

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Harald Weinberg, Sabine Zimmermann (Zwickau), Jan Korte, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 18/2734 –**

Menschen ohne Krankenversicherung und das Beitragsschuldengesetz

Vorbemerkung der Fragesteller

Seit April 2007 sind alle Personen, die der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zuzuordnen sind, verpflichtet, eine Krankenversicherung abzuschließen. Für Personen, die der privaten Krankenversicherung (PKV) zuzuordnen sind, gilt eine entsprechende Pflicht seit Anfang des Jahres 2009. Wer dieser Pflicht zur Krankenversicherung verspätet nachkam, dem wurde in der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechend der gesetzlichen Regelungen zusätzlich zu den vollständig nachzuzahlenden Beiträgen ein hoher Säumniszuschlag in Höhe von 5 Prozent pro Monat auferlegt. Dies führte bei vielen Nichtversicherten zu Beitragsrückständen in fünfstelliger Höhe, sobald sie einen Krankenversicherungsschutz beantragten (Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage auf Bundestagsdrucksache 17/12317).

Da im Ergebnis der Verpflichtung zur Krankenversicherung Versicherte in einer vermutlich sechsstelligen Größenordnung nicht nachgekommen sind bzw. aus finanziellen Gründen nicht nachkommen konnten, beschloss der Deutsche Bundestag im Jahr 2013 das „Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung“. In diesem Gesetz wurde eine Stichtagsregelung eingeführt, wonach alle diejenigen Nichtversicherten, die bis zum 31. Dezember 2013 bei einer Krankenkasse eine Mitgliedschaft beantragen, von Säumniszuschlägen und nachzuzahlenden Beiträgen befreit werden. Mit diesem Anreiz sollten möglichst viele Nichtversicherte zum Abschluss einer Krankenversicherung bewegt werden. Wer sich erst ab dem 1. Januar 2014 versichert, wird gegenüber der alten Regelung auch bessergestellt: Grundsätzlich sind nun nur noch in der Sozialversicherung übliche Säumniszuschläge von 1 Prozent pro Monat zu zahlen. Die Krankenkassen „sollen“ (vorher: „können“) außerdem den Neuversicherten die nachzuzahlenden Beiträge angemessen ermäßigen. Wenn eine Ermäßigung gewährt wird, dann entfallen auch die Säumniszuschläge. Die Ermäßigung muss über die gesetzliche Soll-Regelung hinaus gemäß der „Einheitlichen Grundsätze zur Beseitigung finanzieller Überforderung bei Beitragsschulden“ gewährt werden. Diesen Grundsätzen entsprechend ist für die Ermittlung des monatlichen Beitrags der zehnte Teil der Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV) heranzuziehen. Der monatliche Beitrag entspricht also beispielsweise im Kalenderjahr 2014 rund 43 Euro.

Auch im Bereich der PKV brachte das Beitragsschuldengesetz eine Niederschlagung der dort erhobenen Prämienzuschläge. Zudem wurde in der PKV der Notlagentarif eingeführt.

Der Erfolg des Beitragsschuldengesetzes ist mäßig. Laut Bundesregierung sind in der Zeit der Beitragsamnestie 28 800 Personen einer gesetzlichen Krankenkasse und 4 500 Personen einer privaten Krankenversicherung beigetreten (Antwort der Bundesregierung auf die Schriftlichen Fragen 44 und 45 des Abgeordneten Harald Weinberg auf Bundestagsdrucksache 18/1789). Über die Regelungen der Pflicht zur Krankenversicherung sowie das Beitragsschuldengesetz hinaus gibt es bei speziellen sozial benachteiligten Gruppen nach wie vor Probleme beim Krankenversicherungsschutz.

Weitere Probleme sind vorprogrammiert: Das Gesetz hat – von den niedrigeren Säumniszuschlägen abgesehen – keine Auswirkungen auf zukünftige Beitragsschulden von nicht zahlungsfähigen Mitgliedern. Gerade im Bereich der schlechtverdienenden Solo-Selbständigen wird es immer eine nicht geringe Anzahl an Mitgliedern geben, die die relativ hohen Beiträge zumindest zeitweilig nicht aufbringen können. Hier greift dann nicht das Solidarprinzip, sondern es laufen über Monate oder gar Jahre Beitragsschulden und immer noch nicht zu vernachlässigende Säumniszuschläge auf. Während dieser Zeit erhalten die Mitglieder nur eine Notversorgung analog zum Asylbewerberleistungsgesetz.

Nach der nur alle vier Jahre erscheinenden Statistik des Statistischen Bundesamtes ist die Zahl der Nichtversicherten von 196 000 Personen im Jahr 2007 auf 137 000 Personen im Jahr 2011 zurückgegangen. Diese positive Entwicklung wird allerdings dadurch konterkariert, dass Obdachlose und Menschen ohne gültigen Aufenthaltsstatus darin nicht berücksichtigt werden. Gerade in diesen Gruppen ist allerdings sowohl ein sehr hoher Anteil an Menschen ohne Krankenversicherung, als auch an behandlungsbedürftigen Patientinnen und Patienten zu erwarten.

Krankenhäuser sind – etwa im Rahmen des § 323c des Strafgesetzbuchs (StGB, unterlassene Hilfeleistung) – zu einer Behandlung auch von Menschen ohne Krankenversicherung mit einer ernsthaften Erkrankung verpflichtet. Oft bleiben sie aber auf den Kosten sitzen, weil zur Geltendmachung der Kosten bei den Sozialämtern die Krankenhäuser die Hilfebedürftigkeit dieser Personen selbst nachweisen müssen, was oft nicht gelingt. Damit wird der Anspruch seitens des Sozialamts dann zurückgewiesen. In jedem Fall ist die Behandlung einer Person ohne Krankenversicherung für die Krankenhäuser mit erhöhter Bürokratie und oft mit erheblichen Kosten belastet. Entsprechend schlecht sind die Anreize für die Krankenhäuser zu einer guten Behandlung dieser auch ansonsten sozial benachteiligten Patientengruppen.

Bei der Festlegung der Fristen für das Beitragsschuldengesetz wurden bereits vor Ende 2013 in Deutschland lebende Rumänen und Bulgaren nicht beachtet, die oftmals zu prekären Bedingungen selbständig tätig waren und erst seit dem 1. Januar 2014 die volle Arbeitnehmerfreizügigkeit genießen. In einer niedrig honorierten Selbständigkeit haben viele sich keine Krankenversicherungen – zumal ohne jede Arbeitgeber- bzw. Auftraggeberbeteiligung – leisten können. Einige sind seit Januar 2014 angestellt und hatten kaum die Möglichkeit, von dem Schuldenerlass zu profitieren.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Das Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung (sog. Beitragsschuldengesetz) regelte für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung im Wesentlichen neben der Abschaffung und dem Erlass von erhöhten Säumniszuschlägen auch den Erlass von Beitragsschulden für nachrangig versicherungspflichtige Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV); der Erlass der erhöhten Säumniszuschläge betraf ausdrücklich auch freiwillig versicherte Mitglieder in der GKV. Der Erlass bezieht sich auf den erhöhten Säumniszuschlag und auf Rückstände aus dem Zeitraum der rückwirkend festgestellten Versicherungspflicht, für den keine Leis-

tungen gewährt wurden. Dadurch sollte eine weitere Überforderung verhindert, der Abbau entstandener Beitragsschulden erleichtert und die Betroffenen zugleich motiviert werden, sich bei ihrer Krankenkasse zu melden, um einen Krankenversicherungsschutz zu erhalten.

Daneben sieht das Beitragsschuldengesetz unbefristet die Möglichkeit vor, dass die Krankenkasse die für die Zeit seit dem Eintritt der Versicherungspflicht nachzuzahlenden Beiträge angemessen ermäßigt, wenn Versicherte ab dem 1. Januar 2014 das Vorliegen der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) anzeigen. Darauf entfallende Säumniszuschläge sind in diesem Fall vollständig zu erlassen.

Festzuhalten ist schon heute, dass das Problem der Nichtinanspruchnahme eines Krankenversicherungsschutzes und von rückständigen Beitragsschulden durch das Beitragsschuldengesetz in diesem Teilbereich erfolgreich angegangen worden ist.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat kürzlich in der Sitzung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 24. September 2014 zu den Wirkungen des am 1. August 2013 in Kraft getretenen Beitragsschuldengesetzes berichtet und aktuelle Daten des GKV-Spitzenverbands zum Stand der Umsetzung vorgelegt. Die mit Stand vom 31. August 2014 vorgelegten Daten für die GKV bestätigen, dass das Beitragsschuldengesetz die vom Gesetzgeber intendierte Wirkung erzielt und einer großen Zahl von Menschen Krankenversicherungsschutz und Befreiung von erheblichen Beitragsschulden gebracht hat.

Rund 55 000 Menschen haben von den Regelungen des Beitragsschuldengesetzes durch Beitragserslass und Beitragsermäßigungen profitiert. 50 255 Menschen wurden Beiträge in Höhe von insgesamt 231,6 Mio. Euro erlassen. Von diesen 50 255 Menschen haben 25 780 von der Altfallregelung (Meldung bei der Krankenkasse vor dem 31. Juli 2013) und 24 475 Menschen von der Stichtagsregelung (Meldung vom 1. August bis 31. Dezember 2013) Gebrauch gemacht. Damit hat sich der erlassene Betrag seit Januar 2014 (120,1 Mio. Euro) nahezu verdoppelt. Weitere 4 678 Personen haben bei Meldung nach dem 1. Januar 2014 eine Beitragsermäßigung erhalten. Darüber hinaus wurden zahlreichen Versicherten erhöhte Säumniszuschläge in Höhe von insgesamt 909,4 Mio. Euro erlassen (Januar 2014: 753 Mio. Euro).

Die Situation in der privaten Krankenversicherung (PKV) stellt sich wie folgt dar: Nach Aussage des Verbands der privaten Krankenversicherung waren zum 30. Juni 2014 100 700 Personen im Notlagentarif versichert, davon ca. 6 500 in der Beihilfevariante. Zahlen dazu, wie viele Personen bislang nach Begleichung der Beitragsschulden vom Notlagentarif in den Ursprungstarif zurückkehren konnten, liegen weder dem BMG noch dem Verband der privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) vor.

Im Zeitraum zwischen dem Inkrafttreten des Beitragsschuldengesetzes am 1. August 2013 und dem 31. Dezember 2013 haben ca. 4 500 Personen aus der Nichtversicherung einen Versicherungsvertrag in der PKV abgeschlossen, ohne dass dafür ein ansonsten erforderlicher Prämienzuschlag berechnet wurde. Außerdem wurden durch das Beitragsschuldengesetz die Möglichkeiten der Versicherten verbessert, bei Vertragsschluss nach dem 31. Dezember 2013 den wegen verspätetem Vertragsschluss zu leistenden Prämienzuschlag zu begleichen. Versicherte haben nunmehr einen Anspruch auf eine Stundung des Prämienzuschlags, wenn den Interessen des Versicherers durch angemessene Ratenzahlung Rechnung getragen wird.

Eine weitere Neuregelung des Beitragsschuldengesetzes stellt sicher, dass Krankenkassen Versicherungsverhältnisse zeitnah klären und der Kontakt zum Versicherten nicht abreißt: Für Personen, die aus einer bisherigen Versicherungs-

pflicht oder einer Familienversicherung ausscheiden, setzt sich danach die Mitgliedschaft als freiwillige Versicherung fort, es sei denn, die Betroffenen erklären innerhalb von zwei Wochen ihren Austritt und weisen eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall nach (§ 188 Absatz 4 SGB V). Die Regelung zur nachrangigen Versicherungspflicht kommt daher künftig nur für einen zunehmend kleineren Personenkreis zur Anwendung. Es bleibt abzuwarten, ob diese Kontinuität auch dazu beiträgt, auch der Entstehung von Beitragsschulden bei diesem Personenkreis entgegenzuwirken.

Die Bundesregierung beobachtet die Entwicklung aufmerksam. Dabei müssen immer auch die damit verbundenen Kostenfolgen und ihre Auswirkungen für die Solidargemeinschaft der GKV sehr genau bewertet und berücksichtigt werden.

1. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung darüber, ob die seit Anfang 2014 geltenden und die im Vergleich zu der Situation vor Inkrafttreten des Beitragsschuldengesetzes günstigeren Bedingungen für Nichtversicherte zu einer erhöhten Zahl an Eintritten in die gesetzliche oder private Krankenversicherung geführt haben?

Mit dem Beitragsschuldengesetz ist es gelungen, die Zahl der Personen weiter zu reduzieren, die der nachrangigen Versicherungspflicht in der GKV unterliegen, sich aber bisher nicht bei einer gesetzlichen Krankenkasse gemeldet haben, um ihre Mitgliedschaft feststellen zu lassen und ihren Versicherungsschutz wahrzunehmen. Es ist erreicht worden, dass zahlreiche Personen, die unter diese Versicherungspflicht fallen, durch die mit dem Beitragsschuldengesetz gesetzten Anreize Zugang zu einer Krankenversicherung gefunden haben. Nach Angaben des GKV-Spitzenverbandes haben mit Stand vom 31. August 2014 in der Zeit vom 1. August bis 31. Dezember 2013 24 475 Personen das Vorliegen der Voraussetzungen der nachrangigen Versicherungspflicht einer Krankenkasse angezeigt und damit eine Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung begründet. Diesen Mitgliedern sind die für die Zeit seit dem Eintritt der Versicherungspflicht nachzuzahlenden Beiträge und die darauf entfallenden Säumniszuschläge erlassen worden. Weitere 4 678 Personen, die sich bislang noch nicht zur Feststellung ihrer Mitgliedschaft als nachrangig Versicherungspflichtige gemeldet hatten, haben ab dem 1. Januar 2014 das Vorliegen der Voraussetzungen angezeigt. Sie haben eine Beitragsermäßigung für die seit dem Eintritt der Versicherungspflicht nachzuzahlenden Beiträge erhalten.

Im Bereich der PKV haben im Zeitraum zwischen dem Inkrafttreten des Beitragsschuldengesetzes zum 1. August 2013 und dem 31. Dezember 2013 etwa 4 500 Personen aus der Nichtversicherung einen Versicherungsvertrag abgeschlossen.

Im Übrigen wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

2. Welche Beitragsschulden hat ein freiwillig versicherter Selbständiger mit einem nach § 240 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (der vierzigste Teil der Bezugsgröße; Mindestbeitrag ohne Vermögensprüfung) festgesetzten Monatsbeitrag, wenn er jeweils in den letzten 24, 36, 48, 60 und 72 Monaten keine Beiträge gezahlt hat, aber bereits zuvor Mitglied einer Krankenkasse war?

Wie hoch ist daran der Anteil der Säumniszuschläge?

Der nachfolgenden Übersicht liegen die Annahmen zugrunde, dass Mitgliedschaftsbeginn der 1. Januar 2009 ist, jeweils der ermäßigte Beitragssatz ohne Anspruch auf Krankengeld Anwendung findet bzw. fand und für jeden angefangenen Monat der Säumnis ein Säumniszuschlag in Höhe von 1 Prozent der auf

50 Euro abgerundeten rückständigen Beiträge berücksichtigt wurde (vgl. § 24 Absatz 1 des Viertes Buches Sozialgesetzbuch – SGB IV).

Jahr	Beitragsrückstände zum Jahresende	Säumniszuschläge zum Jahresende	Rückstände gesamt zum Jahresende
2009	3 311,28 Euro	214,50 Euro	3 525,78 Euro
2010	6 599,57 Euro	823,00 Euro	7 422,57 Euro
2011	10 025,82 Euro	1 834,50 Euro	11 860,32 Euro
2012	13 545,95 Euro	3 263,50 Euro	16 809,45 Euro
2013	17 159,94 Euro	5 122,00 Euro	22 281,94 Euro
2014	20 867,81 Euro	7 419,00 Euro	28 286,81 Euro

3. Welche Beitragsschulden hat ein freiwillig versicherter Selbständiger mit einem nach § 240 SGB V (der sechzigste Teil der Bezugsgröße; Mindestbeitrag mit Vermögensprüfung) festgesetzten Monatsbeitrag, wenn er jeweils in den letzten 24, 36, 48, 60 und 72 Monaten keine Beiträge gezahlt hat, aber bereits Mitglied einer Krankenkasse war?

Wie hoch ist daran der Anteil der Säumniszuschläge?

Es gelten die zur Antwort auf Frage 2 zugrunde gelegten Annahmen.

Jahr	Beitragsrückstände zum Jahresende	Säumniszuschläge zum Jahresende	Rückstände gesamt zum Jahresende
2009	2 207,52 Euro	142,00 Euro	2 349,52 Euro
2010	4 399,71 Euro	546,50 Euro	4 946,21 Euro
2011	6 683,88 Euro	1 220,00 Euro	7 903,88 Euro
2012	9 030,63 Euro	2 171,50 Euro	11 202,13 Euro
2013	11 439,96 Euro	3 407,50 Euro	14 847,46 Euro
2014	13 911,87 Euro	4 938,00 Euro	18 849,87 Euro

4. Welche Beitragsschulden hat ein freiwillig Versicherter mit einem nach § 240 SGB V (der neunzigste Teil der Bezugsgröße; Mindestbeitrag bei freiwillig Versicherten) festgesetzten Monatsbeitrag, wenn er jeweils in den letzten 24, 36, 48, 60 und 72 Monaten keine Beiträge gezahlt hat, aber bereits Mitglied einer Krankenkasse war?

Wie hoch ist daran der Anteil der Säumniszuschläge?

Es gelten die zu den Antworten auf die Fragen 2 und 3 zugrunde gelegten Annahmen.

Jahr	Beitragsrückstände zum Jahresende	Säumniszuschläge zum Jahresende	Rückstände gesamt
2009	1 471,68 Euro	94,50 Euro	1 566,18 Euro
2010	2 933,15 Euro	363,00 Euro	3 296,15 Euro
2011	4 455,93 Euro	811,00 Euro	5 266,93 Euro
2012	6 020,43 Euro	1 444,00 Euro	7 464,43 Euro
2013	7 626,65 Euro	2 268,00 Euro	9 894,65 Euro
2014	9 274,59 Euro	3 287,50 Euro	12 562,09 Euro

5. Welche Beitragsschulden hat ein freiwillig versicherter Selbständiger mit einem nach § 240 SGB V (der vierzigste Teil der Bezugsgröße; Mindestbeitrag ohne Vermögensprüfung) festgesetzten Monatsbeitrag, wenn er bereits Mitglied einer Krankenkasse ist und in den nächsten 24, 36, 48, 60 und 72 Monaten keine Beiträge zahlen wird?

Wie hoch ist daran der Anteil der Säumniszuschläge?

Gibt es hier einen maßgeblichen Unterschied zu dem Fall in Frage 2?

Die Rechengrößen der Sozialversicherung – hierzu gehört auch die monatliche Bezugsgröße nach § 18 SGB IV, von der sich die Mindestbemessungsgrundlagen für freiwillige Mitglieder ableiten – werden jährlich auf der Grundlage der Einkommensentwicklung dynamisiert. Insoweit ist für die nächsten Jahre eine konkrete Berechnung nicht möglich.

6. Wie haben sich die Rückstände der in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten seit dem Jahr 2007 entwickelt (bitte in Monatsschritten in absoluten Zahlen und ebenso in Euro pro Versichertem angeben)?
7. Wie haben sich die Rückstände der in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig Versicherten seit dem Jahr 2007 entwickelt (bitte in Monatsschritten in absoluten Zahlen und ebenso relativ in Euro pro freiwillig Versichertem angeben)?
8. Wie haben sich die Rückstände der in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V Versicherten seit dem Jahr 2007 entwickelt (bitte in Monatsschritten in absoluten Zahlen und ebenso relativ in Euro pro Versichertem nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V angeben)?

Die Fragen 6 bis 8 werden aufgrund des Zusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Eine statistische Erhebung zu den Rückständen in der GKV sowie zu den freiwillig Versicherten und den sog. nachrangig Versicherten gemäß § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V liegt erst seit dem Jahr 2011 vor. Nach den Daten des Bundesversicherungsamtes ergeben sich folgende Beitragsrückstände für die GKV insgesamt. Eine Pro-Kopf-Auswertung ist nicht möglich, weil der Bundesregierung die monatliche Anzahl der Beitragsschuldner nicht bekannt ist.

Der Gesamtrückstand ist danach die Summe der laufenden Rückstände und der befristeten Niederschlagungen von Beiträgen. Es handelt sich um einen Bestandwert.

Zudem ist darauf hinzuweisen, dass die folgenden Daten des Bundesversicherungsamtes zur Entwicklung der Beitragsrückstände für die Frage der Wirkung des Beitragsschuldengesetzes nicht aussagekräftig sind. Die Daten weisen Beitragserlasse nicht aus.

Zeitraum	Rückstand (GKV gesamt) in Euro
2011 (Gesamt)	
Januar	2 349 128 222,67
Februar	2 305 878 769,06
März	2 270 576 799,57
April	2 320 577 309,09
Mai	2 294 132 617,10
Juni	2 324 875 259,57

Zeitraum	Rückstand (GKV gesamt) in Euro
Juli	2 330 184 332,98
August	2 280 703 440,07
September	2 311 840 967,85
Oktober	2 269 493 208,87
November	2 325 100 602,44
Dezember	2 359 403 804,06
2012	
Januar	2 315 723 101,68
Februar	2 289 174 578,86
März	2 279 707 041,43
April	2 317 197 589,74
Mai	2 321 495 173,92
Juni	2 327 294 395,98
Juli	2 312 559 759,53
August	2 306 873 567,88
September	2 319 843 789,42
Oktober	2 323 034 477,48
November	2 282 691 594,21
Dezember	2 398 377 718,26
2013 (Gesamt)	
Januar	2 352 224 922,95
Februar	2 363 419 724,24
März	2 354 053 223,17
April	2 370 477 619,92
Mai	2 359 706 495,99
Juni	2 409 265 725,06
Juli	2 376 683 708,03
August	2 386 548 122,83
September	2 408 118 242,86
Oktober	2 373 189 173,60
November	2 363 538 285,13
Dezember	2 423 218 230,93
2014	
Januar	2 441 570 124,80
Februar	2 425 916 588,28
März	2 409 563 837,57
April	2 437 064 103,26
Mai	2 444 661 322,94

Zeitraum	Rückstand (GKV gesamt) in Euro
Juni	2 445 488 486,72
Juli	2 423 803 107,70
August	2 482 378 986,57

Zeitraum	Rückstand (freiwillig Versicherte – gesamt) in Euro
2011	
Januar	742 152 783,88
Februar	733 656 154,48
März	797 493 334,80
April	839 712 397,07
Mai	845 148 873,82
Juni	650 329 446,39
Juli	693 937 415,39
August	728 781 243,22
September	767 146 750,13
Oktober	775 164 506,37
November	933 092 844,23
Dezember	838 165 671,80
2012	
Januar	970 547 862,15
Februar	1 007 156 941,47
März	1 030 918 690,71
April	1 054 353 147,10
Mai	1 078 610 858,66
Juni	1 099 451 477,24
Juli	1 131 366 154,62
August	1 150 535 134,63
September	1 177 735 014,44
Oktober	1 214 881 825,65
November	1 241 865 572,69
Dezember	1 284 812 772,10
2013	
Januar	1 298 136 912,22
Februar	1 351 677 110,30
März	1 375 596 512,80
April	1 413 059 553,49
Mai	1 327 873 477,23

Zeitraum	Rückstand (freiwillig Versicherte – gesamt) in Euro
Juni	1 366 896 137,73
Juli	1 329 661 412,84
August	1 397 493 240,20
September	1 408 409 325,68
Oktober	1 334 705 331,69
November	1 315 804 652,77
Dezember	1 309 313 583,95
2014	
Januar	1 680 040 535,57
Februar	1 714 453 014,73
März	1 715 226 771,31
April	1 642 175 671,96
Mai	1 662 527 548,81
Juni	1 672 674 878,07
Juli	1 664 136 178,37
August	1 698 233 552,08

Zeitraum	Rückstand (Versicherte nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V – gesamt) in Euro
2011	
Januar	250 891 680,25
Februar	267 062 929,41
März	282 609 955,15
April	302 758 076,34
Mai	313 103 385,37
Juni	310 900 300,54
Juli	318 118 176,04
August	348 748 217,31
September	372 054 105,73
Oktober	378 703 131,39
November	393 931 008,95
Dezember	419 396 367,82
2012	
Januar	459 743 007,83
Februar	483 194 785,27
März	505 838 900,35
April	526 084 859,47

Zeitraum	Rückstand (Versicherte nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V – gesamt) in Euro
Mai	549 531 685,89
Juni	571 234 200,15
Juli	589 896 359,05
August	612 507 399,41
September	632 913 326,73
Oktober	657 909 125,24
November	682 735 092,43
Dezember	707 060 507,27
2013	
Januar	727 091 653,0
Februar	762 280 984,13
März	780 633 739,87
April	806 459 068,33
Mai	799 630 902,90
Juni	819 941 377,03
Juli	797 843 503,68
August	852 998 573,65
September	865 471 772,64
Oktober	798 491 243,33
November	763 171 037,06
Dezember	764 753 713,45
2014	
Januar	930 420 450,62
Februar	944 122 207,57
März	942 076 950,20
April	916 512 844,80
Mai	931 590 985,50
Juni	956 532 684,87
Juli	980 722 512,62
August	1 002 705 604,10

Quelle: Bundesversicherungsamt, Zahlen ab 2014 auch unter www.bundesversicherungsamt.de/gesundheitsfonds/beitragsaufkommen-und-rueckstaende.html abrufbar.

9. Wie hat sich die Anzahl der in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten mit Schulden seit dem Jahr 2007 entwickelt (bitte in Monats-schritten)?

Dazu gibt es keine statistischen Erhebungen.

10. Wie hat sich die Anzahl der Rückkehrer bzw. nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 neu Versicherten seit dem Jahr 2007 entwickelt (bitte in Monatschritten)?

Die Zahl der nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V nachrangig Versicherten wird in der GKV seit dem 1. Juni 2007 erfasst und hat sich seitdem monatlich wie folgt entwickelt:

Monat	Anzahl	Veränderung
Juni 2007	20 274	
Juli 2007	32 371	12 097
August 2007	42 914	10 543
September 2007	50 856	7 942
Oktober 2007	57 431	6 575
November 2007	63 949	6 518
Dezember 2007	69 060	5 111
Januar 2008	73 290	4 230
Februar 2008	77 603	4 313
März 2008	81 337	3 734
April 2008	85 134	3 797
Mai 2008	88 902	3 768
Juni 2008	91 731	2 829
Juli 2008	94 497	2 766
August 2008	96 305	1 808
September 2008	96 788	483
Oktober 2008	95 642	-1 146
November 2008	95 455	-187
Dezember 2008	95 420	-35
Januar 2009	94 675	-745
Februar 2009	95 680	1 005
März 2009	96 971	1 291
April 2009	98 394	1 423
Mai 2009	99 814	1 420
Juni 2009	101 194	1 380
Juli 2009	102 331	1 137
August 2009	103 898	1 567
September 2009	104 888	990
Oktober 2009	104 942	54
November 2009	105 554	612
Dezember 2009	106 627	1 073
Januar 2010	107 283	656
Februar 2010	109 009	1 726
März 2010	110 060	1 051
April 2010	111 006	946

Monat	Anzahl	Veränderung
Mai 2010	111 759	753
Juni 2010	112 431	672
Juli 2010	113 426	995
August 2010	114 884	1 458
September 2010	116 128	1 244
Oktober 2010	116 196	68
November 2010	116 759	563
Dezember 2010	117 838	1 079
Januar 2011	119 019	1 181
Februar 2011	120 744	1 725
März 2011	121 949	1 205
April 2011	123 510	1 561
Mai 2011	124 475	965
Juni 2011	125 726	1 251
Juli 2011	125 964	238
August 2011	127 253	1 289
September 2011	127 859	606
Oktober 2011	128 200	341
November 2011	128 867	667
Dezember 2011	130 318	1 451
Januar 2012	131 235	917
Februar 2012	133 939	2 704
März 2012	135 697	1 758
April 2012	137 362	1 665
Mai 2012	138 557	1 195
Juni 2012	139 831	1 274
Juli 2012	141 129	1 298
August 2012	143 021	1 892
September 2012	143 694	673
Oktober 2012	143 597	–97
November 2012	144 065	468
Dezember 2012	145 238	1 173
Januar 2013	146 155	917
Februar 2013	148 581	2 426
März 2013	150 495	1 914
April 2013	151 571	1 076
Mai 2013	152 607	1 036
Juni 2013	153 061	454
Juli 2013	154 293	1 232
August 2013	154 910	617

Monat	Anzahl	Veränderung
September 2013	155 568	658
Oktober 2013	156 174	606
November 2013	156 749	575
Dezember 2013	158 706	1 957
Januar 2014	161 781	3 075
Februar 2014	165 011	3 230
März 2014	165 496	485
April 2014	165 340	–156
Mai 2014	164 242	–1 098
Juni 2014	163 600	–642
Juli 2014	162 757	–843
August 2014	161 368	–1 389
September 2014	159 625	–1 743

Quelle: Mitgliederstatistik KM/1

11. Wie viele Versicherte haben aufgrund von Beitragsschulden derzeit nur eine Versorgung entsprechend des Asylbewerberleistungsgesetzes (also Versorgung bei akuten Krankheiten und Schmerzzuständen sowie Schwangerschaft bzw. Mutterschaft)?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Informationen vor.

12. Wie hoch waren die Beiträge, die die gesetzlichen Krankenkassen aufgrund des Beitragsschuldengesetzes erlassen haben (bitte nach Kassenart auflisten)?

Aus dem Bericht des BMG in der Sitzung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 24. September 2014 zu den Wirkungen des am 1. August 2013 in Kraft getretenen Beitragsschuldengesetzes ergibt sich folgendes Beitragsvolumen, das aufgrund des Beitragsschuldengesetzes erlassen wurde:

Übersicht über die Fallzahlen und das Beitrags- bzw. Forderungsvolumen (Quelle GKV-Spitzenverband, Stand: 31. August 2014):

Regelungsnorm der Einheitlichen Grundsätze zur Beseitigung finanzieller Überforderung bei Beitragsschulden des GKV-Spitzenverbandes	Fallzahlen	Beitrags- bzw. Forderungsvolumen in Euro
Beitragserlass nach § 3 (Altfälle) (vs. Stand 31.01.2014)	25 780 (15 200)	103,1 Mio. (56,3 Mio.)
Beitragserlass nach § 2 (Stichtagsfälle) (vs. Stand 31.01.2014)	24 475 (13 600)	128,5 Mio. (63,8 Mio.)
Beitragserlass nach § 1 (Neufälle) (vs. Stand 31.01.2014)	4 678 (480)	nicht erfasst
Erlas von Säumniszuschlägen nach § 4 (vs. Stand 31.01.2014)	k. A.	909,4 Mio. (753 Mio.)

Eine Erhebung nach Krankenkassenarten liegt der Bundesregierung nicht vor.

13. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die den Fragen 1 bis 12 betreffenden analogen Sachverhalte in der privaten Krankenversicherung?

Für Erkenntnisse zur privaten Krankenversicherung wird auf die Antwort zu Frage 1 und die Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

Nach Aussagen des PKV-Verbands beliefen sich die Rückstände in der PKV aufgrund von Beitragsausfällen vor Inkrafttreten des Beitragsschuldengesetzes insgesamt auf etwa 850 Mio. Euro bei etwa 149 000 Beitragsschuldern. Die Zahl der Beitragsschuldner konnte durch das Beitragsschuldengesetz deutlich reduziert werden und betrug zum 31. Dezember 2013 noch 113 000.

Nach Aussage des Verbands der privaten Krankenversicherung waren zum 30. Juni 2014 100 700 Personen im Notlagentarif versichert, davon ca. 6 500 in der Beihilfevariante. Zahlen dazu, wie viele Personen bislang nach Begleichung der Beitragsschulden vom Notlagentarif in den Ursprungstarif zurückkehren konnten, liegen weder dem BMG noch dem PKV-Verband vor.

14. Hat die Bundesregierung Erkenntnisse über die Anzahl der Personen, die aufgrund einer Vollsanktionierung im SGB II selbst Beiträge zu ihrer Krankenversicherung zahlen mussten und wegen Nichtzahlung dieser Beiträge jetzt nur einen Versorgungsanspruch analog des Asylbewerberleistungsgesetzes haben?

Der Bundesregierung liegen keine statistischen Daten darüber vor, wie viele Personen, bei denen das Arbeitslosengeld II vollständig entfallen ist, Beiträge zur Krankenversicherung selbst zahlen mussten. Führt eine Sanktion zum völligen Wegfall der Geldleistung Arbeitslosengeld II, haben die Jobcenter von Amts wegen oder auf Antrag zu prüfen, ob Sachleistungen (in der Regel in Form von Lebensmittelgutscheinen) zu erbringen sind. Bei Sachleistungen handelt es sich ebenfalls um Arbeitslosengeld II im Sinne des Gesetzes, sodass auch in diesen Fällen Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 2a SGB V besteht.

15. Wie viele obdachlose Menschen gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung in der Bundesrepublik Deutschland?
Welche Schätzungen sind der Bundesregierung dazu bekannt?

Der Bundesregierung liegen keine konkreten Erkenntnisse vor. Laut Qualitätsbericht von Destatis zum Mikrozensus 2012 haben „Personen ohne Wohnung (Obdachlose) [...] im Mikrozensus keine Erfassungschance.“

Schätzungen zur Zahl der Obdachlosen werden regelmäßig von der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. veröffentlicht. Demnach lag die Zahl der Obdachlosen im Jahr 2012 bei 24 000. Aktuellere Zahlen liegen nicht vor.

16. Wie viele davon sind nach den der Bundesregierung vorliegenden Schätzungen ohne Krankenversicherungsschutz?
17. Welche zielgruppenspezifischen Schritte hat die Bundesregierung – von dem Beitragsschuldengesetz abgesehen – in den letzten Jahren unternommen, um die Quote der krankenversicherten Obdachlosen zu erhöhen?
18. Welche (ggf. weiteren) Maßnahmen sind hierzu geplant?

Die Fragen 16 bis 18 werden wegen ihres Sachzusammenhang gemeinsam beantwortet.

Der Bundesregierung liegen keine Angaben darüber vor, wie viele obdachlose Menschen die bestehenden Möglichkeiten zur Absicherung im Krankheitsfall nicht wahrnehmen. Grundsätzlich gilt, dass auch obdachlose Menschen im Krankheitsfall abgesichert sind. Erwerbsfähige Obdachlose, die Arbeitslosengeld II erhalten, sind aufgrund des Leistungsbezugs gesetzlich krankenversichert, wenn sie zuletzt gesetzlich krankenversichert waren, andernfalls unterliegen sie der Versicherungspflicht in der privaten Krankenversicherung. Nicht erwerbsfähige Obdachlose haben in der Regel entweder Anspruch auf Krankenhilfe nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) oder sind im Rahmen der nachrangigen Versicherungspflicht für Personen ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall in der GKV abgesichert oder unterliegen der Versicherungspflicht in der PKV.

Die nachrangige Versicherungspflicht in der GKV besteht kraft Gesetzes mit dem ersten Tag ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall. Anders als bei allen anderen Gruppen von Versicherungspflichtigen gibt es für diesen Personenkreis jedoch keine meldepflichtigen Stellen, die die Betroffenen ab dem ersten Tag der Versicherungspflicht bei einer gesetzlichen Krankenkasse anmelden und Beiträge für sie abführen. Nachrangig Versicherungspflichtige müssen diese Meldung selbst vornehmen bzw. die fehlende Absicherung im Krankheitsfall der Krankenkasse anzeigen. Ohne eine entsprechende Meldung bzw. Anzeige haben die Krankenkassen in aller Regel keine Möglichkeit, die nachrangige Versicherungspflicht abschließend festzustellen.

Vor diesem Hintergrund hat der Gesetzgeber mit dem Beitragsschuldengesetz zum 1. August 2013 eine neue Regelung zur einfacheren und lückenlosen Fortsetzung der Krankenversicherung geschaffen. Danach wird im Falle der Beendigung einer Versicherungspflicht oder einer Familienversicherung die Krankenversicherung im Status eines freiwilligen Mitglieds bei der bisherigen Krankenkasse grundsätzlich fortgeführt (Anschlussversicherung). Die Anschlussversicherung gewährleistet damit, dass der Kontakt zwischen dem Versicherten und seiner Krankenkasse (zunächst) bestehen bleibt und der weitere versicherungs- und beitragsrechtliche Status zeitnah durch die jeweilige Krankenkasse geklärt werden kann.

Die Bundesregierung geht davon aus, dass sich mit der vorgenannten Änderung Versicherungslücken künftig wirksam vermeiden lassen und dadurch auch die Zahl der Personen, die ihre gesetzlichen Möglichkeiten eines Zugangs zur Krankenversicherung nicht wahrnehmen, weiter zurückgehen wird.

19. Wie viele Menschen ohne Aufenthaltsstatus (sogenannte Papierlose) gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung in der Bundesrepublik Deutschland?
Welche Schätzungen sind der Bundesregierung dazu bekannt?
20. Wie viele davon sind ohne Krankenversicherung?
21. Welche zielgruppenspezifischen Schritte hat die Bundesregierung in den letzten Jahren unternommen, um die Quote der krankenversicherten Papierlosen zu erhöhen?
22. Welche (ggf. weiteren) Maßnahmen sind hierzu geplant?

Die Fragen 19 bis 22 werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Aus in der Natur der Sache liegenden Gründen ist der Bundesregierung nicht bekannt, wie viele Menschen sich ohne Aufenthaltsstatus und ohne Kenntnis der Behörden (sog. Papierlose oder Illegale) in Deutschland aufhalten. Im Migrationsbericht für 2012 (S. 130; FN 180) wird zum Umfang auf die Schätzung von Vogel/Aßner (2011) hingewiesen, wonach sich auf der Basis erstmals auswertbarer detaillierter polizeilicher Daten im Jahr 2010 zwischen 100 000 und 400 000 ausländische Personen ohne Aufenthaltsstatus in Deutschland aufhielten.

Ausländer, die mangels eines Aufenthaltstitels vollziehbar ausreisepflichtig sind, haben mangels GKV-Mitgliedschaft keinen Anspruch auf GKV-Leistungen nach dem SGB V. Sie fallen aber in den Anwendungsbereich des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) und haben danach Anspruch auf Gesundheitsleistungen. Die Gesundheitsleistungen nach dem AsylbLG umfassen während der ersten 48 Monate (nach einem Regierungsentwurf zur Änderung des Asylbewerberleistungsgesetzes und des Sozialgerichtsgesetzes – Bundestagsdrucksache 18/2592 – nach den ersten 15 Monaten) eine Basisversorgung (§§ 4 und 6 AsylbLG). Im Anschluss haben die Leistungsberechtigten – wie im SGB XII – Anspruch auf Leistungen auf dem Niveau der GKV (§ 2 Absatz 1 AsylbLG). Zu den bestehenden Problemen bei der Versorgung von Personen, die sich ohne Kenntnis der Behörden in Deutschland aufhalten, weil sie ihre Identität nicht offen legen wollen, wird auf die Antwort zu Frage 38 verwiesen.

23. Wie viele Asylbewerberinnen und Asylbewerber gibt es in der Bundesrepublik Deutschland?

Ausweislich des Ausländerzentralregisters (AZR) sind derzeit 192 207 Asylverfahren anhängig (Stand: 30. September 2014); dem entspricht die Zahl der Asylbewerberinnen und Asylbewerber in Deutschland.

24. Was spricht dagegen, Leistungsberechtigten des Asylbewerberleistungsgesetzes analog zu ALG-II-Beziehenden (ALG – Arbeitslosengeld) eine automatische Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung zu gewähren?

Spielen auch migrationspolitische Erwägungen eine Rolle?

Leistungsberechtigte nach dem AsylbLG sollen nach dem Willen der Bundesregierung (Beschluss des Bundeskabinetts vom 27. August 2014) zukünftig bereits nach 15 Monaten Anspruch auf Gesundheitsleistungen auf GKV-Niveau haben. Von da an ist die Absicherung im Krankheitsfall für die Betroffenen vollumfänglich gewährleistet, sodass insofern keine Notwendigkeit für die Einbeziehung der Leistungsberechtigten nach dem AsylbLG in die Versicherungspflicht zur GKV besteht. Im Zeitraum davor haben sie Anspruch auf eine angemessene Basisversorgung (§§ 4,6 AsylbLG). Zum hinreichenden Umfang dieser Leistungen wird auf die Ausführungen in der Antwort zu Frage 25 verwiesen.

25. Sind die Leistungen im Krankheitsfall gemäß oder analog des Asylbewerberleistungsgesetzes ausreichend, um ein menschenwürdiges Existenzminimum und die physische Existenz entsprechend den Leitsätzen des Urteils des Ersten Senats des Bundesverfassungsgerichts vom 18. Juli 2012 zu gewährleisten?

Die Leistungen nach den §§ 4, 6 AsylbLG sind ausreichend, um ein menschenwürdiges Existenzminimum zu gewährleisten. Insofern wird auf die Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN betreffend die „Gesundheitliche Versorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz“ (Bundestagsdrucksache 18/2184, S. 3 ff.) Bezug genommen. Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 18. Juli 2012 (1 BvL 10/10, 1 BvL 2/11) bezieht sich allein auf die Geldleistungen nach § 3 Absatz 2 AsylbLG und erklärt diese Regelung für mit dem Grundgesetz für unvereinbar. Hingegen waren die Verfassungskonformität der Gesundheitsleistungen nach den §§ 4, 6 AsylbLG und der Versicherungsleistungen bei Beitragsrückständen nach § 16 Absatz 3a SGB V nicht Gegenstand der Entscheidung.

Im Bereich der GKV ist nach § 16 Absatz 3a SGB V ein Ruhen des Anspruchs auf Leistungen in bestimmten Fällen eines Beitragsrückstands vorgesehen. Nach der durch das zum 1. April 2007 in Kraft getretene GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz geltenden Regelung des § 16 Absatz 3a Satz 2 SGB V sind hiervon Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 SGB V und Leistungen ausgenommen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Nach der Begründung der Regelung (Bundestagsdrucksache 16/4247, S. 31) handelt es sich um eine Folgeänderung zur Einführung einer Krankenversicherungspflicht für Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben, und der damit zusammenhängenden Aufhebung der Regelung über das Ende der Mitgliedschaft freiwillig Versicherter bei Nichtzahlung von Beiträgen. Die Nichtzahlung von Beiträgen soll im Interesse der Versichertengemeinschaft spürbare Konsequenzen haben. Vom Ruhen werden Leistungen ausgenommen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Dies bedeutet, dass sich die Gesundheitsversorgung derjenigen, die Beiträge nicht zahlen, deutlich verbessert hat. Soweit vor dieser Rechtsänderung bei Beitragsrückständen die Mitgliedschaft in der GKV beendet werden konnte und keine Leistungsansprüche mehr bestanden, können nach der Rechtsänderung bei Beitragsrückständen weiterhin Leistungsansprüche, wenn auch in begrenzter Höhe, geltend gemacht werden.

26. Falls ja, sind umgekehrt die das Asylbewerberleistungsgesetz übersteigenden Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nicht notwendig, um ein menschenwürdiges Existenzminimum und die physische Existenz zu gewährleisten, und wären diese Leistungen dann auch für ALG-II-Beziehende in diesem Sinne entbehrlich?

Richtig ist, dass Artikel 1 Absatz 1 des Grundgesetzes (GG) in Verbindung mit Artikel 20 Absatz 1 GG die Gewährleistung eines menschenwürdigen Existenzminimums vorgibt und es dem Gesetzgeber obliegt, dieses konkret zu bestimmen. Ihm kommt insofern ein Gestaltungsspielraum zu (vgl. BVerfGE 132, 134 Rn. 62), den er mit den Regelungen in den §§ 4, 6 AsylbLG in verfassungskonformer Weise genutzt hat.

Artikel 1 Absatz 1 GG in Verbindung mit Artikel 20 Absatz 1 GG verlangt hingegen keine Gleichstellung der Leistungsberechtigten nach dem AsylbLG mit anderen nach dem SGB V sozialversicherungspflichtigen Leistungsberechtigten. Prüfungsmaßstab für eine Differenzierung ist insofern der allgemeine Gleichheitssatz nach Artikel 3 Absatz 1 GG. Dieser gebietet keine gleichartige Ausgestaltung der Gesundheitsleistungen für Leistungsberechtigte nach dem AsylbLG wie bei den GKV-Versicherten Beitragszahlern auf dem Niveau des SGB V. Eine Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts, wonach das Leistungsniveau der §§ 4,6 AsylbLG verfassungswidrig wäre, ist bislang nicht ergangen.

27. Hat eine Person mit Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (Asylbewerber oder säumige Beitragszahler) bei wie auch immer festgestelltem Verdacht auf Epilepsie Anspruch auf die Diagnose und Behandlung durch einen Neurologen seiner Wahl einschließlich der möglicherweise notwendigen (Dauer-)Medikation, oder hat er lediglich Anspruch auf Leistungen während akuter epileptischer Anfälle in der Notfallversorgung, und wer entscheidet darüber (vgl. auch „Die Unversicherten“, Handelsblatt online vom 22. September 2014)?

Im Bereich der GKV sind, wie in der Antwort zu Frage 25 dargestellt, nach § 16 Absatz 3a Satz 2 SGB V Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 SGB V und Leistungen vom Ruhen ausgenommen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Auch über § 4 AsylbLG wird nur eine Akut- und Schmerzbehandlung von Epilepsie gewährleistet. Deren Umfang ist jeweils im Einzelfall zu klären.

Der Anspruch nach § 4 Absatz 1 AsylbLG wird zudem jedoch ergänzt durch § 6 Absatz 1 AsylbLG. Nach dieser Vorschrift können „sonstige Leistungen“ insbesondere gewährt werden, wenn dies zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich oder zur Deckung der besonderen Bedürfnisse von Kindern geboten ist. § 6 Absatz 1 AsylbLG eröffnet damit den Zugang zu einer über den Leistungsumfang nach § 4 Absatz 1 AsylbLG hinausgehenden Gesundheitsversorgung, insbesondere zur Behandlung chronischer Erkrankungen. Die Regelung gibt der Leistungsbehörde die Möglichkeit, besonderen Bedarfen im Einzelfall gerecht zu werden.

Ob und wenn ja welcher Leistungsanspruch nach § 6 AsylbLG besteht, ist bei einer Erkrankung wie Epilepsie jedoch jeweils auf Basis des Einzelfalls (Schwere und Häufigkeit eines Anfallsleidens) zu klären, so dass dazu hier keine allgemeinen Aussagen getroffen werden können.

Auch im Bereich der GKV erbringen Krankenkassen Leistungen bei chronischen Erkrankungen, wenn ansonsten eine Verschlimmerung des Krankheitszustandes und damit ein akuter Krankheitszustand zu erwarten wäre.

28. Welche Möglichkeiten gibt es für die Betroffenen de jure, gegen eine negative Entscheidung über die Leistungsgewährung vorzugehen, und stimmt die Bundesregierung mit der Einschätzung überein, dass diese Möglichkeiten aufgrund von Krankheit, Geldnot und/oder Sprachschwierigkeiten in der Praxis sehr limitiert sein dürften?

Wie viele Widerspruchs- und Klageverfahren, die um die Frage des Leistungsumfangs bei ruhender Mitgliedschaft gehen, waren und sind anhängig?

Gegen ablehnende Leistungsentscheidungen von Krankenkassen und der Leistungsträger des AsylbLG kann Widerspruch erhoben und das Sozialgericht anrufen werden. Eine weitere Möglichkeit bietet die Überprüfung durch die zuständige Aufsichtsbehörde. Informationen zur Anzahl anhängiger Widerspruchs- und Klageverfahren und deren Erfolgsaussichten liegen der Bundesregierung nicht vor.

Bei fehlenden finanziellen Mitteln haben die Leistungsberechtigten die Möglichkeit, Prozesskostenhilfe zu beantragen. Muss ein Rechtsanwalt zu Verständigungszwecken einen Dolmetscher beauftragen, können auch diese Kosten von der Prozesskostenhilfe als Auslagen mitabgedeckt werden (§ 46 Absatz 2 des Rechtsanwaltsvergütungsgesetzes). Beauftragt das Gericht den Dolmetscher, handelt es sich um Gerichtskosten, die in Verfahren, in denen Leistungen des AsylbLG oder des SGB V vom Leistungsberechtigten im Klagewege geltend gemacht werden, nicht von diesem als Kläger zu tragen sind.

Kann der Betroffene aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht besorgen, besteht die Möglichkeit, einen Betreuer zu bestellen. Im Übrigen kann ein Betroffener mit gesundheitlichen Einschränkungen Dritte oder einen Rechtsanwalt bevollmächtigen.

29. Besteht die Notwendigkeit, die Regelung über den Umfang des Leistungsausschlusses bei säumigen Beitragszahlern konkreter zu fassen?

Eine Notwendigkeit, die Regelung über den Umfang des Leistungsausschlusses nach § 16 Absatz 3a Satz 2 SGB V konkreter zu fassen, wird grundsätzlich nicht gesehen. Allerdings plant die Bundesregierung eine gesetzliche Klarstellung, dass das Ruhen von Leistungsansprüchen als Sanktionsinstrument nicht eintritt bzw. endet, wenn Versicherte hilfebedürftig im Sinne des SGB II oder SGB XII sind bzw. werden. Dies ist bereits gängige Verfahrenspraxis bei den Krankenkassen.

30. Gäbe es überhaupt eine juristisch gangbare Möglichkeit, die Regelung zu konkretisieren, also wesentliche Abstriche an den GKV-Leistungen für gewisse Personengruppen zu kodifizieren, die mit dem Menschenrecht auf Existenz zu vereinbaren wären und einer verfassungsrechtlichen Überprüfung standhielten?

Auf die Ausführungen in der Antwort zu Frage 26 wird verwiesen.

31. Kann die Bundesregierung einige Beispiele nennen, an denen klar wird, welche Einschränkungen die Beschränkung der Leistung auf akute Krankheiten gegenüber der Regelversorgung bedeuten?

Im Bereich der GKV sind, wie in der Antwort zu Frage 25 dargestellt, nach § 16 Absatz 3a Satz 2 SGB V Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 SGB V und Leistungen vom Ruhen ausgenommen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und von Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Welche Leistungen der Regelversorgung nach § 16 Absatz 3a Satz 2 SGB V oder nach § 4 AsylbLG nicht erbracht werden, kann immer nur im Einzelfall geklärt werden.

Für die Fälle des § 4 AsylbLG muss zudem erneut betont werden, dass § 6 AsylbLG insofern einen ergänzenden Leistungsanspruch vorsieht, der geeignet ist, durch die Beschränkung auf akute Krankheiten und Schmerzzustände auftretende eventuelle Härten aufzufangen.

32. Sieht die Bundesregierung die Schwierigkeiten, die sich für Krankenhäuser und andere Leistungserbringer im Rahmen des von ihnen zu erbringenden Nachweises der Hilfebedürftigkeit von behandelten Patientinnen und Patienten ergeben, die nicht krankenversichert sind und auch sonst keinen Anspruch auf die Übernahme der entstehenden Kosten haben, etwa weil der Status (Sozialhilfebezieher, Sozialhilfeberechtigte, die keinen Antrag gestellt haben, Asylbewerber, ohne Aufenthaltsstatus, Geduldete), die finanzielle Leistungsfähigkeit und/oder die persönlichen Daten nicht feststellbar sind?
33. Kann die Bundesregierung bestätigen, dass Krankenhäuser und andere Leistungserbringer in solchen Fällen regelmäßig zu entscheiden haben, ob sie aufgrund des Aufwands und der möglichen Aussichtslosigkeit, eine Vergütung zu erlangen, gezwungenermaßen eine kostenlose Versorgung erbringen?
34. Kann die Bundesregierung bestätigen, dass Krankenhäuser und andere Leistungserbringer in solchen Fällen wenig Anreize haben, Leistungen in dem für Patientinnen und Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung üblichen Umfang und der üblichen Qualität zu erbringen?
35. Welche Lösung wäre für dieses Problem nach Auffassung der Bundesregierung vorstellbar, um eine hochwertige Versorgung und das Grundrecht auf Existenz auch für diese Personengruppe zu gewährleisten?
36. Beabsichtigt die Bundesregierung, in dieser Frage tätig zu werden?

Die Fragen 32 bis 36 werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Regelmäßig ist die Kostenübernahme für eine Krankenbehandlung vor ihrer Durchführung zu klären. Soweit dies in Eilfällen nicht möglich ist, ist eine Kostenübernahme im Hinblick auf den umfassenden Krankenversicherungsschutz in der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung grundsätzlich gewährleistet. Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass nicht krankenversicherte Sozialhilfeempfänger in der Regel in die Krankenversorgung gemäß § 264 SGB V zulasten der Träger der Sozialhilfe einbezogen sind und wie Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung über eine Krankenversichertenkarte zum Nachweis ihres Anspruchs gegenüber Ärzten und Krankenhäusern verfügen. Die Kosten für Gesundheitsleistungen an Leistungsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz werden von den Trägern des Asylbewerberleistungsgesetzes übernommen.

Zu berücksichtigen ist weiter, dass durch den vom Bundeskabinett am 27. August 2014 beschlossenen Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Asylbewerberleistungsgesetzes und des Sozialgerichtsgesetzes eine § 25 SGB XII entsprechende Regelung im AsylbLG eingeführt werden soll, nachdem zuvor das Bundessozialgericht mit Entscheidung vom 30. Oktober 2013 (B 7 AY 2/12 R) eine analoge Anwendung des Nothelferanspruchs nach § 25 SGB XII – die bis dahin von der Rechtsprechung überwiegend vertreten wurde – im Asylbewerberleistungsgesetz abgelehnt hatte. Hierdurch soll sichergestellt werden, dass Krankenhausträger und Ärzte die Erstattung ihrer Behandlungskosten unmittelbar vom Leistungsträger verlangen können, wenn sie in medizinischen Eilfällen Nothilfe an Leistungsberechtigte nach dem AsylbLG leisten. Damit wird gleichzeitig die angemessene medizinische Versorgung der Leistungsberechtigten in Eilfällen sichergestellt.

37. Welchen Anspruch auf psychotherapeutische Leistungen haben Schwersttraumatisierte und Opfer von Folter oder Vergewaltigung, die keine gültige Aufenthaltsgenehmigung vorweisen können?

Auch Personen, die vollziehbar ausreisepflichtig sind, haben Anspruch auf Gesundheitsleistungen nach dem AsylbLG, der Aufenthaltstitel ist insofern nicht maßgeblich. Die alternativen Anwendungsvarianten der §§ 4 und 6 AsylbLG erlauben bereits heute eine angemessene gesundheitliche Versorgung der hier angesprochenen schwersttraumatisierten Leistungsberechtigten mit psychotherapeutischen Leistungen. Verbesserungen für die Leistungsberechtigten werden jedoch im Bereich der anfänglichen Grundleistungen zukünftig in Umsetzung der EU-Aufnahme-Richtlinie (Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen – Richtlinie 2013/33/EU vom 26. Juni 2013; ABl. EU L 180 vom 29. 6. 2013, S. 96) für besonders schutzbedürftige Personen (u. a. Minderjährige, Opfer von Folter und Gewalt) geprüft.

38. Kann die Bundesregierung die Sorge von Personen ohne Aufenthaltsrecht nachvollziehen, dass ihnen durch die Inanspruchnahme von Leistungen Abschiebung drohen könnte, etwa bei öffentlichen Krankenhäusern, die zur Weitergabe von Daten an die Ausländerbehörden verpflichtet sind oder durch die Geltendmachung von Vergütungsansprüchen von Leistungserbringern an das Sozialamt?

Das AsylbLG erfasst nach § 1 Absatz 1 Nummer 5 AsylbLG auch vollziehbar ausreisepflichtige Personen. Diese Personen sind leistungsberechtigt und haben trotz ihrer fehlenden Anmeldung bzw. ihres Untertauchens Anspruch auf Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 AsylbLG. Die Leistungsberechtigten müssen jedoch in Kauf nehmen, dass ihre Identität nach § 11 Absatz 3 AsylbLG durch Datenabgleich der Leistungsbehörden mit der Ausländerbehörde in Einzelfällen geklärt werden kann (nicht muss). Dass die Leistungsberechtigten, die Angst vor Abschiebung haben, möglicherweise zögern, ihre Identität gegenüber den Behörden offen zu legen, ist nachvollziehbar. Dennoch ist ein Verzicht auf die Identitätsklärung im Leistungsrecht nicht möglich. Denn die Identitätsklärung ist bei Anträgen auf staatliche Leistungen von Leistungsberechtigten nach dem AsylbLG – aber auch in vielen anderen Bereichen des Sozialrechts – eine allgemeine Leistungsvoraussetzung. Da von der Identitäts- und Wohnortklärung die örtliche Zuständigkeit der Leistungsbehörden und das einschlägige Leistungssystem abhängig sind, dürften die Leistungsbehörden ohne ausreichende Informationen über diese Umstände keine Leistungen gewähren, sodass sich die Gesundheitsversorgung der betroffenen Gruppe ohne Datenabgleich nicht verbessern würde.

39. Ergibt sich nach Kenntnis der Bundesregierung daraus eine schlechtere medizinische Versorgung der betroffenen Gruppe, bis hin zu tragischen und tödlichen Fällen?

Mangels Erfassung von Personen, die in der Illegalität leben, liegen der Bundesregierung zur medizinischen Versorgung dieser Gruppe keine belastbaren Daten vor.

40. Welche Lösungen dieses Problems gibt es grundsätzlich, und wird bzw. wurde die Bundesregierung hier bereits tätig?
Wenn nein, warum nicht?

Auf die Antwort zu Frage 38 wird verwiesen.

41. Kann die Bundesregierung bestätigen, dass die unterschiedlichen Gruppen der Nichtversicherten im Vergleich zum gesellschaftlichen Durchschnitt sozial schlechter gestellt sind und über weniger persönliche und gesundheitliche Ressourcen verfügen?
42. Welche Schlussfolgerungen ergeben sich daraus bezogen auf die Notwendigkeit der Anstrengungen, für diese Gruppen einen (besseren) Zugang zur gesundheitlichen Versorgung zu schaffen?

Die Fragen 41 und 42 werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der Bundesregierung liegen keine Informationen zur sozialen Stellung oder zu anderen soziodemografischen Merkmalen von Nichtversicherten vor. Der Bundesregierung ist eine qualitativ hochwertige Versorgung im Krankheitsfall für alle Menschen, die in Deutschland leben, ein wichtiges Anliegen. Die erfolgreichen Maßnahmen im Rahmen des Beitragsschuldengesetzes haben hier zu einer Verbesserung der Versorgung beigetragen.

43. Plant die Bundesregierung für die von Beitragsschulden betroffenen Rumänen und Bulgaren (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller) aufgrund der besonderen Situation der Zeitgleichheit des Inkrafttretens der vollen Arbeitnehmerfreizügigkeit mit dem Fristende des Schuldenerlasses des Beitragsschuldengesetzes eine für sie entlastende Regelung?

Die Mitgliedschaft in der GKV und der damit verbundene Anspruch auf Leistungen ist grundsätzlich auch mit der Pflicht zur Beitragszahlung verbunden. Es ist nicht geplant, von diesem Grundsatz abzuweichen.

44. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung über die Anzahl und den Anteil von Sinti und Roma, die gegenwärtig über keine Krankenversicherung verfügen und die Gründe dafür?

Gibt es auch Erkenntnisse über deren Alter, Geschlecht, Staatsangehörigkeit und Aufenthaltsort in der Bundesrepublik Deutschland?

Seit dem Ende des Zweiten Weltkrieges werden in der Bundesrepublik Deutschland keine bevölkerungsstatistischen und sozioökonomischen Daten auf ethnischer Basis erhoben. Dies ist vor allem mit der Verfolgung von Minderheiten in den Zeiten des Nationalsozialismus begründet. Darüber hinaus stehen der Erfassung ethnischer Daten auch rechtliche Hindernisse entgegen: Das Bekenntnis zu einer nationalen Minderheit ist gemäß Artikel 3 des Rahmenübereinkommens des Europarates zum Schutz nationaler Minderheiten frei. Ferner kann die Anzahl und der jeweilige Aufenthaltsstatus der in Deutschland lebenden ausländischen Roma nicht benannt werden, da im Ausländerzentralregister Staatsangehörigkeiten, nicht aber ethnische Zugehörigkeiten erfasst werden. Insofern können keine Aussagen über Anzahl und Anteil von Sinti und Roma getroffen werden, die gegenwärtig über keine Krankenversicherung verfügen, über deren Alter, Geschlecht, Staatsangehörigkeit und Aufenthaltsort in der Bundesrepublik Deutschland.

45. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung über die Auswirkungen der fehlenden Krankenversicherung bei verschiedenen Gruppen (Obdachlose, Personen ohne legalen Aufenthaltsstatus, Sinti und Roma) auf die Teilnahmequote der Minderjährigen an den Früherkennungsuntersuchungen für Kinder?

Der Bundesregierung liegen keine entsprechenden Erkenntnisse vor.

