

Kleine Anfrage

der Abgeordneten Birgitt Bender, Elisabeth Scharfenberg, Dr. Harald Terpe, Maria Klein-Schmeink, Alexander Bonde, Markus Kurth, Beate Müller-Gemmeke, Dr. Wolfgang Strengmann-Kuhn und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Kleine Solidargemeinschaften als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall

Personen, die weder in der gesetzlichen noch in der privaten Krankenversicherung versichert sind, sind versicherungsfrei, wenn für sie ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall besteht (§ 5 Absatz 1 Nummer 13 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V) beziehungsweise vergleichbare Ansprüche im Sinne des § 193 Absatz 3 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) bestehen. Ein Teil dieser Personen sind in Selbsthilfeeinrichtungen oder Solidargemeinschaften abgesichert. Dabei handelt es sich zumeist um lokale und regionale Hilfesysteme, deren Mitglieder sich im Krankheitsfall gegenseitig unterstützen. Dazu zählen beispielsweise der Verein Pfälzischer Pfarrerinnen und Pfarrer, die Spargemeinschaft und Unterstützungskasse der Polizei Münster und die Samarita Solidargemeinschaft. In diesen Gemeinschaften, die sich in der „Bundesarbeitsgemeinschaft von Selbsthilfeeinrichtungen – Solidargemeinschaften im Gesundheitswesen e. V.“ (BASSG) zusammengeschlossen haben, erfolgt die Finanzierung der Beiträge über verbindliche Beitragsordnungen, die vom jeweiligen Vorstand unter Berücksichtigung versicherungsmathematischer Grundsätze festgelegt werden. Über die jeweilige Zuwendungsgewährung wird auf Antrag des Mitglieds entschieden. Die Grundprinzipien der Gemeinschaften beruhen auf Solidarität, Subsidiarität und Eigenverantwortung.

Bislang gibt es keine allgemein verbindlichen Kriterien, die von Solidargemeinschaften zu erfüllen sind, damit eine Versicherungspflicht in der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung ausgeschlossen werden kann. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) beauftragte im Dezember 2008 auf Initiative der BASSG den Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Spitzenverband), in Abstimmung mit der BASSG und dem Verband der privaten Krankenversicherung (PKV-Verband), einen Kriterienkatalog zu entwickeln, dessen Einhaltung Voraussetzung ist, damit die Mitglieder einer Solidargemeinschaft die Pflicht zur Versicherung erfüllen. Der PKV-Verband hatte im April 2009 seine Bereitschaft zur Mitarbeit signalisiert. Der GKV-Spitzenverband hat im August 2009 einen Anforderungskatalog zur Bewertung der Mitgliedschaft in einer Selbsthilfeeinrichtung beziehungsweise Solidargemeinschaft im Gesundheitswesen als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall im Sinne des § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V aufbauend auf der Grundlage der BASSG Qualitätskriterien vorgelegt. Das BMG stimmte diesem Anforderungskatalog im Jahr 2009 zu, der PKV-Verband stimmte diesem Anforderungskatalog nicht zu, weswegen der Katalog bis heute nicht veröffentlicht wurde. Inzwischen verweigert auch das BMG seine Zustimmung zum Kriterienkatalog.

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Teilt die Bundesregierung die Auffassung, dass durch die Unterscheidung und Einführung eines anderweitigen Anspruchs durch den Gesetzgeber klar gestellt ist, dass neben den bekannten Absicherungsformen in der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung eine weitere Absicherungsform möglich ist?

Falls ja, welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung daraus?

Falls nein, wie interpretiert die Bundesregierung den Begriff anderweitiger Anspruch?

2. a) Unter welchen Bedingungen beziehungsweise Kriterien ist die Mitgliedschaft bei einer sozialen Selbsthilfeeinrichtung oder Solidargemeinschaft, die keinem privaten Krankenversicherungsunternehmen zuzuordnen ist, als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall anzuerkennen?
b) Wurden zu dem in Frage 2a genannten Sachverhalt eigene Kriterien vom BMG erarbeitet?
3. Bestehen nach Auffassung der Bundesregierung seitens der Mitglieder gegenüber den Trägern der anderweitigen Absicherung faktische oder rechtliche Ansprüche im Krankheitsfall, deren Erfüllbarkeit dauernd gesichert ist, und ist dieser Anspruch mit einer Absicherung in der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung vergleichbar, so dass neben diesen Absicherungsformen die weitere Absicherungsform möglich ist?
4. Teilt die Bundesregierung die Auffassung, dass für die Bewertung der genannten Sachverhalte das Vorhandensein der Leistungsansprüche, die zwar nicht rechtlich, aber doch faktisch bestehen müssen und die annähernd dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen, ausschlaggebend sein muss?

Falls ja, erfüllen die Mitgliedsorganisationen der BASSG die oben genannten Kriterien?

5. Zu welchen Ergebnissen ist es in den Gesprächen mit dem GKV-Spitzenverband gekommen, in denen die Frage diskutiert wurde, inwieweit für die Mitgliedsorganisationen der BASSG ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall gemäß § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V besteht?
6. Zu welchen Ergebnissen ist es in den Gesprächen mit dem PKV-Verband gekommen, in denen die Frage diskutiert wurde, inwieweit für die Mitgliedsorganisationen der BASSG „vergleichbare Ansprüche“ bestehen und dadurch in der privaten Krankenversicherung keine Versicherungspflicht gemäß § 193 Absatz 3 VVG besteht?

Warum hat der PKV-Verband den Kriterienkatalog nicht anerkannt?

7. Welche Auffassung vertreten das BMG und das Bundesministerium der Justiz hinsichtlich der Frage, inwieweit für die Mitgliedsorganisationen der BASSG „vergleichbare Ansprüche“ bestehen und dadurch in der PKV keine Versicherungspflicht gemäß § 193 Absatz 3 VVG besteht?
8. Wie bewertet die Bundesregierung die vom PKV-Verband empfohlene Möglichkeit, dass die BASSG-Mitgliedsorganisationen die Rechtsform des Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit annehmen?

Bleiben nach Auffassung der Bundesregierung die zum jetzigen Zeitpunkt geltenden Grundprinzipien der BASSG-Mitgliedsorganisationen durch den Vorschlag des PKV-Verbands noch gewahrt?

9. Teilt die Bundesregierung die Auffassung, dass für den Fall, dass die BASSG-Mitgliedsorganisationen die Rechtsform des Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit annehmen müssten, die Beiträge nicht nach sozialen Gesichtspunkten (abhängig von der Wirtschaftskraft) gestaltet werden könnten, sondern nach dem Risiko, also Alter, Geschlecht und Gesundheit berechnet werden müssten und dadurch Ältere, Kränkere und Familien oftmals nicht teilnehmen, da entweder die Aufnahme abgelehnt wird oder die Beiträge zu hoch werden würden?

Falls ja, welche Schlussfolgerung zieht die Bundesregierung daraus?

Falls nein, warum nicht?

10. Wie und in welchem Zeithorizont will die Bundesregierung für Anerkennungsregeln bezüglich der anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall sorgen?

Berlin, den 17. Dezember 2010

Renate Künast, Jürgen Trittin und Fraktion

