

BKK Dachverband e.V.

Mauerstraße 85
10117 Berlin

TEL (030) 2700406-205

FAX (030) 2700406-222

politik@bkk-dv.de

www.bkk-dachverband.de

Stellungnahme
des BKK Dachverbandes e.V.

vom 01. Oktober 2018

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Beitragsentlastung
der Versicherten in der Gesetzlichen Kranken-
versicherung (GKV-Versichertenentlastungsge-
setz – GKV-VEG)

Inhalt

I. Vorbemerkung	4
II. Kommentierung im Detail	12
1) Abschmelzen überhöhter Finanzreserven zur Entlastung der Beitragszahler	12
2) Maßnahmenpaket zur Reduzierung von Beitragsschulden.....	14
Änderung der obligatorischen Anschlussversicherung (oAV) unter Berücksichtigung des Wohnsitzes bzw. gewöhnlichen Aufenthalts	14
Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft bei Verzug ins Ausland und bei unbekannt verzogenen Personen.....	14
Flexibilisierung der Beitragsbemessung bei freiwillig Versicherter bei fehlender Mitwirkung.....	15
Bereinigung der Beitragsschulden von freiwilligen Mitgliedern zwischen 1. August 2013 und Inkrafttreten des Gesetzes	15
3) Absenken der Mindestbeiträge für Selbständige	17
4) Altersrückstellungen bei Krankenkassen	18
III. Ergänzende Änderungen	20
1) Begrenzung des Einkommensausgleichs beim Zusatzbeitragssatz zumindest auf den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz.....	20
2) Reduktion bzw. Vermeidung von Manipulationsanfälligkeit des Morbi-RSA...21	
a) Einführung von Kodierrichtlinien für die ambulante ärztliche Versorgung (alternativ Regelung im TSVG).....	21
b) Ausschluss kassenindividueller Kodiermodule	22
c) Verbot der Beratung von Ärzten durch Krankenkassen	22
d) Überprüfung von Verträgen auf RSA-Konformität.....	23
e) Beschleunigung der Prüfungen nach §273 SGB und Herstellen von Transparenz über die Tätigkeit der Prüfstellen	23
3) Regelmäßige Evaluation des Morbi-RSA und Bereitstellung einer Datenstichprobe.....	24
4) Freiwillige finanzielle Hilfen - § 265b SGB V.....	26

5) Erhöhung der Transparenz über die Finanzsituation der gesetzlichen Krankenkassen.....27

I. Vorbemerkung

Der vorliegende Gesetzentwurf enthält verschiedene Maßnahmen mit dem Ziel einer finanziellen Entlastung der Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Dies geschieht zum einen durch die bereits im Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD verankerte **Rückkehr zur vollständigen paritätischen Finanzierung**. Arbeitgeber und Arbeitnehmer tragen künftig nicht mehr nur den allgemeinen Beitragssatz, sondern auch den kassenindividuell erhobenen Zusatzbeitragssatz gemeinsam und zu gleichen Teilen.

Darüber hinaus sieht der Entwurf auch eine Entlastung der Versicherten über eine verpflichtende Senkung des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes ab dem 01.01.2020 vor, sofern Rücklagen und Betriebsmittel der jeweiligen Krankenkasse eine bestimmte, gesetzlich neu definierte **Obergrenze der Finanzreserven** überschreiten. Diese Regelung ist politisch nachvollziehbar. Sie birgt aber unter gegenwärtigen Bedingungen erhebliche Risiken und Wettbewerbsbeeinträchtigungen, die auch der Bundesrat in seiner Empfehlung für die 970. Sitzung am 21. September 2018 richtiger Weise aufgegriffen hat. Abgesehen davon, dass die bereits heute bestehenden, entsprechenden Vorschriften des SGB V künftig tatsächlich eingehalten werden müssen – also anders, als dies heute in der Praxis vorkommt –, sehen die Betriebskrankenkassen bei der Ausgestaltung der geplanten Regelung folgenden Änderungsbedarf:

- Für die **Höhe der künftig vorzuhaltenden Finanzreserven** der Krankenkassen (Betriebsmittel und Rücklagen) schlagen die Betriebskrankenkassen eine **gestaffelte Regelung** vor:
 - **Krankenkassen mit weniger als 100.000 Mitgliedern**, statt wie im Entwurf vorgesehen 50.000 Mitgliedern, **müssen gänzlich von den Abschmelzungsregelungen ausgenommen werden**. Sie müssen ausreichend finanziellen Spielraum behalten können, wenn z. B. im Versorgungsfall teurer Krankheiten die Kosten für die Versorgung die Zuweisungen aus dem Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) weit übertreffen. Erst ab einer Kassengröße von über 100.000 Mitgliedern ist bei einer Reduzierung der Finanzreserven sichergestellt, dass das Auftreten von Hochkostenfällen (Hämophilie, Erkrankungen im Stoffwechselsystem, Beatmungsfälle, etc.) nicht kurzfristig zu existenziellen Bedrohung einer Kasse führen kann. Die grundsätzliche Herausnahme dieser Kassen von dieser Regelung vermeidet unnötige Bürokratie hinsichtlich der Antragstellung bei den Aufsichtsbehörden und Kassen sowie unnötige Interpretationsvarianzen der genehmigenden Aufsichtsbehörden, zumal die Ausnahmeanträge inhaltlich nicht definiert sind.

- Auch **traditionelle Betriebskrankenkassen** sollten vor dem Hintergrund der für sie bestehenden Haftung seitens des jeweiligen Trägerunternehmens **gänzlich von der Geltung einer Obergrenze ausgenommen** werden. Es handelt sich hier um Kassen mit kleinen, in sich geschlossenen Versichertengemeinschaften, die dennoch einen wichtigen Beitrag zur Gesundheits- und Sozialpolitik ihrer Trägerunternehmen und damit zu einer gesunden Arbeitnehmerschaft leisten. Müssen diese Kassen Rücklagen abbauen, steigt automatisch das Haftungsrisiko der Trägerunternehmen.
- **Für Krankenkassen, die mehr als 100.000 Mitglieder betreuen**, sollte die neue Obergrenze **nicht wie vorgesehen 100 Prozent, sondern 150 Prozent der durchschnittlichen Monatsausgabe** nach dem Haushaltsplan der Krankenkasse betragen. Nur so sind ausreichend Rücklagen für erwartete Ausgaben aus den gesetzlichen Regelungen der letzten Legislaturperiode sowie den Vorhaben des Koalitionsvertrages vorhanden. Mit diesem Ansatz würde somit zum einen dem politischen Ziel einer Vermögensabschmelzung Genüge getan (Reduktion der Reserven von 250 Prozent auf 150 Prozent einer Monatsausgabe) und den Krankenkassen gleichzeitig Spielraum für eine sinnvolle Gesundheitsversorgung belassen.

Für **große Kassen**, die Ausgabenausschläge besser absorbieren können, könnte zudem überlegt werden, die Monatsrücklage **auf 50 statt 100 Prozent** zu senken.

-
- Damit der Vermögensabbau bei einzelnen Kassen den GKV-Mitgliedern unmittelbar und bundesweit gleichzeitig zu Gute kommt, sprechen wir uns für eine **sofort wirkende Regelung statt Zusatzbeitragssenkungen mit dreijähriger Übergangsfrist sowie Verlängerungsoption** aus: Überschreitet eine Krankenkasse die neue Obergrenze von 150 Prozent (oder ggf. für große Kassen 50 Prozent), muss sie sofort und dauerhaft die überschießenden Mittel an den Gesundheitsfonds überweisen. Die Finanzmittel, die der Gesundheitsfonds auf diesem Wege zusätzlich erhält, sollen zu einer Absenkung des allgemeinen Beitragssatzes verwendet werden. Somit würden alle Mitglieder der GKV und die Arbeitgeber gleichermaßen entlastet.

Auch aber nicht nur in diesem Zusammenhang ist es den Betriebskrankenkassen ein Anliegen, sich frühzeitig gegenseitig finanziell helfen zu können. Bisher können die Regelungen zur **Ge-**

währung freiwilliger finanzieller Hilfen so interpretiert werden, dass diese erst greifen können, wenn die Wettbewerbs- und Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse konkret gefährdet bzw. bereits eine finanzielle Notlage (bilanzielle Überschuldung) eingetreten ist. Nur wenn die betroffenen Kassen ohne Finanzhilfen anderer Krankenkassen schließen müssten, so die Rechtsauslegung Einzelner, könnten sich die Kassen gegenseitig helfen. Aus Sicht der Betriebskrankenkassen ist es jedoch vielmehr sinnvoll, den Krankenkassen die Möglichkeit zu geben, die bestehenden, aber schwer oder gar nicht abschätzbaren Finanzrisiken frühzeitig durch finanzielle Hilfen abzusichern. Dies gilt insbesondere dann, wenn Finanzrisiken nicht durch eigenes Handeln der Krankenkasse verschuldet sind, sondern auf von der Krankenkasse nicht beeinflussbaren Faktoren, wie z.B. Gesetzesänderungen, beruhen. Für den Fall, dass der Gesetzgeber die frühzeitigen Hilfen durch die bestehenden Regelungen nicht abgedeckt sehen sollte, unterbreiten die Betriebskrankenkassen einen Vorschlag zur Ergänzung des Gesetzes.

Der Gesetzgeber verbindet das Vorhaben der Vermögensabschmelzung richtigerweise mit der Bedingung, dass zuvor eine **Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostruktur- ausgleiches** (Morbi-RSA) erfolgen muss. Schließlich sind die Finanzreserven zwischen den gesetzlichen Krankenkassen auf Grund der Verzerrungen im Morbi-RSA äußerst unterschiedlich verteilt: Einige Krankenkassen erhalten über den Morbi-RSA höhere Zuweisungen, als sie zur Deckung der Ausgaben für die Versorgung ihrer Versicherten benötigen. Entsprechend können diese Krankenkassen - oft bei gleichzeitig niedrigen Zusatzbeitragssätzen - auch hohe Rücklagen aufbauen. Andere Krankenkassen erhalten über den Morbi-RSA hingegen viel zu geringe Zuweisungen. Demzufolge sind sie gezwungen, höhere Zusatzbeitragssätze zu erheben bzw. können nur geringe Rücklagen aufbauen.

Bereits vor einer Reform des Morbi-RSA gibt es jedoch drängende Probleme, die daher schon im GKV-VEG angegangen werden sollten. Es handelt sich um Maßnahmen, die bestehende Verzerrungen sowie Manipulationsmöglichkeiten reduzieren und fehlende Transparenz beheben:

- Aus Sicht der Betriebskrankenkassen muss der **Einkommensausgleich** beim Zusatzbeitragssatz gestrichen oder mindestens auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes beschränkt werden. Hierdurch würde der aktuell auftretende Effekt reduziert, dass Krankenkassen, die bereits einen überdurchschnittlichen Zusatzbeitrag veranschlagen müssen, Krankenkassen mit besonders günstigen Beitragssätzen subventionieren. Die Benachteiligung von Krankenkassen mit vergleichsweise hohen Grundlöhnen, die ihre Versicherten vorwiegend in Ballungsräumen mit einer teuren Versorgungsstruktur betreuen, würde abgebaut oder gemindert.

- Trotz aller Bemühungen seitens des Gesetzgebers und des Bundesversicherungsamtes ist der **Morbi-RSA nach wie vor manipulationsanfällig**. Daher begrüßen die Betriebskrankenkassen ausdrücklich die vom Gesetzgeber beabsichtigte Regelung zur Änderung der obligatorischen Anschlussversicherung (oAV) hinsichtlich der rückwirkenden Bereinigung von unzulässigen Versicherungsverhältnissen (siehe dazu auch weiter unten). Mit folgenden Maßnahmen werden ferner vorhandene Einfallstore zur Manipulation geschlossen bzw. die Manipulationen erschwert:

Insofern einige der hier vorgeschlagenen Maßnahmen über das Gesetzgebungsverfahren zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) Eingang in das Sozialgesetzbuch finden, begrüßen die Betriebskrankenkassen dies ausdrücklich. Nichtsdestotrotz weisen wir auf die Eilbedürftigkeit und auf Notwendigkeit eines breiten Maßnahmenbündels hin.

- **Einführung ambulanter Kodierrichtlinien (AKR):** Ambulante Diagnosen sind maßgeblich für die Ermittlung der Zuweisungen durch den Morbi-RSA. Eine hohe Kodierqualität ist damit von großer Bedeutung. AKR schaffen Klarheit, denn sie definieren die Anwendung des gültigen internationalen Schlüsselsystems ICD-10-GM. Somit helfen sie dem Arzt bzw. Psychotherapeuten, Behandlungsdiagnosen so detailliert und spezifisch wie möglich zu verschlüsseln und die Morbidität der Patienten exakt abzubilden. AKR führen zu einer Vereinheitlichung des vertragsärztlichen Kodierverhaltens und folglich zu einer Erhöhung der Kodierqualität und Pharmakovigilanz sowie einer Verbesserung der Datengrundlage für vertragsärztliche Abrechnung (Plausibilisierung) und RSA-Berechnung.
- **Sicherstellung von Kodierneutralität in der Praxissoftware** der Ärzte: Im Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) wurde klargestellt, dass eine beratende Beeinflussung des ärztlichen Kodierverhaltens auch über den Einsatz von Praxissoftware unzulässig ist. Ergänzend hierzu bedarf es jedoch einer einheitlichen Zertifizierung von Praxissoftware durch ein unabhängiges wissenschaftliches Institut. Es stellt sicher, dass insbesondere an den Schnittstellen zwischen Praxissoftware und Modulen für Selektivverträge die Integration krankenkassenindividueller Module zur Diagnosestellung unterbleibt. Dies ist notwendig, da sich die Prüfungen der KBV aktuell lediglich auf die technische Kompatibilität dieser Schnittstellen bezieht.

- **Beratung der Vertragsärzte durch Krankenkassen verbieten:** Das Verbot einer Beratung durch Krankenkassen oder von diesen beauftragten Dritten im Hinblick auf die Vergabe und Dokumentation von Diagnosen wurde im Rahmen des HHVG noch einmal klarstellend unterstrichen. Es ist für die Prüfdienste allerdings nach eigener Aussage schwierig, dies durchgängig zu überwachen. Aus diesem Grund muss die Beratung durch Krankenkassen (insbesondere durch sog. „Arztbesuche“ in der ärztlichen Praxis) grundsätzlich verboten werden.
- **Überprüfung von Selektiv- und Qualitätsverträgen durch das Bundesversicherungsamt auf RSA-Konformität:** Neben der Überprüfung der rechtskonformen Ausgestaltung von Verträgen zur hausarztzentrierten und besonderen Versorgung durch die zuständigen Aufsichtsbehörden, soll das mit dem Finanzausgleich der Krankenkassen betraute Referat beim Bundesversicherungsamt Verträge von bundes- wie auch landesunmittelbaren Krankenkassen auf Konformität mit dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich überprüfen. So wird für alle Kassen mit einem einheitlichen Vorgehen sichergestellt, dass mittels der derartiger Verträge kein Einfluss im Hinblick auf eine Optimierung der RSA-Zuweisungen erfolgt.
- **Sicherstellung einer einheitlichen Aufsichtspraxis:** Trotz aller Bemühungen ist es bisher nicht gelungen, durchgängig ein einheitliches Vorgehen der Bundes- und Landesaufsichten bezüglich der Tatbestände herzustellen, bei denen Kassen sich zu Lasten Dritter bei den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds optimieren. Die vom Bundesrechnungshof kürzlich gerügten, widerrechtlichen Verträge einzelner Kassen mit Krankenhäusern zum Verzicht auf die Krankenhausabrechnungsprüfung sind ein aktuelles Beispiel dafür. Daher müssen sämtliche, die Zuweisungen über den Morbi-RSA betreffenden Sachverhalte einer Kasse künftig vom Bundesversicherungsamt geprüft und beschieden werden können.
- Die Akzeptanz des Morbi-RSA und wissenschaftliche Vorschläge zu seiner Weiterentwicklung krankt unter anderem daran, dass regelmäßige **Evaluationen** bezüglich der Wirkungen des Morbi-RSA auf die Kassen fehlen und keine **Datentransparenz** vorliegt. Ein Nachvollziehen von Entwicklungsvorschlägen oder die Entwicklung und damit verbunden das Einbringen eigener Ansätze ist damit nicht möglich. Gleichzeitig ist die Prüfung der Datenmeldungen zeitlich massiv verzögert. Das Bundesversicherungsamt ist laut Wissenschaftlichem Beirat erst mit der Prüfung der Daten für die Ausgleichsjahre 2010 beschäftigt. Die Ergebnisse sind ferner intransparent. Daher sollten folgende Re-

gelungen im GKV-VEG verankert werden, damit der Morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich wirklich ein „lernendes System“ mit einer permanenten Weiterentwicklung werden kann:

- **Einführung einer regelmäßigen Evaluation:** Anders, als in etlichen anderen Themen, sieht das Recht für den Morbi-RSA keine regelhafte Überprüfung dahingehend vor, ob die politisch angestrebten Ziele erreicht werden. Da der Risikostrukturausgleich als zentraler Finanzmechanismus der Gesetzlichen Krankenversicherung maßgeblich für die Flankierung eines solidarischen Wettbewerbs ist, ist eine regelmäßige Evaluation seiner Wettbewerbswirkungen erforderlich. Diese Evaluation sollte im Zwei-Jahres-Rhythmus durchgeführt werden, um im Fall von Fehlentwicklungen gesetzgeberisch frühzeitig gegensteuern zu können und gleichzeitig die Debatte um die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleiches zu versachlichen. Die Ergebnisse sind der Politik, der Wissenschaft und den gesetzlichen Krankenkassen zeitnah zur Verfügung zu stellen.
- **Einführen einer Datenstichprobe:** Derzeit verfügt nur das Bundesversicherungsamt über die Daten der Gesetzlichen Krankenversicherung. Krankenkassen und ihre Verbände, aber auch die breite Wissenschaft sind derzeit nur auf der Basis eigener Daten in der Lage, Gutachternvorschläge nachzuvollziehen und eigene Vorschläge zu Weiterentwicklung des Verfahrens einzubringen. Die Daten der anderen Kassen(arten) liegen ihnen nicht vor und müssen – verbunden mit hoher Unsicherheit bezüglich der Ergebnisse - modelliert werden. Durch die Bereitstellung eines Forschungsdatensatzes wird die Transparenz hinsichtlich der Wirkung von Reformvorschlägen erhöht und der Diskurs um die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs auf eine allgemein zugängliche, wissenschaftliche Basis gestellt.
- **Prüfungen nach § 273 SGB V beschleunigen und Transparenz über Tätigkeit der Prüfstellen herstellen:** Der Gesetzgeber hat das Bundesversicherungsamt mit der Aufgabe betraut, Verstöße gegen die gesetzlichen Vorgaben zur RSA-Datenübermittlung zu prüfen und mit Strafzahlungen zu ahnden. Dies ist im Sinne einer Vermeidung von Manipulationen und zum Erhalt des Vertrauens in die Funktionsfähigkeit des Mechanismus des Morbi-RSA auch zwingend erforderlich. Aktuell sind diese Prüfungen laut Gutachten des Wissenschaftlichen Beirates lediglich für die Ausgleichsjahre 2009 und 2010 erfolgt. Damit besteht ein erheblicher zeitlicher Verzug zum letzten abgeschlossenen Ausgleichsjahr 2016. Mit der Vorgabe, dass die kassenübergreifende Auffälligkeitsanalyse nach inner-

halb eines Jahres nach Eingang der zugehörigen Datenmeldung beim Bundesversicherungsamt zu erfolgen hat, soll diese Lücke geschlossen und damit für die gesetzlichen Krankenkassen auch (Rechts-)Sicherheit zu abgeschlossenen Ausgleichsjahren geschaffen werden. Zudem muss ein Höchstmaß an Transparenz auch über die Tätigkeit der Prüfstellen bestehen. Derzeit ist unklar, welche Krankenkassen Korrekturbeträge für welchen Verstoß zahlen müssen. Die Vorgabe, die verhängten Korrekturbeträge zusammen mit der Art des Verstoßes und dem Namen der entsprechenden Krankenkasse zu veröffentlichen, würde im Hinblick auf rechtswidrige Einflussnahmen abschreckend wirken und das Vertrauen in das System erhöhen.

Mit Einführung der **obligatorischen Anschlussversicherung (oAV)** im Jahr 2013 stieg plötzlich die Zahl der Beitragsschulden signifikant und unerklärlich an. Als Ursache wird von einer unsachgemäßen Zuordnung von Versicherten in die oAV durch die Kassen ausgegangen: Obwohl beispielsweise Saisonarbeiter schon längst in ihre Heimatländer zurückgekehrt waren, wurden sie über die oAV als „Karteileichen“ geführt. Hierfür erhielten die jeweiligen Krankenkassen ungerechtfertigte Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Daher ist die beabsichtigte Regelung einer rückwirkenden Bereinigung von unzulässigen Versicherungsverhältnissen ausdrücklich richtig. Sie darf keinesfalls aufgeweicht werden. Gleichzeitig muss verhindert werden, dass die vorgesehene Bereinigung des Versichertenbestands unterlaufen werden kann und somit das Ziel einer Reduzierung der „fiktiven“ Beitragsschulden und Rückerstattung von unzulässiger Weise erhaltenen Zuweisungen nicht erreicht wird. Folgende Anpassungen verhindern dieses:

1. Ausweitung der Prüfung auf Fälle, in denen der Kontakt zum Mitglied im Laufe einer bestehenden Mitgliedschaft verloren ging.
2. Ausweitung der Prüfung auf alle freiwilligen Mitgliedschaften.
3. Sicherstellung einer konsequenten Korrektur von RSA-Zuweisungen aus der Vergangenheit im Hinblick auf die stornierten Versicherungsverhältnisse.
4. Entwicklung eines einheitlichen und wirksamen Prüfkonzepes durch das Bundesversicherungsamt.

Die Notwendigkeit, die **Beitragsbelastung der Selbstständigen** mit geringem Einkommen zu senken und damit auf veränderte Erwerbsstrukturen zu reagieren, ist unumstritten. Der damit einhergehende Wegfall der Härtefallregelung wird ebenfalls begrüßt.

Die Betriebskrankenkassen begrüßen grundsätzlich die Möglichkeit, für **Rückstellungen im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung über Aktienanlagen**, die als hinreichend sicher

bewertet werden können, eine deutlich bessere Rendite – auch unter Berücksichtigung von Risikoabschätzungen – als über festverzinsliche Anlagen erzielen zu können. Dabei sollte im weiteren Gesetzgebungsverfahren klargestellt werden, dass eine Einbeziehung des an Rückdeckungsversicherungen übertragenen Deckungskapitals bei der Berechnung dieser Quote explizit nicht gewollt ist. Darüber hinaus schlagen wir vor abzuwägen, ob eine adäquate Aktienquote für alle Geldanlagen eingeführt werden kann.

II. Kommentierung im Detail

1) Abschmelzen überhöhter Finanzreserven zur Entlastung der Beitragszahler

(zu Artikel 1 Nr. 8 9: Änderungen der §§ 260 und 261 SGB V)

§ 260 SGB V wird wie folgt geändert:

a) § 260 SGB V Absatz 2 Satz 1 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Die nicht für die laufenden Ausgaben benötigten Betriebsmittel zuzüglich der Rücklage nach § 261 dürfen im Durchschnitt des Haushaltsjahres monatlich das 1 ½ fache des nach dem Haushaltsplan der Krankenkasse auf einen Monat entfallenden Betrages der Ausgaben für die in Absatz 1 Nummer 1 genannten Zwecke nicht übersteigen. Satz 1 gilt nicht für Krankenkassen, die zum Zeitpunkt der Haushaltsaufstellung über weniger als 100.000 Mitglieder verfügen oder deren Satzung keine Regelung nach § 173 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 dieses Buches vorsieht.“

b) Die folgenden Absätze 4 und 5 werden angefügt:

„(4) Übersteigen die nicht für die laufenden Ausgaben benötigten Betriebsmittel zuzüglich der Rücklage nach § 261 den nach Absatz 2 Satz 1 vorgegebenen Betrag, hat die Krankenkasse den übersteigenden Betrag an den Gesundheitsfonds abzuführen.

(5) Absatz 4 ist ab dem 1. Januar 2020 und nur dann anzuwenden, wenn der Risikostrukturausgleich gemäß § 268 Absatz 5 bis zum 31. Dezember 2019 gesetzlich fortentwickelt wurde.“

Begründung:

Die neue Obergrenze für die Finanzreserven der Krankenkassen (Betriebsmittel und Rücklagen) wird nicht wie vorgesehen bei 100 Prozent, sondern bei 150 Prozent festgesetzt. In den Eckpunkten des Referentenentwurfes wird unter Nr. 4 auf gesetzliche Höchstgrenzen für die Finanzreserven analog zu gesetzlichen Rentenversicherung verwiesen. Dort ist die Obergrenze der sog. Nachhaltigkeitsrücklage, die sich ebenfalls aus Betriebsmitteln und Rücklagen zusammensetzt, mit 150 Prozent einer Monatsausgabe festgesetzt. Insofern ist es sachgerecht, auch für die GKV diesen Grenzwert anzusetzen.

Der vorgesehene Übergangszeitraum von drei Jahren zum Abschmelzen der Vermögensreserven inkl. Option zur Verlängerung um zwei Jahre ist zu lang. Gleichzeitig sollten die Finanzmittel, die die neue Obergrenze für die Finanzreserve überschreiten, nicht für ein Absenken des Zusatzbeitragsatzes verwendet werden. Dies würde vor allem den Krankenkassen zusätzliche

Wettbewerbsvorteile verschaffen, die auf Grund der Verwerfungen im Morbi-RSA aktuell bereits einen niedrigen Zusatzbeitragssatz bei gleichzeitig hohen Finanzreserven aufweisen. Auch lokal schon bestehende Marktkonzentrationen würden so weiter verschärft.

Stattdessen ist es sachgerecht, dass die betroffenen Krankenkassen die überschießenden Finanzmittel (Finanzreserven > 150 Prozent) sofort und dauerhaft an den Gesundheitsfonds überweisen. Der allgemeine Beitragssatz könnte damit entsprechend gesenkt werden. Dies hätte zur Folge, dass alle GKV-Mitglieder und ihre Arbeitgeber zeitgleich und bundesweit einheitlich – statt ggf. regional und kassenbezogen - von der Entlastung profitieren könnten.

Zu Recht wird vom Gesetzgeber erkannt, dass bei kleineren Krankenkassen eine höhere Vermögensreserve zuzulassen ist. Das in der Gesetzesbegründung aufgeführte Risiko einer durch Versichertenwachstum veränderten Kassenstruktur ist sachgerecht und sinnvoll. Allerdings sollte statt der im Referentenentwurf angegebenen Obergrenze von 50.000 Mitgliedern eine maximale Mitgliederzahl von 100.000 herangezogen werden, da sich der genannte Effekt erfahrungsgemäß auch bei Krankenkassen bis zu dieser Größenordnung zeigen kann.

Ein weiterer Grund für eine notwendiger Weise abweichende Bewertung der Höhe von Betriebsmitteln und Rücklagen bei kleineren Kassen liegt darin, dass plötzlich auftretende Hochkostenfälle schnell die Existenzfrage für die Kasse generieren können. Gerade bei sehr kleinen Krankenkassen beträgt die durchschnittliche Höhe einer Monatsausgabe deutlich weniger als eine Million EUR. Bei Hochkostenfällen in der GKV (Hämophilie, Erkrankungen im Stoffwechselsystem, Beatmungsfälle, etc.) fallen erfahrungsgemäß Kosten an, die die Betriebsmittel und Rücklagen einer solchen Kasse bei einer reduzierten Obergrenze (auch im Falle des eineinhalbfachen einer Monatsausgabe) unmittelbar aufzehren. Eine Gegenfinanzierung über Zuweisungen aus dem Morbi-RSA erfolgt hierfür nur unzureichend. Für die angesprochenen Kassen könnten aus einer Reduzierung des zulässigen Maximalvermögens unmittelbar existenzbedrohende Situationen resultieren. Sogar kurzfristige Liquiditätsengpässe müssten befürchtet werden. Regelungen im Rahmen der Haftungsprävention bis hin zu Kassenschließungen stellen grundsätzlich keine sachgerechten Lösungen solcher Situationen dar. Vielmehr müssen auch kleinere Krankenkassen aus eigener Kraft in der Lage sein, entsprechende Risiken mit höheren Rücklagen abzufedern.

Kassen mit weniger als 100.000 Mitglieder sollten zur Vermeidung unnötiger Bürokratie hinsichtlich eines Antragsverfahrens grundsätzlich von den Regelungen ausgenommen werden. Was diese Anträge beinhalten müssen, ist nicht definiert und lässt unterschiedlichen Interpretationsspielraum bei den Aufsichtsbehörden zu. Die Konsequenz wären langwierige, bürokratische und aufwändige Verfahren und Prozesse, sowohl auf Seiten der Krankenkassen als auch bei den Aufsichtsbehörden. Letztlich wären weitere Wettbewerbsverzerrungen die Folge.

Gleichermaßen gilt diese Argumentation und Forderung nach einer generellen Ausnahme von der Regelung auch für traditionelle bzw. geschlossene Betriebskrankenkassen, die in der Regel eine kleine, in sich geschlossene Versichertengemeinschaft sind. Hinzu kommt jedoch, dass bei traditionellen Betriebskrankenkassen das Haftungsrisiko primär nicht beim Haftungsverbund „Kassenart“, sondern beim jeweiligen Trägerunternehmen liegt. Diesem würde durch die aktuell vorgesehene Regelung vom Gesetzgeber ein unkalkulierbares Risiko auferlegt werden. Deshalb sollte für die traditionellen Betriebskrankenkassen grundsätzlich keine Pflicht zur Absenkung der Finanzreserven bestehen.

2) Maßnahmenpaket zur Reduzierung von Beitragsschulden

Änderung der obligatorischen Anschlussversicherung (oAV) unter Berücksichtigung des Wohnsitzes bzw. gewöhnlichen Aufenthalts

(zu Artikel 1 Nr. 4: Änderung § 188 SGB V)

Dem Gesetzentwurf nach soll eine oAV künftig dann nicht mehr begründet werden, wenn die Krankenkasse im Anschluss an eine Pflichtmitgliedschaft bzw. eine Familienversicherung keinen Kontakt mehr zum Versicherten hat und dies auch entsprechend nachweisen kann. Dabei regelt der GKV-Spitzenverband das Nähere zu den Ermittlungspflichten.

Die Betriebskrankenkassen begrüßen die vorgesehene Änderung. Die Übertragung der Regelungskompetenz hinsichtlich der Ermittlungspflichten der Krankenkassen auf den GKV-Spitzenverband entspricht dabei einer wesentlichen Forderung der Betriebskrankenkassen.

Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft bei Verzug ins Ausland und bei unbekannt verzogenen Personen

(zu Artikel 1 Nr. 5: Änderung § 191 SGB V)

Die Ergänzung des § 191 SGB V wird begrüßt. Sie stellt eine flankierende Maßnahme für die Fälle dar, in denen eine freiwillige Mitgliedschaft begründet wurde, im weiteren Verlauf jedoch das Mitglied ins Ausland verzogen bzw. kein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Inland ermittelbar ist.

Die Gesetzesbegründung ist um zwei Punkte zu ergänzen:

- 1) Die Prüfung der Nichtinanspruchnahme von Leistungen sollte im Rahmen von § 191 Nummer 4 SGB V auf Leistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland beschränkt sein.
- 2) Sind die Voraussetzungen des § 191 Nummer 4 SGB V erfüllt, ist nicht nur die freiwillige Mitgliedschaft des Betroffenen, sondern sind auch die über diese Mitgliedschaft begründete Familienversicherungen zu beenden. Eine Überführung der bisher familienversicherten Angehörigen, die sich ebenfalls nicht mehr im Inland aufhalten, in die oAV sollte konsequenterweise ausgeschlossen werden.

Flexibilisierung der Beitragsbemessung bei freiwillig Versicherter bei fehlender Mitwirkung

(zu Artikel 1 Nr. 6: Änderung § 240 Absatz 1 SGB V)

Die Betriebskrankenkassen begrüßen die Neuregelung.

Soweit allerdings die Begründung des Gesetzentwurfs dahin gedeutet werden kann, dass die Krankenkassen gegebenenfalls Bedürftigkeitsprüfungen im Sinne des SGB II bzw. SGB XII vornehmen sollten, wäre das systemfremd und nicht darstellbar. Die Begründung sollte dahingehend geändert werden, dass anstelle der Krankenkassen der GKV-Spitzenverband einheitliche Vorgaben definiert. Dabei sollte ein Gleichklang zu der im Referentenentwurf eines Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) in Artikel 1 Nummer 9 (§ 16 Absatz 3a SGB V) vom 23. Juli 2018 vorgesehenen Regelung hergestellt werden.

Bereinigung der Beitragsschulden von freiwilligen Mitgliedern zwischen 1. August 2013 und Inkrafttreten des Gesetzes

(zu Artikel 1 Nr. 12: § 323 SGB V – neu)

Absatz 2 SGB V wird wie folgt formuliert:

„Freiwillige Mitgliedschaften, sind mit Wirkung ab Beginn der Mitgliedschaft aufzuheben, wenn seit diesem Zeitpunkt die Krankenkasse trotz Ausschöpfung der ihr zur Verfügung stehenden Ermittlungsmöglichkeiten weder den Wohnsitz noch den gewöhnlichen Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs ermitteln konnte; weitere Voraussetzung ist, dass in diesem Zeitraum keine Beiträge entrichtet wurden und weder das Mitglied noch seine familienversicherten Angehörigen Leistungen in Anspruch genommen haben. Wurden die Voraus-

setzungen nach Satz 1 erst ab einem bestimmten Zeitpunkt im Verlauf der freiwilligen Mitgliedschaft erfüllt, ist § 191 Nummer 4 entsprechend anzuwenden. Satz 2 gilt für Mitgliedschaften, die ab dem 1. August 2013 begründet wurden.“

Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Für das Verfahren nach Absatz 4 und die Prüfung nach Absatz 5 melden die Krankenkassen dem Bundesversicherungsamt und den mit der Prüfung nach § 274 befassten Stellen versichertenbezogen und je Berichtsjahr die Versichertentage der Mitgliedschaften, die seit der letzten Korrekturmeldung der Versichertenzeiten des betreffenden Berichtsjahres aufgehoben wurden und den Kriterien des § 323 Absatz 2 entsprechen.“

In Absatz 5 wird folgender Satz angefügt:

„Das Bundesversicherungsamt legt nach Anhörung der mit der Prüfung nach § 274 befassten Stellen und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen das Nähere bezüglich der zu prüfenden Datengesamtheit sowie zum Prüfverfahren nach Satz 1 und 2 fest.“

Begründung:

Die zum Zwecke der beabsichtigten Reduzierung von Beitragsrückständen infolge problematischer Mitgliedschaften für den Personenkreis der Selbstzahler durchzuführende Bereinigung der Mitgliederbestände um „ungeklärte passive“ Mitgliedschaften ist hinsichtlich der konkreten Verfahrensvorgaben in verschiedener Hinsicht kritisch zu bewerten.

Insbesondere erfüllen die in Absatz 2 beschriebenen Kriterien der rückwirkenden Aufhebung der obligatorischen Anschlussversicherung nicht das in der Gesetzesbegründung definierte Ziel, den Mitgliederbestand „im Gleichklang mit den Neuregelungen in § 188 Absatz 4 Satz 4 und § 191 Nummer 4 zu bereinigen“. Die Regelung erfasst nur die Versicherungsverhältnisse im Sinne des § 188 Absatz 4 SGB V, bei denen der Aufenthaltsort des Betroffenen seit Beginn der Mitgliedschaft nicht feststellbar war, und entspricht daher nur den Sachverhalten im Sinne des neuen § 188 Absatz 4 Satz 4 SGB V. Dagegen werden die Mitgliedschaftsverhältnisse, bei denen das Mitglied erst ab einem bestimmten Zeitpunkt für die Mitteilungen der Krankenkasse nicht erreichbar war (Sachverhalte im Sinne des § 191 Nummer 4 SGB V) von der angedachten Bestandsbereinigung nicht erfasst. Darüber hinaus erweckt die gewählte Formulierung „wenn

die Krankenkasse keinen Kontakt zum Mitglied herstellen konnte“ zusammen mit den ergänzenden Hinweisen in der Gesetzesbegründung den Eindruck, dass von der vergangenheitsbezogenen Bereinigung der Mitgliederbestände ein breiterer Personenkreis angesprochen wird als künftig von der Regelung des § 188 Absatz 4 SGB V; dies sollte entsprechend harmonisiert werden.

Die vorgesehenen Regelungen des § 323 Abs. 3 und 5 SGB V zur Prüfung der Bereinigung durch die Prüfdienste beziehen sich ausschließlich auf nach § 323 Abs. 1 und 2 SGB V stornierte Mitgliedschaften. Diese Bestimmungen sind aber aktuell noch nicht in Kraft, mit der Folge, dass eine vor dem Inkrafttreten bereinigte Mitgliedschaft als nicht nach § 323 Abs. 1 und 2 SGB V bereinigt gälte und damit nicht in das Prüf- und Rückzahlungsverfahren von § 323 Abs. 3 und 5 SGB V fiele. Um sicherzustellen, dass die Rückzahlung von Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für bereinigte Versicherungszeiten nicht durch eine Bereinigung des Mitgliederbestandes vor dem Inkrafttreten des Gesetzes umgangen werden kann, bedarf es in Absatz 3 einer Ergänzung, dass auch die Versichertentage der Mitgliedschaften einschließlich Familienversicherter zu melden sind, bei denen seit der letzten Korrekturmeldung Versichertenzeiten des betreffenden Berichtsjahres aufgehoben wurden. Die Ergänzung bewirkt, dass § 323 SGB V auch für alle Mitgliedschaften gilt, die bis zum Inkrafttreten des GKV-VEG außerhalb der Regelung nach § 323 SGB V storniert wurden.

Weiterhin ist u. E. hinsichtlich der in § 323 Absatz 5 vorgesehenen Prüfung der Bestandsbereinigung durch die Prüfdienste des Bundes und der Länder eine entsprechende Bestimmung des Bundesversicherungsamtes zu Art und Umfang der durchzuführenden Prüfung erforderlich. Dies dient der Sicherstellung der Einheitlichkeit der Prüfungen, insbesondere vor dem Hintergrund eines hierfür aufgrund des Prüfumfanges eventuell erforderlichen Stichprobenverfahrens. Sollte die Prüfung der Bestandsbereinigung nicht im Rahmen einer Vollerhebung durchgeführt werden können, bedarf es zur inhaltlichen Legitimation und Akzeptanz festgestellter Rückzahlungsbeträge, die zudem einen Aufschlag enthalten, eines mit dem GKV-Spitzenverband abgestimmten Hochrechnungsverfahrens.

3) Absenken der Mindestbeiträge für Selbständige

(zu Artikel 2 Nr. 3: Änderung § 240 Absatz 4 SGB V)

Die Betriebskrankenkassen begrüßen die Absenkung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für hauptberuflich selbständige Mitglieder sowie den Wegfall der sogenannten Härtefallregelung ausdrücklich.

4) Altersrückstellungen bei Krankenkassen

(zu Artikel 1 Nr. 2: Änderung § 171e SGB V)

Die Betriebskrankenkassen begrüßen grundsätzlich die Möglichkeit, über Aktienanlagen, die als hinreichend sicher bewertet werden können, eine deutlich bessere Rendite – auch unter Berücksichtigung von Risikoabschätzungen – als über festverzinsliche Anlagen erzielen zu können. Dabei sollte im weiteren Gesetzgebungsverfahren klargestellt werden, dass eine Einbeziehung des an Rückdeckungsversicherungen übertragenen Deckungskapitals bei der Berechnung dieser Quote explizit nicht gewollt ist.

Derzeit ist es auf Grund des äußerst niedrigen Zinsniveaus (teilweise sogar einer negativen Verzinsung) problematisch, interessante Geldanlagemöglichkeiten insbesondere für kurze Zeiträume, bis zu zwei Jahre, zu generieren. Insofern ist eine Neuausrichtung aus unserer Sicht notwendig und zielführend. Aus Sicht der Betriebskrankenkassen sollte deshalb grundsätzlich erwogen werden, ob eine adäquate Aktienquote nicht nur im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung, sondern für alle Geldanlagen eingeführt werden kann. Neben Aktien-Investitionen sollten grundsätzlich auch Investitionen in Unternehmensanleihen (nicht als Einzeltitel, sondern im Rahmen von Fondsanlagen, die bestimmten Sicherheitsanforderungen genügen müssen, z. B. Rating, staatsnahe Unternehmen, d. h. in Besitz von EU-Staaten, Gebietskörperschaften oder öffentlichen Einrichtungen) sowie die Möglichkeit der Beteiligung an Finanzierungsmaßnahmen von öffentlichem Interesse ermöglicht werden (wie z. B. Modernisierung von kommunalen Seniorenheimen, Schulen, Kindertagesstätten, Aufbau einer Infrastruktur für e-Mobilität). Hierzu ist auf konkrete Finanzierungskonzepte abzustellen. Darüber hinaus sind geeignete Absicherungen, wie Grundschuld, Verpfändung und Abtretungserklärungen, vorzuschreiben.

Wir sehen unsere Vorschläge hierbei im Kontext des Grundsatzes der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit (§ 69 Absatz 2 SGB IV) sowie einer notwendigen Flexibilisierung. Mit der Reform der Einlagensicherung zum 1. Oktober 2017 sind Schuldscheindarlehen aus der Einlagensicherung herausgenommen worden, Anlagen in Schuldscheindarlehen sind damit nicht mehr möglich. Mittelfristig werden alle Geldanlagen mit einer Laufzeit von mehr als 18 Monaten aus der Einlagensicherung herausgenommen. Die Reform der freiwilligen Einlagensicherung mit Wirkung ab 1. Oktober 2017 bzw. 1. Januar 2020 verschärft das Problem zusätzlich.

Die derzeitigen gesetzlichen Rahmenbedingungen setzen enge Grenzen für nachhaltiges Handeln (§§ 80 ff. SGB IV) im Rahmen der Geldanlagen. Das führt dazu, dass Nachhaltigkeitsaspekte derzeit kaum berücksichtigt werden. Die Betriebskrankenkassen treten daher für eine

Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V. vom 01.10.2018 zum Entwurf eines Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung



Erweiterung der Geldanlagemöglichkeiten mit Nachhaltigkeitskriterien ein. Über die Etablierung eines Nachhaltigkeitsleitfadens für die Sozialversicherung könnten verbindliche Regelungen zur Sicherung eines Qualitätsstandards erreicht werden.

III. Ergänzende Änderungen

1) Begrenzung des Einkommensausgleichs beim Zusatzbeitragssatz zumindest auf den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz

§ 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:

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

Begründung:

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 Zusatzbeitragsatzes begrenzt wird. Muss eine Krankenkasse einen Zusatzbeitragsatz über dem durchschnittlichen Zusatzbeitragsatz erheben, erfolgt für den übersteigenden Prozentsatz kein Einkommensausgleich.

2) Reduktion bzw. Vermeidung von Manipulationsanfälligkeit des Morbi-RSA

a) Einführung von Kodierrichtlinien für die ambulante ärztliche Versorgung (alternativ Regelung im TSVG)

Dem § 295 Absatz 3 SGB V wird der folgende Satz 2 angefügt:

„Die Vertragsparteien nach Satz 1 vereinbaren bis zum (Datum einfügen) Richtlinien für die Vergabe und Dokumentation der Schlüssel nach Absatz 1 Satz 5 für die Abrechnung und Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen (Kodierrichtlinien); § 87 Absatz 6 gilt entsprechend.“

Begründung:

Im Rahmen der vertragsärztlichen Vergütung greift der Bewertungsausschuss zur Bestimmung der Morbidität der Versicherten auf ein Patientenklassifikationssystem zurück, dessen Grundlage ambulante Behandlungsdiagnosen sind. Ambulante Diagnosen sind ebenfalls maßgeblich für die Ermittlung der Zuweisungen durch den Morbi-RSA. Eine hohe Kodierqualität ist damit von ausschlaggebender Bedeutung.

Ambulante Kodierrichtlinien (AKR) schaffen Klarheit, denn sie definieren die Anwendung des gültigen internationalen Schlüssel systems ICD-10-GM. Somit helfen sie dem Arzt bzw. Psychotherapeuten, Behandlungsdiagnosen so detailliert und spezifisch wie möglich zu verschlüsseln und die Morbidität der Patienten exakt abzubilden. AKR führen zu einer Vereinheitlichung des vertragsärztlichen Kodierverhaltens und folglich zu einer Erhöhung der Kodierqualität und Pharmakovigilanz sowie einer Verbesserung der Datengrundlage für vertragsärztliche Abrechnung (Plausibilisierung) und RSA-Berechnung. Des Weiteren liefern AKR eine valide Datengrundlage für die Versorgungsforschung, erleichtern die Messung von Qualität und bilden die Basis für die Etablierung und Implementierung sektorenübergreifender Qualitätssicherungsinstrumente.

Wie im DRG-System ("Diagnosis Related Groups") bedarf es daher auch im ambulanten Bereich Richtlinien zur Dokumentation von Diagnosen. Die Vereinbarung von Kodierrichtlinien und deren Verankerung in der Arztabrechnungssoftware durch die Bundesmantelvertragspartner hat bis spätestens (Datum einfügen) zu erfolgen.

b) Ausschluss kassenindividueller Kodiermodule

Dem § 295 Absatz 3 SGB V werden folgende Sätze 3 und 4 angefügt:

„Mit der Entwicklung der ambulanten Kodierrichtlinien nach Satz 1 ist ein unabhängiges wissenschaftliches Institut zu beauftragen, das Institut wird darüber hinaus mit der Konzeption und Durchführung eines einheitlichen Zertifizierungsverfahrens für den Einsatz von allgemeiner und Abrechnungssoftware für Selektivverträge in den Arztpraxen beauftragt. Individuelle Kodiervereinbarungen zwischen Kassen und Leistungserbringern sind unzulässig.“

Begründung:

Im Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) wurde klargestellt, dass eine beratende Beeinflussung des ärztlichen Kodierverhaltens auch über den Einsatz von Praxissoftware unzulässig ist. Ergänzend hierzu bedarf es einer einheitlichen Zertifizierung von Praxissoftware durch ein unabhängiges wissenschaftliches Institut, um sicherzustellen, dass Manipulationen über sogenannte Schnittstellen zur Praxissoftware wirksam ausgeschlossen werden. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt wird lediglich die technische Kompatibilität dieser Schnittstellen durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung überprüft. Die Inhalte bleiben jedoch ungeprüft. Über die Zertifizierung kann sichergestellt werden, dass innerhalb einer Praxissoftware die Integration krankenkassenindividueller Module zur Diagnosestellung unterbleibt. Die Zertifizierung soll sich nicht nur auf die Regelversorgung, sondern auch auf die Module zur Abrechnung zur Hausarztzentrierten Versorgung, Modellvorhaben sowie Selektivverträge der Krankenkassen beziehen.

Eine „einseitige Beeinflussung der Diagnosedokumentation zugunsten von Einzelkrankenkassen oder Krankenkassenarten“ ist damit ausgeschlossen.

c) Verbot der Beratung von Ärzten durch Krankenkassen

§ 305a SGB V wird wie folgt geändert:

In der Aufzählung in Satz 1 ist der Zusatz „und die Krankenkassen“ zu streichen.

Begründung:

Das Verbot einer Beratung durch Krankenkassen oder von diesen beauftragten Dritten im Hinblick auf die Vergabe und Dokumentation von Diagnosen wurde im Rahmen des HHVG noch

einmal klarstellend unterstrichen. Es ist für die Prüfdienste allerdings nach eigener Aussage schwierig, dies durchgängig zu überwachen. Aus diesem Grund muss die Beratung durch Krankenkassen (insbesondere durch sog. „Arztbesuche“ in der ärztlichen Praxis) grundsätzlich verboten werden.

d) Überprüfung von Verträgen auf RSA-Konformität

§ 272 SGB V wird wie folgt gefasst:

„Das Bundesversicherungsamt prüft sämtliche Verträge im Hinblick auf Konformität mit dem Finanzausgleich der Krankenkassen.“

Begründung:

Losgelöst von der Überprüfung einer rechtskonformen Ausgestaltung im Rahmen des Genehmigungsverfahrens durch die zuständigen Aufsichtsbehörden, hat das speziell mit dem Finanzausgleich der Krankenkassen betraute Referat beim Bundesversicherungsamt die Verträge von bundes- wie auch von landesunmittelbaren Krankenkassen auf Konformität mit dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zu überprüfen. Dies gilt für alle Verträge – auch Bestandsverträge – auf deren Grundlage Daten in den Morbi-RSA gemeldet werden. Mit der Prüfung wird sichergestellt, dass mittels der Verträge kein Einfluss auf Kodierung zu RSA-Zwecken erfolgt.

e) Beschleunigung der Prüfungen nach §273 SGB und Herstellen von Transparenz über die Tätigkeit der Prüfstellen

§ 273 SGB V wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Die kassenübergreifende Auffälligkeitsanalyse nach Absatz 2 Satz 3 hat innerhalb eines Jahres nach Eingang der zugehörigen Datenmeldung beim Bundesversicherungsamt zu erfolgen.“

b) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 5a eingefügt:

„(5a) Die Art des Verstoßes gegen die Vorgaben des § 268 Absatz 3 Satz 1, 2 und 14, die Höhe des ermittelten Korrekturbetrages sowie der Name der betroffenen Krankenkasse sind auf der Homepage des Bundesversicherungsamtes zu veröffentlichen. Sofern der Verstoß nach Satz 1 unaufgefordert und unmittelbar nach Bekanntwerden durch die

betroffene Krankenkasse angezeigt wurde, erfolgt keine Veröffentlichung des Kassennamens.“

Begründung:

Der Gesetzgeber hat das Bundesversicherungsamt mit der Aufgabe betraut, Verstöße gegen die gesetzlichen Vorgaben zur RSA-Datenübermittlung zu prüfen und mit Strafzahlungen zu ahnden. Dies ist im Sinne einer Vermeidung von Manipulationen und zum Erhalt des Vertrauens in die Funktionsfähigkeit des Mechanismus des Morbi-RSA auch zwingend erforderlich.

Der Wissenschaftliche Beirat beim BVA stellt in seinem aktuellen Gutachten zur Evaluation des Morbi-RSA jedoch fest, dass diese Prüfungen bislang lediglich für die Ausgleichsjahre 2009 und 2010 erfolgt sind. Damit besteht ein erheblicher zeitlicher Verzug zum letzten abgeschlossenen Ausgleichsjahr 2016. Mit der Vorgabe, dass die kassenübergreifende Auffälligkeitsanalyse nach innerhalb eines Jahres nach Eingang der zugehörigen Datenmeldung beim Bundesversicherungsamt zu erfolgen hat, soll diese Lücke geschlossen und damit für die gesetzlichen Krankenkassen auch (Rechts-)Sicherheit zu abgeschlossenen Ausgleichsjahren geschaffen werden.

Zudem muss ein Höchstmaß an Transparenz auch über die Tätigkeit der Prüfstellen bestehen. Derzeit ist unklar, welche Krankenkassen Korrekturbeträge für welchen Verstoß zahlen müssen. Die Vorgabe, die verhängten Korrekturbeträge zusammen mit der Art des Verstoßes und dem Namen der entsprechenden Krankenkasse zu veröffentlichen, würde im Hinblick auf rechtswidrige Einflussnahmen abschreckend wirken und das Vertrauen in das System erhöhen. Von der Veröffentlichung des Namens der Krankenkasse sollte abgesehen werden, wenn die Krankenkasse den Verstoß selbst und unaufgefordert beim Bundesversicherungsamt anzeigt.

3) Regelmäßige Evaluation des Morbi-RSA und Bereitstellung einer Datenstichprobe

§ 268 Absatz 3 SGB V wird wie folgt gefasst:

„Die Wirkungen des Risikostrukturausgleichs auf den Krankenkassenwettbewerb sind regelmäßig im Zwei-Jahres-Rhythmus, erstmalig für das Ausgleichsjahr 2017, zu evaluieren. Die Vergabe der Gutachtenaufträge erfolgt durch das Bundesversicherungsamt. Das Bundesversicherungsamt veröffentlicht die Ergebnisse der Gutachten auf seiner Homepage und stellt sie in einem Bericht im Deutschen Bundestag vor.

Das Bundesversicherungsamt stellt den gesetzlichen Krankenkassen und der Wissenschaft jährlich und rückwirkend ab dem Jahr 2015 einen Datensatz in Form einer kassenarten-übergreifenden einfachen Zufallsstichprobe für Forschungsarbeiten und zur Weiterentwicklung des Morbi-

RSA zur Verfügung. Der Datensatz repräsentiert zehn Prozent der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung. Er enthält die anonymisierten, um die Kassenzuordnung bereinigten Daten aus dem Standardverfahren des Risikostrukturausgleichs sowie aus den Satzarten zu den Sondergutachten des Bundesversicherungsamtes zum Stand des jeweiligen Schlussausgleichs. Vor der Datenbereitstellung für das Ausgleichsjahr 2018 ist das Stichprobenverfahren in Bezug auf Güte, Stichprobengröße und mögliche Schichtung der Stichprobe gutachterlich zu bewerten.“

Begründung:

Für viele Sachverhalte sieht das Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung bereits (regelmäßig) eine Überprüfung dahin vor, ob die politisch angestrebten Ziele erreicht werden. Für den Risikostrukturausgleich und seine Auswirkungen auf den Wettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen besteht diese Vorgabe nicht. Da der Risikostrukturausgleich als zentraler Finanzmechanismus der Gesetzlichen Krankenversicherung maßgeblich für die Flankierung eines solidarischen Wettbewerbs ist, ist eine regelmäßige Evaluation seiner Wettbewerbswirkungen erforderlich. Diese Evaluation ist gesetzlich verankert im Zwei-Jahres-Rhythmus durchzuführen. Damit besteht die Möglichkeit, im Fall von Fehlentwicklungen gesetzgeberisch frühzeitig gegenzusteuern und gleichzeitig die Debatte um die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs zu versachlichen. Die Gutachtaufträge werden an Wissenschaftler ohne Interessenskonflikte vergeben. Die Ergebnisse der regelmäßigen Evaluation sind der Politik, der Wissenschaft und den gesetzlichen Krankenkassen zeitnah zur Verfügung zu stellen.

Der Morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich als „lernendes System“ unterliegt nach § 268 SGB V einer permanenten Weiterentwicklung. Aufgrund fehlender Daten über die Gesetzliche Krankenversicherung sind Krankenkassen und ihre Verbände, aber auch die breite Wissenschaft, derzeit nur eingeschränkt in der Lage, Gutachternvorschläge nachzuvollziehen und eigene Vorschläge zu Weiterentwicklung des Verfahrens einzubringen. Durch die Bereitstellung eines Forschungsdatensatzes wird die Transparenz hinsichtlich der Wirkung von Reformvorschlägen erhöht und der Diskurs um die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs auf eine allgemein zugängliche, wissenschaftliche Basis gestellt.

In den Jahren 2009 bis 2012 wurde bereits eine Stichprobe zur Bestimmung der Kostengewichte des MRSA genutzt. Die Größe der Stichprobe wurde unter Bezugnahme eines wissenschaftlichen Gutachtens auf rund sieben Prozent der Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung festgelegt. Auch wenn im Jahr 2013 auf Empfehlung des wissenschaftlichen Beirats beim Bundesversicherungsamt das Verfahren auf eine Vollerhebung umgestellt wurde, erscheint die Festsetzung der Stichprobengröße auf zehn Prozent der Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung sachgerecht: Sie reduziert die damals konstatierten Mängel der

Stichprobe und trägt gleichzeitig der seither erfolgten Ausdifferenzierung des Klassifikationsmodells im Risikostrukturausgleich Rechnung. Die Stichprobengüte, das Stichprobenverfahren und die Stichprobengröße sollen zeitnah auf Basis eines statistischen Gutachtens einer Bewertung unterzogen werden. Das Gutachten soll konkrete Verbesserungsvorschläge, insbesondere zur Güte der Stichprobe, enthalten.

Zur Wahrung des Datenschutzes werden die Daten anonymisiert. Zum Schutz der Wettbewerbsinteressen der Krankenkassen wird die Zuordnung der Daten zu den einzelnen Krankenkassen eliminiert.

4) Freiwillige finanzielle Hilfen - § 265b SGB V

§ 265b SGB V wird wie folgt geändert:

- a. In Absatz 1 Satz 1 werden die Worte „*derselben Kassenart*“ gestrichen.
- b. In Absatz 1 Satz 1 wird in Nr. 2 ein Komma eingefügt sowie das Wort „*oder*“ gestrichen.
- c. In Absatz 1 Satz 1 wird eine Nr. 3 „*sie vor sonstigen finanziellen Risiken zu schützen oder*“ hinzugefügt.
- d. Absatz 1 Nr. 3 wird zu Absatz 1 Nr. 4.
- e. In Absatz 1 Satz 2 wird vor „*Hilfeleistung*“ der Passus „*im Zeitpunkt der Leistungsgewährung bestimmbar*“ eingefügt.

Begründung:

Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 setzen die bereits existierende oder eine drohende Notsituation einer Krankenkasse bzw. das Vorliegen eines Haftungsfalles voraus. Es ist jedoch nicht in jedem Fall sachgerecht, vor der Gewährung finanzieller Hilfen zunächst abzuwarten, bis die Wettbewerbs- und Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse konkret gefährdet bzw. bereits eine finanzielle Notlage (bilanzielle Überschuldung) eingetreten ist, die – ohne Finanzhilfen anderer Krankenkassen – eine Kassenschließung unumgänglich machen würde. Vielmehr ist es sinnvoll, den Krankenkassen die Möglichkeit zu geben, die bestehenden, aber schwer oder gar nicht abschätzbaren Finanzrisiken frühzeitig durch finanzielle Hilfen abzusichern. Dies gilt insbesondere dann, wenn Finanzrisiken nicht durch eigenes Handeln der Krankenkasse verschuldet sind, sondern auf von der Krankenkasse nicht beeinflussbaren Faktoren wie Gesetzesänderungen beruhen.

Die Jahresabschlüsse der Krankenkassen etwa sind durch die Bildung von Schätzverpflichtungen geprägt, da zum Erstellungszeitpunkt weder die Abrechnungen der Leistungserbringer für das jeweilige Geschäftsjahr vollständig vorliegen, noch die Einnahmehasis abschließend geklärt ist. So findet die Schlussabrechnung des Gesundheitsfonds (der auch den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich beinhaltet) erst ein halbes Jahr nach Aufstellung der Jahresrechnung für das betroffene Ausgleichsjahr statt. Durch diese Situation wird eine Krankenkasse dem Risiko ausgesetzt, zum Zeitpunkt der Haushaltsplanung ihre tatsächliche Finanzlage nicht richtig einzuschätzen.

Es sollte den Krankenkassen daher möglich sein, bereits frühzeitig und präventiv Verträge über finanzielle Hilfeleistungen zu schließen und hierüber z. B. auch Haftungsverbünde einzugehen.

In Verträgen nach Absatz 1 ist Näheres über den Umfang, die Finanzierung und die Durchführung der Hilfeleistungen zu regeln. Hierzu bestimmen die Vertragsparteien u. a. bereits im Zeitpunkt des Vertragsschlusses die Zahlungsverpflichtungen und Ansprüche oder aber ein Regelsystem, durch welches die Verpflichtungen und Ansprüche im Zeitpunkt der Leistungsgewährung bestimmbar werden. Da Verträge nach Absatz 1 Nr. 3 Krankenkassen bereits frühzeitig vor Finanzrisiken schützen und damit präventiv, d.h. vor Realisierung eines Risikos, wirken sollen, ist die Höhe der Leistungsgewährung sowie die Bestimmung von Gläubiger und Schuldner im Zeitpunkt des Vertragsschlusses nicht unbedingt absehbar. Um dem Bestimmtheitsgrundsatz dennoch Rechnung zu tragen, muss bei Vertragsschluss zumindest ein Regelsystem vereinbart werden, nach welchem sich später die Höhe der Verpflichtungen sowie die Gläubiger und Schuldner klar bestimmen lassen. Darüber hinaus soll in den Verträgen nach Nr. 3 sichergestellt werden, dass Zahlungsverpflichtungen nicht dazu führen, dass der Schuldner durch die Verpflichtung nicht selbst in eine finanzielle Notlage gerät.

5) Erhöhung der Transparenz über die Finanzsituation der gesetzlichen Krankenkassen

§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 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.“

Begründung:

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 nicht gebildet werden müssten, aber Risiken in der Zukunft abfedern. Der Öffentlichkeit und dem Versicherten bekannt wird somit ein Geschäftsergebnis, 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.