

Liebe Kolleginnen u. Kollegen,

am 1.4.2007 ist die 1. Stufe der Gesundheitsreform in Kraft getreten. Damit sind Änderungen verbunden, die voraussichtlich auch neu Handlungsspielräume im Ausländerrecht eröffnen. Für die Umsetzung der Bleiberechtsregelung gibt es eventuell einen Spielraum auch für ältere Personen, die selbst keine Erwerbstätigkeit mehr ausüben können, in eine Krankenversicherung zu kommen.

Wichtig ist, dass es möglichst bald gelingt, die ältere Person unabhängig von Leistungen nach dem SGB XII und dem AsylbLG zu machen. Wenn die Person nicht erwerbsfähig ist, kommt die Anwendung des SGB II sowieso nicht in Frage. **Wichtig ist also, dass Angehörige in der Lage sind, den Lebensunterhalt (außer der Krankenversicherung) durch Unterhaltszahlungen abzusichern. Wenn das geht, könnte es möglich sein, über den neuen § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V in die gesetzliche KV zu kommen.** Voraussetzung ist aber die Erteilung der Aufenthaltserlaubnis nach der Bleiberechtsregelung. Wenn diese erteilt würde, greift nach den u.g. Ausführungen u.E. die Versicherungspflicht in der gesetzlichen KV.

Vorraussetzung der Lebensunterhaltssicherung nach der Bleiberechtsregelung

Die geplante gesetzliche Bleiberechtsregelung sieht in § 104a Abs. 1 AufenthG-neu vor, dass zunächst die Aufenthaltserlaubnis unabhängig von der Frage erteilt werden **soll**, ob der Lebensunterhalt aus eigenen Mitteln gesichert ist. § 104a Abs. 5 AufenthG-neu verlangt dann für die Verlängerung der Aufenthaltserlaubnis über den 31. Dezember 2009 hinaus, dass der Lebensunterhalt des Ausländers bis zum 31. Dezember 2009 überwiegend eigenständig durch Erwerbstätigkeit gesichert **war oder** wenn der Ausländer mindestens **seit dem 1. April 2009** seinen Lebensunterhalt nicht nur vorübergehend eigenständig sichert. Für die Zukunft müssen in beiden Fällen Tatsachen die Annahme rechtfertigen, dass der Lebensunterhalt überwiegend gesichert sein wird. Interessant ist bei der Gesetzesformulierung, dass bei der 2. Alternative nicht zwingend vorausgesetzt ist, dass der Lebensunterhalt durch Erwerbstätigkeit gesichert ist.

§ 104a Abs. 6 AufenthG-neu regelt zudem Ausnahmen für

- Familien mit Kindern, die nur vorübergehend auf ergänzende Sozialleistungen angewiesen sind,
- erwerbsunfähigen Personen, deren Lebensunterhalt einschließlich einer erforderlichen Betreuung und Pflege in sonstiger Weise ohne Leistungen der öffentlichen Hand dauerhaft gesichert ist, es sei denn, die Leistungen beruhen auf Beitragszahlungen,
- Personen, die am 1. Juli 2007 das 65. Lebensjahr vollendet haben, wenn sie in ihrem Herkunftsland keine Familie, dafür aber im Bundesgebiet Angehörige (Kinder oder Enkel) mit dauerhaftem Aufenthalt bzw. deutscher Staatsangehörigkeit haben und soweit sichergestellt ist, dass für diesen Personenkreis keine Sozialleistungen in Anspruch genommen werden.

Fraglich ist insbes. bei der letzten Alternative, wie der Begriff „Keine Sozialleistungen“ verstanden wird. Vieles spricht dafür, hier auf den allg. Maßstab des § 2 Abs. 3 AufenthG zurückzugreifen. Nach diesem wurden bisher Leistungen des SGB V als „unschädlich“ angesehen. Allerdings könnte man auch die Auffassung vertreten, dass dies nicht der Fall sei, wenn die Leistungen nach dem SGB V nicht auf Beiträgen beruhen. Viel spricht aber dafür, dass § 2 Abs. 3 AufenthG dahingehend zu verstehen ist, dass es allein darauf ankommt, dass ein ausreichender Krankenversicherungsschutz besteht u. die Betonung auf „Versicherungsschutz“ zu legen ist, also entscheidend ist, ob die Person in gesetzl. oder privaten KV ist.

Nach der Gesetzesbegründung kommt aber dem „soll“ in Abs. 1 eine Bedeutung vor allem in Fällen zu, in denen von vorneherein nicht zu erwarten ist, dass der Lebensunterhalt nicht aus eigenen Mitteln gesichert werden kann. In diesen Fällen soll erst gar nicht die Aufenthaltserlaubnis erteilt werden. Wenn man jedoch davon ausgeht, dass der Lebensunterhalt durch die Unterhaltszahlungen der Angehörigen gesichert sein wird u. die Betroffene dann ja in der GKV sein wird, dann müsste das „Soll“ eigentlich eingreifen, so dass die AE zu erteilen ist.

Die Möglichkeiten, einer Teilnahme an der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V

Mit der Neuregelung im GKV-WSG wurde eine Versicherungspflicht für alle eingeführt, die nicht anderweitig versichert sind. Diese Versicherungspflicht gem. § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V gilt für alle Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die zuletzt gesetzlich versichert waren oder die bisher weder gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in Absatz 5 oder den in § 6 Abs. 1 oder 2 genannten Personen gehören oder bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten. § 5 Abs. 5 SGB V sind die „hauptberuflich selbständig Erwerbstätigen“. Zum Kreis der versicherungsfreien Personen nach § 6 gehören z.B. Beamte, Personen mit Verdienst über der Beitragsbemessungsgrenze.

Dies neue Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V gilt subsidiär u. damit nicht für Leistungsbezieher nach dem 3., 4., 6. u. 7. Buch des SGB XII bzw. für Empfänger laufender Leistungen nach § 2 AsylbLG (vgl. § 5 Abs. 8a S. 1 SGB V). Für Ausländer besteht eine Sonderregelung in § 5 Abs. 11 SGB V neu (vgl. Blechinger/Bülow/Weißflog, Das neue Zuwanderungsrecht; 8/4.4.2.1).

Die Ausschlussklausel für Ausländer

§ 5 Abs. 11 SGB V-neu schränkt die Versicherungspflicht für Ausländer ein. Diese Einschränkung war aus Sicht des Gesetzgebers notwendig, da ansonsten die Versicherungspflicht (sofern sie nicht nach anderen Regeln ausgeschlossen wäre) für alle Menschen mit Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt in Deutschland gegolten hätte (siehe § 3 Nr. 2 SGB IV i.V. mit 30 Abs. 3 SGB I).

Gem. § 5 Abs. 11 SGB V-neu besteht bei drittstaatsangehörigen Ausländern nur dann Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13, wenn der Ausländer eine Niederlassungserlaubnis oder eine länger als 12 Monate befristete Aufenthaltserlaubnis besitzt.

Wird die Aufenthaltserlaubnis für weniger als 12 Monate erteilt oder genau für 12 Monate, besteht keine Versicherungspflicht. Wird eine kürzer befristete Aufenthaltserlaubnis über 12 Monate hinaus verlängert, wird davon auszugehen sein, dass eine Aufenthaltserlaubnis von über 12 Monaten vorliegt. Dies ergibt sich aus Sinn und Zweck der Vorschrift, die nur kurzfristige Aufenthalte von der Anwendbarkeit der Versicherungspflicht nach Nr. 13 ausschließen will.

Nicht erfasst werden Inhaber eines Aufenthaltstitels, der über ein Jahr ausgestellt ist, auch dann, wenn die Erteilung des Aufenthaltstitels einen gesicherten Lebensunterhalt einschließlich Krankenversicherungsschutzes nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 AufenthG voraussetzt. Nach der Gesetzesbegründung sei ein Versicherungsschutz nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V in den Fällen nicht geboten, in denen die Ausländer gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 1 des AufenthG verpflichtet sind, dafür zu sorgen, dass ihr Lebensunterhalt einschließlich eines ausreichenden Krankenversicherungsschutzes ohne Inanspruchnahme öffentlicher Mittel sichergestellt ist. Sie würden insoweit über eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall verfügen. Da für viele

Arten der Aufenthaltserlaubnis die eigenständige Sicherung des Lebensunterhaltes eine Erteilungsvoraussetzung ist, ist der Anwendungsbereich des § 5 Abs. 11 AufenthG durch diese Klausel daher eher eng (vgl. Blechinger/Bülow/Weißflog, Das neue Zuwanderungsrecht, 8/4.4.3.1).

Diese Ausnahme dürfte in den Fällen der gesetzlichen Bleiberechtsregelung nicht greifen. Erhält der Ausländer zunächst bis Ende 2009 die Aufenthaltserlaubnis unabhängig von § 5 Abs. 1 Nr. 1 AufenthG, wird die Aufenthaltserlaubnis für einen Zeitraum von länger als einem Jahr erteilt und die Erteilung der Aufenthaltserlaubnis setzt (zunächst) keinen gesicherten Lebensunterhalt aus eigenen Mitteln voraus. Ebenfalls vom Ausschluss nicht erfasst sind Fälle, bei denen die Behörde im Ermessenswege von der eigenständigen Sicherung des Lebensunterhaltes absieht (wie z.B. in den Fällen des § 5 Abs. 3 AufenthG). Die Formulierung in § 5 Abs. 11 SGB V verlangt nur, dass für den Ausländer keine „Verpflichtung“ zur Sicherung des Lebensunterhaltes besteht.

Zudem wird die Versicherungspflicht auch für Berechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, die einen Anspruch auf Krankenleistungen nach § 4 AsylbLG haben, ausgeschlossen (§ 5 Abs. 11 S. 3 SGB V). Da Personen, die von der Bleiberechtsregelung erfasst werden, nach § 1 Abs. 1 Nr. 3 AsylbLG gar nicht unter das AsylbLG fallen (keine § 23-AE wg. eines Krieges), greift dieser Ausschluss bei Bleiberechtsfällen nicht.

§ 5 Abs. 8a SGB V neu (Ausschluss von Leistungsbezieher nach SGB XII bzw. § 2 AsylbLG)

§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V gilt zudem nicht bei Empfängern laufender Leistungen nach dem SGB XII u. zwar der Kapitel 3 (Hilfe zum Lebensunterhalt), 4 (Grundsicherung im Alter), 6 (Eingliederungshilfe), 7 (Hilfe zur Pflege) und Empfänger laufender Leistungen nach § 2 AsylbLG.

Soweit z.B. alte Personen nicht laufende Leistungen nach diesen Sozialgesetzen beziehen, weil sie z.B. ihren Lebensunterhalt über Unterhaltsleistungen bestreiten, dürfte § 5 Abs. 8a SGB V-neu nicht greifen, da dieser voraussetzt, dass laufende Leistungen empfangen werden u. es vom Wortlaut her ausdrücklich nicht ausreicht, dass nur ein Anspruch auf solche Leistungen besteht. Folglich schließt § 5 Abs. 8a SGB V-neu bei diesen Personen die Anwendbarkeit der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V nicht aus.

Die Möglichkeiten, in den Standardtarif/Basistarif der privaten KV zu kommen

Zum 1. Juli 2007 wurde als nächste Stufe der Gesundheitsreform der modifizierte Standardtarif in der privaten Krankenversicherung (PKV) eingeführt. Gemäß § 315 Abs. 1 SGB V können Personen, die weder in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind, noch über eine private Krankheitsvollversicherung verfügen, noch einen Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, noch beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben, noch Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben und auch keine Leistungen nach dem III., IV., VI. u. VII. Kap. des SGB XII beziehen, bis zum 31. Dezember 2008 Versicherungsschutz im Standardtarif gemäß § 257 Abs. 2a verlangen. Die gemäß § 315 Abs. 1 SGB V abgeschlossenen Versicherungsverträge im Standardtarif werden zum 1. Januar 2009 auf Verträge im Basistarif nach § 12 Abs. 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes umgestellt (§ 315 Abs. 4 SGB V).

Laut Bundesgesundheitsministerium soll er für diejenigen, die ihren privaten Krankenversicherungsschutz verloren haben oder nie versichert waren und wegen ihrer

beruflichen Biografie der PKV zuzuordnen sind –zum Beispiel Selbstständige. Für den modifizierten Standardtarif gelten weder Altersbeschränkungen noch Risikoausschlüsse und -zuschläge aufgrund von Vorerkrankungen.

Für den modifizierten Standardtarif gilt im Einzelnen¹:

- Der Leistungsumfang ist mit dem der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar.
- Die PKV-Unternehmen können im modifizierten Standardtarif niemanden, der zur Aufnahme berechtigt ist, ablehnen.
- Es dürfen keine Risikoausschlüsse oder Risikozuschläge bei Vorerkrankungen erhoben werden. Die Höhe des Beitrages ist vom Alter und Geschlecht des Versicherten abhängig, nicht aber von seinem Gesundheitszustand.
- Für den Zugang zum modifizierten Standardtarif gelten keine Altersbeschränkungen.

Sowohl für den herkömmlichen als auch für den modifizierten Standardtarif wird die ärztliche und zahnärztliche Behandlung über die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sichergestellt. Das bedeutet, dass diese Versicherten ebenso wie gesetzlich Versicherte einen Anspruch auf (zahn-)ärztliche Versorgung haben. Für die Vergütung der (zahn-)ärztlichen Leistungen werden bestimmte Höchstsätze der Ärztlichen Gebührenordnung (GOÄ) und der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) festgelegt. Durch vertragliche Vereinbarungen zwischen dem PKV-Verband und den Kassen(zahn)ärztlichen Bundesvereinigungen kann von diesen Vorgaben ganz oder teilweise abgewichen werden. Versicherte im Standardtarif müssen damit nicht mehr befürchten, dass sie von Ärzten nur behandelt werden, wenn sie selbst erhebliche Zuzahlungen leisten.

Außerdem wird gewährleistet, dass Menschen mit niedrigem Einkommen auch im modifizierten Standardtarif nicht durch Prämienzahlungen überlastet werden: Der monatliche Beitrag für Einzelpersonen darf den durchschnittlichen Höchstbetrag in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht überschreiten. Das sind derzeit rund 500 Euro. Der Beitrag kann aber, abhängig vom Eintrittsalter, auch deutlich niedriger ausfallen. Für Versicherte mit geringem Einkommen gilt zudem: Besteht finanzielle Hilfebedürftigkeit (nach den Regelungen des Sozialgesetzbuches II bzw. XII) oder entsteht diese durch Zahlung des Beitrages, muss das Versicherungsunternehmen den Beitrag halbieren. Und wer auch den ermäßigten Beitrag nicht zahlen kann, erhält einen Zuschuss vom Jobcenter oder Sozialamt.

Der Basistarif:

Ab dem 1.1.2009 müssen aber auch die privaten Krankenversicherungen einen einheitlichen Basistarif anbieten. Dieser muss in Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach dem 3. Kapitel des SGB V vergleichbar sein (vgl. § 12 Abs. 1a Versicherungsaufsichtsgesetz). Die privaten Krankenversicherungen unterliegen dann einer Kontrahierungspflicht; eine Risikoprüfung darf dabei nicht stattfinden (§ 12 Abs. 1b VAG). Der Beitrag für den Basistarif darf den durchschnittlichen GKV-Höchstbeitrag nicht überschreiten. Entsteht allein durch die Zahlung des Beitrages eine Hilfsbedürftigkeit im Sinne des SGB II oder SGB XII reduziert sich der Beitrag auf 50%. Der Beitrag kann sich u.U. noch weiter reduzieren und bei allgemeiner Hilfebedürftigkeit übernimmt der Sozialleistungsträger den Kassenbeitrag in gleicher Höhe, wie er auch in der GKV für SGB-II-Bezieher zu zahlen ist (§ 12 Abs. 1c VAG).

¹ Laut Internetinformation auf <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/>

Wenn keine Versicherungspflicht in der GKV besteht, stellt sich die Frage nach der Versicherungspflicht in der PKV; die Regelungen dazu treten am 1.1.2009 in Kraft. Nach § 178a Abs. 5 VVG ist jede Person mit Wohnsitz im Inland zumindest zum Abschluss eines Krankversicherungsvertrages zum Basistarif verpflichtet. Nach S. 2 besteht die Pflicht nur für solche Personen nicht, die in der GKV versichert oder versicherungspflichtig sind, die Anspruch auf freie Heilfürsorge oder Beihilfe haben oder Anspruch auf Leistungen nach § 2 AsylbLG haben oder Empfänger laufender Leistungen nach dem SGB II oder bestimmter Kapitel des SGB XII sind (s.o.)

Ansonsten gilt die Versicherungspflicht in der PKV auch für alle Ausländer mit Wohnsitz in Deutschland. Nach § 12 Abs. 1(a) ff VAG besteht Kontrahierungszwang für die Anbieter privater Krankenversicherer zum dann gültigen Basistarif. In diesem Kontext gilt die Ausschlussklausel für Ausländer § 5 Abs. 11 SGB V-neu nicht. Soweit die Personen nicht unter § 2 AsylbLG fallen oder Leistungen nach dem SGB XII beziehen, müsste dann der Kontrahierungszwang nach der PKV gelten, so dass sie zumindest über den Basistarif in der PKV eine bezahlbare KV erhalten können müssten.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Blechinger
Referent für Migration und Flüchtlinge
des Diakonischen Werks Baden u.
Jurist im Fachbereich Migration und Islamfragen
des Evangelischen Oberkirchenrats Karlsruhe

KONTAKT:

Evangelischer Oberkirchenrat Karlsruhe
Referat Diakonie, Mission und Ökumene
Bereich Migration und Islamfragen
Blumenstr. 1-7
76133 Karlsruhe
Telefon: (0049)- 0721-9175-521
(sprechen Sie ggf. auf den Anrufbeantworter)
Telefax: (0049)- 0721-9175-529
E-Mail: juergen.blechinger@ekiba.de

Online: www.ekiba.de/referat-5
dort unter "Migration und Islam"
(Sie finden dort viele weitere Informationen).