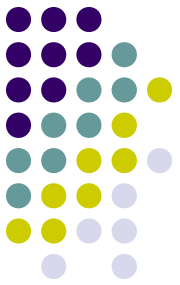


Finanzcontrolling des GKV SV und der Aufsichtsbehörden

Einflussfaktor Morbi RSA



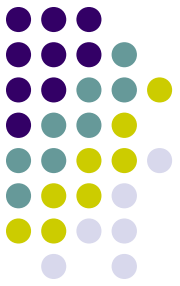
Themen:

Anforderungen an das Finanzcontrolling

Vor- und Nachteile der Handlungsalternativen Fusion,
Schließung und Insolvenz

Handlungsoptionen des GKV Spitzenverbandes und der
Aufsichtsbehörden

Weiterentwicklung der RSA Prüfungen und des
Gesundheitsfonds

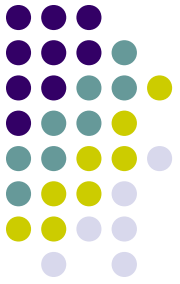


Insolvenzrecht für Krankenkassen

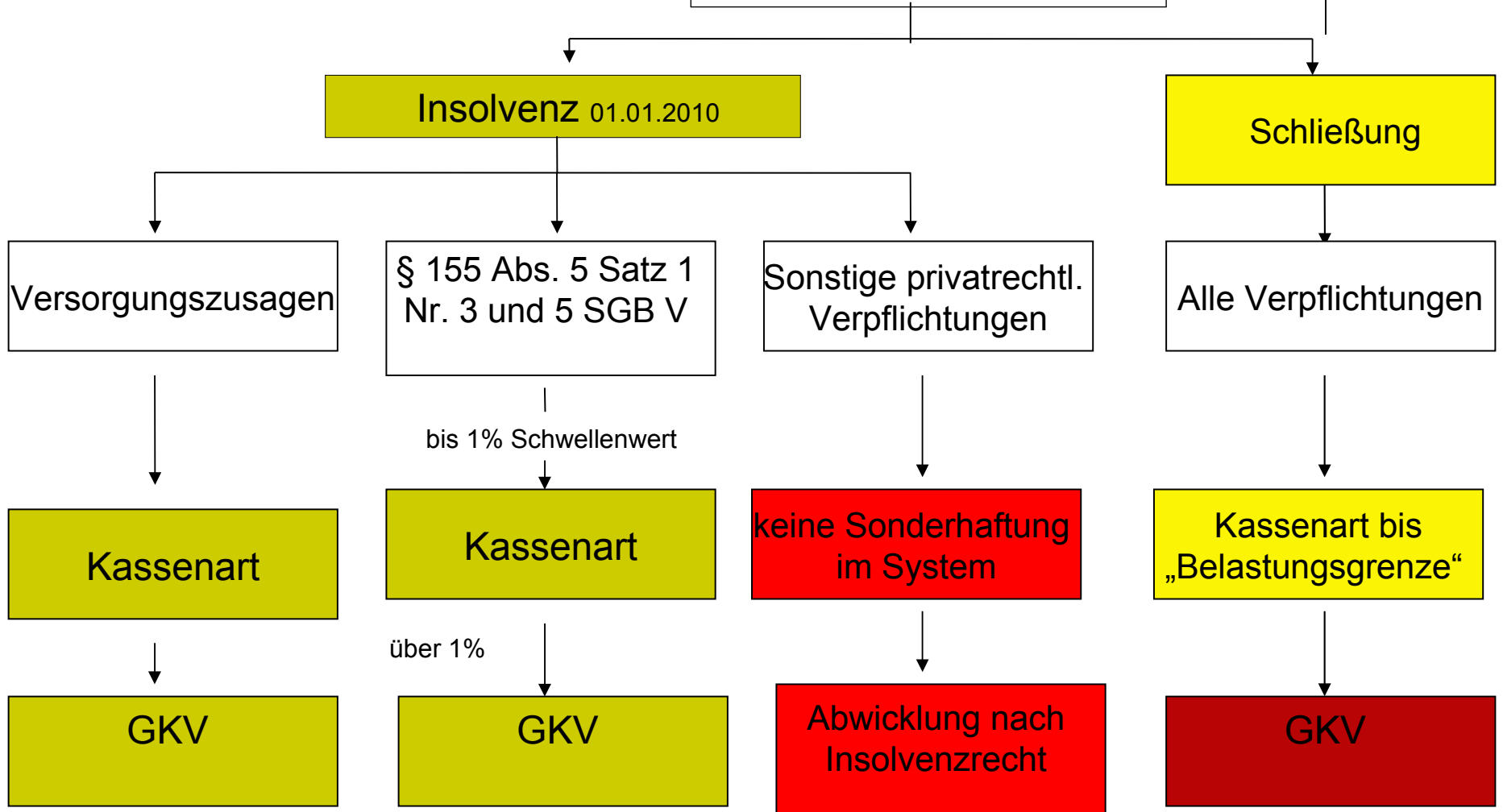
Ein Insolvenzverhinderungsgesetz?

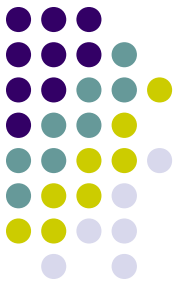
Wann kommt die erste Insolvenz?

Was geschieht mit den Verpflichtungen einer Krankenkasse?



Haftung

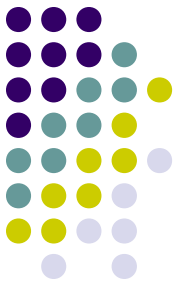




Insolvenzrecht für Krankenkassen

Das OrgWG hat qualitativ und quantitativ hinsichtlich der Geltung des Insolvenzrechtes nichts wesentlich Neues gebracht. Die bundesunmittelbaren Krankenkassen waren bereits vor dem OrgWG grundsätzlich insolvenzfähig.

Es gilt die Insolvenzordnung. Besonderheiten der GKV und der Krankenkassen sind nur zu berücksichtigen, wenn dies die §§ 171b-171f SGB V bestimmen.

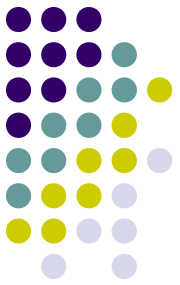


Insolvenzrecht für Krankenkassen

Unter das Tatbestandsmerkmal „jede juristische Person“ sind sowohl die Körperschaften des Privatrechts als auch die Körperschaften des öffentlichen Rechts zu fassen.

Nach der „Grundsatznorm“ (§ 11 InsO) sind demnach insbesondere insolvenzfähig:

Alle Krankenkassen,
ihre Arbeitsgemeinschaften (GbR, GmbH, etc.) und
ihre Verbände.

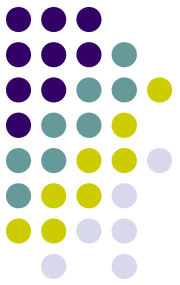


Insolvenzrecht für Krankenkassen

Problematik möglicher Haftung bei einer Arbeitsgemeinschaft

Beispiel ITSG Hannover

3 Krankenkassen sind Gesellschafter
60 Krankenkassen sind Kunden

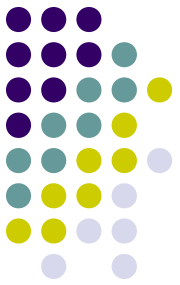


Insolvenzrecht für Krankenkassen

Warum galt das Insolvenzgesetz nicht für landesunmittelbare Krankenkassen?

„Unzulässig ist das Insolvenzverfahren über das Vermögen einer juristischen Person des öffentlichen Rechts, die der Aufsicht eines Landes untersteht, wenn das Landesrecht dies bestimmt.“

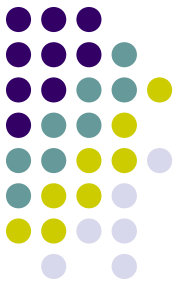
Davon haben die meisten Länder Gebrauch gemacht, z.B. § 78 Abs. 3 Satz 2 VwVG NRW



Insolvenzrecht für Krankenkassen

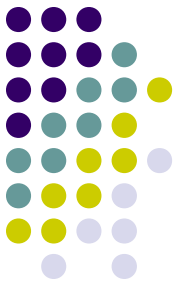
Die Insolvenzgründe
(§ 171b Abs. 2 SGB V, §§ 17-19 InsO):

- Zahlungsunfähigkeit
- Drohende Zahlungsunfähigkeit
- Überschuldung



Insolvenzrecht für Krankenkassen

„Der Schuldner ist zahlungsunfähig, wenn er nicht in der Lage ist, die fälligen Zahlungspflichten zu erfüllen. Zahlungsunfähigkeit ist in der Regel anzunehmen, wenn der Schuldner seine Zahlungen eingestellt hat.“ (§ 17 Abs. 2 InsO)

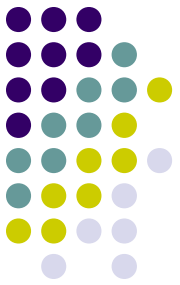


Problem: Feststellung der Zahlungsunfähigkeit insbesondere:

Fälligkeit der Forderung,

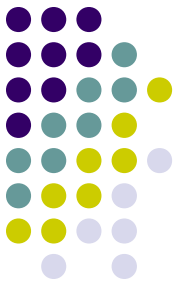
Abgrenzung zur Zahlungsstockung und

Abgrenzung zur geringfügigen Liquiditätslücke.



Zahlungsstockung:

Illiquidität, die den Zeitraum nicht überschreitet, den eine kreditwürdige Person benötigt, um sich die erforderlichen Mittel zu leihen. Dafür erscheinen drei Wochen als erforderlich, aber auch ausreichend.

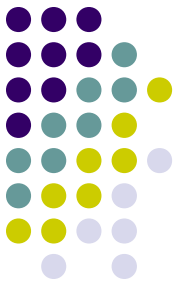


Die drohende Zahlungsunfähigkeit (§ 18 InsO)

„Der Schuldner droht zahlungsunfähig zu werden, wenn er voraussichtlich nicht in der Lage sein wird, die bestehenden Zahlungspflichten zum Zeitpunkt der Fälligkeit zu erfüllen.“ (§ 18 Abs. 2 InsO)

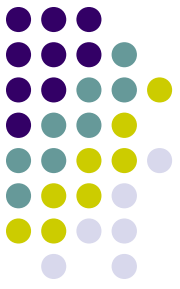
Strafbewehrte Antragspflicht für Krankenkassen (§ 307a SGB V i. V. m. § 55 Abs. 1 KWG i. V. m. § 46b Abs. 1 Satz 1 KWG)

Antragsrecht auf Insolvenz liegt ausschließlich bei der Aufsicht (nicht bei einem Geschädigten)



Die Überschuldung (§ 19 InsO)

„Die Überschuldung liegt vor, wenn das Vermögen des Schuldners die bestehenden Verbindlichkeiten nicht mehr deckt, es sei denn, die Fortführung des Unternehmens ist nach den Umständen überwiegend wahrscheinlich.“
(§ 19 Abs. 2 Satz 1 InsO)



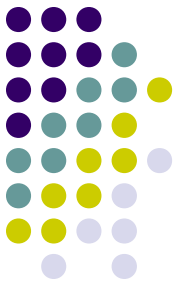
Ein Rückblick in das GKV ORG WG

Anzeige- und Unterrichtungspflichten der Krankenkassen, Aufsichtsbehörden sowie des Insolvenzgerichts

zur Vermeidung eines Insolvenzverfahrens, aber auch für die mögliche Einleitung eines solchen Verfahrens

Annäherung der für die Krankenkassen maßgeblichen Rechnungslegungsvorschriften an die Bilanzierungsregelungen des HGB

Fazit: Die Beteiligten (Krankenkassen, GKV Spitzenverband, Aufsichtsbehörden, Prüfdienste) haben die Einnahme- und Ausgabenentwicklungen bei den Krankenkassen regelmäßig kritisch zu betrachten



Aufsatz Zeitschrift Die BKK

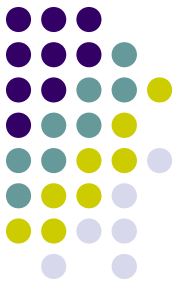
Udo Polaszek, MAGS NRW
Dr. Zellmann, Insolvenzverwalter

04/ 09

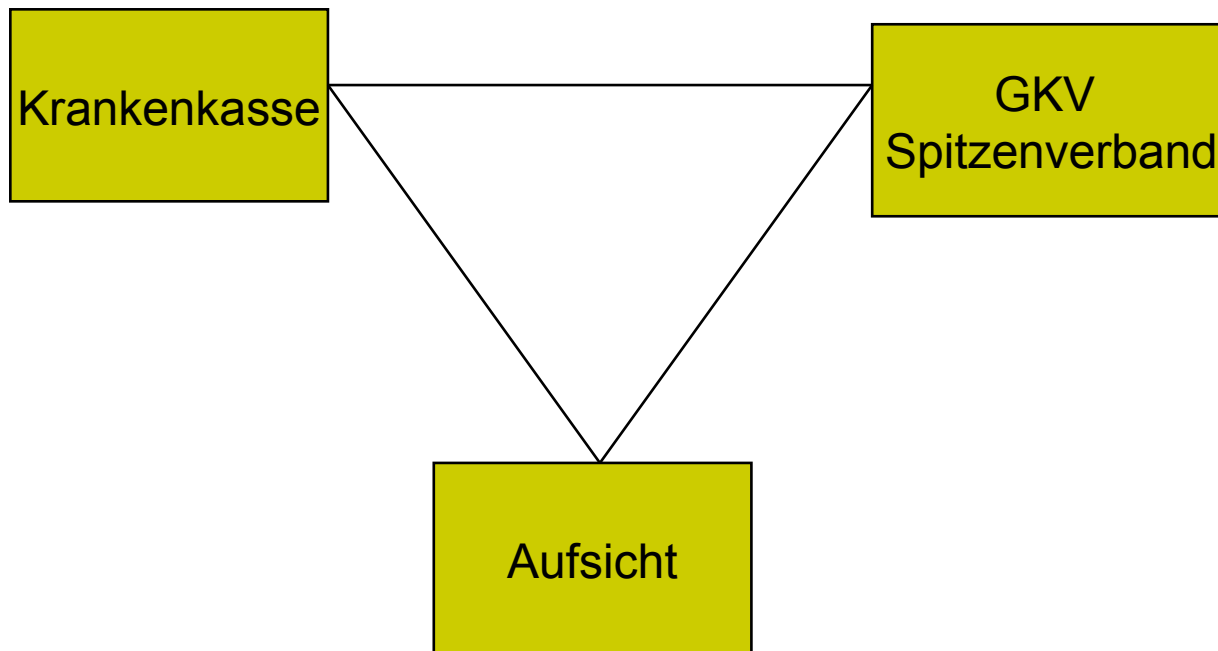
Krankenkassen im Fokus des Insolvenzrechts

05/ 09

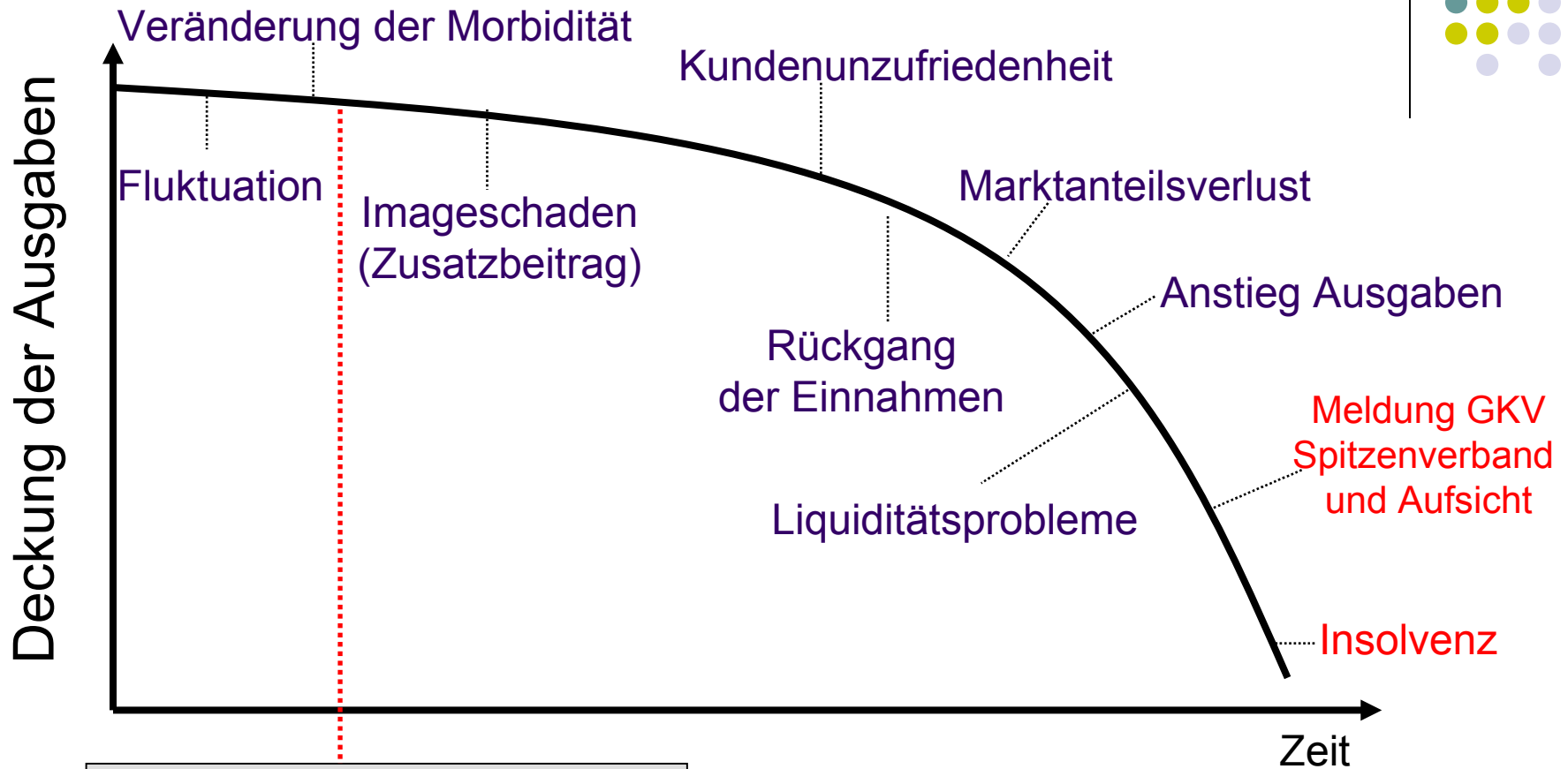
Krisen- und Risikomanagement sind eng miteinander verwandt



Zusammenspiel und Aufgabenverteilung der Beteiligten

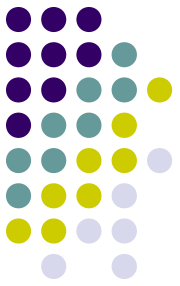


Insolvenzrecht für Krankenkassen



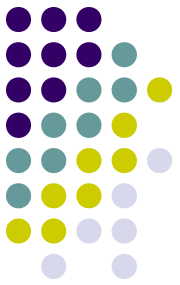
Ansatzpunkt für eine effektive Risikofrüherkennung, denn

Finanzkennzahlen sind Spätindikatoren!



Acht neue Informationspflichten durch das GKV-OrgWG

- Anzeige- und Unterrichtungspflichten der Krankenkassen und Aufsichtsbehörden sowie des Insolvenzgerichts
- Einleitung und die weitere Durchführung des Insolvenzverfahrens, aber auch für die mögliche Vermeidung eines solchen Verfahrens
- Annäherung der für die Krankenkassen maßgeblichen Rechnungslegungsvorschriften an die Bilanzierungsregelungen des HGB



Die Informationspflichten im Einzelnen:

- § 171b Abs. 2 SGB V

Der Vorstand einer Krankenkasse hat der zuständigen Aufsichtsbehörde das Vorliegen eines Insolvenzgrundes (Zahlungsunfähigkeit, Überschuldung, drohende Zahlungsunfähigkeit) unverzüglich anzuzeigen

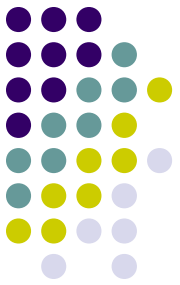
- § 171b Abs. 4 SGB V

Die Aufsichtsbehörde hat den Spitzenverband Bund der Krankenkassen unverzüglich zu unterrichten, wenn sie einen Insolvenzantrag für eine ihrer Aufsicht unterstehende Krankenkasse stellt

- § 171e Abs. 4 SGB V

Die Ermittlung der Krankenkasse zur Höhe des zur Erfüllung ihrer Altersvorsorgeverpflichtungen erforderlichen Deckungskapitals und die Zuführungspläne zum Deckungskapital sind der Aufsichtsbehörde mitzuteilen und von der Aufsichtsbehörde zu genehmigen

Insolvenzrecht für Krankenkassen



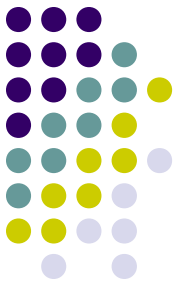
- § 172 Abs. 2 SGB V

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat die Aufsichtsbehörde zu unterrichten, wenn in der letzten Vierteljahresrechnung einer Krankenkasse die Ausgaben die Einnahmen um einen Betrag überstiegen haben, der größer ist als 0.5 Prozent der durchschnittlichen monatlichen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds

Der Spitzenverband Bund hat der Aufsichtsbehörde die in den Jahresrechnungen zum Stichtag 31. Dezember eines jeden Kalenderjahres ausgewiesenen Betriebsmittel, Rücklagen und Geldmittel zur Anschaffung und Erneuerung von Verwaltungsvermögen einer Krankenkasse mitzuteilen

- § 265b Abs. 2 SGB V – ab 01.01.2009

Verträge zwischen Krankenkassen über die Gewährung freiwilliger finanzieller Hilfen sind den für die beteiligten Krankenkassen zuständigen Aufsichtsbehörden vorzulegen und sind genehmigungsbedürftig



Neue Pflichten aus der Annäherung der für die Krankenkassen maßgeblichen Rechnungslegungsvorschriften an die Bilanzierungsregelungen des HGB

Ziel: Transparenz der Finanzlage der Krankenkassen

- § 77 Abs. 1a SGB IV – ab 01.01.2010

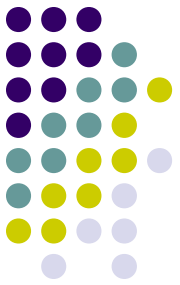
Verpflichtung der Krankenkassen zur Anwendung der Grundsätze ordnungsgemäßer Buchführung und Bilanzierung

- § 79 Abs. 1 SGB IV – ab 01.01.2010

Übermittlung der Rechnungsergebnisse der Sozialversicherungsträger in maschinell verwertbarer und geprüfter Form

- § 12 Abs. 1 SVRV – ab 01.01.2010

Bilanzierungspflicht von Rückstellungen zur Altersvorsorge

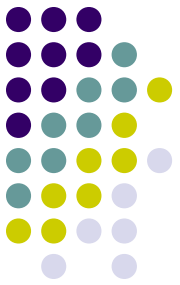


Neue Anforderungen an die Jahresrechnung

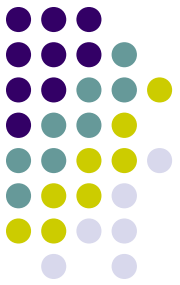
Durch § 77 SGB IV werden die in § 252 HGB geregelten wesentlichen handelsrechtlichen Bewertungsgrundsätze auf die Krankenkassen übertragen

Dies ermöglicht es,

- wirtschaftliche Schwierigkeiten bei insolvenzfähigen Krankenkassen bereits frühzeitig zu erkennen, sodass
- der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die zuständigen Aufsichtsbehörden der Krankenkassen die erforderlichen Maßnahmen ergreifen können,
- um eine dauerhafte Leistungsunfähigkeit oder den Eintritt von Zahlungsunfähigkeit oder Überschuldung bei diesen Krankenkassen zu verhindern



Umsetzung des GKV ORG Aktivitäten der Krankenkassen



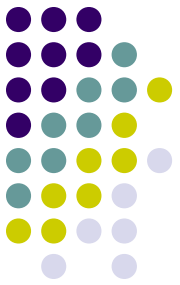
Der Statistik KV 45 kommt eine neue Bedeutung zu

Adäquate Anforderungen wie bei der Abnahme der Jahresrechnung

Die Beteiligten müssen in die Lage versetzt werden, möglichst frühzeitig die wirtschaftlichen Schwierigkeiten der Krankenkasse zu erkennen und Maßnahmen zu ergreifen

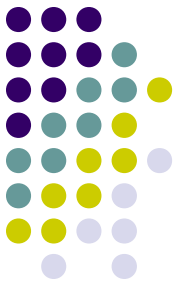
Bestätigung des Vorstandes sinnvoll,

- dass die Rechtsvorschriften eingehalten, Verpflichtungen nicht verschwiegen wurden und Forderungen dem Grunde und der Höhe nach bestehen und in absehbarer Zeit beigetrieben werden können
- und alle Risiken und Verluste in der erstellten KV 45 enthalten sind



Aktivitäten der Krankenkassen

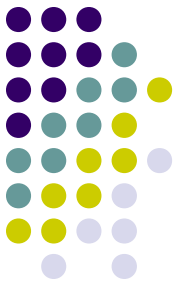
- Erstellen der KV 45, je nach Finanzlage monatlicher Finanzstatus
- Monatlich Berichte über die Liquidität
- Soweit vorhanden Auswertung der Liquiditätsströme



Aktivitäten der Krankenkassen

Auswertung der Kennzahlen hinsichtlich

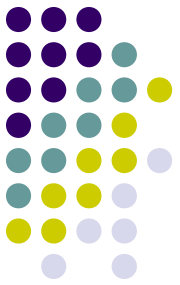
- Ausgabe- und Einnahmeentwicklung
- Auswertung des Vermögens zu bestimmten Stichtagen
- Monatliche Ausgaben im Verhältnis zu den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds
- Verhältnis der Verwaltungskosten zu den Zuweisungen für Verwaltungskosten
- Versicherten und Morbi-Struktur
- Zuweisungen für eine Auswahl von Diagnosengruppen im Verhältnis zu den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds



Aktivitäten der Krankenkassen

Kontrolle der Versichertenstruktur

- Morbidität (unter Einhaltung der Datenschutzanforderungen)
- Fami-Quote
- KVdR-Quote
- Anzahl zuzahlungsbefreiter Versicherten
- DMP-Teilnehmer-Quote
- Wahltarif- Teilnehmer-Quote
- Versicherte mit Wohnort im Ausland
- Versicherte mit Kostenerstattungen



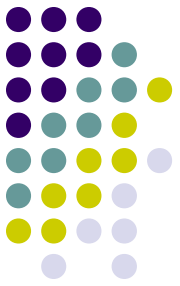
Zivilrechtliche Haftung

Pflicht zur kontinuierlichen Kontrolle der Liquidität und Finanzsituation.

Risikomanagement, das es den Vorstand ermöglicht, die Finanzsituation jederzeit zu überblicken und Risiken zu identifizieren.

Das AktG verpflichtet den Vorstand zur Einrichtung eines Frühwarnsystems (§ 91 Abs. 2 AktG, Ausstrahlwirkung auf andere Rechtsformen).

Der Geschäftsführer hat die Pflicht, die wirtschaftliche Lage des Unternehmens laufend zu beobachten (*BGH-Urteil vom 20.02.1995 – II ZR 9/94*).



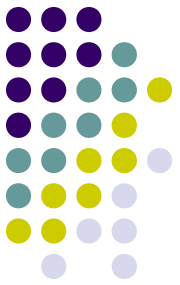
Zivilrechtliche Haftung

Nicht jede vermeidbare „Fehlentscheidung“ führt zur Haftung. Der Vorstand hat – im Interesse der Krankenkasse – ein unternehmerisches Ermessen (vgl. *BGH-Urteil vom 21.04.1997 – II ZR 175/95, zur AG*). Insofern haftet er nicht, wenn er:

Alle verfügbaren Informationsquellen ausschöpft,

auf dieser Grundlage die Handlungsoptionen sorgfältig abschätzt und

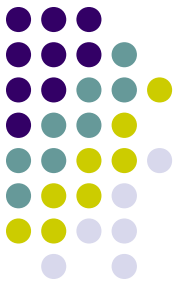
den erkennbaren Risiken Rechnung trägt (*BGH Beschluss vom 14.07.2008 – II ZR 202/07*).



Zivilrechtliche Haftung

Beschluss der Aufsichtsbehörden (75. AT)

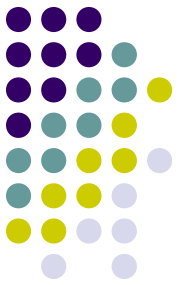
„Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder sind der Auffassung, dass der Abschluss von D&O- Versicherungen durch die Krankenkassen ... zu Gunsten ihrer Vorstandsmitglieder ... aufsichtsrechtlich grundsätzlich nicht zu beanstanden ist, wenn ein angemessener Selbstbehalt zu Lasten des einzelnen Vorstandsmitglieds ... vorgesehen wird. Die Höhe des Selbstbehalts muss mindestens 10 % des Schadens bei mindestens zur Höhe des Eineinhalbfachens der festen jährlichen Vergütung des Vorstandsmitglieds ... betragen.



Rechtliche Grundlagen für das Risikomanagement

Ergänzung des § 91 AktG um Abs. 2

„Der Vorstand hat geeignete Maßnahmen zu treffen, insbesondere ein Überwachungssystem einzurichten, damit den Fortbestand der Gesellschaft gefährdende Entwicklungen früh erkannt werden.“



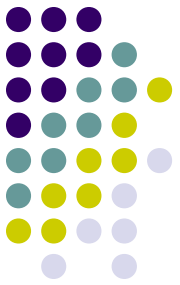
Allgemeine Begründung

Zu den den Fortbestand der Gesellschaft gefährdenden Entwicklungen gehören insbesondere:

- risikobehaftete Geschäfte,
- Unrichtigkeiten der Rechnungslegung und
- Verstöße gegen gesetzliche Vorschriften,

die sich auf die Vermögens-, Finanz- und Ertragslage der Gesellschaft oder des Konzerns wesentlich auswirken.

Die Maßnahmen interner Überwachung sollen so eingerichtet sein, dass solche Entwicklungen frühzeitig, also zu einem Zeitpunkt erkannt werden, in dem noch geeignete Maßnahmen zur Sicherung des Fortbestandes der Gesellschaft ergriffen werden können (Frühwarnsystem)



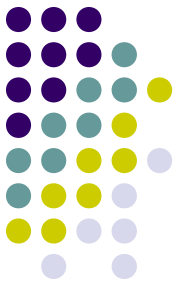
Rechtliche Grundlagen für das Risikomanagement

Im Kern erfordert aber jede unternehmerische Tätigkeit den bewussten Umgang mit Risiken und das Abwägen von Gefahr und Chance

Risikomanagement ist somit integraler Bestandteil jedes unternehmerischen Handelns; in jedem Unternehmen existieren bereits viele Teilsysteme

Aber erst durch die Einführung eines qualifizierten Risikomanagementsystems werden die Aktivitäten zusammengeführt, die Anforderungen angepasst und die Auswertung sichergestellt

Die Maßnahmen tragen dazu bei, von bisher nur vermuteten Risiken zu einer exakten Kenntnis aller auf das Unternehmen einwirkenden Risiken zu gelangen



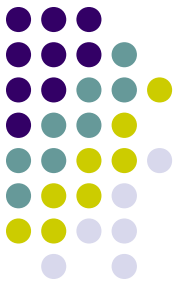
Angemessenheit Risikomanagement

§ 91 Abs. 2 AktG enthält selbst keine weiteren Voraussetzungen für ein angemessenes Risikomanagement. In den Standards des Deutschen Instituts für Interne Revision e. V. (IIR-Revisionsstandards Nr. 2) heißt es:

„Risikomanagement ist ein nachvollziehbares, alle Unternehmensaktivitäten umfassendes Regelungssystem, das auf Basis einer definierten Risikostrategie ein systematisches und permanentes Vorgehen mit folgenden Elementen umfasst:

- Identifikation,
- Analyse, Bewertung, Steuerung,
- Dokumentation und Kommunikation sowie die
- Überwachung dieser Aktivitäten.

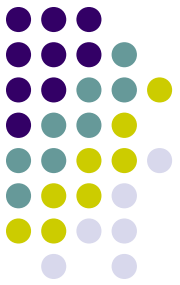
Risikomanagement ist integraler Bestandteil der Geschäftsprozesse sowie der Planungs- und Kontrollprozesse.“



Ziele des Risikomanagement

Mit der Einführung eines Risikomanagements werden die folgenden Ziele verfolgt:

- Verhinderung von finanziellen Schäden und die Vermeidung von gerichtlichen und aufsichtsrechtlichen Sanktionen gegen das Unternehmen und gegen die Unternehmensführung
- frühzeitiges Erkennen der den Fortbestand des Unternehmens gefährdenden Entwicklungen
- Korrektur vermeintlicher Schwächen des Kontrollsystems
- Verbesserung der Kontrolle durch die Unternehmensführung



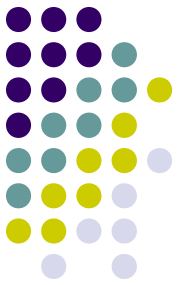
Der Risikoprozess

Risikomanagement darf nicht als eine einmalige Aktion gesehen werden, sondern als laufende Aufgabe, die in den Geschäftsprozess zu integrieren ist

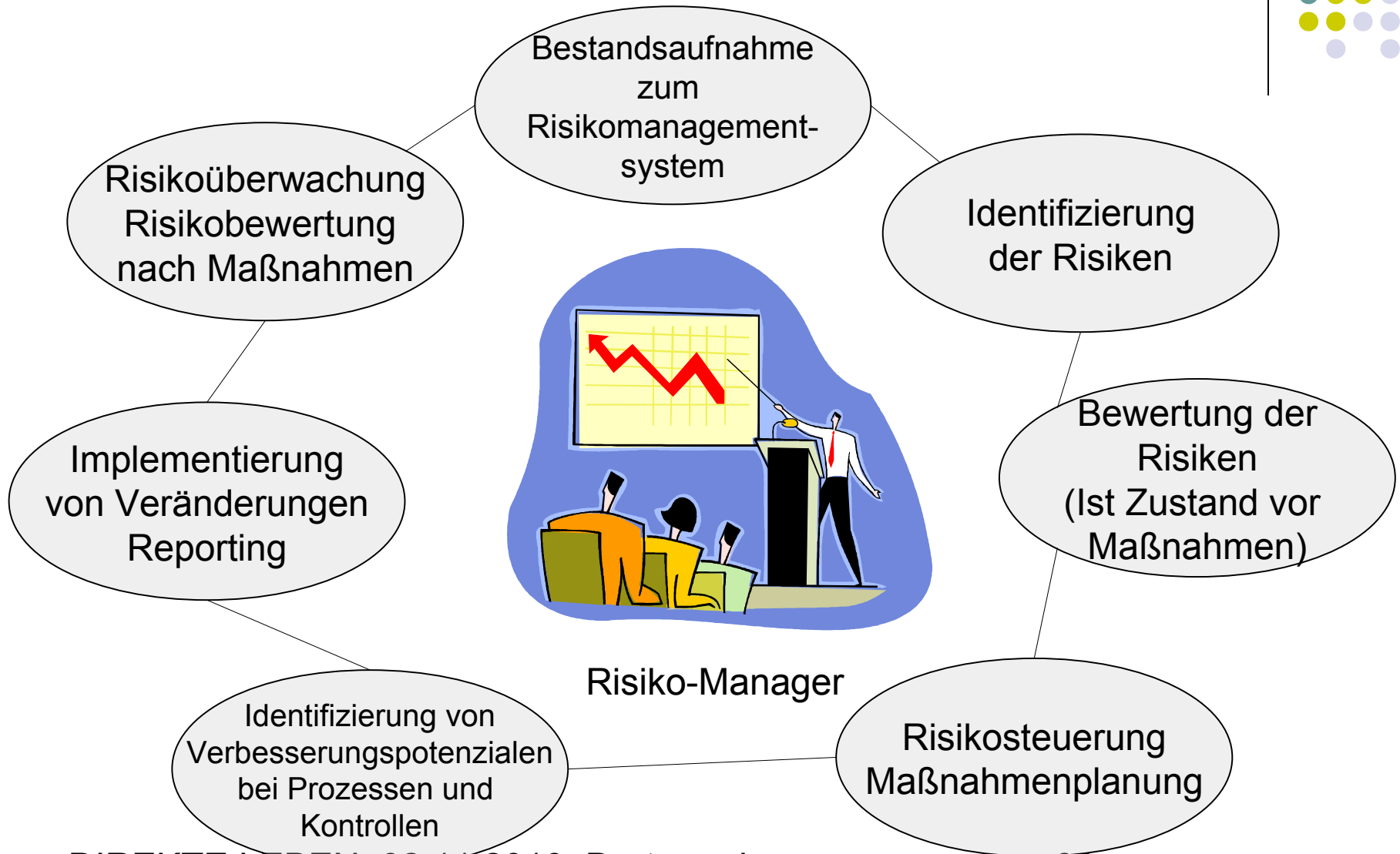
Die reine Existenz von bestehenden Normen führt nicht zu einer veränderten Risikosituation

Risikomanagement funktioniert nicht ohne Personal, ein Scheingebilde sollte nicht als Alibi herhalten

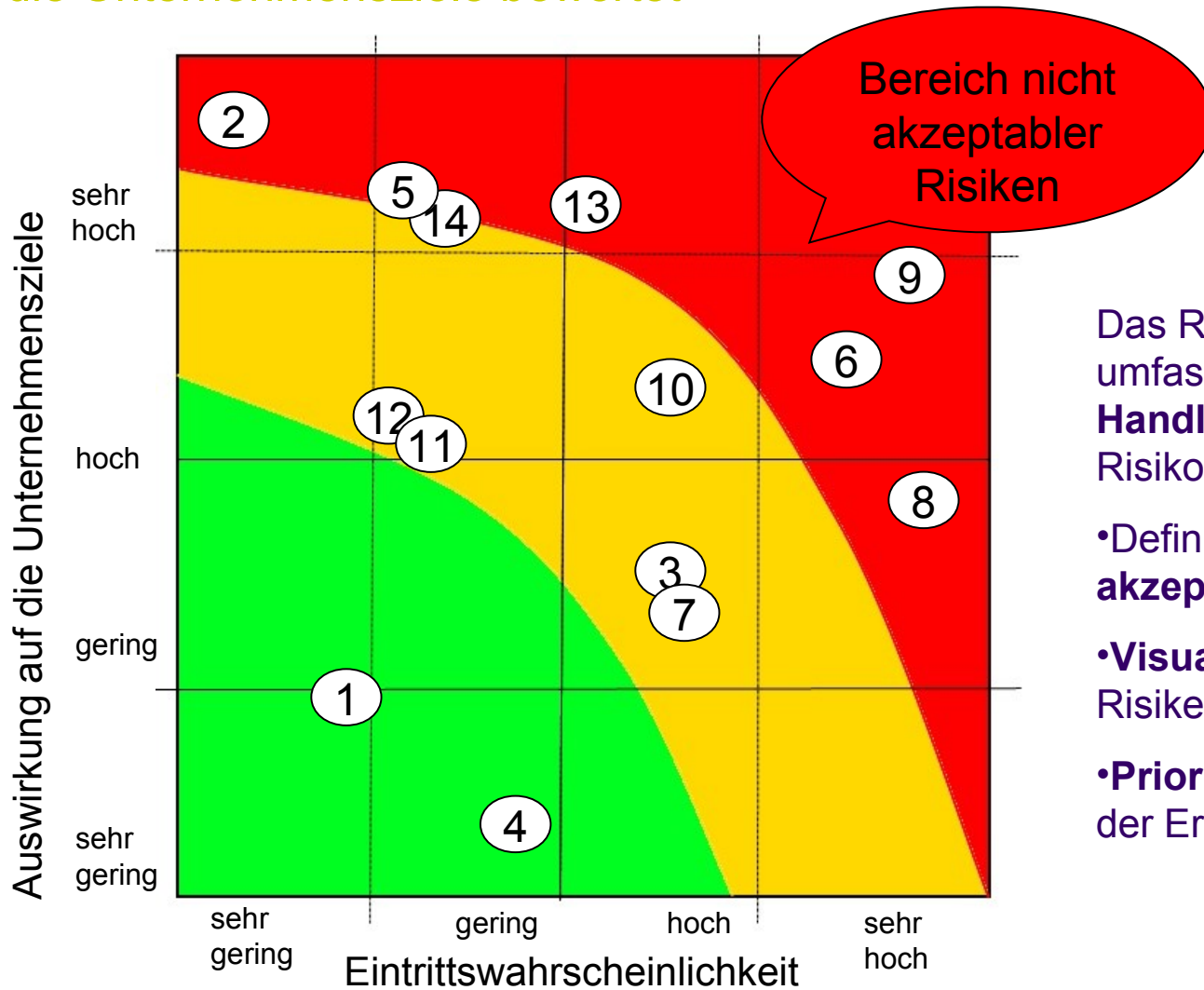
Der Risikoprozess im Überblick:



Der Prozess Risikomanagement

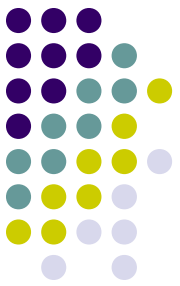


Die Risiken werden nach Eintrittswahrscheinlichkeit und Auswirkung auf die Unternehmensziele bewertet



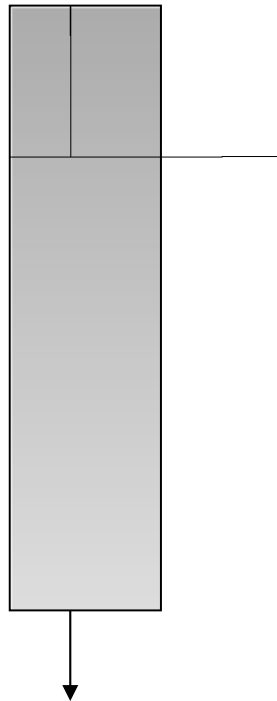
Das Risikoportfolio stellt einen umfassenden **Analyse- und Handlungsrahmen** für das Risikomanagement bereit:

- Definition des **Bereiches nicht akzeptabler Risiken** (Risikopolitik)
- Visualisierung** der identifizierten Risiken im Risikoportfolio
- Priorisierung** der Risiken anhand der Erwartungswerte



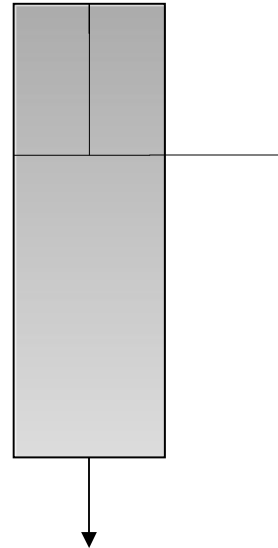
Beherrschung der Risiken

vermeiden: Verzicht auf bestimmte Technologien, Ausstieg aus riskanten Geschäftsfeldern



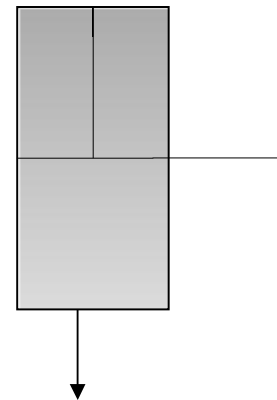
Aufgabe nicht wahrnehmen

vermindern: QS durchführen, interne Kontrollen verstärken



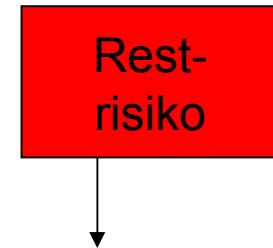
Geschäftsprozess verbessern

überwälzen: Risikotransfer auf Dritte



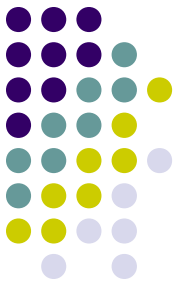
Verträge anpassen

akzeptieren und tragen



Finanzielle Auswirkungen prüfen/
Ggf. Versicherung abschließen

ok srt nase G



Frühwarnsysteme sind eine spezielle Art von Managementinformationssystemen

Eine besondere Bedeutung kommt der Früherkennung von Risiken zu.

Die frühzeitige Identifizierung von Risiken eröffnet die Chance, rechtzeitig geeignete Maßnahmen zu ergreifen, die möglichen Risiken abzuwehren oder zu mildern.

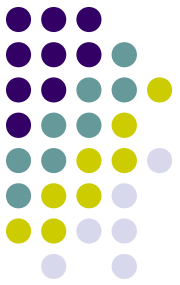
Organisatorisch sind die Aufgaben insbesondere den Bereichen Controlling, interne und externe Überwachungssysteme zuzuordnen.



Frühwarnsysteme sind eine spezielle Art von Managementinformationssystemen

Drei unterschiedliche Blickwinkel:

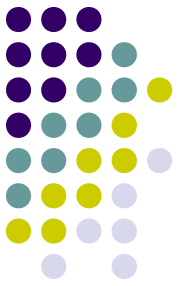
- Die Einzelkasse
- Der Haftungsverbund der Krankenkasse
- Der Haftungsverbund GKV



Frühwarnsysteme sind eine spezielle Art von Managementinformationssystemen

Dilemma von Haftungsverbänden:

Die Informationsbedürfnisse innerhalb eines Frühwarnsystems von Haftungsgemeinschaften kollidieren mit den Interessen der einzelnen Krankenkasse Daten nicht frühzeitig preiszugeben (Wettbewerbsnachteil)



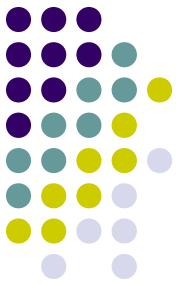
„Harte“ und „weiche“ Signale

Die Frühaufklärung fungiert als eine Art strategisches Radar, das versucht, Informationen vorwiegend qualitativer Natur über relevante Veränderungen frühestmöglich zu erkennen.

Ziel des Konzeptes auf die Frühaufklärung übertragen ist die frühzeitige Erfassung der schwachen Signale hinsichtlich Bedrohungen.

Diese schwachen Signale (sogenannte weak signals) gelten als Informationsvorboten, aus denen gleichzeitig Diskontinuitäten zu erkennen sind.

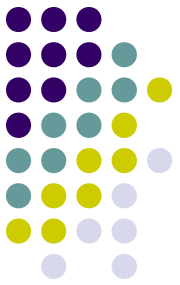
Werden schwache Signale rechtzeitig erkannt, hat das Unternehmen einen größeren Handlungsspielraum.



Finanzkennzahlen sind Spätindikatoren

Die Beteiligten (Krankenkassen, GKV Spitzenverband und Aufsichtsbehörden) sind gehalten bereits in einem frühen Stadium zu reagieren.

Der Schwellenwert im Sinne der Früherkennung ist nicht erst dann erreicht, wenn die Ausgaben die Einnahmen um 0,5 % überschreiten, sondern bereits bei den ersten „harten“ bzw. „weichen“ Signalen.

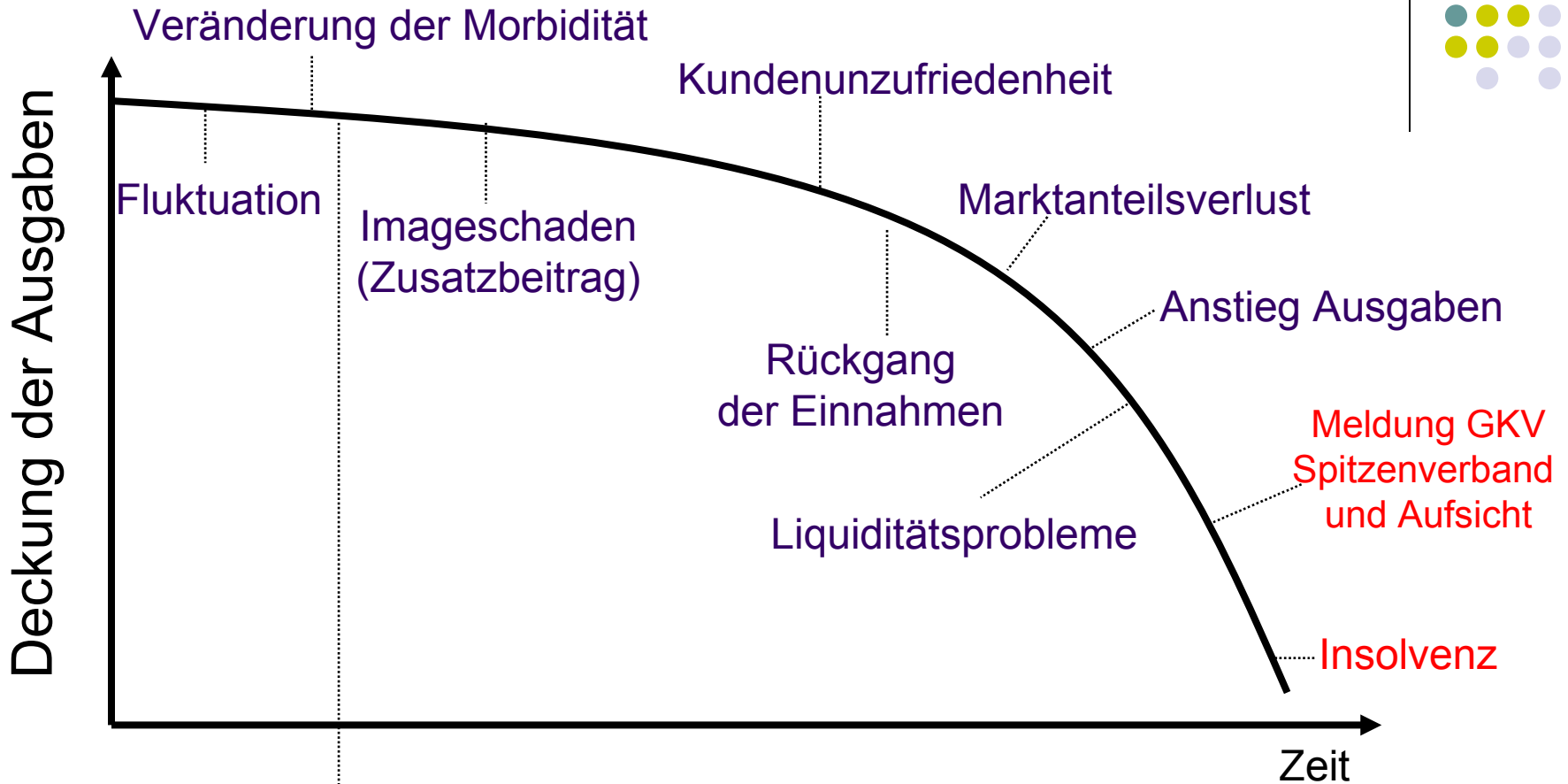
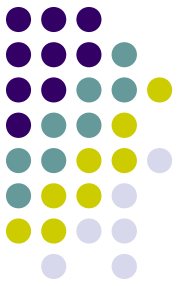


Finanzkennzahlen sind Spätindikatoren

Die Beteiligten (Krankenkassen, GKV Spitzenverband und Aufsichtsbehörden) sind gehalten bereits in einem frühen Stadium zu reagieren.

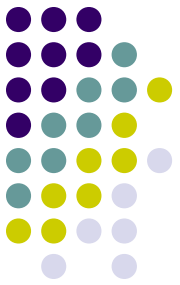
Der Schwellenwert im Sinne der Früherkennung ist nicht erst dann erreicht, wenn die Ausgaben die Einnahmen um 0,5 % überschreiten, sondern bereits bei den ersten „harten“ bzw. „weichen“ Signalen.

Funktion der Frühwarnung



Ansatzpunkt für eine effektive Risikofrüherkennung, denn

Finanzkennzahlen sind Spätindikatoren!

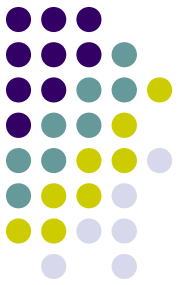


Die Insolvenzrecht in der GKV – ein Insolvenzverhinderungsgesetz?

Die Krankenkassen sollten durch Transparenz möglichen Haftungsrisiken vorbeugen

Die Vorstände sind gut beraten, die neuen Meldepflichten ernst zu nehmen und Controllingssysteme einzurichten, die stets aktuell und auf der Grundlage verlässlicher Daten einen Finanzüberblick vermitteln

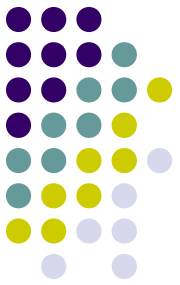
Nur so kann das neue Recht sein eigentliches Ziel, ein „Insolvenzverhinderungsgesetz“ zu sein, auch erreichen



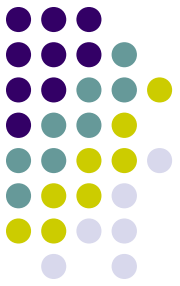
Die Beteiligten sollten mit ihren Maßnahmen früh beginnen und diese auch inhaltlich abstimmen.

Denn eine Weisheit lehrt uns:

"Rettungsboote werden nicht in Sturmzeiten,
sondern bei schönem Wetter gebaut."



Umsetzung GKV ORG Aktivitäten des GKV SV/der Aufsicht

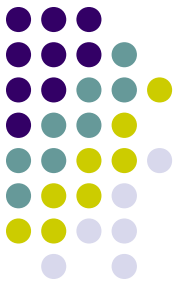


Neue Anforderungen aus dem GKV ORG

Folge dieser neuen Pflichten ist, dass die Beteiligten (Krankenkassen, GKV Spitzenverband, Aufsichtsbehörden, Prüfdienste) die Einnahme- und Ausgabenentwicklungen bei den Krankenkassen regelmäßig zu analysieren haben.

Grundlage der Betrachtung sind insbesondere die KV45 sowie die Haushaltsplandaten.

Diese Informationen liegen den Aufsichtsbehörden bereits jetzt vor, sie wurden bisher aber nicht maschinell ausgewertet und für zukünftige Vergleiche gespeichert.



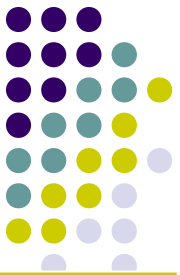
Umsetzung GKV ORG

Vorrangig steht der regelmäßige Abgleich der Ausgaben und Zuweisungsbeträge an

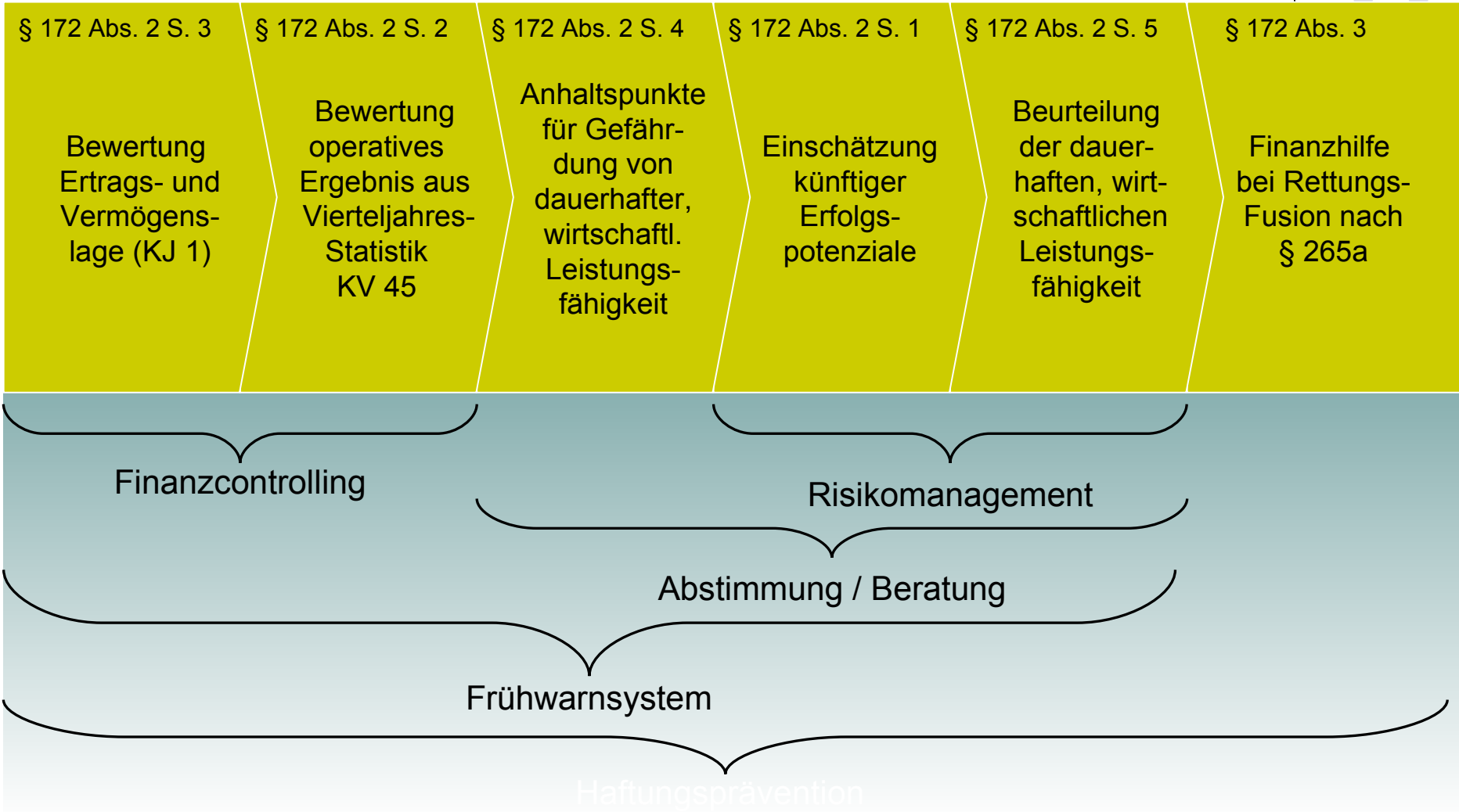
Erste Prüfungen zur Plausibilität können bereits im jeweiligen Haushaltsplan stattfinden. Dabei ist das Deckungsverhältnis

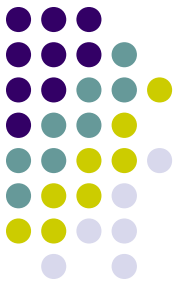
- Zuweisung Gesundheitsfonds / Leistungsausgaben und
- Zuweisung Gesundheitsfonds / Verwaltungskosten

primär zu betrachten



Finanzcontrolling / Risikomanagement durch den GKV-SV





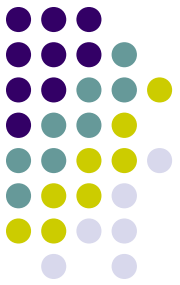
Aktivitäten der Aufsicht

Bei der aufsichtsrechtlichen Prüfung der gemeldeten Daten sollten

- die Richtigkeit,
- die Einhaltung der Grundsätze der Bilanzierung,
- der Vorgaben des Rechnungswesens

beurteilt werden

Im Rahmen eines Benchmarking können die Aufsichten durch Analyseverfahren die Krankenkassen ermitteln, die von einem Insolvenzverfahren bedroht sind

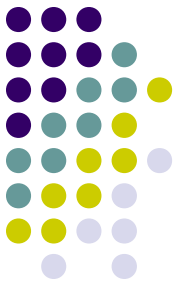


Aktivitäten der Aufsicht

Um die Ausgabe- und Einnahmeentwicklung einheitlich zu bewerten, sind Risikomethoden und –messungen erforderlich, die die Analyse der gemeldeten Daten sicherstellen

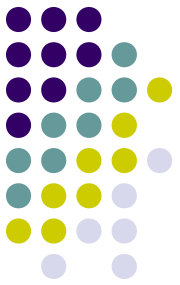
Gleichzeitig ist eine Kontrolle der eingereichten Informationen für eine Risikobeurteilung zwingend erforderlich

Aufsichtsbehörden bzw. Prüfdienste sollten daher im Abstand von 12 bzw. bei gefährdeten Krankenkassen 6 Monaten die Verlässlichkeit der Daten durch örtliche Erhebungen bewerten



Aktivitäten der Aufsicht

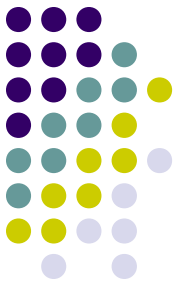
- Abstimmung der Aufsichtsbehörden
- Definition der benötigten Daten und Informationen
- Entwicklung eines Tool`s zur regelmäßigen Auswertung der Informationen (KV 45)
- Abstimmung mit GKV SV



Beobachtung der Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben (Haushaltsplan und KV45)

Beurteilung der wesentlichen Kennzahlen des Finanzwesens

- Die Ausgabe- und Einnahmeentwicklung
- Der Vergleich mit der Entwicklung anderer Krankenkassen, dem Durchschnittswert „Bund“ und dem Durchschnittswert „Kassenart“
- Das Verhältnis zwischen monatlichen Ausgaben und den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds
- Das Vermögen an bestimmten Stichtagen



- **Tool der Prüfdienste/Aufsichtsbehörden**
- Übersichten KV45
- Ermittlung der relevanten Werte auf Basis der

Vierteljahresrechnung - KV45
Haushaltsplan Krankenkasse
Jahresrechnung - KJ1
Mitgliederbestand - KM1

Jahresrechnung - PJ1 (zurzeit noch nicht realisiert),
Haushaltsplan Pflegekasse (zurzeit noch nicht realisiert),
Finanzkennzahlen (zurzeit noch nicht realisiert).

Vermeidung der Schließung oder Insolvenz – Wer macht was?



Sachverhalt	Kasse	HV*	GKV-SV	Auf-sicht
Haushaltsplanung	x			o
Vermögens- und Ertragsrechnung (KJ 1 Vorjahr)	x		o	
Betriebsmittel, Rücklage und Geldmittel zur Anschaffung und Erneuerung von Verwaltungsvermögen, Meldung nach § 172 Abs. 2 Satz 3 SGB V			x	o
Aufbau Finanzcontrolling, Liquiditäts- u. Rentabilitätsanalysen, Bewertung Vermögens- und Ertragslage	x	x	x	x
Meldung Quartalsstatistik KV 45	x		o	
Schwellenwertüberschreitung, Meldung nach § 172 Abs. 2 Satz 2 SGB V			x	o
Kasseninterne Steuerung; Kennzahlenbasiertes Berichtswesen; Jahresprognose; Plan-Ist-Abweichung; Potenzialplanung, Gegensteuerungsmaßnahmen, Sanierungskonzepte, Liquiditätsmanagement ...	x			
Aufbau kassenartinterner Frühwarnsysteme, Beratung, Unterstützung der Kassen, Organisation von Finanzhilfen nach § 265b		x		
Aufbau Risikomanagement (Kennzahlensystem), Bewertung der aktuellen und zukünftigen Finanzsituation		x	x	
Freiwillige Fusion	x			x
Freiwillige Fusion mit Finanzhilfe nach § 265 b SGB V	x	x		x

x = Meldung bzw. Aktivität von / o = Meldung an * Haftungsverbund

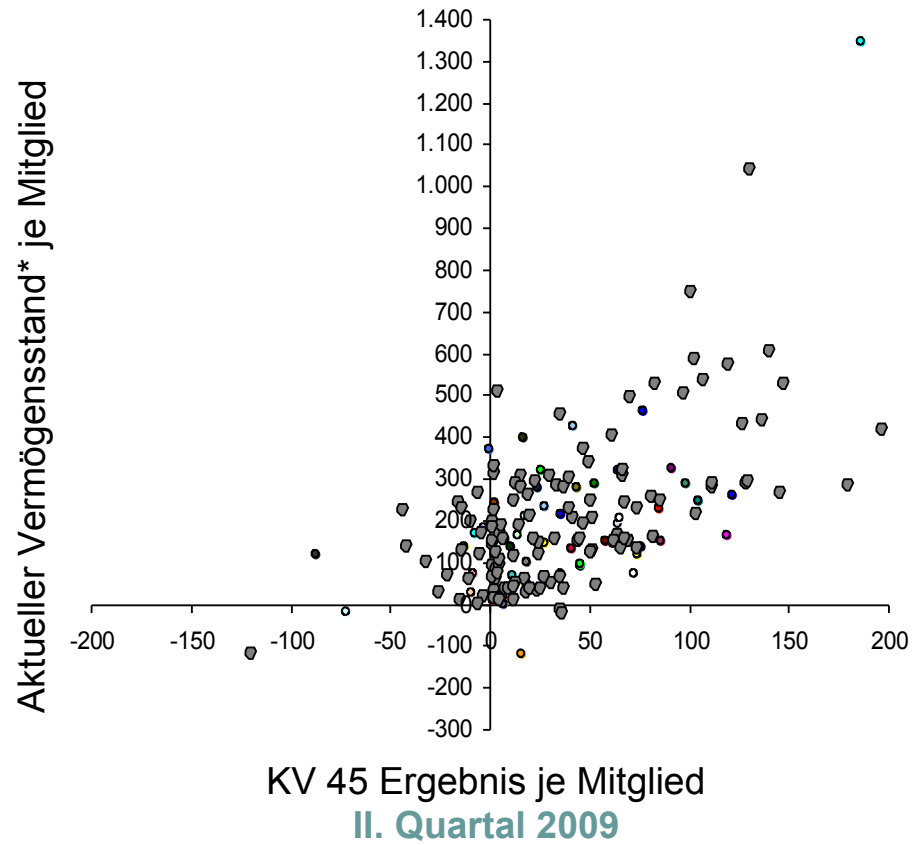
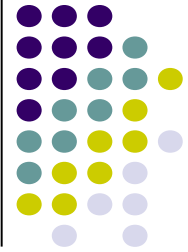
Vermeidung der Schließung oder Insolvenz – Wer macht was?

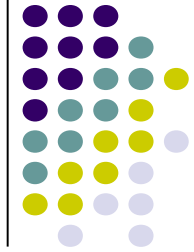


Sachverhalt	Kasse	HV*	GKV-SV	Aufsicht
Beurteilung und Feststellung von Anhaltspunkten für die Gefährdung der dauerhaften wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit			x	x
Definition zusätzlich erforderlicher Unterlagen und Auskünfte			x	x
Bereitstellung/Gewährung von Einsichtnahme in Unterlagen nach § 172 Abs. 2 Satz 1 SGB V	x		o	o
Meldung drohender Zahlungsunfähigkeit, Zahlungsunfähigkeit, Überschuldung	x			o
Bewertung der dauerhaften wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit	x	(x)	x	x
Beratung der bedrohten Kasse nach § 172 Abs. 2 Satz 5			x	
Meldung zur finanziellen Situation und empfohlener Maßnahmen			x	o
Vereinigung mit anderer Kasse unter Gewährung finanzieller Hilfen nach § 265 a SGB V			x	x
Fusionsbeschluss durch Verwaltungsrat der gefährdeten Kasse	x			
Fusionsbeschluss durch Aufsicht (Zwangsfusion)				x

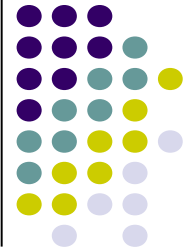
x = Meldung bzw. Aktivität von / o = Meldung an * Haftungsverbund

Aktueller Vermögensstand Krankenkassen bundesweit





Gesundheitsfonds und Morbi RSA im Fokus der Prüfdienste



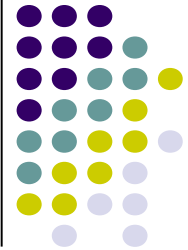
Gründe für die Prüfung des Gesundheitsfonds

- Sind Prüfungen nach § 274 SGB V ausreichend?
 - Keine Absprachen der Prüfdienste
 - Keine Hochrechnung der Ergebnisse
- Oder ist adäquat zur RSAV eine Verordnung zur Prüfung des Gesundheitsfonds erforderlich?



Gründe für die Prüfung des Gesundheitsfonds

- Einführung des IST- Prinzips im Gesundheitsfonds, Krankenkassen werden Weiterleitungsstellen
- Keine besondere Motivation Sach- und Personalkosten in eine zeitnahe und vollständige Erhebung von Beiträgen zu investieren
- Wettbewerbsverzerrungen müssen vermieden werden
- Rechtliche Voraussetzung für eine mögliche Verordnung waren zu schaffen

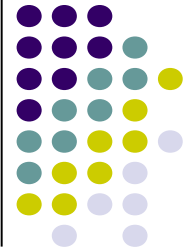


Änderung § 252 SGB V

(5) Das BMG regelt durch Rechtsverordnung ...

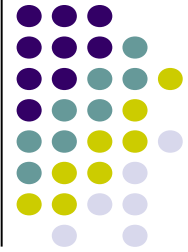
das Nähere über die **Prüfung** der von den Krankenkassen mitzuteilenden Daten durch die mit **der Prüfung nach § 274 befassten Stellen** einschließlich der Folgen fehlerhafter Datenlieferungen oder nicht prüfbarer Daten

sowie das Verfahren der Prüfung und der Prüfkriterien für die Bereiche der Beitragsfestsetzung, des Beitragseinzugs und der Weiterleitung von Beiträgen ...



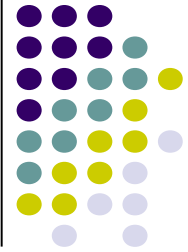
Zur Vermeidung redundanter Prüfungen werden die Aufgaben verteilt:

- Die Einzugsstellen prüfen nach § 28q SGB IV den GSV Beitrag
- Die Prüfdienste nach § 274 SGB V prüfen die „Sonstigen Beitragspflichtigen“
- Auftragsprüfung durch das BVA
- Mindestens alle 4 Jahre
- Jedes Jahr wird geprüft
- Hochrechnung der Ergebnisse



Prüfkriterien § 274 SGB V

- Korrekte Beitragserhebung
- Vollständigkeit und Plausibilität der Sollstellung
- Fristgerechter Beitragseinzug
- Zeitgerechte Abführung
- Korrekte Sachkontenzuordnung
- Verfolgung der Rückstände
 - Durchführung von Mahn- und Vollstreckungsverfahren
 - Stundungen, Niederschlagungen, Erlass
 - Erhebung von Säumniszuschlägen

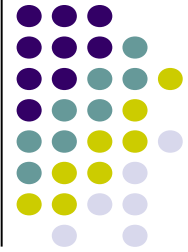


Prüfkriterien § 274 SGB V

- Unplausibilitäten im Sachbuch
- Übereinstimmung zwischen Sachbuch und Beitragsbuch
- Übereinstimmung zwischen Monatsabrechnung und Sachbuch
- Korrekte Höhe der Kosten und Gebühren

Aktuelles Thema

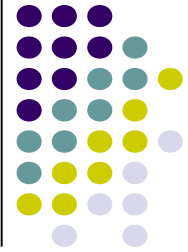
- Abgrenzung Soll/Ist 2008/2009
 - Kurzfristige Liquiditätsvorteile



Schwerpunktprüfungen Abgrenzung 2008/2009 Inhaltliche Prüfung/Fragen

Zuordnung von Soll/Ist:

- Fehlerhafte Zuordnung von Soll/Ist aus dem Jahr 2009 in das Jahr 2008
- Mittelfristige Erhöhung der liquiden Mittel
- Erhöhung der Finanzkraft im Vorjahr
 - Folge: negative Auswirkungen auf den RSA-Schlußausgleich



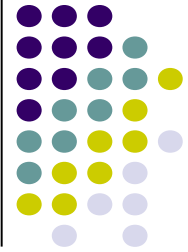
Problemstellungen Software

Monatsabrechnung Sonstige Beiträge

- Derzeit keine automatisierte Erfassung der Ist-Eingänge zur Weiterleitung (Kassen ermitteln händisch aus Sachbuchkonten und Weiterleitung über Finanzbuchhaltung)
- Monatsabrechnungen werden vom BVA nicht akzeptiert

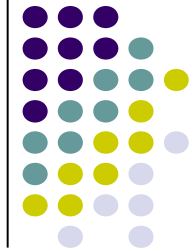
Folge:

Verfahrensprüfung z. Zt. nicht durchführbar
Keine Prüfbarkeit der Richtigkeit der Erhebung und Weiterleitung
Anpassung des Prüfhandbuches erforderlich



Prüfungen durch die RSA-Stelle

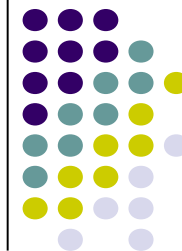
- Interne maschinelle Plausibilitätsprüfungen der eingereichten monatlichen Abrechnungen in Vorbereitung
- Regelmäßige Prüfungen bei Eingang der MOA
- Unplausibilitäten in der Abrechnung
Verspätete Zahlungen
Auffälligkeiten innerhalb der Kennzahlen
Vergleich mit Vormonat, Toleranzwerte



Sanktionen durch das BVA

§ 271a SGB V

- 1) **Steigen die Beitragsrückstände einer Krankenkasse erheblich an**, so hat die Krankenkasse nach Aufforderung durch das Bundesversicherungsamt diesem die Gründe hierfür zu berichten und innerhalb einer Frist von **vier Wochen** glaubhaft zu machen, dass der Anstieg **nicht auf eine Pflichtverletzung** zurückzuführen ist. Entscheidungserhebliche Tatsachen sind durch geeignete Unterlagen glaubhaft zu machen.
- 2) Für jeden angefangenen Monat nach Aufforderung zur Berichtslegung wird vorläufig ein **Säumniszuschlag** in Höhe von 10 Prozent von dem Betrag erhoben, der sich aus der Rückstandsquote des die Berichtspflicht auslösenden Monats abzüglich
- 3) Rückzahlung der Säumniszuschläge



Prüfungen nach § 274 SGB V

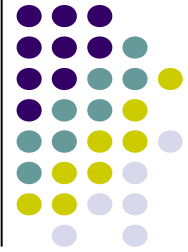
- Prüffeststellungen Grundlage zur Geltendmachung von Ersatzansprüchen nach § 28r SGB IV?

§ 252 Abs. 4 SGB V

Für die **Haftung der Einzugsstellen** wegen schuldhafter Pflichtverletzung beim Einzug von Beiträgen nach Absatz 2 Satz 2 gilt § 28r Abs. 1 und 2 des Vierten Buches entsprechend.

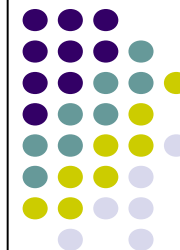
§ 28r Schadensersatzpflicht, Verzinsung

(1) Verletzt ein Organ oder ein Bediensteter der Einzugsstelle schuldhaft eine diesem nach diesem Abschnitt auferlegte Pflicht, **haftet die Einzugsstelle** dem Träger der Pflegeversicherung, der Rentenversicherung, und der Bundesagentur für Arbeit sowie dem Gesundheitsfonds für einen diesen zugefügten Schaden.



MORBI RSA

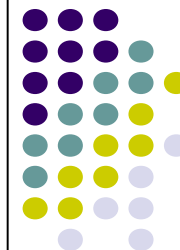
Rechtliche Grundlagen
Zeitplan
Grundlagen der Prüfung
Pilotprüfungen
Umfang der Prüfungen
Prüfinhalte



Rechtliche Grundlage für die Prüfungen

Prüfungen durch

- die Prüfdienste nach § 274 SGB V > Turnusmäßige Prüfungen
- die RSA-Stelle im BVA > Anlassprüfungen



Rechtliche Grundlagen

•RSA Stelle im BVA

§ 273 Abs. 5 SGB V

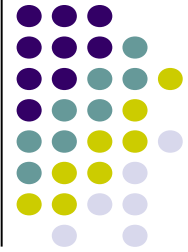
Sicherung der Datengrundlagen für den RSA

Kassenartenübergreifende Vergleichsanalyse

Schwellenwert

Einzelfallprüfung bei der Krankenkasse durch das BVA (auch landesunmittelbare KK)

Korrekturbetrag – Kürzung Zuweisung



Rechtliche Grundlage

•Prüfdienste nach § 274 SGB V

Anpassung § 15a RSAV steht noch aus (§39b RSAV)

•Prüfung Risikopool bis Berichtsjahr 2008

•2010 RP Berichtsjahr 2007

•2011 VZEI, DMP Berichtsjahr 2007

•**Ab 2009 Prüfung des Morbi-RSA**



Pilotprüfungen Morbi RSA nach § 274 SGB V

Gespräch am 26.10.2010 im BMG

Prüfdienste prüfen mindestens jährlich die Datenmeldung der Krankenkassen zum Morbi RSA

Hochrechnung der Ergebnisse

Stichprobe und Datenbestimmung folgt

Zusammenhang Versicherungszeiten <> Morbi relevante Informationen

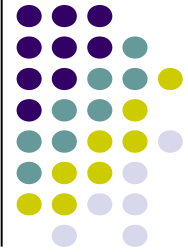


Diagnosen:

Problem des Nachweises des Originals

Anerkennung der Diagnosen nur aus abrechnungsrelevanten Unterlagen

- Keine Aufbewahrung der „Originale“ bei DTA:
 - Krankenkassen bewahren Rechnungen nicht auf



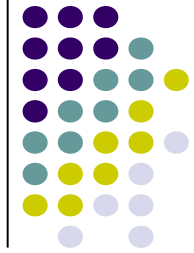
Qualität des Datenbestandes

Datensätze sind vor der Einspielung in das Fachverfahren zu archivieren

- in einer nicht wieder beschreibbaren Datei

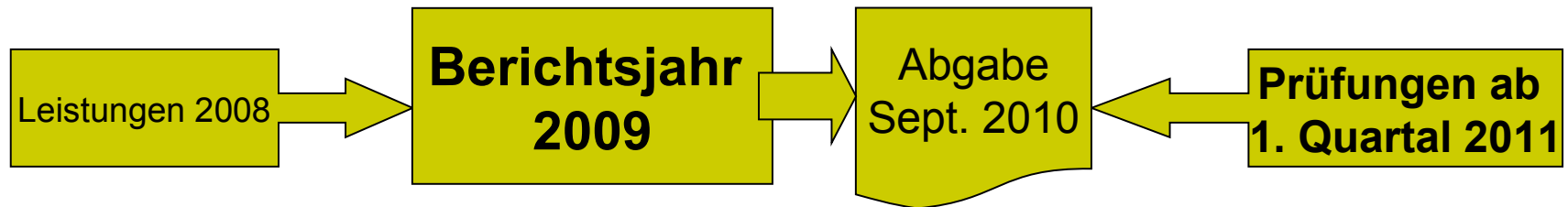
oder

- mit einer qualifizierten elektronischen Signatur



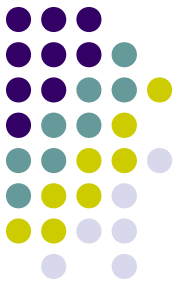
Zusammenfassung:

Zeitlicher Ablauf



Frühzeitiger Beginn der Vorbereitungen im Jahr 2008, trotzdem

- Keine Rechtsgrundlage
- keine Datenbestimmung
- Konsequenz: Datenprobleme für die Jahre 2008/2009



Vielen Dank
für
Ihre Aufmerksamkeit