



Bundesversicherungsamt · Friedrich-Ebert-Allee 38 · 53113 Bonn

An die  
Vorsitzende des  
Ausschusses für Gesundheit  
des Deutschen Bundestages  
Frau Dr. Martina Bunge, MdB

HAUSANSCHRIFT Friedrich-Ebert-Allee 38  
53113 Bonn

TEL +49 (0) 228 619 - 1438  
FAX +49 (0) 228 619 - 1876  
E-MAIL Peter.Strothmann@bva.de  
INTERNET www.bundesversicherungsamt.de  
BEARBEITER(IN) Herr Strothmann

DATUM 9. November 2006  
AZ **Gesundheitsreform 2006**  
(bei Antwort bitte angeben)

per Mail: marianne.steinert@bundestag.de  
und gesundheitsausschuss@bundestag.de

**Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz –GKV-WSG) – Anhörung des Gesundheitsausschusses zu Block I – Finanzierung– am 14. November 2006**

**Stellungnahme des Bundesversicherungsamtes**

Sehr geehrte Frau Vorsitzende,

hiermit wir übersenden Ihnen eine Stellungnahme des Bundesversicherungsamtes zu der Anhörung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes **Block I – Finanzierung** am 14. November 2006.

Im Folgenden möchten wir unsere Anmerkungen zu den im Rahmen der Anhörung zu erörternden Punkten skizzieren.

## **Zu Punkt 1. – Errichtung des Gesundheitsfonds (§§ 271 ff. SGB V)**

### **Artikel 1 Nr. 182 GKV-WSG (§ 271 SGB V) – Gesundheitsfonds**

#### *Vorgesehene Regelung*

§ 271 Abs. 6 SGB V n.F. legt die Kostenerstattung für die Verwaltung des Gesundheitsfonds und die Durchführung des Risikostrukturausgleiches fest. Diese Regelung der Kostentragung tritt mit dem 1. Januar 2009 in Kraft.

#### *Stellungnahme*

Die Erstattung von Vorlaufkosten, die bereits vor dem Inkrafttreten des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs und des Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009 anfallen, ist bislang nicht vorgesehen. Um die fristgerechte Einführung beider Instrumente zu gewährleisten, ist es erforderlich, die vorfristig anfallenden Kosten bereits ab 2007 über den Ausgleichsbedarfssatz zu finanzieren.

Eine entsprechende Regelung sollte in § 266 SGB V aufgenommen werden und zum 1. April 2007 in Kraft treten.

#### *Lösungsvorschlag*

**Artikel 1 Nr. 178 Buchstabe i)** wird wie folgt gefasst:

„i) Absatz 8 wird wie folgt gefasst:

„Die dem Bundesversicherungsamt bei der Vorbereitung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs und des Gesundheitsfonds entstehenden Ausgaben werden von den Krankenkassen durch Erhöhung des Ausgleichsbedarfssatzes getragen. Das Nähere regelt die Rechtsverordnung nach Absatz 7.“

Inkrafttreten: 1.4.2007

**Artikel 1 Nr. 182 (§ 272 SGB V – Übergangsregelungen zur Einführung des Gesundheitsfonds, „Konvergenzklausel“)**

*Vorgesehene Regelung*

Die Be- und Entlastungswirkungen auf Grund der Einführung des Gesundheitsfonds für die in einem Bundesland tätigen Krankenkassen sind auf jährlich höchstens 100 Millionen Euro zu begrenzen. Zur Ermittlung der Belastung werden für die in einem Bundesland wohnhaften Versicherten die fiktiven Einnahmen auf der Basis der am 31. Dezember 2008 geltenden Beitragssätze ermittelt. Diese fiktiven Einnahmen sind um die Be- bzw. Entlastung im Risikostrukturausgleich und Risikopool in der bis zum 31. Dezember 2006 geltenden Fassung zu bereinigen und im weiteren mit der jährlichen Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V fortzuschreiben. Das Ergebnis ist länderbezogen den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds gegenüberzustellen. Darüber hinaus wird festgelegt, dass bereits vor Inkrafttreten des Gesundheitsfonds die finanziellen Auswirkungen durch ein Gutachten festzustellen sind.

*Stellungnahme*

Die Regelung ist in der vorliegenden Form weder zielführend noch durchführbar. Außerdem führt sie zu erheblichem Verwaltungsaufwand bei Krankenkassen, Bundesversicherungsamt und Prüfdiensten.

I. Durchführbarkeit

Die vorgesehene Regelung ist nur durchführbar, wenn die von ihr verursachten Umverteilungen auf Null aufgehen, d.h. die erhöhten Zuweisungen für Versicherte in belasteten Ländern müssen den gekürzten Zuweisungen in den übrigen Ländern entsprechen. Ansonsten müssten Bundesmittel zur Verfügung gestellt werden.

Im vorliegenden Entwurf existiert – im Gegensatz zur Regelung im Referentenentwurf – kein Mechanismus, der sicherstellt, dass das Verfahren wie beschrieben aufgeht. Es ist im Gegenteil aufgrund der unten aufgeführten methodischen Mängel sogar wahrscheinlich, dass alle Bundesländer als belastet ausgewiesen werden. Die Regelung würde dann für Versicherte in allen Bundesländer erhöhte Zuweisungen vorsehen, ohne eine Finanzierung dieser Erhöhung sicherzustellen.

## II. Methodische Mängel des Verfahrens

### 1. Vergleich der fortgeschriebenen Einnahmen mit den Zuweisungen

#### a) Verfälschung durch Beitragsanteile für Betriebsmittel- und Rücklagenbildung bzw. Schuldenabbau

Die fortgeschriebenen Einnahmen werden anhand der zum 31. Dezember 2008 geltenden Beitragssätze ermittelt. Damit enthalten die fortgeschriebenen Einnahmen im Gegensatz zu den Zuweisungen Anteile für Betriebsmittel- und Rücklagenbildung bzw. Schuldenabbau. Erwirtschaftet die GKV z.B. im Jahr 2008 zu den o.g. Zwecken einen Überschuss in Höhe von einer Milliarde Euro, so würde im Jahr 2009 in der Summe über alle Bundesländer eine Belastung in Höhe von dieser Milliarde Euro ausweisen.

#### b) Ausgabendeckungsgrad des Gesundheitsfonds

Während im Basisjahr 2008 die Gesetzliche Krankenversicherung durch Beitragssätze finanziert wird, erfolgt im Gesundheitsfonds eine Finanzierung sowohl durch den einheitlichen Beitragssatz als auch durch Zusatzbeiträge. Da aber nur die Einnahmen aus dem einheitlichen Beitragssatz in die Zuweisungen fließen, wird eine vollständige Einnahmenbasis im Basisjahr mit einer unvollständigen Einnahmehöhe in den Folgejahren verglichen. Bei einer Ausgabendeckung von 95 % müssten ca. 7 Milliarden Euro über Zusatzbeiträge finanziert werden. In der im Kabinettsentwurf vorgesehenen Vergleichsbetrachtung würden diese 7 Milliarden Euro als Gesamtbelastung der GKV ausgewiesen, mit einer entsprechenden Aufteilung auf die Versicherten in den einzelnen Bundesländern.

#### c) Auswirkung der überregional einheitlichen Beitragssatzgestaltung sowie kassenarteninterner Ausgleichssysteme bzw. Finanzhilfen

In die Ermittlung der Einnahmen für die in einem Land wohnhaften Versicherten gehen auch die Beitragssätze der überregionalen Krankenkassen ein, die eine Mischfinanzierung zwischen den Bundesländern darstellen. Im Gesundheitsfonds wird diese einheitliche Beitragssatzkalkulation durch eine einheitliche Kalkulation der Zusatzbeiträge der überregional tätigen Krankenkassen ersetzt. Die hierdurch bedingten Transfers sind jedoch in den Zuweisungen nicht enthalten, so dass der Vergleich von fortgeschriebenen Einnahmen und Zuweisungen in dieser Form zu verzerrten Ergebnissen führt. Ähnliches gilt für die Umverteilungen durch kassenarteninterne Ausgleichs- und Finanzhilfen. Allein aufgrund dieses methodischen Mangels kann es zu Verzerrungen in dreistelliger Millionenhöhe je Bundesland kommen.

## 2. Risikostrukturausgleich mit Rechtsstand 31. Dezember 2006

Die Regelung des Kabinettsentwurfs sieht vor, dass die fiktiven Beitragseinnahmen je Bundesland zum 31. Dezember 2008 um die Ausgleichsforderungen und -verpflichtungen des Risikostrukturausgleichs und des Risikopools in der bis zum 31. Dezember 2006 geltenden Fassung bereinigt werden sollen. Diese getrennten Bezugstermine machen sachlich keinen Sinn und führen zu unnötigem Verwaltungsaufwand.

Alle Rechtsänderungen im Risikostrukturausgleich und im Risikopool (z.B. die Veränderung des Schwellenwertes im Risikopool nach § 269 Abs. 1 Satz 3 SGB V) führen dazu, dass Ende 2008 der Risikostrukturausgleich und der Risikopool zweimal durchgeführt werden müssten: Einmal nach der aktuellen Rechtslage, und das andere Mal nach der am 31. Dezember 2006 geltenden Rechtslage.

## 3. Erstellung eines Gutachtens

Auf das vorgesehene Gutachten sollte verzichtet werden. Die Auswirkungen des Gesundheitsfonds werden maßgeblich von der Berechnung der Zuweisungen bestimmt. Für die Berechnung dieser Zuweisungen sind zunächst 50 bis 80 Krankheiten zu benennen und auf dieser Grundlage ein Klassifikationsmodell bis zum 1.7.2008 zu entwickeln. Die Datengrundlage, anhand derer die Verteilung der Morbidität bezogen auf die 50 bis 80 Krankheiten landesbezogen bestimmt werden kann, läuft am 15.8.2008 beim Bundesversicherungsamt zusammen. Ein aussagekräftiges Gutachten kann vor diesem Zeitpunkt nicht entstehen. Sobald die Datengrundlage beim Bundesversicherungsamt zusammenläuft, berechnet das Bundesversicherungsamt die tatsächliche Belastung je Bundesland. Parallel hierzu noch ein Gutachten zur Schätzung der Auswirkungen erstellen zu lassen, ist daher entbehrlich.

## III. Verwaltungsaufwand

Bei den Krankenkassen entsteht ein erheblicher Aufwand für die regionale Erfassung der Einnahme- und Ausgabedaten. Auch beim Bundesversicherungsamt müssen die regionalen Vergleichsberechnungen zusätzlich durchgeführt und die Zuweisungen an die Krankenkassen gegebenenfalls nach Wohnsitz der Versicherten differenziert werden.

Wenn die Zuweisungen nach dem Wohnsitz des Versicherten differenziert werden, müssen die Zuordnungen der Versicherten zu den Bundesländern durch die Prüfdienste der Krankenkassen geprüft und finanzielle Sanktionen bei Fehlzuordnungen vorgesehen werden.

### *Lösungsvorschlag*

Sollte an einer Konvergenzklausel festgehalten werden, sollte diese so ausgestaltet werden, dass zwei methodisch vergleichbare Größen gegenübergestellt werden. Darüber hinaus ist der Mechanismus so zu gestalten, dass die Be- und Entlastungen in der Summe über alle Bundesländer auf Null aufgehen.

§ 272 SGB V (Fassung Kabinettsentwurf) wäre wie folgt zu fassen (Änderungen sind unterstrichen):

### **„§ 272 Übergangsregelungen zur Einführung des Gesundheitsfonds**

(1) Bei der Ermittlung der Höhe der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ist sicherzustellen, dass sich die Belastungen auf Grund der Einführung des Gesundheitsfonds für die in einem Land tätigen Krankenkassen in jährlichen Schritten von jeweils höchstens 100 Millionen Euro aufbauen. Hierfür stellt das Bundesversicherungsamt für jedes Bundesland den Be- oder Entlastungsbetrag für das Jahr 2008 dem Be- oder Entlastungsbetrag im Gesundheitsfonds gegenüber. Die Be- und Entlastungsbeträge für das Jahr 2008 ergeben sich, indem die beitragspflichtigen Einnahmen für die in einem Bundesland wohnhaften Mitglieder mit dem Ausgleichsbedarfssatz nach § 266 Abs. 3 Satz 2 für das Jahr 2008 multipliziert werden und hiervon der Beitragsbedarf nach § 266 Abs. 2 Satz 2 und die im Risikopool erstatteten Ausgaben nach § 269 Abs. 1 Satz 2, die für Versicherte mit Wohnsitz in dem Bundesland gezahlt wurden, abgezogen werden. Die Be- und Entlastungsbeträge im Gesundheitsfonds ergeben sich ab dem Jahr 2009, indem die beitragspflichtigen Einnahmen für die in einem Bundesland wohnhaften Mitglieder mit dem Beitragssatz nach § 241 abzüglich des Beitragssatzanteils zur Bildung der Liquiditätsreserve nach § 271 Abs. 2 multipliziert werden und hiervon die für die in einem Land wohnhaften Versicherten erhaltenen Zuweisungen nach § 270 ohne Berücksichtigung des § 272 abgezogen werden.

(2) Ergibt die Gegenüberstellung nach Absatz 1 Satz 2, dass die Belastungswirkungen in Bezug auf die in einem Land tätigen Krankenkassen den nach Absatz 1 Satz 1 jeweils maßgeblichen Betrag übersteigen, sind die Zuweisungen an die Krankenkassen für deren Versicherte mit Wohnsitz in dem Land, bei dem die höchste Überschreitung festgestellt worden ist, im Jahresausgleich für das jeweilige Ausgleichsjahr so zu verändern, dass dieser Betrag genau erreicht wird. Die Zuweisungen an die Krankenkassen für Versicherte in den übrigen belasteten Ländern sind so zu verändern, dass sich die Be-

lastung in dem Verhältnis verändert, in dem der nach Absatz 1 Satz 1 maßgebliche Betrag zum Überschreibungsbetrag nach Satz 1 steht. Die Zuweisungen an die Krankenkassen für die Versicherte in den entlasteten Länder sind so zu verändern, dass sich die festgestellten Entlastungen proportional einheitlich reduzieren und der Betrag einbehalten wird, der für die Anpassung der Änderung der Zuweisungen nach Satz 2 und 3 erforderlich ist. In den Folgejahren nach 2009 ist der nach Absatz 1 Satz 1 maßgebliche Betrag um jährlich jeweils 100 Millionen Euro zu erhöhen.

(3) Die Regelungen der Absätze 1 und 2 finden letztmalig in dem Jahr Anwendung, in dem erstmalig in keinem Bundesland bei den dort tätigen Krankenkassen eine Überschreitung des nach Absatz 1 Satz 1 jeweils maßgeblichen Betrages festgestellt wurde.

(4) Das Nähere über die Datenerhebung zur Umsetzung der Vorgaben des Absatz 1 sowie die Festlegung von Abschlagszahlungen wird durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates geregelt.“

**Artikel 38 Nr. 6 (§ 34 RSAV – Übergangsregelungen zur Einführung des Gesundheitsfonds)**

*Vorgesehene Regelung*

Hier werden die für die regionale Zuordnung der Einnahmen und Ausgaben der Krankenkassen notwendigen Datenmeldungen geregelt. Für die Datenerhebung ist eine Stichprobe vorgesehen.

*Stellungnahme*

Für die Berechnung von nach § 272 Abs. 2 SGB V geänderten Zuweisungen müssen die Zuweisungen an jeden Versicherten abhängig vom Wohnsitzland des Versicherten modifiziert werden. Hierfür reicht eine Stichprobe nicht aus; vielmehr muss jeder Versicherte einem Bundesland zugeordnet werden können.

Die Datenmeldung auf der Einnahmeseite ist für Pflichtversicherte und Arbeitslosengeldempfänger geregelt. Es fehlen Regelungen für die regionale Erfassung der Beiträge von Selbstzahlern (Studenten, freiwillig Versicherte), KVdR-Beiträge, Beiträge für Bezieher von Arbeitslosengeld II und Beiträge aus geringfügigen Beschäftigungen. Für regional nicht zuordenbare Beiträge sollte das Bundesversicherungsamt nach Anhörung der Spitzenverbände einen Verteilungsschlüssel auf die Bundesländer festlegen können.

*Lösungsvorschlag*

§ 34 RSAV (Fassung Kabinettsentwurf) wird wie folgt geändert:

In Absatz 1 Satz 1 werden die Worte „als Stichprobe“ gestrichen. In Nr. 2 wird das Komma durch das Wort „und“ ersetzt. In Nr. 3 wird das Komma durch einen Punkt ersetzt. Nr. 4 und 5 werden gestrichen. In Satz 2 werden die Worte „und das Stichprobenverfahren der Angaben nach Satz 1“ gestrichen.

Nach dem Absatz 1 wird folgender Absatz 2 neu eingefügt:

„(2) Zusätzlich zu den Angaben nach Absatz 1 erheben die Krankenkassen ab dem Berichtsjahr 2008 folgende Angaben nicht versichertenbezogen nach Bundesländern differenziert:

1. das Jahresarbeitsentgelt gemäß der Jahresarbeitsentgeltmeldung nach § 28a Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch,
2. die für Bezieher von Arbeitslosengeld und Übergangsgeld gezahlten Beiträge,

3. die für versicherungspflichtige Bezieher von Arbeitslosengeld II gezahlten Beiträge,
4. die von freiwilligen Mitglieder gezahlten Beiträge,
5. die von Studenten gezahlten Beiträge,
6. die Beitragszahlungen aus Versorgungsbezügen und
7. die Beitragszahlungen aus der Rente.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen vereinbaren im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt in der Vereinbarung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch das Nähere über die pauschale Ermittlung der Angabe nach Satz 1 Nr. 3. Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung melden den zuständigen Krankenkassen über deren Spitzenverbände jährlich bis zum 31. Dezember die Summe der an die nach § 5 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versicherungspflichtigen Mitglieder am 1. Oktober gezahlten Renten der gesetzlichen Rentenversicherung abweichend von § 267 Abs. 6 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch länderbezogen. § 30 Abs. 4 gilt entsprechend. Bei geringfügigen Beschäftigungen meldet die nach § 28i des Vierten Buches Sozialgesetzbuch zuständige Stelle die Beiträge zur Krankenversicherung landesbezogen an das Bundesversicherungsamt. Bei sonstige Beitragszahlungen bestimmt das Bundesversicherungsamt nach Anhörung der Spitzenverbände einen Verteilungsschlüssel auf die Bundesländer.“

## **Zu Punkt 2. – Beitragseinzug (§§ 28 ff. SGB IV)**

### **Artikel 3 (§ 28r SGB IV –Schadensersatzpflicht, Verzinsung)**

#### *Vorgesehene Regelung*

Hier ist keine Änderung vorgesehen.

#### *Stellungnahme*

Gem. § 28r SGB IV haftet die Einzugsstelle für Schäden aufgrund einer Verletzung der ihr auferlegten Pflichten. Entsprechendes gilt für die Träger der Rentenversicherung bei einer Verletzung der Prüfpflichten nach § 28p SGB IV. Gem. § 271 SGB V n.F. stehen die von den Einzugsstellen nach § 28k Abs. 1 S. 1 SGB IV n.F. eingezogenen Beiträge der GKV dem Gesundheitsfonds zu, der hiermit die Zuweisungen an die Krankenkassen finanziert. Es bedarf daher einer Anpassung des § 28k Abs. 1 SGB IV dahingehend, dass nicht nur die Träger der Rentenversicherung, der Pflegeversicherung und die Bundesagentur für Arbeit, sondern auch der Gesundheitsfonds einen Anspruch auf Schadensausgleich erhält. Im Fall des Abs. 3 tritt der Gesundheitsfonds an die Stelle der Krankenkassen.

#### *Lösungsvorschlag*

In § 28r Abs. 1 Satz 1 SGB IV wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und nach dem Wort „BA“ die Wörter „und dem Gesundheitsfonds“ eingefügt. In Abs. 3 Satz 1 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und nach dem Wort „BA“ die Wörter „und dem Gesundheitsfonds“ eingefügt.

### **Zu Punkt 3. – Zusatzbeitrag (§ 242 SGB V)**

#### *Vorgesehene Regelung*

Im Gesetzentwurf ist vorgesehen, dass Krankenkassen von ihren Mitgliedern einen Zusatzbeitrag erheben müssen, wenn sie mit den aus dem Gesundheitsfonds zugewiesenen Mitteln nicht auskommen. Dieser Zusatzbeitrag ist auf ein Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds beschränkt; Zusatzbeiträge von bis zu acht Euro werden ohne Einkommensprüfung erhoben.

#### *Stellungnahme*

Durch die Anbindung an die beitragspflichtigen Einnahmen und die 1%-Grenze kann der Zusatzbeitrag höchstens 35,62 € (Stand 2006) betragen. Dies bedeutet, dass Kassen, deren Finanzbedarf infolge ihrer Ausgaben höher liegt, insolvent werden. Bereits bei der Aufstellung der Haushaltspläne könnte der Vorstand einer Kasse verpflichtet sein, einen Insolvenzantrag zu stellen. Die Bereitschaft zu Hilfestellungen innerhalb der Kassenart nach § 265a SGB V dürfte nicht bestehen. Zu dem unklaren Verhältnis zwischen Insolvenz und Schließung durch die Aufsichtsbehörde siehe die Anmerkungen zu § 155 SGB V.

Mit der vorgesehenen Regelung wird zudem das in den Eckpunkten formulierte Ziel eines vollständigen Einkommensausgleiches nicht erreicht. Es entstehen problematische Anreize für Krankenkassen und Versicherte:

- Ab einem bestimmten Finanzbedarf hängt die Höhe des bei den Mitgliedern zu erhebenden Zusatzbeitrages von deren Einkommensstruktur ab. Um die gleichen Einnahmen zu erzielen, muss eine Krankenkasse mit einem höheren Anteil Versicherter mit niedrigem Einkommen, die den Zusatzbeitrag nicht in voller Höhe zahlen, einen höheren Beitrag erheben als eine Kasse mit einem höheren Anteil gut verdienender Versicherter, die den Zusatzbeitrag vollständig zahlen. Wenn man davon ausgeht, dass eine Pauschale im Wettbewerb der Krankenkassen ein stärkeres Signal ist als ein Beitragssatz, wird es für eine Krankenkasse besonders wichtig, einen hohen Anteil von einkommensstarken Versicherten zu haben, um eine günstige Prämie anbieten zu können. Die mögliche Erhebung des Zusatzbeitrags nach einem Prozentsatz ändert nichts an dieser Grundproblematik. Vielmehr wird deutlich, dass die Krankenkassen bei einem Maximalbeitragssatz von 1 % der beitragspflichtigen Einnahmen je nach Einkommensstruktur ein unterschiedlich hohes Mittelaufkommen erzeugen können.

- Ein ungünstiger Anreiz entsteht, wenn Mitglieder einen Zusatzbeitrag von bis zu acht Euro zahlen, der ein Prozent ihrer beitragspflichtigen Einnahmen übersteigt. Wenn diese Mitglieder zu einer Krankenkasse mit einem höherem Zusatzbeitrag wechseln, würden sie aufgrund der nun stattfindenden Einkommensprüfung eine Reduzierung des von ihnen zu zahlenden Beitrages bewirken. Dies gilt entsprechend bei einer Beitragsanhebung der Krankenkasse über acht Euro hinaus, was eine entsprechende Kalkulation der Krankenkassen erschwert.

*Lösungsvorschlag*

Der Anreiz zur Risikoselektion hinsichtlich des Einkommens lässt sich beseitigen, indem die durch die Überforderungsklausel verursachten Einnahmeausfälle durch ein entsprechendes Ausgleichsverfahren ausgeglichen werden. Dabei muss sichergestellt werden, dass Krankenkassen nicht wegen der Refinanzierungsmöglichkeit das Interesse an einer korrekten Einkommensprüfung verlieren oder Manipulationsstrategien verfolgen.

**Zu Punkt 4. – Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich (§§ 267 bis 272 SGB V, Art. 30 – RSAV)**

**Artikel 1 Nr. 180 (§ 268 SGB V – Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleich) i.V.m. Artikel 38 Nr. 6 (§ 31 RSAV – Auswahl und Anpassung des Klassifikationsmodells)**

*Vorgesehene Regelung*

Die für die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs zu verwendenden Morbiditätskategorien sind auf die für 50 bis 80 Krankheiten notwendigen Kategorien zu begrenzen. Die Auswahl der zu berücksichtigenden Krankheiten trifft das Bundesversicherungsamt auf der Grundlage eines Gutachtens des bei ihm zu bildenden wissenschaftlichen Beirats. Bei den ausgewählten Krankheiten soll es sich insbesondere um Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf und kostenintensive chronische Krankheiten handeln, bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten die durchschnittlichen Leistungsausgaben aller Versicherten um mindestens 50 % überschreiten.

*Stellungnahme*

Grundsätzlich bedeutet eine Reduktion des Morbiditätsspektrums eine künstliche Beschränkung der Zielgenauigkeit des Verfahrens. Gleichwohl haben unsere Analysen und Auskünfte der amerikanischen Entwickler ergeben, dass sich auf der Basis von 50 bis 80 Krankheiten die Zielgenauigkeit des bestehenden Risikostrukturausgleichs erheblich verbessern und ein sachgerechtes Klassifikationsmodell entwickeln lässt. Für die Zielgenauigkeit des Verfahrens kommt es entscheidend auf eine sachgemäße Auswahl der Krankheiten an. Neben der Höhe der Ausgaben ist dabei auch die Prävalenz von entscheidender Bedeutung. Um eine sachgemäße und rechtssichere Auswahl der Krankheiten zu gewährleisten sollte dies als zusätzliches Entscheidungskriterium aufgenommen werden.

Es ist darauf hinzuweisen, dass der Begriff der „Krankheit“ in Praxis schwer zu operationalisieren ist. Der für die Operationalisierung zu wählende Abstraktionsgrad hängt aber von der jeweiligen Krankheit, den Erfassungsmöglichkeiten und der Gruppierungslogik des Klassifikationsmodells ab. Wir halten es daher für richtig, an dieser Stelle keine Vorgaben zu machen, sondern diese Operationalisierung dem wissenschaftlichen Beirat beim Bundesversicherungsamt zu überlassen.

Aufgrund der Anforderung, dass die durchschnittlichen Leistungsausgaben von Versicherten mit einer ausgewählten Krankheit die Leistungsausgaben aller Versicherten um mindestens 50 % überschreiten müssen, kann es zu einer verzerrten Auswahl zu Gunsten von alterslastigen Krankheiten kommen. Der Grund hierfür liegt darin, dass die Gesundheitsausgaben

mit dem Alter stark ansteigen. In der Folge werden Krankheiten, die vor allem bei jüngeren Menschen auftreten, den Schwellenwert möglicherweise nicht überschreiten, selbst wenn sie die Höhe der Ausgaben altersgleicher gesunder Menschen erheblich übersteigen. Möglicherweise gibt die Formulierung „insbesondere“ die Möglichkeit, hier schwerwiegende Krankheiten, die vor allem bei jüngeren Menschen auftreten, zu berücksichtigen. Zur Wahrung der Rechtssicherheit der Auswahl der Krankheiten schlagen wir gleichwohl hier eine gesetzliche Klarstellung vor.

*Lösungsvorschlag*

In § 31 Abs. 1 RSAV werden in Satz 3 nach dem Wort „übersteigen“ die Worte „und eine hohe Prävalenz ausweisen“ angefügt. Nach Satz 3 wird folgender Satz angefügt: „Krankheiten, die insbesondere bei jüngeren Menschen verbreitet sind, können auch ausgewählt werden, wenn bei ihnen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten den Wert nach Satz 3 nicht übersteigen.“

## **Zu Punkt 7. – Insolvenzfähigkeit von Kassen (§§ 155, 164, 171, 171b SGB V)**

### *Vorgesehene Regelung*

Nach dem Gesetzentwurf sollen alle Krankenkassen insolvenzfähig werden. Die vorgesehenen Regelungen lassen nicht eindeutig erkennen, welche Vorschriften der Insolvenzordnung gelten sollen. Insbesondere ist das Verhältnis der Auflösungs- und Schließungsvorschriften des SGB V zur Eröffnung des Insolvenzverfahrens nach der Insolvenzordnung ungeklärt. Schließlich ist im Gesetzentwurf eine nur eingeschränkte Haftungsregelung zur Tragung der Verbindlichkeiten einer aufgelösten oder geschlossenen Kasse vorgesehen.

### *Stellungnahme*

Die in **§ 155 Abs. 4 und 5 SGB V** n.F. enthaltene Regelungen begegnen erheblichen Bedenken.

1.

Bereits nach der bisherigen Rechtslage waren jedenfalls die bundesunmittelbaren Krankenkassen insolvenzfähig. Insolvenzverfahren wurden allerdings tatsächlich bisher nicht durchgeführt. Ursache hierfür war insbesondere das für die Gläubiger günstigere bislang bestehende System solidarischer kassenarteninterner Haftungsverbände mit körperschaftlich verfassten Bundesverbänden als Garanten der Sicherstellung der Vergütung der Leistungserbringer und damit der Versorgung der Versicherten sowie der Sicherung der sonstigen Gläubiger wie Beschäftigten und Lieferanten (Informationstechnologie etc.).

Mit dem GKV-WSG wird diese Regelungssystematik grundsätzlich geändert. Sämtliche Krankenkassen werden für insolvenzfähig erklärt (s. § 171b SGB V n. F.) und damit die bisher geltenden Insolvenzausschlüsse auf Landesebene durchbrochen. Damit einher geht eine grundsätzliche Änderung der Haftungsregelungen im Fall der Schließung einer Krankenkasse (§ 155 Abs. 4 und 5 SGB V n. F.). Anstelle der bisherigen Haftung der Verbände findet nach den neuen Vorschriften grundsätzlich nur noch eine anteilmäßige Befriedigung der Gläubiger gemäß der Insolvenzordnung statt. Die bislang bestehende Haftung der Kassenverbände für alle Verbindlichkeiten der Kasse in voller Höhe wird durch eine entsprechende Geltung der Vorschriften des Fünften Teils der Insolvenzordnung (Regelung der Abwicklung eines insolventen Unternehmens) abgelöst.

Gleichzeitig wird eine Haftung der Kassen einer Kassenart für Ansprüche der Leistungserbringer und Versicherten, Forderungen aus zwischen- und überstaatlichem Recht sowie – befristet – für Altschulden eingeführt.

Die Situation wird darüber hinaus dadurch verschärft, dass mit Inkrafttreten der neuen Finanzierungsregelungen die Gefahr der Insolvenz von Krankenkassen in erheblichem Maße ansteigt. Wegen der zentralen Festlegung des Beitragssatzes durch die Bundesregierung und durch die Beschränkung des von der Kasse festzulegenden Zusatzbeitrages auf ein Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten wird die Möglichkeit der Kasse, ihre finanzielle Lage maßgeblich selbst zu beeinflussen, deutlich eingeschränkt. Dementsprechend steigt die Wahrscheinlichkeit, dass finanzschwache Kassen ihre wirtschaftliche Leistungsfähigkeit verlieren, geschlossen und abgewickelt werden müssten, deutlich an.

Es ist daher davon auszugehen, dass zukünftig vermehrt Schließungen von Kassen durch die Aufsichtsbehörden erfolgen werden, aber auch Gläubiger Insolvenzverfahren nach der Insolvenzordnung einleiten werden.

Weder aus dem Gesetz noch aus dessen Begründung ist aber ersichtlich, in welchem Verhältnis die möglicherweise parallelen Zuständigkeiten und Verfahren zwischen Insolvenzgericht und Aufsichtsbehörde zueinander stehen.

Die Festlegung der Verfahrensgrundlage ist auch materiell-rechtlich von Bedeutung. So können die Tatbestände, die das Vorliegen eines Eröffnungsgrundes für das Insolvenzverfahren anzeigen (so z.B. bereits die drohende Zahlungsunfähigkeit nach § 18 oder die Überschuldung nach § 19 Insolvenzordnung), und der Begriff der mangelnden wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit (§ 153 Nr. 3 SGB V) unterschiedlich ausgelegt werden. Die Zeitpunkte, zu denen das jeweilige Verfahren greift, können differieren.

2.

Weder Gesetzestext noch Gesetzesbegründung enthalten ausreichende Vorgaben, wie die Abwicklung einer von der Aufsichtsbehörde geschlossenen Kasse zu erfolgen hat. Der Gesetzgebers verweist lediglich auf die entsprechende Anwendung des 5. Teils der Insolvenzordnung. Es ist offen, inwieweit die Abwicklung einer Kasse von den in der Insolvenzordnung genannten Institutionen oder vom Abwicklungsvorstand der Kasse wahrgenommen werden.

3.

In § 155 Abs. 5 Satz 2 Nr. 2 SGB n.F. ist vorgesehen, dass für die Ansprüche der Leistungserbringer und Ansprüchen aus der Versicherung zeitlich unbeschränkt auch die übrigen Kassen einer Kassenart haften. Insoweit soll für die aufgeführten Personengruppen aus so-

zialpolitischen Gründen ein Forderungsausfall durch die Durchführung des Insolvenzverfahrens verhindert werden.

Die Formulierung der Vorschrift ist zunächst missverständlich, da sie auf die Übergangsnorm des § 155 Abs. 5 Satz 1 SGB V n.F. (Haftung der übrigen Kassen für eine am 1. Januar 2008 bestehende Verschuldung einer aufgelösten oder geschlossenen Krankenkasse) Bezug nimmt. Um deutlicher zu machen, dass es sich hierbei um eine Regelung nicht nur für den Übergangszeitraum sondern für das reguläre Verfahren handelt, wäre eine Normierung in § 155 Abs. 4 SGB V n.F. sachgerechter.

Des Weiteren ist das Verfahren zur Abwicklung der o.g. Ansprüche unklar. Insoweit sind verschiedene Auslegungen denkbar:

Zunächst kommt in Betracht, dass die bevorrechtigten Ansprüche erst gar nicht vom Insolvenzverfahren erfasst werden und ausschließlich und unmittelbar von den anderen Kassen zu erfüllen sind. Andererseits könnte das Ergebnis des Insolvenzverfahrens mit der Verteilung der Masse abzuwarten sein. Dann käme in Betracht, dass die bevorrechtigten Gläubiger ihre Ansprüche in voller Höhe bei den übrigen Kassen geltend machen und die Masse vollständig an die weiteren Gläubiger verteilt wird. Allerdings wäre auch die Lösung denkbar, dass lediglich der nach Auskehr der Masse bestehende Forderungsausfall bei den anderen Kassen einzufordern ist. Weder aus der zitierten Vorschrift noch aus der Gesetzesbegründung lässt sich entnehmen, welcher Verfahrensweise der Vorzug zu geben ist. Hierzu bedarf es einer Klarstellung.

4.

Im Fall der Insolvenz einer Krankenkasse droht aufgrund der Neuregelung der Ausfall der Gläubiger mit Ausnahme der Versicherten und Leistungserbringer, also z.B. der Lieferanten, Werkunternehmer, aber auch der Beschäftigten der Kasse mit Forderungen in beträchtlicher Höhe.

Diese Risikoverlagerung hin zu den Gläubigern der Krankenkasse hat neben den bereits genannten Folgen weitere Auswirkungen von erheblicher Tragweite. Bei finanziell angeschlagenen Kassen kann dies dazu führen, dass z.B. Lieferanten bei entsprechenden Hinweisen die Lieferung unter Hinweis auf das bei Insolvenz drohende Zahlungsausfallrisiko verweigern oder nur noch gegen Vorkasse leisten. In jedem Fall dürfte das erhöhte Sicherheitsbedürfnis zu Mehrkosten bei den Krankenkassen führen. Da der Risikostrukturausgleich für das Ka-

lenderjahr erst im Folgejahr erfolgt, kann zudem der Forderungsausfall auch insofern relevant werden.

5.

Hinsichtlich der Regelung in § 155 Abs. 5 Satz 7 SGB V n. F. (entsprechende Anwendung der Sätze 1 bis 6, wenn bei einer Kasse das Insolvenzverfahren eröffnet oder mangels Masse abgelehnt wird) wird darauf hingewiesen, dass die Gesetzesbegründung hierauf nicht eingeht, obwohl diese Regelung der Vorschrift des § 155 Abs. 4 Satz 3, 4 SGB V n. F. (Verweis lediglich auf den 5. Teil der Insolvenzordnung) widerspricht und daher einer Klarstellung bedarf.

6.

Nach Artikel 46 Absatz 1 GKV-WSG tritt die Ergänzung des § 173 Absatz 2 Satz 1 SGB V am 1. April 2007 in Kraft. Damit werden die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft Bahn See und die See-Krankenkasse kraft Gesetzes geöffnet.

Nach § 215 SGB VI stellt der Bund die dauernde Leistungsfähigkeit der knappschaftlichen Rentenversicherung sicher. Der Bund haftet damit für die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, die nach § 167 Satz 1 SGB V die Krankenversicherung durchführt. Hierdurch ergibt sich ein klarer Wettbewerbsvorteil für die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See gegenüber anderen Krankenkassen z.B. in der Frage der Bonität. Dieser Vorteil erscheint umso größer, als andere Krankenkassen keinen Haftungsverbänden mehr angehören, sondern dem Geltungsbereich des § 155 SGB V n.F. unterfallen.

## **Sonstiges**

### **Artikel 1 Nr. 184 GKV-WSG (§ 274 SGB V)**

#### *Vorgesehene Regelung*

§ 274 Absatz 4 SGB V n.F. gibt dem Bundesrechnungshof ein eigenes Prüfrecht zur Haushalts- und Wirtschaftsführung der gesetzlichen Krankenkassen, ihrer Verbände und Arbeitsgemeinschaften.

#### *Stellungnahme*

Die so geregelten Prüfrechte des Bundesrechnungshofes werden für nicht sinnvoll erachtet. Dem Bundesrechnungshof zustehende Prüfrechte ergeben sich – wie in der Gesetzesbegründung dargelegt – aus der Bundeshaushaltsordnung (BHO). Eine gesonderte, eigenständige und nicht an die Zahlung von Bundesmitteln an die gesetzliche Krankenversicherung geknüpfte Ermächtigung in § 274 SGB V ist nicht erforderlich.

Durch eine umfassende Prüftätigkeit des Bundesrechnungshofes im Rahmen der Haushalts- und Wirtschaftsführung neben der Prüftätigkeit der zuständigen Aufsichtsbehörden der Krankenkassen käme es angesichts der knappen Ressourcen der Bundesverwaltung und der Krankenkassen zu wirtschaftlich nicht vertretbaren Doppelprüfungen. Dem Bundesrechnungshof wurde in der Vergangenheit jederzeit Gelegenheit eingeräumt, Informationen über die Arbeit und Aufsichtsführung des Bundesversicherungsamtes einzuholen.

Es ist aufgrund der gleichlautenden Prüfaufträge zudem kein Bedarf an derartigen Prüfungen seitens des Bundesrechnungshofes erkennbar, zumal der Bundesrechnungshof – anders als die zuständigen Aufsichtsbehörden – über keine Mittel zur Durchsetzung der Feststellungen seiner Prüfung verfügt.

Eine durch eine verpflichtende Abstimmung der Prüftätigkeiten mit dem Bundesrechnungshof einhergehende Einschränkung des Prüfrechts der Aufsichtsbehörden, wie sie die Begründung der Vorschrift nahelegt, widerspricht dem umfassenden gesetzlichen Prüfauftrag der Aufsichtsbehörden.

#### *Lösungsvorschlag*

§ 274 Abs. 4 n.F. wird gestrichen.

Mit freundlichen Grüßen

gez.

Dr. Rainer Daubenbüchel