

## Antwort

### der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Frank Spieth, Klaus Ernst,  
Dr. Martina Bunge, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.  
– Drucksache 16/8081 –**

### **Aufnahme bislang Nichtversicherter in die gesetzliche und private Krankenversicherung – Selbständige, Obdachlose, Papierlose und andere Gruppen**

#### Vorbemerkung der Fragesteller

„Künftig werden alle Nichtversicherten wieder von der gesetzlichen oder der privaten Krankenversicherung aufgenommen. Niemand muss ohne Versicherungsschutz bleiben. Ein selbständiger Handwerker zum Beispiel wird seinen Versicherungsschutz in Zukunft nicht verlieren, nur weil er vorübergehend Liquiditätsprobleme hat.“, so argumentierte ein Bundestagsabgeordneter der Koalition in seiner Rede für die Neuregelungen zum Versicherungsschutz am 2. Februar 2007.

„Ganz Deutschland wird krankenversichert“ ist die Aussage, die im Rahmen der Werbekampagne des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zur Versicherungspflicht in Broschüren, Plakaten und Anzeigen an die Bevölkerung gerichtet ist.

Diese Kleine Anfrage hat unter anderem zum Ziel, diese Aussagen der Koalition und der Regierung zu überprüfen.

Seit dem 1. April 2007 besteht für zuletzt gesetzlich Versicherte und für prinzipiell der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zuzuordnende Menschen eine Versicherungspflicht. Alle anderen muss die private Krankenversicherung in den Standardtarif aufnehmen und darf niemanden ablehnen. Eine Versicherungspflicht für privat Versicherte wird 2009 kommen.

Es kursieren unterschiedliche Angaben und Schätzungen zur Anzahl der Nichtversicherten. In den parlamentarischen Beratungen zu den hier behandelten Thema sprach die Bundesministerin für Gesundheit Ulla Schmidt von bis zu 300 000 Nichtversicherten (vgl. z. B. [www.tagesspiegel.de](http://www.tagesspiegel.de)). Auch im Mikrozensus wird die Anzahl der Nichtversicherten in der Bundesrepublik Deutschland thematisiert. Ergebnis: Die Zahl der Nichtversicherten steigt ständig und hat sich von 1995 bis 2007 auf 211 000 mehr als verdoppelt.

Der Mikrozensus zeigt aber noch mehr (vgl. [www.uni-essen.de/medman](http://www.uni-essen.de/medman)): 1995 waren fast 75 Prozent der Nichtversicherten Nichterwerbspersonen. 2003

nur noch etwa 40 Prozent. Die neuen Nichtversicherten sind zu einem großen Teil kleine Selbständige, die ihre Krankenversicherungsbeiträge nicht mehr zahlen konnten, sowie Erwerbslose, Angestellte, Arbeiter und sonstige Erwerbstätige.

Nichtversichert zu sein, ist meist ein Problem ärmerer Menschen: Bis 1 100 Euro Monatseinkommen hat man – gemessen am Durchschnitt – ein erhöhtes Risiko, keine Krankenversicherung zu haben und das Risiko steigt mit abnehmendem Einkommen stark an. Menschen ohne Schulabschluss sind fast drei Mal so häufig nichtversichert wie Menschen mit Schulabschluss. Ähnlich fällt der Vergleich von Ausländern (legaler Aufenthaltsstatus) mit Deutschen aus.

Wenn die betroffenen Menschen nicht durch Sozialhilfe abgesichert sind, bedeutet dies, dass sie selbst für medizinische Versorgung zahlen müssen. Da sie sich dies in der Regel nicht oder nur schlecht leisten können, sind sie von Gesundheitsleistungen in vielen Fällen ausgeschlossen.

Krankheiten werden also oft erst spät oder gar nicht behandelt. Das Aufschieben von Krankheiten ist jedoch deutlich teurer als Prävention oder frühzeitige Behandlung und kann auch zu unnötigen Notfällen führen. Die Nichtbehandlung von Krankheiten kann auch ein Infektionsrisiko für die restliche Bevölkerung darstellen.

Zu den Risikogruppen gehört die Gruppe der Kleinstselbständigen, deren Gewinne kaum für die Lebensführung reichen und die daher die Krankenversicherungsbeiträge, den Sonderbeitrag und zukünftig auch den Zusatzbeitrag nicht mehr zahlen können. Eine weitere Risikogruppe sind Studierende oberhalb des 14. Semesters oder des 30. Lebensjahres, für die die vergünstigte studentische Versicherung nicht mehr greift.

Eine Gruppe, deren Gesundheit und aus vielen Gründen deutlich schlechter ist als bei der Durchschnittsbevölkerung, sind die 345 000 Obdachlosen (vgl. Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Beurteilung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Bundestagsdrucksache 16/6339 S. 360 ff.). Deshalb hat diese Gruppe einen erhöhten Versorgungsbedarf und viele Betroffene haben einen akuten Behandlungsbedarf. Zwar wurden die meisten formalen Hürden zur Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen seit dem In-Kraft-Treten des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) 2004 sowie des neuen Zweiten Buches Sozialgesetzbuch (SGB II) herabgesetzt und formal auch in das System der gesetzlichen Krankenversicherung integriert. Viele Ärgern, Arbeitsagenturen oder Optionskommunen verweigern jedoch den Leistungsanspruch mit der Begründung, die Obdachlosen hielten sich nur kurzfristig an dem Beantragungsort auf.

Obdachlose müssen aber quartalsweise bei Arztbesuchen die Praxisgebühr entrichten und Zuzahlungen zu Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln leisten. Dies stellt viele Menschen, gerade auch in dieser Bevölkerungsgruppe vor die Entscheidung, einen Arzt zu besuchen oder etwas zu essen zu kaufen. Viele Obdachlose scheitern auch daran, einen Antrag auf Zuzahlungsbefreiung zu stellen. Dies alles erschwert die medizinische Versorgung Obdachloser.

Weiterhin völlig ungeklärt bleibt die Krankheitsabsicherung von Menschen „ohne Papiere“. Gesundheit und medizinische Behandlung sind ein Menschenrecht. Dies hat die Bundesrepublik Deutschland in mehreren menschenrechtlichen Übereinkommen anerkannt; der Aufenthaltsstatus darf daher nicht ausschlaggebend sein für die tatsächliche Gewährung dieses Rechtes. In der Realität sind diese Menschen oft ohne ausreichende medizinische Versorgung. Eine Krankenversicherung kommt nicht in Betracht, da dann der illegale Aufenthaltsstatus möglicherweise bekannt würde. Behandlungen sind aus Geldmangel und wegen der Furcht, entdeckt zu werden, nicht möglich. Die Anzahl der Papierlosen wird auf einige Hunderttausend bis zu einer Million geschätzt.

### Vorbemerkung der Bundesregierung

Der Krankenversicherungsschutz gehört zu den Grundpfeilern unseres Sozialstaates. Die Entwicklung der letzten zehn Jahre hat aber gezeigt, dass zunehmend mehr Menschen ihren Krankenversicherungsschutz verloren oder keinen

Zugang zur Krankenversicherung gefunden haben. Viele haben hier zu Recht ihre Hoffnungen auf die Gesundheitsreform gesetzt. Das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) hat dafür Sorge getragen, dass künftig jeder Bürger, der bisher ohne Absicherung im Krankheitsfall war, Zugang zu einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung hat.

- Seit 1. April 2007 greift die neue Versicherungspflicht für Personen ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall, die der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen sind. Zuletzt GKV-Versicherte ohne Versicherungsschutz wenden sich an ihre ehemalige Krankenkasse, die sie wieder aufnehmen muss.
- Seit 1. Juli 2007 ist der bereits existierende, jedoch bisher auf ältere Versicherte beschränkte Standardtarif der PKV für Personen geöffnet, die ihren privaten Krankenversicherungsschutz verloren haben bzw. für Personen, die ohne anderweitige Absicherung im Krankheitsfall sind und die der PKV zuzuordnen sind.
- Und ab 1. Januar 2009 gilt auch für privat Versicherte oder der PKV zuzuordnende Personen die Pflicht zur Versicherung. Gleichzeitig wird der neue Basistarif eingeführt, der dann den Standardtarif ablöst und für eine deutlich größere Personenzahl offen ist.

Jeder Versicherte muss aber auch seinen Teil dazu beitragen, das Krankheitsrisiko finanziell abzusichern. Denn die Pflicht zur Krankenversicherung verhindert auch, dass Menschen bewusst auf die Absicherung verzichten, weil sie darauf setzen, dass letztlich die Allgemeinheit die Kosten einer teuren medizinischen Behandlung tragen muss.

Auch die Krankenversorgung von hilfebedürftigen Personen, die steuerfinanzierte Sozialtransferleistungen beziehen, ist sichergestellt.

Bezieher von Arbeitslosengeld II sind in der GKV pflichtversichert. Anspruchsberechtigt nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) ist, wer u. a. seinen gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland hat. Auch bei dem Personenkreis der Wohnungslosen ist grundsätzlich davon auszugehen, dass diese Voraussetzung erfüllt ist. Dabei wird nicht zwischen ortsgebundenen und durchreisenden Wohnungslosen unterschieden. Für Personen ohne festen Wohnsitz ist der Träger zuständig, in dessen Bezirk sich der Hilfebedürftige tatsächlich aufhält. Dies ist regelmäßig dort, wo der Antrag gestellt wird. Für die Arbeitsgemeinschaften und Agenturen für Arbeit mit getrennter Aufgabenwahrnehmung gelten entsprechende Weisungen der Bundesagentur für Arbeit. Über ein davon abweichendes Verfahren der Arbeitsgemeinschaften, zugelassenen kommunalen Träger und Agenturen für Arbeit mit getrennter Aufgabenwahrnehmung liegen keine Erkenntnisse vor.

In der monatlichen Regelleistung nach § 20 SGB II ist auch ein Anteil für Gesundheitspflege enthalten. Bei der Bemessung der Regelleistung – entsprechend den Regelsätzen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch – Sozialhilfe (SGB XII) – wurden die Positionen „Pharmazeutische Erzeugnisse, andere medizinische Erzeugnisse und therapeutische Geräte und Ausrüstungen“ aus der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe in vollem Umfang berücksichtigt, da nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung – Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) – auch für Leistungsberechtigte nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) Zuzahlungen vorgesehen sind. Eigenleistungen bei der medizinischen Versorgung, die von der Krankenversicherung nicht übernommen werden, sind insoweit von der Regelleistung abgedeckt.

Nichtversicherte Personen, die am 1. April 2007 laufende Sozialhilfeleistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten oder Siebten Kapitel SGB XII bezogen,

sind zwar nicht von der neuen Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V erfasst, sie sind jedoch im Krankheitsfall über die Sozialhilfe abgesichert. Sie erhalten im Bedarfsfall die gleichen Gesundheitsleistungen wie Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung, entweder im Rahmen einer Krankenbehandlung gemäß § 264 Abs. 2 SGB V durch die gesetzliche Krankenversicherung gegen Kostenerstattung durch die Träger Sozialhilfe oder unmittelbar als „Hilfen zur Gesundheit“ nach dem SGB XII. Dieser Personenkreis wird sich im Zeitablauf immer weiter verringern. Da nun mehr ein Versicherungsschutz nicht durch einen späteren Bezug von Sozialhilfeleistungen endet, werden immer mehr Bezieher von Sozialhilfeleistungen Mitglied einer Krankenversicherung sein.

Die Zahl der wohnungslosen Personen ist nach den Schätzzahlen der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. seit mehreren Jahren rückläufig. Nur ein geringer Teil wandert umher.

1. Wie viele vorher Nichtversicherte sind seit der Gesetzesänderung am 1. April 2007 der GKV und wie viele der privaten Krankenversicherung (PKV) beigetreten?

Seit Inkrafttreten des GKV-WSG am 1. April 2007 haben auf der Basis der amtlichen Statistik der GKV mehr als 100 000 Personen einen Krankenversicherungsschutz auf der Grundlage der neuen Versicherungspflicht für Personen ohne anderweitige Absicherung im Krankheitsfall (§ 5 Abs. 1, Nr. 13 SGB V) erlangt.

Laut Verband der Privaten Krankenversicherung haben bis Ende des Jahres 2007 rund 3 300 vormals nicht versicherte Personen eine Versicherung im modifizierten Standardtarif nach § 315 SGB V i. V. m. § 257 Abs. 2a SGB V verlangt, also den ihnen gesetzlich eingeräumten Anspruch auf Abschluss eines Versicherungsvertrages im Standardtarif ausgeübt (§ 315 SGB V ist am 1. Juli 2007 in Kraft getreten).

Da im Bereich der PKV die Pflicht zur Versicherung im Übrigen erst zum 1. Januar 2009 greift, ist künftig mit einem weiteren Anstieg der Zahl zu rechnen. Es ist aber darauf hinzuweisen, dass der Pflicht zur Versicherung in der PKV auch durch Versicherung in anderen Tarifen Rechnung getragen werden kann. Die Zahl der im Standardtarif nach § 315 SGB V in Verbindung mit § 257 Abs. 2a SGB V oder – ab dem 1. Januar 2009 – im Basistarif nach § 12 Abs. 1a Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) neu Versicherten gibt daher nicht abschließend darüber Auskunft, wie viele ehemals Nichtversicherte einen Versicherungsvertrag mit einem Unternehmen der PKV abgeschlossen haben.

2. Wie viele Nichtversicherte gab es nach Einschätzung der Bundesregierung und anderen Schätzungen zum 31. März 2007, also vor der Gesetzesänderung, und wie viele gibt es heute?

Die Angaben der Bundesregierung zur Zahl der Personen ohne Krankenversicherung und ohne anderweitige Absicherung im Krankheitsfall basieren auf der repräsentativen Bevölkerungsumfrage des Mikrozensus, die vom Statistischen Bundesamt durchgeführt und veröffentlicht wird. Im Rahmen des Mikrozensus wird der Krankenversicherungsstatus der in Deutschland lebenden Bevölkerung allerdings nur alle vier Jahre erfasst und hochgerechnet. Hier wurde für das erste Quartal 2007 die Zahl von 211 000 Menschen ohne Krankenversicherungsschutz und ohne sonstigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall ermittelt.

Im Übrigen wird auf die Antworten zu den Fragen 1 und 3 verwiesen.

3. Ist die im Mikrozensus 2004 genannte Zahl der Nichtversicherten von 188 000 schlüssig, entspricht sie der Realität, und welche Gründe sprechen für eine tatsächlich höhere Anzahl?

Die im Jahr 2004 vom Statistischen Bundesamt bekannt gegebene Zahl der Personen ohne Krankenversicherung und ohne anderweitige Absicherung im Krankheitsfall von 188 000 spiegelt das Ergebnis der oben genannten Mikrozensusbefragung und der Hochrechnungen aus dem Jahr 2003. Die Zahl von 188 000 Personen wurde vom Statistischen Bundesamt in seiner Pressemitteilung vom 7. Februar 2008 erstmals auf 177 000 Personen korrigiert, ebenso wie die Angaben für 1999 von 150 000 auf 145 000 korrigiert wurden. Trotz dieser Korrekturen, die reine rechnerische Bereinigungen darstellen, sind diese Zahlen in sich schlüssig.

Sie bilden aber nur Ausschnitte der Realität zu den jeweiligen Erhebungszeitpunkten ab. Entwicklungen, die sich zwischen den Erhebungsjahren des Mikrozensus abspielen, werden auch in anderen amtlichen Datenquellen nicht erfasst. Bei der Interpretation dieser Zahlen ist vor allen Dingen der sich dort herauskristallisierende Trend einer wachsenden Zahl von Personen ohne Absicherung im Krankheitsfall hervorzuheben und von politischer Relevanz.

Es ist auch davon auszugehen, dass die Zahl der Personen ohne Krankenversicherung und ohne anderweitige Absicherung im Krankheitsfall zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten 2003 und dem 1. Quartal 2007 den zuletzt festgestellten Wert von 211 000 Personen deutlich überschritten hat. Denn ein Teil der Betroffenen wird nicht erst durch die gesetzliche Neuregelung, sondern bereits durch den seit 2006 zu verzeichnenden, konjunkturellen Aufschwung wieder eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung aufgenommen haben und damit erneut versicherungspflichtiges Mitglied in der GKV geworden sein. Die genaue Anzahl dieser Menschen lässt sich jedoch nicht beziffern, weil es hierzu keine aussagekräftigen Daten gibt.

4. Weshalb haben viele von ihrem Recht auf Versicherung noch keinen Gebrauch gemacht?

Welche Gründe verantwortet die Bundesregierung, warum eine nicht unbeträchtliche Anzahl von Nichtversicherten von ihrem Recht noch keinen Gebrauch gemacht haben?

Aus der Antwort zu Frage 3 ergibt sich, dass im Vergleich zur Ausgangszahl der größere Teil der Personen ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall die Neuregelung genutzt hat und Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung geworden ist. Andere sind als Arbeitnehmer auf Grund der guten konjunkturellen Entwicklung in die GKV zurückgekehrt.

Allerdings haben offenkundig noch nicht alle Personen den erforderlichen Antrag zur Feststellung ihrer Versicherungspflicht und Herbeiführung der Mitgliedschaft bei ihrer letzten gesetzlichen Krankenkasse gestellt. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), die Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege und die Verbraucherzentrale Bundesverband haben daher eine gemeinsame Initiative gestartet, um auch diese Personen zur Rückkehr in die Krankenversicherung zu bewegen. Denn mit ihrem dichten Netz lokaler Beratungsstellen können gerade diese Verbände die Menschen erreichen, um die es geht.

Über die Gründe, warum nicht alle Personen ohne anderweitige Absicherung im Krankheitsfall in die gesetzliche Krankenversicherung zurückgekehrt sind, kann mangels empirischer Erhebungen hierzu nur gemutmaßt werden. So mögen darunter Personen sein, die jede Versicherung in einer gesetzlichen oder privaten

Krankenversicherung grundsätzlich ablehnen, Personen, die sich die Versicherungsbeiträge sparen möchten oder aber auch solche, deren Kenntnisstand über die neue Versicherungspflicht trotz der umfangreichen Berichterstattung in allen Medien noch nicht ausreichend ist.

Das in der Frage genannte „Recht auf Versicherung“ ergibt sich für den Bereich der PKV aus dem dort gesetzlich vorgesehenen Anspruch, einen Vertrag über eine Versicherung im Standardtarif oder (zukünftig) im Basistarif abzuschließen; auf die Antwort zu Frage 1 wird verwiesen. Über mögliche Gründe des in der Frage geschilderten Verhaltens – über dessen tatsächliches Ausmaß im Übrigen keine Aussagen möglich sind – liegen der Bundesregierung auch für den Bereich der PKV keine gesicherten Erkenntnisse vor; warum von einem gesetzlich vorgesehenen Anspruch kein Gebrauch gemacht wird, kann nur vermutet werden. Denkbar ist z. B., dass auch hier Betroffene den Anspruch nicht kennen. Da die Pflicht zur Versicherung für die PKV erst zum 1. Januar 2009 eingeführt wird, ist auch nicht auszuschließen, dass der PKV zuzuordnende Nichtversicherte mit dem Abschluss einer privaten Krankenversicherung noch bis zu diesem Zeitpunkt warten. Möglicherweise hat auch eine Rolle gespielt, dass sich ein großes PKV-Unternehmen zunächst geweigert hatte, im Standardtarif nach § 315 SGB V die Kosten für bereits laufende Behandlungen etwa bei chronisch kranken bisher Nichtversicherten zu übernehmen. Auf die Antwort zu Frage 8 wird in diesem Zusammenhang verwiesen.

5. In welchen gesellschaftlichen Gruppen gibt es besonders viele Nichtversicherte, und weshalb?

Angaben zu Alter, Geschlecht, Erwerbsstatus und Bildungsstand der Personen ohne Absicherung im Krankheitsfall liegen aus Daten des Mikrozensus derzeit lediglich für die Zeit bis 2003 vor und sind der Fachserie 13 Reihe 1, Altersvorsorge, Versicherte in der Kranken- und Rentenversicherung des Statistischen Bundesamts zu entnehmen.

6. In welchen Fällen müssen bislang Nichtversicherte beim Eintritt in die GKV Beiträge, die seit April 2007 angefallen wären, nachzahlen?

Grundsätzlich sind in der GKV für jeden Tag einer Mitgliedschaft Beiträge zu zahlen. Dies gilt für eine ab dem 1. April 2007 festgestellte Versicherungspflicht für Personen ohne bisherige anderweitige Absicherung im Krankheitsfall auch dann, wenn diese Versicherungspflicht erst nachträglich festgestellt wurde. Beiträge sind dementsprechend für einen zurückliegenden Zeitraum zu zahlen.

Auf die Antwort zu Frage 7 wird in diesem Zusammenhang ergänzend verwiesen.

7. Ist es vorstellbar, dass es Nichtversicherte gibt, die keine ausreichende Information über ihre Versicherungspflicht erreichte und die nun Schwierigkeiten haben, die Nachzahlungen auch tatsächlich leisten zu können?

Das BMG hat in einem Zeitfenster vor und nach Inkrafttreten am 1. April 2007 die Neuregelung zur nachrangigen Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung von Personen ohne anderweitige Absicherung im Krankheitsfall in der Öffentlichkeit auf vielfältige Weise dargestellt und darüber informiert.

Die Medien haben in ihrer Berichterstattung über das GKV-WSG auf die nachrangige Versicherungspflicht in der GKV als eines der bedeutendsten Ziele der

Gesundheitsreform 2007 hingewiesen. Gleichwohl kann nicht ausgeschlossen werden, dass es Personen ohne anderweitige Absicherung im Krankheitsfall gibt, die von ihrer bereits kraft Gesetzes eingetretenen Versicherungspflicht in der GKV bisher keine Kenntnis erlangt haben. Die in der Antwort zu Frage 4 näher dargestellte gemeinsame Informationskampagne von Seiten der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege, der Verbraucherzentrale Bundesverband und des BMG – in Ergänzung zu den geleisteten und bestehenden Informationsangeboten des BMG zu dem Thema – soll hier Abhilfe schaffen.

Im Bereich der PKV gilt die Pflicht zur Versicherung erst ab 1. Januar 2009. Insofern sind hier auch noch keine Nachzahlungen im Falle eines verspäteten Erfüllens der Pflicht zur Versicherung zu leisten.

Für Sachverhalte, in denen Personen ohne bisherige anderweitige Absicherung im Krankheitsfall das Vorliegen der Versicherungspflicht aus Gründen, die sie nicht zu vertreten haben, erst zu einem späteren Zeitpunkt anzeigen, enthält das Gesetz im Hinblick auf eventuell nachzuzahlende Beiträge eine Regelung, die es den Krankenkassen ermöglicht, die nachträglich zu entrichtenden Beiträge zu ermäßigen, zu stunden, oder ganz zu erlassen (vgl. § 186 Abs. 11 Satz 4 SGB V). Somit können die Krankenkassen ausreichend flexibel auf „Härtefälle“ reagieren.

Das BMG hat die gesetzlichen Krankenkassen gebeten, dass von der Möglichkeit eines Beitragsnachlasses bei sozial schwachen Betroffenen, insbesondere bei Wohnungslosen, in der Regel Gebrauch gemacht wird. Dies ist aus hiesiger Sicht insbesondere aus der sozialen Schutzfunktion heraus erforderlich, die den Krankenkassen gegenüber den hier betroffenen Personenkreisen erwächst.

Laufende Beiträge werden bei Vorliegen von Bedürftigkeit im Sinne des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch im Übrigen vom zuständigen Sozialhilfeträger übernommen, sofern Versicherte diese nicht aus eigenen Mitteln zahlen können. Nur wenn diese Hilfebedürftigkeit zu verneinen ist, haben die Versicherten die Beiträge selbst zu tragen. Rückständige Beiträge der betroffenen Neumitglieder übernimmt der Sozialhilfeträger hingegen nicht.

8. Sind bereits bestehende Erkrankungen und/oder bereits begonnene Behandlungen bei einem derzeitigen Neuabschluss eines Vertrags im Standardtarif der PKV abgesichert?

Falls nein, wie können der PKV zuzuordnende Nichtversicherte für bestehende Erkrankungen einen bezahlbaren Versicherungsschutz erlangen?

Vorerkrankungen können im Standardtarif nach § 315 SGB V nicht ausgeschlossen werden. Hinsichtlich der Kosten für bereits begonnene Behandlungen vertritt die Bundesregierung die Auffassung, dass solche Kosten im Standardtarif nach § 315 SGB V zu übernehmen sind. Nach Auskunft des Bundesministeriums der Finanzen (BMF) haben mittlerweile nahezu alle PKV-Unternehmen zugesagt, die Kosten laufender Behandlungen auch für ab 1. Januar 2008 neu im Standardtarif nach § 315 SGB V Versicherte zu übernehmen. Insofern sind bereits bestehende Erkrankungen und/oder bereits begonnene Behandlungen bei einem Neuabschluss eines Vertrags im Standardtarif nach § 315 SGB V auch künftig abgesichert. Dies gilt auch für den ab 1. Januar 2009 von allen PKV-Unternehmen anzubietenden Basistarif, in den die Versicherungsverträge des Standardtarifs nach § 315 SGB automatisch überführt werden.

9. Wird es zukünftig in der Bundesrepublik Deutschland noch Nichtversicherte geben, und falls ja, welche gesetzlichen Änderungen wären zusätzlich zu den Regelungen des GKV-WSG notwendig, damit tatsächlich „ganz

Deutschland“ krankenversichert wird und die Aussage der Bundesregierung in ihrer Informationskampagne auch vollständig erfüllt wird.

Ziel der Neuregelung des GKV-WSG ist die Sicherstellung einer Absicherung im Krankheitsfall für alle Bürger. Die neue Versicherungspflicht in der GKV und ab 1. Januar 2009 auch in der PKV ergänzt die bestehenden Systeme der Krankenversicherung und Krankenversorgung. Diese Versicherungspflicht ist daher nachrangig, sie besteht für Personen, die über keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall verfügen und der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung zuzuordnen sind. Weitere Voraussetzung für die Versicherungspflicht in der GKV ist, dass diese Personen ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben. Bei Ausländern, die nicht Angehörige eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraumes oder Staatsangehörige der Schweiz sind, wird diese Voraussetzung erfüllt, wenn sie eine Niederlassungserlaubnis oder eine Aufenthaltserlaubnis mit einer Geltungsdauer von mehr als 12 Monaten nach dem Aufenthaltsgesetz besitzen. Für Ausländer, die gemäß den Regelungen des Aufenthaltsrechts verpflichtet sind, bei Aufenthaltnahme in Deutschland für ihren Lebensunterhalt einschließlich eines Krankenversicherungsschutzes zu sorgen, bleibt es bei dieser Verpflichtung.

Die Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenkasse kann seit Inkrafttreten des GKV-WSG nunmehr beendet werden, wenn ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall besteht. Zur Absicherung im Krankheitsfall von Obdachlosen sowie zur medizinischen Versorgung von Papierlosen wird auf die Antworten zu den Fragen 10 bis 20 verwiesen. Ergänzende gesetzliche Regelungen sind derzeit nicht erforderlich, wohl aber eine gezielte Informationsoffensive, um auch diejenigen zu erreichen, die – aus welchen Gründen auch immer – ihr Recht und ihre Pflicht zur Krankenversicherung bisher noch nicht wahrgenommen haben.

Auch im Bereich der PKV sind keine gesetzlichen Änderungen erforderlich; die hier mit dem GKV-WSG eingeführten Regelungen werden bzgl. des Ziels, allen Bürgerinnen und Bürgern in Deutschland einen Krankenversicherungsschutz zu gewährleisten, als ausreichend erachtet. Auf die Erläuterungen zu den Regelungen, aus denen sich der Anspruch ergibt, einen Versicherungsvertrag abzuschließen, wird verwiesen (Antworten zu den Fragen 1 und 4).

Soweit es darum geht, sicherzustellen, dass möglichst auch bisher nichtversicherte Personen abgesichert sind, so dass etwa die Inanspruchnahme von Sozialleistungen vermieden werden kann, ist für die PKV auf die Versicherungspflicht und ergänzende Regelungen hinzuweisen. Die Pflicht zur Versicherung im Bereich der PKV tritt zum 1. Januar 2009 in Kraft; wer ihr verspätet genügt, muss Prämienzuschläge für den nichtversicherten Zeitraum nachentrichten. Darüber hinaus können Versicherungsnehmer einen Versicherungsvertrag, der die Pflicht zur Versicherung erfüllt, ab dem 1. Januar 2009 nur noch dann kündigen, wenn sie bei einem anderen Versicherungsunternehmen einen neuen Vertrag abschließen, der dieser Pflicht genügt. Die Kündigung wird zudem erst wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist. Ab 1. Januar 2009 dürfen zudem Versicherungsunternehmen eine Krankenversicherung, die die Pflicht zur Versicherung erfüllt, nicht mehr kündigen.

Die im Rahmen des GKV-WSG für die GKV und die PKV eingeführten Regelungen führen damit zu einem systematischen Abbau der Zahl der Nichtversicherten und sorgen gleichzeitig dafür, dass diese Zahl nicht wieder ansteigen kann.

Auf die Vorbemerkung der Bundesregierung wird verwiesen.



10. Trifft es zu, dass Zuzahlungen Obdachlose besonders stark belasten, und ist es vorstellbar, dass viele deswegen medizinische Hilfe trotz Bedarf nicht in Anspruch nehmen?

Wäre dies eine ungewollte Steuerungswirkung der Zuzahlungen?

Alle Versicherten der GKV haben sich an den Kosten bestimmter Leistungen bis zu einer individuellen Belastungsgrenze (2 Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen bzw. 1 Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen bei chronisch kranken Versicherten) zu beteiligen. Insoweit werden obdachlose Versicherte nicht mehr belastet als die übrigen Versicherten der GKV.

In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass die gesetzlichen Krankenkassen für ihre Versicherten die Möglichkeit vorsehen, dass insbesondere dann, wenn innerhalb kurzer Zeiträume die Belastungsgrenze erreicht würde, bereits zu Jahresbeginn eine Befreiungsbescheinigung gegen Vorauszahlung der maximalen Zuzahlung ausgestellt werden kann.

Damit auch obdachlose Versicherte von der Möglichkeit der Vorauszahlung Gebrauch machen können, kann der Träger der Sozialhilfe die Zuzahlungshöchstbeträge in Form eines ergänzenden Darlehens übernehmen. Die Rückzahlung des Darlehens erfolgt dann in kleinen monatlichen Teilbeträgen über das ganze Kalenderjahr.

Bei erfolgter Vorauszahlung entfällt für die Versicherten z. B. das Sammeln von Belegen, was insbesondere dem Personenkreis der Obdachlosen zugute kommen dürfte. Auch wäre nicht zu befürchten, dass obdachlose Menschen medizinische Hilfe auf Grund der Zuzahlungen nicht in Anspruch nehmen, da ihnen bereits ein Befreiungsausweis für Zuzahlungen vorliegt.

11. Ist es ein erklärtes Ziel der Bundesregierung, sicherzustellen, dass alle Menschen, also auch Obdachlose eine Krankenversicherungskarte erhalten, und ist dieses Ziel erreicht?

Falls das Ziel (noch) nicht erreicht ist, was wären geeignete Maßnahmen hierzu?

Natürlich sollen auch Obdachlose nach dem Willen der Bundesregierung im Krankheitsfall abgesichert sein.

Obdachlose, die Arbeitslosengeld II beziehen, werden auf Grund des Bezugs dieser Leistung Pflichtmitglied einer von ihnen gewählten Krankenkasse. Machen Obdachlose von diesem Wahlrecht keinen Gebrauch, hat die Behörde, die die Grundsicherung für Arbeit durchführt, den Versicherungspflichtigen ab Eintritt der Versicherungspflicht bei einer vom Bezieher von Arbeitslosengeld II wählbaren Krankenkasse anzumelden und den Versicherungspflichtigen unverzüglich über die gewählte Krankenkasse zu unterrichten. Die gewählte Krankenkasse stellt eine Krankenversichertenkarte aus. Obdachlose, denen die Krankenversicherungskarte mangels einer Anschrift nicht übersandt werden kann, müssen allerdings diese selbst in der nächsten örtlichen Geschäftsstelle der Krankenkasse abholen.

Obdachlose, die ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall sind und von der nachrangigen Versicherungspflicht in der GKV erfasst werden, müssen wie andere Versicherungspflichtige bei ihrer ehemaligen gesetzlichen Krankenkasse die Feststellung der Versicherungspflicht beantragen. Sie werden Mitglied ihrer ehemaligen gesetzlichen Krankenkasse oder von deren Rechtsnachfolger. Eine gewisse Mitwirkung des Obdachlosen ist hier erforderlich, soweit es um den Antrag auf Feststellung der Versicherungspflicht oder um die Abholung der Krankenversichertenkarte geht, soweit diese nicht zugestellt

werden kann. Dritte Personen können hier aber tätig werden, wenn sie über eine entsprechende Vollmacht vom Obdachlosen verfügen.

Die Krankenversorgung von Personen, die SGB-II- oder SGB-XII-Leistungen beziehen, ist gewährleistet. Der Besitz einer Krankenversicherungskarte ist hierfür nicht maßgeblich.

Wohnungslose Personen werden in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht anders behandelt als andere Personen. Es wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

12. Wäre der Vorschlag, als gewöhnlichen Aufenthaltsort automatisch immer den Ort anzuerkennen, wo der Antrag gestellt wird und es den Behörden so zu verunmöglichen, mit Hinweis auf den wechselnden Aufenthaltsort Hilfen abzulehnen, nach Auffassung der Bundesregierung sinnvoll?

Der Vorschlag entspricht der geltenden Weisungslage der Bundesagentur für Arbeit für den Bereich des SGB II (siehe Vorbemerkung der Bundesregierung). Es gibt keine Hinweise, dass die zugelassenen kommunalen Träger hiervon abweichend verfahren.

13. Wäre es alternativ zu dem Vorschlag in Frage 11 sinnvoll, durchreisende Wohnungslose generell in das Zwölfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) zu integrieren?

Nein. Der in Frage 12 gemachte Vorschlag ist im Bereich des SGB II bereits umgesetzt (ergänzend wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung und auf Antwort zu Frage 12 verwiesen). Für alternative Lösungsvorschläge besteht daher kein Erfordernis. Auch ist davon auszugehen, dass durchreisende Wohnungslose erwerbsfähig sind.

14. Wie viele Papierlose leben in der Bundesrepublik Deutschland?

Über die Anzahl der Menschen in Deutschland ohne Aufenthaltstitel oder Duldung gibt es naturgemäß keine statistischen Angaben. In der öffentlichen Diskussion wird derzeit von ca. 500 000 bis 1 Million so genannter Illegaler gesprochen. Weitere Informationen hierzu enthält eine Analyse des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge zu Umfang und Struktur der illegal aufhältigen Migrantenbevölkerung in Deutschland.

15. Wie viele davon sind ohne Krankenversicherung?

Auf die Antwort zu Frage 14 wird verwiesen.

16. Worin liegen die Schwierigkeiten für Papierlose, eine ausreichende medizinische Versorgung zu erhalten?

Wie kann und wie wird die Bundesregierung diese Schwierigkeiten lösen?

Personen ohne Aufenthaltstitel oder Duldung sind vollziehbar ausreisepflichtig. Sie haben nach § 1 Abs. 1 Nr. 5 in Verbindung mit §§ 4, 6 Asylbewerberleistungsgesetz Anspruch auf Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt.

17. Besteht in jedem Fall, wenn ein Papierloser einen Arzt oder ein Krankenhaus aufsucht, ärztliche Schweigepflicht, auch im Fall der Ablehnung der Behandlung?

Arbeiten Ausländerbehörden mit Leistungserbringern zusammen, um Menschen mit illegalem Aufenthaltsstatus aufzuspüren?

Die ärztliche Schweigepflicht ist ein zentraler Pfeiler ärztlichen Selbstverständnisses und schützt jede Patientin und jeden Patienten unabhängig von ihrem oder seinem Aufenthaltsstatus. Die Pflicht der Ärztin oder des Arztes über alle ihr oder ihm in beruflicher Eigenschaft bekannt gewordenen Tatsachen und Umstände Stillschweigen zu bewahren, besteht auch, wenn eine empfohlene Behandlung abgelehnt wird und ein Behandlungsvertrag nicht zustande kommt. Ärztinnen und Ärzte unterliegen nicht nur nach dem Landesrecht, für dessen Regelung die Zuständigkeit bei den Ländern liegt, sondern auch nach allgemeinem Strafrecht einer Schweigepflicht (§ 203 StGB).

Die informationelle Zusammenarbeit der Ausländerbehörden und anderer öffentlicher Stellen richtet sich nach den §§ 86 ff. Aufenthaltsgesetz. Nach § 87 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 des Aufenthaltsgesetzes haben öffentliche Stellen die zuständigen Ausländerbehörden unverzüglich zu unterrichten, wenn sie Kenntnis vom Aufenthalt eines Ausländers, der keinen erforderlichen Aufenthaltstitel besitzt und dessen Abschiebung nicht ausgesetzt ist, erlangen. Diese Unterrichtungspflicht dient somit dazu, bereits bei öffentlichen Stellen bekannt gewordene, sich rechtswidrig im Bundesgebiet aufhaltende Ausländer an die Ausländerbehörden zu melden, nicht diese aufzuspüren.

18. Wie ist das Problem der medizinischen Versorgung Papierloser menschenrechtlich zu beurteilen?

Der menschenrechtlich erforderliche Zugang zur Gesundheitsversorgung ist auch für Personen ohne Aufenthaltstitel oder Duldung gewährleistet. Auf die Antwort zu Frage 16 wird verwiesen.

19. Sieht die Bundesregierung aus der Position der Gewährung der Menschenrechte, aus ethischen oder aus Gründen der Gefährdung der Restbevölkerung etwa wegen der Gefahr der Übertragung von nichtbehandelten Infektionen papierloser Menschen auf die übrige Bevölkerung die Notwendigkeit, die medizinische Versorgung Papierloser zu verbessern?

Auf die Antwort zu Frage 16 wird verwiesen.

20. Welche internationalen Abkommen und welche (grund-)gesetzlichen Regelungen legen nahe, dass medizinische Versorgung ein Recht eines jeden Menschen in der Bundesrepublik Deutschland ist. Ist dies vollständig verwirklicht?

International ist vielfach ein „Recht auf Gesundheit“ kodifiziert, das explizit oder implizit neben dem Abwehranspruch gegen gesundheitsschädigende Eingriffe auch ein „Teilhaberecht auf medizinische Versorgung“ umfasst. Grundlegende, für Deutschland besonders relevante Kodifikationen sind insoweit:

#### 1. UN-Übereinkommen:

- Internationaler Pakt für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte vom 19. Dezember 1966 (Artikel 12 – Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit),

- Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Rassendiskriminierung vom 21. Dezember 1965 (Artikel 5e, iv) – Recht auf Gesundheit und medizinische Versorgung u. a.),
  - Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau vom 18. Dezember 1979 (Artikel 12 – Gesundheitswesen u. a.),
  - Übereinkommen über die Rechte des Kindes vom 20. November 1980 (Artikel 24 – Gesundheitsvorsorge).
2. Kodifikationen des Europarates:
- Europäische Sozialcharta vom 18. Oktober 1961 (Artikel 11 – Das Recht auf Schutz der Gesundheit).
3. Sozialstandards der Internationalen Arbeitsorganisation:
- Empfehlung Nr. 69 „Medical Care Recommendation“ von 1944 (insb. Ziff. 6, 7 Zugang zur Gesundheitsversorgung für Jedermann).
4. Kodifikationen der Europäischen Union:
- Europäische Charta der Grundrechte vom 7. Dezember 2000 (Artikel 35 – Vorsorge und medizinische Versorgung).

Der Zugang zu medizinischer Versorgung wird in Deutschland verfassungsrechtlich aus Artikel 2 Abs. 2 Satz 1 des Grundgesetzes in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip aus Artikel 20 Abs. 1 GG hergeleitet (BVerfGE 115, 25, 41 f.).

Auf die Antwort zu Fragen 9 und 16 wird Bezug genommen.

Nicht krankenversicherten Ausländern wird Hilfe bei Krankheit grundsätzlich im Rahmen der Sozialhilfe gewährt. Leistungsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben einen Anspruch auf medizinische Leistungen bei akuten Erkrankungen, Schmerzen, während der Schwangerschaft, bei Impfungen und im begrenzten Umfang in der Bereitstellung von Heil- und Hilfsmitteln.

Durch diese Regelungen setzt Deutschland auch EU-sekundärrechtliche Vorgaben um (Artikel 29: Medizinische Versorgung – Richtlinie 2004/83/EG des Rates vom 29. April 2004 über Mindestnormen für die Anerkennung und den Status von Drittstaatsangehörigen oder Staatenlosen als Flüchtlinge oder als Personen, die anderweitig internationalen Schutz benötigen, und über den Inhalt des zu gewährenden Schutzes; Artikel 15: Medizinische Versorgung – Richtlinie 2003/9/EG des Rates vom 27. Januar 2003 zur Festlegung von Mindestnormen für die Aufnahme von Asylbewerbern in den Mitgliedstaaten).