



Kerstin Weit

## **Die kassenartenübergreifende Vereinigung gesetzlicher Krankenkassen nach § 171a SGB V**

Ihre Voraussetzungen und Rechtsfolgen  
unter dem besonderen Blickwinkel des Sozial-,  
Wettbewerbs- und Arbeitsrechts

# Einleitung

## A. Gegenstand der Untersuchung

Die gesetzliche Krankenversicherung ist permanenten Veränderungsprozessen ausgesetzt<sup>1</sup>. Auch das Fusionskarussell<sup>2</sup> in der gesetzlichen Krankenversicherung dreht sich, die gesetzlichen Krankenkassen befinden sich im Fusionsfieber<sup>3</sup>. Exemplarisch dafür sei die vormalige BBK Gesundheit angeführt, die bis zur Fusion mit der DAK und der BKK Axel Springer zur DAK Gesundheit zum 1. Januar 2012 als seinerzeit größte Betriebskrankenkasse allein bereits aus Fusionen mit 81 Vorgängerkassen hervorgegangen ist<sup>4</sup>.

Waren es mit der Einführung der Sozialversicherungssysteme 1883 unter Otto von Bismarck<sup>5</sup> sage und schreibe 22.000 Kassen, hat sich diese Zahl Anfang der 1930er Jahre bereits auf ca. 7.000<sup>6</sup> und Anfang der 1970er Jahre weiter auf ca. 1.800 verringert<sup>7</sup>. Allein zu Jahresbeginn 2010 waren 23 Krankenkassen an neun Fusionen beteiligt<sup>8</sup>. Die Zahl der gesetzlichen Krankenkassen schrumpfte damit weiter auf 169<sup>9</sup>, im Jahr 2011 verschwanden durch Fusionen sieben weitere Krankenkassen<sup>10</sup>, im August 2012 waren es

- 
- 1 *Adelt/Hiendlmeier*, VW 2009, 1666 sprechen vom „Dauerstress“ in der gesetzlichen Krankenversicherung.
  - 2 Vgl. *Adelt/Hiendlmeier*, VW 2009, 1666; *Leopold*, GdS 2010, Heft 1/2, 10.
  - 3 Vgl. *Grosse-Hornke/Gurk*, KrV 2009, 295.
  - 4 *Kaross*, Ersk 2009, 435; *Leopold*, GdS 2010, Heft 1/2, 10 (11); *Stuppardt*, KrV 2009, 284 (285).
  - 5 *Ebsen*, in: *v. Madell/Ruland/Becker*, SRH, § 15 Rn. 3; *Schlenker*, in: *Schulin*, HB-KV, § 1 Rn. 20; *Sodan*, in: *Sodan*, HB KV, § 1 Rn. 6. Von den drei unter Bismarck eingeführten Versicherungszweigen war die Krankenversicherung die erste, *Eichenhofer*, in: *Bismarck*, die Sozialversicherung und deren Zukunft, S. 15 (23).
  - 6 *Osterloh/Schmitt-Sausen*, DÄ 2010, A 367.
  - 7 *Leopold*, GdS 2010, Heft 1/2, 10; *Osterloh/Schmitt-Sausen*, DÄ 2010, A 367.
  - 8 *Ohne Verfasser*, KrV 2010, 25.
  - 9 *Leopold*, SozSich 2012, 28; *Osterloh/Schmitt-Sausen*, DÄ 2010, A 367.
  - 10 Quelle: [krankenkassen.de](http://www.krankenkassen.de), <http://www.krankenkassen.de/gesetzliche-krankenkassen/system-gesetzliche-krankenkassen/fusionen/> (letzter Zugriff am 9.2.2013).

dann bereits nur noch 145<sup>11</sup> sowie im Februar 2013 letztlich 134 gesetzliche Krankenkassen<sup>12</sup>.

Hält dieser Fusions- und Konzentrationsprozess<sup>13</sup> an, könnte die ehemalige Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt mit ihrer Aussage, 30 bis 50 Krankenkassen seien für eine gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung ausreichend<sup>14</sup>, Recht behalten. Mit der Verabschiedung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG)<sup>15</sup> im Deutschen Bundestag am 2. Februar 2007 ist während ihrer Amtszeit der Fusionsdruck in der gesetzlichen Krankenversicherung weiter forciert worden. Den vorläufigen Höhepunkt gesundheitspolitischer Veränderungen bildete die Einführung des Gesundheitsfonds und mit ihm die Schaffung eines kasseneinheitlichen Beitragssatzes<sup>16</sup> zum 1. Januar 2009<sup>17</sup>. Konnten sich die Krankenkassen zuvor neben den Bereichen Service und Verwaltung auch primär über die Beitragssatzhöhe dem Wettbewerb stellen und durch einen niedrigen Beitragssatz neue Mitglieder gewinnen, hat sich der Beitragssatzwettbewerb seitdem einerseits in einen Kampf auf dem Nebenschauplatz des Zusatzbeitrages verlagert<sup>18</sup>, den es zur Vermeidung eines mit der Erhebung eines Zusatzbeitrages befürchteten Mitgliederschwunds unter den Kassen zu verhindern gilt<sup>19</sup>. Andererseits ist an die Stelle des Beitragssatzwettbewerbes ein politisch forciertes Wettbewerb um Qualität, Leistung und

---

11 Quelle: Bundesgesundheitsministerium, [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder\\_Versicherte/KM1\\_Januar\\_bis\\_August\\_2012.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder_Versicherte/KM1_Januar_bis_August_2012.pdf), (letzter Zugriff am 9.2.2013).

12 Quelle: Bundesgesundheitsministerium, [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder\\_Versicherte/KM1\\_Januar\\_2013.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder_Versicherte/KM1_Januar_2013.pdf), (letzter Zugriff am 9.2.2013).

13 Nicht nur die gesetzliche Krankenversicherung verschlankt sich durch Zusammenschlüsse. Auch die übrigen Zweige der Sozialversicherung sind im Zuge des zunehmenden Wettbewerbs und aus Kostengründen Fusionen ausgesetzt, vgl. u. a. *Leopold*, *SozSich* 2012, 28; *ders.*, *ZfS* 2007, 83.

14 Vgl. u. a. *Leopold*, *SozSich* 2012, 28; *Korf*, *Wie viele Kassen braucht das Land?* in: *Gesetzliche Krankenversicherung und Wettbewerb*, S. 49; *Paquet*, *BKK* 2004, 196, Fn. 2.

15 Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung, *BGBI. I* 2007 Nr. 11, S. 378ff.

16 *BGBI. I* 2007 Nr. 11, S. 424.

17 Vgl. *Adelt/Hiendlmeier*, *VW* 2009, 1666.

18 Zu den gesetzlichen Entwicklungen seit Februar 2013 siehe 5. Kapitel, S. 229ff. Mit Neufassung des § 242 SGB V durch das GKV-FQWG können die Krankenkassen ab dem 1. Januar 2015 einen kassenindividuellen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag erheben.

19 *Fink*, *Ersk* 2006, 460 (461).

Konditionen getreten<sup>20</sup>. Mit dem Eingriff in die Beitragssatzautonomie<sup>21</sup> ist zusätzlich der Druck auf die Krankenkassen dahin gehend erhöht worden, sich wirtschaftlicher auf dem Markt aufzustellen sowie über Zusammenschlüsse mit anderen Kassen Synergieeffekte und effizientere Organisationsstrukturen zu erzielen. Neben einer zeitweisen akuten Unterfinanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung<sup>22</sup>, dem daraus resultierenden Streben nach kostenoptimierten Organisationsmodellen, der Stärkung der Marktposition durch eine hohe Mitgliederzahl und damit verbundener größerer Marktmacht, ist die Einführung des Gesundheitsfonds allerdings nur einer von vielen Gründen, die für den rasanten zahlenmäßigen Rückgang der gesetzlichen Krankenkassen ursächlich sind.

Mit Wirkung zum 1. April 2007 ist mit dem GKV-WSG § 171a SGB V neu eingefügt worden<sup>23</sup>. Krankenkassen können sich damit erstmals kassenartenübergreifend vereinigen und erhalten ein neues Gestaltungsmittel zur Umsetzung von Fusionen in der gesetzlichen Krankenversicherung an die Hand. Mit der Möglichkeit zur kassenartenübergreifenden Vereinigung sollen bisher noch ungenutzte Potenziale von Kassenzusammenschlüssen genutzt und der Prozess zur Bildung dauerhaft wettbewerbs- und leistungsfähiger Einheiten von Krankenkassen sowie die Angleichung der Wettbewerbsebenen zwischen den Krankenkassen beschleunigt werden<sup>24</sup>. Die den Krankenkassen in den letzten Jahren übertragenen zusätzlichen Aufgaben hätten die Anforderungen an deren Verwaltung sowie die Organisation ihrer Leistungserbringung erheblich erhöht<sup>25</sup>. Auch mit dem GKV-WSG werde diese Linie fortgesetzt<sup>26</sup>. Die trotz Fusionswelle noch immer bestehende Vielzahl kleinerer Kassen sei nur beschränkt in der Lage, den erhöhten

---

20 *Josenhans*, in: Die Gesundheitsreform 2007, S. 31 (39); *Stuppardt*, FfG 2010, 11.

21 *Besemann*, Aktuelle Entwicklungen im Organisationsrecht der gesetzlichen Krankenkassen, S. 1.

22 Zwar stellt sich die momentane Finanzsituation aufgrund der guten konjunkturellen Entwicklung positiv dar. Dies war aber nicht immer so, vgl. nur <http://www.spiegel.de/wirtschaft/soziales/vier-milliarden-euro-defizit-riesiges-krankenkassen-minus-belastet-versicherte-a-666220.html> (letzter Zugriff am 9.2.2013).

23 BGBl. I 2007 Nr. 11, S. 416f.

24 Vgl. BT-Drucks. 16/3100, S. 155.

25 Vgl. BT-Drucks. 16/3100, S. 156.

26 U. a. ist mit dem GKV-WSG die Verpflichtung aufgenommen worden, Hausarzttarife anzubieten. Daneben besteht seitdem die Möglichkeit von den bisherigen kollektivvertraglichen Vereinbarungen zwischen den Kassen und ihren Leistungserbringern abzuweichen und Selektivverträge abzuschließen. Auch die Regelungen zur integrierten Versorgung sind erweitert worden.

Anforderungen in wirtschaftlicher Weise gerecht zu werden<sup>27</sup>. Intendiert sei daher, dass sich Krankenkassen zu größeren Einheiten zusammenschließen, die auch auf Dauer wettbewerbs- und leistungsfähig seien<sup>28</sup>.

§ 171a SGB V ist auf keine Vorgängernorm zurückzuführen<sup>29</sup>. Bisher waren Fusionen in der gesetzlichen Krankenversicherung nur kassenartenintern gestattet. Von der Möglichkeit kassenartenübergreifender Fusionen haben erstmals 2009 die Techniker Krankenkasse<sup>30</sup>, die Signal Iduna IKK<sup>31</sup>, die AOK Sachsen-Anhalt<sup>32</sup> sowie die KKH-Allianz<sup>33</sup> Gebrauch gemacht<sup>34</sup>. Die Ausweitung des potenziellen Kandidatenkreises sollte mit Einführung des § 171a SGB V die Chance nach dem passenden Fusionspartner erleichtert haben. So möchte man meinen. Aber ist das tatsächlich so? Neben den genannten Fusionsvorgängen hat sich die Anzahl kassenartenübergreifender Fusionen mit nur drei weiteren Vereinigungen bis heute nicht wesentlich erhöht<sup>35</sup>. Gibt es vielleicht gute Gründe, weshalb die gesetzlichen Krankenkassen bislang primär weiterhin fast ausschließlich kassenartenintern fusionieren? Welchen rechtlichen Voraussetzungen unterliegt eine kassenartenübergreifende Vereinigung? Welche Rechtsfolgen ergeben sich daraus?

Auch einige Jahre nach deren Einführung gibt es keine vertiefte und zusammenfassende Darstellung der kassenartenübergreifenden Vereinigungsmög-

---

27 Vgl. BT-Drucks. 16/3100, S. 156.

28 Vgl. BT-Drucks. 16/3100, S. 156.

29 Engelhard, in: Hauck/Noftz, SGB V, § 171a Rn. 3.

30 Fusion der Techniker Krankenkasse (Ersatzkasse) mit der IKK-Direkt zum 1.1.2009 zur Techniker Krankenkasse (Ersatzkasse).

31 Fusion der Vereinigten IKK mit der Signal Iduna BKK zum 1.2.2009 zur Signal Iduna IKK.

32 Fusion der AOK Sachsen-Anhalt und der BKK Sachsen-Anhalt zum 1.4.2009 zur AOK Sachsen-Anhalt.

33 Fusion der Kaufmännischen Krankenkasse (KKH) mit der BKK Allianz Gesellschaften zum 1.4.2009 sowie mit der METRO AG Kaufhof BKK zum 1.7.2009 zur KKH-Allianz (Ersatzkasse).

34 Quelle: Bundesversicherungsamt, [http://www.bundesversicherungsamt.de/cln\\_115/nn\\_1544612/DE/Krankenversicherung/Vereinigung\\_KK/vereinigungKK\\_\\_node.html?\\_\\_nnn=true&\\_\\_nnn=true#Start](http://www.bundesversicherungsamt.de/cln_115/nn_1544612/DE/Krankenversicherung/Vereinigung_KK/vereinigungKK__node.html?__nnn=true&__nnn=true#Start), (letzter Zugriff am 9.2.2013).

35 Das sind die Fusionen der AOK Niedersachsen und der IKK Niedersachsen zum 1.4.2010 zur AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen, sodann der DAK, der BKK Gesundheit und der BKK Axel Springer zum 1.1.2012 zur DAK-Gesundheit sowie der DAK-Gesundheit und der Saint-Gobain BKK zum 1.1.2013 zur DAK-Gesundheit, Quelle: <http://www.krankenkassen.de/gesetzliche-krankenkassen/system-gesetzliche-kranken-versicherung/fusionen/>, (letzter Zugriff am 9.2.2013).

lichkeit, deren Voraussetzungen und Rechtsfolgen, obwohl viele Fragen ungeklärt sind. Nicht abschließend, jedoch beispielhaft sei an dieser Stelle auf aufsichts-, wettbewerbs-, haftungs- und arbeits-, insbesondere personalvertretungsrechtliche Problemstellungen verwiesen.

## **B. Zielsetzung der Untersuchung**

Mit der vorliegenden Arbeit soll diese Lücke geschlossen werden. Ziel dieser Untersuchung ist es daher, zum einen eine umfassende Darstellung der Voraussetzungen und Rechtsfolgen der kassenartenübergreifenden Vereinigung nach § 171a SGB V zu geben. Das Sozial-, Wettbewerbs- und Arbeitsrecht wird hierbei in den Mittelpunkt der Betrachtungen gestellt. Innerhalb der Untersuchung unberücksichtigt bleiben müssen ebenfalls zu lösende praktische Probleme im Rahmen von Fusionen, insbesondere des Personalmanagements oder des Daten- und Markentransfers. Hinsichtlich der noch ungeklärten Fragestellungen wird zum anderen versucht, einen eigenen Lösungsansatz zu entwickeln.

## **C. Gang der Untersuchung**

Der Untersuchung wird grundsätzlich eine kassenartenübergreifende Vereinigung von bundesunmittelbaren<sup>36</sup> Krankenkassen zu Grunde gelegt. Für vergleichbare Fusionen zwischen landesunmittelbaren<sup>37</sup> bzw. landesunmittelbaren und bundesunmittelbaren Krankenkassen wird in den Fußnoten auf die entsprechenden, zum Teil aber auch abweichenden landesgesetzlichen Regelungen verwiesen.

Die Untersuchung beginnt mit dem inneren und äußeren organisatorischen Aufbau gesetzlicher Krankenkassen. Eine Verdeutlichung dessen ist nicht nur aufgrund der in § 171a SGB V normierten Adressatenstellung gesetzlicher Krankenkassen erforderlich, sondern auch für das Verständnis der Auswirkungen von Vereinigungen gesetzlicher Krankenkassen sinnvoll. Die Darstellung umfasst dabei neben den Organisationsvorgaben des Sozialrechts auch solche

---

36 Als *bundesunmittelbare* Krankenkassen werden diejenigen Krankenkassen bezeichnet, deren Zuständigkeitsbereich sich entweder über mehr als drei Bundesländer erstreckt oder deren Zuständigkeitsbereich sich zwar über mehr als ein jedoch nicht mehr als drei Bundesländer erstreckt aber ein aufsichtsführendes Land von den beteiligten Bundesländern nicht bestimmt worden ist, vgl. § 90 Abs. 3 i. V. m. Abs. 1 und Abs. 2 SGB IV. Alle hiervon nicht erfassten Krankenkassen bilden *landesunmittelbare* Krankenkassen.

37 Siehe Fn. 36.

benachbarter Rechtsgebiete, die innerhalb der Analyse in den Blickpunkt der Betrachtungen gestellt werden.

Daran schließt sich die Auseinandersetzung mit den weiteren Tatbestandsmerkmalen kassenartenübergreifender Vereinigungen nach § 171a SGB V an. Einen Schwerpunkt bilden hierbei die Fragen, in wessen Zuständigkeitsbereich eine Fusion nach § 171a SGB V fällt und welcher Prüfungsumfang den Aufsichtsbehörden zusteht. Zudem erfolgt eine Auseinandersetzung mit der wettbewerbsrechtlichen Problematik, ob kassenartenübergreifende Vereinigungen zur Verhinderung von Marktmacht vereinigter Kassen der Fusionskontrolle unterliegen.

Innerhalb der Rechtsfolgen kassenartenübergreifender Vereinigungen soll zunächst das Verhältnis der Betriebsübergangsregelung § 613a BGB zu § 171a SGB V beleuchtet werden. Die Erkenntnis dessen bildet den Grundstein aller Betrachtungen im Rahmen der Untersuchung der Rechtsfolgen kassenartenübergreifender Vereinigungen. Daran anschließend werden die Auswirkungen kassenartenübergreifender Vereinigungen für die einzelnen Kassenarten und die hieraus folgenden haftungsrechtlichen Folgen dargestellt.

Sodann erfahren die Auswirkungen auf die sozialrechtliche Organisation gesetzlicher Krankenkassen, d. h. auf deren Organe wie Vorstand und Verwaltungsrat, sowie die Auswirkungen auf die Organe der Arbeitnehmervertretungen nach dem Personalvertretungsrecht<sup>38</sup> und sonstige in gesetzlichen Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts zu wählende besondere Personengruppen<sup>39</sup> eine nähere Betrachtung. Hierbei wird insbesondere erörtert, ob deren Mandate mit der Vereinigung der Krankenkassen erlöschen. Zudem wird der damit korrespondierenden Fragestellung nach etwaigen Übergangs- und Restmandaten nachgegangen.

Die darauffolgende Untersuchung widmet sich den Beschäftigten. Hierbei erfahren neben der Diskussion zur Anwendbarkeit des § 613a BGB insbesondere die auf das Arbeitsverhältnis einwirkenden Tarifverträge und Dienstvereinbarungen eine vertiefte Betrachtung. Wenn auch im Hinblick auf das Tarifvertragsrecht vielfach auf die allgemeinen Grundsätze zurückgegriffen werden kann, so hatte sich das Bundesverwaltungsgericht mit der Frage der Fortgeltung von

---

38 Das sind der Personalrat der örtlichen Ebene, der Gesamtpersonal, die Stufenvertretungen Bezirks- und Hauptpersonalrat sowie die Auszubildendenvertretung.

39 Gemeint sind die Schwerbehindertenvertretung, § 94 SGB IX, die Gleichstellungsbefragte, vgl. u. a. § 16 Bundesgleichstellungsgesetz (BGleIG), und der Beauftragte für den Datenschutz, §§ 81 Abs. 4 S. 1 SGB X, 35 SGB I i. V. m. § 4f Abs. 1 S. 1 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG).

Dienstvereinbarungen bei der Vereinigung von Krankenkassen bislang einzig im Jahr 2003 zu befassen<sup>40</sup>. Im Rahmen der Darstellung der Auswirkungen auf die Beschäftigten werden schließlich auch die Dienstordnungsangestellten beleuchtet.

Daran anknüpfend werden die Auswirkungen auf die Mitglieder und Versicherten sowie die Leistungserbringer skizziert.

Die Arbeit endet mit einer Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse, einem Gesamtfazit und dem Ausblick auf die mögliche zukünftige Entwicklung der gesetzlichen Krankenkassenlandschaft. Führt die kassenartenübergreifende Vereinigungsmöglichkeit zum Wegfall der verschiedenen Kassenarten? Werden die bestehenden Krankenkassen durch eine Einheitskasse abgelöst?

---

40 Vgl. *BVerwG*, Beschl. v. 25.6.2003 – 6 P 1/03, *ZTR* 2003, 527ff.