



Kleine Anfrage

der Abgeordneten Monika Heinold (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

und

Antwort

**der Landesregierung – Ministerin für Soziales, Gesundheit, Familie
Jugend und Senioren**

Krankenversicherung und Arbeitslosengeld II (ALGII)

Vorbemerkung der Fragestellerin:

Leistungsbezieher von Arbeitslosengeld II (ALG II) sind über den Kostenträger in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert. Wer über zuviel Vermögen, Nebeneinkünfte oder ein zu hohes Partnereinkommen verfügt, erhält kein ALG II. Damit ist ein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz für diesen Personenkreis nicht automatisch sicher gestellt. Besteht keine Möglichkeit einer Familienversicherung über den Ehepartner oder ein Elternteil, muss sich der/die Arbeitslose selbst kranken versichern.

1. Für welchen Personenkreis außer Ehepartnern und im Haushalt lebenden Kindern (bis 23 Jahre) besteht die Möglichkeit einer Familienversicherung?

Die Personen, für die eine Familienversicherung durchgeführt werden kann, sind in § 10 Abs. 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) abschließend aufgezählt. Danach besteht nur für den Ehegatten, Lebenspartner und die Kinder, Stiefkinder, Pflegekinder sowie Enkel eines Mitgliedes der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung die Möglichkeit einer Familienversicherung.

2. Ist es richtig, dass eine freiwillige Versicherung in der GKV schriftlich innerhalb von drei Monaten beantragt werden muss? Was passiert, wenn dies nicht erfolgt?

Der Beitritt ist der Krankenkasse innerhalb von drei Monaten anzuzeigen (§ 9 Abs. 2 SGB V). Erfolgt dies nicht, besteht keine Krankenversicherung.

3. Müssen bezüglich einer freiwilligen Versicherung in der GKV Bedingungen (z. B. Vorversicherungszeiten) erfüllt sein? Was passiert, wenn etwaige Voraussetzungen nicht erfüllt werden?

Gem. § 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB V können Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens vierundzwanzig Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens zwölf Monate versichert waren, der Versicherung beitreten. Liegen die Voraussetzungen nicht vor, ist eine freiwillige Versicherung nicht möglich.

4. Wie hoch sind die zu entrichtenden Beiträge bei einer oben geschilderten freiwilligen Krankenversicherung in der GKV? Wovon sollen diese Aufwendungen bestritten werden?

Nach § 241 SGB V sind die Beiträge nach einem Beitragssatz zu erheben, der in Hundertsteln der beitragspflichtigen Einnahmen in der Satzung festgesetzt wird. Soweit nichts Abweichendes bestimmt ist, zahlen Mitglieder Beiträge nach dem allgemeinen, sofern kein Krankengeld-Anspruch besteht, nach einem ermäßigten Beitragssatz. Für freiwillig Versicherte ist der Beitragsbemessung nach § 240 Abs. 4 SGB V mindestens eine tägliche Einnahme von 1/90 der monatlichen Bezugsgröße (2005: 26,83 €) zu Grunde zu legen.

Die Beiträge müssen aus den Einkünften des Mitgliedes, u. U. des Ehe- oder Lebenspartners bestritten werden. Bei Vorliegen von Bedürftigkeit kann der SGB II-Leistungsträger einen Zuschuss gewähren oder der Träger der Sozialhilfe die Zahlung übernehmen.

5. Wie viele Personen fallen in Schleswig-Holstein durch die Umstellung auf das Arbeitslosengeld II aus dem bisher durch die Arbeitslosenhilfe / (Sozialhilfe) gedeckten Krankenversicherungsschutz heraus? Wie viele von diesen Personen haben sich im Anschluss selbst freiwillig versichert bzw. nicht freiwillig versichert? (Bitte getrennt nach Frauen und Männern angeben.)

Durch die Umstellung auf Arbeitslosengeld II fallen zumindest keine ehemaligen Arbeitslosenhilfe-BezieherInnen aus dem Krankenversicherungsschutz heraus, weil durch den Arbeitslosengeld II-Bezug Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung besteht; gleiches gilt für ehemalige SozialhilfebezieherInnen. Ein Herausfallen aus dem Krankenversicherungsschutz erfolgte nur im Falle der Nichtgewährung von Arbeitslosengeld II. 3,8 Prozent der rd. 103.000 bis Ende 2004 in Schleswig-Holstein gestellten Erstanträge auf Zahlung von Arbeitslosengeld II, insgesamt also knapp 4.000 Fälle, wurden wegen Nichterfüllung der gesetzlichen Anspruchsvoraussetzungen abgelehnt. Für diesen Personenkreis besteht somit keine auf Bestimmungen des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch (SGB II) beruhende Krankenversicherung. Die Betroffenen müssen sich, soweit sie nicht in der Familienversicherung eines Ehegatten oder eines eingetragenen Lebenspartners einbezogen sind, deshalb freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung oder privat für den Fall der Krankheit absichern.

Statistische Angaben über die konkrete Anzahl von Personen ohne Krankenversicherungsschutz als Folge der ALG II-Antragsablehnung werden von den SGB II-Leistungsträgern nicht erhoben.

6. Welche kurz- und langfristigen Folgen zieht der Sachverhalt des Ausscheidens aus der GKV nach sich? Wie war der Krankenversicherungsschutz dieser Personen vorher gesichert?

Personen, die nicht krankenversichert (§ 5 SGB V) sind und auch nicht familienversichert (§ 10 SGB V) werden können bzw. keine Möglichkeit zur freiwilligen Versicherung haben, haben auf der Leistungsseite dementsprechend keine Ansprüche aus der Krankenversicherung; um welche „entgangenen“ Ansprüche es sich hierbei handelt, müsste vom grundsätzlich zuständigen Leistungsträger (Krankenkasse) beantwortet werden können.

7. Ist eine Rückkehr bzw. Wiederaufnahme in die gesetzliche Krankenversicherung jederzeit nach einer „Versicherungspause“ möglich?

Eine Rückkehr bzw. Wiederaufnahme in die gesetzliche Krankenkasse ist möglich, wenn die Voraussetzungen hierfür erfüllt sind (§§ 5 und 9 SGB V).

8. Kann eine freiwillige Versicherung auch in einer privaten Krankenkasse erfolgen? Welche Konditionen gelten in diesem Bereich?

Eine freiwillige Versicherung bei einer privaten Krankenkasse kommt unter den in § 26 SGB II genannten Voraussetzungen infrage. Unabhängig von der Höhe des Krankenversicherungsbeitrages, der von Krankenkasse zu Krankenkasse unterschiedlich ist, bezuschusst der SGB II-Leistungsträger die Beiträge, höchstens aber in Höhe der gesetzlich zu zahlenden Beiträge.

9. Wie informiert die „Agentur für Arbeit“ AntragstellerInnen bezüglich ihrer Krankenversicherung bzw. gibt sie konkrete Hilfestellung für die lückenlose Gewährleistung eines umfassenden Krankenversicherungsschutzes?

Informationen über ihre Krankenversicherung erhalten AntragstellerInnen u.a. im Internet, durch eine Info-Hotline, ein Merkblatt sowie durch Hinweise im Bewilligungs- bzw. Ablehnungsbescheid.

10. Sind diese Informationen Bestandteil der Beratungsleistung und / oder eines (abschlägigen) Bescheides bzw. über das Internetangebot oder andere Publikationen der Arbeitsagentur zu erhalten?

Siehe Antwort zu Frage 9.

11. Besteht aus Sicht der Landesregierung in diesem Punkt Handlungsbedarf? Wenn ja, was gedenkt sie auf Landes- bzw. Bundesebene zu tun?

Nein.