

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Kathrin Vogler, Harald Weinberg, Dr. Martina Bunge, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 17/11657 –**

Mögliche Diskriminierung von Versicherten durch den Krankenkassen-Wettbewerb

Vorbemerkung der Fragesteller

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 zumeist 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 gesetzlichem 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 ausgetragen wird.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Die Bundesregierung teilt die Auffassung der Fragesteller nicht, dass der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen auf dem Rücken der Versicherten und Kranken ausgetragen wird. Ausweislich der vorliegenden Erkenntnisse handelt es sich bei den in der Anfrage aufgeführten Diskriminierungsversuchen um Einzelfälle. Auf diese Fälle wurde nach Bekanntwerden umgehend reagiert und Abhilfe geschaffen. Im Zusammenhang mit der Schließung der City BKK sind das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), die Aufsichtsbehörden von Bund und Ländern sowie der GKV-Spitzenverband unmittelbar aktiv geworden und haben Gegenmaßnahmen ergriffen. Der Gesetzgeber hat für künftige Schließungsfälle Regelungen zur Sicherstellung eines reibungslosen Kassenwechsels getroffen und entsprechend sind bei einer nachfolgenden Kassenschließung keine vergleichbaren Probleme mehr aufgetaucht.

Auch im Fall der von „Frontal21“ dargestellten Verhaltensweisen von Mitarbeitern der KKH-Allianz ist das Bundesversicherungsamt (BVA) als zuständige Aufsichtsbehörde sofort eingeschritten, um den Sachverhalt zu ermitteln und Maßnahmen gegen rechtswidriges Verhalten zu ergreifen. Einzelheiten sind den nachfolgenden Antworten zu entnehmen. Aus den genannten Beispielen ist keineswegs auf eine flächendeckende, systematische Diskriminierung von alten und kranken Versicherten durch die Krankenkassen zu schließen. Das Gegenteil ist der Fall. Die Tatsache, dass in den Jahren seit Einführung der freien Kassenwahl durch die Versicherten im Jahr 1994 auch bei intensiviertem Kassenwettbewerb bisher nur wenige Einzelfälle von Versuchen der Krankenkassen, die Wahlfreiheit einzuschränken, bekannt wurden, zeigt, dass die Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen ihr Recht auf freie Kassenwahl ungehindert ausüben können.

Soweit aber im Einzelfall versucht worden ist, dieses Recht einzuschränken, sind die gesetzlichen Voraussetzungen für ein wirksames Einschreiten der Aufsichtsbehörden gegeben und werden von diesen auch unmittelbar genutzt. Krankenkassen, die sich auf diese Weise rechtswidrig verhalten, müssen zudem mit einem beträchtlichen Ansehensverlust und einer Schwächung im Kassenwettbewerb um Mitglieder rechnen.

Die Fragesteller führen richtigerweise aus, dass der Morbi-RSA tatsächlich zielgenauer ist als sein Vorgänger, der bis zum Jahr 2008 wirksame Alt-RSA. Vor dem Hintergrund, dass das Recht der Versicherten zur freien Kassenwahl uneingeschränkt gilt und ausgeübt wird, überzeugt die Argumentation nicht, dass Verstöße von Krankenkassen gegen die Wahlfreiheit im Einzelfall auf Mängel im Risikostrukturausgleich zurückzuführen sind. Dessen ungeachtet ist der Morbi-RSA als lernendes System ausgestaltet, so dass die Frage seiner Weiterentwicklung unabhängig von dem hier angesprochenen Sachzusammenhang Gegenstand einer fachlichen und politischen Diskussion bleibt.

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?

Das BVA hat das BMG mit Schreiben vom 26. November 2012 über den aktuellen Sachstand seiner aufsichtsrechtlichen Prüfung informiert. Danach wurden die Vorwürfe aus der ZDF-Sendung „Frontal21“ durch die unabhängige Innenrevision der Krankenkasse eingehend geprüft.

Zusätzliche anderweitige Erkenntnisse liegen der Bundesregierung nicht vor.

2. Sind diese ausgewertet, und was hat diese Auswertung ergeben?

Welche Konsequenzen zieht die Bundesregierung daraus?

Der Bericht der Innenrevision der KKH-Allianz wurde dem BVA übergeben und ist Ausgangspunkt seiner weiteren Ermittlungen. Danach sei die in der Sendung angesprochene Telefonaktion aus Anlass von Zahlungsrückständen beim Zusatzbeitrag vor Einleitung von Vollstreckungsmaßnahmen durchgeführt und ca. 1 000 Versicherte seien von Ende Oktober 2010 bis Anfang Dezember 2011 kontaktiert worden. Dabei sei in ca. 200 Fällen in nicht hinnehmbarer Weise auf die Versicherten Einfluss genommen worden, die Kasse zu wechseln. Teilweise sei auch in unzulässiger Weise die Niederschlagung säumiger Zusatzbeiträge angeboten worden. 135 Kündigungen seien ermittelt worden. An der Aktion sei nur eine geringe Zahl von Mitarbeitern beteiligt gewesen, die Gespräche seien lediglich von zwei Mitarbeitern geführt worden. Eine unmittelbare Verantwortung des Vorstandes der Krankenkasse könne nach gegenwärtigem Erkenntnisstand nicht festgestellt werden. Eine unzureichende Überwachung der handelnden Mitarbeiter durch Vorgesetzte sei wesentliche Ursache der rechtswidrigen Verhaltensweisen gewesen.

Das BVA berichtet, dass die KKH-Allianz zugesagt habe, geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um vergleichbare Verhaltensweisen künftig auszuschließen. Das BVA werde diese Maßnahmen überwachen und erforderlichenfalls weitere aufsichtsrechtliche Maßnahmen ergreifen. Hinsichtlich der konkreten Vorkommnisse werde ungeachtet dessen weiter ermittelt.

Diese weiteren Ermittlungen sind abzuwarten. Gegenwärtig wird laut ergänzender Stellungnahme des BVA in einem Schreiben vom 5. Dezember 2012 insbesondere der Bericht der Innenrevision einer ausführlichen Prüfung unterzogen.

Das BVA berichtet in diesem jüngsten Schreiben darüber hinaus über neue Erkenntnisse zu den organisatorischen Regelungen, die die KKH-Allianz treffen wolle, um vergleichbare Vorkommnisse zukünftig zu vermeiden. Die Krankenkasse habe einen Maßnahmenkatalog unter anderem mit folgendem Inhalt vorgelegt:

Als Sofortmaßnahme werde für Mitarbeiter und Versicherte die Stelle eines Ombudsmanns eingerichtet und in der Kasse kommuniziert. Die Aufgabe werde vom Datenschutzbeauftragten wahrgenommen. Im Rahmen von Schulungen werde die gesetzeskonforme Beratung der Versicherten und die Verpflichtung der Mitarbeiter zur versichertenfreundlichen Kommunikation besonders betont. Ferner werde in diesem Zusammenhang auch die Sensibilität für datenschutzrechtliche Aspekte erhöht. Die Kasse prüfe, ob den Mitarbeitern ein System zur Verfügung gestellt werden solle, um sich auch ggf. anonym an Kontroll- und Überwachungsstellen zu wenden. Empfänger der Hinweise könnten themenbezogen, z. B. die Interne Revision und der Datenschutzbeauftragte, sein. Es

würden umfangreiche Konzepte zur Optimierung des Datenschutzes unter Einbindung des Datenschutzbeauftragten entwickelt und umgesetzt.

Diese Maßnahmen werden vom BVA geprüft und ihre Umsetzung begleitet.

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?

Die Fragen 3 und 4 werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Steht nach Überzeugung der Aufsichtsbehörde fest, dass der Versicherungsträger eine Rechtsverletzung begangen hat, kommt in der Regel nur der Erlass eines Verpflichtungsbescheides in Betracht, um diese zu beheben. In dieser Situation soll die Aufsichtsbehörde jedoch zunächst beratend darauf hinwirken, dass der Versicherungsträger die Rechtsverletzung behebt. Die Beratung hat insofern eine zentrale Bedeutung. Nach Erlass eines Verpflichtungsbescheides kann dieser von der Aufsichtsbehörde mit Zwangsmitteln durchgesetzt werden, wenn seine sofortige Vollziehung angeordnet worden oder er unanfechtbar geworden ist (§ 89 Absatz 1 Satz 3 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch – SGB IV). Als Zwangsmittel stehen den Aufsichtsbehörden grundsätzlich die Ersatzvornahme, das Zwangsgeld und der unmittelbare Zwang zur Verfügung. Um das Verfahren zur Durchsetzung eines Verpflichtungsbescheids effizient zu gestalten, kann die Aufsichtsbehörde ein Zwangsmittel und insbesondere ein Zwangsgeld „für jeden Fall der Nichtbefolgung“ androhen (§ 89 Absatz 1 Satz 4 SGB IV).

5. Welche Konsequenzen für die aufnahmeunwilligen Krankenkassen hatte das Verhalten vieler Krankenkassen gegenüber Mitgliedern der ehemaligen City-BKK, denen der Kassenwechsel absichtlich erschwert wurde?

Das BVA hat im Jahr 2011 festgestellt, dass anlässlich der Schließung der City BKK der vom Gesetzgeber gewollte unproblematische Wechsel zu einer neuen Krankenkasse in zahlreichen Fällen mit erheblichen Schwierigkeiten für die betroffenen Versicherten verbunden war. Dies galt vor allem für Versicherte in den Städten Hamburg und Berlin.

Verschiedene Krankenkassen hatten wegen der großen Zahl der Betroffenen Probleme bei der organisatorischen Bewältigung der Mitgliederaufnahme. Darüber hinausgehend wurden insbesondere aufgrund der komplexen rechtlichen Fragestellungen im Zusammenhang mit der Umsetzung von Kassenschließungen Versicherte in Einzelfällen von Kassenmitarbeitern unvollständig beraten.

Das BVA hat die erforderlichen aufsichtsrechtlichen Maßnahmen gegenüber den betroffenen Krankenkassen ergriffen, um den Wechsel sicherzustellen. In der Folge konnten alle Versicherten der geschlossenen City BKK eine neue Krankenkasse wählen. Zu Lücken im Krankenversicherungsschutz ist es nicht gekommen.

Anlässlich der zweiten Kassenschließung, der BKK für Heilberufe zum 31. Dezember 2011, hat das BVA keine entsprechenden Probleme mehr festgestellt. Die Versicherten konnten reibungslos ihre Kasse wechseln.

Um die in der Frage angesprochenen Fälle zukünftig zu vermeiden, hat der Gesetzgeber im Übrigen die Regelung des § 175 Absatz 2a SGB V geschaffen, wonach die Aufsichtsbehörde insbesondere bei rechtswidriger Ablehnung der Mitgliedschaft die Kasse zur Behebung des Rechtsverstoßes verpflichtet und dies mit der Androhung des Zwangsgeldes verbindet. Die oben genannten allgemeinen Aufsichtsbefugnisse wurden insoweit für Fälle einer rechtswidrigen Behinderung des freien Kassenwahlrechts nochmals verschärft. In der Verwaltungspraxis des BVA war eine Anwendung dieser Norm bislang nicht erforderlich.

6. Hat die Bundesregierung Erkenntnisse über den Deckungsgrad der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für die Versicherten der ehemaligen City-BKK vor deren Schließung?

Die Bundesregierung verweist auf ihre Ausführungen zum Datenschutz in der Antwort auf die Schriftlichen Frage 93 der Abgeordneten Dr. Martina Bunge (Bundestagsdrucksache 17/10968). Die Zuweisungen an die einzelnen Krankenkassen und die auf dieser Grundlage ermittelten Deckungsquoten stellen wettbewerbsrelevante, nicht öffentlich zugängliche Größen dar, an deren Geheimhaltung die einzelne Krankenkasse ein berechtigtes, schutzwürdiges Interesse hat; es handelt sich mithin um Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse der einzelnen Krankenkasse. Diese Informationen stehen Sozialdaten gleich. Eine gesetzliche Befugnis zu deren Bekanntgabe besteht auch nach Schließung einer Krankenkasse nicht.

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?

Die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung haben ein uneingeschränktes Wahlrecht. Sie können ihre Mitgliedschaft bei der Krankenkasse ihrer Wahl begründen und fortsetzen. Die Mitglieder können ihre Mitgliedschaft kündigen, die Krankenkassen können hingegen nicht ihren Mitgliedern kündigen. Seit April 2007 kann eine Krankenkasse die Mitgliedschaft freiwillig Versicherter auch im Fall von Beitragsschulden nicht mehr beenden. Krankenkassen, die versuchen, auf ihre Mitglieder Einfluss zu nehmen, um sie zu einem Wechsel in eine andere Krankenkasse zu veranlassen, verstoßen gegen ihre gesetzlichen Verpflichtungen, egal wie subtil die Einflussnahme ist. Die Aufsichtsbehörden verfügen – wie zu den Fragen 4 und 5 erläutert – über umfassende Befugnisse, um auf die Krankenkasse einzuwirken und ein gesetzwidriges Verhalten zu unterbinden.

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?

In der Pressemitteilung des SoVD-Landesverbandes Niedersachsen vom 1. November 2012 wird angegeben, der Landesverband stelle einen Trend fest, dass Versicherten im Gespräch mit Kassenmitarbeitern immer häufiger nahegelegt werde, auf den Weiterbezug von Krankengeld zu verzichten und das jeweilige Arbeitsverhältnis aus Krankheitsgründen zu kündigen. Der Bundesregierung

liegen hierzu keine Erkenntnisse vor. Die Angaben des SoVD Niedersachsen sind sehr allgemein gefasst und benennen keine konkreten Fakten. Hier ist der SoVD aufgefordert, seine Vorwürfe durch konkrete Hinweise einer Überprüfung zugänglich zu machen.

Das BVA und der GKV-Spitzenverband wurden um Stellungnahme gebeten, ob ihnen hierzu nähere Erkenntnisse vorliegen. Das BVA berichtet, dass dies nicht der Fall sei. Der GKV-Spitzenverband weist auf den sachlichen Hintergrund von Gesprächen zwischen Krankenkassenmitarbeitern und arbeitsunfähigen Versicherten im Rahmen des sog. Arbeitsunfähigkeits- bzw. Krankengeldfallmanagements hin.

Zielsetzung dieser Gespräche sei es, die notwendigen Informationen zu erhalten, um insbesondere folgende Fragen zu klären: Erforderlichkeit einer sozialmedizinischen Beurteilung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) und eines ggf. unterstützenden Einwirkens auf den weiteren Verlauf der Arbeitsunfähigkeit, Abklärung der Möglichkeiten einer stufenweisen Wiedereingliederung und ggf. unterstützendes Tätigwerden. Diese Versicherungsgespräche und weitere Instrumente der Informationsbeschaffung seien Teil der in der Begutachtungsanleitung Arbeitsunfähigkeit festgelegten Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen und MDK in der Einzelfallbegutachtung. Die Begutachtungsanleitung habe der GKV-Spitzenverband am 12. Dezember 2011 auf der Grundlage des § 282 Absatz 2 Satz 3 SGB V beschlossen.

Der GKV-Spitzenverband führt aus, dass ihm keine Erkenntnisse darüber vorliegen, dass Krankenkassen in den genannten Versichertengesprächen Druck auf die Versicherten ausüben und diese auffordern würden, ihre Arbeitsverhältnisse zu kündigen. Sofern der SoVD konkrete Fallgestaltungen benennen könne, werde er sich um eine entsprechende Klärung bemühen.

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?

Die Aufnahme der Versicherten von einem Mindesteinkommen abhängig zu machen, verstößt gegen § 175 Absatz 1 Satz 2 SGB V und ist mit den gesetzlichen Grundlagen nicht vereinbar. Dementsprechend sind auch Zielgruppenvereinbarungen der Krankenkassen mit dem Vertrieb (eigenes Personal oder beauftragte Dritte), wonach keine oder niedrigere Prämien für Mitglieder mit einem niedrigen Einkommen oder hohen Leistungsausgaben gezahlt werden, unzulässig. Das BVA teilt mit, dass es die erforderlichen Maßnahmen ergreift, um dem Rechtsverstoß abzuwehren.

10. Gibt es derzeit Anreize für gesetzliche Krankenkassen, Versichertengruppen mit bestimmten Vorerkrankungen, bestimmten Alter und/oder bestimmten Einkommen aus dem Versichertenbestand fernzuhalten, während gleichzeitig andere Versichertengruppen erwünscht sind?

Welche Versichertengruppen betrifft dies jeweils?

Vor Einführung der freien Wahl der Krankenkasse durch die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung konnten Krankenkassen einen niedrigeren Beitrag erheben, wenn sie vor allem junge, gesunde, gut verdienende Mitglieder

ohne beitragsfrei familienversicherte Angehörige versicherten. Mit Einführung der freien Kassenwahl im Jahr 1994 und der gleichzeitigen Einführung des Risikostrukturausgleichs wurde diesem bestehenden Anreiz zur Risikoselektion durch die Krankenkassen entgegengewirkt. Der Risikostrukturausgleich wurde durch die Reformgesetze von 2001 und 2007 weiterentwickelt zum heutigen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich, der Selektionsstrategien deutlich stärker entgegenwirkt als der im Jahr 1994 eingeführte Alt-RSA. Ein reiner Ausgabenausgleich würde Anreize zur Risikoselektion vollständig unterbinden, aber auch den Wettbewerb um eine wirtschaftliche Versorgung und eine gute Versorgungsqualität. Die Bundesregierung sieht im Wettbewerb zwischen den Krankenkassen ein wesentliches Steuerungsinstrument. Anreize zur Risikoselektion sind daher zu verringern (§ 268 Absatz 1 Nummer 3 SGB V), können aber nicht vollständig ausgeschlossen werden.

Entscheidend ist in jedem Fall, dass die Kassenwahlfreiheit der Mitglieder nicht eingeschränkt wird, sondern in vollem Umfang fortbesteht. Hier sind die Aufsichtsbehörden gefordert, Verhalten von Krankenkassen zu unterbinden, das die gesetzlichen Rechte der Versicherten missachtet.

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?

Die Fragen 11 und 12 werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Zum jeweils ersten Teil der beiden Fragen ist anzuführen, dass der Bundesregierung keine anderen Berechnungen vorliegen.

Zur Frage nach den Auswirkungen auf das Verhalten der Krankenkassen ist auf folgenden Zusammenhang hinzuweisen: Die Krankenkassen erhalten aus dem Gesundheitsfonds Zuweisungen zur Deckung ihrer Leistungsausgaben und ihrer sonstigen Ausgaben nach § 266 Absatz 1 Satz 1 SGB V. Diese Zuweisungen dienen zur Deckung ihrer gesamten Ausgaben. Die Einführung des Merkmals Morbidität durch Berücksichtigung von 50 bis 80 ausgewählten Krankheiten ab dem Jahr 2009 hatte das Ziel, die Finanzausstattung der Krankenkassen mit vielen kranken Versicherten insgesamt zu verbessern. Diese verbesserte, zielgerichtete Mittelzuweisung ist von den Krankenkassen dann für die Versorgung aller Versicherten einzusetzen, und zwar unabhängig davon, ob die jeweiligen Leistungsausgaben einer einzelnen Versichertengruppe durch die Zuweisungen gedeckt werden oder nicht und ob der Versicherte eine der 80 berücksichtigten

Krankheiten hat oder eine andere, nicht berücksichtigte Krankheit. Maßgeblich ist, dass sich die Zielgenauigkeit der Zuweisungen insgesamt verbessert hat. Diese deutliche Verbesserung hat der Evaluationsbericht des Wissenschaftlichen Beirats beim BVA 2011 auf der Grundlage der Daten des RSA 2009 festgestellt und dieses Ergebnis wird auch durch den in der Frage zitierten Artikel an Hand der Zahlen des Jahresausgleichs 2010 bestätigt (siehe S. 15 des Artikels).

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?

Über die Pflichtleistungen hinaus können gesetzliche Krankenkassen in verschiedenen Leistungsbereichen Satzungsleistungen und Wahltarife anbieten. Die Krankenkassen können als Wettbewerbsinstrument insofern ein differenziertes Leistungsangebot bereit halten, das grundsätzlich von allen Versicherten in Anspruch genommen werden kann. Die Versicherten sollen von den Wahlmöglichkeiten profitieren. Insbesondere soweit Krankenkassen freiwillig zusätzliche Leistungen für besondere Leistungsbedarfe Versicherter anbieten, sind in der Frage angedeutete Steuerungsmöglichkeiten nicht erkennbar.

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?

Auf die Antworten zu den Fragen 10 und 13 wird verwiesen.

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?

Die Fragen 15 und 16 werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Als Beispiele für eine unzulässige Einflussnahme von Krankenkassen auf ihre Versichertenstruktur sind insbesondere die Probleme im Zusammenhang mit der Schließung der City BKK (siehe Antwort zu Frage 5) sowie der Fall der KKH-Allianz (siehe Antworten zu den Fragen 1 und 2) zu nennen.

Soweit im Übrigen bislang in der Aufsichtspraxis Probleme im Zusammenhang mit dem Anspruch von Versicherten auf Begründung oder Durchführung der Mitgliedschaft bei Krankenkassen aufgetreten sind, berichtet das BVA, dass es sich in der Regel um Einzelfälle handle, welche ihre Ursachen in einer fehlerhaften Rechtsanwendung der Vorschriften des SGB V hätten. Regelmäßig genüge hier ein Hinweis des BVA, um die Rechtskonformität der Fallbearbeitung durch die Kasse im Einzelfall sicherzustellen.

Demgegenüber lägen dem BVA keine Erkenntnisse über planmäßige Vorgehensweisen einzelner Versicherungsträger hinsichtlich einer rechtswidrigen Einflussnahme auf Versicherte zum Kassenwechsel vor.

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 Versicherten-gewinnung in der gesetzlichen Krankenversicherung gewünscht, oder sieht die Bundesregierung hier gesetzlichen Handlungsbedarf?

Die Möglichkeit der Mitglieder der Krankenkassen, ihre Krankenkasse grundsätzlich frei wählen zu können, führt zu einem Wettbewerb der Krankenkassen um Mitglieder. Im Rahmen dieses Wettbewerbs muss es einer Krankenkasse möglich sein, ihr besonderes Profil und das damit zusammenhängende Leistungsspektrum darzustellen. Die hierdurch entstehenden Kosten für die Mitglieder-gewinnung sind nicht den Leistungsausgaben der Krankenkassen zuzuordnen. Sie zählen, unabhängig davon, ob die Mitglieder-gewinnung durch Krankenkassenmitarbeiter oder Externe durchgeführt wird, zu den Verwaltungsausgaben einer Krankenkasse. Die Verwaltungsausgaben der Krankenkassen waren gemäß § 4 Absatz 4 SGB V bis zum 31. Dezember 2012 gesetzlich begrenzt.

Es sollte den Krankenkassen grundsätzlich unbenommen sein, ob sie die Mitglieder-gewinnung ausschließlich durch eigene Kräfte oder aber teilweise durch Dritte organisieren. Auch in diesem Bereich gelten jedoch für die Krankenkasse die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit. Aus diesem Grund haben die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder in ihren Gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätzen konkrete Obergrenzen für die Ausgaben der Krankenkassen für Mitgliederwerbung festgelegt.

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?

Der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen ist erwünscht. Zulässige Werbemaßnahmen sind dabei ein Teil des Wettbewerbs. Maßgeblich ist, dass die Wahlfreiheit der Versicherten hierdurch nicht eingeschränkt wird. Auf die Antworten zu den Fragen 10 und 17 wird verwiesen.

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?

Eine generalisierende Aussage über Vorteile großer Krankenkassen mit vielen Versicherten gegenüber kleinen Krankenkassen mit weniger Versicherten ist nicht möglich. Auch die Ergebnisse des Evaluationsberichts des Wissenschaftlichen Beirats beim BVA sowie der in der Antwort zu den Fragen 11 und 12 zitierte Artikel von Dr. Dirk Göppfarth weisen auf die erheblichen Unterschiede innerhalb der Gruppe der kleinen und der großen Krankenkassen hin.

Ziel des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen um die Versicherten ist, eine gute und wirtschaftliche Versorgung dieser Versicherten sicherzustellen, nicht eine bestimmte Kassenzahl zu erreichen. Die dauerhafte Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse hängt dabei nicht nur von den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ab, sondern von zahlreichen anderen Faktoren, die sie im Rahmen ihres sozialgesetzlich eingeräumten Entscheidungsspielraums selbst gestaltet.

20. Wie hoch ist nach Angaben des Bundesversicherungsamtes die jeweilige Deckungsquote der Zuweisungen aller einzelnen Kassen?

Zu den in der Frage gewünschten Angaben für einzelne Kassen wird auf die Antwort zu Frage 6 verwiesen.

21. Wie hoch ist die Deckungsquote nach Kassenarten?

Das BVA hat für die Deckung der Gesamtausgaben der Krankenkassen durch die Gesamtzuweisungen im Jahr 2011 die folgenden Werte ermittelt: Gesetzliche Krankenversicherung 102,16 v. H., Allgemeine Ortskrankenkassen 102,37 v. H., Betriebskrankenkassen 101,98 v. H., Ersatzkassen 101,95 v. H., Innungskrankenkassen 103,12 v. H., Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See 101,03 v. H.

Die Deckungsquote in der gesetzlichen Krankenversicherung für das Ausgleichsjahr 2011 betrug deshalb 102,16 v. H., weil die tatsächlichen Ausgaben der Krankenkassen (175,16 Mrd. Euro) um 3,78 Mrd. Euro (entspricht 2,16 v. H.) unter dem im Herbst 2010 festgelegten und im weiteren Verfahren unveränderten Zuweisungsvolumen lagen (178,94 Mrd. Euro) und dieser Differenzbetrag mitgliederbezogen auf die Krankenkassen verteilt wurde (§ 41 Absatz 2 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung – RSVA).

22. Weshalb werden nicht möglichst viele Krankheiten im Morbi-RSA berücksichtigt, sondern in der Zahl begrenzt?

Was wäre der Nachteil an einem solchen Vorgehen?

Der Morbi-RSA soll vor allem Anreize zur Risikoselektion verringern und zugleich keine Anreize zur medizinisch nicht gerechtfertigten Leistungsausweitung setzen. Vor dem Hintergrund dieser Zielsetzung hat der Gesetzgeber vorgegeben, dass der Auswahl der Morbiditätsgruppen 50 bis 80 insbesondere kostenintensive chronische Krankheiten und Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf zu Grunde zu legen sind. Der Morbi-RSA ist dabei als „lernendes System“ ausgestaltet. Der Wissenschaftliche Beirat beim BVA hat in seinem Evaluationsbericht die Wirkungen einer Vervollständigung des Morbiditätsausgleichs untersucht, hieraus aber keine Empfehlung abgeleitet. Die Bundesregierung vertritt daher weiterhin die Auffassung, dass kein unmittelbarer Bedarf an grundlegenden Änderungen besteht und die Erfahrungsgrundlage mit dem Morbi-RSA zu erweitern ist. Darüber hinaus weist der in den Fragen 11 und 12 zitierte Artikel von Dr. Dirk Göppfarth aus, dass bereits durch die jährlichen Anpassungen des Klassifikationssystems (siehe Antwort zu Frage 23) eine Verbesserung der Zielgenauigkeit der Zuweisungen zur Deckung der Leistungsausgaben erreicht werden kann (s. S. 10 des Artikels).

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?

Nach § 31 Absatz 2 und 4 RSAV überprüft das BVA jährlich auf der Grundlage der von der RSAV vorgegebenen Kriterien und der entsprechenden Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs die Auswahl der im Morbi-RSA zu berücksichtigenden Krankheiten sowie die auf der Grundlage der ausgewählten Krankheiten zugrunde zu legenden Morbiditätsgruppen, den Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Morbiditätsgruppen, das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge und legt diese nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes bis zum 30. September erneut für das Folgejahr fest.

Im Rahmen des Festlegungsprozesses werden jedes Jahr eine Reihe von Anpassungen diskutiert und umgesetzt. Diese betreffen sowohl die Krankheitsauswahl, die Morbiditätsgruppen, den Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Morbiditätsgruppen, das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge. Eine Darstellung der im Rahmen des Festlegungsprozesses diskutierten Anpassungsvorschläge würde den Rahmen dieser Anfrage sprengen. Einzelheiten des Diskussionsprozesses können den jeweiligen Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das jeweilige Ausgleichsjahr entnommen werden, die auf der Homepage des BVA unter www.bundesversicherungsamt.de/cln_339/nn_1046668/DE/Risikostrukturausgleich/Festlegungen/festlegungen__node.html?__nnn=true veröffentlicht werden. In den entsprechenden Erläuterungen zu den Festlegungen für die Jahre 2012 und 2013 werden auch die im Rahmen der Anhörung von den Krankenkassen geforderten Maßnahmen zusammenfassend dargestellt. Darüber hinaus stellt das BVA im Internet auch die im einzelnen eingegangenen Stellungnahmen der Krankenkassen zur Verfügung.