

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Andrew Ullmann, Gyde Jensen, Michael Theurer, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP
– Drucksache 19/25747 –**

Krank ohne Kasse – Gesundheitsversorgung in Deutschland

Vorbemerkung der Fragesteller

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz aus dem Jahr 2007 wurde die „Versicherungspflicht für alle“ eingeführt. Weitere Schritte erfolgten im Rahmen des Gesetzes zur Reform des Versicherungsvertragsrechts hinsichtlich der privaten Krankenversicherung (PKV) ab 2009.

In der Begründung des Gesetzentwurfs zur Anpassung des § 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) wurde geschrieben, dass in den Jahren zuvor die Zahl der Menschen ohne Absicherung im Krankheitsfall spürbar zugenommen hätte. Die Zahlen seien von geschätzten 105 000 Personen im Jahr 1995 auf über 150 000 Personen im Jahr 1999 und auf 188 000 Personen im Jahr 2003 angestiegen (vgl. Bundestagsdrucksache 16/3100, S. 94). Diese Situation, dass eine größere Zahl an Menschen ohne Absicherung im Krankheitsfall stehe, sei, laut Gesetzesbegründung, für einen modernen Sozialstaat nicht hinnehmbar. Es wurde daher sichergestellt, dass z. B. eine Versicherungspflicht eingeführt wurde. Wenn eine Person nicht Mitglied in der gesetzlichen Krankenkasse ist, gilt nach § 193 Absatz 3 des Versicherungsvertragsgesetzes die Verpflichtung, eine Krankenversicherung abzuschließen. Eine Nichtzahlung der Beiträge ist gemäß § 206 des Versicherungsvertragsgesetzes als Grund für eine Kündigung nicht zulässig. Einzig wenn eine arglistige Täuschung vorliegt, etwa wenn vor Abschluss der Krankenversicherung Krankheiten oder medizinische Eingriffe vorlagen, die bei Vertragsabschluss verschwiegen wurden, oder schwere Vertragsverletzungen, kann dies zu einer Kündigung führen.

Die Maßnahmen aus dem Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung vom 15. Juli 2013 zielten darauf ab, dass Menschen, die aufgrund einer finanziellen Notsituation große Beitragsschulden angehäuft hatten oder aber sich die monatlichen Beiträge nicht leisten konnten, (wieder) Zugang zu einer Versicherung bekommen. Hierzu gehört u. a. die Abschaffung des Säumniszuschlages von 5 Prozent in der GKV für freiwillig versicherte Mitglieder, die vollständige Erlassung der Beitragsschulden für „nachrangig versicherungspflichtige Mitglieder“, die Einführung eines Notlagentarifs in der PKV sowie der dortige Verzicht auf Prämienzuschläge für Vertragsabschlüsse, die bis zum 31. Dezember 2013 beantragt wurden (<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dat>

eien/4_Pressemitteilungen/2013/2013_2/130614_PM_BeitragsschuldenG_B
T_2_3_Lesung.pdf).

In der Antwort auf die Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE. auf Bundestagsdrucksache 19/12281 hat die Bundesregierung auf die Frage, mit welchen Maßnahmen sie die Zahl der Nichtversicherten senken möchte, erklärt, dass sie keine weiteren Maßnahmen plane. Dies begründet die Bundesregierung damit, dass es bereits für Nichtversicherte Absicherungen im Krankheitsfall gebe. Eben diese Aussage bekräftigt die Bundesregierung in der Antwort auf die Kleine Anfrage der Fraktion der FDP auf Bundestagsdrucksache 19/23639: Die Zahl der Menschen ohne Krankenversicherung und ohne sonstigen anderweitigen Anspruch auf Krankenversorgung ist von 196 000 im Jahr 2007 über 75 000 Personen im Jahr 2015 auf 61 000 Personen im Jahr 2019 stark zurückgegangen. Bezogen auf die Gesamtbevölkerung Deutschlands sind damit weniger als 0,1 Prozent nicht krankenversichert.

Unbeschadet der dargestellten gesetzlichen Maßnahmen ist für die Umsetzung der Kontakt mit Behörden bzw. den Versicherungsunternehmen erforderlich. Es bestehen daher keine Lösungsmöglichkeiten für Personen, die bestehende Regelungsmöglichkeiten nicht nutzen, da sie mit den zuständigen Stellen nicht in Kontakt treten. In der Praxis treten immer wieder Fälle auf, bei denen Menschen über ihren Versicherungsstatus nicht oder nur unzureichend informiert sind. Diese Unwissenheit führt dazu, dass sie sich nicht oder erst sehr spät in ärztliche Behandlung begeben. Häufig suchen sie dann Institutionen auf, die Menschen unabhängig vom Versicherungsschutz auf ehrenamtlicher Basis behandeln. Behandelnde Ärzte in diesen Einrichtungen berichten immer wieder davon, dass eine zu spät einsetzende Behandlung häufig zu einer deutlichen Verschlechterung des Gesundheitszustands und zu Folgeschäden führen würde (vgl. <https://www.zdf.de/dokumentation/zdfinfo-doku/krank-ohne-kasse--wen-n-das-gesundheitssystem-versagt-100.html>). Auch wird berichtet, dass trotz der oben genannten Bemühungen immer noch viele Menschen, die aufgrund von finanziellen Notlagen aus der Krankenversicherung gefallen sind (vgl. Praxis Ohne Grenzen: Medizin in einem reichen Land, Dr. Uwe Denker, 2015). Betroffene sind beispielsweise schon weit vor dem Jahr 2009 aus der PKV gefallen. Andere seien durch den Notlagentarif der PKV zwar versichert, können aber aufgrund der finanziellen Situation bei der Bezahlung von notwendigen Medikamenten nicht in Vorleistung gehen. Sie wenden sich daher an die genannten ehrenamtlichen Einrichtungen.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Die Bundesregierung hat die in der Vorbemerkung der Fragesteller genannten gesetzgeberischen Maßnahmen getroffen, um allen Personen, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Bundesgebiet haben, einen Zugang zur Versorgung im Krankheitsfall zu ermöglichen. Auch wenn die Zahl der nicht versicherten Personen in Folge dieser Maßnahmen abgenommen hat, bleibt noch eine Gruppe, die aus verschiedenen Gründen nicht in der Lage ist, diese Möglichkeiten wahrzunehmen. Es ist insbesondere Aufgabe der Akteure vor Ort, der Krankenkassen und insbesondere der Kommunen und Länder, die Betroffenen zu unterstützen, so dass diese bestehenden Zugangsmöglichkeiten auch realisiert werden können. Dies geschieht etwa durch die Einrichtung von Clearingstellen in einzelnen Ländern, die die Betroffenen unterstützen. Die Bundesregierung wird prüfen, wie im Rahmen dieser Aufgabenteilung die Zahlen der nicht versicherten Personen weiter gesenkt werden kann. Im Übrigen wird auf die Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion der FDP „Menschen ohne Krankenversicherung“ auf Bundestagsdrucksache 19/23639 verwiesen.

1. Welche Ursachen sind der Bundesregierung dafür bekannt, dass laut Mikrozensus im Jahr 2019 61 000 Personen in Deutschland keine Krankenversicherung besitzen?

Im Rahmen des Mikrozensus werden quantitative Daten zur Anzahl der Personen ohne Krankenversicherung erfasst. Ursachen für den fehlenden Versicherungsschutz werden im Mikrozensus nicht erfasst. Dem Statistischen Bundesamt liegen dazu daher keine Informationen vor.

Die konkreten Ursachen dafür, dass Personen über keinen Krankenversicherungsschutz verfügen, sind sehr heterogen. Im Wesentlichen nehmen die Betroffenen die Möglichkeit, einen Zugang zu einer Krankenversicherung zu erhalten, häufig selbst nicht wahr. Bei EU-Bürgerinnen und EU-Bürgern aus Osteuropa und Südosteuropa bestehen in der Praxis oftmals Schwierigkeiten in der Klärung des Krankenversicherungsschutzes, unter anderem weil der Krankenversicherungsschutz im Heimatland unklar ist.

Für Personen, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Bundesgebiet haben, besteht grundsätzlich ein Zugang zur gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung. Auch für Personen, die sich mit einem ungeklärten Aufenthaltsstatus oder nicht rechtmäßig in Deutschland aufhalten, ist über das Recht der Sozialhilfe und das Asylbewerberleistungsgesetz eine angemessene Akutversorgung im Krankheitsfall gewährleistet. Aus den Zahlen des Statistischen Bundesamtes geht hervor, dass die Zahl der nichtversicherten Personen in Deutschland in der Vergangenheit kontinuierlich abgenommen hat (vgl. die Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion der FDP „Menschen ohne Krankenversicherung“ auf Bundestagsdrucksache 19/23639).

2. Plant die Bundesregierung, eine Erhebung der Ursachen für die weiterhin hohe Zahl der Personen in Deutschland, die keine Krankenversicherung haben, zu unternehmen, und wenn nicht, was ist die Begründung der Bundesregierung hierfür?

Eine gesonderte Erfassung der Ursachen ist derzeit nicht vorgesehen. Ziel der Bundesregierung ist es, die Möglichkeiten zu verbessern, dass Menschen, die von einem möglichen Krankenversicherungsschutz bisher keinen Gebrauch machen, diesen auch realisieren können.

3. Hat die Bundesregierung ein Interesse daran, die Anzahl der Personen ohne Krankenversicherung zu senken?
4. Wie hoch darf laut Einschätzung der Bundesregierung maximal die Zahl der Personen in Deutschland sein, die keine Krankenversicherung besitzen?
 - a) Falls die Zahl niedriger ist als 61 000, aus welchen Gründen ist nach Einschätzung der Bundesregierung diese Zahl bisher nicht erreicht worden?
 - b) Wie kommt die Bundesregierung zu der Einschätzung, dass keine weiteren Maßnahmen zur Senkung der Anzahl an Nichtversicherten geplant sei (vgl. Antwort zu Frage 7 auf Bundestagsdrucksache 19/23639)?

Die Fragen 3 und 4 werden aufgrund ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Ziel der Bundesregierung ist es, allen Personen, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben, einen Krankenversicherungsschutz zu ermöglichen.

5. Plant die Bundesregierung Maßnahmen, um die Zahl der Personen, die im Mikrozensus ggf. fälschlicherweise angeben, dass sie nicht versichert seien, zu senken?

Der Bundesregierung liegen keine Informationen dazu vor, wie viele Personen im Mikrozensus fälschlicherweise angeben, dass sie nicht versichert seien. Eine Änderung der Fragen im Mikrozensus ist aufgrund der Eindeutigkeit der Fragestellung nicht geplant.

6. Hat die Bundesregierung Kenntnis darüber, wie sich die Anzahl der Personen ohne Krankenversicherung zwischen Februar 2020 und November 2020 verändert hat, wenn nicht, plant die Bundesregierung die Erhebung solcher Zahlen?

Hierzu liegen der Bundesregierung und dem Statistischen Bundesamt keine Informationen vor. Die Fragen zur Krankenversicherung werden alle vier Jahre erhoben, letztmalig mit dem Jahr 2019. Die nächste Erhebung erfolgt für das Berichtsjahr 2023.

7. Teilt die Bundesregierung die Befürchtung der Fragesteller, dass ein gewisser Teil der im Mikrozensus befragten Personen keinen Kenntnisstand über ihren Versicherungsschutz haben?
 - a) Wenn ja, mit welchen Maßnahmen plant die Bundesregierung, diese Zahl zu senken?
 - b) Wenn ja, was ist nach Einschätzung der Bundesregierung die Ursache für dieses Unwissen über den eigenen Versicherungsschutz?
 - c) Wenn ja, wie hoch ist nach Einschätzung der Bundesregierung die wirkliche Zahl an Personen, die nicht krankenversichert sind?
 - d) Wenn nein, warum nicht?
11. Sind der Bundesregierung Fälle bekannt, dass Menschen fälschlicherweise davon ausgehen, dass sie nicht krankenversichert sind, obwohl durchaus ein Versicherungsschutz vorliegt?
 - a) Wenn ja, wie viele Fälle sind der Bundesregierung bekannt?
 - b) Wenn ja, plant die Bundesregierung Maßnahmen, die zu mehr Transparenz in Bezug auf den Zugang zu Gesundheitsversorgung führen?

Die Fragen 7 und 11 werden aufgrund ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der Bundesregierung und auch dem Statistischen Bundesamt liegen keine Informationen darüber vor, wieviele Personen in Deutschland keinen genauen Kenntnisstand über ihren Krankenversicherungsschutz haben. Es ist Aufgabe der zuständigen Leistungsträger des Sozialrechts, die Bevölkerung im Rahmen der bestehenden Auskunft- und Beratungsmöglichkeiten über ihre Rechte und Pflichten (§§ 13 ff. des Ersten Buches Sozialgesetzbuch – SGB I) und damit auch über die bestehenden Zugangsmöglichkeiten zu einem Krankenversicherungsschutz aufzuklären.

8. Wie viele Praxen bzw. Ärzte gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung in Deutschland, die Patienten ohne ausreichend Versicherungsschutz behandeln?
 - a) Wie steht die Bundesregierung dazu, dass solche Praxen in Deutschland existieren?
 - b) Wer trägt nach Kenntnis der Bundesregierung die Kosten für die Behandlung dieser Patienten?
 - c) Was ist nach Einschätzung der Bundesregierung die Ursache für die Existenz von Praxen in Deutschland, die Nichtversicherte behandeln?

Der Bundesregierung liegen keine Angaben darüber vor, wie viele niedergelassene Ärztinnen und Ärzte bzw. wie viele Arztpraxen Patientinnen und Patienten ohne Nachweis eines Versicherungsschutzes behandeln. Nach Mitteilung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung verfügt auch diese nicht über entsprechende Informationen.

Die Bundesregierung ist der Auffassung, dass über die Regelversorgung (niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie Krankenhäuser) ein ausreichendes Angebot zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung, auch für die von den Fragestellern angesprochenen Personengruppen zur Verfügung steht. Es wird dabei darauf hingewiesen, dass Ärztinnen und Ärzte bei Vorliegen einer akuten Erkrankung berufsrechtlich zur Behandlung verpflichtet sind, auch wenn durch die erkrankte Person kein Versicherungsschutz nachgewiesen werden kann.

9. Sind der Bundesregierung Fälle bekannt, dass Personen, die aufgrund von finanzieller Notlage die Vorauszahlung von Medikamenten nicht leisten können, in Einrichtungen wie der Praxis Ohne Grenzen behandelt werden?
 - a) Wenn ja, wie viele Fälle sind der Bundesregierung bekannt?
 - b) Wenn nein, wird die Bundesregierung Maßnahmen ergreifen, um zu prüfen, ob es solche Fälle gibt?
 - c) Gäbe an nach Ansicht der Bundesregierung eine Möglichkeit, Regelungen zu finden, welche die Kostenübernahme bei PKV-Patienten im Notlagentarif zu ermöglichen?

Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse darüber vor, wie viele Personen in Einrichtungen wie der „Praxis ohne Grenzen“ behandelt werden. Maßnahmen, um die Zahl der Fälle zu prüfen, sind nicht geplant.

Der Notlagentarif ist ein Tarif für Nichtzahler und damit ein Tarif für Menschen in einer vorübergehenden finanziellen Notlage, die nicht im Sinne des Sozialrechts hilfebedürftig sind. Aufgrund der niedrigeren Beiträge im Notlagentarif werden Beitragsschuldner in der privaten Krankenversicherung so besser vor finanzieller Überforderung geschützt und gleichzeitig bleibt ihre Versorgung bei akuten Erkrankungen sichergestellt.

Die Aufwenderstattung von Leistungen, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind, ist dabei für im Notlagentarif Versicherte gesetzlich geregelt und in den brancheneinheitlichen Allgemeinen Versicherungsbedingungen konkretisiert. Um die Rahmenbedingungen für die medizinische Versorgung von im Notlagentarif Versicherten weiter zu verbessern, wird in dem von der Bundesregierung am 16. Dezember 2020 beschlossenen Entwurf eines „Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung“ (GVWG) klargestellt, dass der Versicherer nicht Prämienforderungen gegen eine Forderung des

Versicherungsnehmers aufrechnen darf. Zudem soll ein Direktanspruch des Leistungserbringers gegenüber dem Versicherer auf Kostenerstattung im Notlagentarif eingeführt werden. Hierdurch wird die Akzeptanz, Privatversicherte in diesem Tarif zu behandeln, erhöht und die Kostenübernahme im vorgesehenen Leistungsumfang sichergestellt.

Versicherte, die hilfebedürftig im Sinne des Sozialrechts sind, dürfen hingegen nicht in den Notlagentarif umgestellt werden. Sie können vielmehr Zuschüsse zu ihren Beiträgen vom zuständigen Sozialhilfeträger erhalten und – soweit gewünscht – in den Basistarif nach § 152 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) wechseln. Ihr Krankenversicherungsschutz bleibt damit vollumfänglich erhalten.

10. Sind der Bundesregierung Fälle bekannt, bei welchen eine Verschleppung von Krankheiten und oder Verletzungen bzw. eine zu späte Behandlung dieser zu Folgeschäden oder Folgekosten für das Gesundheitssystem führt?
 - a) Wenn ja, liegen der Bundesregierung hierzu Studien vor?
 - b) Wenn ja, wie hoch schätzt die Bundesregierung die Kosten für das Gesundheitssystem?
 - c) Wenn ja, stehen diese Fälle in Zusammenhang mit einem nicht vorhandenen oder unzureichenden Versicherungsschutz?

Eine Verschleppung von Krankheiten oder Verletzungen kann grundsätzlich zu Folgeschäden führen, etwa bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen, wie Herzinfarkt und Schlaganfall, oder bei Diabetes mellitus. Zur Häufigkeit oder den Ursachen für die Verschleppung von Krankheiten sowie den Umfang eventuell daraus resultierender Folgeschäden oder -kosten für das Gesundheitssystem liegen der Bundesregierung keine Informationen vor.

12. Sind der Bundesregierung Fälle von nicht krankenversicherten Kindern bekannt, und wenn ja, sieht die Bundesregierung Maßnahmen vor, um diesen Kindern Zugang zu einer Versicherung zu ermöglichen?
 - a) Wie steht die Bundesregierung zu einer kostenlosen Krankenversicherung für Kinder?
 - b) Hat die Bundesregierung geprüft, welche Vor- und welche Nachteile eine kostenlose Krankenversicherung für Kinder hätte?
Wenn ja, mit welchem Ergebnis?
 - c) Hat die Bundesregierung geprüft, wie hoch die gesellschaftlichen Kosten für eine kostenlose Krankenversicherung für Kinder wären?
Wenn ja, mit welchem Ergebnis?

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes gab es bei den unter 15-Jährigen keine Fälle ohne Krankenversicherung. Weitere Informationen liegen weder der Bundesregierung noch dem Statistischen Bundesamt vor.

Im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung sind Kinder in der Regel über die beitragsfreie Familienversicherung versichert. Die Ausgaben für die beitragsfreie Versicherung von Kindern werden über die Beiträge im Solidar-system von den Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern finanziert.

