

Schutz vor Insolvenz

Die GKV muss ab diesem Jahr ein Sicherungssystem zur Gewährung von Finanzhilfen und ein Früherkennungssystem auf Ebene der Verbände der Kassenarten und des GKV-Spitzenverbandes vorweisen. Das erfordert von den Kassen eine verbesserte Transparenz über die finanziellen Unwägbarkeiten.

Jens Lüttke, Dr. Vesselka Ivanova,
Dr. Mohammad Majidi, Aktuar (DAV)

■ Damit die gesetzlichen Krankenkassen insolvenzfähiger werden, ist ein Sicherungssystem nötig, das finanzielle Hilfen gewährt, sowie ein Früherkennungssystem auf Ebene der Verbände der Kassenarten und des GKV-Spitzenverbandes. Gleichzeitig erfordern die geänderten Rahmenbedingungen im Finanzsystem der GKV von den einzelnen Kassen eine Verbesserung der Transparenz von finanzwirksamen Unsicherheiten in der eigenen Planung und Strategie. Sowohl auf Ebene der Verbände als auch in den Einzelkassen der GKV besteht die Möglichkeit, mit der Etablierung eines Risikomanagements Schließungen und Insolvenzen zu vermeiden. Vor dem Hintergrund des zurzeit geltenden Rechts und in Erwartung von zunehmenden Freiheitsgraden im Kassenhandeln ist derzeit ein geeigneter Zeitpunkt, bestehende Ansätze zu erweitern und sich diesem Thema anzunehmen.

Die in der Insolvenzordnung geltenden Tatbestände Zahlungsunfähigkeit, drohende Zahlungsunfähigkeit und Überschuldung gelten auch für die Kassen der GKV. Jedoch hat im Gesetzestext die Schließung Vorrang vor der Insolvenz. Nach dem Schließungsrecht ist die auf Dauer eingeschränkte Leistungsfähigkeit der maßgebliche Tatbestand. Dieser ist nicht dezidiert festgelegt und birgt Unklarheiten in der konkreten Umsetzung¹. Die Ausgestaltung der Insolvenzfähigkeit der gesetzlichen Krankenkassen im Gesetz zur Weiterentwicklung

der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) erfordert ab 2010 ein Sicherungssystem zur Gewährung von finanziellen Hilfen und ein Früherkennungssystem auf Ebene der Verbände der Kassenarten und des GKV-Spitzenverbandes. Gleichzeitig haben die Einschränkung der Finanzautonomie, die Einführung des Gesundheitsfonds und des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) die Rahmenbedingungen im Finanzsystem der GKV gravierend verändert. Das erfordert von den einzelnen Kassen eine verbesserte Transparenz bezüglich der finanzwirksamen Unsicherheiten in der eigenen Planung und Strategie.

Haftungsverbund widerspricht dem wettbewerblichen Rahmen

Das Sicherungssystem der GKV sieht auf Ebene des GKV-Spitzenverbands kassenübergreifende² Hilfen vor. Diese können jedoch nur dann erbracht werden, wenn zuvor kassenarteninterne³ Hilfen in ausreichender Höhe gewährt wurden. Es handelt sich dabei um freiwillige vertragliche Hilfen von Krankenkassen, welche der gleichen Kassenart angehören. Vor dem Hintergrund der Freiwilligkeit, des vertraglichen Regelungsbedarfs und möglicher Eingriffsrechte wird die Ausgestaltung der kassenarteninternen Regelungen von allen Beteiligten als Herausforderung gesehen. Diese Ausgestaltung des

GKV-Sicherungssystems entspricht einem Haftungsverbund, der eigentlich im Widerspruch zum vorhandenen wettbewerblichen Rahmen der GKV steht⁴. Die Einzelkasse befindet sich demnach Kraft des Gesetzes in einer abgestuften Haftungskaskade und muss u.U. Fehlentwicklungen der Unternehmenssteuerung der Wettbewerber mittragen⁵. Aus diesem Grund wird derzeit auf Ebene des GKV-SV (kassenartenübergreifende Hilfen) und auch der Kassenarten („freiwillige“ kassenartinterne Hilfen) ein Frühwarnsystem mit dazugehörigem Risikomanagement angestrebt, um Schließungen und Insolvenzen zu vermeiden. Durch einheitliche Anforderungen innerhalb des Haftungsverbundes GKV an den Umgang mit Unsicherheiten (Risikomanagement), können Transparenz und Vertrauen zwischen den handelnden Personen und Institutionen erhöht werden.

Die Situation für die Einzelkasse in der GKV ist in abgewandelter Form vergleichbar mit der zurzeit diskutierten Ausgestaltung der Anforderungen an die private Versicherungswirtschaft unter Solvency II oder der im Bankensektor bereits vorhandenen Systematik Basel II. Die dort jeweils als Grundgerüst dienende Drei-Säulen-Systematik ist auch in der GKV erkennbar. Analog zur ersten Säule werden Anforderungen an die Leistungsfähigkeit der einzelnen Krankenkassen gestellt⁶.

Für die Kasse als Non-Profit-Unternehmen ist nicht das Eigenkapital, sondern be-

reits der Deckungsbeitrag⁷ die zentrale Größe. Die Haushaltsplanung hat die Deckung der erwarteten Ausgaben durch erwartete Einnahmen aufzuzeigen. Zur Deckung möglicher negativer Abweichungen vom angestrebten ausgeglichenen Haushalt (Deckungsbeitrag von Null) können vorhandene Rücklagen verwendet oder aber Zusatzbeiträge bis zu ein Prozent der beitragspflichtigen Einkommen erhoben werden. Dabei ist zu beachten, dass, während die Höhe der Rücklagen a priori bekannt ist, das mögliche Volumen der Zusatzbeiträge mit Unsicherheit behaftet ist. Zum einen ist mit der Erhebung ein Sonderkündigungsrecht verbunden, zum anderen ist mit Forderungsausfällen zu rechnen.

Die qualitativen Anforderungen der zweiten Säule werden in der Finanzindustrie in den Mindestanforderungen an das Risikomanagement in Banken (MaRisk BA) bzw. Versicherungen (MaRisk VA) festgelegt. In der GKV wurde das Risikomanagement in den Prüft Themenkatalog der Prüfämter des Bundes und der Länder nach § 274 SGB V aufgenommen, jedoch ohne die qualitativen Anforderungen an ein Risikomanagement in einem Dokument zu konkretisieren⁸. Systemprüfungen des Risikomanagements durch interne Revision⁹ oder durch externe Wirtschaftsprüfer¹⁰ sind in der GKV derzeit freiwillig. Ferner ist im Unterschied zur BaFin das BVA nicht das alleinige Aufsichtsorgan, sondern ist nur für die bundesweit tätigen Kassen zuständig. Zudem ist das BVA nicht nur aufsichtsrechtlich tätig, sondern mit der Durchführung des Gesundheitsfonds und des Morbi-RSA befasst und gestaltet somit die Risikolandkarte der Kassen mit.

Die dritte Säule vereint die Regelungen zu Offenlegungspflichten und damit zur Transparenz u.a. der Risikosituation. In der GKV finden sich Anforderungen zur Vorlage der Haushaltsplanung an das BVA und zur Offenlegung bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit gegenüber dem BVA¹¹. Jedoch ist anzumerken, dass eine Beanstandung der Haushaltsplanung durch die Aufsicht Kenntnisse über die kassenindividuellen Risiken voraussetzt. Aktuell sollen durch stärkere Orientierung an HGB-Bilanzierungsvorschriften (§ 77 ff. SGB IV) die Informationsquellen für die finanzielle Leis-

tungsfähigkeit verbessert werden. Berichtspflichten analog zum externen Risikobericht im Lagebericht (nach HGB) oder zum internen Risikobericht (§§ 64 a, 55 c VAG) existieren in der GKV nicht.

Von einem Risiko wird in diesem Artikel immer dann gesprochen, wenn eine Abweichung von einem Sollzustand oder einem Ziel als möglich zu erachten ist. Diese Definition ist somit konform mit den MaRisk VA (TZ 5). Eine negative Zielabweichung wird als Gefahr bezeichnet, eine positive Zielabweichung als Chance. Insbesondere bei der Einführung eines Risikomanagementprozesses in der GKV ist die zusätzliche Sicht auf die Chancen sehr wichtig. Diese fördert die ganzheitliche Risikosicht und verhindert, dass Nichthandeln zur Fehlervermeidung belohnt wird. Bei vollständiger Transparenz der Risiken dürfte es keine Schäden im Sinne von Zielabweichungen geben, ohne dass diese auf zuvor erfasste Risiken zurückzuführen wären. Ferner entlastet ein dokumentiertes Risikomanagement Vorstand und Verwaltungsrat und ermöglicht es, Entscheidungen unter größtmöglicher Transparenz von Handlungsmöglichkeiten zu treffen. Deshalb sind für die GKV die Ausführungen des § 12 SGB V, die Verschärfung der Anzeigepflicht inklusive Strafbewährung durch den § 307 a Abs. 4 SGB V und die Stellungnahme des BVA zum Abschluss so genannter Organ- und Managerhaftpflichtversicherungen¹² relevant.

Mit welchen Risiken ist die Einzelkasse konfrontiert?

Die Risikosystematik einer gesetzlichen Krankenkasse unterscheidet sich in den übergeordneten Risikofeldern formal kaum von üblichen Einteilungen anderer Unternehmen¹³. Individuelle Besonderheiten und Unterschiede in den Risikokategorien ergeben sich aber aus den Eigenarten durch Unternehmenszweck und regulatorische Vorgaben (siehe Abbildung 1).

Strategische Risiken entstehen daraus, dass das Management wesentliche Entwicklungen und Trends im GKV-System und innerhalb des Unternehmens nicht rechtzeitig

erkennt oder falsch einschätzt. Im Jahr 2009 wurde durch die Einführung von Gesundheitsfonds und Morbi-RSA die Kalkulationsunsicherheit der Kassen erhöht. Wie die tatsächliche Finanzwirkung aussieht, stellt sich abschließend erst durch den Schlussausgleich in den Folgejahren heraus.

Eine Kasse ist bei klassischen **Finanzrisiken** grundsätzlich mit Ausfallrisiken und Zinsänderungsrisiken in den Finanzanlagen konfrontiert. Die **Geschäftsrisiken** stehen in quantitativer Hinsicht unmittelbar in Beziehung zu den Leistungsausgaben und den erhaltenen Zuweisungen. In gewinnorientierten Unternehmen ist das anzutreffende Risikoverständnis im Sinne des Krankheitsrisikos einzelner Versicherter und die damit einhergehende Kalkulation der entsprechenden individuellen Risikoprämien nicht Gegenstand eines Risikomanagements in der solidarisch ausgestalteten GKV¹⁴. Die Möglichkeit der Risikoselektion im Rahmen des Marketing und Vertriebs ist aufgrund der freien Kassenwahl (§ 173 SGB V) und die Pflicht zur Aufnahme (§ 175 Abs. 1 SGB V) sehr eingeschränkt. Darüber hinaus ist der Leistungskatalog gesetzlich vorgeschrieben (SGB V, Kapitel 3).

Wie kann die Umsetzung in der Einzelkasse gelingen?

Aus den genannten Gründen rückt das Versorgungsmanagement umso stärker in den Fokus der Unternehmenssteuerung. Die Einzelkassen haben auch weiterhin die Möglichkeit, mittels Satzungsleistungen den Umfang zu erweitern und damit ihre Chancen im Wettbewerb zu verbessern. Im Risikofeld der **Betriebsrisiken** bestehen keine wesentlichen Unterschiede zu anderen Unternehmensrechtsformen. Parallelen können hier zu den operationellen Risiken im Sinne der MaRisk VA gezogen werden. In quantitativer Hinsicht stehen die Betriebsrisiken unmittelbar in Beziehung zu personellen und sachlichen Verwaltungskosten.

Die Etablierung eines Risikomanagementsystems muss vom Vorstand initiiert und sollte vom Verwaltungsrat unterstützt werden¹⁵. Grundsätzlich sind die Einzelkassen frei in der Ausgestaltung des Risikomanagements¹⁶. Zielstellung muss jedoch immer die unternehmensweite, möglichst vollständige Analyse, Überwachung und Steuerung von Risiken sein. Analog zu MaRisk VA kann sich eine gesetzliche Krankenkasse für die Schaffung einer Funktion Risikomanagement entscheiden. Diese hat die Aufgabe, ein Risikomanagementsystem und eine adäquate Risikokultur im Unternehmen zu etablieren. Sie ist generell unabhängig von den Einheiten, welche für die Risikosteuerung zuständig sind.

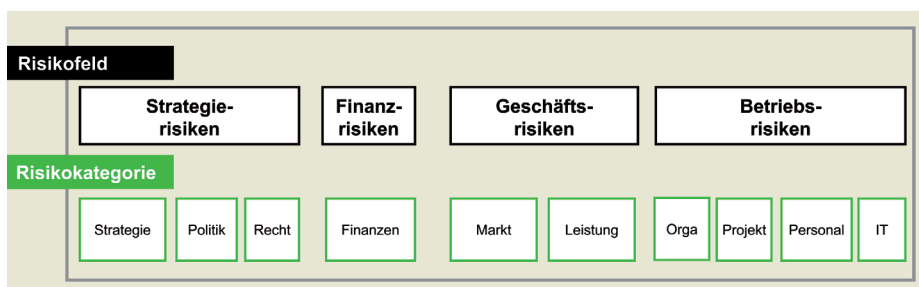


Abbildung 1 Risikosystematik einer Krankenkasse.

Diese Abteilung soll die Akteure miteinander vernetzen und in der Durchführung ihrer Aufgaben unterstützen.

Die eigentliche Risikoidentifikation und -bewertung sowie die Steuerung erfolgt dezentral über den entsprechenden Verantwortlichen der Fachabteilungen. Darüber hinaus hat das zentrale Risikomanagement das Recht auf eine zweite Meinung bei wesentlichen Entscheidungsvorlagen. Zudem sollte ein Gremium eingerichtet werden, das sich bereichsübergreifend damit auseinandersetzt.

Bei Etablierung einer Risikokultur ist die enge Verzahnung des Risikomanagements mit der Unternehmensplanung von besonderer Bedeutung. Die Bereiche Finanzen und Controlling sollten dabei generell eine Zusammenarbeit mit dem Risikomanagement anstreben und die ergänzende Risikosicht (zusätzlich zur Planungssicht) zulassen. Zudem werden wesentliche Aufgaben im Rahmen der Risikoüberwachung bereits dort wahrgenommen. Die Prozesssicht und interne Überwachungsfunktion kann von dem internen Kontrollsystem und der internen Revision wahrgenommen werden.

Auf Basis der vorgenommenen Risikodefinition und -kategorisierung erfolgt die Risikoidentifikation in Form einer Risikoinventur. Die eigentliche Herausforderung ist die quantitative Bewertung der Einzelrisiken, denn diese bedingt ein einheitliches Verständnis im Unternehmen sowie eine Verknüpfung mit anderen (in der Regel schon vorhandenen) Planungs- und Controllingprozessen.

Während eine rein qualitative Bezeichnung wie hoch, mittel, niedrig zuviel Interpretationsspielraum ließe, ist die einfache Form der Risikoquantifizierung mittels Parametrisierung durch Eintrittswahrscheinlichkeit und Tragweite einfach umsetzbar und gut verständlich. Die quantitative Analyse der Einzelrisiken kann weiterentwickelt werden, indem die gesamte *Wahrscheinlichkeitsverteilung* eines jeden Einzelrisikos modelliert wird. Dafür sind allerdings umfangreiche Kalibrierungsdaten und ein höheres methodisches Verständnis erforderlich.

Eine sinnvolle Zwischenstufe beim Ausbau des internen Quantifizierungsverfahrens ist die Modellierung über die Erfassung von Worst-Case, Best-Case und Erwartung mit den dazugehörigen Eintrittswahrscheinlichkeiten. In einem weiteren Schritt der Quantifizierung einzelner Risiken sollte deren zeitliche Aufschlüsselung berücksichtigt werden. Schon bei der Erfassung und Bewertung der Einzelrisiken sollten deren Abhängigkeiten untereinander abgebildet werden, um diese bei der späteren Aggregation berücksichtigen zu können. Dies ist besonders wichtig im Bereich der durch politische Entscheidungen

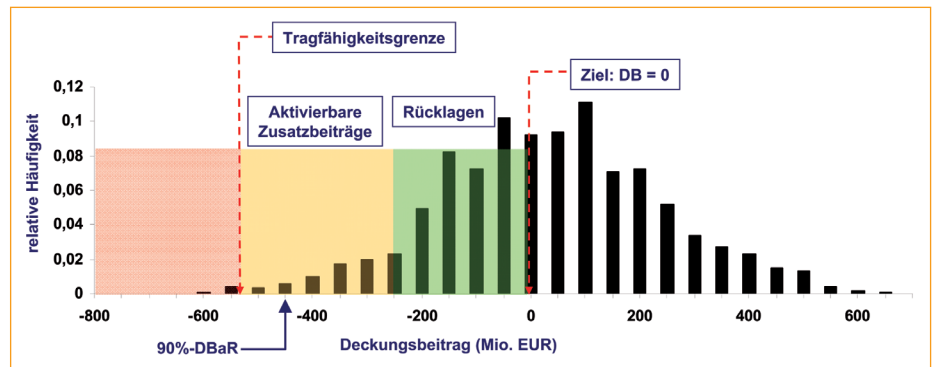


Abbildung 2 Wahrscheinlichkeitsverteilung und Deckungsbeitrag im Risiko.

bedingten Risiken, da diese stark positiv bzw. negativ korreliert sind.

Zur Beurteilung der Risikotragfähigkeit des Gesamtunternehmens ist neben der Bewertung aller identifizierten Einzelrisiken auch deren Aggregation notwendig. Ohne diesen Schritt würde das Management der Risiken auf die Analyse und Steuerung von Einzelrisiken reduziert und Aussagen zur Leistungsfähigkeit wären nur eingeschränkt möglich. Zudem wird die Festlegung von konsistenten Risikolimiten, die einer der wichtigsten Elemente der Risikosteuerung sind, schlichtweg unmöglich. Die erste Variante der quantitativen Risikoaggregation ist die einfache Aufsummierung von potenziellen Schadenshöhen (sog. Total Loss), ohne dabei die jeweiligen Eintrittswahrscheinlichkeiten zu berücksichtigen. Allerdings würde diese Möglichkeit zu einem exorbitant hohen Gesamtrisiko führen und ist somit praktisch nicht zu verwenden.

Eine zweite Variante zur Risikoaggregation ist die Addition der Erwartungswerte der Einzelrisiken (sog. Expected Loss). Der so ermittelte erwartete Gesamtschaden kann dann nach Unternehmensbereichen bzw. Risikokategorien heruntergebrochen werden. Ferner ermöglicht dieses Vorgehen Aussagen zu den wesentlichen Risikotreibern. Das auf diesem Wege ermittelte Gesamtrisiko stellt allerdings keine Ergänzung zur Planungssicht dar, sondern reproduziert diese im Idealfall, allerdings mit anderen Mitteln.

Die dritte und unserer Ansicht nach die zu empfehlende Methode der Risikoaggregation ist die stochastische Simulation. Man beachte, dass eine mathematische Faltung der Gesamtrisiken wegen der hohen Anzahl der vorhandenen Risiken praktisch nicht möglich ist. Die Modellierung zielt darauf ab, unter Würdigung aller bekannten Einzelrisiken und deren Abhängigkeiten nicht nur einen Erwartungswert, sondern die gesamte Wahrscheinlichkeitsverteilung des Deckungsbeitrags für den analysierten Zeithorizont zu approximieren. Als Risikomaß wird dann der Deckungs-

beitrag im Risiko („Deckungsbeitrag at Risk“, DBaR) betrachtet. Abbildung 2 zeigt schematisch anhand eines Zahlenbeispiels, wie eine solche Verteilung aussehen kann.

Risikotragfähigkeit und Risikosteuerung

Auf der Gesamtunternehmensebene erfolgt die Risikosteuerung mit der Festlegung von Risikolimiten. Zum Beispiel kann der Vorstand der Kasse einen 90-Prozent-DBaR als Risikolimit für das Gesamtunternehmen beschließen. Dieser Wert wird dann in einer entsprechenden Risikostrategie festgehalten, welche nicht im Widerspruch zur Geschäftsstrategie stehen darf. Zusätzlich können DBaR-Limite für die einzelnen Risikokategorien beschlossen werden. Als Risikodeckungspotenzial kommen verfügbare Rücklagen und zusätzliche Einnahmen aus Zusatzbeiträgen in Betracht. Die Höhe der Rücklage ist allerdings nicht risikoadjustiert, sondern durch den § 261 SGB V geregelt und soll demnach mindestens ein Viertel und höchstens eine durchschnittliche Monatsausgabe betragen. Die Rücklage ist zwar als kurzfristiges Risikodeckungskapital interpretierbar, jedoch muss sie nach Inanspruchnahme wieder aufgebaut werden.

Die Höhe möglicher Zusatzbeiträge ist derzeit gesetzlich auf ein Prozent des beitragspflichtigen Einkommens begrenzt. Zudem muss die Kasse aufgrund der separaten Erhebung (die Zusatzbeiträge müssen vom Versicherungsnehmer direkt bezahlt werden und werden nicht vom Arbeitgeber abgeführt) mit zusätzlichen Inkassokosten rechnen. Ein Zusatzbeitrag weit ab vom Durchschnitt der Wettbewerber würde außerdem als negatives Preissignal in den Markt gewertet und beeinflusst die Leistungsfähigkeit der Kasse in negativer Hinsicht.

Der in Abbildung 2 dargestellte Abgleich des Risikopotenzials (90% DBaR) mit dem Risikodeckungspotenzial (Rücklagen und Zusatzbeiträge) macht es möglich, Aussagen zur Risikotragfähigkeit des Unternehmens zu treffen.

Es soll verdeutlicht werden, mit welcher Wahrscheinlichkeit das Unternehmen (bei den vorhandenen Informationen) mit einer Insolvenz rechnen muss oder mit welcher Wahrscheinlichkeit das Unternehmen „im grünen Bereich“ bleibt. Analysen der Risikotragfähigkeit sind Bestandteil eines Risikoreportings.

Mögliche Inhalte sind der Stand der Umsetzung des Risikomanagements, wesentliche Risiken der zukünftigen Entwicklung, die Gegenüberstellung von Risikopotenzial und Risikoabdeckungs- und Empfindungen zur Risikostrategie des Unternehmens. Der Unternehmensleitung steht damit zusätzlich zur planerischen Sicht die Risikosicht zur Verfügung. Eine kontinuierliche Risikoüberwachung und eine effektive Integration des Risikomanagements im Unternehmen kann durch Erweiterung vorhandener Analyseprozesse erreicht werden. Dabei werden Risikoanalysen an bestehende und in festem Turnus erscheinende Berichte des Finanzbereichs oder des Controlling gekoppelt.


Die eigentliche Risikosteuerung erfolgt auf der Ebene der Einzelrisiken. Aus wirtschaftlicher Sicht wird dabei entschieden, ob ein Risiko vermieden, vermindert, an Dritte übertragen oder unverändert übernommen werden soll. Risikomanagement soll sich dabei sowohl präventiven als auch reaktiven Maßnahmen zuwenden. Selbst wenn Risiken nicht vermieden werden können, ist eine Minderung der Auswirkungen mit schnellem Handeln nach Eintritt des Schadens möglich. Es ist von besonderer Bedeutung, Sensibilität bezüglich der Übernahme von Risiken zu schaffen, da diese nur im Rahmen des vorhandenen Risikoabdeckungs- und Empfindungspotenzials zugelassen werden dürfen.

Fazit: Sowohl auf Ebene der Verbände als auch in den Einzelkassen besteht die Möglichkeit, durch die Etablierung eines Risikomanagements Schließungen und Insolvenzen zu vermeiden. Vor dem Hintergrund aktuell geltenden Rechts und in Erwartung zunehmender Freiheitsgrade im Kassenhandeln ist jetzt ein guter Zeitpunkt, bestehende Ansätze zu erweitern und sich auch in den Kassen der GKV diesem Thema anzunehmen. Es gibt für die Ausgestaltung keine allgemeingültige Erfolgsformel. Dennoch gibt es unserer Erfahrung nach Erfolgsfaktoren, welche die Durchführung und Akzeptanz des Risikomanagements verbessern. Dazu gehören die Initiierung

und Begleitung durch die Geschäftsführung sowie eine entsprechende Risikokultur. Zusätzlich erforderlich sind die Einbeziehung von thematisch verwandten Funktionsbereichen und die klare Zuordnung von Verantwortlichkeiten.

Darüber hinaus müssen zur Risikobewertung quantitative Verfahren entwickelt werden, aber auch den qualitativen Erfahrungen und dem Wissen von Experten ist ein angemessener Platz einzuräumen. Allein die Beschäftigung mit Unsicherheiten verbessert Entscheidungen und trägt zur Sicherung des Unternehmens bei. Damit werden auch Versicherte und Mitarbeiter zu Anspruchsgruppen des Risikomanagements. Risikomanagement muss auch in der GKV als lernendes System angesehen und als kontinuierlicher Prozess durchgeführt werden. Nach Etablierung eines Risikomanagementsystems ist die Überprüfung der Leistungsfähigkeit kontinuierlich durchzuführen. Die internen Modelle sollen sich ständig an der Realität messen lassen (Backtesting), ebenso muss die Wirksamkeit des gesamten Risikomanagementprozesses regelmäßig überprüft werden¹⁷. Wegen der Mittelknappheit in der GKV und neuer Handlungsspielräume im Bereich der Produkte und Verträge sowie der mittelfristig zu erwartenden Änderungen im GKV-System, kann das Geschäftsvolumen in den risikobehafteten Geschäftsbereichen nicht uneingeschränkt ausgedehnt werden.

Aus Sicht des Wirtschaftlichkeitsprinzips leitet sich die Anforderung ab, den Einsatz begrenzter Mittel auch unter Risikogesichtspunkten zu steuern. Hier kann das Risikomanagement einen wesentlichen Beitrag zur Unternehmensentwicklung leisten.

 Jens Lüdtko ist in der Abteilung Unternehmensstrategie/Risikomanagement der Barmer Ersatzkasse tätig, Dr. Vesselka Ivanova ist Managerin bei der Beratungsgesellschaft d-fine GmbH, Dr. Mohammad Majidi, Aktuar (DAV) ist Senior Berater bei der gleichen Gesellschaft.

Anmerkungen

- 1 Vöcking, Johannes (2009): Beiträge zur Insolvenzproblematik – aus Sicht der Beteiligten und Betroffenen. In: GesundheitsRecht 3/2009. Zu Diskussionen im Vorfeld der Umsetzung und zur jetzigen Ausgestaltung der Insolvenzfähigkeit in der GKV siehe auch Gaßner, Maximilian (2009): Neuregelung des Insolvenzrechts der Kranken-

kassen – Bewertung der Regelungen des GKV-WVG und des GKV-Organisationsgesetzes aus Ländersicht, Uwer, Dirk (2009): Der rechtliche Rahmen der Insolvenz von Krankenkassen. In: GesundheitsRecht 3/2009.

- 2 Kassenübergreifende Hilfen auf Ebene des GKV Spitzenverbands (GKV-SV) sind durch § 265 a SGB V geregelt und durch § 4 a und Anlage Finanzhilfenordnung der Satzung GKV-SV konkretisiert.
- 3 Kasseninterne Hilfen auf Ebene der Kassenarten sind durch § 265 b SGB V geregelt.
- 4 Dies gilt für alle Kassen mit Ausnahme der AOK und der regionalen Kassen, die untereinander nicht in Konkurrenz stehen.
- 5 Umgekehrt kann jede Kasse, die in Schwierigkeiten gerät, auf die Hilfe von anderen Kassen zählen.
- 6 Gemäß § 68 SGB IV.
- 7 Es handelt sich dabei um den Deckungsbeitrag II.
- 8 Einzelne Inhalte finden sich in anlassbezogenen BVA-Rundschreiben wieder, beispielsweise zu Fragen der Finanzanlagen oder des Outsourcings. Die Prüfung durch die Aufsicht (§ 274 Abs. 1 SGB V), welche mindestens in einem fünf Jahre Turnus durchzuführen ist, und Anpassungen an HGB-Bilanzierungsvorschriften (§ 77 ff. SGB IV), sollen die Informationsquellen für die finanzielle Leistungsfähigkeit und Risikoanalysen verbessern.
- 9 Nach IIR Nr. 2.
- 10 Nach IDW PS 340 gemäß § 317 Abs. 4 HGB.
- 11 Gemäß § 70 Abs. 5 SGB IV.
- 12 Stellungnahme der BVA AZ I3-2000-3356/2004 zu D&O Versicherungen.
- 13 Siehe zum Beispiel Sommerfeld/Steuer (2008): Integriertes Chancen- und Risikomanagement bei der BMW Group. In: Risikoaggregatin in der Praxis; Deutsche Gesellschaft für Risikomanagement e.V. (Hrsg.), Berlin, 95-109.
- 14 Eine Ausnahme sind die Wahltarife, welche gemäß § 53 Abs. 9 SGB V entsprechend zu kalkulieren sind. Zusatzversicherungen dagegen werden zum jetzigen Zeitpunkt ausschließlich in Kooperationen mit privaten Versicherungsunternehmen vermarktet.
- 15 Dudda, Frank/Polaszek, Udo (2004): Frühwarn- und Überwachungssystem als Teil des Risikomanagements der GKV-Selbstverwaltung. In: Die Krankenversicherung 11/2004.
- 16 Bosse, Richard/Simenski, Ingo (2006): Risikomanagement in der gesetzlichen Sozialversicherung. In: Wege zur Sozialversicherung 6/2006.
- 17 Gleißner, W. (2007): Beurteilung des Risikomanagements durch den Aufsichtsrat: nötig und möglich? In: Der Aufsichtsrat 12/2007.