



**BKK Dachverband e.V.**

Mauerstraße 85  
10117 Berlin

TEL (030) 2700406-200

FAX (030) 2700406-222

politik@bkk-dv.de

www.bkk-dachverband.de

---

Stellungnahme  
des BKK Dachverbandes e.V.

---

vom 18. April 2019

zum

Referentenentwurf eines Gesetzes für eine faire Kas-  
senwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung  
(Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG)

---

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Referentenentwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG)

## Inhalt

<b>I.</b>	<b>Vorbemerkung .....</b>	<b>3</b>
<b>II.</b>	<b>Kommentierung im Detail .....</b>	<b>5</b>
<b>a)</b>	<b>Reform des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches .....</b>	<b>5</b>
	1. Streichung des Kriteriums der Erwerbsminderung .....	5
	2. Einführung eines differenzierten Vollmodells in Verbindung mit einer „Manipulationsbremse“ .....	6
	3. Einführung von Altersinteraktionstermen .....	8
	4. Einführung einer Regionalkomponente .....	9
	5. Einführung eines Risikopools .....	10
	6. Streichung der DMP-Programmkostenpauschale .....	11
	7. Versichertenindividuelle Berücksichtigung von Arzneimittelrabatten .....	12
	8. Einführung einer Vorsorgepauschale .....	13
	9. Regelmäßige Evaluation .....	14
	10. Maßnahmen zur Reduktion der Manipulationsanfälligkeit .....	15
<b>b)</b>	<b>Reform des Organisationsrechtes .....</b>	<b>20</b>
	1. Angleichung wettbewerblicher Rahmenbedingungen .....	20
	2. Neuregelung des Haftungsmanagements .....	23
	3. Neuorganisation der Gremien des GKV-Spitzenverbandes .....	28
	4. Errichtung und Ausdehnung von Betriebskrankenkassen .....	30
<b>III.</b>	<b>Weiterer Änderungsbedarf .....</b>	<b>37</b>
	1. Begrenzung des Einkommensausgleichs beim Zusatzbeitragssatz zumindest auf den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz .....	37
	2. Erhöhung der Transparenz über die Finanzsituation der gesetzlichen Krankenkassen .....	38

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Referentenentwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG)

## **I. Vorbemerkung**

Die Betriebskrankenkassen begrüßen das mit dem Referentenentwurf adressierte Ziel einer stärkeren wettbewerblichen Ausrichtung der gesetzlichen Krankversicherung. Notwendige Bedingung eines fairen Wettbewerbs um die beste Versorgung ist dabei ein einheitliches Aufsichtshandeln zur Auslegung für alle Krankenkassen gleichlautend bestehender rechtlicher Rahmenbedingungen. Gerade angesichts enger wettbewerblicher Spielräume führt ein nicht einheitliches Aufsichtshandeln zu enormen Wettbewerbsverzerrungen. Dies gerade auch vor dem Hintergrund, dass auch die geöffneten, unter Bundesaufsicht stehenden Betriebskrankenkassen Versorgung gestalten, die ihren Versicherten in den Regionen und konkret vor Ort zu Gute kommt. Beleg hierfür sind nicht zuletzt mehrere tausend Versorgungsverträge, die das BVA inzwischen zur Prüfung vorgelegt bekommen hat. Das Bewerten innovativer Versorgungsansätze mit unterschiedlichem Maß benachteiligt folglich die Versicherten und die Kassen im Wettbewerb um die beste Versorgung.

Die Betriebskrankenkassen begrüßen es ausdrücklich, dass mit dem vorliegenden Referentenentwurf die bereits im Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD verankerte Reform des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) umgesetzt wird. Die Betriebskrankenkassen hatten in den letzten Jahren wiederholt hervorgehoben, zu welchen Verwerfungen im Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen die derzeitige Ausgestaltung des Morbi-RSA führt und daher auf eine schnelle Reform im Sinne der Herstellung fairer Wettbewerbsbedingungen und einer geringeren Manipulationsanfälligkeit gedrängt.

Vor diesem Hintergrund sehen die Betriebskrankenkassen das nun vorliegende Reformpaket als ein gelungenes Gesamtpaket an, das durchaus geeignet ist, die bestehenden Wettbewerbsverzerrungen zu verringern, Risikoselektion zu vermeiden und die Zielgenauigkeit der RSA-Zuweisungen zu verbessern. Für die Betriebskrankenkassen ist es in diesem Sinne aber auch wesentlich, dass das Reformpaket in der nun vorliegenden Form erhalten bleibt und nicht einzelne Maßnahmen im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens aus dem Paket herausgelöst werden. So kann etwa die Einführung eines Vollmodells nur Sinn machen, wenn der Morbi-RSA kaum noch Manipulationsanreize bietet und zugleich eine einheitliche Aufsicht etabliert wird. Elementar ist auch, dass nicht mehr benötigte und zudem verzerrend wirkende Hilfsparameter, wie die gesonderte Berücksichtigung der Gruppe der Erwerbsminderungsrentner oder der Teilnahme an einem Disease-Management-Programm (DMP) bereinigt wird. Auch von einer Krankenkasse allenfalls sehr begrenzt oder gar nicht beeinflussbare Parameter, wie ihr regionaler Tätigkeitsschwerpunkt und die dort bestehenden Versorgungsstrukturen, werden durch die Einführung eines Vollmodells nicht aufgegriffen. Ihnen muss daher gesondert Rechnung getragen werden. Selbiges gilt für den Ausgleich besonders teurer Leistungsfälle über einen Risikopool, zumal hier mit den neuen hochpreisigen Arzneimitteltherapien große Herausforderungen auf die Krankenkassen und ein Spagat zwischen bestmöglicher Versorgung und Finanzierbarkeit zukommen.

Für die Betriebskrankenkassen wesentlich ist zudem, dass der vorliegende Referentenentwurf verschiedene Maßnahmen vorsieht, um die bestehende Manipulationsanfälligkeit des Morbi-RSA zu reduzieren. Insbeson-

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Referentenentwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG)

dere vor dem Hintergrund der Einführung eines Vollmodells sehen die Betriebskrankenkassen diese Maßnahmen auch als dringend erforderlich an. Bereits mehrfach musste die Politik eingreifen, um Praktiken, die das Zuweisungsvolumen über den Morbi-RSA zwar erhöhten, nicht jedoch zu einer verbesserten Versorgung beitragen, zu unterbinden. Beispielhaft sei hier die erst kürzlich gesetzlich verankerte Bereinigung der Versichertenbestände um Karteileichen aus der obligatorischen Anschlussversicherung genannt.

Vehement lehnen die Betriebskrankenkassen die vorgesehenen Regelungen zum Umbau des Verwaltungsrats des GKV Spitzenverbands ab. Die soziale Selbstverwaltung ist eine maßgebliche Säule einer subsidiären und solidarischen Gesellschaftsordnung. Sie ist Grundlage der sozialen Marktwirtschaft, damit Grundlage von sozialem Frieden in der Bundesrepublik Deutschland. Der Interessensausgleich zwischen Arbeitgebern und Versicherten ermöglicht es, Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung und ein reichhaltiges Leistungsgeschehen zum Wohle von über 70 Millionen gesetzlich Krankenversicherten zu gewährleisten. Zudem kann der Umbau des Verwaltungsrats des GKV Spitzenverbands erheblichen Einfluss auf die demokratische Legitimation der Richtlinienkompetenz des GKV Spitzenverbands sowie des Gemeinsamen Bundesausschuss haben. Dies würde die gemeinsame Selbstverwaltung untergraben, die trotz zum Teil berechtigter Kritik ebenfalls einen wichtigen Interessensausgleich der handelnden Akteure sicherstellt. Grundlinie muss auch in Zukunft bleiben, dass der Staat den ordnungspolitischen Rahmen bestimmt, den die soziale und gemeinsame Selbstverwaltung konkretisiert und umsetzt.

## **II. Kommentierung im Detail**

### **a) Reform des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches**

#### **1. Streichung des Kriteriums der Erwerbsminderung**

**Zu**

- **Artikel 4 Nr. 19**, § 266 SGB V und
- **Artikel 5 Nr. 2**, § 2f RSAV

Die Betriebskrankenkassen begrüßen die Abschaffung der Sonderzuschläge für Versicherte mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente ausdrücklich, da es sich hierbei – insbesondere bei gleichzeitiger Einführung eines Vollmodells – um einen Ausgleichsbestandteil handelt, dessen Beibehaltung aus mehreren Gründen nicht sachgerecht wäre:

#### **Es bestehen hohe Über- und Unterdeckungen in der Gruppe der Erwerbsgeminderten**

In der Begründung des Referentenentwurfes wird zutreffend festgestellt, dass der Wissenschaftliche Beirat die gesonderte Berücksichtigung von erwerbsgeminderten Personen kritisch hinterfragt und erhebliche Verwerfungen in der Zuweisungsgenauigkeit festgestellt hat. So kommt es trotz der schon enthaltenen Altersdifferenzierungen in den Erwerbsminderungs-Gruppen (EMG) zu Über- und Unterdeckungen: Während junge Erwerbsgeminderte systematisch unterdeckt sind (Anteil ca. ein Drittel), ist bei der Gruppe der Erwerbsminderungsrentnerinnen und -rentnern ohne chronische Erkrankung eine deutliche Überdeckung zu beobachten (Anteil ca. zwei Drittel).

#### **Es findet keine Risikoselektion gegen einzelne Personenkreise statt**

Es wird häufig angeführt, dass die Herausnahme der Erwerbsminderungsrente als weiteres Differenzierungsmerkmal zu Risikoselektion gegen Erwerbsminderungsrentnerinnen und –rentner führen würde. Dies ist nicht richtig: Der Erwerbsminderungsstatus als einziges sozioökonomisches Merkmal im RSA wurde als Hilfsvariable bei der Einführung des RSA genutzt, da im ersten Modell direkte Morbiditätsinformationen fehlten. Im heutigen Morbi-RSA mit direktem Morbiditätsbezug ist das Merkmal hingegen überflüssig, da – insbesondere bei Einführung eines Vollmodells - ohnehin bereits die Erkrankungen qua Diagnose und damit über die RSA-Zuweisungen direkt berücksichtigt werden, die zur Erwerbsminderung geführt haben. Bliebe das EMG-Merkmal erhalten, verstärkt sich vielmehr der Anreiz zur Risikoselektion gegen jüngere, finanziell unterdeckte Erwerbsgeminderte (s.o.).

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Referentenentwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG)

Hinzu kommt, dass einige Personengruppen, wie Nichterwerbstätige, Freiberufler und Selbständige, das Kriterium Erwerbsminderungsrente per se nicht erfüllen können, auch wenn ihre Erkrankung einen identischen Schweregrad erreicht. Durch die gesetzliche Neuregelung wird hingegen eine Gleichbehandlung dieser Personengruppen ermöglicht und damit einer Risikoselektion gegen diesen Personenkreis entgegengewirkt.

### **Kein Entzug von Morbidität**

Es wird teilweise behauptet, dass durch die Streichung des Kriteriums dem Morbi-RSA dringend benötigte Mittel für die Versorgung der Betroffenen entzogen würden. Dies entspricht nicht den Tatsachen – im Gegenteil: Letztlich führt die Herausnahme der Erwerbsminderungsgruppen (EMG) zu einer Stärkung der Morbiditätsorientierung, da in der Folge gerade die Zuweisungen für jene Krankheiten, die dem Erwerbsminderungsrentenbezug zu Grunde liegen, aufgewertet werden. Diese Aufwertung erfahren nunmehr alle Versicherten dieser Morbiditätsgruppe unabhängig davon, ob ein Erwerbsminderungsrentenbezug vorliegt.

Die vorgeschlagene Streichung des Kriteriums der Erwerbsminderung ist daher eine richtige Schlussfolgerung, die aus den genannten Gründen ausdrücklich befürwortet wird. Im Rahmen des vorliegenden Referentenentwurfes gilt dies umso mehr, da über die angestrebten Maßnahmen ein erheblich höherer direkter Morbiditätsbezug im RSA vorangetrieben wird. So handelt es sich aus Sicht der Betriebskrankenkassen bei der Streichung der EMG auch um eine logische und unverzichtbare Voraussetzung für die Einführung eines Vollmodells im Morbi-RSA.

## **2. Einführung eines differenzierten Vollmodells in Verbindung mit einer „Manipulationsbremse“**

### **Zu**

- **Artikel 4 Nr. 19**, § 266 SGB V und
- **Artikel 5 Nr. 12**, § 31 RSAV

### **In Verbindung mit**

- **Artikel 4 Nr. 19**, § 266 Abs. 8 SGB V
- **Artikel 5 Nr. 23**, § 41 RSAV

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Referentenentwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG)

Der vorliegende Referentenentwurf zum GKV-FKG sieht die Streichung jener Passagen aus dem SGB V und der Risikostrukturausgleichs-Verordnung (RSAV) vor, die den RSA seit 2009 auf 50 bis 80 jährlich neu auszuwählende, besonders kostenintensive und schwerwiegende, chronische Krankheiten begrenzt haben. Künftig soll stattdessen das gesamte Krankheitsspektrum berücksichtigt werden. Die Betriebskrankenkassen sehen diese Ausweitung insbesondere vor dem Hintergrund der damit auch erweiterten Manipulationsanreize kritisch.

Da das Altverfahren bereits die Krankheiten mit der größten Kostenrelevanz erfasst hat, ist der Zugewinn bei der Prognosegüte vergleichsweise gering. Auf der anderen Seite steigt die Komplexität des Verfahrens jedoch erheblich. Ein Vollmodell wird die Zahl der zu berücksichtigenden Krankheiten mehr als vervierfachen. Zwar entfällt der Aufwand, der bislang – durch die ja längst nicht mehr jährlich erfolgende – Krankheitsauswahl entstand. Im Gegenzug gestaltet sich die Erarbeitung des neuen Klassifikationsmodells und dessen jährliche Weiterentwicklung und Pflege jedoch um einiges komplexer.

Mit der Zahl der RSA-relevanten Krankheiten und Diagnosen vervielfachen sich auch die Ansatzpunkte für die strategische Beeinflussung der Diagnosedokumentation durch die Ärzte und der Datenmeldungen. Dass bereits der aktuelle RSA auf Basis von 80 Krankheiten entsprechende Anreize setzt und es in der Folge auch tatsächlich zu Beeinflussungen der Höhe der Zuweisungen durch verschiedene Akteure kam, die sowohl den Gesetzgeber als auch die Aufsichtsbehörden zur Intervention zwangen, haben die vergangenen Jahre gezeigt. Aus diesem Grund kommt den Maßnahmen des GKV-FKG zur Reduktion der Manipulationsanfälligkeit des RSA bei Einführung eines Vollmodells und einheitlichem Aufsichtshandeln eine unverzichtbare Bedeutung zu.

Dies gilt insbesondere für die Einführung einer „Manipulationsbremse“. Die Betriebskrankenkassen begrüßen sehr den Ansatz, steigende Prävalenzen RSA-relevanter Diagnosen als starken Hinweis auf eine Beeinflussung der Diagnosedokumentation ernst zu nehmen. Allerdings wirft die Ausgestaltung der „Manipulationsbremse“ im Detail noch eine Reihe von Fragen auf. So wären, wie bereits im Referentenentwurf ausgeführt, (regionale) Sondereffekte, wie sie nach Infektionswellen entstehen können, auszunehmen. Ein Lösungsansatz ist die im Entwurf vorgesehene Einführung einer Veto-Möglichkeit durch eine neutrale Instanz. Welche Institution dies Aufgaben sinnvollerweise übernehmen sollte, wäre zu prüfen. Sie müsste neutral, kompetent und dursetzungsfähig sein. Eine einheitliche Umsetzungspraxis für alle Krankenkassen wäre zwingend erforderlich.

Trotz der enormen Ausweitung der zu berücksichtigenden versichertenbezogenen Morbiditätsinformationen in einem Vollmodell haben die Analysen des Wissenschaftlichen Beirats ergeben, dass auch ein Vollmodell regionale Ausgaben- bzw. Deckungsbeitragsunterschiede nicht hinreichend eliminieren wird. Mit einem Vollmodell allein sind daher die derzeit im RSA verbliebenen Anreize zur (regionalen) Risikoselektion und die damit verbundenen (regionalen) Verwerfungen im Kassenwettbewerb nicht zu beheben. Ähnliches gilt für die Problematik teurer Leistungsfälle: Ein Vollmodell kann einen Risikopool nicht ersetzen. Durch die

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Referentenentwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG)

Einführung eines Vollmodells verlieren zudem Morbiditätssurrogate, wie die Zuschlagsgruppen für Bezieher von Erwerbsminderungsrenten oder die nicht versorgungsneutrale Förderung spezifischer Versorgungsformen, wie z.B. besonderen Behandlungsprogramme (DMP), völlig ihre Berechtigung. Ein Vollmodell kann daher für die Betriebskrankenkassen allenfalls nur ein Teil und nur mit den anderen genannten Komponenten zusammen Gegenstand eines Paketes zur Reform des Morbi-RSA sein.

Problematisch an der Einführung eines Vollmodells zum jetzigen Zeitpunkt erscheint darüber hinaus, dass die Ausgestaltung des konkreten Versichertenklassifikationsmodells noch unzählige Freiheitsgrade einschließt. Wechselwirkungen mit anderen Reformkomponenten sind daher zum jetzigen Zeitpunkt im Detail nicht zu beurteilen. Der Ausgestaltung des Versichertenklassifikationsmodells für das mehr als vervierfachte Krankheitsspektrum kommt daher entscheidende Bedeutung zu. Um die Planungssicherheit für die Krankenkassen zu gewährleisten, sollte das Bundesversicherungsamt (ggf. im Zusammenspiel mit dem GKV-Spitzenverband) verpflichtet werden, frühzeitig für Transparenz zu sorgen und z.B. Finanzeffekte aber auch Zuordnungs- und Klassifikationstabellen für die entstehende Versichertenklassifikation frühzeitig bereitzustellen, wie etwa bei der Einführung der Annualisierung der Leistungsausgaben Verstorbener. Der drastisch erhöhten Komplexität eines Vollmodells ist bei der Durchführung des Stellungnahmeverfahrens für das Ausgleichsjahr 2021 zudem durch deutlich verlängerte Stellungnahmefristen Rechnung zu tragen. Ebenso sollte das bisherige Vorschlagsverfahren zum Klassifikationsmodell wieder aufgegriffen und verbindlich geregelt werden.

### **3. Einführung von Altersinteraktionstermen**

**Zu**

- **Artikel 4 Nr. 19, § 266 Abs. 2 SGB V**

Die Betriebskrankenkassen stehen der Berücksichtigung von Altersinteraktionstermen grundsätzlich positiv gegenüber. Sie bieten die Möglichkeit, das Versorgungsgeschehen besser abzubilden und bestehende Fehldeckungen im bisherigen Modell auszugleichen. Dies gilt besonders für die systematische Überdeckung von multimorbiden Versicherten im höheren Alter, die durch das Kennzahlenbooklet des GKV-Spitzenverbandes und das Sondergutachten 2017 des Wissenschaftlichen Beirats belegt sind.

Entscheidend kommt es dabei allerdings auf die konkrete Ausgestaltung an. Pauschale Lösungen über das gesamte HMG-Spektrum, wie vom Wissenschaftlichen Beirat in einer ersten Analyse im Rahmen des Sondergutachtens 2017 durchgeführt, erscheinen zum derzeitigen Kenntnisstand angesichts des Mehraufwandes wenig zielführend.



Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Referentenentwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG)

Erste Umsetzungsschritte zu Altersinteraktionstermen erfolgen nach Aufforderung des Bundesversicherungsamtes durch das Bundesministerium für Gesundheit bereits auf Grundlage des bestehenden Rechts für das Versichertenklassifikationsmodell im Ausgleichsjahr 2020. Die bereits erfolgte Eröffnung eines Vorschlagsverfahrens hierzu durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen wird ausdrücklich begrüßt.

#### **4. Einführung einer Regionalkomponente**

**Zu**

- **Artikel 4 Nr. 19**, §266 Abs. 2 SGB V;
- **Artikel 4 Nr. 19**, §266 Abs. 8 SGB V;
- **Artikel 5 Nr. 2**, §2 RSAV und
- **Artikel 5 Nr. 12**, §31 RSAV.

Regionale Deckungsbeitragsunterschiede im RSA sind ein komplexes Problem, das zu Verzerrungen im Wettbewerb zwischen Krankenkassen mit unterschiedlichen regionalen Schwerpunkten führt. Die Betriebskrankenkassen begrüßen, dass sich der Referentenentwurf zum GKV-FKG dieser Problematik annimmt und zur Minderung der angesprochenen Verwerfungen eine regionale Differenzierung der RSA-Zuweisungen vorsieht.

Die recht klare Tendenz des Entwurfs zu einem „Direktmodell unter Ausschluss angebotsseitiger Variablen“ erscheint unter Berücksichtigung von Kritik zur mutmaßlich drohenden Verfestigung von Versorgungsstrukturen sowie Tendenzen eines regionalen IST-Kosten-Ausgleichens auf den ersten Blick nachvollziehbar und wäre ein sinnvoller Einstieg in eine Regionalkomponente. Nach Aussage des Sondergutachtens des Wissenschaftlichen Beirats würden die regionalen Deckungsbeitragsunterschiede mit diesem Modell jedoch nicht hinreichend reduziert, sodass (zu große) Anreize zur regionalen Risikoselektion und (zu große) regionale Wettbewerbsverzerrungen verbleiben. Die Gutachter selbst schlagen deshalb eine zweite Ausgleichsstufe vor, die unmittelbar an den verbleibenden regionalen Deckungsbeitragsunterschieden ansetzt.

Möchte man zunächst auf diese zweite Ausgleichsstufe verzichten, wäre aus Sicht der Betriebskrankenkassen bei der weiteren Ausgestaltung zu prüfen, welche Variablen am besten in der Lage sind, die regionalen Deckungsbeitragsunterschiede zu identifizieren. Das Sondergutachten des Wissenschaftlichen Beirats legt

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Referentenentwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG)

den Einbezug angebotsseitiger Variablen zumindest nahe. Dies belegen die statistischen Kennzahlen.<sup>1</sup> Das Argument der Strukturverfestigung ist ohne nähere Untersuchung und Belege grundsätzlich nicht nachvollziehbar, da ein vollständiger regionaler Ausgabenausgleich unterbleibt und auch andere, nicht angebotsseitige Variablen einfließen. Hinzukommt, dass die Krankenkassen keinen Einfluss auf die regionalen Angebotsstrukturen haben. Sie sollten deshalb auch nicht wirtschaftlich (voll) dafür verantwortlich gemacht werden.

In jedem Fall sollten die in einem Direktmodell verwendeten Variablen nicht festgeschrieben, sondern regelmäßig, zu Beginn jährlich, wissenschaftlich überprüft werden, wie dies auch der Wissenschaftliche Beirat empfiehlt. Dies gilt umso mehr, als die zeitliche Stabilität der Variablenauswahl noch nicht überprüft werden konnte.

## 5. Einführung eines Risikopools

Zu

- **Artikel 4 Nr. 19**, §266 SGB V;
- **Artikel 4 Nr. 20**, §268 SGB V;
- **Artikel 5 Nr. 11**, §30 RSAV;
- **Artikel 5 Nr. 18**, §37a RSAV und
- **Artikel 5 Nr. 2**, §41 RSAV.

---

<sup>1</sup> Ein Direktmodell *mit* angebotsseitigen Variablen reduziert das regionale  $MAPE_{abs}$  gegenüber dem Status Quo um 36,6 Prozent und das regionale  $MAPE_{gew}$  sogar um 52,2 Prozent. Ein Direktmodell *ohne* angebotsseitige Variablen erreicht dagegen nur einen Rückgang des regionalen  $MAPE_{abs}$  um 31,7 Prozent und des regionalen  $MAPE_{gew}$  nur um 44,7 Prozent. Die regionale Ausgabenvariation wird von einem Modell *mit* angebotsseitigen Variablen zu 73,7 Prozent erklärt, von einem Modell *ohne* diese Variablen nur zu 71,3 Prozent.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Referentenentwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG)

Die Betriebskrankenkassen begrüßen ausdrücklich die Einführung eines Risikopools in der vorgesehenen Ausgestaltung. Die entscheidenden Parameter sind: Eine Durchführung vor Berechnung der RSA-Zuweisungen, einen Schwellenwert von 100.000 Euro zu Beginn des Verfahrens 2021 sowie eine Ausgleichsquote von 80 Prozent. Dieser sollte aus Sicht der Betriebskrankenkassen in der Folge allerdings nicht entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV (d.h. nach der Entwicklung des Durchschnittsentgelts der gesetzlichen Rentenversicherung), sondern proportional zur Ausgabenentwicklung der GKV dynamisiert werden.

Finanzielle Belastungen für einzelne Krankenkassen, die sich aus Hochkostenfällen ergeben, können so wirksam gemindert werden. Das von Kritikern suggerierte Bild, durch einen partiellen Ausgabenausgleich bestände für Kassen kein Anreiz mehr für einen verantwortungsbewussten Umgang mit Geldern der Solidargemeinschaft, trifft nicht zu: Da nur ein Teil der Mehrkosten über dem Schwellenwert erstattet wird, bleiben ausreichende Wirtschaftlichkeitsanreize erhalten.

Insbesondere der Problematik künftig vermehrt zu erwartender, neuer hochpreisiger (Arzneimittel-) Therapien, die zu einer Genesung oder langjährigen Verzögerung der Krankheit führen und somit in dem prospektiv angelegten Modell keine für RSA-Zuweisungen relevanten Folgekosten verursachen, kann so Rechnung getragen werden. Die Einführung eines Vollmodells allein vermag dies nicht. Aus Sicht der Betriebskrankenkassen sind die geringfügigen Zusatzaufwände durch die regelmäßige Meldung und Prüfung der Morbiditätsdaten durch die deutliche Erhöhung der Zielgenauigkeit gerechtfertigt. Zudem liegt heute eine deutlich bessere Datenlage vor, als bei der Administration des ehemaligen Risikopools. Auch dies wird den bürokratischen Aufwand verringern.

## **6. Streichung der DMP-Programmkostenpauschale**

**Zu**

- **Artikel 4 Nr. 22**, § 270 SGB V und
- **Artikel 5 Nr. 2**, § 2f RSAV.

Die Betriebskrankenkassen begrüßen ausdrücklich die Aufhebung der Sonderzuweisungen für Versicherte, die in Disease-Management-Programme eingeschrieben sind. Zugleich wird so die Bevorzugung dieser Versorgungsformen beendet. Ebenso - wie bei der Streichung der Sondergruppe der Erwerbsminderungsrentner - kann durch die Herausnahme der DMP-Zuweisungen eine höhere Zielgenauigkeit auf Krankenkassenebene erreicht werden.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Referentenentwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG)

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass die bis dato gesetzten ökonomischen Anreize für die Einschreibung von Patientinnen und Patienten auf die Versorgungswirklichkeit per se keinen Grund für eine Beibehaltung der Pauschalen darstellen. Für die Krankenkassen besteht neben dem Anreiz, ihren Versicherten eine möglichst gute Versorgung zu eröffnen, ein ökonomischer Anreiz alleine aus der Berücksichtigung der betreffenden chronischen Erkrankungen im Morbi-RSA verbunden mit einer lückenlosen Kodierung sowie einer – wegen der Behandlungserfolge – günstigeren Kostenstruktur verglichen mit nichteingeschriebenen Versicherten.

## **7. Versichertenindividuelle Berücksichtigung von Arzneimittelrabatten**

**Zu**

- **Artikel 5 Nr. 11, §30 RSAV**

Im Status quo werden den Krankenkassen Mittel zugewiesen, die sich an den erwarteten prospektiven Ausgaben orientieren. Diese Ausgaben werden versichertenbezogen ermittelt (Satzart 700) und in den Berechnungen der Kostengewichte berücksichtigt. Andere Ausgabenbestandteile, die nicht versichertenbezogen gebucht werden, fließen über Pauschalansätze, die sich aus den Buchungssalden in den Jahresrechnungen ablesen lassen, ein. Unter diesen pauschal gebuchten Werten befinden sich auch die von den jeweiligen Krankenkassen erhaltenen Arzneimittelrabatte.

Um diese Rabatte bei den Berechnungen der Zuweisungshöhe zu berücksichtigen, werden die von den Kassen gemeldeten Arzneimittelausgaben der Satzart 700 (SA700) um die Arzneimittelrabatte vermindert und anschließend durch die Arzneimittelausgaben der SA700 dividiert. Der Quotient bildet somit den Anpassungsfaktor, um den die gemeldeten versichertenbezogenen Arzneimittelausgaben zu reduzieren sind, um den Nettoarzneimittelgesamtausgaben zu entsprechen.

Dieses bisherige Vorgehen bildet die Realität allerdings falsch ab und führt zu verzerrten Zuweisungen im RSA. Das Rabattpotential hängt nicht von der Kasse als Ganzes, sondern vom Krankheitsbild des einzelnen Versicherten ab. In der Folge wird für Krankheiten mit hohem Rabattpotential, also hohem Generikaanteil, zu viel Geld zugewiesen, während bei Krankheiten mit speziellem Versorgungsbedarf bzw. mit geringem Rabattpotential die Ausgaben der Krankenkasse nicht gedeckt sind. Krankenkassen, die viele Versicherte mit Krankheiten mit hohem Rabattpotential aufweisen sind entsprechend durch dieses Vorgehen bevorteilt.

Die Betriebskrankenkassen begrüßen daher die versichertenbezogene Berücksichtigung von Arzneimittelrabatten ausdrücklich. Aus Sicht der Betriebskrankenkassen sollten sowohl gesetzliche, als auch vertragliche

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Referentenentwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG)

Rabatte bei der versichertenbezogenen Zuordnung berücksichtigt werden. Sinnvoll wäre eine Übermittlung der Netto-Ausgaben, um die vergaberechtlich erforderlichen vertraglichen Geheimhaltungspflichten zu gewährleisten.

Insgesamt ist es notwendig, die von einer Krankenkasse vereinnahmten Rabatte mit der in der SA700 übermittelten Angaben zu überprüfen und gegebenenfalls Korrekturmaßnahmen zu implementieren.

## **8. Einführung einer Vorsorgepauschale**

**Zu**

- **Artikel 4 Nr. 22, § 270 SGB V** und
- **Artikel 5 Nr. 19, § 38 RSAV.**

Gegenwärtig werden RSA-Zuweisungen auf Basis des Gesundheitszustandes des Vorjahres bemessen und mit den durchschnittlichen Folgekosten bewertet. Den Ausführungen des Bundesversicherungsamtes zufolge werden die Folgekosten einer Erkrankung bereits im hohen Maße ausgeglichen bzw. in Teilen sogar überkompensiert.

Es stellt sich daher die berechtigte Frage, welche Anreize überhaupt für Investitionen in präventive Maßnahmen bestehen, wenn die eingetretene Erkrankung ausgeglichen wird, die Investition in die Krankheitsvermeidung selbst aber nicht ausgleichsfähig ist.

Die Einführung einer Präventionspauschale, die weiterhin durch die Zuweisungen für standardisierte Leistungen und Satzungs- und Ermessensleistungen finanziert wird, wird von den Betriebskrankenkassen befürwortet, da hiermit ein Wechsel von der Krankheitsorientierung zur Gesundheitsorientierung vollzogen wird. Ein derartiger Systemwechsel wurde bereits von der Monopolkommission vorgeschlagen, auch um sinnvollen Innovationen, etwa der Nutzung von Diabetiker-Apps, Rechnung zu tragen.

Die sich an Durchschnittskosten orientierende Refinanzierung stellt, insbesondere durch die beabsichtigte Einführung von drei möglichen Präventionsstufen sicher, dass eine Fokussierung auf das günstigste Präventionsangebot unterbleibt.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Referentenentwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG)

## 9. Regelmäßige Evaluation

Zu

- **Artikel 4 Nr. 19**, §266 Abs.10 SGB V;
- **Artikel 4 Nr. 20**, § 267 SGB V und
- **Artikel 5 Nr. 12**, §31 RSAV.

Die Betriebskrankenkassen begrüßen ausdrücklich die Verankerung einer regelmäßigen Evaluation des RSA. Die Komplexität des RSA-Verfahrens hat sich seit Einführung der Diagnoseorientierung 2009 vervielfacht. Die Erfahrungen seither zeigen, dass das Versorgungsgeschehen, z.B. durch Markteinführung neuer Therapieformen, einem stetigen Wandel unterliegt und auch einige Akteure ihr strategisches Handeln den Regelungen bzw. Regelungslücken anpassen. Ebenso lässt sich am vorliegenden Entwurf zum GKV-FKG sowie dem Sondergutachten 2017 des Wissenschaftlichen Beirats ablesen, dass es auch neun Jahre nach Einführung der Diagnoseorientierung noch Bedarf zu einer besseren Abbildung der Ausgabenrisiken der Krankenkassen gibt. Beispielhaft seien die bislang nicht berücksichtigten regionalen Deckungsbeitragsunterschiede sowie die Interaktionseffekte genannt.

Im RSA entsteht so ein sich fortlaufend ändernder Anpassungsbedarf, der regelmäßig festgestellt, analysiert und in Lösungsvorschläge überführt werden muss. Dass dieser Prozess auch nach Umsetzung des GKV-FKG nicht abgeschlossen sein wird, ist offensichtlich. So stellt sich mit Blick auf die Zukunft z.B. schon heute die Frage nach der Wirkung der im vorliegenden Gesetzesentwurf angestoßenen Verfahrensreform – und dies umso mehr, als die gemeinsame Wirkung aller Einzelkomponenten vorab nicht berechnet und analysiert wurde. Auch die Wirksamkeit der vorgesehenen Maßnahmen zur Begrenzung der Manipulationsanfälligkeit muss sicherlich überprüft werden. Die Betriebskrankenkassen begrüßen die Neubesetzung des Wissenschaftlichen Beirats. Mit der neugewonnenen wissenschaftlichen Expertise verbindet sich die Hoffnung auf einen frischen und unverstellten Blick auf das RSA-Verfahren.

Unabhängig von der konkreten Besetzung führen die Aufgaben des Wissenschaftliche Beirats bislang jedoch zu einer Interessenkollision. So ist der Beirat einerseits maßgeblich an der regelmäßigen jährlichen Weiterentwicklung des RSA, insbesondere des Versichertenklassifikationsmodells, beteiligt und führt andererseits - bisher nach Auftrag, künftig regelmäßig – die Evaluation des Verfahrens durch. Er gerät damit in die Lage, in der Evaluation auch die eigene Arbeit zu bewerten.

Um diesen Konflikt zu mildern und die Transparenz der Evaluation zu erhöhen, sollte daher die vorgesehene Regelung zur regelmäßigen Evaluation des RSA auf eine breitere Basis gestellt und wie folgt ergänzt werden:

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Referentenentwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG)

- Zur Erhöhung der Transparenz sollte eine Forschungsstichprobe zugänglich gemacht werden, um zuallererst den Beiratsmitgliedern, aber unverzichtbar auch den Krankenkassen und anerkannten Forschungsinstituten eine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem RSA zu ermöglichen.
- Die Expertise der Krankenkassen sollte im Vorfeld, z.B. durch ein Vorschlagsverfahren, aber auch begleitend durchgängig in die Evaluation einbezogen werden.
- Für die Evaluation sollte der wissenschaftliche Beirat um außerordentliche Mitglieder erweitert werden.

## **10. Maßnahmen zur Reduktion der Manipulationsanfälligkeit**

### **Zu**

- **Artikel 4 Nr. 25, § 273 SGB V** und
- **Artikel 5 Nr. 25, § 43 RSAV.**

### **Allgemein**

Seit den Publikationen in der Presse des Jahres 2016 steht das Thema „Beeinflussungsmöglichkeiten im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA)“ auf der politischen Agenda. Auch das Sondergutachten des Wissenschaftlichen Beirats beim BVA zu den Wirkungen des Morbi-RSA befasste sich mit dieser Thematik, stellte aber keine konkreten Verdachtsmomente einer systematischen Manipulation bei der Kodierung ambulanter Diagnosen fest.

Dennoch waren die verschiedentlichen Maßnahmen offenkundig. Im Sinne eines fairen Morbi-RSA – und insbesondere vor dem Hintergrund der beabsichtigten Ausweitung des Krankheitsspektrum - ist eine möglichst manipulationssichere Ausgestaltung wesentlich. Anderenfalls besteht die Gefahr, dass die Krankenkassen belohnt werden, die bestehende Lücken im System ausnutzen oder die Spielräume der unterschiedlichen Aufsichtspraxis der Aufsichtsbehörden nutzen. Dies führt zu unterschiedlichen Bedingungen im Kassenwettbewerb. Erst dann, wenn einheitliche Wettbewerbsbedingungen vorliegen und Maßnahmen des Right- oder Up-Codings offengelegt und sanktioniert werden, ist eine Fokussierung auf den Wettbewerb um die beste Versorgung möglich.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Referentenentwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG)

Insofern unterstützen die Betriebskrankenkassen die im Gesetzentwurf vorgeschlagenen Maßnahmen. Zur Durchführung eines effizienten und zeitlich angemessenen Verfahrens wird insbesondere die Beweislastumkehr, die allerdings der Unschuldsvermutung entgegensteht, als sinnvoll erachtet, das Verfahren effizient auszugestalten.

Die Betriebskrankenkassen interpretieren den Entwurf zum GKV-FKG so, dass diese Maßnahmen sowohl für laufende Prüfverfahren als auch abgeschlossene Verfahren, bei denen allein aus Gründen des Beweisverfahrens keine Sanktionierung möglich war, zur Anwendung kommen. Eine mögliche Ungleichbehandlung von alten und neuen Auffälligkeiten, die möglicherweise sogar auf identischen Datenmeldungen basieren, wäre nicht sachgerecht und ist daher abzulehnen.

Die Einführung der ambulanten Kodierrichtlinien, die ebenfalls zur Reduktion der Manipulationsanfälligkeit des Morbi-RSA beitragen kann und von den Betriebskrankenkassen ausdrücklich begrüßt wird, war bereits Gegenstand des Terminservice- und Versorgungsgesetzes. Einheitliche, verbindliche Regelungen zur Kodierung der Diagnosen und Prozeduren sind ein wichtiges Instrument für eine valide Messung der Morbidität im Morbi-RSA. Damit diese verpflichtenden Rahmenbedingungen auch in der Praxis gelebt und schlussendlich umgesetzt werden, sollen die neuen Regeln in den Praxisverwaltungssystemen einheitlich implementiert und als Prüfmaßstab für die Abrechnungsprüfung nach §106d SGB V eingesetzt werden. Hierzu möchten wir alternativ den MDK als neutrale Instanz zur Überwachung der Kodierrichtlinien vorschlagen. Auch bei Vorliegen eines verbindlichen Regelwerks gibt es zumeist Interpretationsspielräume. Aus diesem Grunde sind praktische Umsetzungserfahrungen, aber auch ein laufender Abstimmungs- und Weiterentwicklungsprozess der Kodierrichtlinien notwendig, über welcher der MDK bereits aufgrund der Beratung und Begutachtung in der stationären Versorgung verfügt.

Die Durchführung der obligatorischen Anschlussversicherung, die zuletzt im Rahmen des Versichertenentlastungsgesetzes aufgegriffen wurde, zeigte eindrucksvoll, dass sich die Manipulationen nicht auf die ambulanten Diagnosen beschränken und vielmehr auch Versichertenzeiten oder andere Merkmale, etwa die Klassifizierung eines Auslandsversicherten oder die Wahl der Kostenerstattung, Gegenstand von Manipulationen sein können. Insofern erscheint es sinnvoll, den Umfang der zu prüfenden Daten auf alle zuweisungsrelevanten Merkmale auszuweiten.

Zur Erhöhung der Transparenz ist eine Offenlegung der schlussendlich sanktionierten Sachverhalte sinnvoll, die durch Nennung der betroffenen Kasse, der Sachverhaltsdarstellung sowie der sanktionierten Beträge für zukünftige Fälle einerseits abschreckend wirken kann, zum anderen aber auch darstellt, dass das Bundesversicherungsamt wirksam gegen Manipulationsversuche vorgeht und so das Vertrauen in die gesetzliche Krankenversicherung stärkt. Von dieser Veröffentlichung sollten die Kassen ausgenommen werden, die ohne Tätigwerden des Bundesversicherungsamtes einen Verstoß gegen die Durchführungsregelungen des RSA angezeigt haben.



Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Referentenentwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG)

Analog der regelmäßigen Evaluation des Risikostrukturausgleiches halten es die Betriebskrankenkassen für erforderlich, dass die Wirksamkeit der veränderten Prüf- und Sanktionsmechanismen nach einiger Zeit überprüft und das Verfahren ggf. angepasst wird.

### **Anpassung der „273er-Prüfung“**

Die Ausweitung der Befugnisse, die dem Bundesversicherungsamt als RSA-Durchführungsbehörde eingeräumt werden, sind zu befürworten, da diese auf eine Verkürzung der Bearbeitung und somit auf eine schnellere Sanktionierung unrechtmäßiger Fallgestaltungen abzielen. Die damit verbundene Beweislastumkehr ist aus Sicht der Betriebskrankenkassen sachgerecht.

In der Vergangenheit wurde deutlich, dass die Versichertenzeiten lediglich im Rahmen der regelmäßigen Versichertenzeitprüfung (§42 RSAV) überprüft wurden. Eine gesonderte Prüfung, analog der bereits in §273 Abs. 1 SGB V genannten Daten, findet nicht statt. Ebenso fehlt eine korrespondierende Regelung zum Abs. 5, die eine anlassbezogene Prüfung ermöglicht. Die Betriebskrankenkassen schlagen daher vor, den §273 Abs. 1 sowie §273 Abs. 5 SGB V um die Daten zu erweitern, die losgelöst von Leistungsdaten zuweisungsrelevant sein könnten.

Unabhängig von einer direkten Beeinflussung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, sind qualifiziertere Aktivitäten, etwa eine Manipulation der Kostengewichte oder der Zuweisungen für andere Krankenkassen, nicht auszuschließen. Dies gilt bei der Manipulation der Kostengewichte insbesondere für größere Krankenkassen, da deren Datenmeldung bei der Bestimmung der GKV-weiten Kostengewichte besonders zum Tragen kommen. Eine Manipulation der Morbiditätsdaten bei Kassenwechslern, wäre durch ein Löschen von zuschlagsrelevanten Diagnosen oder Arzneimitteldaten möglich. Dies wirkt zum einen nachteilig für die Krankenkasse, die den Kassenwechsler neu versichert, zum anderen aber positiv für die abgebende Kasse, da das GKV-weite Morbiditätsvolumen abgesenkt wird.

Insofern erscheint eine weitere Ausdifferenzierung des §273 SGB V sinnvoll. Demnach sind zum einen regelmäßige Überprüfungen der Datenmeldungen hinsichtlich der Vollständigkeit der gemeldeten Morbiditätsdaten und zum anderen Überprüfungen der Richtigkeit der gemeldeten Ausgaben (Satzart 700) erforderlich.

### **Streichung der Beratung von Ärzten durch Krankenkassen (§305a SGB V)**

Die Betriebskrankenkassen sehen in der vorgesehenen Herausnahme der Krankenkassen aus den zulässigen Stellen, die Vertragsärzte in erforderlichen Fällen beraten dürfen, einerseits einen substantiellen Beitrag, die durch Arztberatung irregulär erworbenen Morbiditätszuschläge, zu verringern. Andererseits nutzen die

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Referentenentwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG)

Betriebskrankenkassen die im §305a SGB V gebotene Option zur Beratung zum wirtschaftlichen Einsatz der Arzneimittelverordnungen.

Der Paragraph wurde als Steuerungsinstrument eingeführt, damit Krankenkassen bereits im Vorfeld einer Wirtschaftlichkeitsprüfung beraten könnten. Die individuelle Beratung wird unter anderem bei Prüfungen im Einzelfall (dem sogenannten sonstigen Schaden) genutzt. So werden Ärzte zunächst beraten, bevor ein Regressantrag gestellt wird. Die Informationen nach den §106ff SGB V dagegen erfolgen erst im deutlichen Zeitverzug und dann auch nur kollektiv. Ergänzend dienen die Beratungen auch dem Schutz der Patienten. Eine Information des Arztes ist zum Beispiel im Fall eines Missbrauches von Arzneimitteln oder bei dem Einsatz eines Arzneimittels außerhalb der zugelassenen Indikation sinnvoll.

Die beabsichtigte Herstellung der RSA-Manipulationssicherheit steht somit dem originären Nutzungsgedanken der Arztberatung gegenüber. In Abwägung der Vorteile aus dieser Arztberatung mit dem bisher zu beobachtenden Missbrauch der Regelung nach § 305a SGB V durch Krankenkassen, ist die Abschaffung der Wirtschaftlichkeitsberatung von Vertragsärzten durch Krankenkassen sachgerecht und nachvollziehbar. Vielmehr sollte die Rolle der Kassenärztlichen Vereinigungen im Sinne einer unabhängigen Stelle zur Beratung der Ärzte gestärkt werden.

#### **§73b Abs. 5 S. 7 SGB V, §83 S. 4 SGB V, §140a Abs. 2 S. 7 SGB V**

Die Betriebskrankenkassen begrüßen, dass die Klarstellung, dass bestimmte Diagnosen nicht als Voraussetzung für Vergütungen vorzusehen sind, erneut aufgegriffen wird.

#### **Anpassung des Verfahrens zur Korrekturbetragsermittlung**

Eine Überarbeitung der Festlegungen zur Bestimmung von Korrekturbeträgen wird begrüßt. Die Limitierung der ausschließlichen Prüfung auf die Korrekturmeldungen dient zwar der Vereinfachung des Verfahrens, lässt nun aber zu, dass Erstmeldungen mit dem Ziel vorübergehend höherer Mittelzuweisungen aus dem Gesundheitsfonds manipuliert werden. Diese werden zwar in der Korrektur des Jahresausgleiches, d.h. nach zwölf Monaten, wieder abgeschöpft. Gleichwohl könnte dann die nächste Morbiditätserhöhungsmaßnahme initiiert werden, was schlussendlich zu einer dauerhaften, aber irregulären Mittelzuweisung führen würde.

Aus Sicht der Betriebskrankenkassen ist eine Regelung erforderlich, die das Prüfverfahren sinnvoll ausgestaltet, zugleich aber mögliche Missbräuche (s. o.) einzugrenzen vermag. Die Begründung, dass derartige Verstöße in der Vergangenheit nicht festgestellt wurden, mag auch damit zusammenhängen, dass diese

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Referentenentwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG)

Aktivitäten bislang mit einem Strafzuschlag versehen waren und damit ein gewisses Abschreckungspotential aufwiesen.

### **Prüfung von Hausarzt-HMG**

Der in §267 SGB V vorgeschlagene Weiterentwicklungsvorschlag einer perspektivischen Ausdifferenzierung der Behandlungsformen wird von den Betriebskrankenkassen äußerst positiv bewertet, da insbesondere die Hausarztzentrierte Versorgung zum einen im Zentrum der Diskussion um eine besonders lukrative Versorgungsform mit Blick auf ein Up- bzw. Right-Coding steht und zum anderen argumentiert wird, dass diese Versorgungsform ihre Berechtigung durch eine umfassende, aber insgesamt kostengünstigere Behandlung erfährt und dadurch zu geringeren durchschnittlichen Krankheitskosten führt. Ein Beibehalten gleicher Zuschlagshöhen würde, bei tatsächlich geringeren Durchschnittskosten, zu einer Privilegierung dieser Versorgungsform führen.

Gleichwohl wären diese Datenmeldungen in der Prüfung der RSA-Datengrundlagen letztlich gesondert zu behandeln.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Referentenentwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG)

## **b) Reform des Organisationsrechtes**

### **1. Angleichung wettbewerblicher Rahmenbedingungen**

**Zu**

- **Artikel 4 Nr. 2, § 4a SGB V;**
- **Artikel 4 Nr.12, § 173 SGB V und**
- **Artikel 1, § 51 Abs. 3 SGG.**

#### **Vorbemerkung**

Die Setzung eines ordnungspolitischen Rahmens, der die Zielrichtung von Wettbewerb zwischen den Krankenkassen als Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit von Leistungen definiert, ist ausdrücklich zu begrüßen. In diesen Kontext setzt die Begründung des Referentenentwurfs auch die Stärkung der Wahlmöglichkeiten der Versicherten.

Die Betriebskrankenkassen befürworten die Stärkung der Wahlmöglichkeiten der Versicherten, auch um dadurch entstehenden Wettbewerbsverzerrungen zu begegnen. Der mit den Lahnsteinschen Reformen eingeschlagene und durch das GKV Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) fortgesetzte Weg wird nun konsequent weiterverfolgt. Die Erarbeitung passgenauer regional individueller Versorgungskonzepte und eine sich daraus ergebene regionale und versichertenbezogene Schwerpunktsetzung muss gleichzeitig weiterhin den Krankenkassen selbst vorbehalten bleiben. Die Betriebskrankenkassen vertreten die Auffassung, dass eine Einheitsversorgung nicht im Interesse ihrer Versicherten liegt. Einheitliches Aufsichtshandeln hingegen schon. Dies ist kein Widerspruch, wie zu Anfang der Stellungnahme dargestellt.

Die genannten ordnungspolitischen Reformen des Organisationsrechts der gesetzlichen Krankenversicherung haben jedoch bisher versäumt, Regelungen zu schaffen, die die individuelle Beratung und Begleitung von Versicherten auf Wunsch des Versicherten in allen Fragen der Versorgung und Gesunderhaltung ermöglichen. Die individuelle Beratung von Versicherten zu Fragen bestehender Leistungsansprüche, zu Versorgungsalternativen, zu Gesunderhaltung und Prävention sind aber notwendige Voraussetzungen eines Wettbewerbs um Leistungen und Qualität und damit um eine gute Versorgung der Versicherten.

Daher regen die Betriebskrankenkassen an, im Rahmen einer Reform zur Herstellung eines fairen Wettbewerbs um die beste Versorgung, die Grundlage für die Ausübung individueller Beratung zur Wahrnehmung der in § 1 SGB V fundierten Pflicht zur Beratung zu schaffen (vgl. § 284 SGB V). Nur so kann ein Wettbewerb um die beste Versorgung, ein Wettbewerb im Sinne der Versicherten gelebt werden. Und nur so kann neben den vom Gesetzgeber angeheizten Zusatzbeitragsvermeidungswettbewerb ein für die Versicherten sinnvoller Versorgungs- und Leistungswettbewerb treten. Die Versicherten - und nicht der Staat - sollte mit

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Referentenentwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG)

den Füßen (be-)abstimmen, ob sie einer kleinen, mittelgroßen oder großen Kasse die beste Versorgungsgestaltung zutrauen. Gerade die Betriebskrankenkassen beweisen konstant, dass auch kleinere Einheiten hervorragende Leistungen sowie eine innovative und patientennahe Versorgung ermöglichen. Die arbeitsteiligen Strukturen des BKK Systems wurden eigens durch das Bundesversicherungsamt als Beispiel wirtschaftlichen Handelns herausgestellt. Die Vorstellung, dass kleinere Einheiten notwendigerweise unwirtschaftlich handeln, ist widerlegt. Die Überzeugung, dass eine gute Gesundheitsversorgung auch individuellen Gesundheitsrisiken begegnen muss, steht im Widerspruch zu Vorstellungen einer Einheitsversorgung und -kasse. Auch hier zeigen die Betriebskrankenkassen selbst mit kleinsten Krankenkassen, dass dies die Möglichkeit bietet, eine besondere Versichertennähe aufzubauen und dadurch spezifischen Versorgungsbedarfen entsprechen zu können. Ohne weitergehende Gesetzesänderungen bleibt also die Zielrichtung von Wettbewerb in § 4a SGB V wirkungslos.

Zu begrüßen ist aus Sicht der Betriebskrankenkassen der Vorstoß des Gesetzgebers, die teils nicht mehr nachvollziehbare Selbstverständlichkeit, mit der Versichertengelder für reine Werbung verausgabt werden, zu unterbinden. Es ist zu Recht für Versicherte unverständlich, wieso Leistungen nach gesetzlichen Vorgaben zum Erhalt der Wirtschaftlichkeit nicht erstattet werden können, allerdings eine Fernsehwerbung ohne informativen Inhalt im Sinne unzulässiger Werbemaßnahmen zur besten Sendezeit aus ihren Beiträgen finanziert werden kann. Informationspflichten und Hinweise auf wettbewerbliche Leistungsangebote der Krankenkassen hingegen sind notwendiger Bestandteil eines funktionierenden Wettbewerbes.

### **Rechtswegzuweisung von Wettbewerbsstreitsachen zu den ordentlichen Gerichten (§ 51 Abs. 3 SGG)**

Die Neuregelung der Rechtswegzuweisung des § 51 Abs. 3 SGG i.V.m. § 4a Abs. 7 SGB V, wonach Streitigkeiten über wettbewerbsrechtliche Unterlassungsansprüche gegenüber anderen Krankenkassen vor den ordentlichen Gerichten anstatt vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit zu führen sind, ist sachgerecht. In Wettbewerbsstreitsachen sind grundsätzlich die Gerichte der Zivilgerichtsbarkeit sachlich zuständig (vgl. §§ 95 Abs. 1 Nr. 5 GVG i.V.m. § 13 UWG). Somit ist bei der Auslegung und Anwendung wettbewerbs- und verbraucher-schützender Verhaltensregeln des UWG ein Gleichlauf der Maßstäbe zu erwarten und damit eine Sicherung einheitlicher Rechtsprechung.

### **Anwendbarkeit des Rechts gegen den unlauteren Wettbewerb auf Krankenkassen, insbesondere Klageerleichterungen**

Mit der freien Kassenwahl ist ein Wettbewerb um Mitglieder entstanden, der vor allem über Werbemaßnahmen geführt wird (z.B. vergleichende Werbung über Zusatzbeitragshöhe oder telefonische Ansprache auf Wahltarife). Sachgerecht sind daher die Verweisungen in den neuen §§ 4a Abs. 2 und 7 SGB V, wonach

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Referentenentwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG)

die Kernvorschriften wettbewerbsrechtlicher Verhaltensregeln der §§ 3, 4 bis 7 sowie Anhang 3 Abs. 3 UWG auf geschäftliche Handlungen von Krankenkassen entsprechende Anwendung finden. Die Neuregelung ist im Sinne der Rechtsklarheit zu begrüßen, denn die Richtlinie 2005/29/EG über unlautere Geschäftspraktiken ist bereits nach höchstrichterlicher Rechtsprechung auf Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts anwendbar. Die mit § 4a Abs. 2 SGB V angeordnete entsprechende Anwendbarkeit der EU-rechtskonform auszulegenden UWG-Vorschriften (z.B. Verbot der irreführenden Werbung oder unzumutbaren Belästigung) auch bei Krankenkassen ist daher nur konsequent.

Hingegen ist die Ausdehnung der Unterlassungsansprüche des UWG (§§ 12 Abs. 1 – 3 UWG sowie 13-15 UWG) mit Klageerleichterungen der Krankenkassen untereinander nur eingeschränkt als sachgerecht zu bewerten. Auf direktem Klageweg ungeachtet der Ansicht der zuständigen Aufsichtsbehörde sollen sich Krankenkassen nach der Neuregelung zügig und effektiv gegen unlautere Geschäftspraktiken anderer Krankenkassen wehren können, um Wettbewerbsverzerrungen zu verhindern. Doch gilt zugleich das Gebot der Zusammenarbeit der Krankenkassen gemäß § 4 Abs. 3 SGB V mit daraus fließenden Rücksichtnahmepflichten, die nicht aufgehoben werden dürfen. Es muss daher sichergestellt sein, dass das bewährte Zusammenarbeitsgebot der Krankenkassen, dessen Sinn und Zweck es ist, die Funktions- und Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung zu erhalten, durch die Neuregelung nicht konterkariert wird.

Allerdings widersprechen sich auch weitere im Referentenentwurf gewählte Maßnahmen diametral.

In Fällen, in denen das Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) Anwendung findet, haben ordentliche Gerichte dessen Verletzung oder Einhaltung zu überprüfen. Daher widerspricht eine exponierte Rolle des BMG fundamentalen demokratischen Prinzipien des Rechtsstaats, hier der Gewaltenteilung zwischen Judikative und Exekutive.

### **Verordnungsermächtigung zugunsten des Bundesministeriums für Gesundheit zur Konkretisierung der Zulässigkeit von Werbung**

Die Betriebskrankenkassen lehnen daher auch die neue Verordnungsermächtigung gemäß § 4a Abs. 4 Nr. 5 SGB V zugunsten des Bundesministeriums für Gesundheit ab, „das Nähere über die Zulässigkeit von Werbemaßnahmen der Krankenkassen zu regeln im Hinblick auf (...) 5. die Vermittlung privater Zusatzversicherungsverträge nach § 194 Abs. 1a SGB V“. Denn eine Vermittlungstätigkeit der Krankenkassen in den Grenzen des § 194 Abs. 1a Satz 2 SGB V ist von der Erfüllung des öffentlich-rechtlichen Versorgungsauftrags einer Krankenkasse zu unterscheiden. Im Rahmen einer genehmigten Kooperation mit Privatversicherungsunternehmen unterliegen Krankenkassen unmittelbar Wettbewerbs- und Gewerberecht. Die Vermittlungstätigkeit und das damit einhergehende Pflichtenprogramm einschließlich der gesetzlichen Information sind einheitlich im Sinne der EU-Richtlinie 2016/97 über den Versicherungsvertrieb sowie der Richtlinie

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Referentenentwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG)

2005/29/EG über unlautere Geschäftspraktiken von Unternehmen gegenüber Verbrauchern im Binnenmarkt auszulegen. Die neue Verordnungsermächtigung gemäß § 4a Abs. 4 Nr. 5 SGB V zugunsten des Bundesministeriums für Gesundheit ist daher zu streichen.

#### Änderungsvorschlag:

§ 4a Abs. 4 SGB V (Verordnungsermächtigung) wird wie folgt gefasst:

*Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Zulässigkeit von Werbemaßnahmen der Krankenkassen zu regeln im Hinblick auf*

- 1. Inhalt und Art der Werbung,*
- 2. Höchstgrenzen für Werbeausgaben einschließlich der Aufwandsentschädigungen für externe Dienstleister zu Werbezwecken,*
- 3. die Trennung der Werbung von der Erfüllung gesetzlicher Informationspflichten,*
- 4. die Beauftragung und Vergütung von Mitarbeitern, Arbeitsgemeinschaften und Dritten zu Werbezwecken*
- ~~5. die Vermittlung privater Zusatzversicherungsverträge nach § 194 Absatz 1a.~~*

*Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Ermächtigung nach Satz 1 durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates auf das Bundesversicherungsamt übertragen.*

In § 284 SGB V Absatz 1 Satz 1 wird Nummer 18 eingefügt:

*„(1) Die Krankenkassen dürfen Sozialdaten für Zwecke der Krankenversicherung nur erheben und speichern, soweit diese für (...)*

*18. die individuelle Beratung des Versicherten mit dessen Einwilligung in die zweckgebundene Verarbeitung der ihn betreffenden personenbezogenen Daten erforderlich sind.“*

## **2. Neuregelung des Haftungsmanagements**

**Zu**

- **Artikel 4 Nr. 11, § 155 SGB V;**
- **Artikel 4 Nr. 11, § 156 SGB V;**

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Referentenentwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG)

- **Artikel 4 Nr. 11, § 157 SGB V**

Im vollständig neu gefassten ersten Abschnitt des sechsten Kapitels des SGB V werden zu Beginn des dritten Titels Vereinigungen von Krankenkassen (Freiwillige Vereinigungen und Vereinigungen auf Antrag) geregelt. Die bisherige Regelung nach §§ 168a Abs. 2 i.V.m. 150 Abs. 2 SGB V ermöglichte schon die Vereinigung von Ersatz- und bundesunmittelbaren geöffneten Betriebskrankenkassen. Die Änderungen durch die vorgeschlagenen §§ 156 und 157 SGB V sind aus Sicht der Betriebskrankenkassen insoweit überflüssig, als ausreichend Vereinigungsmöglichkeiten bereits bestehen: Über § 155 SGB V werden Vereinigungen zwischen Krankenkassen auf freiwilliger Basis ermöglicht, während § 163 Abs. 2 SGB V vorsieht, dass eine Aufsichtsbehörde bei Leistungsgefährdung eine Vereinigung im Benehmen mit dem GKV-SV veranlassen kann. Weitergehender Bedarf zu kassenartinternen Vereinigungen besteht demnach nicht.

Sollte im Verlauf der Gesetzgebung weiter an den §§ 156 und 157 SGB V festgehalten werden, müsste aus Sicht der Betriebskrankenkassen im § 156 Abs. 1 zumindest geregelt werden, dass die finanziellen Vorteile aus der Vereinigung den an der Vereinigung beteiligten Krankenkassen und – im Falle von finanziellen Hilfen nach § 164 SGB V – allen finanzierenden Krankenkassen nachvollziehbar dargestellt werden müssen. Darüber hinaus sollte klargestellt werden, dass die lt. § 156. Absatz 1 Satz 1 beantragende Krankenkasse Teil des entstehenden Fusionsverbundes wird.

Änderungsvorschlag:

Die §§ 156 und 157 SGB V werden im weiteren Gesetzgebungsverfahren nicht übernommen.

Alternativer Änderungsvorschlag (falls an den vorgeschlagenen §§ 156 und 157 SGB V festgehalten wird):

§ 156 Absatz 1 SGB V wird wie folgt gefasst (Änderungen zum vorliegenden Referentenentwurf sind unterstrichen):

*„Das Bundesministerium für Gesundheit kann auf Antrag einer bundesunmittelbaren Krankenkasse durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates einzelne Krankenkassen der Kassenart nach Anhörung der betroffenen Krankenkassen mit der beantragenden Krankenkasse vereinigen, wenn durch die Vereinigung die Leistungsfähigkeit der betroffenen Krankenkassen verbessert werden kann. Die finanziellen Vorteile aus der Vereinigung werden den an der Vereinigung beteiligten Krankenkassen sowie – im Falle von finanziellen Hilfen nach § 164 SGB V – allen finanzierenden Krankenkassen in geeigneter Form nachvollziehbar dargestellt.“*



Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Referentenentwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG)

**Zu**

- **Artikel 4 Nr. 11, § 163 SGB V**

An die Zielführung der Neuregelung zur Vermeidung der Schließung oder Insolvenz von Krankenkassen ohne Vorschaltung einer kassenartbezogenen Haftungsprävention sind große Zweifel anzulegen. Grundsätzlich erscheint es sachlogisch, dass eine kritische finanzielle Lage großer Krankenkassen statt in einem kassenartenbezogenen Haftungsverbund besser in einem auf das gesamte GKV-System bezogenen Haftungsverbund zu handhaben ist.

Eine alleinige beim GKV-Spitzenverband und dem BVA bestehende Entscheidungsbefugnis über haftungsrechtliche Maßnahmen birgt allerdings die Gefahr, dass Krankenkassen, die sich gegebenenfalls nur kurzfristig in finanziellen Schwierigkeiten befinden, einer Zwangsfusion ausgesetzt werden.

Daher muss die auf Kassenarten bezogene und in Eigenverantwortung geregelte Haftungsprävention, die sich in der Vergangenheit bewährt hat, als ein Element im Rahmen der Zusammenarbeit mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen erhalten bleiben.

#### Änderungsvorschlag:

§ 163 SGB V ist wie folgt zu fassen (Änderungen zum vorliegenden Referentenentwurf sind unterstrichen).

#### *§163 SGB V – Vermeidung der Schließung oder Insolvenz von Krankenkassen*

*(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat die Finanzlage der Krankenkassen auf der Grundlage der jährlichen und der vierteljährlichen Rechnungsergebnisse zu überprüfen und ihre Leistungsfähigkeit zu bewerten. Hierbei sind insbesondere das Vermögen, das Rechnungsergebnis, die Liquidität und die Versichertenentwicklung zu berücksichtigen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen informiert die Krankenkassen sowie die Landesverbände, denen sie jeweils angehören, über das Ergebnis seiner Bewertung. ~~Wird die Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse als gefährdet eingestuft, hat~~ Die Krankenkasse hat dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen sowie dem Landesverband, dem die Krankenkasse angehört, auf Verlangen unverzüglich die Unterlagen vorzulegen und die Auskünfte zu erteilen, die diese zur Beurteilung ihrer dauerhaften Leistungsfähigkeit für erforderlich halten, oder ihnen auf Verlangen die Einsichtnahme in diese Unterlagen in ihren Räumen zu gestatten. Hält der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf der Grundlage dieser Informationen und nach Anhörung des jeweils zuständigen Landesverbandes die dauerhafte Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse für bedroht, hat er diese über geeignete Maßnahmen zur Sicherung ihrer dauerhaften Leistungsfähigkeit zu beraten und umgehend die Aufsichtsbehörde der Krankenkasse über die finanzielle Situation, die Ergebnisse und Bewertungen der Überprüfung nach Satz 1 und die vorgeschlagenen Maßnahmen zu unterrichten. Kommt eine Krankenkasse ihren Verpflichtungen nach Satz 4 nicht*

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Referentenentwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG)

*nach, ist die Aufsichtsbehörde der Krankenkasse hierüber zu unterrichten. Das konkrete Verfahren zur Bewertung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in seiner Satzung zu veröffentlichen.*

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

**Zu**

- **Artikel 4 Nr. 11, §§ 166 ff. SGB V**

Die rechtlich schlüssigen §§ 166 ff. SGB V neu sehen eine Primärhaftung der Krankenkassen derselben Kassenart nicht mehr vor, falls das Vermögen einer aufgelösten oder geschlossenen Kasse nicht mehr ausreicht, um ihre Gläubiger zu befriedigen und Versorgungsansprüche der Beschäftigten zu erfüllen (vgl. bisher § 155 Abs. 4 und 5 i.V.m. § 265b SGB V). Die bisherige Zusammenfassung der Krankenkassenarten in kassenartbezogenen Haftungsverbänden wird aufgehoben. Rechtstechnisch wesentlich ist, dass die Erfüllung der Verpflichtungen nach § 166 SGB V neu jetzt primär durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen erfolgt (§167 Abs. 1). Dieser nimmt die Verteilung der zu erfüllenden Verpflichtungen auf alle Krankenkassen nach der Zahl der Mitglieder vor.

**Zu**

- **Artikel 4 Nr. 11, § 167 SGB V neu**

Die Berücksichtigung von Vermögensanteilen bei Zahlungen im Rahmen von § 167 SGB V (im vorliegenden Gesetzentwurf) ist aus Sicht der Betriebskrankenkassen bisher nicht hinreichend geregelt. So fehlt es zum einen an einer Konkretisierung des Stichtags, zu dem der Stand des Vermögens ermittelt werden soll. Zum anderen ist eine weitere Erhöhung der Transparenz in der Vermögensrechnung der Krankenkassen unabdingbar, da ansonsten die Verschleierung der tatsächlichen Vermögenssituation durch gegenstandslose Verpflichtungsbuchungen und Rückstellungen bei den betroffenen Krankenkassen droht. Letzteres könnte durch eine Verpflichtung zur Veröffentlichung des Anhangs zu den Jahresrechnungen der Krankenkassen sowie zusätzlichen Buchungsstellen erreicht werden.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Referentenentwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG)

Eine Ausnahme von der Aufhebung der kassenartenbezogenen Haftungsverbände bildet zu Recht die Gruppe der geschlossenen Betriebskrankenkassen, deren Arbeitgeber einen eigenen (Sonder-)Haftungsverbund bilden. Reicht das Vermögen des Arbeitgebers einer geschlossenen Betriebskrankenkasse – deren Haftungsverbund nach wie vor die Primärhaftung trägt (vgl. schon § 155 Abs. 4 Satz 1 und 2 SGB V) – nicht aus, um die Gläubiger zu befriedigen, geht auch hier die Haftung auf alle übrigen Krankenkassen der GKV über (§ 166 Abs. 2 Satz 3 i.V.m. Abs. 1 SGB V neu).

Die Betriebskrankenkassen begrüßen die Beibehaltung der bestehenden gesetzlichen Regelung für geschlossene Betriebskrankenkassen bei der Finanzierung der Haftungssumme infolge Auflösung oder Schließung einer Krankenkasse. Wegen der Haftung des Arbeitgebers im Falle der Auflösung oder Schließung einer traditionellen BKK ist es sachgerecht, diese Kassen im Haftungsfall der GKV auch nur mit einem deutlich reduzierten Kostenanteil zu belasten. Der im vorliegenden Gesetzentwurf in § 167 Absatz 4 SGB V festgelegte Anteil von 20 Prozent erscheint vor dem Hintergrund, dass der Übergang der Haftung von dem jeweiligen Trägerunternehmen auf die übrigen Krankenkassen nahezu ausgeschlossen werden kann, in der Höhe nicht angemessen. Dem geringen Restrisiko entsprechend wäre ein Entfall bzw. eine Reduzierung auf 10 Prozent adäquat.

In jedem Fall wird bei der Ausgestaltung der Satzungsregelung des Spitzenverbandes Bund nach § 164 SGB V (im vorliegenden Gesetzentwurf) darauf zu achten sein, dass eine entsprechende Begrenzung für die Anteile von traditionellen Betriebskrankenkassen an finanziellen Hilfen zur Vermeidung der Schließung oder Insolvenz von Krankenkassen festgelegt wird.

**Zu**

- **Artikel 4 Nr. 18, § 265b SGB V**

Die Neuregelung zieht nicht nur umfassende rechtliche Veränderungen nach sich, sie kann sich langfristig auch strukturell auswirken und den Fortbestand des Prinzips der Kassenarten durchbrechen. Denn der neue Haftungsverbund entspricht nicht mehr der kassenartbezogenen Struktur, wie sie die Gesetzliche Krankenversicherung derzeit im gegliederten System prägt. Im Zusammenspiel mit der Abschaffung der §§ 265a und 265b SGB V wird der rechtliche Verzicht auf kassenartbezogene Haftungsverbände dadurch komplettiert, dass es im Vorfeld keine kassenartbezogene Haftungsprävention durch Landesverbände mehr gibt und damit praktisch keine Möglichkeit, innerhalb des jeweiligen Krankenkassensystems auf finanzielle Schwierigkeiten einzelner Kassen derselben Kassenart zu reagieren. Dabei hat es sich nach Ansicht der Betriebskrankenkassen bewährt, dass die Landesverbände mit einer frühzeitigen Bewertung der Finanzlage ihrer Mitglieder in das bisherige haftungspräventive System der Kassenarten eingebunden waren. Daran sollte festgehalten werden.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Referentenentwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG)

Die vollständige Abschaffung des § 265b SGB V erscheint im Sinne einer subsidiären Ausgestaltung der Haftungsprävention nicht sachgerecht. Bisherige Erfahrungen zeigen, dass – gerade bei kleineren Krankenkassen – vorübergehende Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit eintreten können, die durch freiwillige finanzielle Hilfen (ggf. als Darlehensgewährung) überbrückt und das eigenständige Fortbestehen der betroffenen Krankenkassen auf diese Weise gesichert werden kann. Entsprechend der aktuell gültigen Regelung sollten die Finanzhilfen innerhalb einer Kassenart auch weiterhin möglich bleiben und auf freiwilliger Basis erfolgen.

#### Änderungsvorschlag:

§ 265b SGB V wird nicht gestrichen und § 265b Abs. 1 Satz 1 SGB V wird wie folgt gefasst:

*„(1) Krankenkassen können mit anderen Krankenkassen derselben Kassenart Verträge über die Gewährung von Hilfeleistungen schließen, um deren Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit zu erhalten.“*

### **3. Neuorganisation der Gremien des GKV-Spitzenverbandes**

**Zu**

- **Artikel 4 Nr. 13**, §217b SGB V;
- **Artikel 4 Nr. 14**, § 217c SGB V und
- **Artikel 4 Nr. 15**, 217 d SGB V.

Die Betriebskrankenkassen lehnen die im Entwurf enthaltenen Regelungen zum Umbau des Verwaltungsrats des GKV Spitzenverbandes vehement ab.

Eng verbunden mit dem Prinzip der sozialen Selbstverwaltung ist das Prinzip der sozialen Marktwirtschaft sowie das demokratische Prinzip der Subsidiarität. Diesem liegt auch das demokratische Verständnis eines Staates als Diener seiner Bürger zu Grunde.

Wie auch die soziale Marktwirtschaft, Grundpfeiler des wirtschafts- und sozialpolitischen bundesrepublikanischen Handelns, stellt auch die soziale Selbstverwaltung einen Dritten Weg, einen Weg zwischen Markt und Sozialem dar. Nur so ist es historisch gelungen, die berechtigten Interessen von Arbeitgebern einerseits und Arbeitnehmern andererseits zu verbinden und zu befrieden. Die soziale Marktwirtschaft ist Garant von

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Referentenentwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG)

sozialem Frieden in der Bundesrepublik Deutschland. Die soziale Marktwirtschaft ist ohne das Fundament einer sozialen Selbstverwaltung in der Sozialversicherung nicht vorstellbar, sie sind originär miteinander verbunden.

Dies wird im Handeln der sozialen Selbstverwaltung deutlich. Durch das Zusammenbringen der Perspektiven von Arbeitnehmer-/Versichertenvertretern und ihren Beiträgen zum Leistungsgeschehen in der gesetzlichen Krankenversicherung entfaltet sich der Sozialstaat in Form einer solidarischen Gesundheitsversorgung: sozialstaatliches und wirtschaftliches Handeln garantieren die eine leistungsfähige Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Ein immer wieder über Parteigrenzen hinweg gefordertes verantwortliches Unternehmertum verdeutlicht sich auch in der Teilhabe von Arbeitgebervertretern an und ihrer Mitarbeit in der sozialen Selbstverwaltung. Gesunde Arbeitnehmer sind Voraussetzung von Produktivität und Wohlstand, der Ausgleich teils unterschiedlicher Interessen von Arbeitgebern und Arbeitnehmern ist eine klassische Win-Win-Situation.

Schließlich ist die soziale Selbstverwaltung Exemplifikation einer subsidiären Handlungsausrichtung sozialstaatlichen Engagements, die ein zentrales demokratisches Prinzip realisiert und Anerkennung staatlicher Autorität in einem historisch einmaligen Gefüge herbeiführt und sichert. Im Subsidiaritätsprinzip begründen sich Tarifautonomie, sowie die gesamte föderale Struktur der Bundesrepublik Deutschland. Eine Abkehr vom Subsidiaritätsprinzip hieße Grundlagen bundesrepublikanischer Prägung in Frage zu stellen, damit wirtschaftliche wie soziale Stabilität zu gefährden.

Die fortwährenden Eingriffe in die soziale und gemeinsame Selbstverwaltung, so auch in das Recht der Satzungsautonomie, das Körperschaften des öffentlichen Rechts eigentlich inne ist, gipfeln nun in den Eingriffen in die Gremien(-struktur) des GKV Spitzenverbands. Die Satzungsautonomie ist ein grundlegendes Recht und Voraussetzung einer funktionsfähigen Selbstverwaltung. Ein weiterer Eingriff in die Gestaltungshoheit der sozialen Selbstverwaltung führt diese endgültig ad absurdum.

Die Umgestaltung des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes kann erhebliche Einflüsse auf die demokratische Legitimation der Richtlinienkompetenz der GKV Spitzenverbands und der Beschlüsse und Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses haben. Ihre demokratische Legitimation entstammt neben der Beauftragung durch ein Bundesministerium der direkteren Legitimation durch die Sozialwahlen, der drittgrößten Wahl in Deutschland.

Der Gesetzgeber sendet durch die vorgesehenen Regelungen überdies ein fragwürdiges Signal zur Wahrnehmung ehrenamtlichen Engagements. Obwohl es ein erklärtes Ziel der Bunderegierung ist das ehrenamtliche Engagement zu stärken und Grundlagen der bürgerlichen Teilhabe auszubauen, werden die teils über Jahrzehnte erbrachten persönlichen Leistungen der ehrenamtlich tätigen SelbstverwalterInnen durch den Umbau des Verwaltungsrats des GKV Spitzenverband in Frage gestellt. Wie die im Koalitionsvertrag verankerte Stärkung der Selbstverwaltung mit den vorgesehenen Gesetzesänderungen in Einklang zu bringen ist

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Referentenentwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG)

oder wie angesichts einer fortschreitenden Einschränkung von Kompetenzen und Handlungsfeldern qualifizierter Nachwuchs für Ämter in der Selbstverwaltung gefunden werden kann, bleibt erklärungsbedürftig.

Ausdrücklich begrüßen die Betriebskrankenkassen dagegen die stärkere Einbindung von Frauen im Vorstand des GKV Spitzenverbands, auch wenn diese Regelung angesichts realer bestehender Verhältnisse im Vorstand des GKV Spitzenverbands eher deklaratorischen Charakter aufweist.

#### Änderungsvorschlag:

Streichung vorgesehener Änderungen in Artikel 4 Nr. 13, §217b SGB V, Artikel 4 Nr. 14, § 217c SGB, Artikel 4 Nr. 15, 217 d SGB V (Artikel 4 Nr. 16 217 f SGB V).

#### **4. Errichtung und Ausdehnung von Betriebskrankenkassen**

**Zu**

- **Artikel 4 Nr. 11:** § 144 SGB V (Betriebskrankenkassen) und
- **Artikel 4 Nr. 11:** § 149 SGB V (Errichtung).

Die Betriebskrankenkassen begrüßen eine Reform des Kassenorganisationsrechts der bisherigen § 147 ff. SGB V, insbesondere den Wegfall des Abstimmungsverfahrens als Errichtungsvoraussetzung gemäß § 150 Abs. 2 SGB V neu (bisheriger § 148 SGB V).

Allerdings sind die vorgeschlagenen Änderungen noch nicht konsequent genug. Schon die Definition des Begriffs der Betriebskrankenkasse in § 144 SGB V neu setzt weiterhin auf das Merkmal des „Arbeitgebers“, und auch der nicht mehr zeitgemäße Grundsatz der Einheit von „Arbeitgeber und Betrieb“ findet sich erneut in den Errichtungsvoraussetzungen der §§ 149 ff. SGB V (bisherige § 147 ff.) wieder.

Das Festhalten am Arbeitgeberbegriff sowie am Grundsatz der „Einheit von Arbeitgeber und Betrieb“ sind jedoch abzulehnen. Keine dieser Voraussetzungen trägt im Zusammenspiel mit den Regelungsinhalten der §§ 149 ff. modernen Wirtschafts- und Unternehmensstrukturen, z.B. in Konzernen, Rechnung. Im Gegenteil, die Hürden auf dem Weg zur Errichtung neuer BKK werden erhöht, obwohl sie gerade im Rahmen von Konzernstrukturen mit mehreren verbundenen Unternehmen bzw. „Arbeitgebern“ nicht mehr zeitgemäß sind. Der Gesetzgeber sollte nach Ansicht des BKK Dachverbandes e.V. stattdessen die bereits stattgefundenen Liberalisierungen der Fusionsmöglichkeiten konsequent auch auf Errichtungen übertragen. Schon jetzt

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Referentenentwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG)

ergeben sich in der Praxis Abweichungen von diesem Grundsatz, z.B. bei der späteren Fusion von Betriebskrankenkassen verschiedener Arbeitgeber.

Die neuen § 144 und § 149 ff. sind entsprechend anzupassen. Dies kann mit wenigen materiellen Änderungen im Organisationsrecht der GKV erfolgen: In § 144 sowie § 149 Absatz 1 SGB V ist das Wort „Arbeitgeber“ durch das Wort „Unternehmer“ zu ersetzen. Die angefügte Definition des Unternehmerbegriffes orientiert sich an § 14 Abs. 1 BGB und erfasst so insbesondere auch AG, KGaA, GmbH. Dies ist dem Sozialrecht nicht fremd (vgl. § 136 Abs. 3 SGB VII). Wirtschaftliche und rechtliche Verflechtungen (z.B. im Konzern) ändern nichts an der Rechtsperson des Unternehmers. Mit der Aufgabe des Grundsatzes der „Einheit von Betrieb und Arbeitgeber“ wird die Möglichkeit geschaffen, dass auch mehrere Unternehmer für ihre Betriebe gemeinsam eine BKK gründen können. Dies ergibt sich nunmehr aus Absatz 1 Satz 2 und ermöglicht auch die Schaffung größerer und anders verknüpfter Einheiten, nicht nur für Konzerne und vergleichbare Unternehmensgruppen, sondern auch für eine Mehrzahl von Unternehmen einer Branche oder einer Region. Auch ein Gemeinschaftsbetrieb kann berücksichtigt werden.

Doch auch die Errichtungsvoraussetzung der Mindestbeschäftigtenzahl eines Unternehmens – wie sie der neue § 149 SGB V sogar auf 5000 Beschäftigte erhöht vorsieht - ist seit Einführung der allgemeinen Wahlrechte im Jahr 1996 hinfällig und daher abzulehnen. Nach § 173 SGB V werden Versicherungspflichtige (§ 5) und Versicherungsberechtigte (§ 9) Mitglied einer von ihnen frei wählbaren Krankenkasse. Die Errichtung einer BKK ist gerade nicht mehr zwangsläufig mit einer gesetzlichen Zuweisung der Beschäftigten zur BKK verbunden. Die Mindestbeschäftigtenzahl eines Unternehmens erlaubt gerade keine Aussagen über die spätere Leistungsfähigkeit der neu zu gründenden BKK mehr – ebenso wenig wie das Abstimmungsverhalten der Beschäftigten nach dem bisherigen § 148 SGB V. Als Begrenzung des Rechts des „Arbeitgebers“ zur Gründung einer Betriebskrankenkasse ist daher auch die verpflichtende Mindestmitgliederzahl zum Gründungszeitpunkt – wie sie der neue § 150 Abs. 1 Satz 2 SGB V zur „Vermeidung von Kleinstkrankenkassen“ auf 2500 festsetzt – nach Auffassung des BKK Dachverbandes e.V. ebenfalls abzulehnen. Nach seit 1.1.2009 geltendem Recht fließen die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung in den Gesundheitsfonds, Einnahmen über die Beiträge der Mitglieder der Krankenkassen finanzieren nicht mehr unmittelbar die Einzelkassenleistungen. In engem Zusammenhang mit der Wahlfreiheit steht nach dem Willen des Gesetzgebers nunmehr der Wettbewerb zwischen den Kassen. Daher ist es unter den aktuellen rechtlichen Bedingungen vielmehr ein Fall der Ausübung der unternehmerischen Freiheit einschließlich des unternehmerischen Risikos, eine BKK zu gründen, die bereits von einem streng rechtsgebundenen Verwaltungsakt, der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde, ausgestaltet wird.

Wettbewerb ist nur insoweit unverfälscht möglich, als er in einem für alle gesetzlichen Kassen grundsätzlich gleichen Rahmen (vgl. Ausführungen zu § 4a SGB V neu) stattfindet und die soziale Funktion der GKV nicht gefährdet. Eine aus der Gesetzgebungsgeschichte bemühte „Gefährdung der Leistungsfähigkeit“, z.B. vorhandener Ortskrankenkassen, ist durch nachfolgenden Änderungsvorschlag angesichts der Wahlfreiheit ge-

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Referentenentwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG)

mäß § 173 nicht ersichtlich. Dies wird noch dadurch gestützt, dass der Gesetzgeber bereits die Schutzklausel des § 147 Abs. 1 Nr. 3 a.F. für Allgemeine Ortskrankenkassen im Zusammenhang mit der Errichtung von Betriebskrankenkassen aufgehoben hat. Die bisherigen § 147 Absatz 1 Nr. 1 und 2 sind daher nach Ansicht des BKK Dachverbandes e.V. auch in der neuen Fassung des § 149 zu streichen.

#### Änderungsvorschlag:

§ 144 (neu) wird wie folgt gefasst:

*Betriebskrankenkassen sind Krankenkassen, die durch den ~~Arbeitgeber~~ Unternehmer für ein oder mehrere ~~Betriebe~~ Unternehmen errichtet wurden. Unternehmer ist eine natürliche oder juristische Person oder eine rechtsfähige Personengesellschaft, die bei Abschluss eines Rechtsgeschäfts in Ausübung ihrer gewerblichen oder selbständigen beruflichen Tätigkeit handelt. Der Zuständigkeitsbereich von Betriebskrankenkassen, deren Satzung Regelungen nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nummer 4 enthalten, erstreckt sich auf das ganze Bundesgebiet.*

#### *§ 149 Absatz 1 (neu) – Errichtung*

*(1) Der Unternehmer ~~Arbeitgeber~~ kann für einen oder mehrere Betriebe eine Betriebskrankenkasse errichten, ~~wenn~~*

- ~~1. in diesen Betrieben regelmäßig mindestens 1.000 Versicherungspflichtige beschäftigt werden und~~*
- ~~2. ihre Leistungsfähigkeit auf Dauer gesichert ist.~~*

*Mehrere Unternehmer können gemeinsam für einen oder mehrere Betriebe eine Betriebskrankenkasse errichten.*

#### **Zu**

- **Artikel 4 Nr. 11:** § 150 SGB V (Verfahren bei Errichtung)

Der Vorschlag wird von den Betriebskrankenkassen dahingehend begrüßt, dass die im bisherigen § 148 Abs. 2 SGB V vorgesehene Errichtungsvoraussetzung einer Zustimmung der Mehrheit der im Betrieb Beschäftigten gestrichen wurde. Denn das Zustimmungserfordernis der im Betrieb Beschäftigten für die Errichtung einer BKK ist durch zwischenzeitliche Gesetzesänderungen (vgl. § 173 SGB V) hinfällig geworden.



Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Referentenentwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG)

Die Änderung ist jedoch nicht konsequent genug. Denn durch die allgemeinen Wahlrechte gemäß § 173 SGB V hat die Errichtung einer BKK nicht mehr die gesetzliche Zuweisung der Beschäftigten zur BKK einschließlich unmittelbarer Mitgliedschaft zur Folge. Daher spiegelt weder ein nach dem bisherigen § 148 SGB V ermitteltes Abstimmungsverhalten der Beschäftigten eines Unternehmens noch eine Mindestmitgliederszahl, wie sie der neue § 150 Abs. 1 Satz 2 - allerdings auf 2500 Gründungsmitglieder erhöht - weiterhin vorsieht, zwingend den Bedarf an der zu gründenden Krankenkasse wieder. § 150 Abs. 1 Satz 2 neu ist daher ebenfalls zu streichen.

Die Neugründung von Betriebskrankenkassen unterliegt unternehmerischem Risiko. Das Kassenorganisationsrecht darf die Ausübung der Freiheit zur Kassengründung nicht zusätzlich unverhältnismäßig beschränken. Die Ersetzung des Begriffes „Arbeitgeber“ durch „Unternehmer“ ist eine Folgeänderung aus § 144 neu.

#### Änderungsvorschlag:

##### *§ 150 Absatz 1 SGB V (neu) – Verfahren bei Errichtung*

*(1) Die Errichtung der Betriebskrankenkasse bedarf der Genehmigung der nach der Errichtung zuständigen Aufsichtsbehörde. ~~Die Genehmigung darf nur versagt werden, wenn eine der in § 149 Absatz 1 genannten Voraussetzungen nicht vorliegt oder die Krankenkasse zum Errichtungszeitpunkt nicht 2500 Mitglieder haben wird.~~*

*(2) Der ~~Arbeitgeber~~ Unternehmer hat dem Antrag auf Genehmigung eine Satzung beizufügen. Die Aufsichtsbehörde genehmigt die Satzung und bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Errichtung wirksam wird.*

#### **Zu**

- **Artikel 4 Nr. 11:** § 151 SGB V (Ausdehnung auf weitere Betriebe)

§ 151 SGB V neu entspricht dem bisherigen § 149 SGB V und ist in dieser Form abzulehnen. In die vorgenannten Änderungen fügt sich die Vorschrift nur ein, wenn der Halbsatz „deren Satzung keine Regelung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 enthält“ gestrichen und die Wendung „oder mit ihm verbundener Unternehmer“ eingefügt wird.

Das Kassenorganisationsrecht sollte die unternehmerische Freiheit, Betriebskrankenkassen zu gründen, nicht unverhältnismäßig beschneiden. Zugleich sollte sie modernen Wirtschafts- und Konzernstrukturen Rechnung tragen. Der neue § 151 SGB V beruht noch auf dem Grundsatz der „Einheit von Arbeitgeber und Betrieb“, an dem - wie ausgeführt - nicht mehr festzuhalten ist. Dass es wegen der Wahlmöglichkeit nach §

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Referentenentwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG)

173 SGB V der Möglichkeit der Ausdehnung bei geöffneten Kassen theoretisch nicht mehr bedarf, rechtfertigt nicht, die Möglichkeit der Ausdehnung bei geöffneten BKK zu versagen. Erst recht nicht, wenn die Ausdehnung der betriebsnahen Krankenversicherung und passgenauen Gesundheitsförderung im Einzelfall besser Rechnung tragen könnte. Der Unternehmensbezug einer geöffneten Kasse ist durch die Öffnung für den Mitgliederwettbewerb nicht verloren gegangen, sie erweitert lediglich ihren Kreis potentieller Mitglieder. Die Einschränkung ist daher zu streichen.

Die Einfügung „oder mit ihm verbundener Unternehmer“ ermöglicht in Konzernstrukturen die Ausdehnung einer BKK des Hauptunternehmers direkt auf rechtlich selbständige Unternehmer desselben Konzernverbundes, ohne sich der Hilfskonstruktion von Neugründung und Vereinigung bedienen zu müssen. Mit ihr verwirklichen sich unternehmerische Freiheit und zugleich Unternehmensnähe. Die Ersetzung des Begriffes „Arbeitgeber“ durch „Unternehmer“ ist eine Folgeänderung aus § 144 SGB V neu.

#### Änderungsvorschlag:

##### *§ 151 Abs. 1 (neu) – Ausdehnung auf weitere Betriebe*

*Eine Betriebskrankenkasse, ~~deren Satzung keine Regelung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 enthält~~, kann auf Antrag des Unternehmers ~~Arbeitgebers~~ auf weitere Betriebe desselben ~~Arbeitgebers~~ Unternehmers oder mit ihm verbundener Unternehmer ~~Arbeitgeber~~ ausgedehnt werden. § 150 gilt entsprechend.*

#### **Zu**

- **Artikel 4 Nr. 11:** § 152 SGB V (Ausscheiden von Betrieben)

Die Betriebskrankenkassen lehnen die Beibehaltung des § 152 SGB V neu in der Form des bisherigen § 151 SGB V ab. Auch die Regelung des neuen § 152 Abs. 2 Satz 2 SGB V hindert einen Unternehmer, der als Trägerunternehmen in einer für den Mitgliederwettbewerb geöffneten gemeinsamen Betriebskrankenkasse mehrerer Unternehmer gebunden ist, aus dieser BKK auszuschneiden. Dies macht es tatsächlich unmöglich, dass der Unternehmer eine eigene Betriebskrankenkasse errichtet. Dies bedeutet auch, dass er nicht in ein System einer Betriebskrankenkasse eines Konzerns einbezogen werden kann, in den er im Fall von Unternehmenszusammenschlüssen neu eintritt. Die Bindung des Unternehmers an die alte Betriebskrankenkasse steht damit sowohl einer Neugründung als auch der Bildung einer konzernweiten Betriebskrankenkasse entgegen, was der Ausübung eines sozialpolitisch engagierten und verantwortlichen Unternehmertums zuwiderläuft. Absatz 2 Satz 2 ist daher zu streichen.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Referentenentwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG)

Die Ersetzung des Begriffes „Arbeitgeber“ durch „Unternehmer“ ist eine Folgeänderung aus § 144 SGB V neu.

Änderungsvorschlag:

*§ 152 SGB V (neu) – Ausscheiden von Betrieben*

*(1) Geht von mehreren Betrieben desselben ~~Arbeitgebers~~ Unternehmers, für die eine gemeinsame Betriebskrankenkasse besteht, einer auf einen anderen ~~Arbeitgeber~~ Unternehmer über, kann jeder beteiligte ~~Arbeitgeber~~ Unternehmer das Ausscheiden des übergegangenen Betriebes aus der gemeinsamen Betriebskrankenkasse beantragen.*

*(2) Besteht für mehrere Betriebe verschiedener ~~Arbeitgeber~~ Unternehmer eine gemeinsame Betriebskrankenkasse, kann jeder beteiligte ~~Arbeitgeber~~ Unternehmer beantragen, mit einem oder mehreren seiner Betriebe seinem Betrieb aus der gemeinsamen Betriebskrankenkasse auszuscheiden. ~~Satz 1 gilt nicht für Betriebskrankenkassen mehrerer Arbeitgeber Unternehmer, deren Satzung eine Regelung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 enthält.~~*

*(3) Über den Antrag auf Ausscheiden des Betriebes aus der gemeinsamen Betriebskrankenkasse entscheidet die Aufsichtsbehörde. Sie bestimmt den Zeitpunkt, an dem das Ausscheiden wirksam wird.*

**Zu**

- **Artikel 4 Nr. 11: § 153 SGB V (Auflösung)**

Die Beibehaltung des § 153 SGB V neu in der Form des bisherigen § 152 SGB V ist abzulehnen.

Die Ersetzung des Begriffes „Arbeitgeber“ durch „Unternehmer“ ist eine Folgeänderung aus § 144.

Änderungsvorschlag:

*§ 152 (neu) – Auflösung*

*Eine Betriebskrankenkasse kann auf Antrag des ~~Arbeitgebers~~ Unternehmers aufgelöst werden, wenn der Verwaltungsrat mit einer Mehrheit von mehr als drei Vierteln der stimmberechtigten Mitglieder zustimmt. Über den Antrag entscheidet die Aufsichtsbehörde. Sie bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Auflösung wirksam wird. Die Sätze 1 und 2 gelten nicht, wenn die Satzung der Betriebskrankenkasse eine Regelung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 enthält. Für Betriebskrankenkassen mehrerer ~~Arbeitgeber~~ Unternehmer, die nach*

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Referentenentwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG)

*dem 31. Dezember 1995 vereinigt wurden, ist der Antrag nach Satz 1 von allen beteiligten ~~Arbeitgebern~~ Unternehmen zu stellen.*

### **Zudem erforderliche Folgeänderung**

#### Änderungsvorschlag:

Als Folgeänderung aus § 144 neu ist die Ersetzung des Begriffes „Arbeitgeber“ durch „Unternehmer“ wie folgt notwendig:

#### *§ 166 Abs. 2 SGB V - Haftung für Verpflichtungen bei Auflösung oder Schließung*

*(2) Reicht das Vermögen einer aufgelösten oder geschlossenen Betriebskrankenkasse nicht aus, um die Gläubiger zu befriedigen, hat der ~~Arbeitgeber~~ Unternehmer die Verpflichtungen zu erfüllen. Sind mehrere ~~Arbeitgeber~~ Unternehmer beteiligt, haften sie als Gesamtschuldner. Reicht das Vermögen des ~~Arbeitgebers~~ Unternehmers nicht aus, um die Gläubiger zu befriedigen, haben die übrigen Betriebskrankenkassen die Verpflichtungen zu erfüllen. Die Sätze 1 bis 3 gelten nicht, wenn die Satzung der geschlossenen Betriebskrankenkasse eine Regelung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 enthält; in diesem Fall haben die übrigen Betriebskrankenkassen die Verpflichtungen zu erfüllen. Die Erfüllung der Verpflichtungen nach den Sätzen 3 und 4 kann nur vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen verlangt werden, der die Verteilung auf die einzelnen Betriebskrankenkassen vornimmt und die zur Tilgung erforderlichen Beträge von den Betriebskrankenkassen anfordert. Sind die Betriebskrankenkassen zur Erfüllung dieser Verpflichtungen nicht in der Lage, macht der Spitzenverband Bund der Krankenkassen den nicht gedeckten Betrag bei allen anderen Krankenkassen mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkasse geltend. Klagen gegen die Geltendmachung der Beträge und gegen ihre Vollstreckung haben keine aufschiebende Wirkung. Übersteigen die Verpflichtungen einer Betriebskrankenkasse ihr Vermögen zum Zeitpunkt des Inkrafttretens einer Satzungsbestimmung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4, hat der ~~Arbeitgeber~~ Unternehmer den Unterschiedsbetrag innerhalb von sechs Monaten nach dem Inkrafttreten der Satzungsbestimmung auszugleichen. § 164 Abs. 2 bis 4 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass § 164 Abs. 3 Satz 3 nur für Beschäftigte gilt, deren Arbeitsverhältnis nicht durch ordentliche Kündigung beendet werden kann.*

### III. Weiterer Änderungsbedarf

#### 1. Begrenzung des Einkommensausgleichs beim Zusatzbeitragssatz zumindest auf den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz

Mit dem GKV-Finanzstruktur- und Qualitätsweiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) wurde zum 1.1.2015 ein vollständiger Einkommensausgleich für den Zusatzbeitragssatz (ZBS) eingeführt. Ziel dieser Gesetzgebung war zu vermeiden, dass eine Krankenkasse bei gleichem Finanzierungsbedarf nur deshalb einen höheren Zusatzbeitragssatz erheben muss, weil ihre Mitglieder über ein geringeres beitragspflichtiges Einkommen verfügen.

Das Solidarprinzip der Gesetzlichen Krankenversicherung wird durch den vollständigen Einkommensausgleich jedoch teilweise in sein Gegenteil verkehrt: Krankenkassen, die ihre Mitglieder mit überdurchschnittlichen Zusatzbeitragssätzen besonders stark belasten müssen, steht selbst nicht zwangsläufig auch der höhere Beitrag zur Verfügung. Teilweise werden die auf diesem Wege erhobenen Finanzmittel zur Subventionierung besonders günstiger Beitragssätze anderer Krankenkassen genutzt.

Von der dargestellten Problematik sind insbesondere Krankenkassen in Ballungsgebieten betroffen. Ihre Mitglieder beziehen zwar einerseits höhere Einkommen, andererseits entstehen den Krankenkassen aber auch höhere Kosten durch eine teurere Versorgung. Werden einer Kasse dann über den vollständigen Einkommensausgleich die Vorteile der höheren Einkommen aus dem Zusatzbeitragssatz genommen, fehlen ihr Gelder zur Finanzierung der überdurchschnittlich hohen Ausgaben.

Die Verzerrungen können reduziert werden, wenn der Einkommensausgleich zumindest auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes begrenzt wird. Dazu ist folgende Regelung zu treffen: Muss eine Krankenkasse einen Zusatzbeitragssatz oberhalb des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes erheben, erfolgt für den übersteigenden Prozentsatz kein Einkommensausgleich.

#### Änderungsvorschlag:

§ 270 a SGB V wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

*„(1) Zwischen den Krankenkassen wird im Hinblick auf die von ihnen gemäß § 242 erhobenen Zusatzbeiträge nach Maßgabe der folgenden Absätze ein Ausgleich der beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder durchgeführt.“*

b) In Absatz 2 werden nach Satz 2 die folgenden Sätze eingefügt:

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Referentenentwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG)

*„Der Einkommensausgleich erfolgt ausschließlich bis zur Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragsatzes nach § 242 a SGB V. Erhebt eine Krankenkasse einen Zusatzbeitragsatz über dem durchschnittlichen Zusatzbeitragsatz, wird für diesen Teil des Zusatzbeitragsatzes kein Einkommensausgleich durchgeführt.“*

## **2. Erhöhung der Transparenz über die Finanzsituation der gesetzlichen Krankenkassen**

Derzeit ist die Transparenz hinsichtlich der Buchungspraxis der gesetzlichen Krankenkassen gering. Entsprechend besteht ein gewisser Spielraum, ein bestimmtes Geschäftsergebnis auszuweisen. Auf Grund des Imparitäts- bzw. Vorsichtsprinzips, das von den Krankenkassen bei der Bilanzierung anzuwenden ist, sind drohende Verpflichtungen, die in der Höhe zum Bilanzierungszeitpunkt noch ungewiss sind, kassenindividuell zu schätzen. Zudem werden sich abzeichnende positive Geschäftsverläufe nachweislich dazu genutzt, um Rückstellungen für die betriebliche Altersvorsorge der Mitarbeiter zu bilden, die in der jeweiligen Höhe nicht in dem betreffenden Geschäftsjahr gebildet werden müssten, aber Risiken in der Zukunft abfedern. Der Öffentlichkeit und dem Versicherten wird somit ein Geschäftsergebnis dargestellt, das gerade im Hinblick auf die angelegten Bewertungsmaßstäbe interpretationsbedürftig ist und von der Finanzrealität der Krankenkasse teils sogar erheblich abweichen kann.

Intention des Gesetzgebers war es jedoch, Transparenz zu den Finanzen der gesetzlichen Krankenkassen herzustellen. Konsequenterweise sollten daher in die Veröffentlichungspflicht der Krankenkassen auch Erläuterungen zu den gebuchten Forderungen und Verpflichtungen aufgenommen werden.

### Änderungsvorschlag:

§305b SGB V wird wie folgt geändert:

a) § 305b S. 1 SGB V wird wie folgt gefasst:

*„Die Krankenkassen, mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkasse, veröffentlichen im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf der eigenen Internetpräsenz zum 30. November des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung inklusive der Erläuterungen aus dem Anhang in einer für die Versicherten verständlichen Weise.“*

b) § 305b S. 3 SGB V wird wie folgt gefasst:

*„Zu veröffentlichen sind insbesondere Angaben zur Entwicklung der Zahl der Mitglieder und Versicherten, zur Höhe und Struktur der Einnahmen, zur Höhe und Struktur der Ausgaben, zur Vermögenssituation sowie Erläuterungen zu den in der Bilanz gebildeten und aufgelösten gebuchten Forderungen und Verpflichtungen.“*