



HESSISCHER LANDTAG

16. 04. 2021

Kleine Anfrage

Dr. Dr. Rainer Rahn (AfD) vom 17.08.2020

Personen ohne Krankenversicherung

und

Antwort

Minister für Soziales und Integration

Vorbemerkung Fragesteller:

Nach einer Meldung des Statistischen Bundesamtes hat sich die Anzahl von Personen ohne Krankenversicherung in der Bundesrepublik zwischen 2015 und 2019 von 79.000 auf 143.000 fast verdoppelt. Betroffen sind häufig freiwillig Versicherte – z.B. Selbstständige mit geringen Einkünften – und Privatversicherte mit Beitragsrückständen. Das Bundesgesundheitsministerium erklärte, keine Hinweise auf die Ursachen des Anstiegs zu haben. Nicht versicherte Personen werden in der Regel nur bei akuten Erkrankungen und Unfällen behandelt, chronische und potentiell lebensbedrohliche Erkrankungen bleiben häufig unbehandelt. Teilweise werden Gesetzesänderungen zur Schließung von Regelungslücken gefordert sowie die Einrichtung von Fonds, die die Behandlungskosten bis zur Klärung des Versicherungsstatus der Betroffenen übernehmen.

Diese Vorbemerkung des Fragestellers vorangestellt, beantworte ich die Kleine Anfrage wie folgt:

Frage 1. Wie viele Personen lebten 2015 in Hessen ohne Krankenversicherung und wie viele sind es derzeit?

Zahlen dazu, wie viele Menschen in Deutschland ohne Versicherungsschutz leben, hat das Statistische Bundesamt erfasst und berichtet in seiner Pressemitteilung Nr. 40 vom 4. Oktober 2016, dass im Jahr 2015 in Deutschland rund 80.000 Menschen ohne Krankenversicherungsschutz waren. Das entspricht 0,1 % der Bevölkerung (Ergebnisse des alle vier Jahre erhobenen Zusatzprogramms „Angaben zur Krankenversicherung“ aus dem Mikrozensus). Zahlen für Hessen liegen nicht vor.

Frage 2. Welches sind nach Kenntnis der Landesregierung die wesentlichen Ursachen für eine fehlende Krankenversicherung der unter erstens genannten Personen?

Gründe für die Zahl des deutlichen Anstiegs der Nichtversicherten können nur vermutet werden. Haben Betroffene Beitragsrückstände in Höhe von mehreren Monaten, kann es zu einem eingeschränkten Leistungsanspruch für das Mitglied kommen (§ 16 Abs. 3a SGB V). Dennoch besteht grundsätzlich immer, unabhängig davon, ob Beiträge rückständig sind oder nicht, ein Anspruch auf Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Ebenso sind Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten in einem festgelegten Rahmen möglich. Können Versicherte ihre Beitragsrückstände nicht sofort in voller Höhe zurückzahlen, sind auch Lösungen wie beispielsweise Ratenzahlungen möglich.

Frage 3. Welche Maßnahmen hält die Landesregierung für sinnvoll und zielführend, um die Anzahl nicht versicherter Personen zu reduzieren?

Es gibt bereits geltende, unter Mitwirkung des Landes Hessen zustande gekommene Rechtsvorschriften, die dies bewirken.

Zunächst wurde zum 1. April 2007 eine besondere Versicherungspflicht in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung für Menschen eingeführt, die zu einem früheren Zeitpunkt ohne eine Anschlussversicherung aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschieden sind bzw. die wegen Beitragsrückständen aus ihrer freiwilligen Krankenversicherung ausgeschlossen werden mussten. Dies ist die Versicherungspflicht für bislang Nichtversicherte gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V. Diese Versicherungspflicht war so konzipiert, dass die betroffenen Menschen bei der

Feststellung der Voraussetzungen mitwirken mussten. Soweit eine Mitwirkung nicht bzw. nicht im ausreichenden Umfang erfolgte, konnten die gesetzlichen Krankenkassen die Voraussetzungen für diese Versicherungspflicht nicht prüfen und diese somit auch nicht feststellen. Vergleichbare Regelungen gelten für die private Kranken- und Pflegeversicherung seit dem 1. Januar 2009.

Da die zum 1. April 2007 eingeführte Versicherungspflicht für bislang Nichtversicherte nach Auffassung der damaligen Bundesregierung nicht den gewünschten Erfolg gebracht hatte, wurde zum 1. August 2013 als ergänzende gesetzliche Regelung beschlossen, dass für Menschen, die ohne einen anderweitigen Versicherungsschutz aus einer gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden, die bisherige Versicherung in Form einer freiwilligen Versicherung fortgeführt werden muss (obligatorische Anschlussversicherung – oAV). Diese Versicherung ist so konzipiert, dass sie auch zu Stande kommt, wenn die/der Betroffene zunächst bei der Aufklärung des Sachverhalts nicht mitwirkt.

Die gesetzlichen Krankenkassen nehmen Personen, unabhängig von sozialem Status, Einkommen oder möglichen Vorerkrankungen auf, wenn sie keinen Krankenversicherungsschutz haben und entweder

- zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder
- bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren.

Sind die Personen bisher weder gesetzlich noch privat krankenversichert, können sie als Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung nur aufgenommen werden, wenn sie bisher nicht hauptberuflich selbstständig oder nicht bereits als sogenannte versicherungsfreie Personen gelten. In diesen Ausnahmefällen geht man davon aus, dass die Personen aufgrund ihres Sozialversicherungsstatus (z.B. Selbstständige, Beamte usw.) bereits in dem System der privaten Krankenversicherungen gewesen sind oder hätten sein sollen.

Auch die privaten Krankenversicherungen haben diese Prüfung vorzunehmen. Die Personen, die per Gesetz dem privaten Krankenversicherungssystem zugewiesen sind, haben deshalb einen Anspruch auf Aufnahme in die private Krankenversicherung gegenüber den privaten Krankenversicherungsunternehmen.

Der Gesetzgeber hat damit Regelungen geschaffen, um allen Personen einen Krankenversicherungsschutz zu gewährleisten, gesetzlich oder privat. Allerdings zeigt der Mikrozensus, dass es trotz dieser gesetzlichen Regelungen einen sehr geringen Anteil der Bevölkerung gibt, der weiterhin ohne Versicherungsschutz ist. Das können Menschen ohne Papiere, Menschen ohne Obdach oder gering verdienende Selbstständige sein, die die Zahlungen für die Krankenversicherung nicht mehr aufbringen können und dabei keine aktive Veränderung ihres Versichertenstatus vornehmen. Es hat Priorität, diese Menschen in einen regulären Versicherungsschutz zu bringen. Die gesetzlichen Krankenkassen sind deshalb gesetzlich verpflichtet, alle Menschen ohne Krankenversicherungsschutz über die jeweiligen Versicherungsmöglichkeiten aufzuklären und Lösungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Dies ist in Kundenberatungen, per Telefon oder online je nach Bedarf des Betroffenen möglich.

Die Hessische Landesregierung hat sich außerdem darauf verständigt, für Menschen ohne Versicherungsschutz zu prüfen, inwieweit eine anonyme Krankenbehandlung bezahlt erfolgen kann.

Frage 4. Steht die Landesregierung in Kontakt mit der Bundesregierung und/oder den Regierungen anderer Bundesländer, um die unter drittens aufgeführten Maßnahmen umzusetzen?

Nein. Es handelt sich um die Anwendung geltender Rechtsvorschriften.

Frage 5. Falls viertens zutreffend: Wie ist der aktuelle Stand?

Nicht zutreffend. Siehe Antwort auf Frage 4.

Wiesbaden, 13. April 2021

In Vertretung:
Anne Janz