

# Ein immer wiederkehrendes Probleme aus der Sozialberatung: Beitragsschulden

## Abkürzungen:

KK = Krankenkasse, SHT = Sozialhilfeträger, GKV = gesetzliche Krankenversicherung, PKV = private Krankenversicherung

GR = Gemeinsames Rundschreiben; BE = Besprechungsergebnis

Alle **Paragrafen** finden sich unter [www.buzer.de](http://www.buzer.de). Dort rechts oben bei Vorschriftensuche im Feld Gesetz das gewünschte Gesetz eingeben (z.B. SGB V).

Beitragsschulden müssen zuerst unterteilt werden in solche bei der PKV und solche bei der GKV.

## 1 GKV

Hier gibt es mehrere Möglichkeiten, aber immer entstehen die Beitragsschulden für den Versicherten nur dann, wenn er auch verpflichtet ist, die Beiträge selber einzuzahlen (also z.B. dann nicht, wenn der Arbeitgeber keine Beiträge zahlt):

Zum einen kann es sich um Uraltschulden vor dem 1.4.07 aus Zeiten einer freiwilligen Versicherung (zumeist bei Selbständigkeit) handeln, die damals noch verbunden war mit einer Kündigung wegen Beitragsrückständen. Eine Kündigung wegen Beitragsrückständen gibt es in der GKV seit dem 1.4.07 nicht mehr.

Bei Studenten und freiwillig Versicherten (z.B. auch Selbständige, die in der GKV verblieben sind), können ebenfalls Beitragsschulden entstehen, ebenso bei Versicherten in der KSK (Künstlersozialkasse).

Seit dem 1.4.07 können Beitragsschulden aus einer Pflichtversicherung gem. § 5 (1) Nr. 13 SGB V entstehen oder aber seit dem 1.8.13 aus der obligatorischen Anschlussversicherung (OAV) gem. § 188 (4) SGB V.

### 1.1. Beitragsschulden aus einer Pflichtversicherung gem. § 5 (1) Nr. 13 SGB V

Diese Beitragsschulden entstehen, wenn jemand entweder lange Jahre unversichert gewesen ist und sich jetzt wieder versichern will oder wenn jemand nach Deutschland zugezogen ist (auch als Auslandsrückkehrer) und sich nicht sofort um die Versicherung gekümmert hat sowie bei Haftentlassenen ohne jeglichen Sozialleistungsbezug nach der Entlassung.

Zuständig ist immer die letzte KK, bei der einmal eine Versicherung bestand. Ist die KK fusioniert, ist die Fusionskasse zuständig. Gibt es die KK nicht mehr (z.B. City-BKK), kann man sich die KK aussuchen (alles im § 174 (5) SGB V).

Die Mitgliedschaft entsteht kraft Gesetz rückwirkend (§ 186 (11) SGB V), frühestens ab dem 1.4.07 oder danach (z.B. bei Umzug nach Deutschland ab Wohnsitznahme oder bei Haftentlassung ab dem Tag nach der Entlassung). Grundsätzlich stehen der KK dann auch Beiträge für die rückwirkende Zeit zu, denn die Mitgliedschaft wird ja rückwirkend eingetragen. Allerdings kann man oft die sog. Einrede der Verjährung geltend machen, d.h. der KK mitteilen, dass die Beiträge für die Zeit vom xx.xx.xxxx bis zum xx.xx.xxxx bereits verjährt sind.

#### 1.1.1 Verjährung

Beitragsforderungen der KVen unterliegen den Verjährungsvorschriften im § 25 (1) SGB IV: „Ansprüche auf Beiträge verjähren in vier Jahren nach Ablauf des Kalenderjahrs, in dem sie fällig geworden sind.“ Damit sind Beitragsforderungen aus 2007 bereits seit 1.1.12 verjährt und Beitragsforderungen der KVen aus 2008 verjähren zum 31.12.2012.

Man kann sich merken: Zu zahlen ist das lfd. Kalenderjahr und die letzten 4 Jahre. Wird die Pflichtversicherung gem. § 5 (1) Nr. 13 SGB V im Mai 2018 bei der KK angezeigt und tritt die Mitgliedschaft ab 1.4.07 ein (weil man die ganze Zeit in Deutschland gelebt hat und sich hätte versichern müssen), muss man für 2018 zahlen und zurück bis Dezember 2013. Alles andere ist verjährt.

Diese „automatische“ Verjährung greift aber nur dann, wenn ein Beitragsbescheid für rückwirkende Zeiten erlassen wird, also **rückwirkend Beiträge nachzuzahlen** sind.

Wird ein lfd. **Beitrag nicht gezahlt**, so greift im Regelfall die Verjährung nicht, weil die KVen die Verjährung mit regelmäßigen Mahnungen hemmen oder sogar Mahn- und Vollstreckungsbescheide erlassen.

### 1.1.2 Beitragsschuldengesetz

Mit dem sog. **Beitragsschuldengesetz** (korrekt „Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung“) vom 15.7.2013 (in Kraft seit 1.8.13) wurde § 256a SGB V neu eingeführt. Kern des neuen Paragraphen ist die Verlagerung der bisherigen Ermessensregelung im § 186 (11) Satz 4 SGB V in eine neue Sollregelung im neuen § 256a SGB V.

- Es gibt eine Beitragsamnestie für alle Menschen, die ihre Pflichtversicherung gem. § 5 (1) Nr. 13 vor dem 31.12.13 angezeigt haben. Die Amnestie umfasst sowohl die Beiträge als auch die Säumniszuschläge für die gesamte Zeit **vor der Eintragung der Mitgliedschaft**.
- Bei Mitgliedsanzeigen ab dem 1.1.14 kann für den rückliegenden Zeitraum der Beitrag auf den Ruhensbeitrag von rund 55,00 € (s. 1.1.18, wird jedes Jahr geringfügig erhöht) monatlich ermäßigt werden. Säumniszuschläge müssen erlassen werden.
- Der Beitragserlass/die Ermäßigung erfolgt nur dann, wenn für den rückliegenden Zeitraum keine Leistungen in Anspruch genommen wurden bzw. wenn man auf die Erstattung von Leistungen verzichtet. Man kann sich aber entscheiden, dass man die Beiträge nachzahlt und dafür einen Leistungsanspruch erwirbt.
- Zu zahlende Säumniszuschläge werden sowohl für freiwillig Versicherte als auch für Pflichtversicherte gem. § 5 (1) Nr. 13 von 5% pro Monat auf 1% pro Monat abgesenkt. Für alle, bei denen Säumniszuschläge bereits festgesetzt wurden, sind diese rückwirkend von 5% auf 1% herabzusetzen; der Differenzbetrag ist zu erlassen.

Ergänzende Hinweise finden sich im GR vom 31.7.13, außerdem hat der SpiBu dazu am 4.9.13 „**die einheitlichen Grundsätze zur Beseitigung finanzieller Überforderung bei Beitragsschulden**“ herausgegeben ([https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/grundprinzipien\\_1/finanzierung/beitragsbemessung/2013-09-16\\_Grundsätze\\_Beseitigung\\_Beitragsschulden\\_finale\\_Fassung\\_Normteil.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/grundprinzipien_1/finanzierung/beitragsbemessung/2013-09-16_Grundsätze_Beseitigung_Beitragsschulden_finale_Fassung_Normteil.pdf)).

### 1.1.3 Verzichtserklärung

Bei Abgabe einer Verzichtserklärung wird der nachzuzahlende Beitrag erheblich abgesenkt, aber im Gegenzug bezahlt die KK keine offenen Rechnungen aus rückliegenden Zeiten. Wer z.B. eine Krankenhausrechnung offen hat, sollte genau rechnen.

Wird keine Verzichtserklärung abgegeben, muss auf jeden Fall der Mindestbeitrag (s. 1.1.18 ca. 180,00 € je nach KK) gezahlt werden; im Gegenzug bezahlt die KK aber auch alle offenen Rechnungen aus dem lfd. Kalenderjahr und der letzten 4 Jahre.

Wurde die Chipkarte noch benutzt, obwohl keine Mitgliedschaft mehr bestand, ist die Abgabe einer Verzichtserklärung nicht möglich.

Die Regelungen greifen aber nur dann, wenn die Mitgliedschaft „verspätet“ angezeigt wird und Beiträge für rückliegende Zeiten erhoben werden. Besteht die Mitgliedschaft bereits und wird der lfd. Beitrag nicht gezahlt (auch ggf. für längere Zeit nicht), sind lediglich die Vorschriften im § 76 SGB IV (Stundung, Niederschlagung, Erlass, s.a. 1.2.1) anwendbar.

## **1.2 Beitragsschulden aus einer OAV gem. § 188 (4) SGB V**

Zum 1.8.13 wurde die obligatorische Anschlussversicherung (OAV) gem. § 188 (4) eingeführt. Wer aus einer Pflicht- oder Familienversicherung ausscheidet, wird automatisch in der OAV als freiwillig Versicherter weiter geführt, wenn innerhalb des 1 Monats „Nachlauffrist“ (nachgehender Leistungsanspruch gem. § 19 (2) SGB V) keine neue Mitgliedschaft begründet wird.

Dies ohne jeglichen Antrag und auch dann, wenn man auf die Schreiben der KK nicht reagiert.

Die Beitragseinstufung ist einkommensabhängig. Die KK verschickt daher Einkommensfragebogen, um den zu zahlenden Beitrag zu ermitteln. Reagiert man auf diese Schreiben nicht und auch nicht auf die weiteren Aufforderungen und Mahnungen, „schätzt“ die KK das Einkommen und es erfolgt eine Einstufung zum Höchstbeitrag (rund 790,00 € KV und PV seit dem 1.1.18).

Nun sollte man schnell handeln: Werden innerhalb der Widerspruchsfrist von 1 Monat Einkommensunterlagen eingereicht, korrigiert die KK den Beitragsbescheid. Aber auch wenn der 1 Monat vorbei ist, hat der GKV Spitzenverband m.W.v. 1.7.16 in seinem BE vom 19.4.16, TOP 2, an dieser Stelle eine für die Mitglieder deutliche „Verbesserung“ eingeführt:

Nach Erhalt des Beitragsbescheides mit der Einstufung zum Höchstbeitrag hat man noch eine letzte Frist von 3 Monaten, Einkommensangaben und –unterlagen bei der KK einzureichen. Erfolgt das in der 3-Monatsfrist, so wird der Beitrag auch rückwirkend ab Beginn der freiwilligen KV (sowohl OAV als auch regulärer Beitritt zur freiwilligen Versicherung) neu festgesetzt. Erfolgt auch in den 3 Monaten keine Reaktion des Versicherten, verbleibt es bei der Einstufung zum Höchstbeitrag.

Dann greift § 240 SGB V mit den dazu gehörigen Beitragsverfahrensgrundsätzen:

[https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/grundprinzipien\\_1/finanzierung/beitragsbemessung/2014-12-10\\_Beitragungsverfahrensgrundsätze\\_Selbstzahler\\_sechste\\_Aenderung.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/grundprinzipien_1/finanzierung/beitragsbemessung/2014-12-10_Beitragungsverfahrensgrundsätze_Selbstzahler_sechste_Aenderung.pdf)

Das bedeutet, dass erst ab dem 1. des auf die Nachreichung der Unterlagen folgenden Monats die Einstufung zum Höchstbeitrag wieder zurück genommen wird und eine Einstufung aufgrund des tatsächlichen Einkommens erfolgt.

Bei Beitragsschulden aus einer OAV ist die Abgabe einer Verzichtserklärung (s.o. 1.1.3) nicht möglich. Auch wenn keine Leistungen in Anspruch genommen wurden, wird der aufgelaufene Beitrag nicht ermäßigt. Für die aufgelaufenen Beitragsschulden greift dann nur noch § 76 SGB IV:

### 1.2.1 Stundung, Niederschlagung und Erlass

§ 76 SGB IV regelt grundsätzlich, welche Möglichkeiten die KK hat, mit Beitragsrückständen umzugehen:

- Stundung
- Niederschlagung
- Erlass

**Stundung** bedeutet Zahlungsaufschub. Gem. § 76 (1) Nr. 1 darf die KK Beiträge nur dann stunden, wenn die sofortige Einziehung mit erheblichen Härten für die Anspruchsgegner verbunden wäre und der Anspruch durch die Stundung nicht gefährdet wird. Der Anspruch wird i.d.R. dann nicht gefährdet, wenn eine Ratenzahlungsvereinbarung zustande kommt. Hier sind manche KKen sehr kulant und lassen sich bei SGB II-Bezug auch auf kleine Raten ein, andere KKen übergeben ihre Forderungen sehr zeitnah an das Hauptzollamt zur Einziehung.

**Niedergeschlagen** werden Forderungen nur dann, wenn feststeht, dass die Einziehung keinen Erfolg haben wird, oder wenn die Kosten der Einziehung außer Verhältnis zur Höhe des Anspruchs stehen. Also entweder muss der rückständige Betrag sehr klein sein oder aber es ist absehbar, dass die Einziehung keinen Erfolg haben wird. Bei Alg II-Bezug besteht ja immer die Hoffnung, dass eine Arbeit aufgenommen wird und damit eine Möglichkeit für die KK, den ausstehenden Betrag einzuziehen.

Achtung: Bei einer Niederschlagung „verschwinden“ die Rückstände nicht. Sie bestehen weiterhin, die KK treibt die Forderung lediglich nicht ein. Damit würde sich ein ruhender Leistungsanspruch durch eine Niederschlagung nicht verändern (s.a. unter 3)!

Ein **Erlass** kommt dann infrage, wenn die Einziehung der Rückstände nach Lage des einzelnen Falles unbillig wäre; unter den gleichen Voraussetzungen können bereits entrichtete Beiträge erstattet oder angerechnet werden. Unbilligkeit ist ein weites Feld. Auszug aus dem Kommentar Eichenhofer/Wenner:

„Unbillig erscheint die Einziehung einer Forderung ausnahmsweise insbesondere dann, wenn der Nachteil, den der Schuldner durch die Einziehung erleidet, und der Nutzen, den der Versicherungsträger bzw. die die jeweilige Versicherung zum Teil finanzierenden Beitragszahler durch die Einziehung erzielen, in einem krassen Missverhältnis zu einander stehen. Dies kann dann der Fall sein, wenn die Einziehung zu einer Aufgabe der Selbständigkeit des Schuldners führen würde.“

§ 9 Abs. 2 der Beitragserhebungsgrundsätze des GKV-Spitzenverbandes vom 17.02.2010 benennt als Grundlage für den Erlass persönliche oder sachliche Billigkeitsgründe. Gründe für einen Erlass seien insbesondere dann gegeben, wenn eine Gefährdung des wirtschaftlichen Fortbestehens oder des notwendigen Lebensunterhaltes des Anspruchsgegners vorliege.

Bei Leistungsbezug nach dem SGB XII erlassen manche KKen die Rückstände, bei Alg II eher nicht, da ja noch Chancen bestehen, dass Einkommen erzielt wird.

### 1.2.2 Verjährung von nicht gezahlten lfd. Beiträgen

Die Verjährungsvorschriften des § 25 SGB IV greifen nicht, wenn die KK einen Beitragsbescheid erlassen hat und der lfd. Beitrag nicht gezahlt wird. Es greift dann § 52 (2) SGB X: Danach verjährt ein Beitragsanspruch, der durch unanfechtbar gewordenen Beitragsbescheid festgestellt wurde, erst in 30 Jahren. § 52 (2) SGB X ist nur anwendbar, wenn die Kasse durch unanfechtbaren Bescheid mit Verwaltungsakt den zu zahlenden Betrag beziffert hat und der Bescheid nachweislich zugestellt wurde.

## 2. Ruhen des Leistungsanspruchs als Folge von Beitragsrückständen in der GKV

Sowohl in der PKV (seit 1.1.09) und in der GKV (seit 1.4.07) können Mitgliedschaften nicht mehr wegen Beitragsrückständen gekündigt werden. Dies wird auch von den Kassen beachtet. Allerdings haben die Kassen bei Beitragsrückständen nunmehr ein anderes gesetzliches Mittel zum Handeln bekommen: Das Ruhen des Leistungsanspruchs.

Das Ruhen ist in der GKV im § 16 (3a) SGB V geregelt. Nicht die Mitgliedschaft ruht, sondern nur der Leistungsanspruch und dieser auch nicht vollständig. Weiterhin abgesichert sind Behandlungen akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft, weiterhin auch Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (auch für Erwachsene). In der GKV ruht lediglich der Leistungsanspruch für den/die Hauptversicherte/n, nicht aber für die familienversicherten Angehörigen (Ehegatten und Kinder). Die Leistungen, die beim Ruhen gewährt werden müssen, entsprechen inhaltlich den Leistungen, die auch gem. § 4 Asylbewerberleistungsgesetz gewährt werden.

### 2.1 Wann endet das Ruhen?

- Das Ruhen endet, wenn alle Rückstände (incl. Säumniszuschlägen und Mahngebühren) beglichen wurden. Gem. § 16 (3a) SGB V endet das Ruhen bereits dann, wenn eine Ratenzahlungsvereinbarung zustande gekommen ist und die Raten wie vereinbart gezahlt wurden.
- **Auf jeden Fall endet das Ruhen sowohl in der GKV als auch in der PKV dann, wenn Hilfebedürftigkeit nach dem SGB II oder XII eintritt** (alles im § 16 (3a) SGB V bzw. im § 193 (6) VVG). Im VVG wurde sogar eine konkrete Handlungsanweisung aufgenommen: „ ... die Hilfebedürftigkeit ist auf Antrag des Berechtigten vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch zu bescheinigen.“ Denn Voraussetzung für das Ende des Ruhens ist nicht der Leistungsbezug, sondern nur die Hilfebedürftigkeit (die ja z.B. auch vorliegt, wenn rechnerische Bedürftigkeit z.B. i.H.v. 5 Euro vorliegt, die Leistung aber tatsächlich nicht bezogen wird).
- Bei **Kassenwechsel** geht das Ruhen auf die neue Kasse über (LSG Baden-Württemberg, L 11 KR 1168/13 vom 27.5.14): „Hat eine Krankenkasse gegenüber ihrem Versicherten mit bestandskräftigem Bescheid das Ruhen der Leistungsansprüche wegen Beitragsrückständen festgestellt, kommt dem Tatbestandswirkung zu. Bei einem Wechsel der Krankenkasse ist die neue Krankenkasse berechtigt und verpflichtet, einen entsprechenden Bescheid zu erlassen, mit dem die Tatbestandswirkung auf das bei ihr vorliegende Mitgliedschaftsverhältnis umgesetzt wird.“
- Stellt das Mitglied einen **Insolvenzantrag**, wäre in einem 1. Schritt lediglich der Forderungseinzug der rückständigen Beiträge durch die KK ruhend gestellt. Die eigentlichen Beitragsrückstände bleiben aber bestehen bis zur Ausstellung der Restschuldbefreiung. Gem. § 16 (3a) würde daher das Ruhen des Leistungsanspruchs andauern bis zur Ausstellung der Restschuldbefreiung.

Gem. BE vom 14./15.6.2007 TOP 1 Nr. 10 ist hier aber anders zu verfahren:

### Private Insolvenz

„Im Rahmen des Verbraucherinsolvenzverfahrens ist bei der Anmeldung zu unterscheiden, ob Beitragsansprüche betroffen sind, die vor oder nach der Insolvenzeröffnung entstanden sind. Vor der Insolvenzeröffnung entstandene Beitragsansprüche können als

Insolvenzforderungen zum Verfahren angemeldet werden und nehmen ggf. am anschließenden Restschuldbefreiungsverfahren teil. Bei Beitragsrückständen nach Insolvenzeröffnung sind diese Rückstände als "höchstpersönliche" Ansprüche zu behandeln, die außerhalb des Verbraucherinsolvenzverfahrens einzuziehen sind, mit den sich daraus ergebenden massiven Einziehungsschwierigkeiten. Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang allerdings auch, dass unter Umständen auch ein Regelinsolvenzverfahren in Betracht kommen könnte, wenn der Schuldner als Selbstständiger tätig ist.

Es wurde die Frage gestellt, wie mit rückständigen Beitragsansprüchen von Versicherten, die private Insolvenz angemeldet haben, im Hinblick auf § 16 Abs. 3a SGB V umzugehen ist?

### **Besprechungsergebnis:**

Die Besprechungsteilnehmer/-innen vertreten zu den aufgeworfenen Fragen folgende Auffassung:

Soweit rückständige Beiträge vollständig Gegenstand eines Insolvenzverfahrens geworden sind, bleiben diese Beitragsrückstände bei der Umsetzung der Ruhensregelung unberücksichtigt bzw. das Ruhen endet vom Tag der Insolvenzeröffnung an.“

## **2.2 Welche Leistungen muss die KK konkret beim Ruhen erbringen?**

Von den **wissenschaftlichen Diensten des Bundestags** gibt es hier eine sehr ausführliche Ausarbeitung vom 12.5.2014 „Ruhe der Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung bei Nichtzahlung von Beiträgen“:

<https://www.bundestag.de/blob/410048/4afed3fb28b52133d7a507353affb568/wd-9-023-15-pdf-data.pdf>

In dieser Ausarbeitung wird auch auf die einzelnen Leistungen sehr übersichtlich eingegangen. Hier eine Kurz-Übersicht:

- Zahnersatz nur dann, wenn es aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist (das gilt auch für Zahnprothesen).
- bei chronischen Erkrankungen sind die notwendigen Leistungen zu erbringen, ohne die eine Verschlimmerung des Krankheitszustandes und damit ein akuter Krankheitszustand zu erwarten wäre. Hier wird insbes. Insulin bei Diabetes und Dialysebehandlungen bei Nierenversagen genannt.
- kein Mutterschaftsgeld, kein Krankengeld, keine Haushaltshilfe (auch nicht aufgrund von Schwangerschaft oder Entbindung).
- keine Leistungen zur Verhütung von Krankheiten und zur Verhütung von deren Verschlimmerung.
- keine Leistungen zur Empfängnisverhütung, bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch nach § 11 Abs. 1 Nr. 2 in Verbindung mit § 20 bis 24b SGB V.
- keine Zahnprophylaxe (Individualprophylaxe) für selber versicherte Kinder und Jugendliche.
- keine Vorsorgeleistungen (im Volksmund „Vorsorge-Kur“), auch nicht Mutter/Vater-Kind-Kur.
- medizinische Rehabilitation nach Krankheit nur in absoluten Ausnahmefällen.
- keine Impfungen, sondern nur Beratung zur Überprüfung des Impfstatus.

## **3 PKV**

Es gibt SGB II- bzw. SGB XII-Bezieher/-innen, die Beitragsschulden „aus alten Zeiten“ bei der PKV haben und solche, die entstanden sind, da der Pflicht zur Versicherung gem. § 193 VVG nicht nachgekommen wurde und nun der PKV-Vertrag erst nach langen Jahren der Unversicherung zustande kommt.

Weiterhin gibt es Beitragsschulden, die erst unter dem SGB II- bzw. XII-Bezug aufgrund der „Deckungslücke“ entstanden sind.

**3.1 Für die Schulden „aus alten Zeiten“** gibt es derzeit – außer der üblichen Ratenzahlung bzw. einer Privatinsolvenz – keine Lösung, da die PKV-Unternehmen auf ihre Forderungen i.d.R. nicht verzichten.

### **3.2 Beitragsschulden aus Zeiten der sog. Deckungslücke:**

Seit 18.1.11 sind mit Urteil des BSG von den Job-Centern PKV-Beiträge bis zur Höhe des halbierten BT zu übernehmen. Von daher laufen seit dem keine neuen Beitragsschulden mehr auf. Für die aufgelaufenen Schulden gibt es eine Lösung:

Die privaten Versicherungsunternehmen sind grundsätzlich bereit, die Beitragsschulden aller privat krankenversicherter Hilfebedürftiger (Leistungsbezieher/innen nach dem SGB XII und SGB II) niederzuschlagen. Der Erlass erfolgt nur für Schulden, die im Zeitraum vom 1.1.09 bis 17.1.11 und nur aufgrund der Deckungslücke entstanden sind. Privat krankenversicherte Beitragsschuldner sollten daher schriftlich ihr Versicherungsunternehmen um einen Verzicht auf die Beitragsforderungen ersuchen. Diesem (formlosen) Antrag sollte ein durch die SGB II-Behörde erstellter Nachweis über den Leistungsbezug in dem betreffenden Zeitraum beigefügt werden. Ein Musterantrag findet sich hier: [http://www.fsb.de/download/erlasspkvschulden\\_2012.pdf](http://www.fsb.de/download/erlasspkvschulden_2012.pdf)

### **3.3 Beitragsschulden, da der PKV-Vertrag zu spät abgeschlossen wurde (Prämienzuschlag gem. § 193 (4) VVG)**

Zum 1.1.09 trat mit § 193 VVG eine Pflicht zur Versicherung in der PKV in Kraft. Diese Pflicht betrifft alle Menschen, die unversichert sind und zuletzt privat versichert waren sowie alle Menschen, die in Deutschland (oder in einem EU-Land) noch nie gesetzlich versichert waren und hauptberuflich selbständig sind.

Eine Aufnahmeverpflichtung (= Kontrahierungszwang) besteht für die PKV-Unternehmen nur dann, wenn ein Antrag im Basistarif (BT) gestellt wird. Bestand schon einmal ein PKV-Vertrag in Deutschland, kann man sich trotzdem aussuchen, bei welcher PKV-Kasse man nun wieder versichert sein möchte, da es keine gesetzlichen Vorschriften gibt, die letzte PKV-Kasse zu nehmen (anders als in der GKV).

Da der Höchstbeitrag im BT inzwischen bei rund 790,00 € für KV+PV liegt, haben viele Menschen keine Anträge gestellt. Das fällt einem dann böß auf die Füße, wenn gesundheitliche Versorgung nötig wird und nun ein Antrag verspätet gestellt wird. Obwohl der Vertrag – und damit der Leistungsanspruch – erst frühestens mit der Antragstellung in Kraft tritt, erhebt die PKV-Kasse rückwirkend (frühestens ab 1.1.09) sog. Prämienzuschläge (§ 193 (4) VVG). Das sind reine Strafbeiträge, denn für rückliegende Zeiten werden keine Leistungen erbracht.

Der Prämienzuschlag richtet sich nach dem zu zahlenden Beitrag. Für Monat 2-6 der Unversicherheit beträgt der Prämienzuschlag den vollen Monatsbeitrag, ab Monat 7 bis zum Zustandekommen des Vertrages noch 1/6 des Monatsbeitrags. Bei Bedürftigkeit nach dem SGB II oder XII muss die PKV-Kasse den Beitrag (auf ihre Kosten) halbieren (bei gleichem Leistungsanspruch). Der Nachweis der ggf. rückwirkenden Bedürftigkeit hat daher großen Einfluss auf den zu zahlenden Prämienzuschlag.

Weder das Jobcenter noch das Sozialamt übernehmen die zu zahlenden Prämienzuschläge.

Diese Prämienzuschläge verjähren auch nicht. Da es keine speziellen Regelungen im VVG gibt, können nur die Verjährungsfristen nach dem BGB (§§ 195 und 199 BGB) greifen. Diese Verjährungsfristen beginnen leider erst mit dem Zustandekommen des Vertrages. Im Gegensatz zur allg. Pflichtversicherung / OAV in der GKV beginnt ja die Mitgliedschaft in der

PKV nicht rückwirkend, sondern erst mit Zustandekommen des Vertrages. Der Prämienzuschlag ist daher kein rückwirkender Beitrag, sondern ein „Strafzuschlag“, der erst mit Zustandekommen des Vertrages fällig wird. Damit beginnt eine Verjährungsfrist auch erst mit Zustandekommen des Vertrages zu laufen.

Hinsichtlich der Nachzahlungsmodalitäten gibt es eine Vorschrift:

„Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Prämienzuschlages verlangen, wenn den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag ist zu verzinsen“ (§ 193 (4) VVG). Als angemessen betrachten die PKV-Kassen i.d.R. 4 Raten und bieten auch Ratenzahlungen derart an. Praxiserfahrung: Unter 100,00 € mtl. lässt sich keine PKV-Kasse auf eine Rate ein, selbst 100,00 € mtl. sind schon sehr schwer zu bekommen.

Andere gesetzliche Regelungen gibt es nicht (außer natürlich ein Antrag auf Privatinsolvenz, der bleibt ja immer möglich).

### **3.4 Folgen von Beitragsschulden für die Krankenversorgung**

Seit dem 1.1.09 ist eine Kündigung wegen Beitragsrückständen nicht mehr möglich (§ 206 VVG). Ist man mit 2 Monatsbeiträgen im Rückstand, erfolgen Mahnungen. Wird weiterhin nicht bezahlt, wird der bisherige Vertrag ruhend gestellt (§ 192 (6) VVG). Gleichzeitig wird der Vertrag in den sog. Notlagentarif (NLT) umgestellt (§ 192 (7) VVG). Im NLT sind nur zwischen 70,00 € und 95,00 € mtl. zu bezahlen, dafür ist der Leistungsanspruch aber stark eingeschränkt.

In der GKV ruht ja nur der Leistungsanspruch für den Hauptversicherten, nicht aber für familienversicherte Angehörige (sowohl Ehegatten als auch Kinder). In der PKV gibt es ja keine Familienversicherung, sodass hier der Leistungsanspruch für alle ruht, die in dem Vertrag versichert sind.

Der Notlagentarif sieht ausschließlich die Aufwendererstattung für Leistungen vor, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Abweichend davon sind für versicherte Kinder und Jugendliche zudem insbesondere Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen und für Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission empfiehlt, zu erstatten (§ 153 (1) VAG).

In den allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB-NLT) <https://www.pkv.de/service/broschueren/musterbedingungen/avb-nlt-2013.pdb.pdf> wird der Leistungsrahmen am Ende unter A – I erläutert.

### **3.5 Wann endet das Ruhen bzw. tritt erst gar nicht ein?**

Das Ruhen des Vertrages tritt nicht ein oder endet, wenn Hilfebedürftigkeit nach SGB II (Alg II) oder SGB XII (Sozialamt) eintritt oder besteht. Die Hilfebedürftigkeit ist auf Antrag des Versicherungsnehmers vom zuständigen Träger (Jobcenter oder Sozialamt) zu bescheinigen (§ 193 (6) VVG). I.d.R. genügt es, den aktuellen Leistungsbescheid beim PKV-Unternehmen einzureichen. Lfd. Leistungsbezug ist aber nicht zwingende Voraussetzung. Wer nur mit einem geringen Betrag bedürftig ist, auf die lfd. Leistung aber verzichtet, kann eine sog. Bedürftigkeitsbescheinigung vom Jobcenter oder Sozialamt beim PKV-Unternehmen einreichen. Auch damit tritt das Ruhen nicht ein bzw. endet.

Ab Beginn der nachgewiesenen Hilfebedürftigkeit muss das PKV-Unternehmen dann den NLT zugunsten des ursprünglichen Tarifs beenden. Der ursprüngliche Tarif hat ja lediglich geruht, er lebt dann wieder auf zu den Bedingungen, die vorgelegen haben, als das Ruhen

eintrat. Es erfolgt daher keine neue Einstufung wegen verändertem Gesundheitszustand, Alter etc.

Sind alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten gezahlt, wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem der Versicherungsnehmer vor Eintritt des Ruhens versichert war (§ 193 (9) VVG).

Damit wird die Vertragsumstellung aus dem NLT in den Tarif vor dem NLT zeitlich unterschiedlich behandelt, wenn entweder alles bezahlt oder wenn Hilfebedürftigkeit nachgewiesen wurde.

## **Anhang:**

### **BE vom 19.4.16, TOP 2:**

„So können die Verwaltungsakte, mit denen die Anwendung des § 240 Abs. 1 Satz 2 zweiter Halbsatz SGB V i. V. m. § 6 Abs. 5 der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler bekannt gegeben wird, unter den Voraussetzungen des § 32 Abs. 1 SGB X mit einer Nebenbestimmung versehen werden. Die Nebenbestimmung ist im Sinne einer Bedingung zu formulieren, wonach die Beitragsbemessung auf der Grundlage der Beitragsbemessungsgrenze zurückgenommen wird, wenn der geforderte Nachweis über die aktuellen beitragspflichtigen Einnahmen innerhalb von drei Monaten nach der Bekanntgabe des entsprechenden Beitragsbescheides bei der Krankenkasse vorgelegt wird. Das Verfahren findet seine Begründung darin, dass von der Eigenart des hier angewendeten nicht begünstigenden Verwaltungsaktes her typischerweise davon auszugehen ist, dass dessen Voraussetzungen nach einer kurzen Zeit wieder entfallen würden. Daher wird zu Gunsten des Versicherten eine Nebenbestimmung aufgenommen, die im Ergebnis die Rechtsfolgen eines nicht begünstigenden Verwaltungsaktes verhindert, sofern das Mitglied seine Mitwirkung innerhalb eines typischen Zeitraumes (hier angenommene drei Monate) nachholt.“