

Referentenentwurf

23.04.2008, 15.30 Uhr

## **Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung**

### **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. 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 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 vom 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 das Vermögen aller Krankenkassen dieser Kassenart nicht ausreicht, 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 [2010]<sup>1</sup> 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

---

<sup>1</sup> Angaben in eckigen Klammern sind politisch noch nicht abgestimmt.

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

## **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 vier neue Informationspflichten für die Verwaltung eingeführt. Sie 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.

**Referentenentwurf für ein  
Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der  
gesetzlichen Krankenversicherung**

**Eilbedürftiger Gesetzentwurf**

**(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. § 155 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:

„Reicht das Vermögen der Betriebskrankenkassen zur Erfüllung dieser Verpflichtungen nicht aus, macht der Spitzenverband Bund der Krankenkassen den nicht gedeckten Betrag bei allen anderen Krankenkassen geltend.“

bb) Nach dem bisherigen Satz 7 wird folgender Satz angefügt:

„§ 164 Abs. 2 bis 4 gilt entsprechend.“

b) 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 1 genannten Verpflichtungen bis zum 31. Dezember 2049 sowie“

ccc) Die bisherige Nummer 4 wird Nummer 5.

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

2. § 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) § 164 Abs. 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.“
3. § 171 wird wie folgt geändert:
  - a) In Satz 1 werden das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und nach der Angabe „§ 155 Abs. 1 bis 3“ die Angabe „und § 164 Abs. 2 bis 5“ 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.
4. Nach § 171 wird folgende Überschrift eingefügt:

## **„Achter Titel**

### **Kassenartenübergreifende Regelungen“**

5. § 171b wird wie folgt gefasst:

#### **„§ 171b**

#### **Insolvenz von Krankenkassen**

(1) Vom 1. Januar 2010 an findet § 12 Abs. 1 Nr. 2 Insolvenzordnung auf Krankenkassen mit Ausnahme der Landwirtschaftlichen 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. Soweit der Vorstand nach anderen Rechtsvorschriften verpflichtet ist, bei Zahlungsunfähigkeit, drohender Zahlungsunfähigkeit oder Überschuldung die Eröffnung des Insolvenzverfahrens zu beantragen, tritt an die Stelle der Antragspflicht die Anzeigepflicht nach Satz 1.

(3) Der Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens über das Vermögen der Krankenkasse kann nur von der Aufsichtsbehörde gestellt werden. Liegen zugleich die Voraussetzungen des § 153 Satz 1 Nr. 3 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 ausgeschlossen. Im Falle der drohenden Zahlungsunfähigkeit darf die Aufsichtsbehörde den Antrag nur mit Zustimmung der Krankenkasse stellen.

(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 nach den Vorschriften der Insolvenzordnung erfolgt.“

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

#### „§ 171c

### **Aufhebung der Haftung nach § 12 Abs. 2 Insolvenzordnung**

§ 12 Abs. 2 Insolvenzordnung ist für Versorgungszusagen von Krankenkassen mit Ausnahme der Landwirtschaftlichen Krankenkassen vom 1. Januar 2009 [2010] an nicht anwendbar.

#### § 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 öffentlichen Versorgungsanstalt aufgenommen worden sind, soweit die Erfüllung dieser Verpflichtungen durch den Insolvenzfall beeinträchtigt oder unmöglich wird. Soweit der Träger der Insolvenzversicherung nach dem Gesetz zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung die in Satz 1 genannten Verpflichtungen 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 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. Reicht das Vermögen der

in Satz 3 genannten Krankenkassen nicht aus, um 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) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regelt das Nähere zur Geltendmachung der Beträge nach Absatz 1 Satz 3 und 4 in seiner Satzung. Bei der Aufteilung der Beträge nach Absatz 1 Satz 3 und 4 ist die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Krankenkassen, bei der Aufteilung der Beträge nach Absatz 1 Satz 3 ist auch die Höhe der Versorgungszusagen zu berücksichtigen.

(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 Gesetzes zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung 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, zweiter Halbsatz des Gesetzes zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung 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 4 genannten Ansprüche und Forderungen haften im Insolvenzfall die übrigen Krankenkassen der Kassenart. Übersteigen die Verpflichtungen nach Satz 1 ein vom Hundert 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 in der Jahresrechnung auszuweisen sind, oder für deren Erfüllung die Krankenkasse als Arbeitgeberin haftet, und 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. Satz 1 gilt nicht, soweit eine Krankenkasse der Aufsichtsbehörde durch ein versicherungsmathematisches Gutachten nachweist, das nicht älter als drei Jahre sein darf, dass für ihre Verpflichtungen aus Versorgungszusagen und für ihre Beihilfeverpflichtungen ein Deckungskapital besteht, das die in Satz 1 und in der Rechtsverordnung nach Absatz 2 genannten Voraussetzungen erfüllt. Das Deckungskapital darf nur zweckentsprechend verwendet werden.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit regelt durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates das Nähere über

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

2. die versicherungsmathematischen Vorgaben für die Ermittlung des Barwerts der Versorgungsverpflichtungen,
3. die Höhe der für die Bildung des Deckungskapitals erforderlichen Zuweisungssätze und über die Überprüfung und Anpassung der Höhe der Zuweisungssätze,
4. das Zahlverfahren der Zuweisungen,
5. die Durchführungswege für die Bildung des Deckungskapitals sowie über die Anlage des Deckungskapitals.

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

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

## § 171f

### **Insolvenzfähigkeit von Krankenkassenverbänden**

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

7. Vor § 172 werden die Überschriften „Achter Titel“ und „Kassenartenübergreifende Regelungen“ aufgehoben.
8. § 172 wird wie folgt geändert:
  - a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

#### **„Befugnisse der Verbände“**

- 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 wird folgender Satz eingefügt: „Darüber hinaus hat der Vorstand einer Krankenkasse dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen die in Satz 1 genannten Unterlagen und Auskünfte unverzüglich zu übermitteln, wenn in der letzten Vierteljahresrechnung die Ausgaben die Einnahmen um einen Betrag überstiegen haben, der größer ist als 0,3 vom Hundert der durchschnittlichen monatlichen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für den Berichtszeitraum.“
  - cc) In dem bisherigen Satz 3 wird die Angabe „Satz 1“ durch die Angabe „den Sätzen 1 und 2“ ersetzt.
- c) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Stellt der 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, und kommt bei dieser Krankenkasse ein Beschluss nach § 144 Abs. 2 Satz 1 innerhalb einer vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen gesetzten Frist nicht zustande, ersetzt ein Beschluss des Vorstands des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen diesen Beschluss. § 144 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 gilt für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen entsprechend.“

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

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

10. § 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 Bestimmungen über die Gewährung finanzieller Hilfen

1. in besonderen Notlagen einer Krankenkasse oder zur Erhaltung deren Wettbewerbsfähigkeit oder
2. zur Ermöglichung oder Erleichterung von Vereinigungen von Krankenkassen

vorzusehen. Näheres über Voraussetzungen, Umfang, Finanzierung und Durchführung der Hilfen regelt die Satzung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. Abweichend von § 64 Abs. 1 Satz 1 des Vierten Buches werden die Satzungsregelungen nach den Sätzen 1 und 2 mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen beschlossen.

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

1. die Hilfen nur gewährt werden, wenn freiwillige finanzielle Hilfen nach § 265b nicht gewährt werden oder nicht ausreichen, um die in Absatz 1 Satz 1 und in § 265b Abs. 1 Nr. 1 und 2 genannten Ziele zu erreichen und
2. an der Finanzierung der Hilfen nur die Krankenkassen der Kassenart teilnehmen, der die Antrag stellende Krankenkasse angehört.

Reichen die nach Satz 1 gewährten Hilfen zur Erreichung dieser Ziele nicht aus, nehmen an der Finanzierung auch die Krankenkassen der anderen Kassenarten teil.

(3) Der Vorstand des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen entscheidet über die Hilfe auf Antrag des Vorstands der Krankenkasse. Die Hilfen können als Darlehen gewährt, befristet und mit Auflagen verbunden werden, die der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit dienen. 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.“

11. 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. 2 abweichend zu regeln.

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

(2) Die Verträge sind den für die am Vertrag beteiligten Krankenkassen zuständigen Aufsichtsbehörden anzuzeigen.“

12. 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 – (Artikel 1 des Gesetzes vom 23. Dezember 1976, BGBl. I S. 3845), zuletzt geändert durch ... (BGBl. I S. ...), wird wie folgt geändert:

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

„(1a) Der Jahresabschluss einer Krankenkasse hat unter Beachtung der Grundsätze ordnungsmäßiger Buchführung und Bilanzierung ein den tatsächlichen Verhältnissen entsprechendes Bild der Vermögens-, Finanz- und Ertragslage des Sozialversicherungsträgers zu vermitteln. Die gesetzlichen Vertreter der Krankenkasse haben bei der Unterzeichnung der Bilanz nach bestem Wissen schriftlich zu versichern, dass der Jahresabschluss ein den tatsächlichen Verhältnissen entsprechendes Bild im Sinne des Satzes 1 vermittelt. Dabei sind bei der Bewertung der im Jahresabschluss oder den ihm zu Grunde liegenden Büchern und Aufzeichnungen ausgewiesenen Vermögensgegenstände und Verbindlichkeiten insbesondere folgende Grundsätze ordnungsmäßiger Buchführung und Bilanzierung zu beachten:

1. Die Wertansätze in der Eröffnungsbilanz des Geschäftsjahres müssen mit denen der Schlussbilanz des vorhergehenden Geschäftsjahrs übereinstimmen.
2. Die Bilanz muss klar und übersichtlich sein. Insbesondere darf eine Eintragung oder eine Aufzeichnung nicht in einer Weise verändert werden, dass der ursprüngliche Inhalt nicht mehr feststellbar ist. Auch Veränderungen, deren Beschaffenheit es

ungewiss lässt, ob sie ursprünglich oder erst später gemacht worden sind, dürfen nicht vorgenommen werden.

3. Die Vermögensgegenstände und Verbindlichkeiten sind zum Abschlussstichtag einzeln zu bewerten.
  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 des Jahresabschlusses bekannt geworden sind; Gewinne sind nur zu berücksichtigen, wenn sie am Abschlussstichtag realisiert sind.
  5. Aufwendungen und Erträge des Geschäftsjahres sind unabhängig von den Zeitpunkten der entsprechenden Zahlungen im Jahresabschluss zu berücksichtigen.
  6. Die auf den vorhergehenden Jahresabschluss angewandten Bewertungsmethoden sollen beibehalten werden.“
2. Dem § 78 wird folgender Satz angefügt:

„Ausführungsbestimmungen über die Grundsätze ordnungsmäßiger Buchführung und Bilanzierung 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 Bilanzen und ihrer Finanzlage zu erhalten.“

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

„Die Unterlagen für das Bundesministerium für Arbeit und Soziales sind dem im jeweiligen Versicherungszweig im gesamten Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs 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. Die Unterlagen für das Bundesministerium für Arbeit und Soziales sind dem im jeweiligen Versicherungszweig im gesamten Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs 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 in Verbindung mit einer 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 Ziffern 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 Satz 1 Nr. 5 wird die Angabe „§ 111 Abs. 3“ durch die Angabe „§ 111 Abs. 3 und Abs. 5“ ersetzt.

## **Artikel 3**

### **Änderung der Sozialversicherung-Rechnungsverordnung**

§ 12 Abs. 1 der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung vom 15. Juli 1999 (BGBl. I, S. 1627), zuletzt geändert durch ..., wird wie folgt gefasst:

„(1) Werden von einem Versicherungsträger Rückstellungen zur Altersvorsorge von Bediensteten gebildet, so sind diese zu bilanzieren. 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.“

## **Artikel 4**

### **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 folgende Überschrift eingefügt:

#### **„Achter Abschnitt**

#### **Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich) ab 2009“**

2. Nach der Überschrift des Achten Abschnitts werden folgende §§ 35 bis 37 eingefügt:

#### **„§ 35**

#### **Anwendbare Regelungen**

(1) Vom Berichtsjahr 2009 an gelten für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und die Durchführung des Risikostrukturausgleichs die §§ 36 bis 39 dieser Verordnung. 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 Beitragssatzfestlegung 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 Grundpauschale 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 sind zusammenzuzählen. Die von Dritten erstatteten Aufwendungen für Verwaltungskosten bleiben außer Betracht.
2. [30] vom Hundert des Ergebnisses nach Nummer 1 sind durch die Summe der gemäß § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 von den Krankenkassen übermittelten Versicherungszeiten aller Krankenkassen zu teilen und mit den Versicherungszeiten der Krankenkasse zu vervielfachen.
3. [70] vom Hundert des Ergebnisses nach Nummer 1 sind durch die Summe der Zuweisungen nach § 266 Abs. 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für alle Krankenkassen zu teilen 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.

Satz 2 gilt nicht für 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. Für diese Betriebskrankenkassen wird die Höhe der Zuweisungen gesondert ermittelt.

(2) 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. 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.
  2. Das Ergebnis nach Nummer 1 ist durch die Summe gemäß § 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.“
3. § 33 wird § 38.
4. 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 legt das Bundesversicherungsamt nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen fest.

(2) 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 5**

### **Inkrafttreten**

(1) Am 1. Januar 2009 treten in Kraft: Artikel 1 Nr. 1 bis 3, [in Artikel 1 in Nr. 6 der § 171c], Artikel 1 Nr. 10 (§ 265a) und 11 (§ 265b) sowie Artikel 4.

(2) Im Übrigen tritt dieses Gesetz am 1. Januar 2010 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 Haftungsverbände 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 Versorgungspflichten 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 [2010] 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 Gesetz zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung 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 ein 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 auch dazu dienen können, die Vereinigung einer in ihrer Leistungsfähigkeit gefährdeten Krankenkasse mit anderen Krankenkassen zu ermöglichen oder zu erleichtern. Schließlich kann der Spitzenverband Bund 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 Grundsätze 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 krankensicherungsrechtlichen Regelungen ergibt sich aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG. Für die insolvenzrechtlichen Regelungen in Bezug auf die Krankenkassen ergibt sich die Gesetzgebungskompetenz des Bundes aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 11 GG.

Eine bundesgesetzliche Regelung ist zur Wahrung der Rechtseinheit, aber auch der Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse erforderlich. Dies gilt sowohl für die Regelungen im SGB V und die entsprechenden Annexregelungen im SGB IV, als auch für die Änderungen der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV). Das System der gesetzlichen Krankenversicherung ist dadurch gekennzeichnet, dass bundesweit tätige Krankenkassen mit landesbezogenen Krankenkassen im Wettbewerb um Versicherte und um bestmögliche Versorgung stehen. Ein derartiger Wettbewerb ist aber nur funktionsfähig, wenn für alle Krankenkassen die gleichen wettbewerblichen Rahmenbedingungen gelten. Dies gilt insbesondere für die Regelungen, die Auswirkungen auf die Finanzausstattung der im Wettbewerb zueinander stehenden Krankenkassen haben.

Dies ist bei den Regelungen dieses Gesetzentwurfs der Fall. Hiervon betroffen sind sowohl die Verpflichtung der Krankenkassen zur Absicherung ihrer Versorgungsverpflichtungen, die Haftung nach Schließung oder bei Insolvenz einer Krankenkasse als auch die Regelungen über die Zuweisungen aus dem

Gesundheitsfonds für standardisierte Verwaltungsausgaben. Könnten hierfür landesspezifische Regelungen vorgesehen werden, könnte dies zu einem Auseinanderdriften der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Krankenkassen führen. Hierdurch würden nicht nur die Wettbewerbsbedingungen zwischen den Krankenkassen verzerrt. Auch die auf die jahrzehntelange Entwicklung des GKV-Systems beruhende Erwartung der Bürger, im gesamten Bundesgebiet einen Krankenversicherungsschutz zu im Grundsatz gleichen Bedingungen zu finden, würden enttäuscht. Da die Finanzausstattung der Krankenkassen ihrerseits Rückwirkungen auf die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Regionen hat, in denen eine Krankenkasse tätig ist, ist der durch den Gesundheitsfonds konstituierte bundesweite Finanzverbund zwischen den Krankenkassen von erheblicher Bedeutung für die gesamtstaatliche Wirtschaftseinheit. Dieser stellt sicher, dass die Krankenkassen Zuweisungen zur Deckung ihrer Ausgaben nach für alle Krankenkassen einheitlich geltenden Kriterien erhalten. Länderspezifische Regelungen über die Finanzausstattung der Krankenkassen würden demgegenüber dazu beitragen, dass eine unterschiedliche wirtschaftliche Entwicklung in den Ländern verfestigt oder gar forciert würde. Gesetzliche Regelungen, die Auswirkungen auf die Finanzausstattung der Krankenkassen haben, können daher nur für alle Krankenkassen einheitlich getroffen werden.

## **B. Besonderer Teil**

### **Zu Artikel 1 (Änderung des SGB V)**

Zu Nummer 1 (§ 155)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Satz 6 ergänzt die bestehenden Haftungsregelungen bei Schließung einer Krankenkasse durch die Aufsichtsbehörde. Für den Fall, dass das Vermögen der verbleibenden Krankenkassen einer Kassenart nicht ausreicht, um 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.

Zu Doppelbuchstabe bb

Durch die entsprechende Anwendung des § 164 Abs. 2 bis 5 werden auch im Bereich der Betriebskrankenkassen die Beschäftigungsansprüche der Dienstordnungsangestellten (DO-Angestellten) und der übrigen Beschäftigten insoweit gesichert, als ihnen bei den anderen Betriebskrankenkassen eine ihrer bisherigen Stellung entsprechende Stelle anzubieten ist. Die Rechtsposition der Beschäftigten von Betriebskrankenkassen wird hierdurch den vorhandenen Regelungen für Orts- und Innungskrankenkassen angeglichen, wie es als Folge von kassenartenübergreifenden Fusionen bereits in § 171a SGB V geregelt ist.

Zu Buchstabe b

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 2 (§ 164)

Zu Buchstabe a

Es handelt es 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 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 3 (§ 171)

Zu Buchstabe a

Parallel zu der Änderung des § 155 wird durch die entsprechende Anwendung des § 164 Abs. 2 bis 5 die Rechtsposition der Beschäftigten von Ersatzkassen derjenigen der Beschäftigten anderer Kassenarten angeglichen.

#### 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 4 (Einfügung des Achten Titels nach § 171)

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

#### Zu Nummer 5 (§ 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 5 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. Die Nichterfüllung der Anzeigepflicht durch den Vorstand der Krankenkasse wird strafrechtlich sanktioniert (§ 307a Abs. 4)

#### 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.

Die Aufsichtsbehörde muss einen Insolvenzantrag innerhalb von spätestens drei Monaten nach Eingang der Anzeige eines Insolvenzgrundes durch die Krankenkasse gemäß Absatz 2 stell. Eine spätere Antragstellung würde 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.

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 Nummer 6 (§§ 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 [2010] 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 stellt zum einen sicher, dass ungedeckte Versorgungsverpflichtungen einer Krankenkasse nicht zu einer insolvenzrechtlichen Überschuldung führen. Zum anderen regelt sie die haftungsrechtlichen Folgen eines Insolvenzfalles.

## Zu Absatz 1

Da die Krankenkassen in der Vergangenheit zwar Versorgungszusagen in erheblichem Umfang erteilt, für diese aber nur teilweise wertgleiche Rückstellungen gebildet haben, wären Krankenkassen ohne eine entsprechende Sonderregelung am 1. Januar 2010 als überschuldet anzusehen, sodass die zuständige Aufsichtsbehörde einen Insolvenzantrag stellen müsste. Um dies zu verhindern, wird gesetzlich festgelegt, dass im Insolvenzfall einer Krankenkasse der Spitzenverband Bund der Krankenkassen für die von dieser Krankenkasse zugesagten Versorgungsansprüche haftet, soweit hierfür in der Vergangenheit keine Absicherung, z. B. durch Bildung eines Kapitalstocks, erfolgt ist. Diese umfassende Einstandspflicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen kann wie eine entsprechende Forderung der jeweiligen Krankenkasse in ihrem insolvenzrechtlichen Überschuldungsstatus aktiviert werden, da sie werthaltig und durchsetzbar ist und ein Rückgriff des Spitzenverbandes Bund gegen diese Krankenkasse nicht vorgesehen ist. Die Werthaltigkeit der Einstandspflicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen ergibt sich daraus, dass er seinerseits primär bei den verbleibenden Krankenkassen der Kassenart und subsidiär bei allen Krankenkassen Rückgriff nehmen kann, wenn das Vermögen der Krankenkassen der betreffenden Kassenart nicht ausreicht, um die Versorgungsverpflichtungen zu erfüllen. Auch soweit entstandene Versorgungsanwartschaften nicht durch entsprechende Vermögenspositionen abgesichert sind, kann daher von einem ausgeglichenen insolvenzrechtlichen Überschuldungsstatus der Krankenkassen ausgegangen werden.

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.

Für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen stellt die Einstandspflicht eine ungewisse Verbindlichkeit dar, die in seinem insolvenzrechtlichen Überschuldungsstatus zu passivieren ist, wenn die Inanspruchnahme nicht gänzlich unwahrscheinlich ist. Im Insolvenzfall einer Krankenkasse hat er jedoch einen umfassenden Rückgriffsanspruch, der sich primär gegen die Krankenkassen der betreffenden Kassenart und gegen die

ehemaligen Krankenkassen dieser Kassenart richtet, die aufgrund einer kassenartenübergreifenden Vereinigung zwischenzeitlich einer anderen Kassenart angehören. Hierdurch wird sichergestellt, dass kassenartenübergreifende Vereinigungen von Krankenkassen nicht zu einer Schmälerung der Haftungsgrundlage führen. Reicht das Vermögen dieser Krankenkassen nicht aus, richtet sich der Rückgriffsanspruch gegen alle Krankenkassen. Dieser Rückgriffsanspruch kann im insolvenzrechtlichen Überschuldungsstatus des Spitzenverbandes Bund aktiviert werden, da er werthaltig und durchsetzbar ist und ein Rückgriff der in Anspruch zu nehmenden Krankenkassen gegen den Spitzenverband Bund der Krankenkassen nicht vorgesehen ist. Klagen gegen die Geltendmachung der Beträge durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und ihre Vollstreckung haben keine aufschiebende Wirkung.

Für die Krankenkassen, gegen die der Spitzenverband Bund der Krankenkassen Rückgriff nehmen kann, stellt der auf sie entfallende Anteil eine ungewisse Verbindlichkeit dar, die in ihrem insolvenzrechtlichen Überschuldungsstatus je nach Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme zu passivieren ist.

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.

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

Sofern der Spitzenverband Bund im Insolvenzfall für nicht abgesicherte Versorgungszusagen einer Krankenkasse haftet, ist zu regeln, wie und insbesondere 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 das Vermögen der Krankenkassen der betreffenden Kassenart nicht ausreicht. In beiden Fällen ist die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit als Kriterium für die Aufteilung der geltend zu machenden Beträge heranzuziehen. Beim primären Rückgriff auf die Krankenkassen der Kassenart hat sich der Spitzenverband Bund auch an der Höhe der von Krankenkassen getroffenen Versorgungszusagen zu orientieren. Im Hinblick auf die eigene Betroffenheit ist es sachgerecht, dass eine Krankenkasse der Kassenart eine umso stärkere Einstandspflicht trifft, je mehr sie selbst ungedeckte Versorgungszusagen gegenüber den Beschäftigten erteilt hat. Hierdurch wird vermieden, dass eine besonders leistungsfähige Krankenkasse mit dem Umfang nach geringen Versorgungszusagen überproportional haftet.

#### 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 übergebenen 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 übergebenen 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. Durch die Bildung von Deckungskapital soll zum einen verhindert werden, dass ungedeckte Pensionsverpflichtungen zu einer insolvenzrechtlichen Überschuldung von Krankenkassen führen. Außerdem soll hierdurch sichergestellt werden, dass die Ansprüche von Versorgungsempfängern auch im Insolvenzfall in vollem Umfang befriedigt werden können. Die Verpflichtung zur Bildung von Deckungskapital gilt daher für Versorgungszusagen, die von den Krankenkassen in der Jahresrechnung auszuweisen sind, oder für deren Erfüllung die Krankenkasse als Arbeitgeberin haftet. Ist für eine Versorgungszusage dagegen ein Durchführungsweg gewählt worden, der keine Verpflichtung zur Bilanzierung und auch keine Haftung der Krankenkasse auslöst, ist die Bildung von Deckungskapital nicht erforderlich. In diesen Fällen ist eine Überschuldung wegen ungedeckter Pensionsverpflichtungen oder eine Gefährdung der Erfüllung der Ansprüche durch einen Insolvenzfall ausgeschlossen. Die Bildung von Deckungskapital ist

ebenfalls nicht erforderlich, wenn die Krankenkasse durch ein aktuelles versicherungsmathematisches Gutachten nachweist, dass die Bildung eines ausreichenden Deckungskapitals bereits erfolgt ist. Die Abgrenzung der betroffenen Versorgungszusagen im Einzelnen erfolgt durch Rechtsverordnung (Absatz 2 Satz 1 Nr. 1).

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 enthält eine Verordnungsermächtigung zur Regelung der technischen Einzelheiten zum Aufbau des Deckungskapitals. Hierzu gehört insbesondere die Festlegung der maßgeblichen versicherungsmathematischen Vorgaben, die Festlegung und Anpassung der Zuweisungssätze zum Deckungskapital sowie die Durchführungswege und die Anlageformen des Deckungskapitals.

Zu Absatz 3

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 auch tatsächlich erzielt wird.

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.

Zu Nummer 7 (vor § 172)

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

Zu Nummer 8 (§ 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 Haftungsverbände existieren.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Informationspflicht nach Satz 2 setzt den Spitzenverband Bund der Krankenkassen in Anbetracht seiner Haftung nach § 171c frühzeitig über einen potentiellen Haftungsfall in Kenntnis. Die Informationspflicht ist auch notwendig, damit der Spitzenverband Bund noch rechtzeitig Maßnahmen einleiten kann, ggf. in Zusammenarbeit mit der Aufsichtsbehörde, um die drohende Zahlungsunfähigkeit oder die dauernde Leistungsunfähigkeit der Krankenkasse zu verhindern. Eine solche Maßnahme kann die Vereinigung mit einer anderen Krankenkasse sein. Die Informationspflicht der Krankenkasse setzt erst dann ein, wenn in der letzten Vierteljahresrechnung die Ausgaben die Einnahmen um mehr als 0,3 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 durch die monatlichen Abschlagszahlungen Verzerrungen durch Sonderzahlungseffekte vermieden und die Einnahmen genauer als bisher zeitlich zugeordnet werden können. Durch die Einfügung eines Schwellenwertes werden überflüssige Meldungen vermieden.

Zu Doppelbuchstabe cc

Bei der Änderung von Satz 3 handelt es sich um eine Folgeänderung bezüglich der neu eingeführten Informationspflichten des Vorstands der Krankenkassen nach Satz 2.

Zu Buchstabe c

Die Regelung ermöglicht dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, 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 der 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 vom Vorstand des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen gefasst, sodass die Vereinigung stattfinden kann. Ein entgegenstehender Beschluss des Verwaltungsrats der Krankenkasse ist unbeachtlich. Der Beschluss des Vorstands des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen ersetzt damit den Beschluss des Verwaltungsrats der Krankenkasse.

Die entsprechende Anwendung des § 144 Abs. 1 Satz 2 stellt klar, dass der Ersetzungsbeschluss des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen von der vor der Vereinigung für die hilfebedürftige Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde zu genehmigen ist. Beteiligt die hilfebedürftige Krankenkasse sich nicht an den im

Zusammenhang mit der Vereinigung notwendigen weiteren Handlungen, wie z.B. dem Entwurf einer Satzung für die fusionierte Krankenkasse, wird der Spitzenverband Bund der Krankenkassen durch die entsprechende Anwendung von § 144 Abs. 2 in die Lage versetzt, im Zusammenwirken mit der fusionsbereiten Krankenkasse diese Aufgaben zu erfüllen. Damit wird sichergestellt, dass eine im Interesse der gesetzlichen Krankenversicherung gebotene und sowohl von dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen als auch den zuständigen Aufsichtsbehörden unterstützte Fusion nicht durch die Untätigkeit der hilfebedürftigen Krankenkasse verhindert werden kann.

Zu Nummer 9 (§ 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 10 (§ 265a)

Zu Absatz 1

Die Regelung ermöglicht es dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, vom 1. Januar 2009 an in seiner Satzung kassenartspezifische Regelungen über die Gewährung finanzieller Hilfen in besonderen Notlagen einer Mitgliedskasse oder zur Erhaltung deren Wettbewerbsfähigkeit vorzusehen. Dies ist sinnvoll, da die Gewährung derartiger Hilfen geeignet ist, Notlagen zu überbrücken und unter Umständen eine Schließung der Krankenkasse zu vermeiden. Darüber hinaus können finanzielle Hilfen auch gewährt werden, um die Vereinigung einer in wirtschaftlichen Schwierigkeiten steckenden Krankenkasse mit einer anderen Krankenkasse zu ermöglichen oder zu erleichtern.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift legt fest, dass Finanzhilfen des Spitzenverbands Bund nur dann zu gewähren sind, wenn die freiwilligen finanziellen Hilfen nach § 265b zu Gunsten einer hilfebedürftigen Krankenkasse entweder nicht oder nicht in ausreichender Höhe gewährt werden. Nur in diesem Fall kommen subsidiäre Finanzhilfen des Spitzenverbandes Bund in Betracht, zu deren Finanzierung alle Krankenkassen der betroffenen Kassenart heranzuziehen sind. Bei der Ausgestaltung der Finanzierungsregelung wird der Spitzenverband Bund zu berücksichtigen haben, in welcher Höhe Krankenkassen dieser Kassenart bereits freiwillige Hilfen nach § 265b geleistet haben. Erst wenn auch diese Hilfen nicht ausreichen, sind auch die Krankenkassen der anderen Kassenarten zur Finanzierung der Hilfeleistungen heranzuziehen.

Zu Absatz 3

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

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 11 (§ 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 Satzungsregelung des Spitzenverbandes Bund nach § 171d Abs. 2 folgt. Der Abschluss eines solchen Vertrags ist freiwillig. Es handelt sich um einen öffentlich-rechtlichen Vertrag, auf die die Regelungen der §§ 53ff SGB X Anwendung finden.

Zu Absatz 2

Wegen der finanziellen Bedeutung der vertraglichen Unterstützungsleistungen sind die Verträge den zuständigen Aufsichtsbehörden anzuzeigen.

Zu Nummer 12. (§ 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 Grundsätze ordnungsgemäßer Buchführung und Bilanzierung auf die Krankenkassen. Hierdurch wird die Transparenz in Bezug auf die tatsächliche finanzielle Situation der Krankenkassen verbessert. Dies ermöglicht es, wirtschaftliche Schwierigkeiten bei einer Krankenkasse bereits frühzeitig zu erkennen, sodass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die zuständige Aufsichtsbehörde der Krankenkasse die erforderlichen Maßnahmen ergreifen können, um eine dauerhafte Leistungsunfähigkeit oder den Eintritt von Zahlungsunfähigkeit oder Überschuldung bei der Krankenkasse zu verhindern.

Auch wenn die Grundsätze ordnungsgemäßer Buchführung und Bilanzierung 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 insbesondere für das Prinzip der periodengerechten Abgrenzung (Nummer 5) und das Vorsichtsprinzip (Nummer 4). Durch die ausdrückliche Normierung der Grundsätze ordnungsgemäßer Buchführung und Bilanzierung für die Krankenkassen im SGB IV wird sichergestellt, dass künftige Änderungen der handelsrechtlichen Rechnungslegungsvorschriften nicht ohne weiteres auch für die Krankenkassen gelten, obwohl sie für diese ohne Relevanz sind.

Zu den Bewertungs- und Bilanzierungsgrundsätzen im Einzelnen:

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

Nummer 2 enthält den Grundsatz der Bilanzklarheit. Hierdurch wird sichergestellt, dass die Vermögenssituation einer Krankenkasse unmittelbar aus ihrer Bilanz erkennbar ist, die auch nicht durch nachträgliche Änderungen verunklart 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 Haftungsverbände, 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 die Bewertung von Vermögensgegenständen und Schuldspositionen, sondern auch für die Bilanzierung. Es wirkt vor allem bei der Ausfüllung von Ermessensspielräumen, 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 des Jahresabschlusses 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 Jahresabschlüsse 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 Grundsätze ordnungsmäßiger Buchführung und Bilanzierung 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 können die zuständigen Aufsichtsbehörden festlegen.

Zu Nummer 4 (§ 111 SGB IV)

Zu Absatz 5

Die Neuregelung ist erforderlich, da Verstöße gegen die Grundsätze ordnungsgemäßer Buchführung und Bilanzierung einer wirksamen Sanktion bedürfen, um ihre Einhaltung sicherzustellen. Eine Erweiterung des § 283b StGB dahingehend, dass auch Verstöße gegen die Grundsätze ordnungsmäßiger Buchführung und Bilanzierung 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 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 die Aufsichtsbehörde des Versicherungsträgers.

### **Zu Artikel 3 (Änderung der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung)**

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Festschreibung der Grundsätze ordnungsgemäßer Buchführung und Bilanzierung 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 4 (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 Nummer 2

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.

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 neben den alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschlägen auch eine für alle Versicherten einheitliche Grundpauschale. 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 S. 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 Kassen 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 der 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 [70] vom Hundert 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 [30] vom Hundert nach der Zahl ihrer Versicherten. [Dieser Schlüssel entspricht dem Vorschlag der Gutachter IGES/Cassel/Wasem (Untersuchung zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, 2001, S. 139 ff.). Das Modell orientiert sich an der Grundlogik der pauschalierten Erstattung der Verwaltungskosten der Pflegekassen an die Krankenkassen, wo nach dem Erstattungsschlüssel 70 vom Hundert des ermittelten

Verwaltungsaufwandes an den Leistungsausgaben angesetzt werden.] 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 in einem gesonderten Verfahren ermittelt werden.

Zu Absatz 2

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 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch.

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 Nummer 3

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 4

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 legt das Bundesversicherungsamt nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund fest.

#### Zu Absatz 2

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 5 (Inkrafttreten)**

Artikel 5 regelt das Inkrafttreten.

#### Zu Absatz 1

Die Aufhebung der Haftung der Länder nach § 12 Abs. 2 InsO tritt entsprechend der Vorgabe in § 171b Abs. 1 am 1. Januar 2009 [2010] 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).

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.

#### Zu Absatz 2

Im Übrigen tritt das Gesetz am 1. Januar 2010 in Kraft. 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.

### **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

#### **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 vier neue Informationspflichten für die Verwaltung eingeführt. Sie 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 hiervon betroffenen informationspflichtigen Personen ist eine Quantifizierung der hierdurch hervorgerufenen Kosten nicht möglich. Folgende Informationspflichten werden neu eingeführt:

- § 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.

- § 172 Abs. 2

Eine Krankenkasse hat den Spitzenverband Bund der Krankenkassen unverzüglich über ihre wirtschaftliche Lage zu unterrichten, wenn der Ausgabenüberschuss in der letzten Vierteljahresrechnung den Schwellenwert von 0,3 % der durchschnittlichen monatlichen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an diese Krankenkasse überschreitet.

- § 265b Abs. 2

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

## **G. Vereinbarkeit mit EU-Recht**

Der Gesetzentwurf hat keinen Bezug zum Recht der Europäischen Union.