

Antrag

der Abgeordneten Dr. Karl Lauterbach, Elke Ferner, Bärbel Bas, Petra Ernstberger, Dr. Edgar Franke, Iris Gleicke, Angelika Graf (Rosenheim), Petra Hinz (Essen), Anette Kramme, Ute Kumpf, Steffen-Claudio Lemme, Hilde Mattheis, Thomas Oppermann, Mechthild Rawert, Dr. Carola Reimann, Ewald Schurer, Dr. Marlies Volkmer, Dr. Frank-Walter Steinmeier und der Fraktion der SPD

Folgen von Kassenschließungen – Versicherte und Beschäftigte schützen, Wettbewerb stärken, Zusatzbeiträge abschaffen

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Der rechtswidrige Umgang von gesetzlichen Krankenversicherungen mit den Versicherten der City-BKK stellt ein würdeloses Verhalten dar. Es schadet dem Ansehen der gesetzlichen Krankenversicherung und erschüttert das Vertrauen der Versicherten in die Solidarität innerhalb des Systems. Die Fraktion der SPD verurteilt deshalb alle Versuche von Krankenkassen, Neukunden abzuweisen, nur weil sie ihnen als schlechte Risiken erscheinen. Es muss sichergestellt sein, dass bei einer Kassenschließung oder einer Insolvenz die Versicherten keine Nachteile haben. Insbesondere darf es keine Lücken im Versicherungsschutz oder im Leistungsbezug geben.

Ebenso wenig dürfen die Beschäftigten der betroffenen Krankenkassen mit den wirtschaftlichen und sozialen Folgen der Kassenschließung alleingelassen werden: Es ist nicht zu begründen, dass die Beschäftigten einiger Krankenkassen einen geringeren arbeitsrechtlichen Schutz besitzen. Bei allen Kassenschließungen müssen die Sozialstandards, wie sie rechtlich bei Betriebsschließungen geregelt sind, eingehalten werden.

Gleichzeitig hat diese Vorgehensweise einiger Krankenkassen aber auch die Ergebnisse der verfehlten Gesundheitspolitik der schwarz-gelben Bundesregierung sichtbar werden lassen.

Wettbewerb ist kein Selbstzweck. Damit die Versicherten von einem sinnvollen Wettbewerb zwischen gesetzlichen Krankenkassen profitieren, müssen die Kassen um bessere Qualität und höhere Wirtschaftlichkeit der Versorgung konkurrieren. Solange es für gesetzliche Krankenversicherungen jedoch ökonomisch sinnvoll ist, Versicherte nach ihren gesundheitlichen Risiken zu beurteilen und auszuwählen, wird sich der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen darin erschöpfen, Strategien der Risikoselektion zu entwickeln, wie wir es gerade im Fall der City-BKK erleben mussten.

Damit es für die Krankenkassen keine Anreize für diese Risikoselektion mehr gibt, muss der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich weiterentwickelt und vervollständigt werden. Die von der CDU/CSU durchgesetzte willkürliche Begrenzung auf 50 bis 80 Krankheiten und die im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP angekündigte Reduzierung des Ausgleichs befeuern wei-

ter den schädlichen Wettbewerb um gute Risiken. Darunter leiden vor allem alte, kranke und behinderte Menschen, die von den Krankenkassen als schlechte Risiken eingestuft werden. Wer unter einer Krankheit leidet, die nicht im Katalog der ausgleichsfähigen Krankheiten enthalten ist, wird potentiell der Gefahr der Risikoselektion ausgesetzt. Für die gesetzlichen Krankenkassen bedeutet die willkürliche Begrenzung auf jährlich neu zu bestimmende 50 bis 80 Krankheiten mehr bürokratischen Aufwand sowie Intransparenz und Planungsunsicherheit hinsichtlich der zu erwartenden Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds.

Die schwarz-gelbe Bundesregierung hat den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen auf das falsche Feld gelenkt und zudem dafür gesorgt, dass er dort mit den falschen Instrumenten geführt wird. Die Bundesregierung hat darüber hinaus diesen pervertierten Wettbewerb aber auch noch maßlos angefeuert. Indem der Arbeitgeberbeitrag eingefroren und die Zusatzbeiträge in eine nach oben unbegrenzte Kopfpauschale umgewandelt worden sind, haben nun die Versicherten alleine die Kostensteigerungen der medizinischen Versorgung zu tragen. Insbesondere für einkommensschwächere Versicherte ist nur noch entscheidend, ob ihre Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erhebt oder nicht. Ob die Kasse eine gute und wirtschaftliche medizinische Versorgung und einen kundenorientierten Service bietet, spielt dagegen keine Rolle mehr. Kassen, die sich um Kranke besonders gut kümmern, werden unter diesen Bedingungen bestraft, während Kassen, die besonders wirkungsvoll Risikoselektion betreiben, zu den Gewinnern gehören.

Dieser schwarz-gelbe Wettbewerb schadet den Versicherten und dem System der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Fraktion der SPD verurteilt deshalb die Vorgehensweise der Bundesregierung, die einerseits die Bedingungen für einen sinnvollen Wettbewerb der Krankenkassen zerstört hat, andererseits aber die schlimmen Folgen ihrer Politik für die Versicherten beklagt und den Vorständen der Kassen mit Sanktionen droht.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung deshalb auf,

- sicherzustellen, dass für die Versicherten keine Lücken im Versicherungsschutz oder im Leistungsbezug entstehen, wenn ihre Kasse schließen muss oder Insolvenz anmeldet,
- die Regelungen bei Schließungen von Krankenkassen in § 164 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) in Verbindung mit § 155 SGB V sofort für die Beschäftigten aller Kassenarten einheitlich zu gestalten,
- einen Rechtsanspruch auf die Erhaltung des gesetzlichen und tariflichen Kündigungsschutzes für Beschäftigte der Krankenkassen und die damit verbundene Sozialauswahl zu regeln,
- die willkürliche Begrenzung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs auf 50 bis 80 Krankheiten abzuschaffen,
- auf der Basis des Gutachtens des wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt zu prüfen, durch welche weiteren Maßnahmen der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich weiterentwickelt und zielgenauer ausgestaltet werden kann,
- die einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge abzuschaffen und statt dessen zurückzukehren zu einer paritätischen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Berlin, den 6. Juli 2011

Dr. Frank-Walter Steinmeier und Fraktion

Begründung

Keine Lücken im Versicherungsschutz oder im Leistungsbezug

Zwar hat bereits derzeit jeder Versicherte das Recht, eine neue Kasse zu wählen, wenn seine bisherige Kasse geschlossen wird. Auch laufende Leistungen, wie z. B. akute medizinische Behandlungen, Rehabilitationsmaßnahmen oder der Bezug von Krankengeld sollen lückenlos von der neuen Kasse weiter gewährt werden. Die Erfahrungen mit der angekündigten Schließung der City-BKK haben jedoch gezeigt, dass es bereits erhebliche Mängel bei der Sicherstellung des Kassenwahlrechts der Versicherten gibt. Die Bundesregierung muss nun intensiv beobachten, wie mit den Versicherten der City-BKK seitens der aufnehmenden Kassen, aber auch seitens der City-BKK, umgegangen wird. Sie muss außerdem dafür Sorge tragen, dass die Versicherten informiert sind über ihre Rechte in Bezug auf die freie Kassenwahl und in Bezug auf die gesetzliche Pflicht der beteiligten Kassen, Leistungen lückenlos zu gewähren. Angesichts der bisher aufgetretenen Probleme erscheint es zum jetzigen Zeitpunkt fraglich, ob der lückenlose Leistungsbezug in allen Fällen gewährleistet werden kann.

Bei der Schließung der City-BKK waren von den 168 000 Versicherten der Kasse viele Tausend in Sorge um ihren weiteren Krankenversicherungsschutz. Vor den Geschäftsstellen der Kassen hatten sich lange Schlangen gebildet. Gleichwohl ist die City-BKK keine große Kasse. Angesichts der jetzt schon aufgetretenen Probleme für die Versicherten und auch für die aufnehmenden Kassen wird der dringende Handlungsbedarf deutlich. Wenn der Fall eintritt, dass eine Kasse mit einer Million Versicherten oder mehr schließen muss, sind die Konsequenzen nicht absehbar. Die Bundesregierung muss deshalb schnell wirksame Maßnahmen ergreifen, die praktische Erleichterungen für die Versicherten bei der Kassenwahl bringen und gleichzeitig sicherstellen, dass sie ihre gesetzlichen Ansprüche auch tatsächlich geltend machen können.

Keine arbeitsrechtliche Schlechterstellung von Beschäftigten von Betriebskrankenkassen

Da die Schließung einer Krankenkasse durch die Aufsichtsbehörde erfolgt, sind nach geltender Rechtslage die sonst üblichen Regelungen zum gesetzlichen und tariflichen Schutzrecht der Beschäftigten sowie die Beteiligung von Personalräten bei der Aufstellung eines Sozialplans nach § 164 Absatz 2 bis 4 SGB V ausgeschlossen. Die konkreten Auswirkungen auf die Mitarbeiter sind je nach Beschäftigungsgruppe sowie Kassenart sehr unterschiedlich.

- Eine wirksame Absicherung gibt es nur für sogenannte Dienstordnungsangestellte, die durch die Unterbringung in einer anderen Kasse abzusichern sind.
- Unkündbaren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern ist eine Stelle bei einer anderen Kasse oder beim Landesverband anzubieten, wobei diese nicht gleichwertig sein muss. Eine Kompensationspflicht für geringere Entgelte ist nicht geregelt, ebenso fehlt eine Regelung zur Wohnortnähe o. Ä.
- Gar nicht geschützt sind die kündbaren Beschäftigten bei den Ersatzkassen sowie den Betriebskrankenkassen. Für diese gilt weder gesetzlicher oder tariflicher Kündigungsschutz noch bestimmte Sonderregelungen, die Beschäftigte der Allgemeinen Ortskrankenkassen und der Innungskrankenkassen in Anspruch nehmen können. Stattdessen endet das Arbeitsverhältnis von Beschäftigten der Ersatzkassen sowie der Betriebskrankenkassen ohne die Einhaltung der üblichen Fristen mit dem Tag der Kassenschließung.

Für die letztgenannte Gruppe von Beschäftigten sind die Folgen der gesetzlichen Schließung ihrer Kasse gravierend. Es gibt weder einen Sonderkündigungsschutz z. B. für Schwangere noch das übliche Kündigungserfordernis unter Einhaltung gesetzlicher und tariflicher Fristen oder ein Sozialauswahlprocedere. Ob dieser intensive Eingriff in das Kündigungsschutzgesetz sowie in das private Rechtsverhältnis der Beschäftigten verfassungskonform ist, erscheint zweifelhaft. Ebenso fraglich ist die unterschiedliche Behandlung der Angestellten angesichts des Gleichbehandlungsgrundsatzes nach Artikel 3 des Grundgesetzes.

Abschaffung der Begrenzung auf 50 bis 80 Krankheiten

Die seinerzeit von der CDU/CSU durchgesetzte Beschränkung des Risikostrukturausgleichs auf 50 bis 80 Krankheiten belässt weiterhin Anreize zur Risiko-selektion von Seiten der Krankenkassen. Die Fraktion der SPD fordert deshalb die Abschaffung dieser willkürlichen Begrenzung auf 50 bis 80 Krankheiten. Insbesondere Patientinnen und Patienten mit seltenen aber hochteuren Erkrankungen, die nicht zum Katalog der 80 ausgleichsfähigen Krankheiten zählen, sind gefährdet, zum Opfer von Selektionsstrategien zu werden. Die willkürliche Begrenzung auf 80 Krankheiten schafft außerdem zusätzlichen und vermeidbaren Verwaltungsaufwand. Da die 80 Krankheiten vom Bundesversicherungsamt jedes Jahr neu bestimmt werden müssen, wird laufend das gesamte Morbiditätsgeschehen der gesetzlichen Krankenversicherung erfasst und ermittelt. Für die Kassen besteht durch die jährliche Neubestimmung der 80 Krankheiten eine erhebliche Unsicherheit, ob der zu erwartenden Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Zudem macht die willkürliche Beschränkung den Ausgleich manipulationsanfällig, indem der Fokus auf bestimmte ausgleichsfähige Diagnosen gelenkt wird. Durch den Wegfall der willkürlichen Begrenzung auf 80 Krankheiten wird die Verwaltung des Risikostrukturausgleichs durch das Bundesversicherungsamt unbürokratischer, die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds werden transparenter, planbarer und weniger manipulationsanfällig und die Versorgung wird für die Patientinnen und Patienten verlässlicher.

Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs

Damit der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen im Sinne und zum Vorteil der Versicherten geführt wird, muss er zum Ziel haben, die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung zu verbessern. Voraussetzung dafür ist, dass für die Kassen keine Anreize zur Risikoselektion bestehen und alle Versicherten gleich willkommen sind, unabhängig von Alter, Geschlecht und möglicherweise bestehenden Erkrankungen oder Behinderungen. Das ist nur zu erreichen mit einem zielgenau funktionierenden Risikostrukturausgleich. Die Versuche vieler Kassen, Versicherte der City-BKK abzuweisen, sind ein sicheres Zeichen dafür, dass die Rahmenbedingungen des Wettbewerbs derzeit völlig unzureichend ausgestaltet sind. Mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 12. November 2010 wurde der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt beauftragt, bis Ende März 2011 auf der Basis der Ergebnisse des Risikostrukturjahresausgleichs die Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs zu überprüfen sowie die Folgen relevanter Vorschläge zur Veränderung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs empirisch abzuschätzen. Dieses Gutachten muss nunmehr dringend vorgelegt und die Ergebnisse ausgewertet werden, damit der Risikostrukturausgleich auf dieser Grundlage weiterentwickelt werden kann.

Abschaffung der Zusatzbeiträge

Die Fraktion der SPD hat bereits einen Antrag eingebracht, mit der Forderung, die Zusatzbeiträge abzuschaffen und zurückzukehren zu einer paritätischen Finanzierung, bei der Arbeitgeber und Arbeitnehmer zu gleichen Teilen die Beitragslast tragen. Durch gesetzliche Regelungen soll darauf hingewirkt werden, dass alle kurzfristig zu erschließenden Effizienz- und Wirtschaftlichkeitsreserven in der Gesundheitsversorgung erschlossen werden können. Gleichzeitig soll ein Finanzausgleich zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung eingeführt werden, der unterschiedliche Morbidität und Finanzkraft berücksichtigt. Der § 242 SGB V (Kassenindividuelle Zusatzbeiträge) soll gestrichen werden.

