werden.

Zu Absatz 4

Absatz 4 regelt Rechte und Pflichten für die Aufsichtsbehörde und den Spitzenverband Bund, die aus der Antragstellung folgen. Unter anderem gilt, dass wenn die Aufsichtsbehörde einen

Insolvenzantrag stellt, sie den Spitzenverband Bund der Krankenkassen wegen der diesen betreffenden Haftungsfolgen unverzüglich zu unterrichten hat.

Zu Absatz 5

Die Vorschrift bestimmt den Zeitpunkt, von dem an eine zahlungsunfähige oder überschuldete Krankenkasse, für die die Aufsichtsbehörde einen Insolvenzantrag gestellt hat, ihre Eigenschaft als Körperschaft des öffentlichen Rechts verliert und zur Abwicklungskörperschaft wird. In Anlehnung an die für andere juristische Personen geltende Rechtslage ist dies mit der Eröffnung des Insolvenzverfahrens oder mit der Rechtskraft des Beschlusses, mit dem die Eröffnung mangels Masse abgelehnt wird, der Fall.

Zu Absatz 6

Die Regelung stellt klar, dass die Beitragsforderungen der Krankenkassen nicht zu ihrem Vermögen gehören und damit nicht Bestandteil der Insolvenzmasse sind. Mit dem Wirksamwerden des Gesundheitsfonds ziehen die Krankenkassen die Krankenversicherungsbeiträge nicht mehr für eigene Rechnung, sondern für den Gesundheitsfonds ein. Sie stehen damit nicht der einzelnen Krankenkasse, sondern der GKV als Ganzer zu. Dagegen gehört der kassenindividuelle Zusatzbeitrag nach § 242 zum Vermögen der jeweiligen Krankenkasse.

Zu Nummer 8 (§§ 171c bis 171f)

Zu § 171c

Die Vorschrift regelt die Aufhebung der Länderhaftung aus § 12 Abs. 2 InsO. Diese Haftung wird entsprechend der Vorgabe in § 171b Satz 2 in der Fassung des GKV-WSG zum 1. Januar 2009 aufgehoben, da die Länder als Aufsichtsbehörden auf Grund der durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz neu geregelten Finanzierungsstruktur der Krankenkassen und dem damit verbundenen einheitlichen Beitragssatz von diesem Zeitpunkt an keinen grundlegenden Einfluss auf die Finanzausstattung der ihrer Aufsicht unterstehenden Krankenkassen mehr haben.

Zu § 171d

Die Vorschrift regelt die haftungsrechtlichen Folgen eines Insolvenzfalles bei einer Krankenkasse.

Zu Absatz 1

Da die Krankenkassen in der Vergangenheit zwar Versorgungszusagen in erheblichem Umfang erteilt, hierfür aber nur teilweise ein insolvenzfestes Deckungskapital gebildet haben, und – soweit es sich um landesunmittelbare Krankenkassen handelt – auch keine Insolvenzsicherung nach dem Betriebsrentengesetz besteht, würden die Versorgungsempfänger der betroffenen Krankenkassen im Insolvenzfall Leistungen allenfalls in Höhe der Insolvenzquote erhalten. Dies wäre insbesondere für die DO-Angestellten nicht zu vertreten, bei denen die Krankenkasse als Arbeitgeberin nicht nur Zusatzversorgungsleistungen zugesagt hat, sondern bei denen die Versorgungsleistungen der Krankenkasse die gesamte Altersversorgung darstellen. Um dies zu vermeiden, wird daher festgelegt, dass im Insolvenzfall einer Krankenkasse der Spitzenverband Bund der Krankenkassen für die von dieser Krankenkasse zugesagten Versorgungsleistungen haftet, soweit hierfür in der Vergangenheit keine Absicherung, z.B. durch Bildung eines Kapitalstocks, erfolgt ist. Wird der Spitzenverband Bund der Krankenkassen aus dieser Haftung in Anspruch genommen, erfolgt die Refinanzierung primär durch die verbleibenden

Krankenkassen der Kassenart sowie durch die ehemalige Krankenkassen dieser Kassenart, die auf Grund einer kassenartenübergreifenden Vereinigung zwischenzeitlich einer anderen Kassenart angehören. Hierdurch wird sichergestellt, dass kassenartenübergreifende Vereinigungen von Krankenkassen nicht zu einer Schmälerung der Haftungsgrundlage führen. Erst wenn diese Krankenkassen nicht in der Lage sind, die Versorgungsverpflichtungen zu erfüllen, richtet sich der Rückgriffsanspruch des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen auch gegen die Krankenkassen der anderen Kassenarten. Klagen gegen die Geltendmachung der Beträge durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und ihre Vollstreckung haben keine aufschiebende Wirkung.

Die Haftung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen ist nur erforderlich, soweit die Erfüllung der Altersversorgungsverpflichtungen einer insolventen Krankenkasse durch die Insolvenz beeinträchtigt oder unmöglich wird. Hat die insolvente Krankenkasse daher bereits Deckungskapital zur Absicherung der Altersversorgungsverpflichtungen gegenüber ihren Beschäftigten gebildet, das durch die Insolvenz nicht berührt wird, ist dieses vorrangig zur Erfüllung der Versorgungsanwartschaften heranzuziehen. Die Haftung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen tritt in diesem Fall nur noch insoweit ergänzend hinzu, als das Deckungskapital nicht zur Befriedigung der Ansprüche ausreicht. Gleiches gilt, soweit auf Grund von Beitragszahlungen nach § 10 BetrAVG die Versorgungsanwartschaften und –ansprüche der Beschäftigten durch die Leistungen des Pensions-Sicherungs-Vereins (PSV) erfüllt werden.

Satz 2 stellt klar, dass der PSV für an die ehemaligen Beschäftigten einer insolventen Krankenkasse erbrachten Leistungen keinen Rückgriff bei den anderen Krankenkassen oder ihren Verbänden nehmen kann. Ein solcher Rückgriff würde die Krankenkassen einer doppelten Belastung in Bezug auf die Insolvenzsicherung ihrer Versorgungsverpflichtungen aussetzen. Zum einen müssten sie Beiträge an den PSV zahlen, würden im Insolvenzfall aber gleichwohl zur Refinanzierung der vom PSV erbrachten Leistungen herangezogen. Dieser hätte damit kein wirtschaftliches Risiko zu tragen, das als Gegenleistung für die vereinnahmten Beiträge angesehen werden könnte. Dies wird daher ausgeschlossen. Die übrigen Rückgriffsmöglichkeiten des PSV nach § 9 BetrAVG werden hierdurch nicht berührt.

Es kann davon ausgegangen werden, dass die Finanzierungsbasis des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen in jedem Fall ausreicht, um seine Einstandspflicht im Fall seiner Inanspruchnahme zu erfüllen. Selbst im Fall der Insolvenz einer großen Krankenkasse mit entsprechend hohen Versorgungsverpflichtungen könnten die zur Deckung dieser Verpflichtungen erforderlichen jährlichen Mittel gestreckt in einem Zeitraum von bis zu 40 Jahren vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen würde dann sein Rückgriffsrecht primär bei den Krankenkassen der betroffenen Kassenart und letztlich bei allen Krankenkassen ausüben, ohne dass hierdurch beitragsrelevante Belastungen für die Krankenkassen ausgelöst würden. Daher ist auch nach der Aufhebung der Haftung der Länder für Pensionszusagen landesunmittelbarer Krankenkassen aus § 12 Abs. 2 InsO sichergestellt, dass die Versorgungsverpflichtungen einer insolventen Krankenkasse in vollem Umfang befriedigt werden.

Die laufenden Versorgungszahlungen werden weiterhin durch die jeweilige Krankenkasse aus den ihr zur Verfügung stehenden Haushaltsmitteln (Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und eventuellem Zusatzbeitrag) gezahlt. Durch die entsprechende Anwendung des § 164 Abs. 2 bis 4 wird sichergestellt, dass insbesondere die Beschäftigungs- und Versorgungsansprüche der DO-Angestellten durch einen Insolvenzfall nicht beeinträchtigt werden.

Zu Absatz 2

Für den Fall, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Insolvenzfall für nicht abgesicherte Versorgungszusagen einer Krankenkasse haftet, bedarf es einer Regelung, wie

und nach welchen Kriterien er seine Haftungsverpflichtungen bei den verbleibenden Krankenkassen der Kassenart refinanzieren kann. Gleiches gilt für den Fall, dass der Spitzenverband Bund bei allen Krankenkassen Rückgriff nimmt, wenn die Krankenkassen der betreffenden Kassenart nicht in der Lage sind, die Verpflichtungen zu erfüllen. Zur Festlegung der rechnerischen und technischen Einzelheiten der Refinanzierung enthält Absatz 2 eine Verordnungsermächtigung.

Zu Absatz 3

Die Regelung stellt sicher, dass der PSV und die ihn tragenden Arbeitgeber im Insolvenzfall einer Krankenkasse nicht für Versorgungszusagen (erdienter Besitzstand) einstehen müssen, für die in der Vergangenheit keine Beiträge entrichtet worden sind. Infolgedessen sind die Beiträge dieser Krankenkassen zum PSV nur nach den ab 1. Januar 2010 erdienten Versorgungsansprüchen und -anwartschaften zu bemessen.

Zu Absatz 4

Hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Insolvenzfall Leistungen an ehemalige Beschäftigte der insolventen Krankenkasse zu erbringen, gehen die entsprechenden Forderungen beziehungsweise, soweit eine Unterstützungskasse die Leistungen zu erbringen gehabt hätte, deren Vermögen, auf ihn über. Damit erhält der Spitzenverband Bund der Krankenkassen eine dem PSV vergleichbare Rechtsstellung und kann die übergegangenen Forderungen wie dieser im Insolvenzverfahren geltend machen.

Zu Absatz 5

Absatz 5 enthält eine Sonderregelung für die Befriedigung der Ansprüche der Versicherten und der Leistungserbringer sowie der Forderungen auf Grund über- und zwischenstaatlichen Rechts im Insolvenzfall. Diese Regelungen sind erforderlich, da Versicherte und Leistungserbringer nicht auf die Insolvenzquote verwiesen werden können, sondern ihre Ansprüche aus verfassungsrechtlichen Gründen in vollem Umfang erfüllt werden müssen. Da der weit überwiegende Teil der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung als Versicherungspflichtige kraft Gesetzes angehört und keine alternative Versicherungsmöglichkeit hat, muss sichergestellt sein, dass die Betroffenen ihre durch Beiträge erworbenen Ansprüche auch realisieren können. Die Erfüllung dieser Leistungsansprüche durch das Sachleistungsprinzip kann aber nur gewährleistet werden, wenn die Leistungserbringer auf die Erfüllung ihrer Forderungen gegenüber der Krankenkasse vertrauen können.

Aus Gründen der Vereinfachung kann die Erfüllung dieser Forderungen nur vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen verlangt werden, der diese Forderungen primär bei den übrigen Krankenkassen der betroffenen Kassenart geltend macht. Um eine Überforderung dieser Krankenkassen zu vermeiden, wird der Haftungsumfang durch einen Schwellenwert begrenzt. Der Schwellenwert trägt den Rahmenbedingungen des Gesundheitsfonds Rechnung, nach denen es kassenindividuelle Relationen zu den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder nicht mehr gibt, sondern die Einnahmen der Krankenkassen aus den Zuweisungen durch den Gesundheitsfonds bestehen. Die Zuweisungen an alle Krankenkassen einer Kassenart können als Indikator für die Leistungsfähigkeit der Kassenart herangezogen werden. Für die dem Umfang nach über den Schwellenwert hinausgehenden Ansprüche haften auch die Krankenkassen der übrigen Kassenarten. Soweit Krankenkassen auf Grund dessen Zahlungen zu leisten haben, gehen die Forderungen auf sie über. Im Insolvenzverfahren macht der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die übergegangenen Forderungen zu Gunsten dieser Krankenkassen geltend.

Zu § 171e

Zu Absatz 1

Absatz 1 regelt die Abgrenzung der Versorgungszusagen, für die die Krankenkassen vom 1. Januar 2010 an ein ausreichendes Deckungskapital zu bilden haben. Danach gilt die Verpflichtung zur Bildung dieses Deckungskapitals für die Versorgungszusagen von Krankenkassen, für die Durchführungswege gewählt worden sind, die eine Beitragspflicht zur Insolvenzsicherung nach § 10 BetrAVG ausgelöst haben (u. a. Direktzusage, Unterstützungskasse und Pensionsfonds). Nicht betroffen von der Verpflichtung zur Bildung eines Deckungskapitals sind daher Krankenkassen, soweit sie Versorgungszusagen über eine Pensionskasse, eine Direktversicherung der in § 7 Abs. 1 Satz 2 und Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 BetrAVG bezeichneten Art oder einen versicherungsförmig ausgestalteten Pensionsfonds erteilt haben. Den genannten Durchführungswegen ist gemeinsam, dass sie eine versicherungsförmige Absicherung der Pensionsverpflichtungen gewährleisten, sodass der Aufbau eines ausreichenden Deckungskapitals bei Beachtung der gesetzlichen Vorgaben sichergestellt ist. Da sowohl Pensionskassen, Lebensversicherungsunternehmen als auch Pensionsfonds der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht unterstehen, ist von der Beachtung der gesetzlichen Vorgaben auszugehen. Bei unmittelbaren Versorgungszusagen und Unterstützungskassen besteht eine derartige Sicherung jedoch nicht. Soweit Krankenkassen sich für einen unmittelbaren Durchführungsweg entschieden haben, sind sie künftig zur Bildung eines nach den Vorgaben der Rechtsverordnung nach Absatz 3 ermittelten Deckungskapitals verpflichtet, soweit diese Bildung in der Vergangenheit nicht bereits erfolgt ist und dies durch ein aktuelles versicherungsmathematisches Gutachten nachgewiesen wird. Die Anrechnung von Deckungskapital in nicht versicherungsförmig ausgestalteten Durchführungswegen wird in der Rechtsverordnung nach Absatz 3 geregelt.

Die Bildung des Deckungskapitals kann auch durch mehrere Krankenkassen bei einem gemeinsamen Träger, wie etwa einer gemeinsamen Pensionskasse, erfolgen.

Die Dotierung des Deckungskapitals kann in statischer oder flexibler Weise erfolgen. Bei statischer Dotierung wird ein konstanter Betrag gezahlt, die laufenden Renten- und eventuelle Beihilfezahlungen werden zusätzlich erbracht, sodass sich eine variable Gesamtbelastung ergibt, da die Renten- und Beihilfezahlungen schwanken. Bei flexibler Dotierung wird eine konstante Belastung aus Renten- und eventuellen Beihilfezahlungen sowie Dotierung des Deckungskapitals unterstellt. Da die Renten- und Beihilfezahlungen schwanken, schwanken auch die Dotierungen des Deckungskapitals, z. B. in Abhängigkeit von der Höhe der aktuellen Rentenzahlungen. Bei beiden Alternativen müssen die regelmäßigen Zuführungen zum Deckungskapital versicherungsmathematisch so kalkuliert werden, dass am 31. Dezember 2049 ein ausreichendes Deckungskapital besteht. Durch die Dauer dieses Zeitraums wird sichergestellt, dass Krankenkassen, die in der Vergangenheit hohe Pensionsverpflichtungen begründet, aber nur in geringem Umfang Deckungskapital hierfür gebildet haben, durch die Verpflichtung zum Aufbau des Deckungskapitals nicht überfordert werden. Dies schließt nicht aus, dass Krankenkassen mit Deckungslücken in kleinerem Umfang den Aufbau des Deckungskapitals schon vor diesen Zeitpunkt abschließen können.

Zu Absatz 2

Absatz 2 Satz 1 berücksichtigt, dass Krankenkassen Mitglieder öffentlich-rechtlicher Versorgungseinrichtungen sein können. So haben einzelne Krankenkassen ihre DO-Angestellten über kommunale, regionale oder auf ein Bundesland begrenzte Versorgungseinrichtungen (z.B. Zusatzversorgungskassen) abgesichert. Bei diesen

Versorgungseinrichtungen handelt es sich um umlagefinanzierte oder kapitalgedeckte Einrichtungen oder um Einrichtungen, die beide Finanzierungsmöglichkeiten miteinander verbinden.

Satz 2 regelt den Kapitalaufbau bei Lebensversicherungsunternehmen oder Pensionsfonds. Satz 3 trägt dem Umstand Rechnung, dass einzelne Krankenkassen bereits auf Grund bestehender Versorgungsrücklagegesetze des Bundes oder einzelner Länder Deckungskapital gebildet haben. Soweit dies geschehen ist, ist dieses anzurechnen. Ein weiterer Kapitalaufbau ist dann nur ergänzend notwendig.

Zu Absatz 3

Absatz 3 enthält eine Verordnungsermächtigung zur Regelung technischen Einzelheiten zum Aufbau des Deckungskapitals. Hierzu gehört insbesondere die Festlegung der allgemeinen versicherungsmathematischen Vorgaben, die Festlegung und Anpassung der Zuweisungssätze zum Deckungskapital sowie die Durchführungswege und die Anlageformen des Deckungskapitals. Die trägerspezifischen Besonderheiten werden in dem in Absatz 4 vorgesehenen Genehmigungsverfahren festgelegt.

Zu Absatz 4

Die Genehmigung der Ermittlung der Höhe des erforderlichen Deckungskapitals und der Zuführungspläne zum Deckungskapital durch die Aufsichtsbehörde stellt sicher, dass das Ziel der Bildung eines ausreichenden Deckungskapitals erreicht wird.

Zu Absatz 5

Wegen des mit dem Genehmigungsverfahren nach Absatz 4 verbundenen erheblichen Verwaltungsaufwandes der Aufsichtsbehörde sind diesen die Verwaltungskosten von den Krankenkassen zu erstatten.

Zu § 171f

Die Regelung überträgt die Vorschriften über die Herstellung der Insolvenzfähigkeit der Krankenkassen auf die Verbände der Krankenkassen, die, ebenso wie die Krankenkassen, bundes- oder landesunmittelbare Körperschaften des öffentlichen Rechts sind. Für diese müssen daher in Bezug auf die Insolvenzfähigkeit die gleichen Regelungen gelten wie für die Krankenkassen auch. Eine Ausnahme bildet der Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, auf den § 171f nicht anwendbar ist (vgl. Artikel 3 Nr. 2)

Zu Nummer 9 (vor § 172)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung eines neuen Achten Titels nach § 171.

Zu Nummer 10 (§ 172)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung in Bezug auf die Änderung in Absatz 2 und die Anfügung von Absatz 3 der Vorschrift.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Änderung in Satz 1 trägt dem Umstand Rechnung, dass entsprechend der Neuorganisation der Verbändestruktur nur noch der Spitzenverband Bund der Krankenkassen als haftender Verband fungiert, nachdem die Landesverbände bereits durch das GKV-WSG mit Wirkung zum 1. Juli 2008 nicht mehr als Haftungsverbünde existieren.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit den Informationspflichten nach den Sätzen 2 und 3 setzt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Aufsichtsbehörden im Rahmen eines Frühwarnsystems in Anbetracht seiner Haftung nach § 171d frühzeitig über einen potentiellen Haftungsfall in Kenntnis. Die Informationspflicht ist auch notwendig, damit die Aufsichtsbehörde frühzeitig eine defizitäre Finanzentwicklung einer Krankenkasse erkennen und noch rechtzeitig Maßnahmen einleiten kann, um ggf. in Zusammenarbeit mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen die drohende Zahlungsunfähigkeit oder die dauernde Leistungsunfähigkeit der Krankenkasse zu verhindern. Die Informationspflicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen setzt erst dann ein, wenn in der letzten Vierteljahresrechnung die Ausgaben die Einnahmen um mehr als 0,5 Prozent der durchschnittlichen monatlichen Zuweisungen dieser Krankenkasse aus dem Gesundheitsfonds überstiegen haben. Ein Anknüpfen an die Höhe der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ist sachgerecht, weil die Zuweisungen die Haupteinnahmequelle der Krankenkasse darstellen. Die Zuweisungen an die Krankenkassen erfolgen monatlich - losgelöst von der Einnahmesituation des Gesundheitsfonds. In der Vergangenheit eingetretene monatliche Verzerrungen bei den Beitragseinnahmen der Krankenkassen, insbesondere durch Sonderzahlungseffekte oder durch Tariflohnentwicklungen, werden bei den Krankenkassen durch die monatlichen Zahlungen von Zuweisungen ausgeschlossen. Bei den Krankenkassen verbleiben lediglich die monatlichen Schwankungen bei den Ausgaben. Diese waren – anders als im Beitragseinnahmebereich - in der Regel jedoch nicht ausschlaggebend für etwaige unterjährige Defizite. Durch die Festlegung des Schwellenwertes werden zum einen ins Gewicht fallende Defizitentwicklungen im Hinblick auf mögliche Haftungsfolgen notwendigerweise aufgegriffen, zum anderen überflüssige Meldungen an die Aufsichtsbehörden vermieden. Die zusätzlichen jährlichen Meldungen der Betriebsmittel, Rücklagen und Geldmittel zur Anschaffung und Erneuerung von Verwaltungsvermögen einer Krankenkasse ermöglichen eine Beurteilung der aktuellen unterjährigen Finanzentwicklung im Zusammenhang mit den in den Jahresrechnungsergebnissen ausgewiesenen Finanzreserven. Sowohl die Vierteljahresergebnisse als auch die Jahresrechnungsergebnisse werden dem Spitzenverband Bund routinemäßig übermittelt und können kurzfristig und ohne bürokratischen Aufwand ausgewertet und die Auswertungen den Aufsichtsbehörden zur Verfügung gestellt werden.

Zu Doppelbuchstabe cc

Bei der Änderung von Satz 3 handelt es sich um eine Folgeänderung bezüglich der neu eingeführten Informationspflichten nach Satz 4.

Zu Buchstabe c

Die Regelung ermöglicht der Aufsichtsbehörde, die Voraussetzungen für die Vereinigung einer in ihrer Leistungsfähigkeit gefährdeten Krankenkasse auch gegen deren Willen herbeizuführen, wenn eine andere Krankenkasse bereit ist, sich mit dieser Krankenkasse zu vereinigen. Voraussetzung hierfür ist, dass sie im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der

Krankenkassen der Auffassung ist, dass nur durch eine Fusion die dauerhafte Leistungsfähigkeit der betroffenen Krankenkasse sichergestellt bzw. der Eintritt von Zahlungsunfähigkeit oder Überschuldung vermieden werden kann. Ist eine andere Krankenkasse bereit, etwa auf Grund der Gewährung finanzieller Hilfen nach § 265a, sich mit der bedrohten Krankenkasse zu vereinigen, kommt aber bei dieser kein entsprechender Beschluss des Verwaltungsrats zustande, wird dieser Beschluss durch die Aufsichtsbehörde ersetzt, sodass die Vereinigung stattfinden kann. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann der Aufsichtsbehörde vereinigungswillige Krankenkassen vorschlagen. Ein derartiger Vorschlag ist aber nicht Voraussetzung für das Tätigwerden der Aufsichtsbehörde. Ein entgegenstehender Beschluss des Verwaltungsrats der Krankenkasse ist unbeachtlich. Die Befugnisse der Aufsichtsbehörden im Rahmen des Genehmigungsverfahrens bleiben unberührt.

Zu Nummer 11 (§ 195)

Die Änderung dient der Steigerung der Effektivität des aufsichtsrechtlichen Vorgehens. Nach geltendem Recht haben Klagen gegen Maßnahmen der Aufsichtsbehörde auch dann aufschiebende Wirkung, wenn diese dazu dienen, die Satzung einer Krankenkasse in Übereinstimmung mit höherrangigem Recht zu bringen. Dies kann zur Folge haben, dass ein gesetzmäßiger Zustand insoweit nur mit erheblicher zeitlicher Verzögerung wiederhergestellt werden kann. Die Satzung kann in diesem Zeitraum ihre Informationsfunktion für die Versicherten nur unzureichend erfüllen. Die aufschiebende Wirkung von Klagen gegen derartige Maßnahmen wird daher ausgeschlossen.

Zu Nummer 12 (§ 252)

Mit Einführung des Gesundheitsfonds werden die Beitragszahlungen der Bundesagentur für Arbeit, der Optionskommunen, der Künstlersozialkasse und der Wehr- und Zivildienstverwaltung nicht mehr an die Krankenkassen, sondern direkt an den Gesundheitsfonds erfolgen. Von den Zahlern sind einheitliche Beitragsnachweise zu erstellen, das Verfahren soll in den Rechtsverordnungen nach den Vorschriften des Vierten Buches (§§ 28c und 28n) geregelt werden. Die auf Grund dieser gesetzlichen Ermächtigung erlassenen Rechtsverordnungen regeln schon heute das Nähere über Meldungen und Beitragsnachweise der Arbeitgeber und das Übermittlungsverfahren für Meldungen bei Bezug von Entgeltersatzleistungen.

Damit hat das Bundesversicherungsamt die Voraussetzung dafür, eingehende Beiträge in der Verwaltung des Gesundheitsfonds ohne weiteren Verwaltungsaufwand zu verbuchen. Gleiches gilt für sonstige Beiträge (z. B. Beiträge freiwillig Versicherter oder Beiträge von versicherungspflichtigen Studenten), die die Krankenkassen an den Gesundheitsfonds weiterleiten. Die Regelung ist eine technische Klarstellung im Zahlungsfluss zwischen Beitragszahlern, Krankenkassen und Gesundheitsfonds.

Zu Nummer 13 (§ 265a)

Zu Absatz 1

Nach Satz 1 hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vom 1. April 2009 an in seiner Satzung Regelungen über die Gewährung finanzieller Hilfen vorzusehen. Diese Hilfen können nur gewährt werden, um die Vereinigung einer Krankenkasse mit einer anderen Krankenkasse zu ermöglichen oder zu erleichtern, wenn die Vereinigung aus Sicht des Spitzenverbandes Bund erforderlich ist, um Haftungsrisiken anderer Krankenkassen bei Schließung oder Insolvenz einer bedrohten Krankenkasse abzuwenden. Demgegenüber ist es nicht Aufgabe der durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen gewährten Hilfen, eine Notlage oder eine

Beeinträchtigung der Wettbewerbsfähigkeit bei einer Mitgliedskasse zu überbrücken. Hierfür enthält § 265b ein ausreichendes Instrumentarium, das es den Krankenkassen einer Kassenart ermöglicht, freiwillige Finanzhilfen auf vertraglicher Grundlage zu gewähren. Da die Gewährung ausreichender finanzieller Hilfen nach § 265b Voraussetzung für die Gewährung von Hilfen durch den Spitzenverband Bund ist, haben die Hilfeleistungen des Spitzenverbandes Bund lediglich subsidiären Charakter. In der Satzung des Spitzenverbandes Bund ist festzulegen, welche Mindestvoraussetzungen die Hilfen nach § 265b erfüllen müssen.

Zu Absatz 2

Absatz 2 beschränkt die Befugnis, einen Antrag auf Gewährung finanzieller Hilfen zu stellen, auf die Aufsichtsbehörde der betroffenen Krankenkasse. Die Aufsichtsbehörden erhalten hierdurch eine der Schließung oder der Stellung eines Insolvenzantrags vorgelagerte Handlungsmöglichkeit in Bezug auf Krankenkassen, deren Existenz als selbständige Körperschaften des öffentlichen Rechts bedroht ist. Es ist davon auszugehen, dass Anträge auf Gewährung finanzieller Hilfen nur gestellt werden, wenn in absehbarer Zeit eine Schließung oder das Vorliegen eines Insolvenzgrundes und damit ohnehin ein Ausscheiden der Krankenkasse aus dem Markt droht. Es ist davon auszugehen, dass das Bestehen von Vereinigungsmöglichkeiten bereits im Vorfeld von der betroffenen Krankenkasse in Zusammenarbeit mit der Aufsichtsbehörde und gegebenenfalls dem Spitzenverband Bund sondiert wird.

Im Übrigen übernimmt die Regelung im Wesentlichen die Verfahrensregelungen des bisherigen § 265a, der durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz neu gefasst worden ist.

Zu Absatz 3

Die finanziellen Hilfen sind von allen Mitgliedskassen des Spitzenverbandes Bund zu finanzieren. Dies ist sachgerecht, da die Krankenkassen der betroffenen Kassenart bereits durch die Gewährung freiwilliger Hilfen nach § 265b solidarische Unterstützungsleistungen erbracht haben.

Zu Absatz 4

Absatz 4 enthält eine Übergangsregelung, die erforderlich ist, damit die auf Grund des § 265a in der Fassung des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes zugesagten Hilfeleistungen wie vorgesehen abgewickelt werden können.

Zu Nummer 14 (§ 265b)

Zu Absatz 1

Die Regelung ermöglicht es den Krankenkassen, durch freiwillige finanzielle Unterstützungsleistungen an andere Krankenkassen der Kassenart die Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse zu vermeiden. Außerdem kann durch derartige Hilfeleistungen ein Beitrag zur Lösung struktureller Probleme bei einzelnen Krankenkassen geleistet werden, indem die Vereinigung einer Not leidenden Krankenkasse mit einer anderen Krankenkasse finanziell unterstützt wird. Die Hilfeleistungen werden auf der Grundlage vertraglicher Vereinbarungen zwischen den betroffenen Krankenkassen gewährt. In der vertraglichen Vereinbarung können die Krankenkassen auch regeln, dass im Haftungsfall nach Schließung (§ 155) oder Insolvenz (§ 171d) die aus dem Rückgriffsanspruch des Spitzenverbandes Bund gegen die Krankenkassen der Kassenart resultierenden Beträge anders aufgeteilt werden, als es aus der Rechtsverordnung nach § 171d Abs. 2 folgt. Der Abschluss eines solchen Vertrags

ist freiwillig. Es handelt sich um einen öffentlich-rechtlichen Vertrag, auf den die Regelungen der §§ 53ff SGB X Anwendung finden.

Zu Absatz 2

Wegen der finanziellen Bedeutung der vertraglichen Unterstützungsleistungen sind die Verträge von den zuständigen Aufsichtsbehörden zu genehmigen. Dies ist sachgerecht, da auch bestimmte Darlehensvergaben von Krankenkassen einem Genehmigungsvorbehalt unterliegen (§ 85).

Zu Nummer 15. (§ 307a)

Die Regelung steht in Zusammenhang mit der Anzeigepflicht des Vorstands einer Krankenkasse nach § 171b Absatz 2 Satz 1 und stellt eine Verletzung dieser Anzeigepflicht in Anlehnung an die entsprechenden Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes bzw. des Kreditwesengesetzes unter Strafe. Zweck dieser Strafvorschrift ist es, das Antragsprivileg der Aufsichtsbehörde bezüglich der Einleitung des Insolvenzverfahrens (§ 171b Abs. 3 Satz 1) zu sichern. Der Anwendungsbereich der Vorschrift ist deshalb durch die Reichweite der Informations- und Anzeigepflicht des Vorstands begrenzt. Als Täter kommen nur die Vorstandsmitglieder einer Krankenkasse in Betracht, nicht hingegen Mitglieder des Verwaltungsrates oder sonstige Personen.

Zu Artikel 2 (Änderung des SGB IV)

Zu Nummer 1 (§ 77 SGB IV)

Die Regelung überträgt die in § 252 HGB geregelten wesentlichen handelsrechtlichen Bewertungsgrundsätze auf die Krankenkassen. Hierdurch wird die Transparenz in Bezug auf die tatsächliche finanzielle Situation der Krankenkassen verbessert. Dies ermöglicht es, wirtschaftliche Schwierigkeiten bei insolvenzfähigen Krankenkassen bereits frühzeitig zu erkennen, sodass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die zuständigen Aufsichtsbehörden der Krankenkassen die erforderlichen Maßnahmen ergreifen können, um eine dauerhafte Leistungsunfähigkeit oder den Eintritt von Zahlungsunfähigkeit oder Überschuldung bei diesen Krankenkassen zu verhindern.

Auch wenn die handelsrechtliche Bewertungsgrundsätze dem erwerbswirtschaftlichen Sektor entstammen und damit den spezifischen Rechnungslegungsbedürfnissen privater Unternehmen in besonderem Maß Rechnung tragen, stellen sie auch ein geeignetes Fundament für eine qualitätsorientierte Buchführung und Rechnungslegung der Krankenkassen dar. Dies gilt wegen der zunehmenden Wettbewerbsorientierung der Krankenkassen, mit Ausnahme der Landwirtschaftlichen Krankenkassen, insbesondere für das Prinzip der periodengerechten Abgrenzung (Nummer 5) und das Vorsichtsprinzip (Nummer 4).

Zu den Grundsätzen im Einzelnen:

Nummer 1 normiert den Grundsatz der Bilanzkontinuität. Das bedeutet, dass die Saldenvorträge zu Beginn eines Rechnungsjahres mit den entsprechenden Schlusssalden des Vorjahres übereinstimmen müssen. Eine Neubewertung von Vermögensgegenständen, die allein deshalb erfolgt, weil ein neues Rechnungsjahr begonnen hat, ist damit ausgeschlossen.

Nummer 2 enthält den Grundsatz der Bilanzklarheit. Hierdurch wird sichergestellt, dass die Vermögenssituation einer Krankenkasse unmittelbar aus ihrer Jahresrechnung erkennbar ist, die auch nicht durch nachträgliche Änderungen verfälscht werden darf.

Nummer 3 enthält die Grundsätze der Bewertung zum Abschlussstichtag und der Einzelbewertung. Auf Grund des Stichtagsprinzips sind für die Bewertung und Bilanzierung die Verhältnisse zum Abschlussstichtag maßgeblich. Veränderungen, die nach dem Abschlussstichtag eintreten, sind dagegen grundsätzlich unbeachtlich. Nach dem Grundsatz der Einzelbewertung ist jeder Vermögensgegenstand und jeder Schuldposten für sich zu bewerten. Wertminderungen einzelner Vermögensgegenstände dürfen daher grundsätzlich nicht mit anderen Vermögensgegenständen verrechnet werden. Die Bildung von Bewertungseinheiten für Vermögensgegenstände, die in einem betrieblichen Nutzungs- und Funktionszusammenhang stehen, wird hierdurch nicht ausgeschlossen.

Von besonderer Bedeutung ist das in Nummer 4 normierte Vorsichtsprinzip. Dieses dient in erster Linie dem Gläubigerschutz. Angewendet auf die Krankenkassen dient es auch dem Schutz der Haftungsverbünde, d. h. der Krankenkassen, die im Schließungs- oder Insolvenzfall zur Haftung herangezogen würden. Da die Krankenkassen keinem originären unternehmerischen Risiko ausgesetzt sind, wirkt es einer systembedingt höheren Risikobereitschaft der Krankenkassen entgegen.

Das Vorsichtsprinzip gilt nicht nur für den Ansatz von Vermögensgegenständen und Schuldpositionen, sondern auch für die Bewertung. Es wirkt vor allem bei der Ausfüllung von Ermessenspielräumen, d. h. dort, wo sich durch unvollständige Informationen oder Ungewissheiten Bewertungsspielräume ergeben.

Eine besondere Ausprägung des Vorsichtsprinzips ist es, dass vorhersehbare Risiken und Verluste, die bis zum Abschlussstichtag entstanden sind, zu berücksichtigen sind, auch wenn sie erst zwischen dem Abschlussstichtag und dem Tag der Aufstellung der Jahresrechnung bekannt geworden sind. Vorhersehbare, aber noch nicht eingetretene Verluste sind damit vorwegzunehmen (Grundsatz der Verlustantizipation – Nr. 4, erster Halbsatz). Gewinne sind dagegen nur dann zu berücksichtigen, soweit sie am Abschlussstichtag bereits realisiert worden sind (Realisations- oder Abgrenzungsprinzip – Nr. 4, zweiter Halbsatz).

Eine Nichtbeachtung des Vorsichtsprinzips hätte eine zu optimistische Darstellung der Vermögenssituation einer Krankenkasse zur Folge. Die Jahresrechnung würde in diesem Fall ihre Darstellungsfunktion des Reinvermögens der Krankenkasse nur unzureichend erfüllen.

Für die Aussagekraft der Jahresrechnung von erheblicher Bedeutung ist auch der Grundsatz der periodengerechten Zuordnung (Nummer 5). Das bedeutet, dass Aufwendungen und Erträge unabhängig von den jeweiligen Zahlungszeitpunkten zu berücksichtigen sind. Der Grundsatz der Periodengerechtigkeit steht insbesondere einer frühzeitigen Beendigung der zeitlichen Rechnungsabgrenzung entgegen, durch die Aufwendungen, die dem alten Rechnungsjahr zuzuordnen wären, in die Erfolgsrechnung des neuen Jahres eingingen. Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung hätte eine frühzeitige Beendigung der zeitlichen Rechnungsabgrenzung besonders gravierende Auswirkungen. Beitragszahlungen, die üblicherweise zeitnah eingehen, würden noch dem alten Rechnungsjahr zugeordnet, während die Leistungserbringerabrechnungen, die in der Regel stark zeitversetzt eingehen, dem neuen Rechnungsjahr zugeordnet würden. Die Aussagekraft der Jahresrechnung würde hierdurch stark eingeschränkt.

In Nummer 6 schließlich wird der Grundsatz der Bewertungsstetigkeit festgeschrieben. Ziel dieses Grundsatzes ist es, die aufeinander folgenden Jahresrechnungen vergleichbar zu machen. Es handelt sich um eine Sollvorschrift, von der nur in begründeten Ausnahmefällen abgewichen werden darf.

Nach Satz 2 der Neuregelung haben die gesetzlichen Vertreter der Krankenkasse in Anlehnung an die Vorschrift des § 264 Absatz 2 Satz 3 HGB eine Bestätigung der Richtigkeit der Angaben

der Jahresrechnung nach bestem Wissen abzugeben, also als Erklärung unter Wissensvorbehalt. Eine absolute Bestätigung der Richtigkeit der Angaben ist dagegen nicht gefordert und würde auch zu einem Bruch innerhalb des Haftungsrechts führen.

Zu Nummer 2 (§ 78 SGB IV)

Bislang verweist § 78 Satz 2 SGB IV nur auf die Grundsätze des für den Bund und die Länder geltenden Haushaltsrechts. Eine Ergänzung hinsichtlich der Bewertungsgrundsätze ist sachgerecht, um den systematischen Zusammenhang zwischen SGB IV einerseits und SVHV, SVRV und SRVwV andererseits zu verdeutlichen.

Zu Nummer 3 (§ 79 SGB IV)

In § 79 SGB IV sind die Meldepflichten der Versicherungsträger bezüglich der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse geregelt. Um die Meldung der Rechnungsergebnisse zu beschleunigen und in ihrer Qualität zu sichern, sollen die Versicherungsträger zukünftig die Daten maschinell verwertbar und geprüft vorlegen. Hiermit wird die Transparenz der Finanzlage der einzelnen Versicherungsträger erhöht. Die Vorlage geprüfter Daten hat neben dem Aspekt der Qualitätssicherung auch den Sinn, dass die Daten vor dem Versand eingehend auf formale und sachliche Richtigkeit geprüft sind und eine plausible Entwicklung gegenüber den Vorjahreswerten aufweisen. Einzelheiten über den Prüfumfang kann der Spitzenverband Bund der Krankenkassen festlegen.

Zu Nummer 4 (§ 111 SGB IV)

Zu Absatz 5

Die Neuregelung ist erforderlich, da Verstöße gegen die wesentlichen handelsrechtlichen Bewertungsgrundsätze einer wirksamen Sanktion bedürfen, um ihre Einhaltung sicherzustellen. Eine Erweiterung des § 283b StGB dahingehend, dass auch Verstöße gegen die wesentlichen handelsrechtlichen Bewertungsgrundsätze unter Strafe gestellt werden, ist dagegen nicht erforderlich.

Zu Absatz 6

Die Regelung lehnt sich in Bezug auf die Höhe der Geldbuße an entsprechende Regelungen des HGB (z.B. in § 341n Abs. 3, § 342e Abs. 2 HGB) an. Die Geldbuße kann auch mehrmals festgesetzt werden.

Zu Nummer 5 (§ 112 SGB IV)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 111 SGB IV. Einer Änderung des Absatzes 3 der Vorschrift bedurfte es nicht. Denn grundsätzlich ist im Bußgeldverfahren vorgesehen, dass Geldbußen in die Bundeskasse fließen, sofern eine Verwaltungsbehörde des Bundes den Bußgeldbescheid erlassen hat; in den übrigen Fällen fließt die Geldbuße in die Landeskasse (§ 90 Abs. 2 OWiG). § 112 Abs. 3 SGB IV sieht eine hiervon abweichende Regelung für die dort näher bezeichneten Fälle vor, zu denen die neue Fallgestaltung in § 111 Abs. 5 SGB IV nicht zählt. Sachlich zuständig für die Verfolgung und Ahndung der Ordnungswidrigkeit nach § 111 Abs. 5 (neu) SGB IV ist wie in den Fällen des § 111 Abs. 3 SGB IV die Aufsichtsbehörde des Versicherungsträgers.

Zu Artikel 3 (Änderung des KVLG)

Zu Nummer 1

Die Ausnahme für landwirtschaftliche Krankenkassen hinsichtlich der Insolvenzfähigkeit der Krankenkassen ist sachgerecht, da diese nicht am Kassenwettbewerb teilnehmen und außerdem einen Verwaltungsverbund mit den Trägern der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften bilden.

Zu Nummer 2

Aufgrund der Ausnahmeregelung für die landwirtschaftlichen Krankenkassen von der generellen Herstellung der Insolvenzfähigkeit von Krankenkassen bedarf es einer Ausdehnung der Vorschriften zur Insolvenzfähigkeit auf deren Spitzenverband nicht.

Zu Nummer 3

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 265a SGB V in Artikel 1. Einer Anwendung des von § 265a SGB V in der ab 1.1.2009 geltenden Fassung bedarf es für die landwirtschaftlichen Krankenkassen nicht, da für sie die Vorschriften über die Insolvenz von Krankenkassen nicht gelten.

Zu Artikel 4 (Änderung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes)

Zu Buchstabe a

Redaktionelle Folgeänderung

Zu Buchstabe b

Mit dem GKV-Wettbewerbstärkungsgesetz wurde geregelt, dass der Bundeszuschuss nach § 221 SGB V, der bis einschließlich 2008 zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen an alle gesetzlichen Krankenkassen gezahlt wird, ab dem Jahr 2009 zur Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben an den Gesundheitsfonds gezahlt wird. Da die Landwirtschaftlichen Krankenkassen nicht an dem Gesundheitsfonds teilnehmen, muss ab 2009 eine Regelung getroffen werden, die sicherstellt, dass auch die Landwirtschaftlichen Krankenkassen, die ebenso wie die anderen gesetzlichen Krankenkassen gesamtgesellschaftliche Aufgaben erfüllen, an dem Bundeszuschuss nach § 221 SGB V teilhaben. Dies wird durch die vorgenommene Ergänzung in § 221 SGB V sichergestellt.

Als Maßstab für die Aufteilung der Bundeszuschüsse ist die Anzahl der Versicherten zugrunde zu legen, damit der Kreis der potentiell Begünstigten solcher Leistungen (wie z.B. die beitragsfreie Versicherung von Kindern) eine gerechte Aufteilung der Bundeszuschüsse berücksichtigt.

Zu Artikel 5 (Änderung der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Festschreibung der wesentlichen handelsrechtlichen Bewertungsgrundsätze für die Krankenkassen (§ 77 Abs. 1a – neu SGB IV.

Das bisherige Bilanzierungswahlrecht des § 12 Absatz 1 Satz 1 SVRV in Bezug auf die Bildung von Altersvorsorgeverpflichtungen ist hiermit nicht vereinbar und soll daher ersatzlos entfallen.

Zu Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Zu Nummer 1

Durch die Einfügung eines neuen Abschnitts wird klargestellt, dass die in diesem Abschnitt enthaltenen Regelungen für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und die Durchführung des Risikostrukturausgleichs ab 2009 gelten.

Zu § 35

Zu Absatz 1

Die Vorschrift stellt klar, dass die im Ersten bis Siebten Abschnitt enthaltenen Regelungen weiterhin anzuwenden sind, soweit die Vorschriften des Achten Abschnittes oder das Gesetz keine abweichenden Regelungen enthalten, die für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und die Durchführung des Risikostrukturausgleichs ab dem Jahr 2009 vorrangig anzuwenden sind. Soweit sich die Zuweisungen auf die standardisierten Aufwendungen für Krankengeld (§ 4 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3) beziehen, sind die §§ 5 bis 7 und 10 über das Berichtsjahr 2008 hinaus weiterhin maßgeblich.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift stellt klar, dass entsprechend den Regelungen der §§ 266 Abs. 10 und 269 Abs. 7 SGB V die Jahresausgleiche Risikostrukturausgleich und Risikopool sowie der Zwischenausgleich für das Berichtsjahr 2008 und die Korrekturverfahren der Berichtsjahre bis 2008 nach den §§ 1 bis 28h der RSAV in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung zu erfolgen haben.

Zu § 36

Zu Absatz 1

Die Vorschrift enthält Vorgaben zur Ermittlung der Höhe der Grundpauschale. Ab dem Jahr 2009 erhalten die Krankenkassen als Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zur Deckung ihrer standardisierten Leistungsausgaben eine für alle Versicherten einheitliche Grundpauschale und alters-, geschlechts- und risikoadjustierte Zu- und Abschläge. Der Berechnung der Grundpauschale liegen die voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds zugrunde. Von diesen Einnahmen sind die für die Zuweisungen für sonstige Ausgaben vorgesehenen Einnahmen, die für den Aufbau der Liquiditätsreserve vorgesehenen Einnahmen und die dem Bundesversicherungsamt bei der Verwaltung des Fonds entstehenden Ausgaben in Abzug zu bringen. Diese Einnahmen bzw. Kosten dienen nicht der Deckung der standardisierten Leistungsausgaben der Krankenkassen und sind daher nicht der Grundpauschale zugrunde zu legen (vgl. § 266 Abs. 2 Satz 1 SGB V). Die so bereinigten Einnahmen sind anschließend durch die Versichertenzahl aller Krankenkassen zu teilen, um die für alle Krankenkassen einheitliche Grundpauschale je Versicherten zu erhalten.

Zu Absatz 2

Da die Zuweisungen im Laufe des Jahres konstant und für die Krankenkassen zuverlässig kalkulierbar sein sollen, ist die Grundpauschale im Voraus für ein Kalenderjahr auf der Grundlage der voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds festzulegen. Eine unterjährige Anpassung der Grundpauschale erfolgt nicht, der Gesundheitsfonds hat

unterjährige Einnahmeschwankungen aus der Liquiditätsreserve, durch ein Vorziehen des monatlichen Bundeszuschusses oder durch die Inanspruchnahme eines Liquiditätsdarlehens des Bundes auszugleichen, entsprechend werden unerwartete Überschüsse der Liquiditätsreserve zugeführt.

Zu Absatz 3

Die Höhe der vom Bundesversicherungsamt ermittelten Grundpauschale ist nach § 15 bekannt zu geben. Die Krankenkassen haben sicher zu stellen, dass die Grundpauschale ihren Versicherten in geeigneter Form bis zum festgelegten jährlichen Stichtag bekannt gegeben wird. Zu § 37

Diese Vorschrift setzt § 270 Abs. 1 Satz 1 Buchstabe a und c SGB V um. Die Krankenkassen erhalten aus dem Gesundheitsfonds ab 2009 auch Zuweisungen zur Deckung ihrer Satzungs- und Mehrleistungen sowie ihrer Verwaltungskosten. Maßgebend für die Höhe der Zuweisungen sind nicht die tatsächlich entstandenen Ausgaben, sondern die standardisierten Ausgaben. Hierdurch wird vermieden, dass überproportionale Ausgabensteigerungen bei einzelnen Krankenkassen in diesen Bereichen zu höheren Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds führen. Die Anreize zur Wirtschaftlichkeit bleiben erhalten.

Zu Absatz 1

Die Regelung enthält Vorgaben zur Abgrenzung und zum Verfahren der Standardisierung der Verwaltungsausgaben der Krankenkassen sowie die Kriterien der Zuweisung der Mittel an die Krankenkassen zur Deckung dieser Ausgaben.

Von den Verwaltungsausgaben der Krankenkassen werden die Erstattungen (dazu zählen insbesondere die Erstattungen von anderen Krankenkassen, die Erstattungen von der Pflegeversicherung, die Erstattungen von Trägern der allgemeinen Rentenversicherung sowie die Erstattungen von der Bundesagentur für Arbeit) in Abzug gebracht. Diese Vorgehensweise entspricht dem im Risikostrukturausgleich bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben praktizierten Verfahren (vgl. § 266 Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 SGB V).

Die standardisierten Verwaltungskosten werden zu einem Anteil von 50 Prozent nach der Höhe der Grundpauschalen und der alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschläge für die Versicherten einer Krankenkasse ermittelt und zu einem Anteil von 50 Prozent nach der Zahl ihrer Versicherten. Die Verfahrensweise berücksichtigt, dass erhebliche Teile des Verwaltungshandelns und des Verwaltungsaufwands der Krankenkassen in unmittelbarem Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen stehen.

Bei geschlossenen Betriebskrankenkassen, bei denen der Arbeitgeber Personalkosten und damit einen maßgeblichen Teil der Verwaltungsausgaben trägt, ist es sachgerecht, dass die Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Verwaltungsausgaben dieser Kassen gesondert ermittelt werden.

Zu Absatz 2

Die knappschaftliche Krankenversicherung wird von der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See durchgeführt (§ 167 SGB V), die Träger der Rentenversicherung (§§ 125, 132 SGB VI) und der Krankenversicherung (§ 4 Abs. 2 SGB V) ist. Diese Sonderstellung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und damit verbundene Unterschiede im Verwaltungshandeln und Verwaltungsaufwand der knappschaftlichen Krankenversicherung erfordert eine Standardisierung der Verwaltungsausgaben zur Ermittlung der Höhe ihrer Zuweisungen nach gesonderten Kriterien.

Zu Absatz 3

Die Prozentwerte des Standardisierungsverfahrens für die Verwaltungsausgaben der Krankenkassen sowie die Kriterien für die Zuweisung der Mittel zur Deckung der standardisierten Verwaltungsausgaben der knappschaftlichen Krankenversicherung gelten für zwei Jahre. Im Jahr 2010 überprüft das Bundesministerium für Gesundheit die finanziellen Auswirkungen der Anwendung der Prozentwerte und der Zuweisungskriterien für die knappschaftliche Krankenversicherung und bestimmt auf dieser Grundlage die Prozentwerte und die Zuweisungskriterien für die knappschaftliche Krankenversicherung ab dem Jahr 2011. Bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung ermittelt das Bundesversicherungsamt die Höhe der monatlichen Zuweisungen an die Krankenkassen weiterhin auf der Grundlage der in dieser Verordnung geregelten Standardisierungsverfahren.

Zu Absatz 4

Die Vorschrift regelt das Nähere zur Abgrenzung und zum Verfahren der Standardisierung der Satzungs- und Mehrleistungen sowie zu den Kriterien der Zuweisung der Mittel an die Krankenkassen zur Deckung dieser Ausgaben.

Unberücksichtigt bleiben die Satzungsleistungen aufgrund von § 2 Abs. 1 Satz 2 und 3 der Verordnung über den weiteren Ausbau der knappschaftlichen Krankenversicherung (KnVAusbauVerordnung) und die Aufwendungen der Krankenkassen für Wahltarife nach § 53 SGB V.

Die Mehrleistungen der knappschaftlichen Krankenversicherung werden nicht auf Grund von Regelungen des SGB V gewährt, sondern haben einen isolierten Status. Rechtsgrundlage ist die KnVAusbauVerordnung aus dem Jahr 1941. Da keine andere gesetzliche Krankenversicherung diese Leistung in dieser Form anbietet, scheidet eine Finanzierung über Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds aus. Die Finanzierung erfolgt vielmehr künftig vollständig über die betroffenen Versicherten selbst.

Die von den Krankenkassen angebotenen Wahltarife nach § 53 SGB V werden zwar in der Satzung geregelt. Die Aufwendungen für jeden Wahltarif müssen jedoch aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die durch diese Maßnahmen erzielt werden, finanziert werden. Da sich die Wahltarife selbst tragen müssen, entstehen den Krankenkassen keine Aufwendungen, die über den einheitlichen Beitragssatz finanziert werden und entsprechend zu standardisieren sind. Aus der Formulierung in § 270 Abs. 1 Satz 1 Buchstabe a SGB V ("mit Ausnahme der Leistungen nach § 53 Abs. 5", gemeint: § 53 Abs. 6, vgl. BT-Drucks. 16/3100 S. 169) folgt daher nicht, dass die Krankenkassen Zuweisungen zur Deckung ihrer standardisierten Aufwendungen für die übrigen Wahltarife erhalten.

Die zu berücksichtigenden Aufwendungen für Satzungs- und Ermessensleistungen aller Krankenkassen werden durch die Versicherungszeiten aller Krankenkassen geteilt. Dieses Ergebnis wird mit den Versicherungszeiten der jeweiligen Krankenkasse vervielfacht. Jede Krankenkasse erhält auf diese Weise denselben Betrag je Versicherten als Zuweisung zur Deckung ihrer standardisierten Aufwendungen für Satzungs- und Ermessensleistungen.

Zu Absatz 5

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

Zu Nummer 2

Zu § 38

Der bisherige § 33 wird aus systematischen Gründen als § 38 dem neuen Achten Abschnitt eingefügt, da er die Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme nach § 270 Abs. 1 Satz 1 Buchstabe b SGB V ab 2009 regelt.

Zu Nummer 3

Zu § 39

Zu Absatz 1

Das Bundesversicherungsamt verwaltet nach § 271 SGB V die eingehenden Beiträge und den Bundeszuschuss (§ 221 SGB V) als Sondervermögen (Gesundheitsfonds). Da das Bundesversicherungsamt nach § 266 Abs. 5 SGB V auch die Höhe der Zuweisungen ermittelt und den Krankenkassen die entsprechenden Mittel zuweist, ist es sachgerecht, wenn das Bundesversicherungsamt auch den Zahlungsverkehr durchführt. Die Einzelheiten zum monatlichen Zuweisungsverfahren und die Auszahlungstermine werden durch Rechtsverordnung festgelegt.

Zu Absatz 2

Das Bundesversicherungsamt legt das Nähere zum monatlichen Verfahren einschließlich der Termine für die Zuweisungen der Mittel an die Krankenkassen für das Startjahr des Gesundheitsfonds nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen fest, bis die Rechtsverordnung in Kraft tritt.

Zu Absatz 3

Dem Bundesversicherungsamt entstehen durch die Verwaltung des Gesundheitsfonds und die Durchführung des Risikostrukturausgleichs Kosten. Hierzu zählen auch die Kosten, die infolge einer Auslagerung der Prüfung der Beitragszahlung der Direktzahler gemäß § 251 Abs. 5 Satz 2 SGB V entstehen. Diese Kosten sind aus den Einnahmen des Fonds zu decken.

Zu Artikel 7 (Inkrafttreten)

Artikel 7 regelt das Inkrafttreten.

Zu Absatz 1

Das Gesetz tritt am 1. Januar 2010 in Kraft, soweit Absatz 2 nichts Abweichendes bestimmt. Dies trägt der Vorgabe in § 171b in der Fassung des GKV-WSG Rechnung, wonach der Aufbau des Deckungskapitals durch die Krankenkassen von diesem Zeitpunkt an beginnen soll. Außerdem benötigen sie den zeitlichen Vorlauf, um sich auf die geänderten Buchführungs- und Bilanzierungsvorschriften einstellen zu können.

Zu Absatz 2

Die Aufhebung der Haftung der Länder nach § 12 Abs. 2 InsO tritt entsprechend der Vorgabe in § 171b Abs. 1 am 1. Januar 2009 in Kraft. Ebenso treten an diesem Tag die Folgeänderungen im Haftungsrecht nach Schließung einer Krankenkasse in Kraft. Die Neufassung des § 265a tritt ebenfalls bereits am 1. Januar 2009 in Kraft, damit der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in unmittelbarem Anschluss an die geltende Rechtslage finanzielle Hilfen an

Mitgliedskassen gewähren kann. Gleiches gilt für die Gewährung freiwilliger finanzieller Hilfen der Krankenkassen auf vertraglicher Grundlage (§ 265b) sowie die Neufassung des § 54 KVLG 1989. Mit Einführung des Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009 treten auch die hiermit in Zusammenhang stehenden Änderungen der §§ 221 und 252 SGB V in Kraft. Um die Effektivität aufsichtsrechtlichen Vorgehens zum nächstmöglichen Zeitpunkt zu steigern, tritt die Änderung von § 195 ebenfalls zum 1. Januar 2009 in Kraft. Gleiches gilt für die Änderungen in § 26 SGB V und § 79 SGB IV.

Die für die Änderung der RSAV maßgeblichen Rechtsgrundlagen (§ 266 Abs. 7 Satz 1 Nr. 1, Nr. 2a, Nr. 4 sowie § 270 und § 271 SGB V) treten gemäß Artikel 46 Abs. 10 des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) am 1. Januar 2009 in Kraft.

C. Finanzielle Auswirkungen

Finanzielle Auswirkungen für Bund, Länder und Gemeinden

Für Bund, Länder und Gemeinden entstehen durch dieses Gesetz keine finanziellen Belastungen. Durch den Wegfall der Haftung für die Versorgungsansprüche der Beschäftigten von bislang insolvenzunfähigen landesunmittelbaren Krankenkassen werden die Bundesländer ab 2009 im Vergleich zum bislang geltenden Recht von eventuellen finanziellen Haftungsfolgen entbunden.

Finanzielle Auswirkungen für die gesetzliche Krankenversicherung

Durch die Verpflichtung für sämtliche gesetzlichen Krankenkassen, ab dem Jahr 2010 über innerhalb von 40 Jahren ausreichendes Deckungskapital für ihre Versorgungsverpflichtungen zu bilden, wird eine Verschiebung von Versorgungslasten in die Zukunft begrenzt. Durch die Wahl dieses langen Zeitraums sind im Bereich der Allgemeinen Ortskrankenkassen, bei denen für die sog. "Dienstordnungsangestellten" die im Vergleich mit anderen Krankenkassen mit Abstand höchsten Versorgungsansprüche der Beschäftigten bestehen, bereits durch ein beim AOK-Bundesverband auf freiwilliger Basis gebildetes Sondervermögen insgesamt genügend Finanzmittel vorhanden, um unter Berücksichtigung einer 40 jährigen Verzinsung über das zu diesem Zeitpunkt erforderliche Deckungskapital verfügen zu können. Bei den einzelnen Krankenkassen können je nach Anzahl der versorgungsberechtigten aktiven und ehemaligen Beschäftigten sowie bereits gebildeten Rückstellungen für Versorgungslasten Zusatzbelastungen entstehen, die kassenindividuell ermittelt werden müssen. Zur Absicherung zukünftig entstehender Versorgungsanwartschaften haben alle Krankenkassen Beiträge an den Pensions-Sicherungs-Verein zu entrichten, deren Höhe sich nach dem Umfang der entsprechenden kassenindividuell zu ermittelnden Anwartschaften richtet. Die für diese Aufwendungen von den Krankenkassen bereitzustellenden Mittel sind ihrer Höhe nach nicht quantifizierbar, werden jedoch nur eine geringe beitragsrelevante Größenordnung haben.

Aus den Regelungen zur Risikostrukturausgleichs-Verordnung ergeben sich für die gesetzliche Krankenversicherung insgesamt keine Be- oder Entlastungseffekte

Durch die Überweisung eines Anteils des pauschalen Bundeszuschusses in Höhe von 4 Mrd. Euro im Jahr 2009 an die landwirtschaftlichen Krankenkassen reduziert sich der Betrag, der zur Finanzierung der Zuweisungen der anderen Krankenkassen verbleibt, um ca. 48 Mio. Euro. Bei einem Anstieg des Bundeszuschusses um jeweils 1,5 Mrd. Euro in den Folgejahren erhöht sich dieser Betrag um jeweils ca. 16 Mio. Euro.

D. Kosten- und Preiswirkungsklausel

Es ergeben sich keine Auswirkungen auf die Verbraucherpreise, da die Reformmaßnahmen nur zu geringen finanziellen Auswirkungen bei den Verwaltungsausgaben der Krankenkassen führen. Die Bildung eines ausreichenden Deckungskapitals für die eingegangenen Versorgungsverpflichtungen hat auch keine Auswirkungen auf das Preisniveau von Gesundheitsleistungen, da die Preisbildung in diesem Bereich nicht von der Höhe der Verwaltungsausgaben der Krankenkassen bestimmt wird.

E. Gleichstellungspolitische Gesetzesfolgenabschätzung

Die Möglichkeit einer unterschiedlichen – mittelbaren oder unmittelbaren – Betroffenheit von Frauen und Männern durch die Regelungen dieses Gesetzentwurfs besteht nicht, da sich die Änderungen lediglich auf das Verwaltungshandeln der Krankenkassen und ihrer Aufsichtsbehörden beziehen, das keine unterschiedlichen Auswirkungen auf weibliche oder männliche Versicherte oder Beschäftigte haben kann.

F. Bürokratiekosten

Es werden acht neue Informationspflichten für die Verwaltung eingeführt. Vier dieser Informationspflichten beinhalten Anzeige- und Unterrichtungspflichten der Krankenkassen und Aufsichtsbehörden sowie des Insolvenzgerichts. Sie sind für die Einleitung und die weitere Durchführung des Insolvenzverfahrens, aber auch für die mögliche Vermeidung eines solchen Verfahrens zwingend erforderlich.

Da es sich nur um punktuell zu erfüllende Informationspflichten handelt, sind keine spürbaren zusätzlichen Bürokratiekosten zu erwarten. Wegen der geringen Häufigkeit der Informationspflichten und der kleinen Zahl der hiervor betroffenen informationspflichtigen Personen ist eine Quantifizierung der hierdurch hervorgerufenen Kosten nicht möglich. Es handelt sich hierbei um folgende Informationspflichten:

- § 171b Abs. 2

  Der Vorstand einer Krankenkasse hat der zuständigen Aufsichtsbehörde das Vorliegen eines Insolvenzgrundes (Zahlungsunfähigkeit, Überschuldung, drohende Zahlungsunfähigkeit) unverzüglich anzuzeigen.

- § 171b Abs. 4

  Die Aufsichtsbehörde hat den Spitzenverband Bund der Krankenkassen unverzüglich zu unterrichten, wenn sie einen Insolvenzantrag für eine ihrer Aufsicht unterstehende Krankenkasse stellt.

  Der Beschluss über die Eröffnung des Insolvenzverfahrens ist der Aufsichtsbehörde gesondert zuzustellen.

- § 171e Abs. 4

  Die Ermittlung der Krankenkasse zur Höhe des zur Erfüllung ihrer Altersvorsorgeverpflichtungen erforderlichen Deckungskapitals und die Zuführungspläne zum Deckungskapital sind von der Aufsichtsbehörde zu genehmigen.

- § 172 Abs. 2

  Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat die Aufsichtsbehörde zu unterrichten, wenn in der letzten Vierteljahresrechnung einer Krankenkasse die Ausgaben die Einnahmen um einen Betrag überstiegen haben, der größer ist als 0.5 Prozent der durchschnittlichen monatlichen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, und der Aufsichtsbehörde die in den Jahresrechnungen zum Stichtag 31. Dezember eines jeden Kalenderjahres ausgewiesenen Betriebsmittel, Rücklagen und Geldmittel zur Anschaffung und Erneuerung von Verwaltungsvermögen einer Krankenkasse mitzuteilen.

- § 265b Abs. 2

  Verträge zwischen Krankenkassen über die Gewährung freiwilliger finanzieller Hilfen sind von den für die beteiligten Krankenkassen zuständigen Aufsichtsbehörden zu genehmigen.

Darüber hinaus ergeben sich neue Informationspflichten aus der Annäherung der für die Krankenkassen maßgeblichen Rechnungslegungsvorschriften an die Bilanzierungsregelungen des HGB. Sie sind erforderlich zur Verbesserung der Transparenz der Finanzlage der Krankenkassen. Hierbei handelt es sich um folgende Informationspflichten:

- § 77 Abs. 1a SGB IV

  Verpflichtung der Krankenkassen zur Anwendung der Grundsätze ordnungsgemäßer Buchführung und Bilanzierung.

- § 79 Abs. 1 SGB IV

  Übermittlung der Rechnungsergebnisse der Sozialversicherungsträger in maschinell verwertbarer und geprüfter Form.

- § 12 Abs. 1 SVRV

  Bilanzierungspflicht von Rückstellungen zur Altersvorsorge.

Schließlich enthält § 164 Abs. 3 Satz 4 SGB V eine neue Informationspflicht gegenüber den Beschäftigten einer geschlossenen oder insolventen Krankenkasse, damit dieser eine Anschlussbeschäftigung bei einer anderen Krankenkasse der betroffenen Kassenart ermöglicht wird.

G. Vereinbarkeit mit EU-Recht

Der Gesetzentwurf hat keinen Bezug zum Recht der Europäischen Union.