

## Antwort

der Landesregierung

auf die Kleine Anfrage Nr. 4034

der Abgeordneten Birgit Bessin (AfD-Fraktion), Thomas Jung (AfD-Fraktion) und Dr. Rainer van Raemdonck (AfD-Fraktion)

Drucksache 6/9914

### Krankenversicherung von Migranten über 55 Jahren

Namens der Landesregierung beantwortet die Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie die Kleine Anfrage wie folgt:

Vorbemerkung der Landesregierung: Nach § 6 Abs. 3a S. 1 SGB V sind Personen, die nach Vollendung des 55. Lebensjahres versicherungspflichtig werden, versicherungsfrei, wenn sie in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Versicherungspflicht nicht gesetzlich versichert waren. Weitere Voraussetzung nach S. 2 a.a.O. ist, dass diese Personen mindestens die Hälfte dieser Zeit versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 5 Abs. 5 SGB V nicht versicherungspflichtig waren.

Mit § 6 Abs. 3a SGB V hat der Gesetzgeber eine Regelung geschaffen, welche Versicherten, die bislang privat krankenversichert waren, eine Rückkehr in das Solidarsystem der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erschwert bzw. unmöglich macht. Eine „Nichtversicherung“ in der Gesetzlichen Krankenversicherung versperrt jedoch nicht generell Rückkehr bzw. erstmaligen Zugang. Diese muss vielmehr auf einen der drei genannten Gründe zurückzuführen sein.

Die Fragen 1 und 2 werden wegen des Sachzusammenhanges gemeinsam beantwortet.

1. Wie viele Personen sind bekannt, die aus dem Ausland nach Brandenburg zugezogen sind und von den Folgen dieser gesetzlichen Regelung betroffen sind?
2. Welchen Aufenthaltsstatus besaßen diese Personen? (Bitte nach Art des Status und der jeweiligen Personenzahl aufgeschlüsselt)

Zu den Fragen 1 und 2: Der Landesregierung liegen keine Erkenntnisse zu aus dem Ausland nach Brandenburg zugezogenen Personen im Sinne der Fragen vor. Mit der Anlage zu den Fragen 1 und 2 werden daher Daten aus dem Ausländerzentralregister des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge über in Brandenburg lebende ausländische Personen mitgeteilt.

3. Welche Möglichkeiten bestehen für diese Personengruppe und welche Voraussetzungen müssen vorliegen, um eine medizinische Behandlung zu erhalten, die einem gesetzlich Versicherten zustehen würde?

Zu Frage 3: Eine Rückkehr aus der privaten in die gesetzliche Krankenversicherung nach Vollendung des 55. Lebensjahres ist nahezu ausgeschlossen. Mit den in den Vorbemerkungen

Eingegangen: 11.12.2018 / Ausgegeben: 17.12.2018

kungen erläuterten Einschränkungen ist aber sichergestellt, dass nicht derjenige von der Versicherungspflicht ausgeschlossen wird, der etwa erst mit 55 Jahren nach Deutschland kommt und hier erstmalig eine Beschäftigung aufnimmt. Diese versicherungspflichtige Beschäftigung kann eine Mitgliedschaft in der GKV begründen.

4. Welche Maßnahmen hat die Landesregierung ergriffen, um diese Personen in die gesetzliche Krankenversicherung zu integrieren?

Zu Frage 4: Die Landesregierung ist im Rahmen von Bundesratsbefassungen auch an Gesetzgebungsverfahren auf Bundesebene beteiligt. Die Einschränkungen des § 6 Abs. 3a SGB V dienen dem Schutz des Solidarsystems der GKV. Wer krankenversicherungsfrei ist, etwa als Arbeitnehmer mit einem Entgelt über der Versicherungspflichtgrenze (2018 bei 59.400 Euro im Jahr), kann sich entweder in der gesetzlichen Krankenkasse freiwillig weiterversichern oder in eine private Versicherung wechseln. In der Vergangenheit wurde oft im Alter - und mit steigenden Beiträgen der privaten Krankenversicherung - wieder die gesetzliche Kasse gewählt. Das jedoch widerspricht dem Solidaritätsgedanken der GKV. Danach zahlen auch junge, gesunde und gut verdienende Mitglieder für die älteren, kranken und gering verdienenden Mitglieder mit. Dieses Prinzip wird durchbrochen, wenn sich Mitglieder während ihrer jungen Jahre mit hohem Einkommen zu geringen Beiträgen privat versichern, dann im Alter aber wieder zurückkehren und nun die Solidarität der anderen Mitglieder in Anspruch nehmen, ohne selbst dazu beigetragen zu haben. Eigene landesrechtliche Regelungskompetenzen bestehen in diesem Bereich nicht.

5. Welche anderen Möglichkeiten bestehen, um die oben genannte Personengruppe medizinisch vollumfänglich zu versorgen?

Zu Frage 5: Als Teilbereich der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) haben anspruchsberechtigte Personen einen Rechtsanspruch auf Leistungen nach dem fünften Kapitel SGB XII „Hilfen zur Gesundheit“ und dabei insbesondere auf die „Hilfe bei Krankheit“ gemäß § 48 SGB XII. Damit wird sichergestellt, dass auch hilfebedürftige Personen einen Anspruch auf Leistungen zu Erhalt und Wiederherstellung der Gesundheit haben, die weder an das System der gesetzlichen Krankenversicherung angeschlossen sind noch entsprechende Ansprüche aufgrund anderer Rechtsvorschriften - z.B. auf der Grundlage der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII), von Beihilfenvorschriften oder des Bundesversorgungsgesetzes - haben. Die Leistungen der „Hilfe bei Krankheit“ entsprechen den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, darüber hinausgehende Leistungen sind aufgrund des Wortlauts des § 48 SGB XII ausgeschlossen.