

Kleine Anfrage der Fraktion der SPD vom 9. April 2018**Erhalten Krankenkassen Beiträge für Phantom-Versicherte?**

Laut Medienberichten bekommen Krankenkassen Geld aus dem Gesundheitsfonds für Versicherte, die es nicht gibt. In Deutschland gilt die Versicherungspflicht: Wer hierzulande arbeitet, muss auch krankenversichert sein. Doch nicht wenige, zumeist ausländische, Saisonarbeiter, bleiben auch dann bei den Krankenkassen auf der Mitgliedsliste, wenn sie Deutschland längst verlassen haben. Für diese erhalten die Krankenkassen weiterhin eine monatliche Pauschale aus dem Gesundheitsfonds, obwohl keine Versicherungsbeiträge mehr eingezahlt werden.

Die unberechtigte Fortführung von Versicherungsverhältnissen – ob bewusst oder unbewusst – vollzieht sich in einer rechtlichen Grauzone. Die Krankenkassen sind verpflichtet zu überprüfen, ob sich ihre Mitglieder noch im Land befinden. Wie diese Ermittlungen gestaltet sind und in welcher Frist sie erfolgen müssen, ist vom Gesetzgeber nicht vorgeschrieben. Es steht der Vorwurf im Raum, dass einige Krankenkassen die Ermittlungsverpflichtungen offenbar nicht ernst genug nehmen und sich so einen rechtswidrigen finanziellen Vorteil verschaffen. Somit fließt aus dem Gesundheitsfonds unrechtmäßig viel Geld an Krankenkassen, die ihre Mitgliederzahlen mit dieser Methode in die Höhe treiben und somit fehlt Geld für die Behandlung zahlender Mitglieder anderer Kassen.

Vor diesem Hintergrund fragen wir den Senat:

1. Wie bewertet der Senat den Vorwurf der unberechtigten Fortführung von Versicherungsverhältnissen bei Krankenkassen?
2. Liegen dem Senat Kenntnisse vor, in welcher finanziellen Höhe sich der rechtswidrige finanzielle Vorteil bemisst und wenn ja, wie hoch sind diese?
3. Sind dem Senat im Land Bremen derartige Fälle bekannt, dass gesetzliche Krankenkassen Geld aus dem Gesundheitsfonds für Versicherte kassieren, obwohl sie nicht mehr in Deutschland arbeiten?
4. Wie bewertet der Senat die „gesetzliche Grauzone“ zur unberechtigten Fortführung von Versicherungsverhältnissen, und welche Möglichkeiten sieht der Senat, diese zu beseitigen?

Bernd Ravens, Stephanie Dehne, Björn Tschöpe
und Fraktion der SPD

D a z u

Antwort des Senats vom 8. Mai 2018

Der Senat beantwortet die Kleine Anfrage wie folgt:

Vorbemerkung

Die Beantwortung der Kleinen Anfrage bezieht sich ausschließlich auf die AOK Bremen/Bremerhaven (AOK). Die AOK ist die einzige landesunmittelbare Krankenkasse die unter der Aufsicht der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz im Sinne des § 87 Absatz 1 Viertes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV) in Verbindung mit § 90 Absatz 2 SGB IV steht.

1. Wie bewertet der Senat den Vorwurf der unberechtigten Fortführung von Versicherungsverhältnissen bei Krankenkassen?

Nach Auskunft der AOK stellt sich die Vorgehensweise bei der Bearbeitung der obligatorischen Anschlussversicherung bei Saisonarbeitnehmerinnen beziehungsweise Saisonarbeitnehmern bisher wie folgt dar: Die AOK geht aktiv auf Arbeitgeber zu, bei denen sie Kenntnis davon erlangt hat oder bei denen zu vermuten ist, dass dort regelmäßig Saisonarbeitnehmerinnen beziehungsweise Saisonarbeitnehmer beschäftigt werden. Die Arbeitgeber werden dann um schriftliche Bestätigung gebeten, dass Saisonarbeitnehmerinnen beziehungsweise Saisonarbeitnehmer beschäftigt werden. Diese Informationen werden bei dem Arbeitgeber als Merkmal hinterlegt. Im Rahmen der weiteren Bearbeitung werden die folgenden drei Fallkonstellationen unterschieden, deren Bearbeitung in manuellen Prüfgruppen erfolgt.

- Sofern bei dem Arbeitgeber das Merkmal „beschäftigt Saisonarbeitnehmer“ hinterlegt ist, prüfen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verschiedene Kriterien manuell ab: Dauer, Art des Beschäftigungsverhältnisses, Branchenzugehörigkeit des Arbeitgebers und gegebenenfalls weitere Versicherungszeiten der Saisonarbeitnehmerin beziehungsweise des Saisonarbeitnehmers, die auf einen Verbleib der Saisonarbeitnehmerin beziehungsweise des Saisonarbeitnehmers im Inland hindeuten. Sofern aufgrund dieser Prüfung Zweifel daran bestehen, dass es sich um eine Saisonarbeitnehmerin beziehungsweise einen Saisonarbeitnehmer handelt, wird zunächst der Arbeitgeber kontaktiert und zum Status befragt. Können hier keine Angaben gemacht werden, wird die Saisonarbeitnehmerin beziehungsweise der Saisonarbeitnehmer angeschrieben und nach ihrem beziehungsweise seinem derzeitigen Status befragt. Können auch hier keine Angaben gemacht werden, wird der Wegzug ins Ausland unterstellt und die obligatorische Anschlussversicherung wird nicht durchgeführt.
- Liegt eine ausländische Adresse der Saisonarbeitnehmerin beziehungsweise des Saisonarbeitnehmers vor, erfolgt eine manuelle Vorprüfung. Besteht in diesen Fällen nur eine einzige Versicherungszeit, wird keine obligatorische Anschlussversicherung angenommen. In diesen Fällen wird unterstellt, dass kein Schutzbedürfnis vorliegt, da sich die Saisonarbeitnehmerin beziehungsweise der Saisonarbeitnehmer im Ausland aufhält. Bestehen mehrere Versicherungszeiten, wird der letzte Arbeitgeber zum Status der Saisonarbeitnehmerin beziehungsweise des Saisonarbeitnehmers befragt – danach erfolgt das Verfahren wie beim ersten Spiegelpunkt.
- Soweit eine Adressgleichheit bei der Saisonarbeitnehmerin beziehungsweise dem Saisonarbeitnehmer und dem Arbeitgeber gegeben ist, erfolgt eine manuelle Vorprüfung, da eine Adressgleichheit grundsätzlich unüblich ist. In dieser Prüfgruppe werden auch Arbeitgeber geprüft, bei denen bestimmte Adressen (zum Beispiel Wohncontainer oder angemietete Häuser für Saisonarbeitnehmerinnen beziehungsweise Saisonarbeitnehmer) bekannt sind, die auf Saisonarbeit hinweisen. Danach erfolgt das Verfahren wie beim ersten beziehungsweise zweiten Spiegelpunkt.

Die vorgenannte Herangehensweise orientiert sich an einem Schreiben des Bundesversicherungsamts vom 23. Februar 2017 an den GKV-Spitzenverband, welches die obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) bei Saisonarbeitnehmerinnen beziehungsweise Saisonarbeitnehmern aus dem Ausland thematisierte und die Amtsermittlungspflichten der Krankenkassen konkretisierte.

Die Annahme der unberechtigten Fortführung von Versicherungsverhältnissen durch die AOK im Rahmen von obligatorischen Anschlussversicherungen gemäß § 188 Absatz 4 SGB V ist nach Auffassung des Senats daher nicht gerechtfertigt.

Inzwischen hat der Gesetzgeber mit Wirkung vom 1. Januar 2018 für Saisonarbeitnehmerinnen beziehungsweise Saisonarbeitnehmer, deren Versicherungspflicht mit der Beendigung der Saisonarbeitnehmertätigkeit endet, durch § 188 Absatz 4 Sätze 4 bis 7 SGB V eine spezielle gesetzliche Regelung betreffend die obligatorische Anschlussversicherung geschaffen (siehe Antwort zu Frage 4).

2. Liegen dem Senat Kenntnisse vor, in welcher finanziellen Höhe sich der rechtswidrige finanzielle Vorteil bemisst und wenn ja, wie hoch sind diese?

Dem Senat liegen insoweit keine Kenntnisse über rechtswidrige finanzielle Vorteile der AOK vor.

3. Sind dem Senat im Land Bremen derartige Fälle bekannt, dass gesetzliche Krankenkassen Geld aus dem Gesundheitsfonds für Versicherte kassieren, obwohl sie nicht mehr in Deutschland arbeiten?

Dem Senat sind keine Fälle bekannt, wonach die AOK Geld aus dem Gesundheitsfonds für Versicherte erhalten hat, obwohl diese nicht mehr in Deutschland arbeiten.

4. Wie bewertet der Senat die „gesetzliche Grauzone“ zur unberechtigten Fortführung von Versicherungsverhältnissen, und welche Möglichkeiten sieht der Senat, diese zu beseitigen?

Der Gesetzgeber hat für Saisonarbeitnehmerinnen beziehungsweise Saisonarbeitnehmer mit Wirkung vom 1. Januar 2018 durch § 188 Absatz 4 Sätze 4 bis 7 SGB V eine spezielle gesetzliche Regelung betreffend die obligatorische Anschlussversicherung geschaffen. Nach diesen Regelungen setzt sich bei Saisonarbeitnehmerinnen beziehungsweise Saisonarbeitnehmern, deren Versicherungspflicht mit der Beendigung der Saisonarbeitnehmertätigkeit endet, die Versicherung nur dann als freiwillige Mitgliedschaft nach § 188 Absatz 4 Satz 1 SGB V fort, wenn diese Personen innerhalb von drei Monaten nach dem Ende der Versicherungspflicht ihren Beitritt zur freiwilligen Versicherung gegenüber ihrer bisherigen Krankenkasse erklären und ihren Wohnsitz oder ständigen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland nachweisen. Der Arbeitgeber hat die Saisonarbeitnehmerinnen beziehungsweise Saisonarbeitnehmer im Meldeverfahren nach § 28a SGB IV gesondert zu kennzeichnen. Die Krankenkasse hat die Saisonarbeitnehmerinnen beziehungsweise Saisonarbeitnehmer, nachdem der Arbeitgeber der Krankenkasse den Beginn der Beschäftigungsaufnahme gemeldet hat, unverzüglich auf das Beitrittsrecht und ihre beziehungsweise seine vorgenannte Nachweispflicht hinzuweisen.

Eine „gesetzliche Grauzone“ besteht daher, sofern eine solche überhaupt bestand, insoweit nicht mehr.