

Kleine Anfrage

der Abgeordneten Hedi Thelen (CDU)

und

Antwort

des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen

Menschen ohne Krankenversicherungsschutz

Die **Kleine Anfrage 1233** vom 18. Februar 2008 hat folgenden Wortlaut:

Nach Aussage der Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt sind in Deutschland etwa 100 000 Menschen ohne Versicherungsschutz.

Ich frage die Landesregierung:

1. Wie viele Menschen in Rheinland-Pfalz sind ohne Krankenversicherungsschutz (aufgegliedert nach Geschlecht und Alter)?
2. Wie und von wem wird auf diese nichtversicherten Menschen eingewirkt, damit diese ihrer Versicherungspflicht nachkommen?
3. Welche Hilfe erhalten die nichtversicherten Menschen durch öffentliche Stellen?
4. Wie gehen die Krankenkassen in Rheinland-Pfalz mit säumigen Beitragszahlern um?

Das **Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen** hat die Kleine Anfrage namens der Landesregierung mit Schreiben vom 7. März 2008 wie folgt beantwortet:

Zu 1.:

Nach den Ergebnissen der Mikrozensus-erhebung, die alle vier Jahre auch Fragen zur Krankenversicherung enthält, liegt die Zahl der Nichtversicherten in Rheinland-Pfalz bei zirka 5 600 (Stand: 2003), wobei dieser Wert nach Aussage des Statistischen Landesamtes Rheinland-Pfalz in seiner Aussagekraft eingeschränkt ist. Aktuelle Zahlen für das Jahr 2007 liegen dem Statistischen Landesamt voraussichtlich erst Anfang April 2008 vor. Dem Jahresergebnis 2007 kann jedoch nicht eindeutig entnommen werden, wie sich die Änderungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) ausgewirkt haben, da die Versicherungspflicht für Nichtversicherte zum 1. April 2007 und der neu eingeführte Standardtarif für ehemals privat Krankenversicherte zum 1. Juli 2007 eingeführt wurde. Eine vergleichbare Erhebung von Nichtversicherten, wie sie durch das Bundesministerium für Gesundheit im Februar 2008 stattgefunden hat, ist auf Länderebene aufgrund der heterogenen Krankenkassenstruktur mit bundesunmittelbaren und landesunmittelbaren Krankenkassen nicht möglich.

Zu 2.:

Das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen hat in Pressemitteilungen immer wieder darauf aufmerksam gemacht, dass durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) zahlreiche Menschen, die aus unterschiedlichen Gründen nicht mehr krankenversichert sind, wieder einen Krankenversicherungsschutz beanspruchen können. Darüber hinaus befürwortet die Landesregierung die aktuelle gemeinsame Plakataktion des Bundesministeriums für Gesundheit, der sechs Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege und des Verbraucherzentrale Bundesverbands, die auf die Rückkehrmöglichkeiten hinweist. Mit ihrem dichten Netz lokaler Beratungsstellen verfügen die Verbände über einen guten Zugang zu Unversicherten. Über 25 000 Plakate und 245 000 Flyer werden derzeit bundesweit aufgehängt und ausgelegt.

Darüber hinaus bietet die Unabhängige Patientenberatung Deutschland, Beratungsstelle Ludwigshafen (UPD), unter der Telefonnummer (06 21) 592 96 50 eine Patientenberatung zur Erlangung eines Krankenversicherungsschutzes an. Träger der UPD-Beratungsstelle Ludwigshafen ist die Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz.

Zu 3.:

Die gesetzlichen Krankenkassen sind gemäß § 14 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch verpflichtet, bei allen Fragen, die in ihren Aufgabenbereich fallen, Betroffene umfassend und damit auch über die Erlangung eines Krankenversicherungsschutzes zu beraten. Ziel dieser Beratung ist es, dem Einzelnen alle erforderlichen Kenntnisse zu vermitteln, die er benötigt, um seine Rechte und Pflichten wahrnehmen zu können. Es handelt sich um eine individuelle, auf die Umstände des Einzelfalls zugeschnittene Vermittlung der rechtlichen und tatsächlichen Grundlagen.

Auch die Sozialbehörden sind gemäß § 11 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch zur Beratung Hilfesuchender verpflichtet. Die Beratung muss richtig, sachgerecht, unmissverständlich und vollständig sein. Darüber hinaus prüft der betroffene Träger der Sozialhilfe, ob eine Möglichkeit besteht, nichtversicherte Hilfebedürftige in der privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung zu versichern. Erst wenn diese Möglichkeit nicht gegeben ist, werden Leistungen der Hilfe bei Krankheit im Rahmen des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch gewährt.

Bisher nichtversicherte Menschen können auch finanzielle Hilfen für eine Versicherung erhalten. Als Folge der neu eingeführten Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch wurde die Vorschrift für die Übernahme von Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen angepasst.

Die Erweiterung des § 32 Abs. 1 Satz 1 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sieht vor, dass die Träger der Sozialhilfe die Pflichtbeiträge für Personen zu übernehmen haben, die unabhängig von den aufgrund der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder nach § 2 Abs. 1 Nr. 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989) zu zahlenden Pflichtbeiträgen hilfebedürftig sind. Das gilt auch für den zu zahlenden Zusatzbeitrag nach § 241 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Ab dem 1. Juli 2007 besteht in der privaten Krankenversicherung ein Beitrittsrecht ohne Risikoprüfung und mit Kontrahierungszwang (so genannter Standardtarif). Die Krankenversicherungsbeiträge für den Standardtarif dürfen nicht teurer sein als der monatliche Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung (derzeit zirka 500 Euro). Damit privat Versicherte im Standardtarif durch die Beitragszahlungen finanziell nicht überfordert werden, wurden in der privaten Krankenversicherung gemäß § 315 Abs. 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit § 12 Abs. 1 c Satz 4 bis 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes ab 1. Januar 2009 Sozialklauseln und für Bedürftige Zuschüsse durch die Grundsicherungsträger vorgesehen.

Entsteht demnach durch die Zahlung des Beitrags zum Standardtarif Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, vermindert sich der Beitrag für die Dauer der Hilfebedürftigkeit um die Hälfte. Die Hilfebedürftigkeit ist vom zuständigen Träger auf Antrag des Versicherten zu prüfen und zu bescheinigen. Besteht auch bei einem verminderten Beitrag Hilfebedürftigkeit, beteiligt sich der zuständige Träger nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch auf Antrag des Versicherten im erforderlichen Umfang, soweit dadurch Hilfebedürftigkeit vermieden wird.

Zu 4.:

Bis zur Einführung der Versicherungspflicht für alle in Deutschland lebenden Personen nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zum 1. April 2008 haben freiwillig Versicherte ihren Versicherungsschutz in der gesetzlichen Krankenversicherung verloren, wenn sie für zwei Monate die fälligen Beiträge trotz des Hinweises auf die damit verbundenen Rechtsfolgen nicht gezahlt haben. Diese Regelung ist zum 31. März 2007 entfallen, da sie mit einer „Versicherung für alle“ nicht vereinbar wäre. Die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist obligatorisch für die Personen, die die normierten Voraussetzungen erfüllen. Sie tritt deshalb auch rückwirkend ein, wenn sie erst zu einem späteren Zeitpunkt festgestellt wird, weil die oder der Versicherte sich beispielsweise erst nach einem halben Jahr bei einer Krankenkasse meldet.

Für den zurückliegenden Zeitraum sind grundsätzlich Beiträge nachzuzahlen. Werden Krankenkassenbeiträge durch die Sozialhilfeträger übernommen, dann gilt das allerdings nur für die laufenden und nicht für die rückständigen Beiträge.

Das ist das Ergebnis eines politischen Kompromisses, der im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes erzielt wurde. Die rückständigen Beiträge müssen von dem Betroffenen selbst aufgebracht werden. Die Krankenkassen haben jedoch in ihren Satzungen Bestimmungen aufzunehmen, die für solche Fälle Erleichterungen bei der Nachzahlung der Beiträge vorsehen (vgl. § 186 Abs. 11 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch). Die Satzungen der Krankenkassen enthalten dementsprechend Regelungen zur Beitragsermäßigung, -stundung und zum Beitragserlass, die auf eine Prüfung im Einzelfall zugeschnitten sind. Nach Auskunft der landesunmittelbaren Krankenkassen liegen jedoch zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Anträge auf Stundung, Ermäßigung oder den Erlass von Beiträgen gemäß 186 Abs. 11 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vor.

Die Nichtzahlung von Beiträgen soll zum einen nicht sanktionslos bleiben, zum anderen sollen die Krankenkassen nicht allein das Risiko der Nichtzahlung von Beiträgen tragen. Deshalb sieht das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz ein Ruhen des Leistungsanspruchs bei Nichtzahlung der Beiträge vor (§ 16 Abs. 3 a Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch). Dieses Ruhen erstreckt sich jedoch nicht auf Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände und bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Es endet, wenn alle rückständigen Beiträge gezahlt sind oder wenn Versicherte hilfebedürftig im Sinne der Regelungen über das Arbeitslosengeld II oder im Sinne des Sozialhilferechts werden. Auch die Stundung von Beiträgen führt dazu, dass das Ruhen nicht einsetzt oder beendet wird.

Die Krankenkasse kann im Wege der regulären Vollstreckung Beiträge eintreiben. Zur Durchsetzung der Verpflichtung der Beitragszahlung ist die schuldhafte Nichtzahlung der Beiträge gemäß § 24 Abs. 1 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit einem Säumniszuschlag in Höhe von 5 v. H. des rückständigen Beitrages zu versehen. Das ist erforderlich, weil Einnahmeausfälle von der Versicherungsgemeinschaft auszugleichen sind.

Der Landesregierung liegen gegenwärtig keine Erkenntnisse über rechtswidriges Verhalten der Krankenkassen im Umgang mit säumigen Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern vor. Auch die für die landesunmittelbaren Krankenkassen zuständige Aufsichtsbehörde, das Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung Rheinland-Pfalz, hat auf Nachfrage bestätigt, dass bislang keine Beschwerden erhoben wurden.

Malu Dreyer
Staatsministerin