

BKK Dachverband e.V.

Mauerstraße 85

10117 Berlin

TEL (030) 2700406-0

FAX (030) 2700406-222

politik@bkk-dv.de

www.bkk-dachverband.de

Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V.

vom 11. Januar 2017

zum

Entwurf eines Gesetzes zur
Verbesserung der Handlungsfähigkeit der
Selbstverwaltung der
Spitzenorganisationen in der GKV sowie zur
Stärkung der über sie geführten
Aufsicht
(GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz –
GKV-SVSG)

Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung	3
II. Detailkommentierung	5
Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	
Nr. 11	
§ 217b Organe_____	5
Nr. 12	
§ 217d Aufsicht, Haushalts- und Rechnungswesen, Vermögen, Statistiken_____	7
Nr. 13	
§ 217e Satzung_____	8
Nr. 14	
§ 217g Aufsichtsmittel in besonderen Fällen_____	9
Nr. 14	
§ 217h Entsendete Person für besondere Angelegenheiten bei dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen _____	11
Nr. 15	
§ 219 Arbeitsgemeinschaften und Beteiligungen_____	13
Nr. 16	
§ 274 Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung_____	15
Artikel 2 – Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch	
§ 46 Abs. 6 Pflegekassen_____	18
III. Weiterer Änderungsbedarf	19

I. Vorbemerkung

Mit dem „Gesetzes zur Verbesserung der Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung der Spitzenorganisationen in der GKV sowie zur Stärkung der über sie geführten Aufsicht“ will der Gesetzgeber die interne und externe Kontrolle der Selbstverwaltungskörperschaften auf Bundesebene durch eine Vereinheitlichung der Regelungen zur staatlichen Aufsicht und die Einführung passgenauerer und gestraffter Verfahren weiterentwickeln. Er reagiert damit auf die jüngsten Vorgänge in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), was aus Sicht der Betriebskrankenkassen verständlich ist. Allerdings sollte mit mehr Augenmaß vorgegangen werden. Die Missstände in einer einzelnen Organisation sollten nicht Maßstab für weitreichende Veränderungen und Eingriffe in die Selbstbestimmtheit der weiteren Selbstverwaltungsorgane sein.

Insofern lehnen die Betriebskrankenkassen die Regelungen des Gesetzentwurfs, die den GKV-SV betreffen, weitgehend ab.

Dies auch vor dem Hintergrund, dass insgesamt eine Stärkung der Selbstverwaltung in diesem Gesetzentwurf nicht erkennbar ist, auch wenn einige Regelungen im Vergleich zum Referentenentwurf abgemildert wurden. So begrüßt der BKK Dachverband die Streichung des im Referentenentwurf vorgesehenen § 217d Absatz 3 zu Inhaltsbestimmungen bei unbestimmten Rechtsbegriffen ausdrücklich. Dennoch bedeuten die Regelungen des Gesetzentwurfs den bisher weitest gehenden gesetzlichen Eingriff in die Selbstverwaltung, der in vielen Bereichen zu einer deutlichen Schwächung derselben führt. Dies gilt insbesondere für die folgenden Punkte:

Aufsichtsmittel in besonderen Fällen, § 217g

Die Regelungen bedeuten einen massiven Eingriff in die Satzungshoheit des Verwaltungsrates, für die es keinen Grund gibt. Da Klagen gegen die Anordnung des BMG keine aufschiebende Wirkung haben, führen die Regelungen im Ergebnis dazu, dass das BMG bis zum rechtskräftigen Urteil (also unter Umständen über Jahre) die Satzung des GKV-SV gestalten kann. Eine solche Schwächung der Selbstverwaltung in deren originärem Verantwortungsbereich der Satzungsautonomie ist abzulehnen. Die derzeit geltende Regelung, wonach die Aufsicht ihre Anordnungen für sofort vollziehbar erklären kann und die Selbstverwaltungskörperschaft diese gerichtlich überprüfen lassen kann, ist in aufsichtsrechtlicher Hinsicht als das mildere Mittel völlig ausreichend.

Entsandte Person für besondere Angelegenheiten bei dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, § 217h

Die Entsendung einer Person für besondere Angelegenheiten durch das BMG beim GKV-Spitzenverband wird im Gesetzentwurf an die Voraussetzung geknüpft, dass eine ordnungsgemäße Verwaltung nicht gewährleistet ist. Trotz dieser Einengung im Vergleich zum Referentenentwurf, stellt die Regelung eine weitreichende Eingriffsmöglichkeit dar, für die es keinerlei sachliche Rechtfertigung gibt. Wenn überhaupt, bedarf es einer abschließenden Definition einer nicht ordnungsgemäßen Verwaltung im Gesetzestext.

Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung, § 274

Der Wunsch der Prüfdienste, auf die für die Prüfung benötigten Unterlagen in elektronischer einheitlicher Form zurückzugreifen, ist für die Betriebskrankenkassen nachvollziehbar. Auch für die gesetzlichen Krankenkassen kann der Prüfaufwand dadurch reduziert werden. Um zu einem für alle Seiten praktikablen Verfahren zu kommen, ist es aus Sicht der Betriebskrankenkassen jedoch erforderlich, die Bestimmung über die Zurverfügungstellung der Daten und deren Form nicht den Prüfdiensten zu überlassen, sondern dies – wie in anderen Bereichen der GKV auch – im Einvernehmen von GKV-Spitzenverband und Prüfdiensten zu vereinbaren.

Daneben weisen die Betriebskrankenkassen auf weitere Schritte hin, die noch in dieser Legislaturperiode vorzunehmen sind, um **Fehlsteuerungen beim Morbi-RSA** zu beseitigen und darüber hinaus die Datenlage sowie Transparenz für die notwendige Weiterentwicklung des Ausgleichsverfahrens zu verbessern. So ist es nach Auffassung der Betriebskrankenkassen etwa erforderlich, die gesetzlichen Grundlagen für die Nutzung der Regionalkennzeichen zu schaffen und vor dem Hintergrund der nachweislichen Anreize zum right- bzw. upcoding die Kodierrichtlinien wieder einzuführen.

Weitere Hinweise und konkrete Änderungsvorschläge finden sich nachfolgend.

II. Detailkommentierung

Artikel 1 – Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 11

§ 217b Organe

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

„(2a) Der Vorstand hat geeignete Maßnahmen zur Herstellung und Sicherung einer ordnungsgemäßen Verwaltungsorganisation zu ergreifen. In der Verwaltungsorganisation ist insbesondere ein angemessenes internes Kontrollverfahren mit einem internen Kontrollsystem und mit einer unabhängigen internen Revision einzurichten. Die interne Revision berichtet in regelmäßigen Abständen dem Vorstand und bei festgestellten Verstößen gegen gesetzliche Regelungen oder andere wesentliche Vorschriften auch der Aufsichtsbehörde.“

Gewünschte Änderung

Absatz 2a, Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Die Interne Revision berichtet dabei regelmäßig an den Vorstand und bei festgestellten Verstößen gegen gesetzliche Regelungen oder andere wesentliche Vorschriften auch an den Verwaltungsrat.“

Begründung

Die Verpflichtung der internen Revision bei festgestellten Verstößen auch an die Aufsichtsbehörde zu berichten, führt in der Praxis zu erheblichen Interessens- und Gewissenskollisionen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer internen Revision sind bei der Körperschaft angestellt und werden von ihr bezahlt und beurteilt. Wenn durch diese Personen sensible Informationen an die Aufsicht gegeben werden müssen, führt das zwangsläufig zu den genannten Kollisionen. Die Pflicht zum Bericht an die Aufsichtsbehörde ist daher zu streichen.

Dagegen ist eine Berichtspflicht an den Verwaltungsrat als Aufsichtsgremium der Körperschaft sinnvoll. Andernfalls würde das Aufsichtsrecht in diesem Punkt unterhöhlt. Satz 2 ist daher entsprechend zu ändern.

Nr. 12

§ 217d Aufsicht, Haushalts- und Rechnungswesen, Vermögen, Statistiken

b) Die folgenden Absätze 2 bis 4 werden angefügt:

[...]

(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ist verpflichtet, mindestens alle fünf Jahre die Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung durch eine unabhängige externe Prüfeinrichtung oder durch eine spezialisierte Rechtsanwaltskanzlei prüfen zu lassen. Die Aufsichtsbehörde kann eine Prüfung auch außerhalb des Prüfrhythmus anordnen. Die Beauftragung der externen Prüfeinrichtung oder der spezialisierten Rechtsanwaltskanzlei erfolgt im Einvernehmen mit der Aufsichtsbehörde. Eine externe Prüfeinrichtung oder eine spezialisierte Rechtsanwaltskanzlei ist ausgeschlossen, wenn sie die letzte Prüfung nach § 77 Absatz 1a des Vierten Buches in Verbindung mit Absatz 2 oder die letzte Prüfung nach Satz 1 durchgeführt hat.“

Gewünschte Änderung

Streichen des Absatzes 4 bzw. Anpassung entsprechend der folgenden Begründung.

Begründung

Die Regelung, nach der die Aufsicht nicht mehr selber prüft, sondern auf Wirtschaftsprüfer zurückgreift, unterstützen die Betriebskrankenkassen grundsätzlich. Aber, nachdem nach § 77 Abs. 1a SGB IV die Jahresrechnung durch einen Wirtschaftsprüfer geprüft werden muss und der hier neu eingeführte Wirtschaftsprüfer nicht identisch sein darf, stellt sich die Frage nach der Sinnhaftigkeit der Neuregelung. Ein Wirtschaftsprüfer ist unabhängig. Welchen Sinn es dann macht, das Ergebnis des einen Wirtschaftsprüfers durch einen zweiten Wirtschaftsprüfer prüfen zu lassen, erschließt sich nicht. Im schlimmsten Fall kommt es zum „Sachverständigenstreit“ oder einem Wettlauf der Wirtschaftsprüfer, wer besser prüft.

Die Betriebskrankenkassen plädieren daher dafür, es dabei zu belassen, dass die Jahresrechnung von einem Wirtschaftsprüfer geprüft werden muss (§ 77 SGB IV). Dieses Ergebnis ist in toto zu veröffentlichen. Nur wenn die Aufsicht Bedenken hat, kann sie einen eigens beauftragten Wirtschaftsprüfer mit der Nachprüfung beauftragen.

Nr. 13

§ 217e Satzung

§ 217e wird wie folgt geändert:

b) Die folgenden Nummern 10 bis 16 werden angefügt:

- „10. die Vorbereitung der Beschlussfassung im Verwaltungsrat, einschließlich der Anforderungen an Beschlussvorlagen und der Übermittlung entscheidungserheblicher Unterlagen,*
- 11. die Anforderungen an die schriftliche Dokumentation der Sitzungen des Verwaltungsrates,*
- 12. die Anforderungen an eine schriftliche Dokumentation der Sitzungen der Erledigungsausschüsse nach § 66 Absatz 1 des Vierten Buches in Verbindung mit § 217b Absatz 1 Satz 3 des Verwaltungsrates einschließlich der Erforderlichkeit, dass alle Ausschussmitglieder die Entscheidungen dieser Ausschüsse unterzeichnen,*
- 13. die Information der Mitglieder des Verwaltungsrates über die Sitzungen und die Beschlüsse der Ausschüsse,*
- 14. das Nähere zu den Berichtspflichten des Vorstandes nach § 217b Absatz 1a Satz 2 bis 4,*
- 15. die besonderen Angelegenheiten, in denen eine geheime Abstimmung durch den Verwaltungsrat beschlossen werden kann und*
- 16. die Voraussetzungen einer Beschlussfassung im schriftlichen Verfahren.“*

Gewünschte Änderung

Streichen der Regelung unter Buchstabe b) und Neuregelung im Sinne der nachfolgenden Begründung.

Begründung

Die Stärkung der Informations- und Kontrollrechte des Verwaltungsrates werden von den Betriebskrankenkassen grundsätzlich begrüßt. Allerdings ist die Satzung dafür aus unserer Sicht nicht der geeignete Ort. Vielmehr sollten solche Punkte in der Geschäftsordnung geregelt werden, wie es heute auch schon geschieht. Dies gäbe die nötige Flexibilität, Dinge einfach und schnell regeln zu können, auch ohne bei Änderungen eine aufwendige Satzungsänderung mit entsprechenden Genehmigungen durchführen zu müssen.

Nr. 14

§ 217g Aufsichtsmittel in besonderen Fällen beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen

(1) „Ergibt sich nachträglich, dass eine Satzung nicht hätte genehmigt werden dürfen, oder bedarf eine Satzung wegen nachträglich eingetretener rechtlicher oder tatsächlicher Umstände, die zur Rechtswidrigkeit der Satzung führen, einer Änderung, so kann die Aufsichtsbehörde anordnen, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen innerhalb einer bestimmten Frist die erforderlichen Änderungen vornimmt. Kommt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen der Anordnung innerhalb der Frist nicht nach, so kann die Aufsichtsbehörde die erforderlichen Änderungen selbst vornehmen.

(2) Ist zur Umsetzung von gesetzlichen Vorschriften oder aufsichtsrechtlichen Verfügungen ein Beschluss des Verwaltungsrates erforderlich, so kann die Aufsichtsbehörde anordnen, dass dieser Beschluss innerhalb einer bestimmten Frist gefasst wird. Wird der erforderliche Beschluss innerhalb der Frist nicht gefasst, so kann die Aufsichtsbehörde den Beschluss des Verwaltungsrates ersetzen.

(3) Verstößt ein Beschluss des Verwaltungsrates des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen gegen ein Gesetz oder gegen sonstiges für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen maßgebendes Recht, so kann die Aufsichtsbehörde anordnen, den Beschluss innerhalb einer bestimmten Frist aufzuheben. Mit Zugang der Anordnung darf der Beschluss nicht vollzogen werden. Die Aufsichtsbehörde kann verlangen, dass Maßnahmen, die aufgrund des Beschlusses getroffen wurden, rückgängig gemacht werden. Kommt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen der Anordnung innerhalb der Frist nicht nach, so kann die Aufsichtsbehörde den Beschluss aufheben.

(4) Einer Anordnung mit Fristsetzung bedarf es nicht, wenn ein Beschluss nach Absatz 1 oder Absatz 2 aufgrund gesetzlicher Regelungen innerhalb einer bestimmten Frist zu fassen ist. Klagen gegen Anordnungen und Maßnahmen der Aufsichtsbehörden nach den Absätzen 1 bis 3 haben keine aufschiebende Wirkung.“

Gewünschte Änderung

Streichen des § 217g.

Begründung

Die Regelungen des § 217g bedeuten einen massiven Eingriff in die Satzungshoheit des Verwaltungsrates, für die es keinen Grund gibt. Da Klagen gegen die Anordnung des BMG keine aufschiebende Wirkung haben, führen die Regelungen im Ergebnis dazu, dass das BMG bis zum rechtskräftigen Urteil (also unter Umständen über Jahre) die Satzung des GKV-SV gestalten kann. Eine solche Schwächung der Selbstverwaltung in deren originärem Verantwortungsbereich der Satzungsautonomie ist kategorisch abzulehnen. Die derzeit geltende Regelung, wonach die Aufsicht ihre Anordnungen für sofort vollziehbar erklären kann und die Selbstverwaltungskörperschaft diese gerichtlich überprüfen lassen kann, ist in aufsichtsrechtlicher Hinsicht als das mildere Mittel völlig ausreichend.

Nr. 14

§ 217h Entsandte Person für besondere Angelegenheiten bei dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen

(1) Solange und soweit die ordnungsgemäße Verwaltung bei dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen gefährdet ist, kann die Aufsichtsbehörde eine Person an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen entsenden, diese Person mit der Wahrnehmung von Aufgaben bei dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen betrauen und ihr hierfür die erforderlichen Befugnisse übertragen. Die ordnungsgemäße Verwaltung ist insbesondere gefährdet, wenn

- 1. ein Mitglied des Vorstandes interne oder externe Maßnahmen ergreift, die nicht im Einklang mit den eigenen Verwaltungsvorschriften oder satzungsrechtlichen oder gesetzlichen Vorschriften stehen,*
- 2. ein Mitglied des Vorstandes Handlungen vornimmt, die die interne Organisation der Verwaltung oder auch die Zusammenarbeit der Organe untereinander erheblich beeinträchtigen,*
- 3. die Umsetzung von Aufsichtsverfügungen nicht gewährleistet ist oder*
- 4. Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass eine Pflichtverletzung eines Organmitglieds oder eines ehemaligen Organmitglieds einen Schaden der Körperschaft verursacht hat.*

Die Aufsichtsbehörde kann die Person in diesen Fällen insbesondere zur Beratung und Unterstützung des Vorstandes oder des Verwaltungsrates, zur Überwachung der Umsetzung von Aufsichtsverfügungen oder zur Prüfung von Schadensersatzansprüchen gegen Organmitglieder oder ehemalige Organmitglieder entsenden. Die Aufsichtsbehörde bestimmt, in welchem Umfang die entsandte Person im Innenverhältnis anstelle der Organe handeln darf. Die Befugnisse der Organe im Außenverhältnis bleiben unberührt. Die Entsendung erfolgt durch Verwaltungsakt gegenüber dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

(2) Die nach Absatz 1 entsandte Person ist im Rahmen ihrer Aufgaben berechtigt, von den Mitgliedern der Organe und von den Beschäftigten des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen Auskünfte und die Vorlage von Unterlagen zu verlangen. Sie kann an allen Sitzungen der Organe und sonstigen Gremien des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen in beratender Funktion teilnehmen, die Geschäftsräume des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen betreten und Nachforschungen zur Erfüllung ihrer Aufgaben anstellen. Die Organe und Organmitglieder haben die entsandte Person bei der Wahrnehmung von deren Aufgaben zu unterstützen. Die entsandte Person ist verpflichtet, der Aufsichtsbehörde Auskunft über alle Erkenntnisse zu geben, die sie im Rahmen ihrer Tätigkeit gewonnen hat.

(3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gewährt der nach Absatz 1 entsandten Person eine Vergütung und angemessene Auslagen. Die Höhe der Vergütung wird von der Aufsichtsbehörde durch Verwaltungsakt gegenüber dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen festgesetzt. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen trägt zudem die übrigen Kosten, die durch die Entsendung entstehen.

(4) Der Entsendung der Person hat eine Anordnung voranzugehen, mit der die Aufsichtsbehörde dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen aufgibt, innerhalb einer bestimmten Frist das Erforderliche zur Gewährleistung einer ordnungsgemäßen Verwaltung zu veranlassen. Klagen gegen die Anordnung nach Satz 1 oder gegen die Entsendung der Person haben keine aufschiebende Wirkung.

Gewünschte Änderung

Streichen des § 217h.

Begründung

Die Entsendung einer Person für besondere Angelegenheiten durch das BMG beim GKV-Spitzenverband wird im Gesetzentwurf an die Voraussetzung geknüpft, dass eine ordnungsgemäße Verwaltung nicht gewährleistet ist. Trotz dieser Einengung im Vergleich zum Referentenentwurf, stellt die Regelung eine weitreichende Eingriffsmöglichkeit dar, für die es keinerlei sachliche Rechtfertigung gibt. Wenn überhaupt bedarf es einer abschließenden Definition einer nicht ordnungsgemäßen Verwaltung im Gesetzestext.

Nr. 15

§ 219 Besondere Regelungen zu Einrichtungen und Arbeitsgemeinschaften des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen

b) Der Wortlaut wird Absatz 1.

c) Die folgenden Absätze 2 bis 5 werden angefügt:

„(2) Vor der Entscheidung des Vorstandes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen über die Errichtung, Übernahme oder wesentliche Erweiterung von Einrichtungen im Sinne des § 85 Absatz 1 des Vierten Buches sowie über eine unmittelbare oder mittelbare Beteiligung an solchen Einrichtungen ist der Verwaltungsrat des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen durch den Vorstand auf der Grundlage geeigneter Daten umfassend über die Chancen und Risiken der beabsichtigten Betätigung zu unterrichten. Die Entscheidung des Vorstandes nach Satz 1 bedarf der Zustimmung des Verwaltungsrates.

(3) Der Vorstand hat zur Information des Verwaltungsrates des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen jährlich einen Bericht über die Einrichtungen zu erstellen, an denen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen beteiligt ist.

Der Beteiligungsbericht muss zu jeder Einrichtung mindestens Angaben enthalten über

- 1. den Gegenstand der Einrichtung, die Beteiligungsverhältnisse, die Besetzung der Organe der Einrichtung und die Beteiligungen der Einrichtung an weiteren Einrichtungen,*
- 2. den fortbestehenden Zusammenhang zwischen der Beteiligung an der Einrichtung und den gesetzlichen Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen,*
- 3. die Grundzüge des Geschäftsverlaufs der Einrichtung, die Ertragslage der Einrichtung, die Kapitalzuführungen an und die Kapitalentnahmen aus der Einrichtung durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Auswirkungen der Kapitalzuführungen und Kapitalentnahmen auf die Haushaltswirtschaft des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und die von dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen der Einrichtung gewährten Sicherheiten,*
- 4. die im Geschäftsjahr gewährten Gesamtbezüge der Mitglieder der Geschäftsführung, des Aufsichtsrates, des Beirates oder eines ähnlichen Gremiums der Einrichtung für jedes einzelne Gremium sowie die im Geschäftsjahr gewährten Bezüge eines jeden Mitglieds dieser Gremien unter Namensnennung.*

Der Bericht über das abgelaufene Geschäftsjahr ist dem Verwaltungsrat des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Aufsichtsbehörde spätestens am 1. Oktober des folgenden Jahres vorzulegen.

(4) Für die Aufsicht über die Arbeitsgemeinschaften nach § 94 Absatz 1a des Zehnten Buches in Verbindung mit Absatz 1, an denen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen beteiligt ist, gilt § 89 des Vierten Buches entsprechend.

(5) Die Absätze 2 und 3 gelten entsprechend für Arbeitsgemeinschaften nach § 94 Absatz 1a des Zehnten Buches in Verbindung mit Absatz 1, an denen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen beteiligt ist.“

Gewünschte Änderung

Streichung der Absätze 2 bis 5.

Begründung

Für diese Neuregelung besteht kein Grund. Es ist bereits heute Aufgabe des Verwaltungsrates, die Beteiligungen umfassend zu prüfen. Vor einer Beteiligung gilt bereits heute auf Basis von § 94 SGB IV eine Anzeigepflicht gegenüber der Aufsicht. Aus der Neuregelung spricht daher ein Misstrauen gegenüber der Kompetenz der Verwaltungsräte, für das es keine Grundlage gibt. Die Neuregelung ist daher zu streichen.

Nr. 16

§ 274 Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung

[...]

dd) Folgender Satz wird angefügt:

„Die mit der Prüfung nach diesem Absatz befassten Stellen können nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen bestimmen, dass die Krankenkassen die zu prüfenden Daten elektronisch und in einer bestimmten Form zur Verfügung stellen.“

Gewünschte Änderung

„Die mit der Prüfung nach diesem Absatz befassten Stellen vereinbaren im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen Näheres zur elektronischen Bereitstellung und Form der zu prüfenden Daten.“

Begründung

Grundsätzlich ist der Wunsch der Prüfdienste, auf die für die Prüfung benötigten Unterlagen in elektronischer einheitlicher Form zurückzugreifen, nachvollziehbar. Auch für die gesetzlichen Krankenkassen kann der Prüfaufwand dadurch reduziert werden.

Aus den folgenden Gründen plädieren die Betriebskrankenkassen jedoch dafür, die Bestimmung über die Zurverfügungstellung der Daten und deren Form nicht den Prüfdiensten zu überlassen:

Ein genormtes und auch regelhaftes Verfahren innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist an gewisse Vorlaufzeiten und Restriktionen gebunden. Auch erfordert jede Form von Datenmeldungen einen Abstimmungsprozess zwischen den Beteiligten. Hierbei ist zu beachten, dass sowohl der Inhalt einer elektronischen Datenmeldung, als auch den datenschutzrechtlich relevanten Übermittlungswegen Rechnung getragen werden muss. Die Prüfung nach § 274 SGB V kann zudem sämtliche Bereiche der gesetzlichen Krankenversicherung betreffen. Eine Verpflichtung der Krankenkassen zur Bereitstellung von Daten in einer von den Prüfdiensten nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes vorab definierten Form und deren Übermittlung an die Prüfdienste ist daher nur dann möglich, wenn der Gesetzlichen Krankenversicherung

auch die entsprechenden Fristen für die zeitliche Umsetzung und die erforderlichen Abstimmungsprozesse ermöglicht werden.

Darüber hinaus besitzen die Krankenkassen innerhalb der GKV kein einheitliches Softwaresystem, so dass die Gefahr besteht, einzelnen Anforderungen von Prüfdiensten nicht oder nur mit erhöhtem zeitlichen und vor allem kostenintensiven Aufwand gerecht werden zu können. Je nach Umfang der Standardisierung können die Kosten hierfür einen nicht unerheblichen Umfang annehmen.

Deshalb bedarf es eines begleitenden Prozesses zwischen den Prüfdiensten, dem GKV-Spitzenverband und seiner ihm angeschlossenen Mitgliedskassen. Das gilt umso mehr, als die Prüfdienste der gesetzlichen Krankenversicherung dezentral organisiert sind und auf Landesbeziehungsweise Bundesebene die Aufgaben entsprechend pflichtgemäß wahrnehmen. Damit ist es theoretisch möglich, dass Datenanforderungen zwischen den einzelnen Prüfinstitutionen differieren können. Auch ist nicht auszuschließen, dass

- die genutzten Softwaresysteme in der GKV mit unterschiedlichen Anforderungen für einen Prüfbereich der § 274 Prüfung konfrontiert werden,
- der GKV-Spitzenverband, der hier entsprechend angehört wird, die Aufgabe innerhalb kurzer Fristen und im schlimmsten Fall „auf Zuruf“ zukommt, so dass die Gefahr besteht, der Anhörung nicht gerecht werden zu können,
- bedingt durch die „kann“ Regelung unterschiedliche Verfahren bei den Prüfdiensten zur Anwendung kommen könnten

Innerhalb der GKV gibt es genügend Beispiele, wie Datenflüsse, wie zum Beispiel der Datenträgeraustausch mit den Leistungserbringern oder aber auch die Datenmeldungen im Rahmen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich organisiert werden. Letzterer definiert seine Datenmeldungen gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband und im Benehmen mit dem Bundesversicherungsamt (BVA) in der sogenannten Bestimmung nach § 267 SGB V. Dieses Verfahren wird seit mehreren Jahren praktiziert und hat sich entsprechend bewährt.

Die Betriebskrankenkassen schlagen daher vor, ein solches Verfahren zwischen den Prüfdiensten und auch dem GKV-Spitzenverband auch im § 274 zu etablieren. Dem GKV-Spitzenverband selbst käme dann die Rolle zu, die entsprechenden Arbeiten innerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung wie in den anderen Themengebieten auch zu koordinieren und abzustimmen.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V. vom 11.01.2017 zum Entwurf eines
GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetzes



Für die Prüfdienste besteht der Vorteil darin, in einem kontinuierlichen Prozess die Vorgaben zielgerichtet, zeitnah und zentral mit der GKV besprechen zu können.

Artikel 2 – Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nach § 46 Absatz 6 Satz 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 2a des Gesetzes vom 11. Oktober 2016 (BGBl. I S. 2233) geändert worden ist, wird folgender Satz eingefügt:

„Die mit der Prüfung nach diesem Absatz befassten Stellen können nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen als des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen bestimmen, dass die Pflegekassen die zu prüfenden Daten elektronisch und in einer bestimmten Form zur Verfügung stellen.“

Gewünschte Änderung

„Die mit der Prüfung nach diesem Absatz befassten Stellen vereinbaren im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen als Spitzenverband Bund der Pflegekassen Näheres zur elektronischen Bereitstellung und Form der zu prüfenden Daten.“

Begründung

Auf die Begründung zu Art. 1 Nr. 16, § 274 SGB V wird verwiesen.

III. Weiterer Änderungsbedarf im Morbi-RSA

1. Herstellen von Wissen und Transparenz bezüglich des RSA-Zuweisungssystems

Der Morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) ist ein wichtiges Instrument einer solidarischen gesetzlichen Krankenversicherung. Zielsetzung seiner Einführung im Jahr 2009 war es, die Zielgenauigkeit des Risikoausgleiches zu verbessern und die Grundlage für einen chancengleichen Wettbewerb zu legen. Derzeit ist jedoch vielmehr eine wachsende Chancenungleichheit im Wettbewerb der Krankenkassen zu beobachten. Die Deckungsquoten der Leistungsausgaben gehen nach Kassenarten, insbesondere seit dem Jahr 2013, zunehmend auseinander. Die Schiefelage setzt sich in einer zunehmenden Spreizung bei den Zusatzbeiträgen fort.

Nach Auffassung der Betriebskrankenkassen ist jetzt dringend eine objektive Analyse des Status Quo und der notwendigen Reformmaßnahmen im Kassenwettbewerb, also mit Blick sowohl auf die Kassen aber auch die Kassenartenebene, erforderlich. In diesem Sinne begrüßen es die Betriebskrankenkassen, dass bis zum 30. September 2017 im Rahmen eines Sondergutachtens die Wirkung des Morbi-RSA überprüft und die Folgen relevanter Vorschläge zur Veränderung des Morbi-RSA empirisch abgeschätzt sowie der wissenschaftliche Beirat beim Bundesversicherungsamt dazu um zwei Mitglieder erweitert werden soll.

Darüber hinaus sind jedoch kurzfristig Maßnahmen zu ergreifen, die das Instrument Morbi-RSA transparenter machen, als bisher und gleichzeitig dessen kontinuierliche Weiterentwicklung verankern:

a) Regelmäßige Evaluation des Morbi-RSA sowie Analyse von RSA-Wirkungen auf den Kassen-Wettbewerb im Gesetz verankern

Wie bei vielen anderen Regelungen in der GKV bereits üblich, ist auch der Morbi-RSA sowie seine Wirkungen auf den Kassenwettbewerb regelmäßig zu evaluieren/zu analysieren. Dies ist im Gesetz zu verankern. Die Ergebnisse sind der Politik, der Wissenschaft und den Kassen zur Verfügung zu stellen, um dem lernenden System Morbi-RSA Impulse und die Richtung zur Weiterentwicklung dieses wichtigen Solidarmechanismus in der GKV geben zu können.

b) GKV-Stichproben ziehen und den Kassen und der Wissenschaft zur Verfügung stellen

Damit von Fachexperten und Wissenschaftlern sinnvoll Modellberechnungen zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA durchgeführt werden können, ist kontinuierlich aus den Daten der GKV-Versicherten durch das BVA eine Stichprobe zu ziehen. Diese muss in geeigneter Form sowohl den Kassen als auch der Wissenschaft zur Verfügung gestellt werden. Hierbei sind bereits erhobene und ggf. weitere Strukturdaten für die Weiterentwicklung des Morbi-RSA einzubeziehen.

Die Vorschläge zur Verbesserung des Wissens und der Transparenz könnten umgesetzt werden, indem der veraltete § 268 Abs. 3 SGB V entsprechend ersetzt und wie folgt gefasst würde:

§ 268 Abs. 3 SGB V (neu):

Der Risikostrukturausgleich ist hinsichtlich seiner Wirkungen regelmäßig zu überprüfen. Folgende Maßnahmen stellen dies sicher:

1. Die Wirkungen des Morbi-RSA auf den Kassenwettbewerb sind vom Bundesversicherungsamt regelmäßig im zwei-Jahres-Rhythmus zu evaluieren. Diese Evaluationen sollten insbesondere die Manipulationsresistenz, Managementfähigkeit/Beeinflussbarkeit von Leistungsausgaben durch Kassen, Messbarkeit, Kontrollierbarkeit und Justiziabilität, Praktikabilität und Verwaltungseffizienz, Transparenz und Akzeptanz, Versorgungsneutralität und Wahrung von Präventionsanreizen des RSA-Systems betrachten. Die Ergebnisse aus allen vom BMG beauftragten Gutachten zur Weiterentwicklung des RSA sind dem gesundheitspolitischen Ausschuss beim Deutschen Bundestag vorzulegen. Sie sind außerdem den Kassen sowie der Wissenschaft zur Verfügung zu stellen.
2. Das Bundesversicherungsamt stellt den Kassen und der interessierten Wissenschaft rückwirkend ab 2011 und danach in jährlicher Fortsetzung einen Datensatz in Form einer repräsentativen kassenartenübergreifenden Stichprobe für weitere Forschungsarbeiten und zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA zur Verfügung.

2. Schaffung der Datengrundlagen bzw. Zurverfügungstellung vorhandener Daten für weitere Analysen

Zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA ist es auch erforderlich, kurzfristig aktuell fehlende Daten zu generieren oder bereits vorhandene Daten für die Zwecke des Morbi-RSA zur Verfügung zu stellen. Neben der Generierung der aktuell fehlenden Daten für die Bereiche Krankengeld und Auslandsversicherte müssen nach Auffassung der Betriebskrankenkassen die gesetzlichen

Grundlagen geschaffen werden, dass Regionalkennzeichen auch bei der Weiterentwicklung des RSA genutzt werden können.

Darüber hinaus sind, vor dem Hintergrund der nachweislichen Anreize zum right- bzw. up-coding die Kodierrichtlinien wieder einzuführen.

a) *Datengrundlagen generieren für die Weiterentwicklung der Zuweisungen für Krankengeld und Auslandsversicherte*

In den Sondergutachten zu Auslandsversicherten und Krankengeld werden verschiedene Datenmängel adressiert. Diese sollten zeitnah behoben werden.

b) *Verwendung eines Regionalkennzeichens für die Durchführung und Weiterentwicklung des RSA*

Zur Durchführung und zur Weiterentwicklung des RSA dürfen aktuell die für andere Zwecke erhobenen Regionalkennzeichen nicht berücksichtigt werden. Damit aber aussagefähige Analysen und Auswertungen zu Modellansätzen wie z.B. zur Berücksichtigung von Regionalfaktoren im RSA möglich sind, muss das Bundesversicherungsamt wieder die Regionalkennzeichen erhalten und für die Durchführung bzw. Weiterentwicklung des RSA verwenden dürfen. Die entsprechenden Paragraphen im SGB V und in der RSAV sind hierfür anzupassen.

Gewünschte Änderung

1. § 268 Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs

Ergänzung in § 268 Abs. 3:

„3) Für die Vorbereitung der Gruppenbildung und Durchführung von Untersuchungen erheben die Krankenkassen für das Berichtsjahr 2016 und Folgejahre bis zum 15. August des jeweiligen Folgejahres getrennt nach den Versichertengruppen nach § 267 Abs. 2 je Versicherten die Versichertentage, das Regionalkennzeichen (Postleitzahl) und die Leistungsausgaben in der Gliederung und nach den Bestimmungen des Kontenrahmens in den Bereichen“

Begründung

Die Regelung stellt klar, dass zur Durchführung von Untersuchungen zu den finanziellen Auswirkungen und folglich zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs auch die Erhebung von Regionalkennzeichen in Form der Postleitzahl vorzunehmen ist. Dies ist notwendig, um Analysen bezüglich exogener regionaler Gegebenheiten, die von Kassen nicht bzw. nur gering

beeinflussbar sind, durchführen und auf dessen Basis die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs auch mit diesem Schwerpunkt diskutieren zu können.

Wie das Bundesverfassungsgericht in seinem Beschluss vom 18. Juli 2005 (25 BvF 2/01) festgestellt hat, ist der Gesetzgeber verfassungsrechtlich verpflichtet, die Auswirkungen des Risikostrukturausgleichs zu beobachten und gegebenenfalls nachzubessern, wenn sich herausstellt, dass er die angestrebten Ziele, die Herstellung des Solidarausgleichs zwischen den Versicherten und die wirksame Verringerung der Risikoselektionsspielräume der Krankenkassen, nicht mehr in ausreichendem Maß erreicht. Dieser Beobachtungs- und Nachbesserungspflicht kann der Gesetzgeber aber nur dann nachkommen, wenn die erforderlichen Datengrundlagen hierfür zur Verfügung stehen.

Aus diesem Grund wird der Ordnungsgeber ermächtigt, in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vorzusehen, dass die Krankenkassen auch solche Daten zu erheben haben, die für die Erfüllung dieser Beobachtungs- und Nachbesserungspflicht erforderlich sind.

2. § 30, Abs. 1 der RSAV

Ergänzung des § 30, Abs. 1 RSAV

„(1) Für die Weiterentwicklung und Durchführung des Risikostrukturausgleichs nach § 268 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erheben die Krankenkassen ab dem Berichtsjahr 2016 jährlich neben den Daten nach § 3 folgende Angaben versichertenbezogen:

1. die Versicherungstage unter Angabe von Geburtsjahr und Geschlecht sowie als Regionalkennzeichen die Postleitzahl,“

Begründung

Der Evaluationsbericht des "Wissenschaftlichen Beirates zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs" zum Jahresausgleich 2009 vom 30. Mai 2011 enthält unter anderem einen Passus über die Berücksichtigung von Regionalfaktoren. Dort wird ausgeführt: "Bei einer Beurteilung der Auswirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs hinsichtlich seiner regionalen Auswirkungen spielen zwei Aspekte eine Rolle. Zum einen können regionale Über- und Unterdeckungen Grundlage für regionale Risikoselektionsstrategien der Krankenkassen sein. Des Weiteren können regionale Unterschiede angesichts des existierenden Wettbewerbs zwischen bundesweit kalkulierenden und regional kalkulierenden Krankenkassen zu Wettbewerbsverzerrungen führen. Die Abgrenzung von sinnvollen Versorgungsregionen ist nach wie vor eine ungelöste Frage." Dabei kommt es nicht wesentlich auf die Ländergrenzen

an, sondern - wie im Evaluationsbericht ausgeführt - auf interregional differenzierte Ausgabenergebnisse.

Wesentliche Voraussetzung, um überhaupt regionale Verteilungswirkungen untersuchen zu können, ist aber die statistische Erfassung von Regionaldaten der Versicherten in pseudonymisierter Form. Dies war bis 2011 auf Grundlage von §272 SGB V in Verbindung mit §34 RSAV möglich. Nachdem die Konvergenzregelung allerdings keine Wirkung mehr zeigte, ist die Datenerfassung auf dieser Rechtsgrundlage entfallen. Daher ist eine Ergänzung des § 30 RSAV erforderlich. Diese ist von der Ermächtigungsgrundlage in §268 SGB V gedeckt und dient dem Ziel, eine sachgerechte Weiterentwicklung des Morbi-RSA zu ermöglichen.

3. Manipulationsanfälligkeit des RSA verringern

a) Unzulässige Beeinflussung von ambulantem Kodierverhalten bundesweit einheitlich stoppen

Die Betriebskrankenkassen begrüßen, dass die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder in Rahmen der 89. Aufsichtsbehördentagung „einstimmig rechtliche Rahmenbedingungen abgesteckt und Maßnahmen beschlossen haben, um der unzulässigen Beeinflussung des Kodierverhaltens von Vertragsärzten Einhalt zu gebieten.“ (Beschlusstext). Die Betriebskrankenkassen erwarten, dass das Vereinbarte nun auch bundesaufsichtlich um- und durchgesetzt wird. Um dies durchführen zu können, muss das Bundesversicherungsamt mit den notwendigen Personalressourcen ausgestattet sein.

Zudem ist als weiterer Sanktionsmechanismus zu überlegen, Vorstände gesetzlicher Krankenkassen, die bewusst eine unzulässige Beeinflussung ärztlichen Kodierverhaltens mit dem Ziel, verbesserte RSA-Zuweisungen zu erreichen, in Auftrag geben oder dulden, haftungsrechtlich heranzuziehen.

Die Betriebskrankenkassen sehen es außerdem als wesentliche Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen, für eine angemessene Kodierqualität, etwa über eine entsprechende Schulung der Ärzte, Sorge zu tragen und eine Einflussnahme der Krankenkassen auf die Kodierung von Diagnosen zu verhindern. In diesem Sinne sollte eine Kassenärztliche Vereinigung für die ärztliche Kodierung auch keine gesonderte Vergütung erhalten dürfen.

Letztlich geben die Betriebskrankenkassen zu bedenken, die ambulanten Diagnosen zumindest solange aus der Zuweisungssystematik des Morbi-RSA herauszunehmen, bis eine manipulationsfreie und hohe Kodierqualität sichergestellt ist.

b) Wiedereinführung von Kodierrichtlinien für die ambulante ärztliche Versorgung

Zur Bestimmung der Morbidität der Versicherten im Rahmen der Vergütung der Vertragsärzte nutzt der Bewertungsausschuss ein Patientenklassifikationssystem auf der Grundlage der ambulanten Behandlungsdiagnosen. Wie im DRG-System ("Diagnosis Related Groups") bedarf es auch im ambulanten Bereich Richtlinien zur Dokumentation von Diagnosen. Deshalb soll die Vereinbarung von Kodierrichtlinien durch die Bundesmantelvertragspartner bis spätestens 31.12.2017 gesetzlich vorgegeben werden.

Aus Sicht der Betriebskrankenkassen schaffen ambulante Kodierrichtlinien (AKR) Klarheit, denn sie definieren das gültige internationale Schlüsselssystem ICD-10 klar und sorgen für Verbindlichkeit. Ambulante Kodierrichtlinien helfen damit dem Arzt bzw. Psychotherapeuten, Behandlungsdiagnosen so detailliert und spezifisch wie möglich zu verschlüsseln. Damit kann die Morbidität der Patienten exakt abgebildet werden.

Mit Hilfe der Standardisierung des vertragsärztlichen Kodierverhaltens werden außerdem aus Sicht der betrieblichen Krankenversicherung die Verschlüsselung von ambulanten Diagnosen durch klare Definitionen und Interpretationen verbessert, die Kodierqualität und Pharmakovigilanz wird erhöht sowie die Datengrundlage für RSA-Berechnung und die Plausibilisierung der Abrechnung verbessert. Des Weiteren liefern ambulante Kodierrichtlinien qualifizierte Datengrundlagen für die Versorgungsforschung, erleichtern die Messung von Qualität und helfen bei der Etablierung und Implementierung sektorenübergreifender Qualitätssicherungsinstrumente.

Die gesetzgeberische Umsetzung kann erfolgen, indem in § 295 Absatz 3 SGB V ein neuer Satz 2 mit folgendem Wortlaut angefügt wird:

§ 295 Absatz 3 SGB V Satz 2 (neu):

„Die Vertragsparteien nach Satz 1 vereinbaren bis zum 31. Dezember 2017 Richtlinien für die Vergabe und Dokumentation der Schlüssel nach Absatz 1 Satz 5 für die Abrechnung und Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen (Kodierrichtlinien); § 87 Abs. 6 gilt entsprechend.“

4. Kurzfristiger Änderungsbedarf zur Verringerung der Wettbewerbsverzerrungen: Streichung der Erwerbsminderungsgruppen aus dem Morbi-RSA und Begrenzung des vollständigen Einkommensausgleichs beim Zusatzbeitragssatz

Trotz der notwendigen Analysen können bereits heute maßgebliche Schwachstellen des Morbi-RSA behoben werden.

a) Streichung der Gruppe der Erwerbsminderungsrentner (EMG) im Morbi-RSA

Die Gruppe der Erwerbsminderungsrentner (EMG) bzw. der Bezug einer Erwerbsminderungsrente wird im Zuweisungssystem neben Alter, Geschlecht, Krankheitsgruppe etc. gesondert berücksichtigt, obwohl seit 2009 auch direkte Morbiditätsindikatoren für chronische, kostenintensive und schwerwiegende Erkrankungen abgebildet werden. Auf dieser Basis ist es heute möglich, Krankheiten, die zu einer Erwerbsminderungsrente führen, bereits mit höheren Zuweisungen zu verbinden. Ein gesonderter EMG-Zuschlag bedeutet eine Mehrfachberücksichtigung dieses Merkmals und damit eine ungerechtfertigte Mehrfachzuweisung für den gleichen Sachverhalt für diese Personengruppe.

Eine Streichung der EMG würde die Morbi-RSA Systematik vereinfachen und hätte dabei keine nachteilige Wirkung auf die Modellgüte und Zielgenauigkeit der Verteilung. Auch die Finanzmittel für diese Gruppe wären nicht – wie häufig vorgebracht - verloren. Sie würden neu über die Krankheitsindikatoren verteilt. Damit erhöhen sich RSA-konform für diese Krankheiten die Zuweisungen. Eine etwaig entstehende Unterdeckung dieser Versichertengruppe müsste – wie in anderen Gruppen des RSA auch – ggf. über Anpassungen bei den Zuschlag auslösenden Krankheiten behoben werden. Diese Regelung wäre gesetzgeberisch leicht umsetzbar. Möglich wäre dies mit einer Ergänzung des § 267 Abs. 2 Satz 3 SGB V.

§ 267 Abs. 2 Satz 3 SGB V

„Die Zahl der Personen, deren Erwerbsfähigkeit nach den §§ 43 und 45 des Sechsten Buches gemindert ist, wird in der Erhebung nach Satz 1 als eine gemeinsame weitere Mitgliedergruppe getrennt und nur zur Ermittlung der Zuweisungen für Krankengeld erhoben.“

Weil ein Streichen der EMG keine substantielle Veränderung des Morbi-RSA darstellt, genügt bereits eine Änderung des SGB V im Hinblick auf die Datenerhebungen der betreffenden Personen. Eine Änderung der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) ist nicht notwendig, weil das SGB V bereits den Rahmen vorgibt, in dem sich auch die RSAV verhalten muss.

b) Begrenzung des vollständigen Einkommensausgleichs beim Zusatzbeitragssatz

Für den erhobenen Zusatzbeitragssatz einer Einzelkasse erfolgt derzeit ein vollständiger Einkommensausgleich unter allen im Morbi-RSA teilnehmenden Kassen. Das Ziel dieses Instrumentes sollte der Ausgleich von Grundlohnvor- und -nachteilen sein. Wenngleich dieser Solidargedanke richtig ist, ruft die Umsetzung in der Praxis ungewollte Verzerrungen hervor: Es können Fälle auftreten, in denen eine betroffene Krankenkasse einen deutlich höheren Zusatzbeitrag erheben muss, als sie müsste, wenn sie keinem vollkommenen Einkommensausgleich unterläge.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V. vom 11.01.2017 zum Entwurf eines
GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetzes



Die Betriebskrankenkassen fordern daher den Einkommensausgleich beim Zusatzbeitragssatz auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes zu begrenzen.