



**BKK Dachverband e.V.**

Mauerstraße 85

10117 Berlin

TEL (030) 2700406-200

FAX (030) 2700406-222

politik@bkk-dv.de

www.bkk-dachverband.de

---

Stellungnahme  
des BKK Dachverbandes e.V.

---

vom 12. Dezember 2019

zum

Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung  
(Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

BT-Drs. 19/15662

---

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

## Inhalt

|             |  |           |
|-------------|--|-----------|
| <b>I.</b>   | <b>Vorbemerkung .....</b>  | <b>4</b>  |
| <b>II.</b>  | <b>Kommentierung im Detail .....</b>   | <b>7</b>  |
| <b>a)</b>   | <b>Reform des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches .....</b>                                  | <b>7</b>  |
|             | 1. Streichung des Kriteriums der Erwerbsminderung .....  | 7         |
|             | 2. Einführung eines differenzierten Vollmodells in Verbindung mit einer „Manipulationsbremse“ <sup>9</sup> |           |
|             | 3. Einführung von Altersinteraktionstermen .....   | 11        |
|             | 4. Einführung einer Regionalkomponente .....   | 12        |
|             | 5. Einführung eines Risikopools .....  | 14        |
|             | 6. Versichertenindividuelle Berücksichtigung von Arzneimittelrabatten .....                                | 17        |
|             | 7. Einführung einer Vorsorgepauschale .....  | 18        |
|             | 8. Regelmäßige Evaluation .....  | 19        |
|             | 9. Maßnahmen zur Reduktion der Manipulationsanfälligkeit .....   | 20        |
| <b>b)</b>   | <b>Reform des Organisationsrechtes .....</b>   | <b>31</b> |
|             | 1. Angleichung wettbewerblicher Rahmenbedingungen.....   | 31        |
|             | 2. Neuregelung des Haftungsmanagements.....  | 35        |
|             | 3. Neuorganisation der Gremien des GKV-Spitzenverbandes .....  | 40        |
|             | 3. Der Verwaltungsrat soll künftig aus 40 Mitgliedern statt bisher 52 Mitgliedern bestehen. ....           | 43        |
|             | 4. Errichtung und Ausdehnung von Betriebskrankenkassen .....   | 45        |
| <b>III.</b> | <b>Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und SPD .....</b>   | <b>53</b> |
|             | 1. Änderungsantrag 4: Maßnahmen zur Bekämpfung von Lieferengpässen bei Arzneimitteln ....                  | 53        |
|             | 2. Änderungsantrag 2: Belegter Zusatznutzen bei Reserveantibiotika .....                                   | 55        |
| <b>IV.</b>  | <b>Weiterer Änderungsbedarf .....</b>  | <b>56</b> |

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

1. Begrenzung des Einkommensausgleichs beim Zusatzbeitragssatz zumindest auf den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz..... 56
2. Erhöhung der Transparenz über die Finanzsituation der gesetzlichen Krankenkassen..... 57

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

## I. Vorbemerkung

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

Vor diesem Hintergrund sehen die Betriebskrankenkassen das nun vorliegende **Reformpaket** als **ein gelungenes Gesamtpaket** an, das durchaus geeignet ist, die bestehenden Wettbewerbsverzerrungen zu verringern, Risikoselektion zu vermeiden und die Zielgenauigkeit der RSA-Zuweisungen zu verbessern. Für die Betriebskrankenkassen ist es in diesem Sinne aber auch wesentlich, dass das Reformpaket in der nun vorliegenden Form erhalten bleibt und nicht einzelne Maßnahmen im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens aus dem Paket herausgelöst oder verwässert werden. So muss z.B. mit der Einführung eines Vollmodells unbedingt sichergestellt werden, dass der Morbi-RSA kaum noch Manipulationsanreize bietet und zugleich Maßnahmen zur Stärkung eines einheitlichen Aufsichtshandelns etabliert werden. Elementar ist auch, dass der Morbi-RSA um nicht mehr benötigte und zudem verzerrend wirkende Hilfsparameter, wie die gesonderte Berücksichtigung der Gruppe der Erwerbsminderungsrentner, bereinigt wird. Darüber hinaus werden von einer Krankenkasse allenfalls sehr begrenzt oder gar nicht beeinflussbare Parameter, wie ihr regionaler Tätigkeitsschwerpunkt und die dort bestehenden Versorgungsstrukturen, durch die Einführung eines Vollmodells nicht aufgegriffen. Ihnen muss daher gesondert Rechnung getragen werden. Selbiges gilt für den Ausgleich besonders teurer Leistungsfälle über einen Risikopool, zumal hier mit den neuen hochpreisigen Arzneimitteltherapien große Herausforderungen auf die Krankenkassen im Sinne eines Spagates zwischen bestmöglicher Versorgung und Finanzierbarkeit zukommen.

Für die Betriebskrankenkassen wesentlich ist also zudem, dass der vorliegende Gesetzentwurf verschiedene Maßnahmen vorsieht, um die bestehende **Manipulationsanfälligkeit des Morbi-RSA** zu reduzieren. Bereits mehrfach musste die Politik eingreifen, um Praktiken, die das Zuweisungsvolumen über den Morbi-RSA zwar erhöhten, nicht jedoch zu einer verbesserten Versorgung beitragen, zu unterbinden: Das Prinzip „Geld gegen Diagnose“ wurde z.B. bereits mit dem Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) angegangen. Seitdem sollten zusätzliche Vergütungen für Diagnosen nicht Gegenstand der Verträge sein. Dennoch wurde in der Praxis festgestellt, dass Verträge weiterhin Regelungen enthalten, die das Kodierverhalten der Ärzte durch finanzielle Anreize zu steuern versuchen. Es ist daher richtig, dass der Gesetzgeber jegliche Umgehungsstrategien der HHVG-Regelungen eliminieren will und die gesetzlichen Regelungen dementsprechend nachschärft. Als weiteres Beispiel gesetzgeberischer Aktivitäten zur Reduktion der Manipulationsmöglichkeiten im Morbi-RSA seien die erst kürzlich gesetzlich verankerte Bereinigung der Versichertenbestände um Karteileichen aus der obligatorischen Anschlussversicherung genannt.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

Mit großer Sorge sehen die Betriebskrankenkassen daher, dass richtige und wichtige Regelungen des Gesetzentwurfes, die den Morbi-RSA manipulationssicherer ausgestalten sollen, politisch bereits im Kreuzfeuer stehen, wie etwa

- das konsequente **Verbot von „Geld gegen Diagnosen“**, das bereits seit HHVG greifen sollte: Das einzige, was sich durch die Neuregelung künftig ändert, ist jedoch, dass es keine vertraglich vorgegebenen Kodieranweisungen an die Ärzte mehr geben darf. Gleichwohl müssen Ärzte nach § 295 SGB V – wie in den Kollektivverträgen auch – ihre Leistungen kodieren. Über die Abrechnungsprüfung der Kassen kann weiterhin sichergestellt werden, dass den abgerechneten Leistungen entsprechende Diagnosen gegenüberstehen. Vor allem bundesweit tätige Kassen haben ihre Verträge bereits umgestellt und so unter Beweis gestellt, dass Versorgungsverträge auch ohne Kodierlisten bzw. Kodiervorgaben in der Praxis umsetzbar sind.
- die **Einführung einer Manipulationsbremse**: Wissenschaftliche Untersuchungen belegen jedoch, dass die Häufigkeit einer Diagnose in der Vergangenheit zunahm, sobald die Erkrankung in die im Morbi-RSA berücksichtigungsfähigen Erkrankungen aufgenommen wurde. Dem stand nicht zwangsläufig ein entsprechender Anstieg in der tatsächlichen Morbidität der Versicherten gegenüber, vielmehr wurde auf die ärztliche Diagnosestellung über Selektivverträge oder die Praxissoftware Einfluss genommen. Die Betriebskrankenkassen begrüßen daher ausdrücklich den Ansatz, steigende Prävalenzen RSA-relevanter Diagnosen als starken Hinweis auf eine Beeinflussung der Diagnosedokumentation ernst zu nehmen.
- die **Verschärfung der Prüfung nach § 273 SGB V**: Die Ausweitung der Befugnisse, die dem Bundesversicherungsamt als RSA-Durchführungsbehörde eingeräumt werden, sind richtig, da diese insbesondere auf eine schnellere Sanktionierung unrechtmäßiger Fallgestaltungen abzielen.

Notwendige Bedingung eines fairen Wettbewerbs um die beste Versorgung ist zwingend ein **einheitliches Aufsichtshandeln** zur Auslegung für alle Krankenkassen gleichlautend bestehender rechtlicher Rahmenbedingungen, dies bestätigt auch die Monopolkommission in ihrer Bewertung des Gesetzentwurfs<sup>1</sup>. Gerade angesichts enger wettbewerblicher Spielräume führt ein nicht einheitliches Aufsichtshandeln zu enormen Wettbewerbsverzerrungen und schädigt damit nachhaltig die Versorgung von Versicherten. Dies gerade auch vor dem Hintergrund, dass auch die geöffneten, unter Bundesaufsicht stehenden Betriebskrankenkassen Versorgung gestalten, die ihren Versicherten in den Regionen und konkret vor Ort zu Gute kommt. Beleg hierfür sind nicht zuletzt mehrere tausend Versorgungsverträge, die dem BVA inzwischen zur Prüfung

---

<sup>1</sup> Monopolkommission Policy Brief, Ausgabe 3: November 2019. <https://www.monopolkommission.de/index.php/de/pressemitteilungen/309-policy-brief-3.html>

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

vorgelegt und genehmigt wurden. Das Bewerten innovativer Versorgungsansätze mit unterschiedlichem Maß benachteiligt folglich die Versicherten und die Kassen im Wettbewerb um die beste Versorgung. Nun kommt es also darauf an, dass die im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen auch umgesetzt und mit Leben gefüllt werden.

Grundsätzlich begrüßen die Betriebskrankenkassen eine **Reform des Organisationsrechts** der gesetzlichen Krankenkassen, insbesondere den Verzicht auf ein Abstimmungsverfahren als Errichtungsvoraussetzung von Betriebskrankenkassen. Allerdings sollte der Gesetzgeber nun auch modernen Unternehmensstrukturen beim Errichtungs- und Ausdehnungsverfahren Rechnung tragen und damit die Bildung größerer Betriebskrankenkassen ermöglichen. Hierfür ist es notwendig vom antiquierten Grundsatz der Einheit von Betrieb und Arbeitgeber Abstand zu nehmen.

Zu den vorgesehenen Änderungen der **Organisationsstruktur des GKV-Spitzenverbandes** nehmen die Betriebskrankenkassen im Einklang mit allen Kassenartenverbänden sowie dem GKV-Spitzenverband Stellung und verweisen überdies hierzu auf die Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes. Die Betriebskrankenkassen weisen zudem darauf hin, dass dem Lenkungs- und Koordinierungsausschuss in der von den Kassenartenverbänden und dem GKV-Spitzenverband vorgeschlagenen Form zusätzlich je eine weitere Vertreterin oder ein weiterer Vertreter auf hauptamtlicher Vorstandsebene aus den Kassenartenverbänden der Orts-, Ersatz-, Betriebs- und Innungskrankenkassen auf Bundesebene angehören können soll.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

## **II. Kommentierung im Detail**

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

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

**Zu**

- **Artikel 5 Nr. 20**, § 266 SGB V und
- **Artikel 6 Nr. 3**, § 2f RSAV

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

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

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

Die Betriebskrankenkassen gehen davon aus, dass die Unterdeckung der jungen Erwerbsgeminderten durch die geplante Einführung von Vollmodell, Risikopool und Altersinteraktionstermen reduziert werden kann. Letztere ist ohnehin bereits für das Jahr 2020 vorgesehen, also noch vor Umsetzung der im GKV-FKG enthaltenen Regelungen.

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

Es wird häufig angeführt, dass die Herausnahme der Zuschläge für das Merkmal „Erwerbsminderungsrente“ als weiteres Differenzierungsmerkmal zur Risikoselektion gegen Erwerbsminderungsrentnerinnen und -rentner führen würde. Dies ist nicht richtig: Träfe diese These zu, müsste man heute bei den Versichertengruppen, die keinen Erwerbsminderungsstatus erhalten können, da sie z.B. Nichterwerbstätig, Freiberufler

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

oder Rentner sind, bereits eine Risikoselektion beobachten. Dies ist jedoch nicht der Fall. Durch die gesetzliche Neuregelung wird hingegen eine Gleichbehandlung dieser Personengruppen ermöglicht und damit einer Risikoselektion gegen diesen Personenkreis entgegengewirkt.

Hinzu kommt: Der Erwerbsminderungsstatus als einziges sozioökonomisches Merkmal im RSA wurde als Hilfsvariable bei der Einführung des RSA genutzt, da im ersten Modell direkte Morbiditätsinformationen fehlten. Im heutigen Morbi-RSA mit direktem Morbiditätsbezug ist das Merkmal hingegen überflüssig, da - insbesondere bei Einführung eines Vollmodells - ohnehin bereits die Erkrankungen qua Diagnose und damit über die RSA-Zuweisungen direkt berücksichtigt werden, die zur Erwerbsminderung geführt haben.

### **Kein Entzug von Morbidität**

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

### **Streichung der EMG muss im Gesamtkonzept des GKV-FKG betrachtet werden**

Im Rahmen des vorliegenden Gesetzentwurfs wird über die angestrebten Maßnahmen ein erheblich höherer direkter Morbiditätsbezug im RSA vorangetrieben. Die Streichung der EMG stellt eine logische und unverzichtbare Voraussetzung für die Einführung eines Vollmodells im Morbi-RSA dar. Unterdeckungen besonders kostenintensiver Versicherter werden durch die Einführung eines Risikopools erheblich reduziert – dies gilt im Besonderen natürlich auch für die Versicherten dieser Gruppe, die einen Erwerbsminderungsstatus aufweisen.

Die vorgeschlagene Streichung des Kriteriums der Erwerbsminderung ist daher eine richtige Schlussfolgerung, die aus den genannten Gründen ausdrücklich befürwortet wird.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

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

**Zu**

- **Artikel 5 Nr. 20**, § 266 SGB V;
- **Artikel 6 Nr. 3**, § 2f RSAV und
- **Artikel 6 Nr. 7**, § 18f RSAV

Der vorliegende Gesetzentwurf sieht die Streichung jener Passagen aus dem SGB V und der Risikostruktur- ausgleichs-Verordnung (RSAV) vor, die den RSA seit 2009 auf 50 bis 80 jährlich neu auszuwählende, besonders kostenintensive und schwerwiegende, chronische Krankheiten begrenzt haben. Künftig soll stattdes- sen das gesamte Krankheitsspektrum berücksichtigt werden.

Die Betriebskrankenkassen sehen diese Ausweitung insbesondere **vor dem Hintergrund der damit auch erweiterten Manipulationsanreize kritisch:**

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

Mit der Zahl der RSA-relevanten Krankheiten und Diagnosen vervielfachen sich auch die Ansatzpunkte für die strategische Beeinflussung der Diagnosedokumentation durch die Ärzte und der Datenmeldungen. Dass bereits der aktuelle RSA auf Basis von 80 Krankheiten entsprechende Anreize setzt und es in der Folge auch tatsächlich zu Beeinflussungen der Höhe der Zuweisungen durch verschiedene Akteure kam, die sowohl den Gesetzgeber als auch die Aufsichtsbehörden zur Intervention zwangen, haben die vergangenen Jahre gezeigt.

**Aus diesem Grund kommt den Maßnahmen des GKV-FKG zur Reduktion der Manipulationsanfälligkeit des RSA bei Einführung eines Vollmodells sowie weiterhin bestehendem uneinheitlichen eine unverzicht- bare Bedeutung zu.** Dies gilt insbesondere für die Einführung einer „Manipulationsbremse“, denn wissen- schaftliche Untersuchungen zeigten, dass die Häufigkeit einer Diagnose zunahm, sobald die Erkrankung in die im Morbi-RSA berücksichtigungsfähigen Erkrankungen aufgenommen wurde. Dem stand nicht zwangs- läufig ein entsprechender Anstieg in der tatsächlichen Morbidität der Versicherten gegenüber, vielmehr wurde auf die ärztliche Diagnosestellung über Selektivverträge oder die Praxissoftware Einfluss genommen.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

Die Betriebskrankenkassen begrüßen daher ausdrücklich den Ansatz, **steigende Prävalenzen RSA-relevanter Diagnosen als starken Hinweis auf eine Beeinflussung der Diagnosedokumentation ernst zu nehmen und die Morbiditätsgruppen mit den höchsten Steigerungsraten aus der Zuweisungssystematik zu streichen, wenn diesen Steigerungen keinen nachvollziehbaren Ursachen zu Grunde liegen.** Die Betriebskrankenkassen erwarten, dass das Verfahren gewählt wird, welches bereits im aktuellen Verfahren sicherstellt, dass negative Kostenschätzer nicht in negative Zuschläge für hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMG) umgesetzt werden, sondern die entsprechenden Variablen in der Regression herausgenommen werden. Somit würde vermieden, dass durch den Ausschluss von HMG freiwerdende Mittel pauschal über alle Versicherten verteilt werden.

Die gegenüber dem Referentenentwurf implementierten Detailregelungen zur Ermittlung, Bewertung und Ausschluss auffälliger Risikogruppen erhöhen dabei die Zielgenauigkeit und Akzeptanz der Manipulationsbremse. Hervorzuheben sind dabei insbesondere die Ausnahme der Risikomerkmale, bei denen lediglich eine geringe Prävalenz vorliegt, sowie der Möglichkeit von einem Ausschluss abzusehen, wenn die Prävalenzsteigerung auf Sondereffekte, etwa Epidemien, zurückzuführen ist.  **Dass die Bewertung auffälliger Risikogruppen durch den GKV Spitzenverband vorzunehmen ist, wird begrüßt, allerdings sollte die Klassifizierung der Risikogruppen, bei denen medizinische Gründe einem Ausschluss entgegenstehen, nicht nur dem Bundesversicherungsamt, sondern vielmehr auch den am RSA teilnehmenden Kassen mitgeteilt werden.**

Die Betriebskrankenkassen halten die Manipulationsbremse für ein gutes Instrument, das im Hinblick auf ein geplantes Inkrafttreten des Gesetzes im Frühjahr 2020 auch bereits für den Jahresabschluss 2019, also im November 2020, umgesetzt werden könnte. Dies gilt umso mehr für den Jahresausgleich 2020, der im November 2021 stattfindet.

Trotz der enormen Ausweitung der zu berücksichtigenden versichertenbezogenen Morbiditätsinformationen in einem Vollmodell haben die Analysen des Wissenschaftlichen Beirats ergeben, dass auch ein Vollmodell regionale Ausgaben- bzw. Deckungsbeitragsunterschiede nicht hinreichend eliminieren wird. Mit einem Vollmodell allein sind daher die derzeit im RSA verbliebenen Anreize zur (regionalen) Risikoselektion und die damit verbundenen (regionalen) Verwerfungen im Kassenwettbewerb nicht zu beheben. Ähnliches gilt für die Problematik teurer Leistungsfälle: Ein Vollmodell kann einen Risikopool nicht ersetzen. Durch die Einführung eines Vollmodells verlieren zudem Morbiditätssurrogate, wie die Zuschlagsgruppen für Bezieher von Erwerbsminderungsrenten oder die nicht versorgungsneutrale Förderung spezifischer Versorgungsformen, wie z.B. besonderen Behandlungsprogramme (DMP), völlig ihre Berechtigung.

**Ein Vollmodell kann daher für die Betriebskrankenkassen allenfalls nur ein Teil und nur mit den anderen genannten Komponenten zusammen Gegenstand eines Paketes zur Reform des Morbi-RSA sein.**

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

Problematisch an der Einführung eines Vollmodells zum jetzigen Zeitpunkt erscheint darüber hinaus, dass die Ausgestaltung des konkreten Versichertenklassifikationsmodells noch unzählige Freiheitsgrade einschließt. Wechselwirkungen mit anderen Reformkomponenten sind daher zum jetzigen Zeitpunkt im Detail nicht zu beurteilen. Der Ausgestaltung des Versichertenklassifikationsmodells für das mehr als vervierfachte Krankheitsspektrum kommt daher entscheidende Bedeutung zu. **Um die Planungssicherheit für die Krankenkassen zu gewährleisten, sollte das Bundesversicherungsamt (ggf. im Zusammenspiel mit dem GKV-Spitzenverband) verpflichtet werden, frühzeitig für Transparenz zu sorgen und z.B. Finanzeffekte aber auch Zuordnungs- und Klassifikationstabellen für die entstehende Versichertenklassifikation frühzeitig bereitzustellen, wie etwa bei der Einführung der Annualisierung der Leistungsausgaben Verstorbener.**

Der drastisch erhöhten Komplexität eines Vollmodells ist bei der Durchführung des Stellungnahmeverfahrens für das Ausgleichsjahr 2021 zudem durch **deutlich verlängerte Stellungnahmefrist** Rechnung zu tragen. Ebenso sollte das bisherige Vorschlagsverfahren zum Klassifikationsmodell wieder aufgegriffen und verbindlich geregelt werden.

### 3. Einführung von Altersinteraktionstermen

Zu

- Artikel 5 Nr. 20, § 266 SGB V und
- Artikel 6 Nr. 3, § 2 RSAV

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

Für das Ausgleichsjahr 2020 wurden – neben Arzneimittelsplits – bereits einige wenige Alterssplits an Stelle von Altersinteraktionstermen eingeführt. Aus Sicht der Betriebskrankenkassen ist diese Vorgehensweise in mehrfacher Hinsicht fragwürdig: Zunächst steht es außer Frage, dass diese mit Einführung eines Vollmodells wieder vollständig überarbeitet werden müssen. Zusätzlich wird auch im laufenden Verfahren eine jährliche Überprüfung der Alterssplits notwendig sein.

Für eine grundsätzliche Lösung, die auch zu deutlichen Effekten im Sinne einer Bereinigung der oben geschilderten Fehldeckungen geführt hätte, wäre es sinnvoll gewesen, die Alterssplits in einem Schritt für alle hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMG) einzuführen. Problematisch wäre dabei wiederum die damit

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

verbundene Vervielfachung der Risikogruppen gewesen. **Daher bietet es sich, an Stelle der Alterssplits an der Einführung von Altersinteraktionstermen festzuhalten.**

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

Zu

- **Artikel 5 Nr. 20**, § 266 Abs. 2 SGB V;
- **Artikel 5 Nr. 20**, § 266 Abs. 8 SGB V;
- **Artikel 6 Nr. 3**, § 2 RSAV und
- **Artikel 6 Nr. 7**, § 7 RSAV

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

Die Beschränkung auf ein „Direktmodell unter Ausschluss angebotsseitiger Variablen“ in Artikel 6 Nr. 7 des Gesetzentwurfs erscheint unter Berücksichtigung von Kritik zur mutmaßlich drohenden Verfestigung von Versorgungsstrukturen sowie Tendenzen eines regionalen Ist-Kosten-Ausgleiches auf den ersten Blick nachvollziehbar und wäre ein sinnvoller Einstieg in eine Regionalkomponente.

Nach Aussage des Sondergutachtens des Wissenschaftlichen Beirats würden die regionalen Deckungsbeitragsunterschiede mit diesem Modell jedoch nicht hinreichend reduziert, sodass (zu große) Anreize zur regionalen Risikoselektion und (zu große) regionale Wettbewerbsverzerrungen verbleiben. Die Gutachter selbst schlagen deshalb eine zweite Ausgleichsstufe vor, die unmittelbar an den verbleibenden regionalen Deckungsbeitragsunterschieden ansetzt.

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

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

legt den Einbezug angebotsseitiger Variablen zumindest nahe. Dies belegen die statistischen Kennzahlen.<sup>2</sup> Das Argument der Strukturverfestigung ist ohne nähere Untersuchung und Belege grundsätzlich nicht nachvollziehbar, da ein vollständiger regionaler Ausgabenausgleich unterbleibt und auch andere, nicht angebotsseitige Variablen einfließen. Hinzukommt, dass die Krankenkassen keinen oder nur einen geringen Einfluss auf die regionalen Angebotsstrukturen haben. Sie sollten deshalb auch nicht wirtschaftlich (voll) dafür verantwortlich gemacht werden.

Bei der Variablenauswahl durch das Bundesversicherungsamt sowie der durch die Krankenkassen zu übermittelnden Daten gem. dem neuen § 7 RSV sind in der Folge des Inkrafttretens des GKV-FKG zeitnah eine Reihe von Klärungen sich **bereits jetzt abzeichnender Fragestellungen in Angriff zu nehmen**. Dazu gehört beispielsweise der Umgang mit einem drohenden Zirkelbezug bei Aufnahme der Variable „Zuweisungen“ (wie im Gutachten des wissenschaftlichen Beirats aus dem Jahr 2018) sowie der Umgang mit der eigentlich angebotsseitigen Variable „Pflegebetten“. Auch die Frage nach dem Zeitpunkt, auf den sich die Meldung des Wohnortes für den jeweiligen Versicherten bezieht, ist zu beantworten. Hierbei erscheint ein Bezug auf das Berichtsjahr der Diagnosen im prospektiven Verfahren des Morbi-RSA sinnvoller, als eine Meldung des jeweils aktuellen Wohnortes.

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

Dem Leitgedanken folgend, das Abschlagsverfahren im Risikostrukturausgleich so auszugestalten, dass sich dieses dicht am Jahresausgleich befindet, **sollten Zuweisungen, die die regionalen Deckungsbeitragsunterschiede ausgleichen, bereits im Abschlagsverfahren berücksichtigt werden**. Die bestehenden rechtlichen Grundlagen sehen dies zwar bereits im Grundsatz vor, jedoch zeigt sich beispielhaft an der ausschließlichen Abrechnung der Kosten zur Finanzierung des Innovationsfonds, dass sich das Bundesversicherungsamt einseitig vom vorgenannten Leitgedanken zu Lasten der Planungssicherheit und Liquiditätssicherung der Krankenkassen löst. Die Betriebskrankenkassen schlagen daher die folgende Änderung vor:

---

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

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

### **Änderungsvorschlag:**

In § 16 Abs. 2 RSAV wird nach „Abschlagsverfahren“ „unter Berücksichtigung der Risikomerkmale nach § 266 Abs. 2 SGB V“ eingefügt.

### **Begründung:**

Durch den Verweis auf § 266 Abs. 2 SGB V werden die dort genannten Risikomerkmale auch für das monatliche Abschlagsverfahren unmissverständlich verbindlich. Nur durch die vollständige Berücksichtigung der Risikomerkmale bereits im monatlichen Abschlagsverfahren, wird gewährleistet, dass die Zuweisungsbescheide im Abschlagsverfahren nicht unnötig von den Zuweisungen des Schlussausgleichs abweichen. Dies ist erforderlich, um für die Kassen Planungs- und Liquiditätssicherheit zu erreichen. Andernfalls wäre letztlich die Rechtsicherheit des Verfahrens gefährdet. Insbesondere für die Stabilität kleiner Kassen ist ein Abschlagsverfahren erforderlich, dass den Schlussausgleich möglichst exakt vorwegnimmt.

## **5. Einführung eines Risikopools**

### **Zu**

- **Artikel 5 Nr. 21**, § 268 SGB V;
- **Artikel 6, Nr. 7**, § 14 RSAV i.V.m.
- **Artikel 6 Nr. 4**, § 4 RSAV und
- **Artikel 6 Nr. 7**, § 16 RSAV

**Die Betriebskrankenkassen begrüßen ausdrücklich die Einführung eines Risikopools in der vorgesehenen Ausgestaltung.** Die entscheidenden Parameter sind: eine Durchführung vor Berechnung der RSA-Zuweisungen, einen Schwellenwert von 100.000 Euro zu Beginn des Verfahrens 2021 sowie eine Ausgleichsquote von 80 Prozent. Die gegenüber dem Referentenentwurf vorgenommene Anpassung, dass sich die Dynamisierung nunmehr nach der jährlichen Veränderungsrate der im Risikopool ausgleichsfähigen Leistungsausgaben richtet (bisher: Anpassung auf Basis des Durchschnittsentgeltes der Rentenversicherung), ist zu begrüßen.

Finanzielle Belastungen für einzelne Krankenkassen, die sich aus Hochkostenfällen ergeben, können durch den flankierenden Ist-Ausgleich wirksam gemindert werden, der Schwellenwert von zunächst 100.000 Euro

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

schließt zugleich irrelevante Fälle aus und beschränkt damit die zusätzlichen Aufwände auf ein sinnvolles, richtiges Maß.

Das von Kritikern suggerierte Bild, durch einen partiellen Ausgabenausgleich bestände für Kassen kein Anreiz mehr für einen verantwortungsbewussten Umgang mit Geldern der Solidargemeinschaft, trifft nicht zu: **Da nur ein Teil der Mehrkosten über dem Schwellenwert erstattet wird, bleiben ausreichende Wirtschaftlichkeitsanreize erhalten.**

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

Die weitgehende Neuregelung der Risikostrukturausgleichsverordnung durch das GKV-FKG betrifft den § 4 RSAV nur zum Teil. Insbesondere bleibt hier der Absatz 4 unverändert. In diesem wird bereits jetzt geregelt, dass die Leistungsausgaben der Krankenkassen für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs nach § 37 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung und nach Maßgabe der Bestimmung des Kontenrahmens für die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung entfalten. Da erst nach Einführung des Morbi-RSA im Jahre 2009 damit begonnen wurde, die Leistungsausgaben versichertenbezogen im Rahmen einer Vollerhebung für die GKV zur Durchführung des RSA zu melden und dabei von einer nur kleinen Stichprobe auf die Gesamtheit aller am RSA-beteiligten Versicherten umzustellen und diese Datenbasis im Rahmen einer Regression zu verwenden, ist diese Regelung grundsätzlich als problematisch zu bewerten. Sie sollte im Rahmen der grundlegenden Neufassung der Risikostrukturausgleichsverordnung durch das GKV-FKG ebenfalls überarbeitet werden. Die Rechnungslegungsvorschriften räumen den Krankenkassen gewisse Abgrenzungs- und Bewertungsspielräume ein, die für die Meldung der RSA-Leistungsausgaben verzerrend wirken. In diesem Zusammenhang ist insbesondere die Buchung von Schätzverpflichtungen zu nennen, die nach dem Imparitätsprinzip erfolgt und ihren Sinn im Rahmen der ordnungsgemäßen Buchführung entfaltet. Im Bereich des RSA werden hierdurch dagegen Manipulationsspielräume geschaffen, die sich insbesondere im Zusammenhang mit der Wiedereinführung des Risikopools bemerkbar machen würden. Deutlich wird dies schon in der Frage, ob Leistungsfälle, die zwar nicht gezahlt wurden, deren Zahlung absehbar ist, im Risikopool zu berücksichtigen sind. Eine naheliegende Antwort, dass diese dann ggf. im Folgejahr möglich ist, verfängt nicht, da der Versicherte dann nicht mehr zwingend bei der Kasse versichert ist und damit eine Berücksichtigung in der Meldung der Leistungsausgaben (Satzart 700) nicht mehr erfolgt. Auch eine rückwirkende Zuordnung der Zahlung auf zurückliegende Berichtsjahre scheidet in diversen Fällen aus. **Sinnvoll erscheint eine Korrekturmeldung der Leistungsausgaben nach**

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

**vier Jahren, da dann alle Leistungen gezahlt und etwaige Erstattungen (z. B. Arzneimittelrabatte) vollständig abbildbar sind.** Diese Korrekturmeldung würde zugleich die Gestaltungsoptionen bei der Berücksichtigung der Arzneimittelrabatte vollständig auflösen. Die Betriebskrankenkassen regen daher an, die folgende Änderung vorzunehmen:

**Änderungsvorschlag:**

§ 4 Absatz 4 RSAV ist wie folgt zu fassen:

*„Für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs sowie dem Ausgleich über den Risikopool legt das Bundesversicherungsamt im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband die Vorgaben zur Bewertung der Leistungsausgaben nach Absatz 1 abzüglich der Beträge nach Absatz 3 dem Grunde und der Höhe nach sowie deren zeitliche Abgrenzung fest.“*

Im Hinblick auf die Ausgestaltung und Durchführung des Risikopools regen die Betriebskrankenkassen darüber hinaus an, dass **in der Risikostrukturausgleichsverordnung die Durchführung eines Abschlagsverfahrens festgeschrieben** wird. Bereits im Risikopool des RSA-Altverfahrens hat sich dieses bewährt, da ansonsten bis zur Durchführung des RSA-Schlussausgleichs im November des dem jeweiligen Ausgleichsjahr folgenden Jahres bewusst Verzerrungen bei den Zuweisungen an die Krankenkassen in Kauf genommen werden würden. Ansatzpunkte für Kritik in dem Sinne, dass man hierzu auf Daten von vorangegangenen Ausgleichsjahren Bezug nehmen müsse, wären auf alle Berechnungen im Rahmen des Abschlagsverfahrens anzuwenden und greifen demnach nicht.

**Änderungsvorschlag:**

§ 16 Absatz 1 RSAV ist wie folgt zu fassen:

*„Das Bundesversicherungsamt ermittelt die Höhe der Zuweisung, die die Krankenkassen zur Deckung Ihrer Ausgaben nach § 266 Absatz 1 Satz 1 **sowie nach § 268 Absatz 1** des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erhalten, und führt den Zahlungsverkehr durch.“*

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

## 6. Versichertenindividuelle Berücksichtigung von Arzneimittelrabatten

Zu

- **Artikel 5 Nr. 20**, § 266 Abs. 4 SGB V;
- **Artikel 5 Nr. 21**, § 267 Abs. 1 SGB V und
- **Artikel 6 Nr. 7**, § 7 RSAV

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

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

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

**Die Betriebskrankenkassen begrüßen daher die versichertenbezogene Berücksichtigung von Arzneimittelrabatten ausdrücklich, da damit eine seit Einführung des RSA bestehende unrichtige Abbildung der Kostengewichte aufgelöst wird.** Aus Sicht der Betriebskrankenkassen sollten sowohl gesetzliche, als auch vertragliche Rabatte bei der versichertenbezogenen Zuordnung berücksichtigt werden. Sinnvoll wäre eine Übermittlung der Netto-Ausgaben, um die vergaberechtlich erforderlichen vertraglichen Geheimhaltungspflichten zu gewährleisten.

Letztlich wird darauf hingewiesen, dass unterschiedliche Fristen im Rahmen des bestehenden Meldeprozesses, zum einen für mögliche Korrekturmeldungen (innerhalb von eineinhalb Jahren nach Abschluss des Berichtsjahres) und zum anderen für die Anmeldung der Rabatte (innerhalb von vier Jahren), problematisch

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

sein könnten. **Im Hinblick auf die erhebliche finanzielle Wirkung der Berücksichtigung der Arzneimittelrabatte auf die RSA-Kostengewichte sollte die praktische Umsetzung der Datenmeldung daher so ausgestaltet sein, dass alle Arzneimittelrabatte vollständig berücksichtigt werden.** Ggf. ist dies im Rahmen einer Korrekturmeldung nach Ablauf der vierjährigen Anmeldefrist zu prüfen. Unabhängig davon sind die von einer Krankenkasse vereinnahmten Rabatte mit der in der SA700 übermittelten Angaben zu überprüfen und gegebenenfalls Korrekturmaßnahmen zu implementieren.

## **7. Einführung einer Vorsorgepauschale**

**Zu**

- **Artikel 5 Nr. 23, § 270 SGB V** und
- **Artikel 6 Nr. 5, § 15 RSAV.**

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

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

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

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

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

## 8. Regelmäßige Evaluation

Zu

- **Artikel 5 Nr. 20**, § 266 SGB V und
- **Artikel 6 Nr. 7**, § 8 RSAV

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

Im RSA entsteht so ein sich fortlaufend ändernder Anpassungsbedarf, der regelmäßig festgestellt, analysiert und in Lösungsvorschläge überführt werden muss. Dass dieser Prozess auch nach Umsetzung des GKV-FKG nicht abgeschlossen sein wird, ist offensichtlich. So stellt sich mit Blick auf die Zukunft z.B. schon heute die Frage nach der Wirkung der im vorliegenden Gesetzesentwurf angestoßenen Verfahrensreform – und dies umso mehr, als die gemeinsame Wirkung aller Einzelkomponenten vorab nicht berechnet und analysiert wurde. Auch die Wirksamkeit der vorgesehenen Maßnahmen zur Begrenzung der Manipulationsanfälligkeit muss regelhaft überprüft werden.

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

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

- Zur Erhöhung der Transparenz sollte eine Forschungsstichprobe zugänglich gemacht werden, um zuallererst den Beiratsmitgliedern, aber unverzichtbar auch den Krankenkassen und anerkannten Forschungsinstituten eine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem RSA zu ermöglichen.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

- Die Expertise der Krankenkassen sollte im Vorfeld, z.B. durch ein Vorschlagsverfahren, aber auch begleitend durchgängig in die Evaluation einbezogen werden.
- Für die Evaluation sollte der wissenschaftliche Beirat um außerordentliche Mitglieder erweitert werden.

## 9. Maßnahmen zur Reduktion der Manipulationsanfälligkeit

Zu

- **Artikel 5 Nr. 26**, § 273 SGB V;
- **Artikel 6 Nr. 7**, § 21 RSAV und
- **Artikel 5 Nr. 21**, § 267 SGB V

### Allgemein

Seit den Publikationen in der Presse des Jahres 2016 steht das Thema „Beeinflussungsmöglichkeiten im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA)“ auf der politischen Agenda. Der Gesetzgeber hat daher bereits mit unterschiedlichen gesetzlichen Regelungen – z.B. mit dem Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) – versucht, diese einzuschränken. Es ist richtig, dass er nun im Rahmen des GKV-FKG bestehende Lücken für Umgehungsstrategien eliminieren will und die gesetzlichen Regelungen dementsprechend nachschärft. Im Sinne eines fairen Morbi-RSA – und **insbesondere vor dem Hintergrund der beabsichtigten Ausweitung des Krankheitspektrums - ist eine möglichst manipulationssichere Ausgestaltung wesentlich**. Anderenfalls besteht die Gefahr, dass die Krankenkassen belohnt werden, die nach wie vor bestehende Lücken im System oder auch die Spielräume der unterschiedlichen Aufsichtspraxis der Aufsichtsbehörden ausnutzen. Dies führt zu unterschiedlichen Bedingungen im Kassenwettbewerb. Erst dann, wenn einheitliche Wettbewerbsbedingungen vorliegen und Maßnahmen des Right- oder Up-Codings offenlegt und sanktioniert werden, ist eine Fokussierung auf den Wettbewerb um die beste Versorgung möglich.

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

Die Betriebskrankenkassen interpretieren den Entwurf zum GKV-FKG so, dass diese Maßnahmen sowohl für laufende Prüfverfahren als auch abgeschlossene Verfahren, bei denen allein aus Gründen des Beweisverfahrens keine Sanktionierung möglich war, zur Anwendung kommen. Eine mögliche Ungleichbehandlung

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

von alten (bislang nicht abgeschlossenen Auffälligkeitsprüfungen) und neuen Auffälligkeiten, die möglicherweise sogar auf identischen Datenmeldungen basieren, wäre nicht sachgerecht und ist daher abzulehnen.

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

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

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

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

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

#### **a) Anpassung der „273er-Prüfung“**

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

In den Prüfungen nach Absatz 2 sollte nach Auffassung der Betriebskrankenkassen **auf niedrige Besetzungszahlen in einer HMG Rücksicht genommen** werden bzw. bei den Nachweisen nach Abs. 4 auch Gründe anerkannt werden, dass ausgehend von einer sehr geringen Fallzahl automatisch mit höheren Steigerungsraten gerechnet werden muss als bei hohen Fallzahlen. Dies sollte in der Bewertung des BVA anerkannt werden.

In der Vergangenheit wurde deutlich, dass die Versichertenzeiten lediglich im Rahmen der regelmäßigen Versichertenzeitprüfung (§ 42 RSAV) überprüft wurden. Eine gesonderte Prüfung, analog der bereits in § 273 Abs. 1 SGB V genannten Daten, findet nicht statt. Ebenso fehlt eine korrespondierende Regelung zum Abs. 5, die eine anlassbezogene Prüfung ermöglicht.

**Die Betriebskrankenkassen schlagen daher vor, den § 273 Abs. 1 sowie § 273 Abs. 5 SGB V um die Daten zu erweitern, die losgelöst von Leistungsdaten zuweisungsrelevant sein könnten.**

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

**Insofern ist eine weitere Ausdifferenzierung des § 273 SGB V sinnvoll.** Demnach sind zum einen regelmäßige Überprüfungen der Datenmeldungen hinsichtlich der Vollständigkeit der gemeldeten Morbiditätsdaten und zum anderen Überprüfungen der Richtigkeit der gemeldeten Ausgaben (Satzart 700) erforderlich. Die Betriebskrankenkassen schlagen entsprechend vor:

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

### Änderungsvorschlag:

§ 273 SGB V wird um einen neuen Absatz 8 ergänzt:

*„(8) Das Bundesversicherungsamt prüft die Datenmeldungen der Krankenkassen nach § 267 Abs. 1 S. 1 rückwirkend ab dem Berichtsjahr 2013 auf eine unvollständige Meldung der Morbiditätsinformationen von Versicherten mit vollzogenem Kassenwechsel im jeweils folgenden Berichtsjahr sowie auf Anhaltspunkte die auf eine Verfälschung der Kostengewichte im Risikostrukturausgleich hindeuten. Über das Ergebnis der jährlichen durchzuführenden Überprüfungen berichtet das Bundesversicherungsamt in geeigneter Form.“*

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

Die Betriebskrankenkassen sehen in der vorgesehenen Herausnahme der Krankenkassen aus den zulässigen Stellen, die Vertragsärzte in erforderlichen Fällen beraten dürfen, einerseits einen substantiellen Beitrag, die durch Arztberatung irregulär erworbenen Morbiditätszuschläge, zu verringern. Andererseits nutzen die Betriebskrankenkassen die im § 305a SGB V gebotene Option zur Beratung zum wirtschaftlichen Einsatz der Arzneimittelverordnungen.

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

**In Abwägung der Vorteile aus dieser Arztberatung mit dem bisher zu beobachtenden Missbrauch der Regelung nach § 305a SGB V durch Krankenkassen, ist die Abschaffung der Wirtschaftlichkeitsberatung von Vertragsärzten durch Krankenkassen sachgerecht und nachvollziehbar.** Gleichzeitig sollte die Rolle der Kassenärztlichen Vereinigungen im Sinne einer unabhängigen Stelle zur Beratung der Ärzte gestärkt werden.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

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

Kodierbeeinflussung mittels Vergütung in Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung und zur besonderen Versorgung sollen mit dem GKV-FKG wirksam ausgeschlossen werden. Mit dieser Intention konkretisiert das GKV-FKG bereits zuvor verfasste Regelungen insoweit, dass Vereinbarungen, die bestimmte Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen vorsehen, generell unzulässig sind. Das Verbot zielt insbesondere auch auf die den Verträgen angehängten Listen von Diagnosen, meist nach ICD-10, ab. Die Regelungen sollen sicherstellen, dass die ärztliche Diagnostik allein anhand medizinischer Gesichtspunkte erfolgt und nicht durch finanzielle Anreize über die Krankenkasse beeinflusst wird.

In den vergangenen Jahren war bekannt geworden, dass einige Krankenkassen die Verträge zur Optimierung ihrer Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nutzten: Sie setzten einen finanziellen Anreiz, dass Ärzte insbesondere Morbi-RSA relevante Diagnosen kodieren.

Das Prinzip „Geld gegen Diagnose“ wurde bereits mit dem Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) angegangen. Seitdem sollten zusätzliche Vergütungen für Diagnosen nicht Gegenstand der Verträge sein. Dennoch wurde in der Praxis festgestellt, dass Verträge weiterhin Regelungen enthalten, die das Kodierverhalten der Ärzte durch finanzielle Anreize zu steuern versuchen. Dies geschieht beispielsweise über gestaffelte Pauschalen, die sich nach der Anzahl der gestellten Diagnosen richten.

**Es ist richtig, dass der Gesetzgeber jegliche Umgehungsstrategien der HHVG Regelungen eliminieren will und die gesetzlichen Regelungen dementsprechend nachschärft.** Kritikern kann mit folgenden Argumenten begegnet werden:

**Regionale Versorgungsverträge sind auch mit der neuen Regelung pragmatisch umsetzbar**

Entgegen der durch Teile der Ärzteschaft und einigen Krankenkassen vorgetragenen Meinung, ist eine Umstellung der Verträge möglich. Die neuen Regelungen bedeuten nicht, dass „differenzierte Diagnosen im Rahmen von innovativen Haus- und Facharztverträgen verboten (...) werden“. Die Teilnahme der Versicherten an Verträgen kann weiterhin an ICD-Diagnosen geknüpft werden, die als sogenannte Einschlusskriterien fungieren. So wird sichergestellt, dass auch nur diejenigen Patienten, die die medizinischen Voraussetzungen erfüllen, entsprechende Leistungen erhalten. Auch über die Verknüpfung bestimmter Leistungen an allgemeine Krankheitsbegriffe, bzw. die Obergruppengliederung nach ICD-10, kann ein differenziertes Krankheitsbild in den Verträgen dargestellt werden.

Das einzige, was sich künftig ändert, ist, dass es keine vertraglich vorgegebenen Kodieranweisungen an die Ärzte mehr gibt. Gleichwohl müssen Ärzte – wie in den Kollektivverträgen auch - ihre Leistungen kodieren, was über die Abrechnungsprüfung der Kassen sichergestellt werden kann.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

Listen mit Diagnosen bedarf es demnach in Verträgen nicht. Dies haben die bundesweit geöffneten Krankenkassen bereits unter Beweis gestellt, indem sie ihre Verträge gemäß der Intention des Gesetzgebers an die HHGV-Regelungen angepasst haben. Die Vertragsanpassungen wurden durch das BVA genehmigt. Daher ist in Frage zu stellen, inwieweit das Argument der unter Landesaufsicht stehenden Krankenkassen trägt, die geplanten Regelungen würde innovative Versorgungsverträge gefährden.

**Die Anknüpfung an allgemeine Krankheitsbegriffe bzw. die Kapitel- oder Obergruppengliederung ist ausreichend und zweckdienlich**, wie folgende konkrete Beispiele verdeutlichen. Die Argumentation, die Ebene der Kapitel- oder Obergruppen-gliederung würde zu undifferenziert sein, da die die Obergruppen unterschiedliche Krankheiten beinhalten, verfängt nicht. Denn genau in solchen Fällen ist die Anknüpfung an ein Krankheitsbild möglich:

- Im Fall der ICD-Obergruppe „Diabetes mellitus“ (E10-E14) bedeutet dies, dass künftig in Verträgen auf Diabetes Typ1 und Diabetes Typ 2 als allgemeine Krankheitsbegriffe abgestellt werden muss.
- Im Fall der ICD Obergruppe „Virushepatitis“ (B15-B19) wird künftig in Verträgen auf allgemeine Krankheitsbeschreibungen wie Hepatitis A, Hepatitis B, Hepatitis C und Hepatitis E abgestellt.
- Im Fall der ICD-Obergruppe „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ (F10-F19) wird künftig in Verträgen auf allgemeine Krankheitsbegriffe wie beispielsweise Alkoholabhängigkeit abgestellt.

**Auch patientenorientierte Angebote mit Indikationsbezug sind weiterhin möglich.** Durch das Entfallen der ICD-Ziffer im Vertrag werden vertragliche vereinbarte Versorgungsleistungen nicht beeinflusst. Über die Abrechnungsprüfung kann die Krankenkasse weiterhin prüfen, ob die Leistung zielgerichtet erbracht wurde.

- Beispiel: Versorgungsvertrag nach § 140 a SGB V – Versorgungsprogramm für Patienten mit chronischer Nierenerkrankungen. Früherkennungsuntersuchungen für Risikogruppen Hypertoniker (~~ICD I10. bis I13. und I15.~~) und Diabetiker (~~ICDs E11., E12., E14.~~) beim Hausarzt. Bei positivem Befund: Steuerung zum Nephrologen, Feststellung des Schweregrades und Versorgung in stadienabhängigen Behandlungsmanualen; Im Behandlungsmanual „Frühstadium (~~ICD N 18.1. und N 18.2)~~“ steht die Behandlung der Grunderkrankungen im Vordergrund, im „terminalen Behandlungsmanual (~~ICD 18.5)~~“ die Dialyse. Behandlungsumfänge und Kontrollintervalle unterscheiden sich je nach Behandlungsmanualen.

Das Beispiel verdeutlicht, dass durch die Anpassungen/Streichungen der ICD-10-Gruppen nicht auf die konkrete Leistungsbeschreibung sowie medizinische Fachsprache verzichtet werden muss.

Ob patientenorientierte Versorgungsangebote, die von einem Indikationsbezug abhängig sein sollten, von den Leistungserbringern auch lediglich bei Patienten mit der jeweiligen Indikation erbracht werden, kann

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

im Rahmen der Abrechnungsprüfung nachvollzogen werden. Auch hierfür bedarf es keiner genauen Kodieraufschlüsselung im Vertrag.

### **Richtlinienkonformes Handeln und Kodieren ist den Ärzten vorgegeben – Kodier-Verträge sind dazu nicht notwendig**

Ambulant tätige Ärzte sind nach § 295 SGB V zur (endstelligen) Diagnosekodierung verpflichtet. Daran ändert sich auch mit den im GKV-FKG geplanten Regelungen nichts. Die Datenlage zum Zweck der Versorgungsforschung wird nicht geschmälert, nur weil in Vertragskonstrukten keine Kodiervorgaben mehr gemacht werden. Gleiches gilt für eine Evidenz- und Qualitätsorientierung der Versorgung.

Ergo: Bei einer Abstimmung auf allgemeine Krankheitsbegriffe entfällt lediglich die „Kodiervorgabe oder -hilfe“ zu endstellig verschlüsselten ICD-Diagnosen. Am Inhalt des Vertrages und damit der Versorgungsleistung ändert sich nichts. Eine zielgerichtete Patientensteuerung und eine qualitativ hochwertige und effektive Gesundheitsversorgung sind weiterhin möglich.

### **Was ist noch zu tun, um Manipulationsoptionen zu reduzieren?**

Keine Kodiervorgaben in der Arztsoftware zulassen: Indem Verträge um genau aufgeschlüsselte Diagnosen bereinigt werden, wird das Ziel eines Ausschlusses der Diagnosebeeinflussung durch Krankenkassen erreicht. Um einen konsequenten Gesetzesrahmen zu schaffen ist auch sicherzustellen, dass „Kodiervorgaben bzw. Kodierhilfen“, die nunmehr in Verträgen entfallen, sich nicht in der Abrechnungssoftware der Ärzte wiederfinden. Dies ist durch Prüfungen der Aufsichtsbehörden nach § 71 Absatz 6 Satz 10 SGB V zu gewährleisten.

Um der Kritik weiter entgegenzutreten, empfiehlt es sich die, Spezifikation aus der Gesetzesbegründung auch im Gesetzestext zu verankern. Somit kann Rechtssicherheit gewährleistet werden.

Zwingend ist dabei aber die Aufnahme der gesamten Passage, insbesondere die Anknüpfung an die Kapitel- oder Obergruppengliederung nach ICD-10 oder einen allgemeinen Krankheitsbegriff. Bei einer Verkürzung des Satzes entstehen andernfalls Schlupflöcher, die der gesetzlichen Intention zuwiderlaufen; Diagnoselisten wären mit verkürztem Wortlaut wieder möglich.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

### **Änderungsvorschlag:**

§ 73b Absatz 5 Satz 7 und 140a Absatz 2 Satz 7 SGB V werden wie folgt gefasst:

*„Vereinbarungen, die bestimmte Diagnosen als Voraussetzung für Vergütung vorsehen, sind unzulässig, auch wenn sie vor dem (einsetzen: Tag des Inkrafttretens) zustande gekommen sind; die Pflichten der Leistungserbringer gemäß § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, Satz 2, Absatz 1b Satz 1 bleiben unberührt. Vergütungen für Leistungen, die aus medizinischen Gründen nur für Patientengruppen mit bestimmten Krankheiten vereinbart werden, sind zulässig, sofern sie an die Kapitel- oder Obergruppengliederung nach ICD-10 oder einen allgemeinen Krankheitsbegriff anknüpfen.“*

#### **d) Meldung des Vertragskennzeichens i.V.m. Einführung einem Vertragsverzeichnis**

Datensätze, die zur Dokumentation von Abrechnung von Leistungen im Rahmen von Verträgen nach § 73b und § 140a SGBV dienen, sollen um eine individuelle Vertragsnummer ergänzt werden. Eine Nutzung dieser Vertragsnummer in der RSA-Meldungen könnte, sofern der Versorgungsvertrag nachträglich als irregulär eingestuft wurde, eine weitestgehend automatisierte Identifizierung bzw. Löschung dieser Datensätze und die Bestimmung eines Korrekturbetrages kurzfristig ermöglichen.

Die Betriebskrankenkassen weisen darauf hin, dass ein verpflichtendes System der Vertragskennzeichenvergabe bereits seit der gesetzlichen Implementierung der Selektivverträge besteht. Im Jahr 2010 hat der GKV-SV eine Vorgabe über den Aufbau und Vergabe eines Vertragskennzeichens für besondere Versorgungsformen erstellt. Gerade mit der zunehmenden Anzahl von einzelvertraglichen Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern ergab sich seinerzeit schon die Notwendigkeit, Falldaten, Abrechnungsdaten, Diagnosen und andere Informationen zu den besonderen Versorgungsformen eindeutig mit einem Bezug zum zugrundeliegenden Vertrag zu kennzeichnen.

Darüber hinaus finden sich Regelungen zu Vertragskennzeichen in:

- GKV-SV Richtlinien zur elektronischen Datenübertragung gemäß § 295 Abs. 1b Satz 2 SGB V: Diese Richtlinien regeln u. a. die elektronische Datenübertragung für Verträge nach §§ 73b, 73c und 140a Abs. 1 SGB V. In § 3 der entsprechenden Richtlinie ist geregelt, dass ein Vertragskennzeichen im Rahmen der Abrechnung zu übermitteln ist, sofern vereinbart.
- Datenaustauschverfahren (Technische Anlagen zu §§ 295 Abs. 1b/ § 301 SGB V): Dort ist die Übermittlung des Vertragskennzeichens bereits heute schon – mit Ausnahme von Direktverträgen der besonderen Versorgungsformen mit KVen – implementiert. In der technischen Anlage nach § 295 Abs. 1b SGB V ist das Vertragskennzeichen für die Abrechnung von Verträgen nach §§ 73b, 73c und 140a

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

SGB V eine zwingende Voraussetzung. In der technischen Anlage nach § 301 SGB V ist das Vertragskennzeichen als Kann-Feld umgesetzt, da neben den selektivvertraglichen Leistungen auch die Regelversorgung abgerechnet wird.

**Die Betriebskrankenkassen schlagen eine Übernahme der bereits bestehenden Vertragskennzeichensystematik in die Datenmeldungen der Risikostrukturausgleiches vor.** Dies würde eine kurzfristige Umsetzung ermöglichen. Dabei ist zu beachten, dass die Vergabe eines Vertragskennzeichens auch für Selektivvertrag im Krankenhausbereich gilt. Ein weiteres System von Vertragsnummern sollte vermieden werden, auch weil dies zu erheblichen Umstellungsaufwänden führen würde.

Bei Abschluss eines Vertrages hat die Kasse der Transparenzstelle den Vertrag nebst Vertragskennzeichen zu melden. Wenn der Vertrag durch die Aufsicht beanstandet wurde, hat diese die Transparenzstelle darüber in Kenntnis zu setzen. In den Fällen muss die Transparenzstelle die entsprechenden Verträge nebst Vertragskennzeichen in der Vertragsdatenbank als „ungültig“ markieren. **Verträge, die als nicht RSA-konform bewertet werden müssen dennoch in der Vertragsdatenbank auftauchen, damit überprüft werden kann, dass Diagnosen aus beanstandungswürdige Vertragsbestandteilen nicht im Morbi-RSA auftauchen.**

Darüber hinaus halten es die Betriebskrankenkassen im Zuge der Vertragsbewertung für **geboten, dass bestehende „Alt-Verträge“ nach § 73c SGB V in die Prüfungen einbezogen werden**, da diese ebenfalls den Selektivverträgen zuzurechnen sind. Zudem besitzen sie keinesfalls auslaufenden Charakter, sondern werden vielmehr fortlaufend modifiziert.

#### **Änderungsvorschläge:**

In § 295a Abs. 1 SGB V wird Satz 2 (neu) eingefügt:

*„Verträge nach § 73b, c und § 140a SGB V erhalten ein Vertragskennzeichen gemäß der Vorgabe des GKV-Spitzenverbandes über Aufbau, Vergabe und eines Vertragskennzeichens für besondere Versorgungsformen.“*

§ 301 Abs. 1 SGB V wird um den folgenden Satz ergänzt:

*„Verträge nach § 140a SGB V erhalten ein Vertragskennzeichen gemäß der Vorgabe des GKV-Spitzenverbandes über Aufbau, Vergabe und eines Vertragskennzeichens für besondere Versorgungsformen.“*

§ 293a Abs. 1 S. 1 SGB V wird wie folgt gefasst:

*„Das Bundesversicherungsamt richtet eine bundesweite Transparenzstelle für Verträge nach § 73b, c sowie § 140a (Vertragstransparenzstelle) ein.“*

§ 293a Abs. 1 Nr. 6 SGB V wird wie folgt gefasst:

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

*„6. das Vertragskennzeichen nach gemäß der Vorgabe des GKV-Spitzenverbandes über Aufbau, Vergabe und eines Vertragskennzeichens für besondere Versorgungsformen.“*

§ 293a S. 4 (neu) SGB V wird gestrichen.

§ 293a Abs. 3 SGB V wird um folgenden Satz ergänzt:

*„Bei Abschluss eines neuen Vertrages hat die Kasse der Transparenzstelle den Vertrag nebst Vertragskennzeichen zu melden. Bei Beanstandung des Vertrages durch die Aufsicht, hat diese die Transparenzstelle darüber in Kenntnis zu setzen. Ein entsprechender Vermerk ist in der Vertragsdatenbank aufzuführen.“*

#### **e) Anpassung des Verfahrens zur Korrekturbetragsermittlung**

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

Aus Sicht der Betriebskrankenkassen ist eine Regelung erforderlich, die das Prüfverfahren sinnvoll ausgestaltet, zugleich aber mögliche Missbräuche (s. o.) einzugrenzen vermag. Die Begründung, dass derartige Verstöße in der Vergangenheit nicht festgestellt wurden, mag auch damit zusammenhängen, dass diese Aktivitäten bislang mit einem Strafzuschlag versehen waren und damit ein gewisses Abschreckungspotential aufwiesen.

#### **f) Prüfung von Hausarzt-HMG**

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

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

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

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

## **b) Reform des Organisationsrechtes**

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

**Zu**

- **Artikel 3 Nr. 2**, § 90 Abs. 4 und 5, § 90a Abs. 2 SGB IV;
- **Artikel 5 Nr. 2**, § 4a SGB V;
- **Artikel 5 Nr.13**, § 173 SGB V und
- **Artikel 1**, § 29 Abs. 2 SGG.

#### **Vorbemerkung**

**Die Setzung eines ordnungspolitischen Rahmens, der die Zielrichtung von Wettbewerb zwischen den Krankenkassen als Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit von Leistungen definiert, ist ausdrücklich zu begrüßen.**

Die Betriebskrankenkassen vertreten die Auffassung, dass eine Einheitsversorgung nicht im Interesse ihrer Versicherten liegt. Einheitliches Aufsichtshandeln hingegen schon. Will man den Wettbewerb unter den Krankenkassen als Wettbewerb um die beste Versorgung definieren, sollten auch gesetzliche Grundlagen erwogen werden, die die vollumfängliche individuelle Beratung und Begleitung von Versicherten auf Wunsch des Versicherten in allen Fragen der Versorgung und Gesunderhaltung ermöglichen. Die individuelle Beratung von Versicherten zu Fragen bestehender Leistungsansprüche, zu Versorgungsalternativen, zu Gesunderhaltung und Prävention sind notwendige Voraussetzungen eines Wettbewerbs um Leistungen und Qualität und damit um eine gute Versorgung der Versicherten.

Daher regen die Betriebskrankenkassen an, im Rahmen einer Reform zur Herstellung eines fairen Wettbewerbs um die beste Versorgung, die Grundlage für die **vollumfängliche Ausübung individueller Beratung zur Wahrnehmung der in § 1 SGB V fundierten Pflicht zur Beratung zu schaffen** (vgl. § 284 SGB V). Nur so kann ein Wettbewerb um die beste Versorgung, ein Wettbewerb im Sinne der Versicherten gelebt werden. Und nur so kann neben den vom Gesetzgeber angeheizten Zusatzbeitragsvermeidungswettbewerb ein für die Versicherten sinnvoller Versorgungs- und Leistungswettbewerb treten. Versicherte - und nicht der Staat – sollten entscheiden, ob sie einer kleinen, mittelgroßen oder großen Kasse die beste Versorgungsgestaltung zutrauen.

Gerade die Betriebskrankenkassen beweisen konstant, dass auch kleinere Einheiten hervorragende Leistungen sowie eine innovative und patientennahe Versorgung ermöglichen. Die arbeitsteiligen Strukturen des

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

BKK Systems wurden eigens durch das Bundesversicherungsamt als Beispiel wirtschaftlichen Handelns herausgestellt. **Die Vorstellung, dass kleinere Einheiten notwendigerweise unwirtschaftlich handeln, ist widerlegt.** Die Überzeugung, dass eine gute Gesundheitsversorgung auch individuellen Gesundheitsrisiken begegnen muss, steht im Widerspruch zu Vorstellungen einer Einheitsversorgung und -kasse. Auch hier zeigen die Betriebskrankenkassen selbst mit kleinsten Krankenkassen, dass dies die Möglichkeit bietet, eine besondere Versichertennähe aufzubauen und dadurch spezifischen Versorgungsbedarfen entsprechen zu können.

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

### **Einheitliches Aufsichtshandeln**

Die Ersetzung des § 90 Absatz 4a SGB IV durch die neuen Absätze 4 und 5 konkretisiert den aufsichtsrechtlichen Rahmen bezogen auf die Zusammenarbeit der Aufsichtsbehörden und entwickelt ihn weiter. **Die Betriebskrankenkassen begrüßen die geplanten Maßnahmen, die zu einer Angleichung der Wettbewerbsbedingungen für bundesweit geöffnete und regional tätige Krankenkassen führen.**

Wettbewerbsverzerrungen durch einheitliches Aufsichtshandeln zu beheben, ist dringend erforderlich. Es ist nicht nachvollziehbar, das gleiche Sachverhalte, z.B. die Genehmigung von Hausarztverträgen oder Verträge zur integrierten Versorgung, von den Aufsichten in Bund und Land ungleich bewertet werden. Nur wenn alle Regeln für alle gleich gelten, ist ein fairer Wettbewerb sichergestellt. Daher ist es wichtig, dass die GKV-FKG Maßnahmen für eine bessere Harmonisierung des Aufsichtshandeln nun stringent umgesetzt werden.

### **Rechtswegzuweisung von Wettbewerbsstreitsachen**

Die Landessozialgerichte entscheiden nach der Neuregelung des § 29 Abs. 2 Nr. 5 SGG i.V.m. § 4a Abs. 7 SGB V im ersten Rechtszug auch über Streitigkeiten bzgl. wettbewerbsrechtlicher Unterlassungsansprüche zwischen Krankenkassen. Dass wettbewerbliche Streitfälle aufgrund des § 4a Abs. 7 SGB V vor den Gerich-

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

ten der Sozialgerichtsbarkeit statt der ordentlichen Gerichtsbarkeit zu führen sind, **wird vom BKK Dachverband e.V. als sachgerecht angesehen**. Auf diese Weise ist sichergestellt, dass Sozialgerichte die Streitigkeiten, welche gesetzliche Krankenkassen mit ihren sozialrechtlichen Besonderheiten betreffen, auch bei Wettbewerbsbezug im Sinne des UWG mit einheitlichen Maßstäben beurteilen können.

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

Mit der freien Kassenwahl ist ein Wettbewerb um Mitglieder entstanden, der vor allem über Werbemaßnahmen geführt wird (z.B. vergleichende Werbung über Zusatzbeitragshöhe oder telefonische Ansprache auf Wahltarife). Sachgerecht sind daher die Verweisungen in den neuen § § 4a Abs. 2 und 7 SGB V, wonach die Kernvorschriften wettbewerbsrechtlicher Verhaltensregeln der § § 3, 4 bis 7 sowie Anhang 3 Abs. 3 UWG auf geschäftliche Handlungen von Krankenkassen entsprechende Anwendung finden. **Die Neuregelung ist im Sinne der Rechtsklarheit zu begrüßen**, denn die Richtlinie 2005/29/EG über unlautere Geschäftspraktiken ist bereits nach höchstrichterlicher Rechtsprechung auf Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts anwendbar. Die mit § 4a Abs. 2 SGB V angeordnete entsprechende Anwendbarkeit der EU-rechtskonform auszulegenden UWG-Vorschriften (z.B. Verbot der irreführenden Werbung oder unzumutbaren Belästigung) auch bei Krankenkassen ist daher nur konsequent.

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

Allerdings widersprechen sich auch weitere im Gesetzentwurf gewählte Maßnahmen diametral.

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

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

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

Die Betriebskrankenkassen **lehnen daher auch die neue Verordnungsermächtigung gemäß § 4a Abs. 4 Nr. 5 SGB V zugunsten des Bundesministeriums für Gesundheit ab**, „das Nähere über die Zulässigkeit von Werbemaßnahmen der Krankenkassen zu regeln im Hinblick auf (...) 5. die Vermittlung privater Zusatzversicherungsverträge nach § 194 Abs. 1a SGB V“. Denn eine Vermittlungstätigkeit der Krankenkassen in den Grenzen des § 194 Abs. 1a Satz 2 SGB V ist von der Erfüllung des öffentlich-rechtlichen Versorgungsauftrags einer Krankenkasse zu unterscheiden. Im Rahmen einer genehmigten Kooperation mit Privatversicherungsunternehmen unterliegen Krankenkassen unmittelbar Wettbewerbs- und Gewerberecht. Die Vermittlungstätigkeit und das damit einhergehende Pflichtenprogramm einschließlich der gesetzlichen Information sind einheitlich im Sinne der EU-Richtlinie 2016/97 über den Versicherungsvertrieb sowie der Richtlinie 2005/29/EG über unlautere Geschäftspraktiken von Unternehmen gegenüber Verbrauchern im Binnenmarkt auszulegen. Die neue Verordnungsermächtigung gemäß § 4a Abs. 4 Nr. 5 SGB V zugunsten des Bundesministeriums für Gesundheit ist daher zu streichen:

**Änderungsvorschlag:**

§ 4a Abs. 4 SGB V (Verordnungsermächtigung) wird gestrichen.

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

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

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

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

## 2. Neuregelung des Haftungsmanagements

Zu

- **Artikel 5 Nr. 12, § 155 SGB V;**
- **Artikel 5 Nr. 12, § 156 SGB V und**
- **Artikel 5 Nr. 12, § 157 SGB V**

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

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

### **Änderungsvorschlag:**

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

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

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

*„Das Bundesministerium für Gesundheit kann auf Antrag einer bundesunmittelbaren Krankenkasse durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates einzelne Krankenkassen der Kassenart nach Anhörung der betroffenen Krankenkassen mit der beantragenden Krankenkasse vereinigen, wenn durch die Vereinigung die Leistungsfähigkeit der betroffenen Krankenkassen verbessert werden kann. Die finanziellen Vorteile aus der Vereinigung werden den an der Vereinigung beteiligten Krankenkassen sowie – im Falle von*

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

finanziellen Hilfen nach § 164 SGB V – allen finanzierenden Krankenkassen in geeigneter Form nachvollziehbar dargestellt.“

Zu

- **Artikel 5 Nr. 12, § 163 SGB V**

Die im Gesetzentwurf enthaltenen Neuregelungen zur Haftung bei Schließung und Insolvenz von Krankenkassen sehen einen vollständigen Übergang der Haftung wie auch der Haftungsprävention von den Landesverbänden der Krankenkassen an den GKV-Spitzenverband vor. Die bislang in den jeweiligen Kassenarten und deren Verbänden gebildeten Haftungsverbände sollen aufgelöst werden.

Im Hinblick auf mögliche hohe Haftungsrisiken bei großen Krankenkassen birgt die aktuelle gesetzliche Regelung das Risiko, Krankenkassen einer Kassenart durch die finanziellen Verpflichtungen im Haftungsfall selbst in Existenzgefahr zu bringen. **Insofern ist der Übergang der Haftung an den GKV-Spitzenverband und somit an alle Krankenkassen nachvollziehbar.** Allerdings werden in den Neuregelungen haftungspräventive Maßnahmen, wie Überprüfung der jährlichen und vierteljährlichen Rechnungsergebnisse der Krankenkassen ausschließlich dem GKV-Spitzenverband übertragen. Das bislang bewährte und im Sinne einer weiteren Sicherheit praktizierte Verfahren der Haftungsprävention (GKV-Spitzenverband und die Landesverbände der Krankenkassen) ist nicht mehr vorgesehen. Das kassenartenspezifische Wissen und die Expertise der Landesverbände der Krankenkassen sind für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse bzw. bei der Beratung über geeignete Maßnahmen zur Sicherung ihrer dauerhaften Leistungsfähigkeit ein wichtiges und ergänzendes Element. Hierdurch wurde auch im weiteren Sinne ein 4-Augen-Prinzip sichergestellt, um Haftungsfälle zu vermeiden. **Inbesondere auch unter wettbewerblichen Gesichtspunkten sollten die Landesverbände der Krankenkassen für ihre jeweiligen Kassenarten weiterhin Bestandteil der Haftungsprävention sein. Eine ausschließliche Haftungsprävention durch den GKV-Spitzenverband birgt die Gefahr, dass Krankenkassen, die sich gegebenenfalls nur kurzfristig in finanziellen Schwierigkeiten befinden, einer Zwangsfusion ausgesetzt sind.**

#### **Änderungsvorschlag:**

§ 163 SGB V wird um die Absätze 4 und 5 wie folgt ergänzt:

*„(4) In dem Verfahren nach Absatz 1 und Absatz 2 ist der Landesverband, dem die jeweiligen Krankenkassen angehören, entsprechend zu beteiligen. Die Krankenkassen haben dem Landesverband, dem sie angehören, auf Verlangen unverzüglich die Unterlagen vorzulegen und die Auskünfte zu erteilen, die dieser zur Beurteilung*

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

*lung ihrer dauerhaften Leistungsfähigkeit für erforderlich hält, oder ihm die Einsichtnahme in diese Unterlagen in ihren Räumen zu gestatten. Auf Verlangen haben die Krankenkassen die Unterlagen elektronisch und in einer bestimmten Form zur Verfügung zu stellen. Kommt eine Krankenkasse diesen Verpflichtungen nicht nach, ist die Aufsichtsbehörde der Krankenkasse hierüber zu unterrichten.*

*(5) Vor Errichtung, Vereinigung, Öffnung, Auflösung oder Schließung von Krankenkassen sind die Verbände der beteiligten Krankenkassen zu hören. Satz 1 gilt entsprechend, wenn eine Krankenkasse ihren Sitz in den Bezirk eines anderen Verbandes verlegt.“*

Um Haftungsrisiken abzuwenden oder die Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit zu erhalten, ist es nach Auffassung der Betriebskrankenkassen zudem sinnvoll den Krankenkassen die Möglichkeit zu geben, die bestehenden, aber schwer oder gar nicht abschätzbaren **Finanzrisiken frühzeitig durch finanzielle Hilfen abzusichern.**

#### **Änderungsvorschlag:**

Einfügen eines § 164a (NEU) SGB V:

*„§ 164a (NEU) Freiwillige finanzielle Hilfen*

*(1) Krankenkassen können mit anderen Krankenkassen derselben Kassenart Verträge über die Gewährung von Hilfeleistungen schließen, um*

- 1. Vereinigungen von Krankenkassen zur Abwendung von Haftungsrisiken zu erleichtern oder zu ermöglichen sowie*
- 2. die Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit einer Krankenkasse zu erhalten.*

*In den Verträgen ist Näheres über Umfang, Finanzierung und Durchführung der im Zeitpunkt der Leistungsgewährung bestimmbar Hilfeleistungen zu regeln. § 60 des Zehnten Buches gilt entsprechend. Die Verbände nach § 163 Absatz 1 und Absatz 4 (NEU) haben den Krankenkassen nach Satz 1 auf Verlangen die Auskünfte zu erteilen, die zur Beurteilung des Umfangs der Hilfeleistungen erforderlich sind.*

*(2) Die Verträge sind von den für die am Vertrag beteiligten Krankenkassen zuständigen Aufsichtsbehörden zu genehmigen.“*

Der § 164a SGB V (NEU) setzt die bereits existierende oder eine drohende Notsituation einer Krankenkasse voraus. Um Haftungsrisiken abzuwenden oder die Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit zu erhalten, ist es

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

sinnvoll, den Krankenkassen die Möglichkeit zu geben, die bestehenden bzw. 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 beruhen.

Freiwillige finanzielle Hilfen bilden im Rahmen der Haftungsprävention ein wichtiges Instrument zur Vermeidung einer Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse. Neben den durch den GKV-Spitzenverband vorgesehenen finanziellen Hilfen (§ 265a SGB V bzw. § 164 SGB V neu) sind freiwillige finanzielle Hilfen, die Krankenkassen bislang über § 265b SGB V innerhalb einer Kassenart vertraglich vereinbaren können, ein vorgelagertes Sicherheitsinstrument, das unter wettbewerblichen Gesichtspunkten sinnvoll und auch weiterhin angezeigt ist. Bevor finanzielle Hilfen des GKV-Spitzenverbandes zum Einsatz kommen, welche durch alle Krankenkassen zu tragen sind, sollte den Krankenkassen innerhalb derselben Kassenart die Möglichkeit eingeräumt werden, finanzielle Probleme einer Krankenkasse zunächst selbst zu lösen. Eine Lösung über den GKV-Spitzenverband sollte immer das letztmögliche Mittel, sprich Ultima Ratio sein. Insofern bilden freiwillige finanzielle Hilfen einen wichtigen Baustein zur Vermeidung von Kassenschließungen. Durch die innerhalb einer Kassenart gegebene Bereitschaft, Schließungen vorrangig durch Rettungsfusionen im eigenen System zu vermeiden, wird die Haftungsprävention über freiwillige finanzielle Hilfen deutlich gestärkt.

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

In Verträgen nach Absatz 1 ist Näheres über den Umfang, die Finanzierung und die Durchführung der Hilfeleistungen zu regeln.

**Zu**

- **Artikel 5 Nr. 12, § § 166 ff. SGB V**

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

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

Zu

- **Artikel 5 Nr. 12, § 167 SGB V neu**

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

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

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

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

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

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

Zu

- **Artikel 5 Nr. 14**, § 217b SGB V und
- **Artikel 5 Nr. 15**, § 217c SGB V

Zu diesem Punkt nehmen die Betriebskrankenkassen im Einklang mit allen Kassenartenverbänden sowie dem GKV-SV wie folgt Stellung:

#### **1. Dem mehrköpfigen Vorstand des GKV-Spitzenverbandes sollen künftig mindestens eine Frau und mindestens ein Mann angehören (§ 217 b Abs. 2 Satz 2)**

Die angemessene Vertretung von Frauen und Männern in seinen ehren- wie hauptamtlichen Organen ist ein originäres Ziel des GKV-Spitzenverbandes.

Dem dreiköpfigen Vorstand des GKV-Spitzenverbandes gehören bereits seit seiner erstmaligen Besetzung im Gründungsjahr 2007 mindestens eine Frau und mindestens ein Mann an. Bis zum 30. Juni 2019 wurde der Vorstand von einer Frau und zwei Männern gebildet; seit dem 1. Juli 2019 besteht der Vorstand aus zwei Frauen und einem Mann.

Vor diesem Hintergrund ist eine spezifische Regelungsnotwendigkeit allein für den GKV-Spitzenverband nicht zu erkennen. Ungeachtet der grundsätzlichen Sachgerechtigkeit der Neuregelung erschließt sich nicht, weshalb Vorgaben zur Berücksichtigung der Geschlechter bei der Besetzung des Vorstandes ausschließlich für den GKV-Spitzenverband und nicht für die übrigen Spitzenorganisationen des Gesundheitswesens geschaffen werden.

#### **2. Beim GKV-Spitzenverband soll als zusätzliches gesetzliches Organ ein Lenkungs- und Koordinierungsausschuss (LKA) gebildet werden (§ 217b Abs. 4 bis 6 SGB V)**

Mit der von der Bundesregierung vorgesehenen Organisationsreform handelt der Gesetzgeber widersprüchlich. Einerseits ist festzustellen, dass der Gesetzgeber – auch mit dem vorliegenden Gesetzentwurf und weiteren laufenden Gesetzesvorhaben - stetig das Aufgabenspektrum des GKV-Spitzenverbandes erweitert und neue Aufgaben vielfach mit der Vorgabe sehr kurzer Umsetzungsfristen verbindet. Insofern setzt der Gesetzgeber auf die Gestaltungskompetenz des GKV-Spitzenverbandes innerhalb des Gesundheitswesens. Andererseits würde der Gesetzgeber mit der vorgesehenen Schaffung eines zusätzlichen Entscheidungsgremiums, dem Lenkungs- und Koordinierungsausschuss, die Aufgabenwahrnehmung des GKV-Spitzenverbandes durch die bestehenden Organe Verwaltungsrat und Vorstand behindern. Die mit dem Gesetzentwurf vorgesehenen erheblichen Kompetenzeinschränkungen für Verwaltungsrat und Vorstand werden daher abgelehnt.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

In ihrer Koalitionsvereinbarung haben sich CDU/CSU und SPD auf das politische Ziel verständigt, die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen zu stärken. Die im Gesetzentwurf vorgeschlagene Schaffung eines mit weitreichenden Kompetenzen ausgestatteten LKA bewirkt mit Blick auf die soziale Selbstverwaltung das Gegenteil. Entsprechend stößt dieser Vorschlag bei den Spitzenorganisationen der Sozialpartner, insbesondere DGB und BDA, auf berechnete Kritik und Ablehnung. Denn im Ergebnis führen die vorgesehenen Änderungen dazu, dass die Sozialpartnerschaft als Grundlage der gesetzlichen Krankenversicherung entwertet wird, die Verantwortlichkeiten für die Entscheidungen des GKV-Spitzenverbandes auf der operativen, aber auch auf der Ebene von grundsätzlicher Bedeutung nicht mehr klar und eindeutig abgegrenzt wären – letztlich wird ein Veto-Recht des LKA gegen Entscheidungen des Verwaltungsrates implementiert, ein widerspruchsfreies Handeln des GKV-Spitzenverbandes nicht durchgängig gewährleistet ist, Entscheidungen des GKV-Spitzenverbandes und damit in der Folge auch der gemeinsamen Selbstverwaltung häufiger verzögert oder blockiert werden können. Dabei richtet sich die Kritik der Sozialpartner und des GKV-Spitzenverbandes allein gegen die Schaffung eines zusätzlichen Entscheidungsgremiums. Die fachliche Expertise aus dem operativem Geschäft der Mitgliedskassen wird selbstverständlich bei den Entscheidungen des GKV-Spitzenverbandes benötigt und schon heute umfassend genutzt.

### **Verwaltungsrat**

Durch die Etablierung eines mit weitreichenden Kompetenzen ausgestatteten LKA wird der durch die Sozialwahl legitimierte, von den Sozialpartnern getragene, paritätische Verwaltungsrat in seinen Befugnissen erheblich eingeschränkt. Nach geltendem Recht hat der Verwaltungsrat den Vorstand zu überwachen und alle Entscheidungen zu treffen, die von grundsätzlicher Bedeutung sind (§ § 197, 217b Abs. 1 Satz 3 SGB V). Dies bedeutet, dass der Verwaltungsrat mit seinen Entscheidungen Vorgaben oder Leitplanken für das operative Handeln des Vorstandes setzt. Diese klare Kompetenzzuweisung steht im Widerspruch zu der vorgeschlagenen Kompetenz des LKA, wonach dieser allen „versorgungsbezogenen Entscheidungen des Vorstandes zu Verträgen sowie Richtlinien und Rahmenvorgaben oder vergleichbaren Entscheidungen“ zustimmen muss. Im Ergebnis kann der LKA Entscheidungen des Verwaltungsrates von grundsätzlicher versorgungspolitischer Bedeutung im Verhältnis zum Vorstand jederzeit blockieren.

### **Vorstand**

Der Vorstand des GKV-Spitzenverbandes hat nach geltendem Recht den Spitzenverband zu verwalten und umfassend gerichtlich und außergerichtlich zu vertreten (siehe § 217b Abs. 2 Satz 4 SGB V). Der Vorstand hat damit eigenständig das gesamte operative Geschäft des Verbandes zu verantworten.

Durch die vorgesehene Neuregelung wird die Gestaltungskompetenz des Vorstandes wesentlich eingeeignet. Das in § 217b Abs. 5 Satz 1 n. F. vorgesehene Zustimmungserfordernis ist derart umfassend, dass – bei stringenter Übernahme der gesetzlich vorgesehenen Beteiligungsmöglichkeiten durch den LKA - wenig Raum bleibt für eigenständige, verantwortungsbewusst abgewogene Entscheidungen des Vorstands. Die

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

Kernaufgabe des Vorstands, die verantwortliche Führung des operativen Geschäfts, wird wesentlich eingeschränkt. Dieser Bewertung steht nicht entgegen, dass der LKA im Einzelfall auf die Zustimmung verzichten kann oder in einer Geschäftsordnung das Nähere zum Verfahren und zur Beschlussfassung festlegen und damit auch seine Beteiligungsrechte begrenzen könnte. Denn über die Geschäftsordnung bestimmt der LKA selbst, wenn auch im Einvernehmen mit dem Verwaltungsrat.

### **Handlungsfähigkeit gefährdet**

In den vergangenen Jahren hat der Gesetzgeber dem GKV-Spitzenverband wiederholt komplexe Aufträge mit knappen Fristen übertragen, die in der Regel in Verhandlungen innerhalb der gemeinsamen Selbstverwaltung umzusetzen waren. Mit dem Zustimmungserfordernis entstünde das Risiko, dass diese Aufgaben nicht innerhalb der gesetzlich vorgegebenen Fristen erfüllt werden können. Gerade bei Vertragsverhandlungen erweist es sich häufig als hinderlich, wenn mühsam ausgehandelte Kompromisse unter einem generellen Gremienvorbehalt stehen und daher keine verbindlichen Zusagen getroffen werden können. Den Kern der gemeinsamen Selbstverwaltung bildet der kompromissorientierte Ausgleich der jeweiligen Interessen bei der fristgerechten Umsetzung von gesetzlichen Aufträgen. Dieses Prinzip wird durch das Zustimmungserfordernis geschwächt.

Mit Fragen der Kompetenzen und Handlungsfähigkeit des Vorstandes hat sich bereits das BSG befasst (B 6 KA 48/12 R). Danach würde eine Beschränkung des Vorstandes – in diesem Fall einer Kassenzahn-ärztlichen Vereinigung – in seinem Vertretungsrecht dazu führen, dass dieser beim Abschluss von Verträgen faktisch kaum handlungsfähig wäre bzw. seiner Eigenschaft als ernsthafter Verhandlungspartner bei dem Zustandekommen der gesetzlich vorgesehenen Verträge beraubt würde. Auch vor diesem Hintergrund ist das vorgesehene Zustimmungserfordernis nicht haltbar.

### **Wettbewerbsperspektive im LKA**

Als Verband der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen gestaltet der GKV-Spitzenverband die Rahmenbedingungen für eine bedarfsgerechte, wirtschaftliche und qualitativ hochwertige gesundheitliche und pflegerische Versorgung. Die Umsetzung der gesetzlichen Aufträge erfolgt entsprechend aus einer Systemperspektive heraus. Dies bedingt damit eine wettbewerbsneutrale Position bei Entscheidungen mit Wirkung für die einzelnen Kranken- und Pflegekassen.

Mit dem LKA werden Vorstandsmitglieder von Krankenkassen mit weitreichenden Entscheidungsrechten in der Governance-Struktur des GKV-Spitzenverbandes verankert, die aufgrund ihrer gesetzlichen Aufgaben wettbewerbliche Interessen verfolgen müssen. Ihre Kernaufgabe ist es, ihre Krankenkasse im Wettbewerb mit den konkurrierenden Krankenkassen erfolgreich auszurichten. Naturgemäß wird ihre Arbeit am Erfolg ihrer Krankenkasse gemessen. Die Interessenlagen können aber innerhalb der Krankenkassenlandschaft

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

voneinander abweichen. Die Hervorhebung der Wettbewerbsperspektive mit der Etablierung des mit weitreichenden Entscheidungsrechten ausgestatteten LKA erschwert die für die Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes dringend notwendige Einnahme der Systemperspektive.

### **Rechtsnormen nicht klar und widerspruchsfrei**

Der Gesetzgeber ist grundsätzlich gehalten, Gesetzesnormen entsprechend des Grundsatzes der Normenklarheit zu setzen. Die vorliegende Regelung widerspricht diesem Grundsatz. Die Regelung in § 217b Abs. 5 Satz 1 n.F. stellt keine klare, abgrenzbare Aufgabenzuweisung an den LKA dar. Die gewählte Formulierung lässt eine unbeschränkte Ausdehnung des Vetorechts des LKA auf Entscheidungen des Vorstandes (und mittelbar auch des Verwaltungsrates) zu. Eine Abgrenzung der vom Verwaltungsrat zu treffenden Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung (§ 197 Absatz 1 Nummer 1b SGB V) von den in § 217b Absatz 5 Satz 1 SGB V n.F. genannten „versorgungsbezogenen Entscheidungen des Vorstandes zu Verträgen sowie Richtlinien und Rahmenvorgaben oder vergleichbare Entscheidungen“ ist schwerlich möglich.

### **3. Der Verwaltungsrat soll künftig aus 40 Mitgliedern statt bisher 52 Mitgliedern bestehen.**

Mit der Reduzierung der Mitgliederzahl des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes auf höchstens 40 Personen ist eine adäquate Abbildung der Interessen der Mitgliedskassen nicht mehr hinreichend möglich. Nach der gesetzlichen Vorgabe in § 217c Absatz 2 Satz 4 haben die Verteilung der Sitze und die Gewichtung der Stimmen zwischen den Kassenarten zu einer größtmöglichen Annäherung an den prozentualen Versichertenanteil der jeweiligen Kassenart zu führen. Diese Vorgabe trägt wesentlich zur Sicherstellung der Akzeptanz der Beschlüsse des Verwaltungsrates unter den 106 Mitgliedern (Stand: 1.12.2019) des GKV-Spitzenverbandes bei. Mit seinen 52 Sitzen wird gegenwärtig im Verwaltungsrat eine bestmögliche Annäherung der Sitz- und Stimmenverteilung an die gegebenen Versichertenproporze gewährleistet. Mit nur 40 Sitzen kann dieses Niveau nicht erreicht werden.

### **Ergebnis**

Die Intention des Gesetzgebers bei der Schaffung des GKV-Spitzenverbandes war es, für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung möglichst sachgerechte und zügige Entscheidungen im Interesse des Gesamtsystems zu ermöglichen. Der GKV-Spitzenverband hat diesen Anspruch bisher erkennbar überzeugend erfüllt. Die vorgesehene Neuregelung führt dazu, dass die Verantwortlichkeiten für die Entscheidungen des GKV-Spitzenverbandes auf der operativen, aber auch auf der Ebene von grundsätzlicher Bedeutung nicht mehr klar und eindeutig abgegrenzt wären – letztlich wird sogar ein Veto-Recht des LKA gegen Entscheidungen des Verwaltungsrates implementiert. Damit ist ein widerspruchsfreies Handeln des GKV-Spitzenverbandes nicht durchgängig gewährleistet. Die vorgesehene Neuregelung ist daher in dieser Form abzulehnen.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

### **Änderungsvorschlag:**

*„(4) 1Der Verwaltungsrat bildet zur Beratung des Vorstandes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen einen Lenkungs- und Koordinierungsausschuss. 2Die Amtsdauer entspricht derjenigen des Vorstandes. 3Der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss setzt sich zusammen aus je einem weiblichen und einem männlichen hauptamtlichen Vorstandsmitglied der Ortskrankenkassen, der Ersatzkassen, der Betriebskrankenkassen und der Innungskrankenkassen sowie je einem Mitglied der Geschäftsführung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und der landwirtschaftlichen Krankenkasse. 4Kann eine Besetzung nach den Vorgaben des Satz 3 nicht erfolgen, bleibt der entsprechende Sitz frei. 5Dem Lenkungs- und Koordinierungsausschuss können zusätzlich je eine weitere Vertreterin oder ein weiterer Vertreter auf hauptamtlicher Vorstandsebene aus den Kassenartenverbänden der Orts-, Ersatz-, Betriebs- und Innungskrankenkassen angehören. 6Die Mitglieder des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses werden von den Mitgliedern des Verwaltungsrates der jeweiligen Kassenart im Spitzenverband Bund der Krankenkassen gewählt. 7Der Stimmenanteil der Vertreter der Kassen-art im Lenkungs- und Koordinierungsausschuss bemisst sich nach den bundesweiten Versichertenzahlen der Mitgliedskassen der Kassenarten zum 1. Januar des Kalenderjahres, in dem die neue Wahlperiode des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses beginnt. 8Der Stimmenanteil der Kassenart wird auf die Anzahl der Sitze verteilt. Kann ein Sitz nicht besetzt werden, entfällt dessen Stimmenanteil.*

*(5) 1Vor Entscheidungen des Vorstandes zu Versorgungs- und Vergütungsverträgen soll der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss Empfehlungen abgeben. 2Der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss kann im Einzelfall auf die Abgabe von Empfehlungen verzichten. 3Der Vorstand soll die Empfehlungen des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses bei seinen Entscheidungen berücksichtigen; weicht der Vorstand von den Empfehlungen des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses ab, hat er dies schriftlich zu begründen. 4Zu sonstigen Entscheidungen des Vorstandes kann der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss eine Stellungnahme abgeben. 5Das Nähere zum Verfahren und zur Beschlussfassung des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses regelt der Verwaltungsrat in einer Geschäftsordnung. 6Vertreter des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses können an Sitzungen gesetzlicher Gremien, denen der Vorstand des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen angehört, teilnehmen.*

*(6) 1Der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss kann zu Themen, die in die Zuständigkeit des Verwaltungsrates des Spitzenverbandes Bund fallen, vor Beschlussfassungen Stellungnahmen abgeben. 2Fordert der Verwaltungsrat mit der Mehrheit seiner Stimmen eine Stellungnahme des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses an, muss der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss die angeforderte Stellungnahme abgeben. 3Mitglieder des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses sind berechtigt, an nichtöffentlichen Sitzungen des Verwaltungsrates teilzunehmen. 4Die Vorsitzenden des Verwaltungsrates sind berechtigt, an den Sitzungen des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses teilzunehmen.“*

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

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

Zu

- **Artikel 5 Nr. 12:** § 144, § 173 SGB V und
- **Artikel 5 Nr. 12:** § 149 SGB V.

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

Der BKK Dachverband befürwortet zudem die systematische Neuordnung durch Einführung des § 144 SGB V (neu). Mit § 144 Absatz 1 fügt der Gesetzgeber eine Begriffsbestimmung von Betriebskrankenkassen ein. Dies ist zu begrüßen. Der Gesetzgeber sollte jedoch, um Auslegungsschwierigkeiten zu vermeiden, eine Unternehmerdefinition mit aufnehmen. Zudem wird in § 144 Absatz 2 Satz 1 die organisationsrechtliche Grundlage für die Aufnahme einer Öffnungsregelung in die Satzung überführt, wonach Betriebskrankenkassen von allen Versicherungspflichtigen und –berechtigten gewählt werden können (§ 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V a.F.). Konsequenterweise ist die gleichzeitige Überführung der Vorbehalte, Beschränkungen und weiteren Regelungen zum Organisations- und Satzungsrecht in § 144 Abs. 2 und 3 (neu), welche bislang ebenfalls in § 173 Absatz 2 Satz 2 bis 5 a.F. verortet sind. Es ist sachgerecht, die Satzungsregelung von Betriebskrankenkassen über die Wahlrechte der Versicherten systematisch der Begriffsbestimmung anzugliedern.

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

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

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

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

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

Wettbewerb ist nur insoweit unverfälscht möglich, als er in einem für alle gesetzlichen Kassen grundsätzlich gleichen Rahmen (vgl. Ausführungen zu § 4a SGB V neu) stattfindet und die soziale Funktion der GKV nicht gefährdet. Eine aus der Gesetzgebungsgeschichte bemühte „Gefährdung der Leistungsfähigkeit“, z.B. vorhandener Ortskrankenkassen, ist durch nachfolgenden Änderungsvorschlag angesichts der Wahlfreiheit gemäß § 173 nicht ersichtlich. Dies wird noch dadurch gestützt, dass der Gesetzgeber bereits die Schutzklausel des § 147 Abs. 1 Nr. 3 a.F. für Allgemeine Ortskrankenkassen im Zusammenhang mit der Errichtung von

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

Betriebskrankenkassen aufgehoben hat. Die bisherigen § 147 Absatz 1 Nr. 1 und 2 sind daher nach Ansicht des BKK Dachverbandes e.V. auch in der neuen Fassung des § 149 zu streichen.

**Als Folgeänderung aus § 144 (neu) ist die Ersetzung des Begriffes „Arbeitgeber“ durch „Unternehmer“ sowie die Einfügung einer Unternehmerdefinition wie folgt notwendig:**

**Änderungsvorschlag:**

§ 144 SGB V (neu) wird wie folgt gefasst:

*„(1) Betriebskrankenkassen sind Krankenkassen, die durch den ~~Arbeitgeber~~ Unternehmer für ein oder mehrere Betriebe errichtet wurden.*

*(2) Unternehmer ist eine natürliche oder juristische Person oder eine rechtsfähige Personengesellschaft, die bei Abschluss eines Rechtsgeschäfts in Ausübung ihrer gewerblichen oder selbständigen beruflichen Tätigkeit handelt.*

*(3) Eine Betriebskrankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass sie durch alle Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten gewählt werden kann. Die Satzungsregelung darf das Wahlrecht nicht auf bestimmte Personen beschränken oder von Bedingungen abhängig machen und kann nicht widerrufen werden. Satz 1 gilt nicht für Betriebskrankenkassen, die für Betriebe privater Kranken- oder Lebensversicherungen errichtet oder aus einer Vereinigung mit solchen Betriebskrankenkassen hervorgegangen sind, wenn die Satzung dieser Krankenkassen am 26. September 2003 keine Regelung nach Satz 1 enthalten hat.*

*(4) Falls die Satzung eine Regelung nach Absatz 2 Satz 1 enthält, gilt diese für die Gebiete der Länder, in denen Betriebe bestehen und die Zuständigkeit für diese Betriebe sich aus der Satzung der Betriebskrankenkasse ergibt; soweit eine Satzungsregelung am 31. März 2007 für ein darüberhinausgehendes Gebiet gegolten hat, bleibt dies unberührt.“*

§ 149 Absatz 1 SGB V (neu)– Errichtung – wird wie folgt gefasst:

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

*~~1. in diesen Betrieben regelmäßig mindestens 1.000 Versicherungspflichtige beschäftigt werden und~~*

*~~2. ihre Leistungsfähigkeit auf Dauer gesichert ist.~~*

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

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

**Zu**

- **Artikel 5 Nr. 12:** § 150 SGB V (Verfahren bei Errichtung)

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

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

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

#### **Änderungsvorschlag:**

§ 150 SGB V (neu) – Verfahren bei Errichtung – wird wie folgt gefasst:

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

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

**Zu**

- **Artikel 5 Nr. 12:** § 151 SGB V (Ausdehnung auf weitere Betriebe)

§ 151 SGB V (neu) entspricht dem bisherigen § 149 SGB V und ist in dieser Form abzulehnen. In die vorgeannten Änderungen fügt sich die Vorschrift nur ein, wenn der Halbsatz „deren Satzung keine Regelung

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

nach § 144 Abs. 2 Satz 1 enthält“ gestrichen und die Wendung „oder mit ihm verbundener Unternehmer“ eingefügt wird.

**Das Kassenorganisationsrecht sollte die unternehmerische Freiheit, Betriebskrankenkassen zu gründen, nicht unverhältnismäßig beschneiden.** Zugleich sollte sie modernen Wirtschafts- und Konzernstrukturen Rechnung tragen. Der neue § 151 SGB V beruht noch auf dem Grundsatz der „Einheit von Arbeitgeber und Betrieb“, an dem - wie ausgeführt - nicht mehr festzuhalten ist. Dass es wegen der Wahlmöglichkeit nach § 173 SGB V der Möglichkeit der Ausdehnung bei geöffneten Kassen theoretisch nicht mehr bedarf, rechtfertigt nicht, die Möglichkeit der Ausdehnung bei geöffneten BKK zu versagen. Erst recht nicht, wenn die Ausdehnung der betriebsnahen Krankenversicherung und passgenauen Gesundheitsförderung im Einzelfall besser Rechnung tragen könnte. Der Unternehmensbezug einer geöffneten Kasse ist durch die Öffnung für den Mitgliederwettbewerb nicht verloren gegangen, sie erweitert lediglich ihren Kreis potentieller Mitglieder. Die Einschränkung ist daher zu streichen.

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

#### Änderungsvorschlag:

§ 151 Abs. 1 (neu) – Ausdehnung auf weitere Betriebe – wird wie folgt gefasst:

*„(1) Die Zuständigkeit einer Betriebskrankenkasse, ~~deren Satzung keine Regelung nach § 144 Abs. 2 Satz 1 enthält~~, kann auf Antrag des Unternehmers ~~Arbeitgebers~~ auf weitere Betriebe desselben ~~Arbeitgebers~~ Unternehmers oder mit ihm verbundener Unternehmer ~~Arbeitgeber~~ ausgedehnt werden. § 150 gilt entsprechend.“*

Zu

- **Artikel 5 Nr. 12:** § 152 SGB V (Ausscheiden von Betrieben)

**Die Betriebskrankenkassen lehnen die Beibehaltung des § 152 SGB V neu in der Form des bisherigen § 151 SGB V ab.** Auch die Regelung des neuen § 152 Abs. 2 Satz 2 SGB V hindert einen Unternehmer, der als Trägerunternehmen in einer für den Mitgliederwettbewerb geöffneten gemeinsamen Betriebskrankenkasse mehrerer Unternehmer gebunden ist, aus dieser BKK auszuschneiden. Dies macht es tatsächlich unmöglich, dass der Unternehmer eine eigene Betriebskrankenkasse errichtet. Dies bedeutet auch, dass er nicht in ein System einer Betriebskrankenkasse eines Konzerns einbezogen werden kann, in den er im Fall

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

von Unternehmenszusammenschlüssen neu eintritt. Die Bindung des Unternehmers an die alte Betriebskrankenkasse steht damit sowohl einer Neugründung als auch der Bildung einer konzernweiten Betriebskrankenkasse entgegen, was der Ausübung eines sozialpolitisch engagierten und verantwortlichen Unternehmertums zuwiderläuft. Absatz 2 Satz 2 ist daher zu streichen.

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

### **Änderungsvorschlag:**

§ 152 SGB V (neu) – Ausscheiden von Betrieben – wird wie folgt gefasst:

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

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

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

**Zu**

- **Artikel 5 Nr. 12: § 153 SGB V (Auflösung)**

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

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

### **Änderungsvorschlag:**

§ 153 (neu) – Auflösung – wird wie folgt gefasst:

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

*„(1) Eine Betriebskrankenkasse kann auf Antrag des ~~Arbeitgebers~~ Unternehmers aufgelöst werden, wenn der Verwaltungsrat mit einer Mehrheit von mehr als drei Vierteln der stimmberechtigten Mitglieder zustimmt.*

*(2) Über den Antrag entscheidet die Aufsichtsbehörde. Sie bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Auflösung wirksam wird. Absatz 1 gilt nicht, wenn die Satzung der Betriebskrankenkasse eine Regelung nach § 144 Abs. 2 Satz 1 enthält.*

*(3) Für die gemeinsame Betriebskrankenkasse mehrerer ~~Arbeitgeber~~ Unternehmer ist der Antrag nach Absatz 1 von allen beteiligten ~~Arbeitgebern~~ Unternehmern zu stellen.“*

#### **Zudem erforderliche Folgeänderung**

##### **Änderungsvorschlag:**

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

§ 166 Abs. 2 SGB V - Haftung für Verpflichtungen bei Auflösung oder Schließung – wird wie folgt gefasst:

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

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

**Zu**

- **Artikel 5 Nr. 12:** § 159 SGB V (Schließung)

§ 159 (neu) normiert die Schließungsvoraussetzungen nun in Absatz 1 kassenartenunabhängig. Der Trend zur Vereinheitlichung wird jedoch in Absätzen 2 und 3 bereits wieder verlassen, indem spezifische Regelungen nur für Betriebskrankenkassen bzw. IKK folgen. Die Betriebskrankenkassen begrüßen die Neuregelung des Absatz 2 Nr. 2, wonach für Betriebskrankenkassen die Voraussetzungen der Gründung – falls nicht schon im Zeitpunkt der Errichtungsgenehmigung erfüllt - bis zum Zeitpunkt der Schließung nachgeholt werden können.

### III. Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

#### 1. Änderungsantrag 4: Maßnahmen zur Bekämpfung von Lieferengpässen bei Arzneimitteln

Mit dem GKV-FKG soll auch das zuletzt vor allem in den Medien stark vertretene Thema bestehender bzw. drohender Lieferengpässen bei Arzneimitteln über entsprechende Änderungsanträge aufgegriffen werden. Den Betriebskrankenkassen ist es in diesem Zusammenhang ein wichtiges Anliegen zu betonen, dass **Lieferengpässe nicht gleichbedeutend mit Versorgungsengpässen** sind. Oftmals stehen Wirkstoff anderer Hersteller oder auch therapeutische Alternativen für die Versorgung der Patienten zur Verfügung.

Grundsätzlich halten es die Betriebskrankenkassen für **wesentlich, die Transparenz über bestehende oder drohende Lieferengpässe zu erhöhen**. Insofern hätten die Betriebskrankenkassen eine Regelung ausdrücklich befürwortet, nach der die bislang freiwillige Meldung von Lieferengpässen an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) verpflichtend ausgestaltet worden wäre.

Die nunmehr vorgesehene Regelung der Einrichtung eines Beirates beim BfArM, der die Versorgungslage mit Arzneimitteln kontinuierlich beobachtet und bewertet, wird ebenfalls ausdrücklich begrüßt und ist ein erster Schritt in die richtige Richtung. Es ist wichtig, dass auch die gesetzlichen Krankenkassen über den GKV-Spitzenverband in diesem neuen Gremium vertreten sind. Die neuen Auskunftspflichten der vollversorgenden Großhändler und der pharmazeutischen Unternehmer zu Beständen und Absatzmengen werden von den Betriebskrankenkassen zudem ebenso unterstützt wie die neue Ermächtigungsgrundlage der zuständigen Bundesoberbehörde zur Anordnung geeigneter Maßnahmen zur Vermeidung bzw. bei Auftreten eines versorgungsrelevanten Lieferengpasses. Dennoch wäre eine regelhafte Datenbank mit Arzneimitteln, für die Lieferschwierigkeiten bestehen oder zu erwarten sind, als Ergänzung zu den vorgesehenen Maßnahmen, wünschenswert.

#### Keine Änderungen an Rabattverträgen zur Vermeidung von Liefer- und Versorgungsengpässen

Nicht in Änderungsanträgen enthalten, aber vielfach diskutiert, wird die gesetzliche Anpassung der Rabattverträge nach § 130a Abs. 8 SGB V zur Vermeidung von Liefer- und Versorgungsengpässen. Die Betriebskrankenkassen weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die Ursachen für Liefer- und Versorgungsengpässe nicht monokausal sind und nicht nur Rabattvertragsarzneimittel betreffen. Zusätzlich bieten Rabattverträge aufgrund der vorgesehenen Vertragsstrafen für Nicht-Lieferfähigkeiten wirksame Sanktionsmechanismen. Versorgungsengpässe konnten in dem Zusammenhang nicht beobachtet werden. Lieferengpässe sind weltweit zu beobachten, z.B. durch stetig wachsende Bedarfe auch in Schwellenländern. Viele Lieferengpässe entstehen durch regulatorische Auflagen, fehlerhafte Wirkstoffsynthesen, ausgebrannte Produktionsstätten. Änderungen bei den Rabattausschreibungen im deutschen Gesundheitssystem werden daher keine Lösung des globalen Problems herbeiführen.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

Unter anderem wird aktuell diskutiert, ob beim Abschluss von Rabattverträgen nach § 130a SGB V nicht sowohl Produktionsstandorte innerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraums, als auch die Vielfalt der Anbieter per (regelmäßiger) Mehrfachvergabe berücksichtigt werden sollten. Bei Produktionsstandorten innerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraums bleibt unklar, was unter „Produktionsstandort“ verstanden werden soll. Für eine Herstellung eines Fertigarzneimittels gibt es eine Vielzahl an Produktionsschritten. Die Produktionsstätten der Wirkstoffe und Hilfsstoffe finden sich in einem stark globalisierten Arzneimittelmarkt vielfach in Ländern wie China, Indien, Pakistan und nur noch in sehr geringem Ausmaß innerhalb der Europäischen Union.

Darüber hinaus gilt es nach Auffassung der Betriebskrankenkassen zu beachten, dass durch die angedachte Fokussierung der Produktion auf Europa das Risiko einer Markteinengung bestehen könnte, wodurch die Gefahr von Liefer- und Versorgungsengpässen weiter verschärft wird. Auch erscheinen gesamt-europäische Lösungen grundsätzlich sinnvoller. Dafür wären aber entsprechenden Regelungen und Anreize für die Pharmaindustrie erforderlich. Zum Beispiel könnten EU-weit Zölle auf Inhaltsstoffe der Arzneimittel erhoben werden, die außerhalb der EU produziert werden.

Zusätzlich wird in den Märkten, in denen Mehrfachvergaben möglich sind und wirtschaftliche Angebote erzielt werden können, das Instrument der Mehrfachvergabe in den Ausschreibungen durch die Betriebskrankenkassen bereits genutzt. In Märkten mit geringer Anbietervielfalt und entsprechend wenig Wettbewerb laufen Mehrfachvergaben jedoch ins Leere. Befinden sich nur zwei bis drei Anbieter am Markt für einen Wirkstoff, besteht die Gefahr geringerer Einsparungen zugunsten der Solidargemeinschaft: Entweder müssten auch weniger wirtschaftliche Angebote bezuschlagt werden oder Verträge würden zunehmend im open-house-Verfahren zu schlechteren Konditionen mit allen interessierten Marktteilnehmer abgeschlossen. Im Fazit kann nur bei exklusiver Ausschreibung ein attraktives Angebot abgegeben werden. Schließlich kann auch die pharmazeutische Industrie bei einer Einfachvergabe die Mengen sicherer kalkulieren.

Durch exklusive Ausschreibungen (Einfachvergabe) werden etwa 25 % der gesamten Rabatte generiert. Hochgerechnet auf die gesamte gesetzliche Krankenversicherung (GKV) wäre dies für das Jahr 2018 etwa 1,1 Mrd. Euro an Rabatten, die der GKV entgehen würden, sofern eine Verpflichtung zur Mehrfachvergabe vorgeschrieben werden würde. Die betroffenen Wirkstoffe würden sich dem Rabattsystem quasi entziehen.

Zudem ist laut einer Untersuchung des Wido keine Marktkonzentration in den Bereichen der Arzneimittel mit Rabattverträgen zu beobachten. Im Gegenteil. Diese nahm sogar ab. Auch der Wechsel von Präparaten nahm ab. Eine kontinuierliche Versorgung wird somit sichergestellt.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

## **2. Änderungsantrag 2: Belegter Zusatznutzen bei Reserveantibiotika**

Die Resistenzlage von Antibiotika wird in der frühen Nutzenbewertung vom G-BA bereits jetzt berücksichtigt. Eine Sonderregelung ist nicht notwendig, da Antibiotika haben bis dato in jedem Verfahren einen Zusatznutzen haben nachweisen können. Die Bekämpfung von bakteriellen Resistenzen ist ein wichtiges Ziel und muss einen multimodalen Ansatz folgen. Eine gesonderte Behandlung in der frühen Nutzenbewertung scheint nicht zielführend. Schon im November 2017 passte der G-BA seine Verfahrensordnung hinsichtlich der Berücksichtigung der Resistenzen in der frühen Nutzenbewertung von Antibiotika an. Diese Anpassung war eine Folgeänderung des GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz. Eine weitere Verschärfung scheint in Anbetracht der guten Ergebnisse von Antibiotika-Bewertungen nicht nötig.

## IV. Weiterer Änderungsbedarf

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

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

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

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

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

#### **Änderungsvorschlag:**

§ 270 a SGB V wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

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

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

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

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

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

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

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

### **Änderungsvorschlag:**

§ 305b SGB V wird wie folgt geändert:

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

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

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

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