

Mitteilung des Senats

Menschen ohne Krankenversicherung im Land Bremen

Mitteilung des Senats an die Bremische Bürgerschaft (Landtag) vom 23. November 2021

Die Fraktionen DIE LINKE, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und SPD haben folgende Große Anfrage an den Senat gerichtet:

„2019 lebten in Deutschland laut Mikrozensus hochgerechnet rund 61.000 Menschen ohne Krankenversicherung. Nicht alle Menschen können bei den Erhebungen des Mikrozensus beachtet werden. So werden beispielsweise keine Wohnungslosen oder Papierlosen befragt. Gerade diese Gruppen haben allerdings zumeist keine Krankenversicherung, weshalb die Zahl der Menschen ohne Krankenversicherung in Deutschland deutlich höher liegen dürfte. Wie viele unversicherte Menschen tatsächlich in Deutschland leben, ist nicht bekannt: Weder Bundesregierung noch Krankenkassen führen dazu eine Statistik.

Für Selbständige sind die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung ein ernstzunehmendes Problem, insbesondere für Soloselbstständige. Soloselbstständige werden diejenigen Selbstständigen genannt, die keine Mitarbeiter*innen beschäftigen. Ein immer größerer Teil der Selbstständigen ist soloselbstständig. Seit den 2000er-Jahren gibt es mehr Soloselbstständige als Selbstständige mit Beschäftigten. (Solo-)Selbstständige sind eine heterogene Gruppe, die sich auf verschiedenen Einkommensstufen und in unterschiedlichen Branchen bewegt. Selbstständige arbeiten als Webdesign*innen, als Hausmeister*innen oder Kosmetiker*innen, liefern Pakete aus und sind im Einzelhandel tätig. Wenn das Einkommen nicht reicht, sparen sie an ihrer Altersvorsorge oder leben unter dem Existenzminimum. Ungefähr ein Drittel der Soloselbstständigen verdient weniger als 1.100 Euro im Monat; ein Viertel verdient weniger als 8,50 Euro pro Stunde.

Für Selbstständige gibt es eine nachrangige Versicherungspflicht bezogen auf die Kranken- und Pflegeversicherung. Die Mindestbemessung für die Beiträge können viele Selbstständige mit geringem Einkommen jedoch nicht stemmen. Einige zahlen die Hälfte ihrer gesamten Einnahmen an die Krankenkassen. Grund für dieses Ungleichgewicht sind vor allem zwei Faktoren: Erstens fehlt der Anteil, den Angestellte durch die Arbeitgeberbeteiligung bezahlt bekommen. Zweitens ist der zuzuzahlende Beitrag nicht abhängig von ihrem Einkommen. Stattdessen wird Soloselbstständigen ein monatliches Einkommen un-

terstellt, was für die meisten weit entfernt von ihrer tatsächlichen Einkommensrealität ist.

Gerade für selbstständige Geringverdiener*innen ist der Beitrag zur Krankenversicherung immer noch ein hoher Kostenfaktor, trotz des Versichertenentlastungsgesetzes. Demnach müssen Selbstständige, die wenig verdienen, seit 2019 deutlich geringere Versicherungsbeiträge als zuvor zahlen. Das Einkommen, das zur Berechnung des Krankenversicherungsbeitrags für Selbstständige in der gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegt wird – die sogenannte Mindestbeitragsbemessungsgrundlage – wurde drastisch von 2.283,75 Euro auf 1.038,33 Euro pro Monat gesenkt. Der Krankenkassenbeitrag, den Selbstständige mit geringen Einnahmen mindestens zahlen müssen, verringerte sich damit auf monatlich rund 162 Euro. Doch trotz der Verbesserung gibt es weiterhin selbstständige Geringverdiener*innen, die auch die neue Einkommensgrenze von zurzeit monatlich 1.038,33 Euro nicht erreichen und proportional zu viel von ihrem Einkommen an die Krankenkasse zahlen müssen.

Eine Sonderrolle nehmen bei den Soloselbstständigen die Künstler*innen ein. Diese können sich über die Künstlersozialkasse (KSK) vergleichsweise günstig sozial- und damit auch krankenversichern, da sie dort nur den Anteil für Arbeitnehmer*innen beitragen müssen. Um Mitglied der KSK zu werden, bedarf es eines künstlerischen Mindesteinkommens pro Jahr. Da aufgrund der Coronapandemie derzeit die Verdienstmöglichkeiten für freischaffende Künstler*innen erheblich eingeschränkt sind, häufen sich aber die Berichte, dass KSK-Mitglieder dieses Einkommen unterschreiten und somit ihren Versicherungsschutz verlieren.

Weiterhin ist die Gruppe der papierlosen Menschen nicht krankenversichert, da ihnen der Zugang zum Gesundheitssystem strukturell verwehrt wird. Ebenso fehlt auch EU-Bürger*innen, die sich legal in Deutschland aufhalten, aber über keinen richtigen Versicherungsschutz aus ihrem Heimatland verfügen, eine Krankenversicherung, gerade dann, wenn sie hierzulande nicht angestellt sind. Vielfach handelt es sich dabei ebenfalls um (Solo-)Selbstständige mit geringem Einkommen und um deren Familien.

Probleme mit der Krankenversicherung können sich außerdem für Studierende ergeben. Mit 25 Jahren verlieren gesetzlich versicherte Studierende die Möglichkeit, über ihre Eltern familienversichert zu sein. Mit 30 Jahren entfällt die Möglichkeit des vergünstigten Studierendentarifs, die gesetzliche Krankenversicherung wird mit einem Mal erheblich teurer. Beide Schwellen führen regelmäßig dazu, dass Studierende sich den Krankenversicherungsschutz nicht mehr leisten können, in Beitragsverzug geraten und nach Meldung durch die Versicherung an die Hochschule zwangsexmatrikuliert werden. Anders sieht die Lage für Studierende aus, die von der gesetzlichen Versicherungspflicht befreit sind. Dies ist meistens dann der Fall, wenn sie die private Krankenversicherung ihrer Eltern auch im Studium beibehalten möchten. Im Gegensatz zur gesetzlichen Krankenversicherung findet hier kein regelmäßiger Datenabgleich über den Versicherungsschutz statt. Es ist daher ein Dunkelfeld unversicherter Studierender anzunehmen, wenn mit 25 Jahren auch für diese Gruppe die Möglichkeit der Versicherung bzw. der Beihilfe über die Eltern entfällt.

Wenn Menschen nicht krankenversichert sind, haben sie praktisch keinen Zugang zum Gesundheitssystem. Der Gang zu Hausärzt*innen, Zahnärzt*innen, anderen Fachärzt*innen, physio- und psychotherapeutischer Versorgung bleibt ihnen verwehrt. Chronische

Krankheiten sowie Vorerkrankungen werden dann weder dauerhaft behandelt noch zentral festgehalten und somit beispielsweise bei Notfallbehandlungen nicht berücksichtigt.

Wir fragen den Senat:

1. Wie hat sich die Anzahl der Menschen ohne umfassenden Krankenversicherungsschutz nach Kenntnis des Senats im Land Bremen entwickelt (bitte aufgeschlüsselt nach Bremen und Bremerhaven und den Jahren 2018, 2019, 2020)? Wie ermittelt der Senat die Anzahl der Menschen im Land Bremen ohne umfassenden Krankenversicherungsschutz?
2. Wie viele Menschen davon sind nach Kenntnis des Senats
 - a) Geflüchtete und Asylsuchende ohne geregelten Aufenthaltsstatus,
 - b) Nichtversicherte,
 - c) Menschen, die nach dem SGB XII Hilfen zur Gesundheit erhalten,
 - d) Menschen mit Beitragsschulden in der GKV, deren Versicherung ruht,
 - e) Menschen im Notlagentarif der privaten Krankenversicherung (PKV),
 - f) Menschen im Basis- und Standardtarif der privaten Krankenversicherung bzw.
 - g) erwerbslose EU-Bürger*innen, die keinen Anspruch auf Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) oder nach dem SGB XII haben?
3. Wie viele Bremer*innen und Bremerhavener*innen haben Schulden bei ihrer Krankenkasse (bitte aufgeschlüsselt in GKV und PKV)?
4. Wie bewertet der Senat die Anzahl der Nicht-Krankenversicherten im Land Bremen?
5. Welche Maßnahmen gedenkt der Senat zu ergreifen, um die Zahl der in Bremen mit regulärem Wohnsitz gemeldeten Personen, die über keine Krankenversicherung verfügen, zu senken?
6. Welche sind nach Kenntnis des Senats die Hauptgründe dafür, dass Menschen auf Hilfen zur Gesundheit nach dem SGB XII angewiesen sind, und welche Maßnahmen gedenkt der Senat zu ergreifen, um dieser Personengruppe den regulären Zugang zum Krankenversicherungssystem zu ermöglichen?
7. Wie ist der Stand bei der Einführung einer Gesundheitskarte oder eines Krankenscheins für Papierlose im Land Bremen und wann rechnet der Senat mit der Einführung?
8. Welche Maßnahmen zur Rückführung in die Krankenversicherung gedenkt der Senat im Rahmen des Bremen-Fonds zu ergreifen?
9. Wie viele Personen sind nach Kenntnis des Senats im Notlagentarif der PKV jeweils über einen Zeitraum von null bis sechs Monaten, von sechs bis zwölf Monaten und von länger als einem Jahr versichert (bitte aufgeschlüsselt nach Bremen und Bremerhaven)?
10. Wie viele Studierende wurden seit 2015 an den öffentlichen Hochschulen des Landes Bremen zwangsexmatrikuliert, weil für sie kein Krankenversicherungsschutz mehr bestand? Bitte nach Hochschulen und Semestern aufschlüsseln.
11. Wie viele ordentlich eingeschriebene Studierende an den öffentlichen Hochschulen des Landes Bremens sind derzeit von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung befreit? Bitte nach Hochschulen aufschlüsseln. Liegen dem Senat Erkenntnisse darüber vor, für wie viele dieser Studierenden derzeit kein Krankenversicherungsschutz besteht?

12. Wie viele freischaffende Künstler*innen mit Erstwohnsitz im Land Bremen haben seit Beginn der Coronapandemie ihren Status als Mitglied der Künstlersozialkasse (KSK) verloren?
13. Wie steht der Senat zu der Forderung des Deutschen Kulturrates, vorübergehend während der Dauer der Pandemie eine Bestandsgarantie für die Mitgliedschaft in der KSK zu schaffen, damit Künstler*innen nicht aufgrund pandemiebedingten Verdienstauffalls ihren Versicherungsschutz verlieren?
14. Wie bewertet der Senat den Bedarf für eine bundesgesetzliche Novellierung, um zu verhindern, dass in Deutschland Menschen ohne Krankenversicherung leben?
15. Wie viele Patient*innen wurden in den Jahren seit 2017 jeweils in der Humanitären Sprechstunde der Bremer und Bremerhavener Gesundheitsämter versorgt und welche Entwicklung hinsichtlich der Krankheitsbilder und weitergehende Behandlungsbedarfe waren zu beobachten?
16. Wie viele Patient*innen ohne Krankenversicherungsschutz sind in den Jahren seit 2017 durch den Verein Medizinische Versorgung Obdachloser (MVO) e.V. und den Verein Medinetz versorgt worden und wie häufig konnten weitergehende Behandlungsbedarfe festgestellt werden? Welcher Art waren die anschließenden Behandlungsbedarfe? Konnten dabei strukturell Versorgungsempässe in bestimmten fachärztlichen Bereichen festgestellt werden?
17. Welche weiteren Hilfsangebote, an die sich Menschen ohne Krankenversicherung im Krankheitsfall wenden können, gibt es in Bremen und Bremerhaven und in welchem Umfang werden diese frequentiert?
18. Wie bewertet der Senat die bremischen Hilfsangebote und -strukturen für Menschen ohne Krankenversicherung?
19. Wer trägt nach Kenntnis des Senats die Kosten für die Behandlung der Menschen ohne Krankenversicherung und wie hoch waren diese Kosten in den Jahren 2018, 2019 und 2020?
20. Wie bewertet der Senat die Möglichkeit, einen niedrigschwelligen Zugang zu medizinischer Versorgung ohne Krankenversicherung für vulnerable Gruppen zu erweitern bzw. Initiativen, die dies ermöglichen können, verstärkt zu fördern?

Der Senat beantwortet die Große Anfrage wie folgt:

- 1. Wie hat sich die Anzahl der Menschen ohne umfassenden Krankenversicherungsschutz nach Kenntnis des Senats im Land Bremen entwickelt (bitte aufgeschlüsselt nach Bremen und Bremerhaven und den Jahren 2018, 2019, 2020)? Wie ermittelt der Senat die Anzahl der Menschen im Land Bremen ohne umfassenden Krankenversicherungsschutz?**
- 2. Wie viele Menschen davon sind nach Kenntnis des Senats**
 - a) **Geflüchtete und Asylsuchende ohne geregelten Aufenthaltsstatus,**
 - b) **Nichtversicherte,**
 - c) **Menschen, die nach dem SGB XII Hilfen zur Gesundheit erhalten,**
 - d) **Menschen mit Beitragsschulden in der GKV, deren Versicherung ruht,**
 - e) **Menschen im Notlagentarif der privaten Krankenversicherung (PKV),**
 - f) **Menschen im Basis- und Standardtarif der privaten Krankenversicherung bzw.**
 - g) **erwerbslose EU-Bürger*innen, die keinen Anspruch auf Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) oder nach dem SGB XII haben?**

Vorbemerkung:

Wie sich aus der folgenden Beantwortung der Fragen ergibt, liegen dem Senat zu einigen Fragestellungen Daten vor während zu anderen Fragestellungen dem Senat hingegen nur partiell Daten oder keine Daten vorliegen. Teilweise konnten nur Schätzungen vorgenommen werden.

Die Fragen 1. und 2. werden zusammen beantwortet:

§ 5 SGB V regelt den Kreis der in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtigen Personen. Das Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung wird im Dritten Kapitel des SGB V geregelt. Inhalt und Umfang des Versicherungsschutzes in der privaten Krankenversicherung richten sich im Wesentlichen nach den Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Versicherungsaufsichtsgesetzes und dem Versicherungsvertrag mit den jeweils zugrundeliegenden Versicherungs- und Tarifbedingungen. Daneben regelt § 264 SGB V die Voraussetzungen, nach denen für weitere, nicht der Versicherungspflicht unterliegende Personengruppen die Übernahme der Krankenbehandlung durch Krankenkassen gegen Kostenerstattung erfolgt. Die Übernahme der Krankenbehandlung durch die Krankenkasse für nicht versicherte Leistungsempfänger:innen geschieht ihrem Rechtscharakter nach in einem (gesetzlichen) Auftragsverhältnis.

Frage 2. a) betrifft einerseits Empfänger:innen von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) gemäß § 264 Abs. 1 Satz 2 SGB V. Mit Blick auf die Übernahme der Krankenbehandlung ist nach § 264 Abs. 1 SGB V von den Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven eine entsprechende Vereinbarung mit der AOK Bremen/Bremerhaven geschlossen worden. In der nachstehenden Tabelle werden mit Blick auf die Stadtgemeinde Bremen die vorliegenden Zahlen dargestellt. Frage 2. a) betrifft zudem Empfänger:innen laufender Leistungen nach § 2 AsylbLG, die nicht versichert sind, und deren Krankenbehandlung nach § 264 Abs. 2 SGB V von einer von der leistungsberechtigten Person gewählten Krankenkasse gegen Kostenerstattung durch den zuständigen Träger der Sozialhilfe übernommen wird. Darüber hinaus wird in der nachstehenden Tabelle ausgewiesen, wie viele Personen während der Zeit der Ankunft in Bremen bis zum Antritt der Weiterreise an den Ort, an dem das Asylverfahren durchgeführt wird, durch das Land Bremen Notfallbehandlungen erhalten haben.

Frage 2. b) betrifft Empfänger:innen von laufenden Leistungen nach dem Dritten bis Neunten Kapitel des SGB XII, nach dem Teil 2 des SGB IX und von Empfänger:innen von Krankenhilfeleistungen nach dem SGB VIII, die nicht versichert sind, und deren Krankenbehandlung nach § 264 Abs. 2 SGB V von einer von der leistungsberechtigten Person gewählten Krankenkasse gegen Kostenerstattung durch den zuständigen Träger der Sozialhilfe oder der öffentlichen Jugendhilfe übernommen wird. In der nachstehenden Tabelle werden mit Blick auf die Stadtgemeinde Bremen die vorliegenden Zahlen dargestellt.

Dem Senat liegen keine Zahlen zu nicht krankenversicherten Personen mit einem nicht legalisierten Aufenthaltsstatus vor.

Frage 2. c) betrifft Menschen, die, abweichend von dem von Frage 2. b) betroffenen Personenkreis, einmalig Leistungen nach dem 5. Kapitel SGB XII direkt durch das Sozialamt erhalten. Auch zu diesem Personenkreis sind Zahlen in der nachstehenden Tabelle enthalten.

Bremen	Jahr 2018	Jahr 2019	Jahr 2020
Land Bremen (Asyl – Notfallbehandlungen gemäß §§ 4 und 6 AsylbLG) betrifft Frage 2. a)	478	743	931
Stadtgemeinde Bremen			
§§ 4 und 6 AsylbLG betrifft Frage 2. a)	1.829	2.102	2.287
§ 2 AsylbLG betrifft Frage 2. a)	1.317	1.188	1.182
SGB XII betrifft Frage 2. b)	1.225	1.103	1.108
SGB VIII betrifft Frage 2. b)	1.465	1.048	728
Direkte Leistungserbringung durch das Sozialamt betrifft Frage 2. c)	200	72	55

Quelle: Bundesstatistik zu Kapitel 5 SGB XII 2018-2020, SAP, Auswertungen der Fachverfahren Open Prosoz (SGB XII-Software) und OK Jug (SGB VIII-Software), AOK Bremen/Bremerhaven

Hinsichtlich der vorgenannten Personengruppen hat sich die Zahl der Leistungsberechtigten, die nach § 264 SGB V bei den Krankenkassen gemeldet sind, mit Blick auf die Stadt Bremerhaven wie folgt entwickelt:

Bremerhaven	Jahr 2018	Jahr 2019	Jahr 2020
§§ 4 und 6 AsylbLG betrifft Frage 2. a)	437	436	349
§ 2 AsylbLG betrifft Frage 2. a)	450	448	550
SGB XII (ohne Beteiligung Land Freie Hansestadt Bremen) betrifft Frage 2. b)	156	157	166
SGB XII (mit Beteiligung Land Freie Hansestadt Bremen) betrifft Frage 2. b)	38	37	18

Quelle: Magistrat der Stadt Bremerhaven

Mit Blick auf Empfänger:innen von Krankenhilfeleistungen nach dem SGB VIII teilt der Magistrat der Stadt Bremerhaven mit, dass das Jugendamt gelegentlich mit Fällen im Bereich Vormundschaften zu tun hat, in denen für unbegleitete ausländische Kinder und Jugendliche nach dem SGB VIII die Krankenversicherung sichergestellt werden muss. In diesen Fällen ist dann aber auch häufig das Sozialamt im Rahmen des AsylbLG gefordert. Da es sich, was den Bereich SGB VIII angeht, um Ausnahmefälle handelt, werden diese in der Stadtgemeinde Bremerhaven nicht explizit statistisch erfasst. Für die Jahre 2018 bis 2020 liegen da-

her keine validen Daten vor. Im Jahr 2021 wurde bisher 1 Fall (Stand 26.10.2021) (Kosten 411,69 Euro) registriert.

Zum Personenkreis betreffend Frage 2. c) teilt der Magistrat der Stadt Bremerhaven mit, dass es sich hierbei um Ausnahmefälle handele, die statistisch nicht erfasst würden.

Dem Senat liegen zu Frage 2. d) keine Daten vor. Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Sinne des § 217a SGB V. Dieser hat auf Nachfrage mitgeteilt, dass die angefragten Zahlen seitens der Krankenkassen in keiner amtlichen Statistik erhoben würden und daher auch dem GKV-Spitzenverband nicht vorliegen. Exemplarisch wurde die AOK Bremen/Bremerhaven um Übermittlung von Zahlen hinsichtlich ihrer Mitglieder gebeten. Die AOK Bremen/Bremerhaven hat Folgendes mitgeteilt:

	Jahr 2018	Jahr 2019	Jahr 2020
Stadt Bremen	2.504	2.690	2.094
Stadt Bremerhaven	808	857	605

Quelle: AOK Bremen/Bremerhaven

Gezählt wurden nach Angaben der AOK Bremen/Bremerhaven alle Mitglieder der AOK Bremen/Bremerhaven, deren Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V an mindestens einem Tag im jeweiligen Kalenderjahr ruhte.

Dem Senat liegen zu den Fragen 2. e) und 2. f) keine Daten vor. Der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. hat auf Nachfrage mitgeteilt, dass ihm keine nach Bundesland aufgeschlüsselten Daten vorliegen. Dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. liegen aber folgende bundesweite Zahlen vor, die hier als weitere Information zur Verfügung gestellt werden können:

Bundesweit	Jahr 2018	Jahr 2019	Jahr 2020
Basistarif	32.000	32.400	33.500
Standardtarif	51.300	51.400	52.600
Notlagentarif	102.000	96.900	88.300

Quelle: Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.

Im vergangenen Jahr wurden ca. 100 Personen im Rahmen der „Kälterege lung“ in der Stadtgemeinde Bremen untergebracht. Hierbei handelte es sich um EU-Bürger:innen, die keinen Anspruch auf Leistungen nach dem SGB II oder nach dem SGB XII hatten und bei denen davon ausgegangen werden kann, dass für sie kein Krankenversicherungsschutz besteht. Es kann davon ausgegangen werden, dass sich darüber hinaus eine wesentlich höhere Anzahl an Personen ohne Krankenversicherungsschutz im Land Bremen aufhält. Weitere Daten liegen dem Senat zur Frage 2. g) nicht vor.

3. Wie viele Bremer*innen und Bremerhavener*innen haben Schulden bei ihrer Krankenkasse (bitte aufgeschlüsselt in GKV und PKV)?

Dem Senat liegen hierzu keine Daten vor. Der GKV-Spitzenverband hat auf Nachfrage mitgeteilt, dass die angefragten Zahlen seitens der Krankenkassen in keiner amtlichen Statistik erhoben würden und daher auch dem GKV-Spitzenverband nicht vorliegen. Ex-

emplarisch wurde die AOK Bremen/Bremerhaven um Übermittlung von Zahlen hinsichtlich ihrer Mitglieder gebeten. Die AOK Bremen/Bremerhaven hat zum Stichtag 30.09.2021 Folgendes mitgeteilt:

	Kontenstatus beendet	Kontenstatus laufend	Gesamt
Stadt Bremen	6.999	1.620	8.619
Stadt Bremerhaven	2.251	461	2.712
Summe	9.250	2.081	11.331

Quelle: AOK Bremen/Bremerhaven

Zum Stichtag 30.09.2021 waren demnach 11.331 Mitglieder der AOK Bremen/Bremerhaven, die ihre Beiträge selbst zahlen müssen (insbesondere freiwillig Versicherte und Student:innen), mit ihren Beiträgen in Rückstand. Die Beitragsschulden resultieren nach Angaben der AOK Bremen/Bremerhaven zum größten Teil aus bereits beendeten Versicherungszeiträumen, d. h. diese Menschen sind entweder nicht mehr bei der AOK Bremen/Bremerhaven versichert oder sind in eine andere Versicherungsart (z. B. Pflichtversicherung als Arbeitnehmer:in oder Leistungsbezieher:in nach dem SGB III) gewechselt. Die Zahl der Beitragsschuldner:innen aus einer laufenden Versicherung betrug zum oben genannten Stichtag 2.081 Mitglieder.

Hinsichtlich der privaten Krankenversicherung hat der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. auf Nachfrage mitgeteilt, dass ihm keine nach Bundesland aufgeschlüsselten Daten vorliegen. Zahlt die versicherte Person über mehrere Monate den Beitrag nicht, erfolgt nach Auskunft des Verbands der Privaten Krankenversicherung e.V. die Umstellung in den Notlagentarif. Zur Zahl der Versicherten im Notlagentarif wird auf die Antwort zu den Fragen 2. e) und 2. f) verwiesen.

4. Wie bewertet der Senat die Anzahl der Nicht-Krankenversicherten im Land Bremen?

Zur Zahl der Nicht-Krankenversicherten im Land Bremen liegen dem Senat keine belastbaren Zahlen vor. Groben Schätzungen zu Folge könnte es sich um eine Zahl in einem kleineren vierstelligen Bereich handeln, also um eine beachtliche Größenordnung. Dies zeigt aus Sicht des Senats den dringenden Handlungsbedarf auf den Zugang der genannten Personengruppen zum Versorgungssystem zu ermöglichen oder zumindest zu erleichtern. Nicht nur im Grundgesetz, sondern auch in der allgemeinen Erklärung der Menschenrechte, im UN-Sozialpakt, in der Kirchenrechtskonvention und in der Frauenrechtskonvention ist das Recht auf körperliche Unversehrtheit und das Recht auf Gesundheit verankert. Derzeit arbeiten das Gesundheitsressort (Federführung) und das Sozialressort gemeinsam an einer entsprechenden Lösung.

5. Welche Maßnahmen gedenkt der Senat zu ergreifen, um die Zahl der in Bremen mit regulärem Wohnsitz gemeldeten Personen, die über keine Krankenversicherung verfügen, zu senken?

Grundsätzlich wird jeder Einzelfall in den Rechtskreisen AsylbLG, SGB VIII und SGB XII

auf vorrangige Leistungsansprüche in der privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung (u.a. Pflichtmitgliedschaft, freiwillige Mitgliedschaft, Familienversicherung) geprüft. Zwar besteht eine grundsätzliche Versicherungspflicht in der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung, Ausnahmen hiervon sind allerdings nicht ausgeschlossen. Diese führen dazu, dass vereinzelt Menschen tatsächlich nicht versichert sind und auf Krankenhilfeleistungen anderer Sozialgesetze angewiesen sind. Der Senat wird in der neuen Legislaturperiode des Bundes die Erfolgsaussichten für eine neue Initiative für eine reguläre Versicherungspflicht von Empfänger:innen von Leistungen nach dem Dritten bis Neunten Kapitel des SGB XII, nach dem Teil 2 des SGB IX, von Empfänger:innen laufender Leistungen nach § 2 AsylbLG und von Empfänger:innen von Krankenhilfeleistungen nach dem SGB VIII, die nicht versichert sind, prüfen.

6. Welche sind nach Kenntnis des Senats die Hauptgründe dafür, dass Menschen auf Hilfen zur Gesundheit nach dem SGB XII angewiesen sind, und welche Maßnahmen gedenkt der Senat zu ergreifen, um dieser Personengruppe den regulären Zugang zum Krankenversicherungssystem zu ermöglichen?

Die Voraussetzungen für eine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung, sowie Ausschlussgründe, sind im SGB V geregelt. Auch die Mitgliedschaft in der privaten Krankenversicherung ist nicht für alle Menschen möglich. Festgestellt werden kann, dass es nach Verlust der Mitgliedschaft (z.B. bei überganglosem SGB XII Leistungsbezug nach Inhaftierung) in der gesetzlichen Krankenversicherung oftmals ausgeschlossen ist, wieder in die gesetzliche Krankenversicherung zurückzukehren. In der Regel ist nur durch sozialversicherungspflichtige Beschäftigung, Leistungsbezug im SGB II oder durch eine Familienversicherung eine Rückkehr möglich. Daher wird bei Antragsstellung in den Rechtskreisen AsylbLG, SGB VIII und SGB XII konsequent geprüft, ob ein vorrangiger Versicherungsanspruch besteht.

7. Wie ist der Stand bei der Einführung einer Gesundheitskarte oder eines Krankenscheins für Papierlose im Land Bremen und wann rechnet der Senat mit der Einführung?

Die Einführung einer Gesundheitskarte wurde unter Einbindung der AOK Bremen/Bremerhaven rechtlich geprüft – sie kann mangels gesetzlicher Grundlage im SGB V allerdings nicht dargestellt werden. Vor diesem Hintergrund zielt das in der Antwort zu Frage 4 genannte Vorhaben darauf ab, über sogenannte Berechtigungsscheine den Zugang zum ärztlichen Versorgungssystem zu gewährleisten. Der Senat rechnet mit der Umsetzung des genannten Vorhabens bzw. seiner modellhaften Erprobung bis zum 2. Quartal 2022.

8. Welche Maßnahmen zur Rückführung in die Krankenversicherung gedenkt der Senat im Rahmen des Bremen-Fonds zu ergreifen?

Der Senat prüft derzeit das zu den Fragen 4 und 7 genannte Vorhaben sowie Finanzierungsmöglichkeiten u.a. im Rahmen des Bremen-Fonds für die Jahre 2022/2023.

9. Wie viele Personen sind nach Kenntnis des Senats im Notlagentarif der PKV jeweils über einen Zeitraum von null bis sechs Monaten, von sechs bis zwölf Monaten und von länger als einem Jahr versichert (bitte aufgeschlüsselt nach Bremen und Bremerhaven)?

Dem Senat liegen hierzu keine Daten vor. Der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. hat auf Nachfrage mitgeteilt, dass ihm keine nach Bundesland aufgeschlüsselten Daten vorliegen. Dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. liegen aber folgende Verbleibenszeiträume im Notlagentarif (bundesweit) vor:

Bundesweit	Jahr 2018	Jahr 2019	Jahr 2020
	102.000	96.900	88.300
davon:			
bis zu 6 Monate im Notlagentarif	14.200	12.700	11.200
länger als 6 und bis zu 12 Monate im Notlagentarif	9.400	9.200	7.600
länger als 12 Monate im Notlagentarif	78.400	75.000	69.500

Quelle: Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.

10. Wie viele Studierende wurden seit 2015 an den öffentlichen Hochschulen des Landes Bremen zwangsexmatrikuliert, weil für sie kein Krankenversicherungsschutz mehr bestand? Bitte nach Hochschulen und Semestern aufschlüsseln.

Die bei der Exmatrikulation zu erfassenden Gründe werden durch das statistische Bundesamt (Hochschulstatistik) vorgegeben. Die Exmatrikulation aufgrund fehlender Krankenversicherung wird im Exmatrikulationsgrund, Schlüssel 7.1, Signatur 7 („Streichung durch die Hochschule wegen fehlender Rückmeldung bzw. fehlender Krankenversicherung“) zusammengefasst und lässt daher keinen Rückschluss über die jeweilige Anzahl zu.

11. Wie viele ordentlich eingeschriebene Studierende an den öffentlichen Hochschulen des Landes Bremens sind derzeit von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung befreit? Bitte nach Hochschulen aufschlüsseln. Liegen dem Senat Erkenntnisse darüber vor, für wie viele dieser Studierenden derzeit kein Krankenversicherungsschutz besteht?

Aktuell (Stand Wintersemester 2021/2022) sind an der Universität Bremen 973 Personen, an der Hochschule Bremen 479 Personen, an der Hochschule Bremerhaven 144 Personen und an der Hochschule für Künste 47 Personen von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung befreit. Dies lässt allerdings nicht den Schluss zu, dass diese nicht krankenversichert sind, sondern nur, dass sie nicht versicherungspflichtig sind, da sie über 30 Jahre alt oder privat krankenversichert sind.

12. Wie viele freischaffende Künstler*innen mit Erstwohnsitz im Land Bremen haben seit Beginn der Coronapandemie ihren Status als Mitglied der Künstlersozialkasse (KSK) verloren?

Die Künstlersozialkasse führt zu den Voraussetzungen einer Mitgliedschaft folgendes aus: „Nach § 1 Künstlersozialversicherungsgesetz (KSVG) ist Voraussetzung für die

Versicherungspflicht, dass eine künstlerische oder publizistische Tätigkeit erwerbsmäßig und nicht nur vorübergehend ausgeübt wird. Künstler ist, wer Musik, darstellende oder bildende Kunst schafft, ausübt oder lehrt. Publizist ist, wer als Schriftsteller, Journalist oder in ähnlicher Weise wie ein Schriftsteller oder Journalist tätig ist. Auch wer Publizistik lehrt, fällt unter den Schutz des KSVG. Die künstlerische oder publizistische Tätigkeit muss selbständig und erwerbsmäßig ausgeübt werden. Erwerbsmäßig ist jede nachhaltige, auf Dauer angelegte Tätigkeit zur Erzielung von Einnahmen. Selbständig ist die künstlerische oder publizistische Tätigkeit nur, wenn sie keine abhängige Beschäftigung im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses darstellt.“

Die Anzahl der Menschen, die seit März 2020 ihren Status als Versicherte der KSK nach dem KSVG verloren haben, also keinen Versicherungsschutz nach dem KSVG mehr genießen, ist den folgenden Tabellen, aufgeschlüsselt nach Berufsgruppen, zu entnehmen, die von der KSK auf Anfrage mitgeteilt wurden.

Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Beendigung des Versicherungsstatus und dem Beginn der Pandemie kann allerdings nicht mit Sicherheit angenommen werden, da auch andere Gründe dafür in Frage kommen. Mögliche Ursachen können auch Altersgründe, die Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung oder etwa die Erziehung eines Kindes mit Bezug von Elterngeld sein. Genauere Daten dazu liegen auch der KSK nicht vor. Gelistet werden diejenigen Versicherten, für die die gesamte Versicherung nach KSVG beendet wurde, also Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung. Die KSK hat darauf hingewiesen, dass ein Ausscheiden nicht zwingend bedeute, dass kein Versicherungsschutz mehr besteht. Gerade die Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung oder der Bezug von Transferleistungen, etwa über die Bundesagentur für Arbeit, bedeuten eine entsprechende Weiterversicherung und damit soziale Absicherung.

Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang auf die Tatsache, dass für die Mitgliedschaft in der KSK ein jährliches Mindesteinkommen aus künstlerischer Beschäftigung von 3.900 Euro erforderlich ist. Diese Beitragsbemessungsgrenze ist für die Jahre 2020 und 2021 ausgesetzt worden. Somit bleibt die Mitgliedschaft in der KSK bestehen, auch wenn das eigentlich notwendige künstlerische Einkommen nicht nachgewiesen werden kann.

Hinzuweisen ist hier zudem auf das Stipendienprogramm des Senators für Kultur, welches freischaffenden, professionell arbeitenden Künstler:innen aller Sparten mit Erstwohnsitz im Land Bremen Einzelstipendien als Förderung künstlerischer Produktion zur Bewältigung der CoronaPandemie gewährte und damit die Fortsetzung eben jener künstlerischen Arbeit ermöglichte. 865 Anträge auf Stipendienförderung mit einer Einzelsumme von jeweils 7.000 Euro wurden bisher (Stand 14.10.2021) bewilligt, davon stammten 61 Prozent von Menschen, die Mitglied in der KSK sind.

Insgesamt sind Stand 11.10.2021 seit März 2020 112 Menschen mit Wohnsitz im Land Bremen aus der KSK ausgeschieden. Ausgeschiedene Versicherte nach KSVG seit März 2020 (Stand 11.10.2021):

Bereich Wort: Tätigkeitsbereiche:	 K Ü N S T L E R S O Z I A L K A S S E	Anzahl der Künstler
W01 Autor/in - Belletristik		
W02 Autor/in für Bühne, Film, Funk, Fernsehen, Multimedia		1
W03 Lektor/in		
W04 Journalist/in, Redakteur/in - Wort		15
W05 Journalist/in, Redakteur/in - Bild, Layout, Multimedia		3
W07 Autor/in - Sach-, Fach-, Wissenschaftsliteratur		4
W08 Fachfrau/Fachmann f. Öffentlichkeitsarbeit o. Werbung		3
W09 Urheber/in von Bearbeitungen (z. B. Übersetzungen)		
W10 Ausbilder/in im Bereich Publizistik		1
W19 ähnliche selbständige publiz.Tätigkeit im Bereich Wort		4

Quelle: Künstlersozialkasse

Bereich Musik: Tätigkeitsbereiche:	 K Ü N S T L E R S O Z I A L K A S S E	Anzahl der Künstler
M01 Komponist/in		1
M02 Librettist/in, Textdichter/in		
M03 Musikbearbeiter/in, Arrangeur/in		
M04 Dirigent/in, Chorleiter/in, Musikal. Leiter/in		2
M07 Musiker/in (Orchester-, Kammer-, Bühnenmusik)		3
M08 Sänger/in (Lied, Oper, Operette, Chor)		
M11 Sänger/in (Pop-, Rock-, Jazz-, Unterhaltungsmusik)		2
M12 Musiker/in (Pop-, Rock-, Jazz-, Unterhaltungsmusik)		2
M14 Musiker/in (Jazz, improvisierte Musik)		
M15 Künstl.-techn. Mitarbeiter/in im Bereich Musik		
M16 Musiklehrer/in, Ausbilder/in im Bereich Musik		23
M19 ähnl. selbst. künstl. Tätigkeit im Bereich Musik		1

Quelle: Künstlersozialkasse

Bereich darstellende Kunst: Tätigkeitsbereiche	 K Ü N S T L E R S O Z I A L K A S S E	Anzahl der Künstler
D01	Tänzer/in (Ballett, Tanztheater, Musical, Show, Bühne)	1
D02	Schauspieler/in (Bühne, Film, Werbung), Performer/in	2
D03	Moderator/in, Conférencier/cière	1
D04	Puppen-, Marionetten-, Figurenspieler/in	
D05	Kabarettist/in, Comedian, Unterhaltungskünstler/in	
D06	Artist/in, Clown/in, Zauberer/Zauberin (Zirkus, Bühne)	1
D07	Regisseur/in, Filmemacher/in, Spielleiter/in, Regisassist.	4
D08	Dramaturg/in	
D09	Bühnen-, Szenen-, Kostüm-, Maskenbildner/in, Lightdes.	
D11	künstl.-techn. Mitarbeiter/in darstellende Kunst	
D12	Ausbilder im Bereich darstellende Kunst	2
D13	Theaterpädagogin/Theaterpädagoge	1
D14	Sängerdarsteller/in	
D15	Sprecher/in (Hörbuch, Film, Werbung)	1
D16	Choreograf/in, Ballett-/Tanzmeister/in	
D17	Kameramann/-frau, Cutter/in, Editor/in (Film)	1
D19	ähnl. selbst. Tätigkeit im Bereich darstellende Kunst	

Quelle: Künstlersozialkasse

Bereich bildende Kunst / Design: Tätigkeitsbereiche:	 K Ü N S T L E R S O Z I A L K A S S E	Anzahl der Künstler
B01	Bildhauer/in	
B02	Konzeptionskünstler/in, experimentelle/r Künstler/in	2
B03	Maler/in, Zeichner/in, Illustrator/in	8
B05	Performance-/Aktionskünstler/in	
B06	Medienkünstler/in	
B07	künstl. Fotograf/in, Fotodesigner/in, Werbefotograf/in	2

B09	Grafik-, Kommunikations-, Werbedesigner/in	12
B11	Keramiker/in, Glasgestalter/in	
B12	Gold- und Silberschmied/in, Emailleur/in	
B13	Textil-, Holz-, Metallgestalter/in	1
B14	Graveur/in	
B15	Ausbilder/in im Bereich bildende Kunst/Design	3
B16	Medien-Designer/in, Webdesigner/in, Interfacedesigner/in	2
B17	Game-Designer/in	
B18	Industrie-/Mode-/Textil-Designer/in	1
B19	ähnl. selbst.künstl. Tätigkeit Bildende Kunst/Design	2

Quelle: Künstlersozialkasse

13. Wie steht der Senat zu der Forderung des Deutschen Kulturrates, vorübergehend während der Dauer der Pandemie eine Bestandsgarantie für die Mitgliedschaft in der KSK zu schaffen, damit Künstler*innen nicht aufgrund pandemiebedingten Verdienstauffalls ihren Versicherungsschutz verlieren?

Der Senat steht dem positiv gegenüber und begrüßt, dass für die Jahre 2020 und 2021 die Beitragsbemessungsgrenze von 3.900 Euro pro Jahr aus künstlerischer Tätigkeit durch den Gesetzgeber aufgehoben wurde, und somit das Unterschreiten dieser Grenze keinen Einfluss mehr auf die Mitgliedschaft in der KSK hat (§ 3 Abs. 3 KSVG).

Aus Sicht des Senats stellt die soziale Absicherung für Kulturschaffende und Publizierende im Rahmen des KSVG eine bedeutende Errungenschaft solidarischen Handelns in der Bundesrepublik Deutschland dar. Der Senat begrüßt daher gerade mit Blick auf die schwierige Lage vieler Kulturschaffender während der Corona-Pandemie alle Anstrengungen, um Künstler:innen und Publizist:innen auch weiterhin einen möglichst unkomplizierten und sicheren Zugang auch unter Pandemiebedingungen zu gewährleisten.

Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 12 verwiesen.

14. Wie bewertet der Senat den Bedarf für eine bundesgesetzliche Novellierung, um zu verhindern, dass in Deutschland Menschen ohne Krankenversicherung leben?

Ziel ist es, eine ärztliche Versorgung für alle Menschen anzubieten. In Bremen wird aktuell an dem bereits erwähnten Konzept zur Verbesserung der „ärztlichen Versorgung papierloser Menschen“ gearbeitet. Hierzu wird auf die Antwort zu den Fragen 4, 7 und 8 verwiesen. Der Senat wird in der neuen Legislaturperiode des Bundes die Erfolgsaussichten für eine neue Initiative für eine reguläre Versicherungspflicht von Empfänger:innen von Leistungen nach dem Dritten bis Neunten Kapitel des SGB XII, nach dem Teil 2 des SGB IX, von Empfänger:innen laufender Leistungen nach § 2 AsylbLG und von Empfänger:innen von Krankenhilfeleistungen nach dem SGB VIII, die nicht versichert sind, prüfen.

15. Wie viele Patient*innen wurden in den Jahren seit 2017 jeweils in der Humanitären Sprechstunde der Bremer und Bremerhavener Gesundheitsämter versorgt und welche Entwicklung hinsichtlich der Krankheitsbilder und weitergehende Behandlungsbedarfe waren zu beobachten?

Die Humanitäre Sprechstunde im Gesundheitsamt Bremen bietet den Patient:innen eine medizinische Akut- bzw. Basisversorgung an. Bestandteile sind eine körperliche Untersuchung, Beratung bei gesundheitlichen Beschwerden, je nach vorläufigem Befund Behandlung einschließlich notfallmäßiger Vergabe von Medikamenten oder Überweisung zur weiterführenden Diagnostik und Behandlung. An eigenen diagnostischen Möglichkeiten steht das Labor zur Verfügung. Die Überweisung erfolgt an niedergelassene Ärzt:innen sowie bei Schwangerschaften an Bremer Krankenhäuser zur stationären Versorgung, jedoch nur zum Zweck der Entbindung. Für die Basisversorgung wird ein Grundbestand an Medikamenten vorgehalten, aus dem bei Bedarf Arzneien ausgegeben werden können. Zusätzlich stellen die Ärzt:innen Rezepte für verschreibungspflichtige Medikamente aus, die dann von der Apotheke direkt in Rechnung gestellt werden. Das Budget für externe medizinische Leistungen beträgt 100.000 Euro.

Die Versorgung der Patient:innen in der Humanitären Sprechstunde im Gesundheitsamt Bremen stellt sich wie folgt dar:

	Jahr 2017	Jahr 2018	Jahr 2019	Jahr 2020
Anzahl Kontakte	457	505	501	234
Anzahl Patientinnen und Patienten	193	232	255	141

Quelle: Gesundheitsamt Bremen

Aufgrund personeller Probleme bei der Besetzung der Humanitären Sprechstunde sind die Zahlen seit dem Jahr 2020 rückläufig. Seit Herbst 2021 ist es gelungen, die Stelle wieder zu besetzen und regelmäßige Sprechstunden anzubieten.

Fast 40 % der Befunde gehören zur sog. Z-Kategorie. Dabei handelt es sich um allgemeine Inanspruchnahme der Versorgung, Beratungen oder Untersuchungen, z.B. wegen Schwangerschaft und chronischen Erkrankungen (z.B. Hypertonus und Diabetes mellitus). Die weiteren Befundgruppen liegen alle bei etwa 10 %. Dabei handelt es sich um unklare Symptome, unspezifische Schmerzen, vor allem Kopfschmerzen und ähnliches, Probleme des Urogenitalsystems und Kreislaufprobleme. Dann folgen Erkrankungen des Blutes und des Immunsystems, des Muskel- und Skelettsystems einschließlich der Bindegewebe und des Verdauungssystems einschließlich der Zähne.

Regelmäßig wurden Frauen an niedergelassene Gynäkolog:innen überwiesen. Weitere Überweisungen gingen an Internist:innen, an Neurolog:innen, Orthopäd:innen sowie Zahnärzt:innen. Die Zahl der Überweisungen war davon abhängig, ob sich kooperierende Praxen bereitfanden die Patient:innen zu übernehmen. Bei medizinisch unstrittigem und dringendem Behandlungsbedarf fanden Überweisungen auch in den

stationären Bereich statt.

In der Stadt Bremerhaven stellt sich die Situation wie folgt dar:

Seit 2017 wurden in der Humanitären Sprechstunde im Gesundheitsamt Bremerhaven versorgt:

Jahr	Medizinische/Pflegerische Leistung
2017	96
2018	133
2019	179
2020	36
2021	12 (Stand: Quartal 1-3)

Quelle: Magistrat der Stadt Bremerhaven

Darüber hinaus fanden im Gesundheitsamt Bremerhaven Beratungsgespräche in folgender Größenordnung statt:

Jahr	Beratungskontakte
2017	216
2018	291
2019	300
2020	91
2021	56 (Stand: Quartal 1-3)

Quelle: Magistrat der Stadt Bremerhaven

Dabei wurden überwiegend folgende Krankheitsbilder festgestellt:

- Hauterkrankungen / Erkrankungen der Hautanhangsorgane
- Infektionskrankheiten (Erkältung, grippaler Infekt, Grippe usw.)
- Gynäkologische Erkrankungen/Befunde ohne STI (STI = sexuell übertragbare Infektionen) wie Schwangerschaften, Tumorerkrankungen, Klimakterium
- Zahnerkrankungen
- Psychische Erkrankungen incl. Suchterkrankungen

16. Wie viele Patient*innen ohne Krankenversicherungsschutz sind in den Jahren seit 2017 durch den Verein Medizinische Versorgung Obdachloser (MVO) e.V. und den Verein Medinetz versorgt worden und wie häufig konnten weitergehende Behandlungsbedarfe festgestellt werden? Welcher Art waren die anschließenden Behandlungsbedarfe? Konnten dabei strukturell Versorgungsengpässe in bestimmten fachärztlichen Bereichen festgestellt werden?

Verein zur medizinischen Versorgung Obdachloser im Lande Bremen e.V. (MVO)

Die folgenden Informationen basieren im Wesentlichen auf den Jahresberichten des Vereins und ergänzende Auskünfte. Der Verein MVO betreibt 3 Praxen (Beratungsstellen): die Praxis „Auf der Brake“, die Praxis im „Bremer Treff“ und die Praxis im Tagestreff für Frauen „Frauenzimmer“. Seit 2017 werden durch den Verein MVO zunächst überwiegend obdachlose Menschen versorgt, die in den meisten Fällen krankenversichert sind. In der letzten Zeit ist der Anteil von nicht krankenversicherten EU- Bürger:innen deutlich gestiegen. Im Jahr 2020 wurden pro Quartal insgesamt rund 180 Patient:innen versorgt, bezogen auf das ganze Jahr sind das etwa 700 Betroffene mit circa 1.400 Patientenkontakten. Dabei ist aber zu berücksichtigen, dass ein Teil der Patient:innen über mehrere Quartale behandelt wird und insofern Doppelzählungen vorliegen können. Nach Schätzungen des Vereins werden mit seinem Angebot ca. 300 obdachlose Menschen erreicht. Die Zahl der nicht krankenversicherten Patient:innen nimmt seit einiger Zeit deutlich zu. Die Patienten sind fast ausschließlich Männer. Durch die Corona-Pandemie ist die Zahl der behandelten Patient:innen leicht gesunken, da eine Praxis für einige Monate schließen musste.

Zu den drei Behandlungsstandorten im Einzelnen:

Die Praxis im „Bremer Treff“ ist im November 2017 eröffnet worden. Repräsentative Zahlen liegen daher für das Jahr 2017 nicht vor. Im Jahr 2018 hatte die Praxis im „Bremer Treff“ pro Quartal rund 30 Patient:innen. Davon waren etwas weniger als die Hälfte der Patient:innen nicht krankenversichert. In den Jahren 2019 und 2020 kamen pro Quartal zwischen 40 und 50 Patient:innen. Der Anteil der nicht krankenversicherten Patient:innen belief sich auf über 40%.

Die Praxis „Auf der Brake“ verzeichnete im Jahr 2017 pro Quartal zwischen 180 und 250 Behandlungen. Die Zahl der Nicht-Krankenversicherten stieg auf etwas über 25% an. Im Jahr 2018 wurden dort pro Quartal zwischen 90 und 110 Patient:innen behandelt. In den Jahren 2019 und 2020 waren es pro Quartal rund 110 Personen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Praxis im Jahr 2020 pandemiebedingt schließen musste. Von den Patient:innen waren in den beiden Jahren 25% nicht krankenversichert.

Die Praxis im Tagestreff für Frauen „Frauenzimmer“ hatte in den Jahren 2017 bis 2020 pro Quartal zwischen 25 und 30 Patientinnen. Davon waren etwa 10% nicht krankenversichert.

Die einzelnen Behandlungsbedarfe werden nicht gruppenspezifisch erhoben. Grundsätzlich kann man feststellen, dass das Behandlungsspektrum der nicht krankenversicherten Patient:innen dem der anderen Patient:innen entspricht. Der Verein MVO behandelt die nicht krankenversicherten Patient:innen kostenlos und trägt auch die Kosten für notwendige Medikamente. Versorgungsengpässe treten auf, wenn fachärztliche

Behandlungen oder ein stationärer Krankenhausaufenthalt erforderlich wird. Es gibt kein Netz von Fachärzt:innen, die diese Patient:innen kostenlos behandeln, das gilt auch für die Krankenhäuser. Deshalb muss für jeden Einzelfall eine Lösung gefunden werden, um eine Fachärztin bzw. einen Facharzt oder ein Krankenhaus zu bewegen, diese Patient:innen kostenlos zu behandeln. Das ist häufig erfolglos. Die steigende Zahl nicht krankenversicherter EU-Bürger:innen stellt den Verein insofern vor große Probleme.

Verein Medinetz:

Die folgenden Informationen basieren auf einer entsprechenden Auskunft des Vereins. Seit 2017 sind vom Verein Medinetz Bremen nichtversicherte Personen in folgender Größenordnung versorgt worden:

Jahr 2017	Jahr 2018	Jahr 2019	Jahr 2020	Jahr 2021
88	95	116	147	bis 19.10.2021 151

Quelle: Medinetz Bremen

In dem Verein werden die Patient:innen beraten und an kooperierende Ärzt:innen weitergeleitet.

Bei den Zahlen handelt es sich nach Auskunft von Medinetz Bremen um Näherungswerte, da keine exakte Statistik geführt werde. Die Zahl der Kontakte ist nach den Angaben von Medinetz Bremen vielleicht doppelt so hoch, da ca. ein Drittel der Patient:innen mehrfach kommen bzw. der Unterstützung bedürfen. Ein Behandlungs- bzw. Abklärungsbedarf ist fast immer gegeben. In der Regel kommen die Menschen in bereits zugespitzten oder chronifizierten Erkrankungssituationen. Viele Menschen sind jahrelang nicht untersucht worden oder haben dringend indizierte Medikamente über längere Zeiträume ausgesetzt. In einigen Fällen handelt es sich um psychosomatische Reaktionen, wo eine organische Ursache ausgeschlossen werden muss und ggf. psychologische/psychiatrische Hilfestellung notwendig ist. Einige Patient:innen kamen zudem nur zur Kostenübernahme bereits verschriebener apothekenpflichtiger Medikamente. Die Krankenhauseinweisungen liegen jährlich im einstelligen Bereich (Entbindungen ausgenommen).

Die Behandlungsgebiete stellen sich wie folgt dar:

- Allgemeinmedizin/ Internistisch (n=167, 32%)
- Gynäkologisch (n= 139, 26%)
- Psychiatrisch/ Psychotherapeutisch (n= 97, 19%)
- Zahnheilkunde (n= 32, 7%)
- Übermittlung an Humanitäre Sprechstunde (n=31, 7%)
- Pädiatrie (n=25, 5%)
- Augenheilkunde (n=9, 2%)
- Dermatologie (n=8, 2%)

Engpässe in der Behandlung bestehen nach Auskunft von Medinetz Bremen in allen

Facharztgebieten, vor allem Psychiatrie, Gynäkologie, Orthopädie, Innere Medizin, Zahnheilkunde und Augenheilkunde.

17. Welche weiteren Hilfsangebote, an die sich Menschen ohne Krankenversicherung im Krankheitsfall wenden können, gibt es in Bremen und Bremerhaven und in welchem Umfang werden diese frequentiert?

In der Stadt Bremen gibt es ein Beratungsangebot der Clearingstelle des Vereins für Innere Mission Bremen. Sie ist Anlaufstelle für Menschen ohne Krankenversicherung. Aber auch Menschen mit Krankenversicherung können sich an die Clearingstelle wenden, wenn sie selbst nicht wissen, wie sie ihre Ansprüche durchsetzen können. Im Jahr 2019 hat die Clearingstelle 465 Beratungsgespräche mit 297 Personen dokumentiert. Im Jahr 2020 wurden 328 Gespräche mit 182 Personen dokumentiert. Da die Clearingstelle anonymisiert oder pseudonymisiert dokumentiert, werden Wiederholungsberatungen nicht als solche erkannt.

Mit Blick auf die Stadt Bremerhaven stellt sich die Situation wie folgt dar:

Für akute Krankheitsfälle gibt es die Möglichkeit der Notfall-Krankenhausbehandlung mit Zahlung einer Notfallpauschale von 50 Euro (auf die teilweise auch verzichtet wird). Wie häufig diese Möglichkeit genutzt wird, ist dem Magistrat der Stadt Bremerhaven nicht bekannt. Neben dem subsidiären Angebot der Humanitären Sprechstunde beim Gesundheitsamt Bremerhaven gibt es in der Stadt Bremerhaven keine weiteren Hilfsangebote für Menschen ohne Krankenversicherung im Krankheitsfall. Allerdings ist beim Gesundheitsamt Bremerhaven eine „Clearingstelle“ installiert, die bereits vor einer Erkrankung Beratung und Unterstützung anbietet, um einen möglichen Krankenversicherungsschutz zu erlangen. Darüber hinaus sind die unterschiedlichen Institutionen und vorhandenen Kooperationspartner in der Stadt Bremerhaven sehr gut untereinander vernetzt, so dass ein Hinweis auf die verschiedenen Beratungsstellen (z. B. Projekt DALBE für EU-Bürger:innen) innerhalb der Stadt Bremerhaven fortlaufend erfolgt.

18. Wie bewertet der Senat die bremischen Hilfsangebote und -strukturen für Menschen ohne Krankenversicherung?

Der Senat sieht grundsätzlich Handlungsbedarf, um die bremischen Hilfsangebote und Hilfsstrukturen zu verbessern. Verbesserungen werden aktuell in einem Konzept zur „ärztlichen Versorgung papierloser Menschen“ erarbeitet.

19. Wer trägt nach Kenntnis des Senats die Kosten für die Behandlung der Menschen ohne Krankenversicherung und wie hoch waren diese Kosten in den Jahren 2018, 2019 und 2020?

Die Kosten dieser Leistungen werden im Bereich der Notfallbehandlungen im Bereich Asyl durch das Land Bremen finanziert. Die restlichen Leistungen werden jeweils vom Leistungsträger nach dem AsylbLG, SGB VIII und SGB XII finanziert. Die Kosten stellen sich wie folgt dar:

Bremen	Jahr 2018	Jahr 2019	Jahr 2020
--------	-----------	-----------	-----------

Land Bremen (Asyl – Notfallbehandlungen gemäß §§ 4 und 6 AsylbLG)	52.572,11 €	63.607,22 €	80.916,66 €
Stadtgemeinde Bremen:			
§§ 4 und 6 AsylbLG	7.009.734,17 €	7.901.390,92 €	7.500.750,10 €
§ 2 AsylbLG	3.157.887,57 €	3.200.977,12 €	2.343.359,02 €
SGB XII	10.110.677,62 €	8.974.612,05 €	7.754.553,88 €
SGB VIII	2.322.135,48 €	1.991.551,07 €	845.159,97 €
Direkte Leistungserbringung durch das Sozialamt	84.774,17 €	251.049,13 €	28.275,28 €

Quelle: Die Senatorin für Soziales, Jugend, Integration und Sport

Die Kosten (ohne Personalkosten, Ausstattung und Raummiete etc.) für die Humanitäre Sprechstunde beim Gesundheitsamt Bremen stellen sich wie folgt dar:

Jahr 2018	Jahr 2019	Jahr 2020
32.153,78 €	50.459,84 €	35.566,24 €

Quelle: Gesundheitsamt Bremen

Der Ausgabenrückgang im Jahr 2020 kann auf die pandemiebedingten Schließungszeiten zurückgeführt werden. Die Kosten trägt die Stadtgemeinde Bremen.

Die Vereine Medinetz Bremen und MVO arbeiten ehrenamtlich und finanzieren sich überwiegend aus Spenden. Die Clearingstelle des Vereins für Innere Mission Bremen erhält eine jährliche finanzielle Förderung durch das Gesundheitsamt Bremen in Höhe von knapp 13.000 Euro. Auch Krankenhäuser behandeln im Rahmen der Notfallversorgung Menschen ohne Krankenversicherung und können daher die Kosten nicht abrechnen. Dies führt zu nicht unerheblichen finanziellen Belastungen.

Mit Blick auf die Stadt Bremerhaven stellt sich die Situation wie folgt dar:

Die Kosten für die nach § 264 SGB V bei einer Krankenkasse angemeldeten Personen werden im Bereich des Asylbewerberleistungsgesetzes vollständig von der Stadt Bremerhaven getragen. Im Bereich des SGB XII erfolgt eine Kostenbeteiligung des Landes Freie Hansestadt Bremen in Höhe von 85% soweit gleichzeitig ein Anspruch auf Hilfen nach anderen Kapiteln des SGB XII (stationäre Hilfe zur Pflege, ambulante und stationäre Hilfe für Personen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten) besteht. Nachstehend ist die Kostenentwicklung aufgeführt:

Bremerhaven	Jahr 2018	Jahr 2019	Jahr 2020
§§ 4 und 6 AsylbLG	590.538,89 €	845.522,28 €	854.264,83 €
§ 2 AsylbLG	911.762,32 €	1.076.697,01 €	1.086.051,50 €
SGB XII (ohne Beteiligung Land Freie Hansestadt Bremen)	543.511,97 €	443.622,45 €	683.964,42 €
SGB XII (mit Beteiligung Land Freie Hansestadt Bremen)	919.635,72 €	882.728,69 €	629.123,39 €

Quelle: Magistrat der Stadt Bremerhaven

Mit Blick auf Empfänger:innen von Krankenhilfeleistungen nach dem SGB VIII teilt der Magistrat der Stadt Bremerhaven mit, dass das Jugendamt gelegentlich mit Fällen im Bereich Vormundschaften zu tun habe, in denen für unbegleitete ausländische Kinder und Jugendliche nach dem SGB VIII die Krankenversicherung sichergestellt werden müsse. In diesen Fällen ist dann aber auch häufig das Sozialamt im Rahmen des AsylbLG gefordert. Da es sich, was den Bereich SGB VIII angeht, um Ausnahmefälle handelt, werden diese in der Stadtgemeinde Bremerhaven nicht explizit statistisch erfasst. Für die Jahre 2018 bis 2020 liegen daher keine validen Daten vor. Im Jahr 2021 wurde bisher (Stand 26.10.2021) 1 Fall (Kosten 411,69 Euro) registriert.

Die reinen Sachkosten (ohne Personal- und Arbeitsplatzkosten) für die Humanitäre Sprechstunde beliefen sich für das Gesundheitsamt Bremerhaven wie folgt:

Jahr 2018	Jahr 2019	Jahr 2020
2.158,34 €	4.329,06 €	1.584,44 €

Quelle: Magistrat der Stadt Bremerhaven

Die Kosten werden von der Stadt Bremerhaven getragen. Hinzuweisen ist hierbei, dass insbesondere im Jahr 2020 aufgrund der Corona-Pandemie die Humanitäre Sprechstunde nicht durchgängig besucht werden konnte.

20. Wie bewertet der Senat die Möglichkeit, einen niedrighschwelligen Zugang zu medizinischer Versorgung ohne Krankenversicherung für vulnerable Gruppen zu erweitern bzw. Initiativen, die dies ermöglichen können, verstärkt zu fördern?

Der Senat hält es für notwendig, den niedrighschwelligen Zugang zu medizinischer Versorgung ohne Krankenversicherung für vulnerable Gruppen zu verbessern. Das bereits genannte Konzept zur „ärztlichen Versorgung papierloser Menschen“ greift diese politische Zielsetzung auf.

Beschlussempfehlung: