



Mitglied des Deutschen Bundestages
Herrn Harald Weinberg
11011 Berlin

Daniel Bahr

Parlamentarischer Staatssekretär
Mitglied des Deutschen Bundestages

HAUSANSCHRIFT Friedrichstraße 108, 10117 Berlin
POSTANSCHRIFT 11055 Berlin

TEL +49 (0)30 18441-1070
FAX +49 (0)30 18441-1074
E-MAIL daniel.bahr@bmg.bund.de

Berlin, 16. Juni 2010

**Fragestunde des Deutschen Bundestages am 16. Juni 2010;
BT-Drucksache 17/2059, Fragen Nr. 41 und 42**

Anlage: - 1 -

Sehr geehrter Herr Kollege,

als Anlage übersende ich Ihnen die Antworten auf Ihre o. a. Fragen.

Mit freundlichen Grüßen

Bundesministerium für Gesundheit

Fragestunde des Deutschen Bundestages am 16. Juni 2010

BT-Drucksache 17/2059, Fragen Nr. 41 und 42

des Abgeordneten Herrn Harald Weinberg, DIE LINKE.

Frage Nr. 41:

Sind der Bundesregierung Krankenkassen bekannt, die sich darüber beklagen, dass eine unzureichende Ausgestaltung des Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) sie benachteiligt und welche Gründe sprechen dagegen oder dafür, den Morbi-RSA nicht nur auf etwa 80 Krankheiten, sondern möglichst umfassend auszugestalten?

Antwort:

Das Interesse einer gesetzlichen Krankenkasse an einer Ausweitung oder Einschränkung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs ist in erster Linie davon abhängig, wie diese Krankenkasse von seinen Verteilungswirkungen betroffen ist. Für die Weiterentwicklung des Morbi-RSA sind aber nicht die Interessenlagen von Einzelkassen maßgeblich, sondern die Sicherstellung eines funktionsfähigen, auf Wirtschaftlichkeit und Qualität ausgerichteten Wettbewerbs der Krankenkassen. Im Herbst 2010 werden die Ergebnisse des Jahresausgleichs für 2009 als erstem Jahr des Morbi-RSA vorliegen. Diese Ergebnisse werden bei der Umsetzung des Zieles der Bundesregierung, den Morbi-RSA auf das notwendige Maß zu reduzieren, zu vereinfachen sowie unbürokratisch und unanfällig für Manipulationen auszugestalten, eine wesentliche Grundlage sein.

Frage Nr. 42:

Wie läuft aus der Sicht eines Versicherten eine Schließung bzw. Insolvenz seiner Krankenkasse ab und was passiert, wenn er sich nicht aktiv um eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse bemüht?

Antwort:

Auch bei Schließung einer Krankenkasse durch die Aufsichtsbehörde oder nach Eröffnung eines Insolvenzverfahrens durch das Insolvenzgericht (bzw. dessen Nichteröffnung mangels Masse; § 171b Absatz 5 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – SGB V) ist der Versicherungsschutz für die Mitglieder gesichert. Während ihrer Abwicklung besteht die Krankenkasse zunächst fort (§ 155 Absatz 1 SGB V) und hat die vor der Schließung entstandenen Ansprüche aus der Versicherung zu erfüllen und etwaige noch offene Beitragsforderungen einzuziehen.

Reicht das Vermögen der geschlossenen Krankenkasse insoweit nicht aus haften die Krankenkassen der gleichen Kassenart und nachrangig auch alle übrigen gesetzlichen Krankenkassen. Neue Leistungsansprüche gegenüber der geschlossenen Krankenkasse können jedoch nicht mehr entstehen, weil die Mitgliedschaft mit dem Zeitpunkt der Wirksamkeit der Schließung endet. Laufende Leistungen werden grundsätzlich von der neu zuständigen Krankenkasse übernommen.

Nach der Schließung stehen den Mitgliedern der geschlossenen Krankenkasse die allgemeinen Wahlrechte zu, d. h. sie können eine andere wählbare Krankenkasse wählen und dort eine Mitgliedschaft begründen.

Übt ein Versicherungspflichtiger sein Wahlrecht nicht aus, hat die zur Meldung verpflichtete Stelle (z. B. der Arbeitgeber) den Versicherungspflichtigen bei einer wählbaren Krankenkasse anzumelden und den Versicherungspflichtigen unverzüglich über die gewählte Krankenkasse zu informieren. Erfolgt auch diese Meldung nicht, wird die Mitgliedschaft bei einer nach den vom GKV-Spitzenverband festgelegten Regeln für zuständig erklärten Krankenkasse begründet. Mit diesen Regelungen ist sichergestellt, dass für Versicherungspflichtige ohne Unterbrechung eine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse besteht.

Für Versicherungsberechtigte (z. B. Selbstständige, die die Voraussetzungen für eine freiwillige Mitgliedschaft erfüllen) gibt es ein solches Meldeverfahren nicht. Üben sie ihr Wahlrecht für eine Krankenkasse nicht aus, kann eine freiwillige Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse nicht durchgeführt werden. Aufgrund der zum 1. April 2007 eingeführten nachrangigen Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V) tritt jedoch für Personen ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall, die zuletzt gesetzlich versichert waren, Versicherungspflicht ein. Die Mitgliedschaft in einer Krankenkasse aufgrund dieser nachrangigen Versicherungspflicht entsteht ab dem 1. Tag ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall und ist – auch rückwirkend – mit Beitragszahlungen verbunden. Die Versicherungsberechtigten sollten sich im Fall einer Insolvenz oder Schließung ihrer Krankenkasse daher umgehend an eine andere wählbare Krankenkasse wenden, um ihre Mitgliedschaft dort fortzusetzen.