

## **Antwort**

### **der Bundesregierung**

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Frank Spieth, Klaus Ernst, Dr. Martina Bunge, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.**

**– Drucksache 16/10742 –**

### **Umgang mit den säumigen Beiträgen von Rückkehrern in die gesetzliche Krankenversicherung im Rahmen des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)**

#### Vorbemerkung der Fragesteller

Seit dem Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes am 1. April 2007 besteht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) eine Krankenversicherungspflicht, wodurch bislang nicht Krankenversicherte in ihre Krankenkasse zurückkehren können und somit alle Menschen ohne Krankenversicherungsschutz, die zuletzt gesetzlich versichert waren oder die dem Prinzip nach der gesetzlichen Krankenversicherung zugerechnet werden, von einer Krankenkasse aufgenommen werden müssen. Dieser Umstand wird von der Fraktion DIE LINKE. im Deutschen Bundestag grundsätzlich befürwortet.

Des Weiteren wurde im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz geregelt, dass auch diejenigen Rückkehrer in die gesetzliche Krankenversicherung, die sich erst nach dem 1. April 2007 bei einer Krankenkasse anmelden, alle Beiträge, die seit dem 1. April 2007 angefallen sind, rückwirkend nachzuzahlen haben. Bei dieser Regelung wurde nach Ansicht der Fragesteller leider versäumt, eine Regelung zu treffen, wie bei einer Zahlungsunfähigkeit der neu zu Versicherten zu verfahren sei, die sozial ausgewogen und tragbar ist.

Viele der ehemaligen Nichtversicherten verfügen meist nicht über eine entsprechende finanzielle Rücklage, um die ausstehenden Beiträge für mehrere Monate zurückzuerstatten. So können sie diese Beitragsschuld aus eigener Kraft nicht ausgleichen. Sie können für diese Rückstände allerdings auch keine Unterstützung beim Sozialamt beantragen. Sozialhilfeträger sind nämlich lediglich dazu verpflichtet, laufende Beiträge bei Bedürftigkeit zu erstatten, nicht aber rückständige Beiträge (siehe Antwort zu Frage 7, Bundestagsdrucksache 16/8365). So wurde aus dem grundsätzlich begrüßenswerten Ansatz, allen Menschen in der Bundesrepublik Deutschland den Genuss einer Krankenversicherung zukommen zu lassen, für viele Menschen eine drohende Schuldenfalle.

Die Krankenkassen haben nach § 186 Abs. 11 Satz 4 SGB V zwar die Möglichkeit, Satzungsänderungen vorzunehmen, denen zufolge ausstehende Beiträge gestundet oder teilweise bzw. vollständig erlassen werden könnten; die Fragesteller vermuten jedoch, dass von diesem Recht in der derzeitigen Situation der gesetzlichen Krankenversicherung kaum Gebrauch gemacht wird. Der durch die gesetzlichen Vorgaben der Bundesregierung forcierte Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen bietet dazu keinen Anreiz.

Infolge der gesetzlichen Regelungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes beklagen die Krankenversicherungen einen enormen Rückstand bzw. Ausfall von Versicherungsbeiträgen. Da seit dem 1. April 2007 eine Kontrahierungspflicht besteht, können die Krankenkassen säumige Mitglieder nicht kündigen, selbst dann nicht, wenn kaum Aussicht besteht, die Außenstände eintreiben zu können. Diese ausstehenden Beiträge können von den Krankenkassen nur über aufwendige und teure Mahnverfahren eingetrieben werden, die häufig in einer Privatinsolvenz der Versicherten münden.

Allerdings können die Krankenkassen Mitgliedern, die mit ihren Beitragszahlungen in Rückstand geraten sind, den Leistungsanspruch extrem kürzen und nur noch für die Kosten von Behandlungen bei akuten und schmerzhaften Erkrankungen sowie infolge einer Schwangerschaft aufkommen. Dieser starke Einschnitt in den Leistungsanspruch, so wie er gesetzlich für Asylbewerberinnen und -bewerber vorgesehen ist, soll aus Sicht der Krankenkassen den Druck auf die Versicherten mit Beitragsrückständen erhöhen und die Versichertengemeinschaft vor zu hohen Ausgaben für säumige Mitglieder schützen.

Für die Versicherten mit Beitragsrückständen bedeutet dies allerdings, dass sie nur einen stark eingeschränkten Versicherungsschutz hinnehmen müssen, auch wenn sie die laufenden Krankenkassenbeiträge in voller Höhe bezahlen, jedoch die aufgelaufenen Rückstände nicht begleichen können. Nach Ansicht der Fragesteller muss deshalb zügig eine Möglichkeit gefunden werden, wie ausstehende Krankenkassenbeiträge für alle Betroffenen sozial ausgewogen und ohne eine Überschuldung der Betroffenen an die gesetzlichen Krankenkassen zurückgezahlt werden können. Der Appell von Seiten der Bundesministerin für Gesundheit, Ulla Schmidt, an die Krankenkassen, Kulanzregelungen zu erlassen, aber keine Unterstützungsmöglichkeit über die Sozialhilfeträger einzuräumen, wird als unzulänglich angesehen.

### Vorbemerkung der Bundesregierung

Die Einbeziehung aller Einwohner ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall in die gesetzliche (GKV) oder private (PKV) Krankenversicherung war eines der herausragenden Ziele der Gesundheitsreform. Die aktuellen Mitgliederzahlen belegen den bisherigen Erfolg dieser Maßnahme. Mit Hilfe der neuen Versicherungspflicht für die der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zuzuordnenden Personen ab dem 1. April 2007 und der erleichterten Zugangsmöglichkeit zur Privaten Krankenversicherung (PKV), die ab dem 1. Januar 2009 auch dort durch eine Pflicht zur Versicherung ersetzt wird, ist es gelungen, rund 139 000 Menschen, die bislang ohne Absicherung im Krankheitsfall waren, wieder einen Krankenversicherungsschutz, d. h. den Zugang zu einem Grundpfeiler des Sozialstaates zu gewähren. Hinzu kommt eine statistisch nicht erfasste Zahl bisher nicht Versicherter, die durch den Beschäftigungsaufbau eine neue versicherungspflichtige Arbeit gefunden haben und darüber krankenversichert sind.

Für den Bereich der GKV ist zu beachten, dass dieser Personenkreis, wie alle anderen Mitglieder der GKV auch, für jeden Tag einer Mitgliedschaft Beiträge zu zahlen hat. Dies gilt für eine ab dem 1. April 2007 festgestellte Mitgliedschaft auch dann, wenn diese Versicherungspflicht erst nachträglich festgestellt wurde. Beiträge sind dementsprechend für einen zurückliegenden Zeitraum zu zahlen.

Die Bundesregierung ist sich der Schwierigkeiten bewusst, die die Ausdehnung der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) bei Personen mit geringem Einkommen bei der Durchsetzung von Beitragsforderungen in Einzelfällen mit sich bringen kann. Gleichzeitig hat die neue Versicherungspflicht aber auch zur Folge, dass Beitragsrückstände nicht mehr zu einer Beendigung der Mitgliedschaft und dem Verlust des Krankenversicherungsschutzes führen. Letzteres hatte in den Jahren vor der Reform die Zahl der Personen ohne Absicherung im Krankheitsfall deutlich steigen lassen.

Krankenkassen haben daher die dauerhafte Aufgabe, Beitragsforderungen durchzusetzen, denn schließlich belasten Beitragsausfälle die Solidargemeinschaft der GKV. Bei nicht durchsetzbaren Forderungen kann dies zu partiellen Beitragsausfällen führen. Sanktionen, die über das im Gesetz vorgesehene Ruhen von Leistungsansprüchen hinausgehen – wie etwa ein völliger Leistungsausschluss –, hätten den neu begründeten Versicherungsschutz aber ins Leere gehen lassen.

Natürlich können insbesondere Menschen mit geringem Einkommen von der rückwirkenden Beitragserhebung überfordert sein. Mit § 186 Absatz 11 Satz 4 SGB V enthält das Gesetz jedoch eine Regelung, die den Krankenkassen eine Rechtsgrundlage gibt, die nachträglich zu entrichtenden Beiträge zu ermäßigen, zu stunden, oder ganz zu erlassen. Somit verfügen die Krankenkassen über eine ausreichend flexible gesetzliche Grundlage, angemessen auf Härtefälle zu reagieren.

Darüber hinaus ist zu beachten, dass die im Zweiten Buch Sozialgesetzbuch genannten Träger auf Antrag die laufenden Aufwendungen für die angemessene Krankenversicherung im erforderlichen Umfang übernehmen, soweit die betroffenen Personen allein durch die Zahlung der Beiträge hilfebedürftig im Sinne des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch würden. Des Weiteren sind Arbeitslosengeld-II-Bezieher bereits nach § 5 Absatz 1 Nr. 2a SGB V in der GKV pflichtversichert. Die laufenden Beiträge hierfür übernimmt der Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende.

Für nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V versicherte Personen, die wegen der Beitragszahlung hilfebedürftig im Sinne des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind, werden die laufenden Beiträge vom Sozialhilfeträger auf Antrag übernommen, soweit die Versicherten diese nicht aus eigenen Mitteln zahlen können.

Änderungen der geltenden Rechtslage erscheinen daher aus Sicht der Bundesregierung nicht angezeigt. Gleichwohl werden die Entwicklungen in der Praxis weiterhin genau verfolgt und gegebenenfalls erforderliche Schritte geprüft.

1. Wie viele vorher Nichtversicherte sind seit dem Inkrafttreten der Gesetzesänderung am 1. April 2007 der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), und wie viele seit Inkrafttreten am 1. Juli 2007 der privaten Krankenversicherung (PKV) beigetreten?

In der GKV lag die Zahl der nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V versicherten Personen nach der Mitgliederstatistik KM 1 zum 1. Oktober 2008 bei 95 642 Mitgliedern und umfasste bei Berücksichtigung der durchschnittlichen Anzahl von beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen in der GKV damit rund 134 000 Personen.

Laut Verband der Privaten Krankenversicherung haben bisher rund 5 000 vormals nicht versicherte Personen eine Versicherung im modifizierten Standardtarif nach § 315 SGB V i. V. m. § 257 Absatz 2a SGB V erlangt.

Da die Pflicht zur Versicherung in der PKV im Übrigen erst zum 1. Januar 2009 greift, ist künftig mit einem weiteren Anstieg der Zahl der Menschen zu rechnen, die auf der Grundlage des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes einen Krankenversicherungsschutz erlangen.

2. Wie viele Nichtversicherte gab es nach Einschätzung der Bundesregierung und anderen Schätzungen zum 31. März 2007, also vor der Gesetzesänderung, und wie viele gibt es heute?

Nach den Erhebungen des Statistischen Bundesamtes im Rahmen des Mikrozensus lag die Zahl der Personen ohne Krankenversicherungsschutz und ohne anderweitige Absicherung im Krankheitsfall im ersten Quartal 2007 bei 211 000 Personen. Beim Mikrozensus handelt es sich um eine für die Bevölkerung Deutschlands repräsentative Haushaltsbefragung, die Angaben zum Versicherungsschutz nur alle vier Jahre ermittelt und dann auf die Gesamtbevölkerung hochrechnet. Die Berechnungen lassen sich mit den vorliegenden Angaben der gesetzlichen und privaten Krankenkassen nur bedingt vergleichen. Während der Mikrozensus grobe Trends erfasst, die die Situation zum Befragungszeitpunkt (also hier dem 1. Quartal 2007) spiegeln, handelt es sich bei den vorliegenden Angaben der GKV um monatlich erfasste Meldedaten und bei den Angaben der PKV um Daten über Vertragsabschlüsse.

Zudem ist darauf hinzuweisen, dass durch den konjunkturellen Aufschwung ein Teil des betroffenen Personenkreises durch die Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung oder einer selbständigen Tätigkeit wieder einen Krankenversicherungsschutz in der GKV oder PKV erlangt hat.

3. Wie viele der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung sind mit ihren Beitragszahlungen in Rückstand, und wie viele davon haben bei ihren Krankenversicherungen Schulden von mehr als zwei Monatsbeiträgen und haben demnach nur einen ruhenden Anspruch auf Leistungen mit Anspruch auf Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie Leistungen für Schwangerschaft und Mutterschaft nach § 16 Abs. 3a SGB V?
4. Wie viele Rückstandsfälle davon entfallen seit dem 1. April 2007 auf Rückkehrer in die gesetzliche Krankenversicherung?

In ihrer gemeinsamen Presseerklärung vom 25. Juni 2008 teilte die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen mit, dass in der Zeit vom 1. April 2007 bis zum 30. April 2008 Beitragsausfälle von insgesamt rd. 97 Mio. Euro bei den Rückkehrern (GKV-Mitglieder gemäß § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V) zu verzeichnen sind, denen rd. 52 000 Rückstandsfälle zugrunde liegen. Die Beitragsrückstände von freiwillig versicherten Mitgliedern belaufen sich auf über 180 Mio. Euro. Weitere Informationen zur Gesamtheit der Beitragsrückstände liegen nicht vor.

5. Wie hoch schätzt die Bundesregierung die Höhe der Beitragsrückstände bei den gesetzlichen Krankenversicherungen derzeit ein?

Wie fällt ein Vergleich der aktuellen Höhe der Beitragsrückstände mit einem Datum kurz vor dem 1. April 2007 aus?

Welcher Anteil davon ist auf Rückkehrer in die gesetzliche Krankenversicherung zurückzuführen?

Es wird auf die Antwort zu Frage 3 verwiesen.

6. Wie kann nach Ansicht der Bundesregierung verhindert werden, dass Menschen mit Beitragsrückständen durch Mahnverfahren in die Privatinsolvenz getrieben werden?

Sind solche Fälle denkbar oder bekannt?

Nach der Intention des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes sollen alle Bürger in Deutschland im Krankheitsfall abgesichert sein. In der GKV sind nach § 223 Absatz 1 SGB V grundsätzlich aber auch für jeden Tag einer Mitgliedschaft Beiträge zu zahlen. Dies gilt auch für die Versicherungspflicht, die innerhalb der Absicherung nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V erst nachträglich festgestellt wurde.

Mit einer zeitnahen Meldung bei seiner zuständigen Krankenkasse oder bei einem Träger der Leistungen nach SGB II und SGB XII kann jeder Versicherte selbst das Entstehen einer rückwirkenden Beitragsschuld beeinflussen. Bei Gründen für eine verspätete Meldung, die der Versicherte nicht selbst zu vertreten hat, sind die Krankenkassen nach § 186 Absatz 11 Satz 4 SGB V verpflichtet, den nachzuzahlenden Beitrag angemessen zu ermäßigen, zu stunden oder ganz zu erlassen. Trotz dieser Regelung für bestimmte Härtefälle (z. B. bei Auslandsaufenthalt oder bei Wohnungslosen) sind Einzelfälle denkbar, die durch Beitragsrückstände in eine Verbraucherinsolvenz geraten. Im Interesse der gesamten Solidargemeinschaft und aufgrund des, durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz nochmals unterstützten, hohen Stellenwertes der Krankenversicherung kann eine Abkehr von den Grundsätzen der Beitragszahlung bei einzelnen Personengruppen nicht befürwortet werden.

7. Das SGB V sieht derzeit die Möglichkeit für die Krankenkassen vor, rückständige Beiträge zu stunden oder die Beitragsschuld zu verringern (§ 186 Abs. 11 Satz 4). Dies ist lediglich eine sog. Kann-Bestimmung. Unter welchen Umständen kann sich die Bundesregierung vorstellen, dass diese Bestimmung auch tatsächlich von den Krankenkassen umgesetzt wird?

Eine Ermäßigung oder Nichterhebung der nachträglich zu entrichtenden Beiträge kommt insbesondere dann in Betracht, wenn die Betroffenen in der Zwischenzeit keine oder nur Leistungen in geringem Umfang in Anspruch genommen haben. Hierauf weist bereits die amtliche Begründung hin. Insoweit wird vermieden, dass die Nachzahlungspflicht bei unverschuldet verspäteter Anzeige zu unbilligen Härten für die Versicherten führt.

Darüber hinaus hat das Bundesministerium für Gesundheit die Spitzenverbände der Krankenkassen und nachrichtlich die Aufsichtsbehörden angeschrieben und darum gebeten, darauf hinzuwirken, dass von der Möglichkeit eines Beitragsnachlasses bei sozial schwachen Betroffenen, insbesondere bei Wohnungslosen, in der Regel auch Gebrauch gemacht wird und insoweit eine einheitliche Praxis der Krankenkassen herbeizuführen.

8. Wie oft wurde vom 1. April 2007 bis heute bei den gesetzlichen Krankenkassen von folgenden Möglichkeiten nach § 186 Abs. 11 Satz 4 SGB V im Falle rückständiger Krankenkassenbeiträge Gebrauch gemacht:
  - a) Stundung der ausstehenden Beiträge?
  - b) Teilerlass der ausstehenden Beiträge?
  - c) Vollerlass der ausstehenden Beiträge?

Es wird auf die Antwort zu Frage 3 verwiesen.

9. Reicht eine Kann-Bestimmung nach Ansicht der Bundesregierung aus?

Falls ja, auf welche Erfahrungen aus der Praxis kann sich die Bundesregierung hierbei stützen?

Die Regelung des § 186 Absatz 11 Satz 4 SGB V, die den Krankenkassen eine Rechtsgrundlage dafür gibt, die nachträglich zu entrichtenden Beiträge zu ermäßigen, zu stunden, oder ganz zu erlassen, ist einzelfallbezogen zu prüfen und insbesondere in Zweifelsfragen durch die zuständigen Aufsichtsbehörden zu begleiten. Eine gesetzliche Vorgabe im Sinne einer pauschalen Behandlung der Beitreibung rückständiger Beiträge ist auch aus Sicht der Bundesregierung nicht statthaft, weil auch Personen von begünstigenden Regelungen profitieren könnten, für die eine pauschale Regelung nicht angemessen ist.

10. Sieht die Bundesregierung eine Notwendigkeit, eine Regelung zu schaffen, dass unter bestimmten Voraussetzungen (z. B. bei Zahlungsunfähigkeit des Versicherten mit Beitragsrückständen) die Sozialämter auch rückwirkend Beitragsrückstände übernehmen können?
11. Wenn ja, wann ist diese Regelung geplant?
12. Wenn nein, warum nicht?

Bereits in den Beratungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes wurde die Möglichkeit einer Übernahme rückwirkend entstandener Beitragsausfälle durch die Träger der Sozialhilfe geprüft.

Nach den Grundprinzipien der Sozialhilfe dienen die Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) der Abwendung einer gegenwärtigen Notlage und haben keine Schadensausgleichsfunktion. Leistungen der Sozialhilfe werden nur für einen aktuellen Hilfebedarf gewährt. Dieser kann nur innerhalb eines Zeitraums vorliegen, für den ein Sozialhilfeantrag gestellt worden ist (Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung), oder ab dem Zeitpunkt, an dem das Sozialamt von einer Notlage Kenntnis hatte (Hilfe zum Lebensunterhalt). Eine Übernahme von Schulden aus davor liegenden Zeiträumen ist ausgeschlossen. Dies gilt auch für Beitragsschulden.

Um eine Ausweitung bzw. ein unnötiges Entstehen dieser Beitragsschulden zu vermeiden, sollte von den gesetzlichen Krankenkassen und den Sozialhilfeträgern im Rahmen ihrer gesetzlichen Beratungs- und Auskunftspflichten verstärkt darauf geachtet werden, die bestehenden Möglichkeiten zur Übernahme laufender Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung bei Personen, die wegen der Beitragszahlung im Sinne des Sozialhilferechts hilfebedürftig werden, zu nutzen. Durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurden neben der allgemeinen Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V auch neue Möglichkeiten für die Übernahme laufender Beiträge geschaffen. So hat der Träger der Sozialhilfe nach § 32 Absatz 1 SGB XII diese laufenden Beiträge auf Anforderung der zuständigen Krankenkasse unmittelbar und in voller Höhe an diese zu zahlen, wenn der Versicherte durch die Beitragszahlung hilfebedürftig wird und die laufenden Beiträge von ihm nicht oder nicht in vollem Umfang gezahlt werden. Dieses Verfahren erfordert allerdings unter der Maßgabe einer verantwortungsbewussten Zusammenarbeit im Interesse des Bedürftigen eine vernetzte Zusammenarbeit und Flexibilität zwischen den beteiligten Trägern und ist in diesem Sinne ausbaufähig.

13. In welchen gesellschaftlichen Gruppen gibt es besonders viele säumige Zahler von Krankenversicherungsbeiträgen bzw. Nichtversicherte, und weshalb?

Die Statistiken der GKV erfassen keine Merkmale von Versicherten, wie z. B. deren Berufsgruppe oder Bildungsstand, die eine Zuordnung zu gesellschaftlichen Gruppen erlauben würden.

14. Wie wäre nach Ansicht der Bundesregierung mit ehemals Nichtversicherten umzugehen, die glaubhaft darstellen können, über die Versicherungspflicht seit dem 1. April 2007 nicht informiert gewesen zu sein und die jetzt enorme Schulden durch Beitragsrückstände bei den Krankenkassen haben?

Auf die Antwort zu Frage 7 wird verwiesen.

15. Kann die Bundesregierung ausschließen, dass es in Zukunft in Deutschland Nichtversicherte geben wird, und wenn nein, welche gesetzlichen Änderungen wären zusätzlich zu den Regelungen des GKV-Wettbewerbstärkungsgesetzes notwendig, dass tatsächlich „ganz Deutschland“ krankenversichert wird und die Aussage der Bundesregierung in ihrer Informationskampagne auch vollständig erfüllt wird?

Auf Grund der gesetzlichen Regelungen im GKV-WSG sind Einwohner ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall entweder der GKV oder der PKV zugeordnet. Die Versicherungspflicht in der GKV besteht kraft Gesetzes seit dem 1. April 2007. In der PKV wird die Versicherungspflicht zum 1. Januar 2009 eingeführt.

Im Übrigen wird auf die Antwort der Bundesregierung vom 3. März 2008 auf die Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE. betreffend „Aufnahme bislang Nichtversicherter in die gesetzliche und private Krankenversicherung – Selbständige, Obdachlose, Papierlose und andere Gruppen“, Bundestagsdrucksache 16/8365, insbesondere die Antwort zu Frage 9, Bezug genommen.

