

## Antwort

### der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Harald Weinberg, Diana Golze, Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.  
– Drucksache 17/12154 –**

### **Säumniszuschläge, Beitragsschulden und Unversicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung**

#### Vorbemerkung der Fragesteller

„Ganz Deutschland wird krankenversichert“ stand auf großen Werbeplakaten, die die Bundesregierung im Jahr 2007 in Auftrag gegeben hatte. Hintergrund war die Versicherungspflicht, die zum 1. April 2007 in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und zum 1. Januar 2009 in der privaten Krankenversicherung (PKV) geschaffen wurde.

Die Fragestellerinnen und Fragesteller teilen ausdrücklich die Zielstellung dieser Regelungen, wonach alle in Deutschland lebenden Menschen krankenversichert sein und einen Zugang zu benötigten medizinischen Leistungen haben sollen. Umstritten waren aber schon immer die Möglichkeiten, wie diese Pflicht zur Versicherung in diesem Sinne durchgesetzt werden kann. Die Bundesregierung und die sie damals tragende Koalition setzten neben der Aufklärung durch Plakate insbesondere auf die abschreckende Wirkung von Sanktionen. Diejenigen, die sich entweder in keiner Krankenversicherung anmelden oder aber keine Beiträge zahlen, bekommen einerseits keine bzw. nur eine Notfallversorgung, andererseits häufen sich auch bei Nichtmitgliedschaft Beitragsschulden an, die mit hohen Säumniszuschlägen von rund 60 Prozent p. a. versehen sind.

Es stellt sich die Frage, inwiefern diese Sanktionen gerechtfertigt und zielführend sind. Denn wer sich von den drohenden Minderleistungen und Strafzahlungen nicht abschrecken ließ, und jahrelang nicht zahlte, der hat nun Beitragsschulden, die mehrere 10 000 Euro betragen können. Angesichts dessen, dass das Nichtzahlen seinen Grund oft in wirtschaftlich schwierigen Verhältnissen hat, wird klar, dass die betroffenen Versicherten mit derartigen Summen völlig überfordert sind.

Deshalb wurde auch eine gesetzliche Regelung geschaffen, um mit dieser Überforderung umzugehen. § 186 Absatz 11 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) schreibt vor, dass die Kassen in ihren Satzungen eine Regelung einfügen müssen, womit Beiträge gestundet, ermäßigt oder erlassen werden können. Das gilt jedoch nur für Personen, die sich erst nach dem Stichtag bei ihrer Kasse gemeldet haben, diese Verzögerung jedoch nicht zu vertreten

haben. Ob die Verzögerung von den Versicherten zu vertreten ist, ist ein unbestimmter Rechtsbegriff. Es gibt zwar erste Urteile dazu, wie dieser Begriff zu interpretieren ist, aber dennoch bleibt bislang unklar, ob eine schlichte Nichtkenntnisnahme der veränderten gesetzlichen Regelungen, der Versicherungspflicht, darunter zu subsummieren ist oder nicht. Außerdem gibt diese Kannregelung den betroffenen Versicherten keinerlei notwendige Rechtssicherheit. Schließlich regelt § 186 Absatz 11 SGB V nicht, ob säumige Beitragszahler, die Beiträge etwa aufgrund der Mindestbeitragsbemessungsgrenze nicht zahlen konnten, auch Beitragsermäßigungen, -stundungen oder -erlasse erhalten können.

Unstreitig ist, dass durch die Versicherungspflicht und die weggefallene Möglichkeit der Kassen, Versicherten wegen Zahlungsrückständen die Mitgliedschaft zu kündigen, andere Maßnahmen ergriffen werden müssen, um die Versichertengemeinschaft vor Nichtzahlern zu schützen. Ob allerdings, insbesondere bei gleichzeitig hohen Mindestbeitragsbemessungsgrenzen für freiwillig versicherte Selbständige, sehr hohe Säumniszuschläge nach der geltenden Rechtslage und die Beschränkung der Versorgung auf Notfallversorgung dafür geeignete Mittel sind, wird immer stärker infrage gestellt.

Unklar ist seit jeher die Anzahl der Menschen ohne Krankenversicherungsschutz. Es gibt Zahlen des Mikrozensus, die im 4-Jahres-Rhythmus aktualisiert werden. Danach gab es im Jahr 2011 etwa 137 000 Unversicherte und damit etwa 74 000 weniger als im Jahr 2007, aber immer noch 32 000 mehr als im Jahr 1995, als dieser Wert seinen bisherigen Tiefststand erreichte. Es gibt aber auch andere Schätzungen, z. B. von Flüchtlingsorganisationen, die von einem Mehrfachen an unversicherten Menschen in Deutschland ausgehen.

#### Vorbemerkung der Bundesregierung

Durch die Neuregelungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes vom 26. März 2007 wurde allen Personen ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben, ein Zugang zur gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung (PKV) eröffnet. Dadurch sollte sichergestellt werden, dass grundsätzlich jeder Bürger im Krankheitsfall abgesichert ist. Die Zahl der Menschen ohne Absicherung im Krankheitsfall hatte zuvor spürbar zugenommen (s. Antwort zu Frage 1).

Ab dem 1. April 2007 unterliegen Personen, die vor der fehlenden Absicherung im Krankheitsfall zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen sind, grundsätzlich der (nachrangigen) Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 5 Absatz 1 Nummer 13 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V). Die Versicherungspflicht entsteht bei der ehemaligen gesetzlichen Krankenkasse oder bei deren Rechtsnachfolger. Für die Feststellung dieser nachrangigen Versicherungspflicht ist es erforderlich, dass diese Krankenkasse von der betroffenen Person um Prüfung ihrer Versicherungspflicht gebeten wird. Die Pflichtmitgliedschaft nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V endet, wenn das Mitglied das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachweist sowie in der Regel in den Fällen, in denen der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt ins Ausland verlegt wird.

Zum 1. Januar 2009 ist die Pflicht zur Versicherung in der PKV hinzugetreten. Gemäß § 193 Absatz 3 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) ist grundsätzlich jede Person mit Wohnsitz in Deutschland zum Abschluss einer privaten Krankenversicherung verpflichtet, soweit sie nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert oder anderweitig abgesichert ist. Seit dem 1. Januar 2009 werden in der GKV versicherungsfreie Personen, insbesondere Beamte, Pensionäre und andere beihilfeberechtigte Personen, die keine ergänzende Krankheitskostenvollversicherung über den von der Beihilfe nicht

übernommenen Kostenteil abgeschlossen haben, auch dann nicht Mitglied in der GKV, wenn sie davor zuletzt gesetzlich krankenversichert waren. Für diese Personen besteht seitdem eine Pflicht zur Versicherung in der PKV für den von der Beihilfe nicht übernommenen Kostenteil. Die Pflicht zur Versicherung in der PKV gilt auch für versicherungsfreie – also nicht in der GKV freiwillig versicherte – Arbeitnehmer; dies sind Arbeiter und Angestellte, deren regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt die Versicherungspflichtgrenze übersteigt.

Der Pflicht zur Versicherung in der PKV genügen die Betroffenen auch mit einer Versicherung im Basistarif. Dieser muss seit dem 1. Januar 2009 von allen privaten Krankenversicherungsunternehmen neben den bestehenden Tarifen angeboten werden. Für den Basistarif gilt, dass die Prämie den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung nicht überschreiten darf. Für finanziell Hilfebedürftige wird der Beitrag auf Nachweis halbiert. Falls notwendig, beteiligt sich der Träger von Arbeitslosengeld II beziehungsweise der Sozialhilfe am Beitrag.

Unversicherten Personen, die bis dahin keinen Zugang zur gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung (mehr) hatten, ist damit unabhängig von ihrem Alter und Gesundheitszustand ein erneutes Zugangsrecht zur Krankenversicherung gewährt worden.

Zum Schutz der Solidargemeinschaft der gesetzlich Krankenversicherten ist dies jedoch kein einseitiges Recht zum jederzeitigen Beitritt bei akutem Versorgungsbedarf. Es ist vielmehr eine Pflicht zur Versicherung, verbunden mit dem Recht auf eine umfassende gesundheitliche Versorgung bei gleichzeitiger Pflicht zur Zahlung von Beiträgen nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit. Gleiches gilt für andere Gruppen von Versicherungspflichtigen. Anders als bei den übrigen Gruppen von Versicherungspflichtigen kann es für diesen Personenkreis jedoch kein Meldeverfahren durch Dritte – wie z. B. den Arbeitsgeber bei Arbeitnehmern – geben. Denn diese Personen sind nicht verpflichtet, ihren fehlenden Versicherungsschutz Dritten gegenüber zu melden (siehe Antwort zu Frage 27). Es steht daher in ihrer Verantwortung als mündige Bürger, bei bestehender nachrangiger Versicherungspflicht selbst unmittelbar eine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse anzuzeigen, verbunden mit der Pflicht zu Beitragszahlung und dem Recht auf Versorgung. Wird der Beitritt zur gesetzlichen Krankenversicherung jedoch unverschuldet zu spät angezeigt, ist die Krankenkasse verpflichtet, die bei ihrer Beitragsforderung angemessen zu berücksichtigen (§ 186 Absatz 11 Satz 4 SGB V, s. Antwort zu Frage 22).

Aus beitragsrechtlicher Sicht ist festzustellen, dass für versicherungspflichtige Personen nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V die beitragsrechtlichen Regelungen für freiwillig Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung Anwendung finden. Diese Gleichstellung mit freiwillig Versicherten ist sachgerecht, da die Betroffenen in der Regel als ehemalig freiwillig Versicherte ihre Mitgliedschaft entweder freiwillig beendet haben, um Beiträge zu sparen, oder wegen Beitragsrückständen gekündigt wurden.

Für freiwillige Mitglieder hat der Gesetzgeber die Erhebung von Mindestbeiträgen vorgeschrieben (§ 240 Absatz 4 SGB V). Diese Mindestbeitragsregelungen gelten dementsprechend auch für Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V.

Soweit Personen allein durch die Zahlung dieser Beiträge hilfebedürftig im Sinne des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch werden, übernehmen die Träger des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch auf Antrag die laufenden Aufwendungen für die angemessene Krankenversicherung im erforderlichen Umfang,

Für nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V versicherte Personen, die hilfebedürftig im Sinne des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch – Sozialhilfe – sind, werden die laufenden Beiträge vom Sozialhilfeträger übernommen, soweit die Versicherten diese nicht aus eigenen Mitteln zahlen können. Versicherte haben die Beiträge hingegen selbst zu tragen, wenn Hilfebedürftigkeit zu verneinen ist.

Laufende Zahlungsverpflichtungen können also bei rechtzeitiger Kontaktaufnahme der Betroffenen mit den zuständigen Leistungserbringern erfüllt werden. Der Sozialhilfeträger übernimmt jedoch nur die laufenden, nicht aber die rückständigen Beiträge der betroffenen Neumitglieder. Die Sozialhilfe übernimmt grundsätzlich keine Schulden.

Ursächlich für Beitragsschulden ist dementsprechend im Regelfall das Versäumnis der Personen, sich bei fehlender Absicherung im Krankheitsfall unmittelbar an eine Krankenkasse zu wenden, um sofort eine Mitgliedschaft im Rahmen der nachrangigen Versicherungspflicht anzuzeigen. Denn der Gesetzgeber hatte mit Einführung der gesetzlichen Regelungen zur nachrangigen Versicherungspflicht Schutzmechanismen für die Solidargemeinschaft der gesetzlichen Krankenversicherung vorzusehen, für den Fall, dass die Versicherten ihre Beiträge nicht zahlen. Dies gilt gleichermaßen für freiwillige Mitglieder. Deren Mitgliedschaft endete nach dem bis zum 31. März 2007 geltenden Recht, wenn die freiwilligen Beiträge zweimal am Zahltag nicht entrichtet wurden. Durch die Aufhebung dieser Vorschrift durch das GKV-WSG bleiben freiwillige Mitglieder nunmehr dauerhaft in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert, ohne dass die Nichtzahlung von Beiträgen die Mitgliedschaft beendet.

Zur Durchsetzung der Verpflichtung der Beitragszahlung wurde die schuldhaftes Nichtzahlung der Beiträge ab dem 1. April 2007 für freiwillig Versicherte und für Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V (bisher Nichtversicherte) deshalb mit einem höheren Säumniszuschlag versehen.

Die Sanktion durch Säumniszuschläge in Höhe von 1 Prozent wurde hierfür als nicht ausreichend angesehen. Dementsprechend sind Säumniszuschläge für die genannten Personenkreise in Höhe von 5 Prozent des rückständigen, auf 50 Euro nach unten abgerundeten Beitrages zu zahlen.

Es ist in diesem Zusammenhang die dauerhafte Aufgabe der Krankenkassen, Beitragsforderungen durchzusetzen. Hierzu stehen den Krankenkassen mehrere Instrumente zur Verfügung, wobei an erster Stelle Ratenzahlungsvereinbarungen mit dem säumigen Mitglied zu nennen wären.

Soweit eine entsprechende Ratenzahlungs- bzw. Stundungsvereinbarung zu Stande gekommen ist, entfällt der Säumniszuschlag. Stattdessen sind für jeden angefangenen Monat der Stundung Zinsen in Höhe von 0,5 Prozent des gestundeten und auf volle 50 Euro nach unten abgerundeten Stundungsbetrages zu verlangen. Damit tritt eine spürbare Entlastung für das Mitglied ein.

Entsprechendes sehen die „Einheitlichen Grundsätze zur Erhebung von Beiträgen, zur Stundung, zur Niederschlagung und zum Erlass sowie zum Vergleich von Beitragsansprüchen (Beitragsserhebungsgrundsätze)“ des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen vor, die für alle Krankenkassen verbindlich gelten.

Anzumerken ist, dass mit einer etwaigen Ratenzahlung gleichzeitig ein Ruhen von Leistungsansprüchen (vgl. § 16 Absatz 3 SGB V) als weiteres Sanktionsinstrument verhindert wird.

Insoweit schaffen die Beitragsserhebungsgrundsätze die Grundlage für eine dauerhafte Tilgung von Beitragsrückständen.

Gleichwohl ist der Bundesregierung die Problematik der Beitragsrückstände sowie der Säumniszuschläge bekannt. Insbesondere angesichts der mittlerweile aufgelaufenen Beitragsrückstände wird daher die Wirksamkeit dieses Instruments geprüft und nach Lösungen gesucht, die die Belange der betroffenen Versicherten stärker berücksichtigen.

Zudem führt auch der Bundesrechnungshof (BRH) derzeit eine Prüfung zu diesem Themenbereich durch. Die Ergebnisse stehen laut Aussage des Rechnungshofs im Frühjahr 2013 zur Verfügung und werden dann entsprechend von der Bundesregierung ausgewertet.

1. Welche Schätzungen sind der Bundesregierung zu der Zahl der Nichtversicherten derzeit und zu der Entwicklung in den letzten zehn Jahren bekannt?

Was ist die Datengrundlage dieser Schätzungen, und sind hier gesellschaftliche Randgruppen, wie zum Beispiel Obdachlose oder Menschen ohne Aufenthaltsstatus oder mit unklarem Aufenthaltsstatus, berücksichtigt?

Die Zahl der Personen ohne Absicherung im Krankheitsfall wird vom Statistischen Bundesamt alle vier Jahre im Rahmen des Mikrozensus über die Frage zur Art des Krankenversicherungsschutzes ermittelt. Demnach ist die Zahl der Personen ohne Absicherung im Krankheitsfall von 145 000 im Jahr 1999 auf 177 000 im Jahr 2003 und auf 211 000 im ersten Quartal 2007 vor Inkrafttreten der Neuregelung zum 1. April 2007 gestiegen (2007 insgesamt: 196 000). Problematisch erschien seinerzeit vor allem der deutliche Anstieg dieser Personen um rd. 22 Prozentpunkte zwischen 1999 und 2003 und um weitere rd. 19 Prozentpunkte zwischen 2003 und 2007 sowie die möglichen Konsequenzen mangelnder gesundheitlicher Versorgung, Früherkennung und Prävention für diesen Personenkreis ohne Krankenversicherungsschutz oder sonstige finanzielle Absicherung im Krankheitsfall.

Im Juli 2012 hat das Statistische Bundesamt erstmals nach Einführung der nachrangigen Versicherungspflicht in der GKV sowie der Pflicht zur Versicherung in der PKV die Zahl der Personen ohne Absicherung im Krankheitsfall veröffentlicht; die entsprechenden Daten waren im Rahmen des Mikrozensus 2011 erhoben worden. Demnach ist die Zahl der Personen ohne Absicherung im Krankheitsfall im Jahr 2011 deutlich auf 137 000 Personen zurückgegangen und damit im Vergleich zum Höchstwert des ersten Quartals 2007 um gut 35 Prozentpunkte. Bei der Erfüllung der jeweiligen Voraussetzungen haben sie Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung als nachrangig Versicherungspflichtige oder zum Basistarif der privaten Krankenversicherung.

Die in der Frage genannten Personengruppen können aufgrund des fehlenden Wohnsitzes in der Befragung des Mikrozensus nicht erfasst werden.

2. Wie viele zuvor unversicherte Personen sind seit April 2007 in der GKV versichert worden?

Wie hoch schätzt die Bundesregierung den Anteil, der ohne Einführung der Versicherungspflicht noch immer nicht versichert wäre?

Von April 2007 bis Ende 2012 haben gemäß § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V rd. 145 000 zuvor unversicherte Mitglieder in der GKV wieder einen Versicherungsschutz erlangt. Unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Quote beitragsfrei in der GKV mitversicherter Familienangehöriger dürfte es sich insgesamt um rd. 189 000 zuvor unversicherte Personen handeln.

Der Bundesregierung liegen keine Informationen über individuelle Beweggründe, die bestehende Versicherungspflicht in der GKV nicht wahrzunehmen, vor, aus denen sich geeignete Schätzparameter ableiten ließen, um den Anteil der Personen zu beziffern, die ohne Einführung der Versicherungspflicht noch immer nicht versichert wären. Auch zur Frage, ob es hierbei Unterschiede zwischen gesetzlich und privat Versicherten gibt, liegen keine belastbaren Informationen vor.

Die Daten des Mikrozensus für das Jahr 2011 und die aktuellen Daten aus der amtlichen Statistik der gesetzlichen Krankenversicherung weisen darauf hin, dass mit der Einführung einer nachrangigen Versicherungspflicht in der GKV zum 1. April 2007 bzw. der Pflicht zur Versicherung in der PKV zum 1. Januar 2009 zahlreichen Menschen die (Wieder-)Erlangung eines Krankenversicherungsschutzes ermöglicht wurde.

3. Wie viele zuvor unversicherte Personen sind nach Kenntnis der Bundesregierung seit April 2007 in der PKV versichert worden?

Wie hoch schätzt die Bundesregierung den Anteil, der ohne Einführung der Versicherungspflicht noch immer nicht versichert wäre?

Nach Angaben des PKV-Verbandes sind seit 1. Januar 2009 (Inkrafttreten der Pflicht zur Versicherung in der PKV) rd. 90 000 zuvor unversicherte Personen in der PKV versichert worden.

Zur Beantwortung des zweiten Frageteils wird auf die Antwort zu Frage 2 verwiesen.

4. Wie viele Versicherte sind nach Kenntnis der Bundesregierung mit den Beiträgen in Höhe von jeweils mehr als 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24, 30, 36 und 48 Monatsbeiträgen im Rückstand?
5. Wie hoch war nach Kenntnis der Bundesregierung die Summe der Rückstände aller Kassen vor der Einführung der Versicherungspflicht, und wie hat sie sich seitdem bis heute entwickelt?

Die Fragen 4 und 5 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Ein standardisiertes Berichtswesen zum Beitragsaufkommen und den Beitragsrückständen existiert erst seit Januar 2011. Diese Statistik weist dabei nicht die versichertenbezogene Anzahl der säumigen Beitragsmonate aus, sondern beziffert das Gesamtvolumen rückständiger Beiträge. Dementsprechend sind weder Aussagen zur Entwicklung der Beitragsrückstände seit Einführung der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V noch die gewünschten versichertenbezogenen Aufstellungen möglich.

6. Wie hoch sind nach Kenntnis der Bundesregierung die Rückstände pro Mitglied (nicht nur säumige Mitglieder) bezogen auf die einzelnen Kassenarten und insgesamt?

Die Beitragsrückstände in der GKV betragen insgesamt 4,5 Mrd. Euro. Davon sind 2,4 Mrd. Euro dem Beitragseinzug im Bereich des vom Arbeitgeber zu zahlenden Gesamtsozialversicherungsbeitrags (GSV-Beitrag) zuzuordnen, 2,1 Mrd. Euro dem Bereich der sonstigen Beiträge (diese umfassen insbesondere die Beiträge aus der freiwilligen Versicherung sowie der Versicherten nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V). Bei diesen Zahlen ist zu berücksichtigen, dass nicht gezahlte Beiträge sofort nach dem Fälligkeitstag als rückständig gelten. Zudem handelt es sich um über mehrere Jahre hinweg kumulierte Rückstände.

	Beitragsrückstände (Stand 31.12.2012)	Anzahl der Mitglieder (KM1 Dezember 2012)	Beitragsrückstände je Mitglied
GESAMT	4 515 021 090,54	51 895 579	87,00
Ersatzkassen	1 542 617 855,16	19 618 758	78,63
AOK	1 740 121 310,94	18 336 690	94,90
BKK	619 646 175,93	8 479 140	73,08
IKK	432 226 017,85	4 023 502	107,43
Knappschaft	180 409 730,66	1 437 489	125,50

Auf die nachfolgenden Antworten wird verwiesen.

7. Ist die Einschätzung der Fragesteller richtig, dass für die betroffenen Versicherten durch Säumniszuschläge relativ rasch eine Überschuldungssituation entstehen kann?

Es ist nicht zu verkennen, dass der erhöhte Säumniszuschlag das Problem der Beitragsrückstände für einzelne Betroffene eher verschärft und in Einzelfällen zu einer Überschuldung geführt hat. Die Bundesregierung prüft daher gegenwärtig, ob und inwieweit Regelungen getroffen werden können, die den Interessen aller Beteiligten gerecht werden.

8. Wie hoch ist der Anteil der freiwillig Versicherten unter den mit mindestens zwei Monatsbeiträgen säumigen Mitgliedern?
9. Wie hoch ist der Anteil der freiwillig versicherten Selbständigen unter den mit mindestens zwei Monatsbeiträgen säumigen Mitgliedern?  
Wie hoch ist der Anteil anderer freiwillig versicherter Gruppen (z. B. Studierende, Rentnerinnen und Rentner)?

Die Fragen 8 und 9 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Beitragsrückstände der gesetzlichen Krankenversicherung für freiwillige Mitglieder und Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V belaufen sich derzeit auf etwa 2 Mrd. Euro.

Wie sich diese Summe auf die genannten Personenkreise aufteilt, ist nicht konkret bekannt. Es kann aber davon ausgegangen werden, dass auf die Personengruppe der freiwillig versicherten Selbständigen etwa zwei Drittel der Beitragsrückstände entfallen. Dies macht eine Summe von etwa 1,4 Mrd. Euro aus.

10. Welche Beitragsschulden hat ein versicherter Selbständiger mit konstant 1 000 Euro beitragspflichtigem Monatseinkommen, wenn er im Januar 2013 erstmals einen Mitgliedsantrag stellt, aber seit April 2007 bereits die Pflicht zu einer freiwilligen Versicherung bestand?  
Welcher Anteil an dieser Beitragsschuld ist durch Säumniszuschläge entstanden?

Für freiwillig versicherte Selbständige hat der Gesetzgeber die Erhebung von Mindestbeiträgen vorgeschrieben. Dabei bestehen bei Erfüllung bestimmter Voraussetzungen auch beitragsrechtliche Vergünstigungen für „bedürftige“ Selbständige. Insoweit kommt es darauf an, welche Mindestbemessungsgrundlage Anwendung finden soll. Im Übrigen wird auf die Antwort zu den Fragen 15 bis 17 verwiesen.

11. Ist es richtig, dass im Falle einer selbst zu vertretenden Zeit ohne Krankenversicherung und daraus resultierenden Beitragsforderungen oder im Falle von während einer Mitgliedschaft nicht geleisteten Beiträgen § 25 Absatz 1 Satz 1 SGB IV zum Tragen kommt, also Beitragsansprüche nach vier Jahren verjähren, oder kommt Satz 2 zur Anwendung, wonach Ansprüche auf vorsätzlich vorenthaltene Beiträge erst nach 30 Jahren verjähren (falls es nach Ansicht der Bundesregierung auf den Einzelfall ankommt, bitte den Unterschied an geeigneten fiktiven Beispielen deutlich machen)?

Bei der Verjährung von Beitragsforderungen wird zwischen einer vierjährigen Verjährungsfrist und einer 30-jährigen Verjährungsfrist unterschieden. Ansprüche auf Beiträge verjähren grundsätzlich in vier Jahren nach Ablauf des Kalen-

derjahres, in dem sie fällig geworden sind. Vorsätzlich vorenthaltene Beiträge verjähren dagegen in 30 Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie fällig geworden sind. Für Vorsatz sind das Bewusstsein und der Wille erforderlich, die Abführung der fälligen Beiträge zu unterlassen. Dabei reicht es für die Geltung der 30-jährigen Verjährungsfrist bereits aus, wenn der Schuldner die Beiträge mit bedingtem Vorsatz vorenthalten hat, er also seine Beitragspflicht für möglich gehalten, die Nichtabführung der Beiträge aber billigend in Kauf genommen hat. Zum Vorsatz muss allerdings das Vorliegen des inneren (subjektiven) Tatbestandes festgestellt werden, d. h. anhand der konkreten Umstände des Einzelfalles und bezogen auf den betreffenden Beitragsschuldner durch Sachverhaltsaufklärung individuell ermittelt werden. Die Feststellungslast für den subjektiven Tatbestand trifft im Zweifel den Versicherungsträger, der sich auf die für ihn günstige lange Verjährungsfrist beruft.

Im Falle der während der Mitgliedschaft nicht gezahlten Beiträge tritt in der Regel keine Verjährung der Beitragsansprüche ein, weil der Versuch des Einzugs der Beiträge, insbesondere die Vollstreckungshandlung, die Verjährung unterbricht bzw. neu beginnen lässt.

12. Gilt die Verjährungsregelung auch für Säumniszuschläge?

Ja.

13. Tritt die Verjährungsregelung außer Kraft, wenn Kasse und Versicherter Vereinbarungen nach § 186 Absatz 11 SGB V getroffen haben?

Eine Vereinbarung nach § 186 Absatz 11 Satz 4 SGB V im Sinne einer Stundung der nachzuzahlenden Beiträge (einschließlich der Ratenzahlungsvereinbarung) bewirkt, dass die Verjährung gehemmt wird. Im Falle einer Ermäßigung des nachzuzahlenden Beitrags beginnt die Verjährungsfrist neu zu laufen.

14. Ist die Interpretation der Regelungen zu Beitragszahlungen und Säumniszuschlägen in Kombination mit der Verjährungsregelung richtig, dass nach Ablauf von vier Jahren die Beitragsschuld oder die Gesamtschuld bei angenommen gleichbleibenden Randbedingungen (z. B. gleiches Einkommen, gleicher Beitragssatz) nicht weiter steigt, sondern konstant bleibt?

Nein; die Säumniszuschläge sind weiter für jeden weiteren angefangenen Monat der Säumnis zu erheben, so dass die Gesamtschuld weiter ansteigt. Auf die Antwort zu Frage 11 wird ergänzend verwiesen.

Vorbemerkung zu den Fragen 15 bis 17:

Bei der Beantwortung dieser Fragen ist eine beispielhafte Berechnung unter Zugrundelegung der maßgeblichen Bemessungsgrundlagen der Kalenderjahre 2009 bis 2012 vorgenommen worden. Aus Vereinfachungsgründen wurden bei allen Personengruppen ausschließlich solche beitragspflichtigen Einnahmen unterstellt, die mit dem ermäßigten Beitragssatz zur Beitragspflicht herangezogen werden.

15. Welche Beitragsschulden hat ein freiwillig versicherter Selbständiger mit einem nach § 240 SGB V (der vierzigste Teil der Beitragsbemessungsgrenze; Mindestbeitrag ohne Vermögensprüfung) festgesetzten Monats-

beitrag nach jeweils 3, 6, 9, 12, 18, 21, 24, 30, 36 und 48 Monaten, in denen er keine Beiträge gezahlt hat?

	Beitragsschulden insgesamt	davon Säumniszuschläge
nach 3 Monaten	892,33 Euro	47,50 Euro
nach 6 Monaten	1 909,66 Euro	220,00 Euro
nach 9 Monaten	3 017,97 Euro	517,50 Euro
nach 12 Monaten	4 248,78 Euro	937,50 Euro
nach 18 Monaten	7 100,40 Euro	2 145,00 Euro
nach 21 Monaten	8 712,46 Euro	2 935,00 Euro
nach 24 Monaten	10 447,02 Euro	3 847,50 Euro
nach 30 Monaten	14 360,14 Euro	6 047,50 Euro
nach 36 Monaten	18 788,26 Euro	8 762,50 Euro
nach 48 Monaten	29 308,34 Euro	15 762,50 Euro

16. 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 3, 6, 9, 12, 18, 21, 24, 30, 36 und 48 Monaten keine Beiträge gezahlt hat?

	Beitragsschulden insgesamt	davon Säumniszuschläge
nach 3 Monaten	592,72 Euro	29,50 Euro
nach 6 Monaten	1 270,44 Euro	144,00 Euro
nach 9 Monaten	2 007,98 Euro	341,00 Euro
nach 12 Monaten	2 825,52 Euro	618,00 Euro
nach 18 Monaten	4 723,10 Euro	1 419,50 Euro
nach 21 Monaten	5 795,64 Euro	1 944,00 Euro
nach 24 Monaten	6 950,68 Euro	2 551,00 Euro
nach 30 Monaten	9 556,78 Euro	4 015,00 Euro
nach 36 Monaten	12 505,38 Euro	5 821,50 Euro
nach 48 Monaten	19 510,10 Euro	10 479,50 Euro

17. Welche Beitragsschulden hat ein freiwillig versicherter Nichtselbständiger mit einem nach § 240 SGB V (der neunzigste Teil der Bezugsgröße; Mindestbeitrag bei freiwillig Versicherten) festgesetzten Monatsbeitrag, wenn er jeweils in den letzten 3, 6, 9, 12, 18, 21, 24, 30, 36 und 48 Monaten keine Beiträge gezahlt hat?

	Beitragsschulden insgesamt	davon Säumniszuschläge
nach 3 Monaten	395,98 Euro	20,50 Euro
nach 6 Monaten	846,96 Euro	96,00 Euro
nach 9 Monaten	1 337,82 Euro	226,50 Euro
nach 12 Monaten	1 883,68 Euro	412,00 Euro
nach 18 Monaten	3 145,42 Euro	943,00 Euro
nach 21 Monaten	3 858,79 Euro	1 291,00 Euro
nach 24 Monaten	4 627,16 Euro	1 694,00 Euro
nach 30 Monaten	6 362,06 Euro	2 667,50 Euro
nach 36 Monaten	8 324,46 Euro	3 868,50 Euro
nach 48 Monaten	12 988,52 Euro	6 968,00 Euro

18. Wie viele Anträge nach § 186 Absatz 11 SGB V wurden bislang gestellt?
19. Wie vielen Anträgen wurde mit Stundung entsprochen?
20. Wie vielen Anträgen wurde mit Ermäßigung entsprochen?
21. Wie vielen Anträgen wurde mit Niederschlagung der Ansprüche entsprochen?

Die Fragen 18 bis 21 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der Bundesregierung liegen zu den jeweiligen Fragestellungen keine Erkenntnisse vor, da die entsprechenden Daten statistisch nicht gesondert erfasst werden.

22. Ist die Regelung nach § 186 Absatz 11 SGB V nach Ansicht der Bundesregierung hinreichend wirksam, und wie gelangt die Bundesregierung zu dieser Ansicht?

Die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V beginnt mit dem ersten Tag ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall. Der Eintritt der Versicherungspflicht hat Beitragspflicht zur Folge. Gleichzeitig hat die Krankenkasse auch die Kosten für in Anspruch genommene Leistungen zu übernehmen (auch rückwirkend). Die Regelung zur – auch rückwirkenden – Beitragspflicht dient dem Schutz der Versichertengemeinschaft vor Nichtzahlern.

Nach § 186 Absatz 11 Satz 4 SGB V kann die Krankenkasse, wenn der Versicherte aus Gründen, die er nicht zu vertreten hat, das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V nicht rechtzeitig angezeigt hat, in ihrer Satzung vorsehen, dass der für die Zeit seit dem Eintritt der Versicherungspflicht nachzuzahlende Beitrag angemessen ermäßigt, gestundet oder von seiner Erhebung abgesehen werden kann. Die Krankenkassen verfügen somit nach Ansicht der Bundesregierung grundsätzlich über eine Instrument, um angemessen auf Härtefälle zu reagieren. Die Bundesregierung prüft allerdings, ob diese Regelung tatsächlich ausreichend ist, um eine Überforderung der Versicherten zu verhindern.

23. Auf Beitragsansprüche welcher Höhe haben die Krankenkassen im Rahmen des § 186 Absatz 11 SGB V in den Jahren seit 2007 jeweils verzichtet?  
Wie viel davon machten Säumniszuschläge aus?

Auf die Antwort zu den Fragen 18 bis 21 wird verwiesen.

24. Ist die Regelung zum Ruhen der Leistungen bei säumigen Beitragszahlern nach § 16 Absatz 3a SGB V sinnvoll, wonach nicht akute Krankheiten danach nicht mehr versorgt werden, zumal sich chronische Krankheiten damit verschlimmern können?
25. Welche Krankheiten zählen zu den nach § 16 Absatz 3a SGB V versorgungsfähigen Krankheiten und welche nicht (ggf. bitte exemplarisch den Unterschied klarmachen), wo kann sich der/die Versicherte darüber informieren, und in welchen Fällen ist eine Genehmigung der Krankenkasse zur Behandlung/Kostenübernahme erforderlich?

26. Bei welchen chronischen Krankheiten ist es nach Ansicht der Bundesregierung sinnvoll, entgegen der Regelung nach § 16 Absatz 3a SGB V die Versorgung sicherzustellen (z. B. Diabetes, arterielle Hypertonie, HIV/AIDS, virale Hepatitis)?

Die Fragen 24 bis 26 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Regelung zum Ruhen von Leistungen bei Zahlungsverzug wurde im Rahmen des GKV-WSG eingeführt. Im Interesse der Solidargemeinschaft sollte die Nichtzahlung von Beiträgen neben der Erhebung von Säumniszuschlägen für den Versicherten spürbare Konsequenzen haben.

Vom Ruhen ausgenommen sind Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (insbesondere bei Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen, der Zuckerkrankheit, bei Krebserkrankungen sowie Kinderuntersuchungen) und Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und von Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Insoweit wurde auf eine nähere Konkretisierung der Leistung verzichtet. Dies erscheint deshalb sinnvoll, weil es nicht praktikabel erscheint, einzelne Leistungen festzulegen, auf die nur im Notfall Anspruch besteht.

Im Hinblick auf chronische Erkrankungen ist darauf hinzuweisen, dass nicht nur bei akuten, sondern auch bei chronischen Erkrankungen die notwendigen Leistungen erbracht werden, ohne die eine Verschlimmerung des Krankheitszustandes und damit ein akuter Krankheitszustand zu erwarten wäre (z. B. Insulinbehandlung bei Diabetikern, Dialyse bei Nierenversagen).

Bestehen Zweifel an der Kostenübernahme einzelner Leistungen, ist den Betroffenen die Kontaktaufnahme mit ihrer Krankenkasse zu empfehlen.

27. Gibt es Möglichkeiten, zum Beispiel über Einwohnermeldeämter, alle Personen, die nicht oder nicht mehr versichert sind, über die geltende für sie äußerst relevante Rechtslage zu informieren, und weshalb ist dies bislang nicht erfolgt?

Die von den Einwohnermeldeämtern geführten Melderegister dienen zunächst der Feststellung und dem Nachweis von Identität und Wohnanschrift der Einwohner. Angaben zu einer Sozialversicherung sind dort nicht gespeichert. Eine Information im Sinne der Frage kann mithin nicht über die Einwohnermeldeämter erfolgen. Auch andere Institutionen, die die Personen ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall erfassen, gibt es nicht. Die Krankenkassen sind aber bereits nach geltendem Recht zur Beratung verpflichtet. Wer nicht krankenversichert ist, kann sich hierzu an jede Krankenkasse wenden.

28. Wäre eine Mittlerfunktion etwa der Sozialämter, die in dem Management von Schulden Erfahrung haben, zwischen Kassen und säumigen Beitragszahlern sinnvoll, um einerseits die berechtigten Forderungen der Kassen zu bedienen und andererseits der Unmöglichkeit der Zahlung durch viele Betroffene zu entsprechen?

Die Sozialämter verfügen über keine ausreichenden Kompetenzen im Bereich des Beitragsrechts der GKV. Daher erscheint eine Beratung durch die Sozialämter in diesem Bereich nicht als sinnvoll.

29. Plant die Bundesregierung, dem Deutschen Bundestag Änderungen zu den angesprochenen Regelungen einschließlich der Regelungen nach § 240 SGB V vorzulegen, zumal auch der gesundheitspolitische Sprecher der Fraktion der CDU/CSU Änderungswünsche geäußert und die derzeit von den Kassen zu erhebenden Zinsen in einer „dpa“-Meldung vom 12. Oktober 2012 als „Wucher“ bezeichnet hat?

Die Bundesregierung prüft derzeit, inwieweit im Hinblick auf die Beitragsrückstände in der GKV Rechtsänderungen notwendig sind. Beispielsweise deutet einiges darauf hin, dass der erhöhte Säumniszuschlag das Problem der Beitragsrückstände für die Betroffenen möglicherweise eher verschärft. Daher ist zu prüfen, ob dieses Instrument aus heutiger Sicht noch als zielführend angesehen werden kann.

Unabhängig von dieser Frage ist darauf hinzuweisen, dass der erhöhte Säumniszuschlag nicht erhoben wird, wenn eine entsprechende Ratenzahlungsvereinbarung zustande gekommen ist und die Raten vertragsgemäß entrichtet werden. In diesen Fällen beträgt der Zinssatz regelmäßig 0,5 Prozent des gestundeten und auf volle 50 Euro nach unten abgerundeten Stundungsbetrages.

30. Kann die Bundesregierung ausschließen, dass durch die Leistungsausschlüsse bei säumigen Beitragszahlern Infektionskrankheiten verschleppt werden und Betroffene auch andere Personen anstecken?

Auf die Antwort zu den Fragen 24 bis 26 wird verwiesen.

Die Bundesregierung geht davon aus, dass das Ruhen der Leistungen der Behandlung von Infektionskrankheiten nicht entgegensteht, da die Behandlung akuter Erkrankungen sichergestellt ist.

31. Gilt das Verfahren für säumige Beitragszahler auch für säumig gebliebene Zusatzbeiträge, und wenn nein, wie ist hier das Verfahren?

Bei säumigen Zusatzbeiträgen ist das Verfahren nach § 24 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch nicht anzuwenden. Stattdessen ist mit § 242 Absatz 6 SGB V eine besondere Sanktionsregelung geschaffen worden, wenn ein Mitglied insgesamt für mindestens sechs Monate mit der Zahlung des kassenindividuellen Zusatzbeitrags säumig ist. In diesen Fällen hat das Mitglied der Krankenkasse zusätzlich einen einmaligen Verspätungszuschlag zu zahlen, der in der Höhe auf die Summe der letzten drei fälligen Zusatzbeiträge begrenzt ist und mindestens 30 Euro beträgt. Dieser Verspätungszuschlag wird erhoben, um aus verwaltungswirtschaftlichen Gründen die Erhebung von Kleinstbeträgen zu vermeiden.