

## **Kleine Anfrage**

**der Abgeordneten Kathrin Vogler, Harald Weinberg, Dr. Martina Bunge, Diana Golze, Werner Dreibus, Klaus Ernst, Cornelia Möhring, Yvonne Ploetz, Kathrin Senger-Schäfer, Sabine Zimmermann und der Fraktion DIE LINKE.**

### **Mögliche Diskriminierung von Versicherten durch den Krankenkassen-Wettbewerb**

Die Krankenkassen stehen durch die (im Wechsel oder gemeinsam von den Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN getragenen) Gesundheitsreformen der letzten Jahrzehnte in einem immer härteren Wettbewerb zueinander. Eine Versichertenstruktur mit vielen finanziell unattraktiven Versicherten stellt dabei für die Krankenkassen einen Wettbewerbsnachteil dar. So bedienen sich zumindest einige Krankenkassen unzulässiger oder zweifelhafter Methoden und bewegen solche Versicherte, die zu den „schlechten Risiken“ gezählt werden, zum Wechsel in andere Krankenkassen oder versuchen, über „Fangprämien“ ihre Versichertenstruktur lukrativer zu gestalten.

Gesetzlich steht zwar allen Mitgliedern einer gesetzlichen Krankenkasse ein freies Wahlrecht zu, wobei die Krankenkassen darauf keinen Einfluss ausüben oder gar insbesondere schwer kranke und teure Versicherte zu einer Kündigung auffordern dürfen. Dies hat die Bundesregierung auf die Mündliche Frage 57 der Abgeordneten Kathrin Vogler am 7. November 2012 bestätigt.

Dennoch gibt es Diskriminierung von bestimmten Versicherten durch Krankenkassen. So berichtete die ZDF-Sendung „Frontal21“ am 30. Oktober 2012, die KKH-Allianz habe Hunderte von Mitgliedern, die der Kasse den Zusatzbeitrag schuldig geblieben seien, telefonisch unter Druck gesetzt und systematisch zu meist schwer kranken und teuren Mitglieder den Austritt nahegelegt.

Inzwischen zahlen manche Krankenkassen „Fangprämien“ an ihre Angestellten für die Gewinnung neuer Mitglieder, wobei zum Teil Vorgaben hinsichtlich bestimmter Kriterien wie Einkommenshöhe gemacht werden: Chronisch Kranke, Alte und Menschen mit geringem Einkommen zählen für die KKH-Allianz laut einem Bericht von „Frontal21“ vom 6. November 2012 dabei nicht zu den erwünschten Mitgliedern.

Ehemalige Mitglieder der mittlerweile abgewickelten City-BKK hatten teilweise Schwierigkeiten, Mitglied einer anderen Kasse zu werden. Viele andere Krankenkassen waren offenbar deswegen wenig aufnahmewillig, weil sie die Befürchtung hatten, mit den ehemaligen City-BKK-Mitgliedern auch die strukturellen Probleme der City-BKK zu bekommen.

Diese bekannt gewordenen Beispiele zeigen, dass eine durch den Wettbewerb motivierte Diskriminierung von bestimmten Versichertengruppen trotz gesetz-

lichem Verbot existiert und dass die finanziellen Ausgleichssysteme zwischen den Krankenkassen nicht ausreichen.

Die Wahlfreiheit für die Versicherten führte vor der Einführung des Risikostrukturausgleichs (RSA) dazu, dass die Krankenkassen finanziell weit besser dastanden, deren Versicherte weniger oft und weniger schwer krank waren und deren Mitglieder höhere Einkommen erzielten, da so die Ausgaben für die Krankenkasse niedriger und die Einnahmen höher waren.

Der 1994 eingeführte Risikostrukturausgleich sollte strukturelle Vor- und Nachteile von Krankenkassen vor allem hinsichtlich Einkommen, Alter und Geschlecht der Mitglieder und Zahl der Mitversicherten ausgleichen. Im Jahr 2002 wurde ein Risikopool eingeführt für die Versicherung besonders kostenintensiver Versicherter. Dennoch mussten die Krankenkassen zur Deckung der Behandlungskosten ihrer Versicherten stark unterschiedliche Beitragssätze erheben, die 2008 von rund 13 Prozent bis über 17 Prozent reichten.

Im Jahr 2009 wurde mit der Einführung des Gesundheitsfonds und damit dem Ende der Beitragsautonomie der Kassen ein zielgenaues Instrument notwendig, um Verwerfungen in dem seitdem bestehenden Finanzierungssystem der Kassen zu vermeiden. Dies hat zur Schaffung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) geführt.

Der Morbi-RSA ist zwar tatsächlich zielgenauer als sein Vorgänger; aber auch er hat Mängel, die längst bekannt sind und bereits behoben sein könnten. Diese Mängel wurden nicht zuletzt vom Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs in seinem Gutachten von 2011 und 2012 mit dem Gebot von Änderungen festgestellt.

Alleiniger Grund für die weitere Existenz dieser Mängel ist nach Ansicht der Fragesteller der fehlende politische Wille der Bundesregierung, das RSA-System entsprechend auszugestalten.

Die Versicherten der ehemaligen City-BKK hatten es nach der Insolvenz sehr schwer, eine neue Krankenversicherung zu finden. Die Versichertenstruktur war durch ein überdurchschnittliches Alter der Versicherten und eine erhöhte Morbidität geprägt. Das Verhalten vieler Krankenkassen gegenüber ehemaligen City-BKK-Versicherten zeigt, dass die Krankenkassen negative Folgen durch die Aufnahme älterer und/oder kränkerer Versicherter erwarten. Trotz Morbi-RSA ist die Versichertenstruktur und nicht etwa die Verwaltungsstruktur zumindest zu einem wesentlichen Teil verantwortlich für die wirtschaftliche Lage der Kassen.

Denn für ältere Versicherte und solche mit bestimmten Krankheiten oder Multimorbide erhalten die Kassen weniger Geld als sie ausgeben müssen. So nimmt trotz Morbi-RSA der Grad der Unterdeckung mit steigenden Ausgaben je Versicherten und mit der Anzahl der Krankheiten eines Patienten, die vom Morbi-RSA überhaupt erfasst werden (so genannte hierarchisierte Morbiditätsgruppen, HMG) deutlich zu (vgl. Zeitschrift Gesundheits- und Sozialpolitik G+S, Heft 1/2012). Außerdem gibt es auch viele Krankheiten, die überhaupt nicht vom Morbi-RSA erfasst sind. Wenn eine Kasse vermehrt solche Versicherte hat, dann muss diese den so entstehenden Fehlbetrag durch Einsparungen, z. B. bei den Leistungen oder durch Zusatzbeiträge oder durch beides ausgleichen. Ebenso profitieren einige andere Kassen davon, dass durch die den Morbi-RSA Einnahmen aus dem Gesundheitsfonds die Ausgaben für ihre Versicherten überschreiten. Diese Krankenkassen können letztlich aufgrund ihrer Versichertenstruktur Prämien an ihre Mitglieder ausschütten.

Die Diskriminierung von älteren, chronisch oder mehrfach erkrankten Versicherten führt so für Krankenkassen zu wirtschaftlichen Vorteilen. Eine möglichst zielgenaue Ausgestaltung des Morbi-RSA ist darum ein originäres Interesse der Versicherten. Denn jede und jeder von ihnen kann jetzt oder zukünftig

zu einer Gruppe gehören, die in der derzeitigen unzureichenden Ausgestaltung des Morbi-RSA für eine Krankenkasse unattraktiv ist, da ihre Krankheiten nicht oder nicht ausreichend im Morbi-RSA berücksichtigt sind.

Gerade ein wettbewerbliches Gesundheitssystem, wenn es schon von den politischen Mehrheiten derzeit gewünscht ist, benötigt einen Morbi-RSA, der Kostenunterschiede von Versichertengruppen möglichst gut ausgleicht, damit der Wettbewerb nicht auf dem Rücken der Versicherten und Kranken ausgegtragen wird.

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Hat das Bundesversicherungsamt (BVA) inzwischen eine Antwort bzw. Stellungnahme der KKH-Allianz zu den in der Sendung „Frontal21“ erhobenen Vorwürfe erhalten?  
Gibt es zusätzlich anderweitige neue Erkenntnisse?
2. Sind diese ausgewertet, und was hat diese Auswertung ergeben?  
Welche Konsequenzen zieht die Bundesregierung daraus?
3. Welche „allgemeinen Aufsichtsmittel“ (vgl. Antwort der Bundesregierung auf die Mündliche Frage 57 der Abgeordneten Kathrin Vogler, Anlage 39 des Plenarprotokolls 17/203) stehen der Aufsichtsbehörde zur Verfügung?  
Handelt es sich dabei auch um finanzielle Sanktionen?  
Welche Höhe können solche Sanktionen annehmen?
4. Welche andere Art von Sanktionen oder Strafen könnten von wem gegen eine Krankenkasse, die in dieser Form gegen geltendes Recht verstößt, verhängt werden?
5. Welche Konsequenzen für die aufnahmeunwilligen Krankenkassen hatte das Verhalten vieler Krankenkassen gegenüber Mitgliedern der ehemaligen City-BKK, denen der Kassenwechsel absichtlich erschwert wurde?
6. Hat die Bundesregierung Erkenntnisse über den Deckungsgrad der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für die Versicherten der ehemaligen City-BKK vor deren Schließung?
7. Sind – neben den im Zuge des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes verbesserten Verfahren im Falle einer Schließung einer Krankenkasse – auch Sanktionsmöglichkeiten eingeführt worden für die Möglichkeiten, die Kassen haben, um unerwünschte Versicherte fernzuhalten?
8. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über vom Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD) am 1. November 2012 gemeldete Vorkommnisse, dass gesetzlich Versicherte, die längere Zeit im Krankengeldbezug waren, von Kassenmitarbeitern zu einer Kündigung ihres Arbeitsverhältnisses gedrängt werden, damit die Krankenkasse diese Ausgaben nicht länger tragen muss?
9. Welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung aus Vorgängen, die in einem Bericht von „Frontal21“ vom 6. November 2012 bekannt wurden, denen zufolge die KKH-Allianz Prämien für die Gewinnung neuer Mitglieder bezahlt und dabei Vorgaben hinsichtlich einer bestimmten Mindesteinkommensgrenze macht?  
Hält die Bundesregierung dieses Vorgehen für gesetzeskonform?  
Wenn ja, gibt es gesetzlichen Änderungsbedarf?
10. Gibt es derzeit Anreize für gesetzliche Krankenkassen, Versichertengruppen mit bestimmten Vorerkrankungen, bestimmten Alter und/oder be-

stimmten Einkommen aus dem Versichertenbestand fernzuhalten, während gleichzeitig andere Versichertengruppen erwünscht sind?

Welche Versichertengruppen betrifft dies jeweils?

11. Liegen der Bundesregierung Berechnungen vor, die die Angaben von Dr. Dirk Göppfarth (in G+S, Heft 1/2012) widerlegen, dass sich die Deckungsquoten nach Ausgabengruppen stark unterscheiden und für die niedrigste Ausgabengruppe die Deckung im Jahr 2010 über 350 Prozent lag, also die Kasse mehr als dreieinhalb mal so viel Geld bekommt, wie sie für diese Versichertengruppe ausgeben muss, dagegen bei so genannten Hochkostengruppen die Deckungsquote auch unter 50 Prozent oder auch weit darunter abrutscht?

Welche Auswirkungen können die unterschiedlichen Deckungsquoten auf das Verhalten der Krankenversicherungen gegenüber den Versicherten aus den jeweiligen Ausgabengruppen haben?

12. Liegen der Bundesregierung Berechnungen vor, die die Angaben von Dr. Dirk Göppfarth (in G+S, Heft 1/2012) widerlegen, dass bei jüngeren Versicherten Überdeckungen bestehen, dagegen im Alter zunehmend Unterdeckungen, und dass dies in der fehlenden Annualisierung der Ausgaben Verstorbener begründet ist?

Welche Auswirkungen können die unterschiedlichen Deckungsquoten auf das Verhalten der Krankenversicherungen gegenüber den Versicherten aus unterschiedlichen Altersgruppen haben?

13. Welche legalen Möglichkeiten für gesetzliche Krankenkassen, ihre Versichertenstruktur im Sinne einer Erhöhung der Deckungsquote für ihre Ausgaben durch den Gesundheitsfonds zu verändern, sind der Bundesregierung bekannt?
14. Ist es für die Bundesregierung erwünscht bzw. hinnehmbar, dass gesetzliche Krankenkassen im Sinne einer Erhöhung der Deckungsquote für ihre Ausgaben ihre Versichertenstruktur optimieren, und sieht sie hier gesetzgeberischen Änderungsbedarf?
15. Welches nach geltendem Recht gegebenenfalls illegale Verhalten mit dem Ziel der Verbesserung der Versichertenstruktur ist der Bundesregierung seit Inkrafttreten des Morbi-RSA bekannt geworden?
16. Welche Krankenkassen sind der Bundesregierung oder dem Bundesversicherungsamt bereits negativ aufgefallen, bei denen der Verdacht nahelag, es sollten unerwünschte Versicherte ferngehalten oder Bestandsversicherte in eine andere Kasse gedrängt werden?
17. Stimmt die Bundesregierung darin überein, dass „Fangprämien“, wie sie nach Berichten nicht nur von der KKH-Allianz, sondern auch von anderen Kassen, wie der AOK Niedersachsen (Hannoversche Allgemeine Zeitung, 8. November 2012), für die Gewinnung neuer Mitglieder gezahlt werden, aus dem Gesamtbudget der Kassen bezahlt werden und somit nicht mehr für die Versorgung von Patientinnen und Patienten Verfügung stehen?
- Sind solche Zahlungen sowie weitere Ausgaben für die Versichertenwerbung in der gesetzlichen Krankenversicherung gewünscht, oder sieht die Bundesregierung hier gesetzlichen Handlungsbedarf?
18. Was nutzt die Werbung der Krankenkassen, die auf die Gewinnung erwünschter Mitglieder zur Verbesserung der Deckungsquote abzielt, dem Gesundheitssystem als Ganzes, und wären die dafür aufgewendeten Geldmittel systemisch betrachtet in der Versorgung nutzbringender angelegt?

19. Welche Vorteile hat eine Krankenkasse mit vielen Versicherten gegenüber einer Krankenkasse mit weniger Versicherten?  
Ist es ein Ziel des Wettbewerbs, die Anzahl der Kassen weiter zu senken?  
Auf welche Kassenzahl soll der Wettbewerb hinauslaufen?  
Hält es die Bundesregierung für sinnvoll, Fusionen und Insolvenzen von gesetzlichen Krankenkassen durch einen ungenauen Morbi-RSA zu befördern?
20. Wie hoch ist nach Angaben des Bundesversicherungsamtes die jeweilige Deckungsquote der Zuweisungen aller einzelnen Kassen?
21. Wie hoch ist die Deckungsquote nach Kassenarten?
22. Weshalb werden nicht möglichst viele Krankheiten im Morbi-RSA berücksichtigt, sondern in der Zahl begrenzt?  
Was wäre der Nachteil an einem solchen Vorgehen?
23. Welche Verbesserungen des Risikostrukturausgleichs (RSA) hielt der Wissenschaftliche Beirat und auch das Bundesversicherungsamt im Sommer 2012 für geboten?  
Welche Veränderungen des RSA sind neben der Annualisierung der Verstorbenen im Stellungsnahmeverfahren von den Krankenkassen in diesem und im letzten Jahr gefordert worden?  
Welche dieser Maßnahmen hat die Bundesregierung umgesetzt?

Berlin, den 26. November 2012

**Dr. Gregor Gysi und Fraktion**





