

12.12.06

Antrag

des Freistaates Bayern

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG)

Punkt 30 der 829. Sitzung des Bundesrates am 15. Dezember 2006

**Zu Artikel 1 Nr. 131 (§ 171b Satz 2 - neu - SGB V),
Nr. 182 (§ 270 Abs. 1 Satz 1 Buchstabe b, c und d - neu - SGB V),
Artikel 4 (§ 183 Abs. 1 Satz 5 - neu -),
§ 207a Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 und
§ 360 Abs. 1 Satz 4 SGB III),
Artikel 43a - neu - (§ 17 Abs. 2 Satz 2 - neu - BetrAVG) und
Artikel 46 Abs. 9 - neu - (Inkrafttreten)**

Der Gesetzentwurf ist wie folgt zu ändern:

a) Artikel 1 ist wie folgt zu ändern:

aa) In Nummer 131 ist dem § 171b folgender Satz anzufügen:

"Mit Ablauf des 31. Dezember 2007 entfällt die Haftung der Länder für Ansprüche der Arbeitnehmer nach § 12 Abs. 2 der Insolvenzordnung oder eine inhaltsgleiche Haftung aus anderen Rechtsgründen bezüglich der in Satz 1 genannten Krankenkassen; dies gilt auch für eine bereits

...

eingetretene Haftung."

bb) In Nummer 182 ist § 270 Abs. 1 wie folgt zu ändern:

aaa) Nach den Wörtern "Zuweisungen zur Deckung" ist das Wort "(Deckungszuweisungen)" einzufügen.

bbb) In Buchstabe b ist das Wort "sowie" durch ein Komma zu ersetzen.

ccc) In Buchstabe c ist der Punkt durch das Wort "sowie" zu ersetzen.

ddd) Nach Buchstabe c ist folgender Buchstabe anzufügen:

"d) der laufenden Aufwendungen, die zur Erfüllung der von der Krankenkasse zugesagten Versorgung ihrer Angestellten erforderlich sind (Versorgungsdeckungszuweisungen), und der laufenden Beiträge, die von der Krankenkasse an den Träger der gesetzlichen Insolvenzversicherung (§§ 10 und 10a des Betriebsrentengesetzes) zu leisten sind (Insolvenzdeckungszuweisungen); bei der Ermittlung der Höhe der Versorgungsdeckungszuweisungen sind die Beträge in Abzug zu bringen, die die Krankenkasse als Arbeitgeber für diejenigen Angestellten, die nach § 5 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 des Sechsten Buches versicherungsfrei sind, in der gesetzlichen Rentenversicherung laufend zu tragen hätte, wenn diese Angestellten nicht versicherungsfrei wären. Die Versorgungsdeckungszuweisungen bewirken ferner, dass die Erfüllung einer hiervon erfassten Versorgungszusage im Sinne des § 5 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 des Sechsten Buches auch weiterhin gesichert ist. Die Versorgungsdeckungszuweisungen und

die Insolvenzdeckungszuweisungen werden bei der Ermittlung und Feststellung einer Überschuldung im Sinne des § 19 der Insolvenzordnung so berücksichtigt, wie wenn die Krankenkasse für die entsprechenden Verpflichtungen aus den Versorgungszusagen und aus der Beitragslast für die Insolvenzsicherung auch in der Vergangenheit jeweils rechtzeitig ausreichende finanzielle Rückstellungen gebildet hätte."

b) Artikel 4 ist wie folgt zu fassen:

'Artikel 4
Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch

Das Dritte Buch Sozialgesetzbuch – Arbeitsförderung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 24. März 1997, BGBl. I S. 594, 595), zuletzt geändert durch ... (BGBl. I S. ...), wird wie folgt geändert:

1. Dem § 183 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

"Im Falle des § 360 Abs. 1 Satz 4 Halbsätze 2 und 3 gilt als Insolvenzerignis das Ereignis, das den Eintritt der Haftung des Landes nach § 12 Abs. 2 der Insolvenzordnung oder einer inhaltsgleichen Haftung aus anderen Rechtsgründen ausgelöst hätte sowie der Zeitpunkt der Auflösung oder Schließung der Krankenkasse."

2. § 207a Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 wird wie folgt gefasst:

"1. Für die Beiträge ... <weiter wie Gesetzentwurf>"

3. In § 360 Abs. 1 Satz 4 wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und es werden folgende Halbsätze angefügt:

"dies gilt nicht für Krankenkassen im Sinne des § 171b des Fünften Buches, bei denen das Land nach § 12 Abs. 1 Nr. 2 der Insolvenzordnung das Insolvenzverfahren über das Vermögen der Krankenkasse ausgeschlossen hat, ab dem Zeitpunkt des Wegfalls der Haftung des Landes nach § 12 Abs. 2 der Insolvenzordnung oder einer inhaltsgleichen Haftung aus anderen Rechtsgründen; eine bereits eingetretene Haftung des Landes geht mit diesem Zeitpunkt auf die Bundesagentur kraft Gesetzes über." '

- c) Nach Artikel 43 ist folgender Artikel einzufügen:

'Artikel 43a

Änderung des Gesetzes zur Verbesserung der betrieblichen
Altersversorgung

Dem § 17 Abs. 2 des Betriebsrentengesetzes vom 19. Dezember 1974 (BGBl. I S. 3610), das zuletzt durch ... geändert worden ist, ist folgender Satz anzufügen:

"Die §§ 7 bis 15 gelten auch für Krankenkassen im Sinne des § 171b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, bei denen das Land nach § 12 Abs. 1 Nr. 2 der Insolvenzordnung das Insolvenzverfahren über das Vermögen der Krankenkasse ausgeschlossen hat, ab dem Zeitpunkt des Wegfalls der Haftung des Landes nach § 12 Abs. 2 der Insolvenzordnung oder einer inhaltsgleichen Haftung aus anderen Rechtsgründen; eine bereits eingetretene Haftung des Landes geht mit diesem Zeitpunkt auf den Träger der Insolvenzversicherung kraft Gesetzes über; als Sicherungsfall gilt das Ereignis, das den Eintritt der Haftung des Landes nach § 12 Abs. 2 der Insolvenzordnung oder eine inhaltsgleiche Haftung aus anderen

Rechtsgründen ausgelöst hätte sowie der Zeitpunkt der Auflösung oder Schließung der Krankenkasse." '

d) Dem Artikel 46 ist folgender Absatz anzufügen:

'(9) In Artikel 1 Nr. 131 tritt § 171b Satz 1 SGB V zum 1. Januar 2014 in Kraft.'

Begründung:

Zu Buchstabe a:

Zu Doppelbuchstabe aa:

Die Verschuldenssituation, der zeitlich sehr enge gesetzliche Entschuldungsplan und die beabsichtigte (spätere) generelle Einführung der Insolvenzfähigkeit (der Krankenkassen, die bisher in Ausübung der Ermächtigung des § 12 Abs. 1 Nr. 2 Insolvenzordnung (InsO) landesgesetzlich vom Insolvenzverfahren ausgeschlossen waren) haben das Haftungsrisiko der Länder erheblich erhöht. Gleichzeitig werden die Krankenkassen durch zahlreiche Regelungen in finanzieller Hinsicht auf Bundesebene immer stärker vernetzt und voneinander abhängig (z. B. durch den kassenartweiten Haftungs- und Unterstützungsfonds, die kassenartweite Verschuldungshaftung etc.).

Die aufsichtlichen Steuerungsmechanismen der Länder bezüglich der Haushalts- und Finanzentwicklung ihrer landesunmittelbaren Krankenkassen verlieren in Anbetracht dieser Umverteilungslasten dramatisch an Funktion und Bedeutung. Eine weitsichtige und nachhaltige Finanzplanung der einzelnen landesunmittelbaren Krankenkassen kann wegen der hierdurch drohenden enormen und nicht vorhersehbaren Umlageverpflichtungen durch die neuen, auf Bundesebene installierten Finanzinstrumente kaum mehr gewährleistet und auch aufsichtlich von den Ländern praktisch nicht mehr durchgesetzt werden. Aus diesem Grunde ist es in keiner Weise mehr gerechtfertigt, den Ländern das Risiko der Haftung nach § 12 Abs. 2 InsO weiter aufzubürden, zumal (gesamt betrachtet) alleine die möglichen Haftungsansprüche für die Finanzierung der laufenden Versorgungen und die bisher aufgelaufenen Versorgungsansparungen für die Dienstordnungsangestellten, insbesondere im Bereich der Ortskrankenkassen, einen Kapitalwert erreicht haben, der die Finanzkraft

einzelner Länder übersteigen könnte. Dies wäre insbesondere auch dann grundsätzlich denkbar, wenn im Falle künftiger Großfusionen das dann aufsichtsführende einzelne Land mehrfache Haftungslasten der anderen Länder nach § 12 Abs. 2 InsO für die Arbeitnehmeransprüche aller fusionsbeteiligten Krankenkassen übernehmen müsste (Schätzungen gehen davon aus, dass alleine der Gesamtwert aller laufenden und künftigen Versorgungsleistungen für die Dienstordnungsangestellten im AOK-System bundesweit eine Größenordnung von rund acht bis neun Milliarden Euro erreicht haben könnte, die nicht durch adäquate Rückstellungen abgedeckt sind, im Falle der Einführung der Insolvenzfähigkeit von den Krankenkassen aber mit ihrem Barwert bilanziert werden müssten).

Ob die Länder jetzt noch über die Möglichkeit verfügen, den einstmals landesgesetzlich angeordneten Ausschluss der Insolvenzfähigkeit mit dem Ziel der (§ 12 Abs. 2 InsO) Enthftung wieder aufzuheben, erscheint fraglich. Eine landesgesetzliche Rückführung der bisherigen (vor Jahrzehnten oder sogar vor annähernd einem Jahrhundert) eingeführten (Konkurs- bzw.) Insolvenzunfähigkeit der landesunmittelbaren Krankenkassen könnte in der jetzigen Verschuldenssituation in Einzelfällen unter Umständen von der Rechtsordnung als missbräuchliche Ausnutzung einer formalen Ermächtigung beurteilt und verstanden werden, die nicht mehr in der Lage ist, die bundesgesetzliche Haftungsfolge aus § 12 Abs. 2 InsO wirksam zu beseitigen.

Aus diesem Grunde ist es geboten, die beabsichtigte Einführung der Insolvenzfähigkeit kraft Bundesgesetz behutsam, der Verschuldenssituation angemessen und unter Berücksichtigung des Sicherheitsbedürfnisses der hauptsächlich betroffenen Dienstordnungsangestellten in einem mehrstufigen Regelungsmodell vorzunehmen. Die bundesgesetzlichen Regelungen zur Herstellung der Insolvenzfähigkeit der bisher nicht dem Insolvenzverfahren unterliegenden Krankenkassen müssen eine vollständige Enthftung der Länder beinhalten und wie folgt erweitert sowie untrennbar und sachlogisch miteinander verbunden werden. Das Regelungsmodell umfasst folgende drei aufeinander abgestimmte Maßnahmen bzw. Stufen ("Drei-Stufen-Modell"):

- Bundesgesetzlich geregelter, umfassender und endgültiger Wegfall der Haftung der Länder für alle Arbeitnehmer-Ansprüche nach § 12 Abs. 2 InsO (hiervon sollen auch eventuell bereits bestehende, ggf. aber noch nicht bekannte sowie aus anderen Rechtsgründen abgeleitete inhaltsgleiche Haftungsverpflichtungen der Länder zugunsten der Arbeitnehmer erfasst werden, z. B. wegen einer schon eingetretenen, aber noch nicht (InsO-)bilanzierten oder bisher unbekannt gebliebenen Überschuldung einzelner Krankenkassen). Als Zeitpunkt für die Enthftung der Länder wird der Zeitpunkt der Einführung der Verschuldenshaftung der gesamten Kassenart (1. Januar 2008; § 155 Abs. 5 SGB V-Entwurf) mit seinen für die einzelnen Kassen und Länderaufsichten spätestens dann nicht mehr vorhersehbaren Umlagelasten vorgeschlagen.

- Gleichzeitig mit dem Wirksamwerden des Haftungsausschlusses der Länder übernimmt der Träger der Insolvenzversicherung (Pensionsversicherungsverein aG) die (von den Ländern weggenommene) Haftung aus § 12 Abs. 2 InsO oder vergleichbaren Rechtsgründen und zwar so, wie wenn die Krankenkassen bereits zu diesem Zeitpunkt und in dieser Hinsicht insolvenzfähig wären: das im Ersten Teil/Vierter Abschnitt des Betriebsrentengesetzes geregelte Instrument der gesetzlichen Insolvenzversicherung (§§ 7 bis 15 BetrAVG) wird insgesamt (auch mit den Umlagepflichten) schon jetzt hinsichtlich der Krankenkassen vorgezogen übernommen und entsprechend angewendet, also noch vor Einführung der eigentlichen Insolvenzfähigkeit. Damit soll die Erfüllung der Arbeitnehmeransprüche lückenlos gesichert werden. Dies gilt entsprechend für die vorgezogene Einführung der Insolvenzgeldumlage.

- Die Einführung der Insolvenzfähigkeit der Krankenkassen wird auf einen späteren Zeitpunkt (zum 1. Januar 2014) verschoben, wenn schon sicher beurteilt werden kann, ob die neuen bundesweiten Finanzierungsgrundlagen und -rahmenbedingungen die ihnen zugedachte Wirkung tatsächlich entfalten und den Krankenkassen ausreichend Zeit zur Anpassung an die mit der Herstellung der Insolvenzfähigkeit verbundenen (und in ihren Auswirkungen teilweise gravierenden) Folgen eingeräumt wurde. Als geeignete Frist zur notwendigen Vorbereitung, Umstellung und Anpassung zur Anwendung der Insolvenzordnung auf die Krankenkassen wird ein fünfjähriger Zeitraum nach Einführung des Gesundheitsfonds (dieser startet am 1. Januar 2009) für erforderlich, aber auch ausreichend angesehen.

Die bundesgesetzliche Einführung der Insolvenzfähigkeit bedingt deshalb übergangsweise Regelungen und Änderungen der Vorschriften des Gesetzes zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung (Betriebsrentengesetz), der Insolvenzordnung (InsO) und des Dritten Buches Sozialgesetzbuch (SGB III).

Zu Doppelbuchstabe bb:

Zu Dreifachbuchstabe aaa:

Die Einfügung einer kurzen Legaldefinition des Begriffs der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds soll auch verdeutlichen und bekräftigen, dass es sich hierbei grundsätzlich um ausgabendeckende Zuweisungsmittel handelt. Dieser Begriff sollte redaktionell auch bei den übrigen Vorschriften, die auf die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds Bezug nehmen, einheitlich verwendet werden.

Zu Dreifachbuchstabe bbb, ccc und ddd:

Die Deckungszuweisungen aus dem Gesundheitsfonds sind ausdrücklich auf die Mittel, die für die Erfüllung der zugesagten Versorgung und für die Beitragslast aus der gesetzlichen Insolvenzversicherung erforderlich sind, zu erweitern. Durch die erweiterten Fusionsmöglichkeiten bei den gesetzlichen Krankenkassen, in Anbetracht der beabsichtigten Einführung der Insolvenzfähigkeit der Krankenkassen und wegen der neu geschaffenen Finanzierungsinstrumente ist es nicht mehr gerechtfertigt, diese Aufwendungen ausschließlich einer einzelnen Krankenkasse als dem dafür verantwortlichen Rechtsträger oder Dienstherrn ausschließlich zuzuordnen oder weiterhin tragen zu lassen. Diese Ausgaben können in Zukunft nur noch als gemeinsame Verpflichtungen des gesamten Krankenkassensystems angesehen und entsprechend deckungsunterlegt finanziert werden. Die Deckungszuweisungen nach § 270 Abs. 1 Satz 1 Buchstabe d sind insbesondere bezüglich ihrer unterschiedlichen Regelungsinhalte begrifflich weiter zu unterteilen in "Versorgungsdeckungszuweisungen" und "Insolvenzdeckungszuweisungen" und entsprechend im Gesetz zu definieren.

Bei der Berechnung der laufenden Versorgungsdeckungszuweisungen werden die Beträge in Abzug gebracht, die die Krankenkasse als Arbeitgeber in der gesetzlichen Rentenversicherung für die (nach § 5 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI) versicherungsfreien Angestellten, beschränkt auf die Höhe des jeweiligen Arbeitgeberanteils, zu tragen hätte. Diese Regelung betrifft hauptsächlich Dienstordnungsangestellte und außertarifliche Angestellte mit beamtenähnlicher Versorgungszusage und soll verhindern, dass Krankenkassen mit einem höheren Anteil an Dienstordnungsangestellten und außertariflichen Angestellten mit beamtenähnlicher Versorgungszusage besser gestellt werden, als Krankenkassen, die keine oder nur einen geringen Anteil dieser Angestellten beschäftigen. Der zwingende Abzug der fiktiven Rentenversicherungsbeiträge in Höhe der jeweiligen Arbeitgeberanteile bei der Berechnung der laufenden Versorgungsdeckungszuweisungen behandelt alle Krankenkassen hinsichtlich ihrer aktiven Beschäftigten so, wie wenn diese rentenversicherungspflichtig wären. Auf diese Weise werden die bei den Krankenkassen derzeit vorhandenen unterschiedlichen Beschäftigtenstrukturen bei der Berechnung der Versorgungsdeckungszuweisungen ausreichend berücksichtigt.

Die Versorgungsdeckungszuweisungen bewirken auch eine im Sinne des § 5 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI gesicherte Erfüllung der Gewährleistung jeder dieser Versorgungszusagen mit der Konsequenz, dass die hierfür erteilten Gewährleistungsbescheide nach § 5 Abs. 1 Satz 2 SGB VI weiter aufrechterhalten werden können und eine Nachversicherung gemäß § 8 Abs. 2 SGB VI (mit immensen Beitragspflichten für die Krankenkassen) rechtssicher vermieden wird.

Sowohl die Versorgungsdeckungszuweisungen als auch die Insolvenzdeckungszuweisungen gewährleisten die Erfüllung der Verpflichtungen der Krankenkassen aus den erteilten Versorgungszusagen bzw. aus der Beitraglast für die gesetzliche Insolvenzversicherung. Weitere finanzielle Rückstellungen für die Sicherstellung der Erfüllung dieser Verpflichtungen sind darüber hinaus nicht erforderlich. Aus diesem Grunde sollen diese Deckungszuweisungen bei einer eventuell erforderlich werdenden insolvenzrechtlichen Betrachtung des Vermögensstatus einer einzelnen Krankenkasse berücksichtigt werden und verhindern, dass sich alleine aus der Begründung und Bewertung der laufenden oder künftigen Versorgungsverpflichtungen der einzelnen Kasse sowie der Beitragslasten der gesetzlichen Insolvenzversicherung insolvenzrechtliche Folgen oder Verfahrenspflichten bzw. Antragsrechte ergeben.

Zu Buchstabe b:

Zu Artikel 4 Nr. 1:

Die Regelung, die der in Buchstabe c (Änderung des BetrAVG) entspricht, bestimmt weitere Ereignisse zum (gesetzlich bisher schon in § 183 Abs. 1 Satz 1 SGB III definierten) Insolvenzereignis, das die Insolvenzgeldgewährung als gesetzliche vorübergehende Lohn- und Vergütungssicherung nach §§ 183ff. SGB III auslöst und einen lückenlosen Schutz dieser Arbeitnehmeransprüche im Falle der Enthftung der Länder und bei Auflösung oder Schließung von Krankenkassen gewährleistet.

Zu Artikel 4 Nr. 3:

Die Regelung bezweckt die lückenlose Erstreckung der gesetzlichen Insolvenzgeldgewährung zugunsten der Angestellten der derzeit noch insolvenzunfähigen Krankenkassen, für die das Land keine Haftungsverpflichtungen mehr trägt, weil diese erloschen oder auf die Bundesagentur übergegangen sind. Die Regelung entspricht der der Erstreckung der gesetzlichen Insolvenzversicherung des Betriebsrentengesetzes auf die vorgenannten Krankenkassen, vgl. Buchstabe c. Der Ausnahmetatbestand des § 360 Abs. 1 Satz 4 SGB III, der solche Unternehmer, über deren Vermögen ein Insolvenzverfahren nicht zulässig ist oder deren Zahlungsfähigkeit gesetzlich gesichert ist, vom Insolvenzverfahren einschließlich seiner Finanzierung ausnimmt, wird für die Krankenkassen im Sinne des § 171b SGB V (in diesen Fällen gesetzestechnisch als weitere Ausnahme von der Ausnahme) zurückgeführt. Diese Krankenkassen werden nunmehr dem grundsätzlich für alle Unternehmer geltenden Insolvenzverfahren unterworfen.

Zu Buchstabe c:

Die Regelung bezweckt die lückenlose Erstreckung der gesetzlichen Insolvenzversicherung des Betriebsrentengesetzes zugunsten der (insbesondere Dienstordnungs-)Angestellten und zum Schutze ihrer sicherungsfähigen Versorgungsleistungen und -anwartschaften (§§ 7 bis 15 BetrAVG) auf die derzeit noch insolvenzunfähigen Krankenkassen, für die das Land keine Haftungsverpflichtungen mehr trägt, weil diese erloschen oder auf den Träger der Insolvenzversicherung übergegangen sind; gleichzeitig werden die entsprechenden Umlagepflichten zur solidarischen Finanzierung der Insolvenzversicherung begründet.

Als zusätzlicher (gesetzlich bisher schon in § 7 Abs. 2 Satz 2 BetrAVG definierter) Sicherungsfall wird das (jetzt fiktive) haftungsbegründende Ereignis im Sinne des § 12 Abs. 2 InsO (Überschuldung oder Zahlungsunfähigkeit der Krankenkasse) sowie alternativ der von der Aufsichtsbehörde festgesetzte Zeitpunkt der Auflösung oder Schließung der Krankenkasse bestimmt.

Gesetzestechisch führt die Regelung den geltenden Ausnahmetatbestand des § 17 Abs. 2 BetrAVG für die juristischen Personen des öffentlichen Rechts hinsichtlich der Krankenkassen im Sinne des § 171b SGB V zurück und unterwirft diese Krankenkassen wieder dem allgemeinen Grundsatz der Insolvenzversicherung. Danach sind grundsätzlich alle Arbeitgeber, gleichgültig ob sie als natürliche oder juristische Person des privaten wie des öffentlichen Rechts z. B. den Arbeitnehmern Versorgungszusagen versprochen haben, der gesetzlichen Insolvenzversicherung gemäß §§ 7 bis 15 BetrAVG unterworfen. Lediglich der Bund, die Länder, die Gemeinden sowie die Körperschaften, Stiftungen und Anstalten des öffentlichen Rechts, bei denen das Insolvenzverfahren nicht zulässig ist, und solche juristische Personen des öffentlichen Rechts, bei denen der Bund, ein Land oder eine Gemeinde kraft Gesetzes die Zahlungsfähigkeit sichert, sind von der gesetzlichen Insolvenzversicherung ausgenommen. Nur bei diesen juristischen Personen des öffentlichen Rechts geht der Gesetzgeber von einem uneingeschränkten Bestand aus und unterstellt deshalb ein mangelndes Sicherheitsbedürfnis für die dem Betriebsrentengesetz unterfallenden Versorgungsleistungen. Die Geltung dieses Ausnahmetatbestandes (und die damit implizierte Unterstellung ihres fortwährenden Bestandes einschließlich der davon abgeleiteten Solvenz) ist jedoch für die Krankenkassen im Sinne des § 171b SGB V nicht mehr uneingeschränkt gerechtfertigt.

Zu Buchstabe d:

Folgeänderung zu Buchstabe a Doppelbuchstabe aa (Artikel 1 Nr. 131 [§ 171b Satz 2 - neu - SGB V]).