ZUGANG ZU GESUNDHEITS-VERSORGUNG FÜR ALLE:

BESTEHENDE STRUKTUREN VEREINHEITLICHEN UND VEREINFACHEN, NEUE LÖSUNGEN SCHAFFEN

Positionspapier
des **Bundesverbandes Anonymer Behandlungsschein und Clearingstellen für Menschen ohne Krankenversicherung** (BACK) und des Netzwerks **Ärzte der Welt e. V.** >>>>>>>>>>>>>>>>>

Trotz der am 1. Januar 2009 eingetretenen allgemeinen Krankenversicherungspflicht gibt es in Deutschland eine Vielzahl von Menschen, die nicht oder nicht ausreichend krankenversichert sind. Die konkrete Anzahl der betroffenen Personen wird bisher nur unzureichend erfasst. Das statistische Bundesamt beruft sich auf Mikrozensus-Daten, wobei diese Erhebungen bestimmte Gruppen, die überproportional häufig von einem fehlenden Krankenversicherungsschutz betroffen sind, nicht entsprechend berücksichtigen (zum Beispiel wohnungslose Personen). Die Dunkelziffer ist daher hoch.

DIE GRÜNDE FÜR MANGELNDEN VERSICHERUNGSSCHUTZ SIND VIELFÄLTIG.

DESHALB HABEN WIR AUF DEN FOLGENDEN SEITEN UNSERE FORDERUNGEN UND LÖSUNGSANSÄTZE ZUSAMMENGEFASST. >>>>

KOMPLEXITÄT DES KRANKENVERSICHERUNGSSYSTEMS UND RECHTLICHE AUSSCHLÜSSE

Das duale System aus privaten und gesetzlichen Versicherungen – einschließlich Pflicht-, freiwilliger und Familienversicherung sowie den eingeschränkten Wechselmöglichkeiten zwischen den verschiedenen Versicherungsformen – ist sehr unübersichtlich. Dies führt häufig zu Missverständnissen, Überforderung und Resignation. Viele Menschen ohne Krankenversicherung wissen nicht, welche Möglichkeiten sie haben, um (wieder) in eine Versicherung aufgenommen zu werden. Zudem kommen Krankenkassen ihrer Beratungspflicht oft nicht ausreichend nach und erschweren oder verhindern damit eine rechtmäßige Aufnahme in die Versicherung.

>>> FORDERUNGEN: >>>>

SCHWIERIGKEITEN DURCH TRENNUNG ZWISCHEN PRIVATER UND GESETZLICHER KRANKENVERSICHERUNG

Menschen über 55 Jahren können nur unter bestimmten Voraussetzungen von der PKV in die GKV wechseln. Menschen, die sich die hohen PKV-Beiträge nicht (mehr) leisten können, bleiben deshalb oft ohne Krankenversicherung oder werden seit 2013 in den Notlagentarif überführt, wodurch die Versicherungsleistungen stark eingeschränkt werden. Die Informationslage zu unterschiedlichen Tarifen, Selbstbeteiligungen und Vorauszahlungen ist an vielen Stellen unzureichend. Insbesondere beraten PKV-Unternehmen in aller Regel nicht zum Basis- und Notlagentarif. Selbst der Basistarif ist in vielen Fällen mit ca. 1000 Euro Beitragshöhe nicht leistbar für Menschen in finanziellen Notlagen.

Während die gesetzliche Krankenversicherung einen Nachweis über den gewöhnlichen Aufenthalt als ausreichende Voraussetzung für die Aufnahme in die Versicherung akzeptiert, bleibt wohnungslosen Personen, die der privaten Krankenversicherung zugeordnet sind, der Zugang wegen einer fehlenden Meldeadresse oft verwehrt.

>>> FORDERUNGEN: >>>>

BEI BEITRAGSSCHULDEN

Seit der 2009 geltenden Versicherungspflicht sind alle Menschen (gesetzlich Versicherte bereits ab dem 01.04.2007) dazu verpflichtet eine Krankenversicherung vorzuhalten und entsprechend Versicherungsbeiträge zu zahlen. Menschen mit geringem oder gar keinem Einkommen zahlen in der freiwilligen Krankenversicherung der GKV sehr hohe Beiträge.

Bei der Berechnung der Mindestbeiträge wird von einem Einkommen von über 1000 € ausgegangen. Die Mindestbeiträge liegen bei deutlich über 200 € bei Selbstzahlenden. Demgegenüber können Teilzeitbeschäftigte mit Einkommen über der Minijobgrenze wesentlich geringere Beiträge zahlen. Da Minijobs nicht sozialversicherungspflichtig sind, sind viele Menschen in Arbeit und profitieren dennoch nicht von der viel günstigeren Pflichtversicherung für Arbeitnehmer*innen.

Beitragsschulden entstehen sowohl durch ausbleibende Zahlungen als auch durch (Wieder-)Versicherung, da zurückliegende Versicherungslücken ab 2007 bzw. 2009 geschlossen und rückwirkende Beitragszahlungen fällig werden.

In der Praxis stehen Menschen ohne Krankenversicherung oft vor der Wahl zwischen z. B. hohen Krankenhauskosten und noch höheren Beitragsschulden. Im Ergebnis versuchen die Personen oft so lange wie möglich selbst für ihre Gesundheitskosten aufzukommen, anstatt sich mit den Schulden bei der Krankenversicherung auseinanderzusetzen. Ratenzahlungsangebote, die für armutsbetroffene Personen leistbar sind, werden häufig von den Krankenversicherungen nicht akzeptiert.

Menschen mit Beitragsschulden bei der GKV oder PKV und ohne Sozialleistungsbezug haben, solange keine Ratenzahlungsvereinbarung getroffen wurde, nur einen eingeschränkten Leistungsanspruch. Abgedeckt sind nur Leistungen bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft. Das Sperren der elektronischen Gesundheitskarte in diesen Fällen führt dazu, dass es wesentlich schwieriger wird, selbst diese eingeschränkten Gesundheitsleistungen in Anspruch zu nehmen.

>>> FORDERUNGEN: >>>>

PROBLEME WÄHREND UND NACH DER HAFT

Menschen, die aus der Haft entlassen werden, erleben häufig Hürden bei der Reintegration in die Krankenversicherung. Während der Haft besteht ein Leistungsanspruch gegenüber der jeweiligen Justizvollzugsanstalt. Abhängig von dem Versicherungsverhältnis vor dem Haftaufenthalt, verändert sich das Versicherungsverhältnis während des Haftaufenthaltes. Bei einer vorherigen Pflichtversicherung in der GKV endet in der Regel die Mitgliedschaft während des Haftaufenthaltes automatisch. Waren Inhaftierte vorher freiwillig gesetzlich versichert, müssen sie ihre Mitgliedschaft selbst kündigen oder ruhend stellen (Beitragsbemessung aus 10 % der monatlichen Bezugsgröße; 2024: 353,50 €). In der privaten Krankenversicherung bleibt das Versicherungsverhältnis bestehen, wenn keine Kündigung erfolgt.

Daraus resultieren unterschiedliche Folgeprobleme:

Mitversicherte Familienangehörige verlieren bei Kündigung der hauptversicherten Person (in der Haft) ihre Absicherung über die Familienversicherung. Für Angehörige aus EU-Mitgliedsstaaten, die in Deutschland leben, ohne dass ihnen ein Freizügigkeitsrecht zusteht, ist bei Kündigung des Versicherungsverhältnisses der Zugang zu einer Krankenversicherung nach dem Haftaufenthalt in der Regel nicht mehr möglich. Verpassen Inhaftierte es, ihre freiwillige gesetzliche oder private Krankenversicherung zu kündigen, häufen sich über die Haftzeit hohe Schulden an.

Die Rückkehr in eine reguläre Krankenversicherung ist nach der Haftentlassung häufig langwierig, was zur Folge hat, dass Menschen teilweise Wochen oder Monate ohne Krankenversicherung sind. Personen, die nach dem Haftaufenthalt die Voraussetzung zur Aufnahme in eine Krankenversicherung nicht (mehr) erfüllen, haben nach der Entlassung keine Möglichkeit, sich zu versichern.

>>> FORDERUNGEN: >>>>

PROBLEME NACH DER RÜCKKEHR AUS DEM AUSLAND

Kehren Menschen nach einem längeren Auslandsaufenthalt nach Deutschland zurück, ist der Versicherungsstatus zunächst meist unklar. Vor allem für Personen, die vor dem Auslandsaufenthalt gesetzlich versichert waren, während des Auslandaufenthaltes jedoch privat, bleibt der Weg zurück in die GKV zum Teil versperrt oder der Prozess der Wiederaufnahme dauert sehr lange, weil teilweise unter hohem Aufwand Nachweise aus anderen Ländern beschafft werden müssen. Z. B. erfüllen in einigen EU-Staaten die ausgestellten Nachweise zur Sozialversicherung nicht die Anforderungen der deutschen Krankenversicherungen. Menschen ab 55 Jahren erhalten bei Beantragung der Auffangversicherung (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V) oft Ablehnungen, obwohl die entsprechende sogenannte "55er-Regelung" (§ 6 Abs. 3a SGB V) in diesem Fall gar nicht greift.

**>>> FORDERUNGEN: >>>>

LEISTUNGSAUSSCHLUSS FÜR ERWERBSLOSE EU-BÜRGER*INNEN

Seit Verabschiedung des Leistungsausschlussgesetzes (§ 7 SGB II, § 23 SGB XII) sind erwerbslose EU-Bürger*innen, wenn sie länger als drei Monate und weniger als fünf Jahre in Deutschland leben, von Sozial- und Gesundheitsleistungen weitgehend ausgeschlossen. Überbrückungsleistungen können für medizinische Behandlungen für einen Monat einmal innerhalb von zwei Jahren gewährt werden. Darüber hinaus besteht kein Anspruch auf Kostenübernahme, auch nicht im Fall von Notfällen oder Geburten.

>>> FORDERUNGEN: >>>>

HINDERNISSE BEI KOSTENÜBERNAHME VON NOTHILFE DURCH DAS SOZIALAMT

Werden Menschen ohne Krankenversicherung im gesundheitlichen Notfall stationär im Krankenhaus aufgenommen, bleibt für die behandelnde Klinik (oder Praxis) oft nur die Möglichkeit, über einen Antrag beim örtlichen Sozialhilfeträger die Kosten für die entstandene Behandlung erstattet zu bekommen (§ 25 SGB XII und § 6a AsylbLG). Die Hürden sind allerdings so hoch und die Kriterien so eng definiert, dass Kliniken die Anträge meist gar nicht stellen. Das Sozialamt ist verpflichtet die Leistungsberechtigung der Antragsteller*innen zu prüfen. Der Antrag ist umfangreich und erfordert detaillierte Auskünfte zu Vermögen, Einkommen, Lebenssituation etc. sowie die entsprechenden Nachweise. Die Kliniken haben kaum Handlungsmacht, da sie für die Geltendmachung ihrer Ansprüche auf die Mitwirkung der Patient*innen angewiesen sind. Die Regelung, die die Leistungserbringenden bei der Notfallbehandlung entlasten soll, führt in der Realität zu Mehrbelastung in den Kliniken, aber meist nicht zu Kostenübernahmen. Aufgrund des hohen ökonomischen Drucks werden nicht-versicherte Patient*innen häufig auch in Notfällen von Krankenhäusern abgewiesen oder nur gegen Vorauszahlung oder Unterschreiben einer privaten Kostenübernahmeerklärung aufgenommen.

>>> FORDERUNGEN: >>>>

EINSCHRÄNKUNGEN UND BÜROKRATISCHE HÜRDEN FÜR EMPFÄNGER*INNEN VON ASYLBEWERBERLEISTUNGEN

§ 4 AsylbLG beschränkt Leistungen auf akute Erkrankungen, Schmerzzustände, Schwangerschaft und Geburt sowie Impfungen. Darüber hinaus können nach § 6 AsylbLG weitere Leistungen bewilligt werden, die zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich sind. Außer in Notfällen muss vor einem Arztbesuch in vielen Bundesländern ein Antrag auf Kostenübernahme beim Sozialamt gestellt werden. Andere Bundesländer und einzelne Kommunen haben hingegen die elektronische Gesundheitskarte für Asylsuchende eingeführt, die bürokratische Hürden senkt.

>>> FORDERUNGEN: >>>>

PROBLEME MIT DEM EHIC-SYSTEM (EUROPEAN HEALTHCARE INSURANCE CARD)

Obwohl die Europäische Versichertenkarte bereits 2006 eingeführt wurde, gibt es sowohl bei Patient*innen und den Behandelnden als auch bei den Krankenversicherungen Unsicherheiten über die Funktionsweise des EHIC-Systems. Das führt dazu, dass Patient*innen keine Behandlung erhalten, um Vorkasse gebeten werden oder sich selbst um die notwendigen Versicherungsnachweise bemühen müssen, obwohl diese sogenannten „portablen Dokumente“ geschaffen wurden, um einen digitalen Datenaustausch zwischen Krankenkassen auch über Staatsgrenzen hinweg zu ermöglichen. Nicht alle Staaten stellen die notwendigen Dokumente zeitnah zur Verfügung. So werden oft notwendige Behandlungen verhindert oder verzögert.

>>> FORDERUNGEN: >>>>

Bundesverband Anonymer Behandlungsschein und Clearingstellen für Menschen ohne Krankenversicherung

Der Bundesverband Anonymer Behandlungsschein und Clearingstellen für Menschen ohne Krankenversicherung (BACK) ist ein Zusammenschluss von Organisationen, die sich für die Belange von Menschen ohne ausreichenden Krankenversicherungsschutz einsetzen. Bei den Anlaufstellen im BACK handelt es sich um Ausgabestellen für den Anonymen Behandlungsschein, Clearingstellen, niedrigschwellige Ambulanzen und Stellen, die in eine medizinische Behandlung vermitteln.

Ziele: Eine gleichwertige, medizinische Versorgung für alle Menschen in Deutschland; die Vergrößerung der Sichtbarkeit aller Menschen ohne ausreichenden Krankenversicherungsschutz in Deutschland in Öffentlichkeit und Politik; einen engen, praxisbezogenen Austausch aller Anlaufstellen für Menschen ohne ausreichenden Krankenversicherungsschutz.

Um diese Ziele zu erreichen, finden Mehrmals im Jahr Bundesvernetzungstreffen von BACK statt. Darüber hinaus gibt es aktuell fünf Arbeitsgruppen, die sich regelmäßig treffen und sich vertieft mit spezifischen Themen befassen: Politik, Aufbausupport, Evidenz, Skillsharing, Vernetzung.

Auf der Website des BACK **www.anonymer-behandlungsschein.de** findet sich u. a. ein Verzeichnis von Einrichtungen zu den Themen Anonyme Behandlungsscheine, Clearingstellen und Behandlungsfonds, sowie zahlreiche Publikationen.

Der BACK ist im Lobbyregister für die Interessenvertretung gegenüber dem Deutschen Bundestag und der Bundesregierung unter der Nummer R006905 eingetragen.

Ärzte der Welt e. V.

Ärzte der Welt ist die deutsche Sektion der internationalen humanitären Organisation Médecins du Monde/Doctors of the World. Das Netzwerk setzt sich dafür ein, dass alle Menschen, unabhängig von ihrem sozialen Status oder Aufenthaltsstatus, Zugang zu notwendiger medizinischer Versorgung erhalten. Dies wird durch direkte medizinische Unterstützung, Beratung sowie politisches Engagement für gerechte Gesundheitssysteme auf nationaler und internationaler Ebene erreicht.

Grundsätze: Nicht nur medizinische Hilfe leisten, sondern auch Menschenrechtsverletzungen dokumentieren und Missstände öffentlich anprangern – aus diesem doppelten Grundsatz heraus sollen Menschen bei der Verwirklichung ihres Rechts auf medizinische Grundversorgung unterstützt werden.

In Deutschland bietet Ärzte der Welt medizinische Anlaufstellen, in denen Menschen ohne Krankenversicherung kostenlos beraten und behandelt werden. Weltweit engagiert sich die Organisation 74 Ländern, darunter in Krisengebieten wie der Ukraine oder Syrien. Darüber hinaus engagiert sich Ärzte der Welt in langfristigen Projekten, die die Verbesserung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung sowie Prävention und Aufklärung in benachteiligten Regionen fördern.

Die Organisation dokumentiert regelmäßig gesundheitspolitische Missstände und setzt sich dafür ein, dass der Zugang zur Gesundheitsversorgung für alle Menschen sichergestellt wird. Transparenz und Effizienz werden jährlich durch das DZI-Spendensiegel bestätigt.

Weitere Informationen zu den Projekten, den medizinischen Anlaufstellen und Publikationen sind auf der Website **www.aerztederwelt.org** zu finden.

Stand: März 2025

V.i.S.d.P.: **Bundesverband Anonymer Behandlungsschein und Clearingstellen für Menschen ohne Krankenversicherung** (BACK), Bahnhofstraße 39, 01587 Riesa