

Anfrage der Abgeordneten Kerstin Celina (GRÜ) vom 25.09.2017
zum Plenum am 27.09.2017

Hilfen zur Gesundheit

Ich frage die Staatsregierung, wie sich die Anzahl der Personen erklären lässt, die Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (VII), Hilfen zur Gesundheit, erhalten, obwohl es seit dem 1. April 2007 gemäß § 5 Abs. 1 SGB V Versicherungspflicht gibt (bitte auch auf Fallkonstellationen eingehen, die einen Verlust der gesetzlichen Krankenversicherung darstellen), wie die Staatsregierung die Aussage kommentiert, dass es sich bei einem Teil derjenigen Personen, die Hilfen zur Gesundheit erhalten, um so genannte „Altfälle“ handelt, die damals nicht in die Versicherungspflicht „hineingekommen sind“ und wie das sein kann, wenn gemäß § 186 Abs. 11 Satz 3 SGB V für Personen, die am 1. April 2007 keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben, an diesem Tag die Mitgliedschaft beginnt?

Antwort durch das Staatsministerium für Gesundheit und Pflege:

Die Frage, wie sich die Anzahl der Personen erklären lässt, die Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII), Hilfen zur Gesundheit, erhalten, obwohl es seit dem 1. April 2007 gemäß § 5 Abs. 1 SGB V Versicherungspflicht gibt, lässt sich aus Sicht des bundesgesetzlichen Krankenversicherungsrechts nicht konkret beantworten. Erkenntnisse zu dem Personenkreis, der Leistungen nach dem SGB XII bezieht, liegen dem Gesundheitsministerium zuständigkeitshalber nicht vor. Des Weiteren besteht Versicherungspflicht (§ 5 SGB V) in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nur für Personen, die dem Bereich der GKV zuzuordnen sind. Auf die Regelungen zur Versicherungsfreiheit (§ 6 SGB V), der freiwilligen Versicherung (§ 9 SGB V) sowie auf die Versicherungspflicht in der privaten Krankenversicherung (§ 193 VVG) wird verwiesen.

Soweit Personen der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen sind, entscheiden die Krankenkassen in eigener Zuständigkeit, ob die Voraussetzungen der Versicherungspflicht vorliegen. Entsprechendes gilt auch, wenn Krankenkassen prüfen, inwieweit entsprechende Voraussetzungen noch bestehen. Die Krankenkassen erfüllen im Rahmen des Gesetzes und des sonstigen für sie maßgebenden Rechts ihre Aufgaben in eigener Verantwortung (§ 29 Abs. 3 SGB IV).