

# Ein immer wiederkehrendes Problem aus der Sozialberatung: Beitragsschulden bei der Krankenversicherung, Stand 05.09.20

## 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).

## Inhaltsübersicht

<b>1 GKV</b> .....	2
<b>1.1. Beitragsschulden aus einer Pflichtversicherung gem. § 5 (1) Nr. 13 SGB V</b> .....	2
<b>1.1.1 Verjährung</b> .....	2
<b>1.1.2 Beitragsschuldengesetz</b> .....	3
<b>1.1.3 Verzichtserklärung</b> .....	3
<b>1.2 Beitragsschulden aus einer OAV gem. § 188 (4) SGB V</b> .....	4
<b>1.2.1 Regelung bis zum 14.12.18:</b> .....	4
<b>1.2.2 Regelung seit dem 15.12.18:</b> .....	4
<b>1.3 Stundung, Niederschlagung und Erlass</b> .....	7
<b>1.4 Verjährung von nicht gezahlten lfd. Beiträgen</b> .....	8
<b>1.5 Widerspruch gegen eine Beitragseinstufung (aktueller Beitrag) oder einen Bescheid mit Nachforderungen der Kasse</b> .....	8
<b>1.6 Sonderfall: Die Beitragsschulden sind vor dem 18. Lebensjahr (als Minderjährige/r) entstanden</b> .....	8
<b>2. Ruhen des Leistungsanspruchs als Folge von Beitragsrückständen in der GKV</b> .....	9
<b>2.1 Wann endet das Ruhen?</b> .....	9
<b>2.2 Welche Leistungen muss die KK konkret beim Ruhen erbringen?</b> .....	10
<b>3 PKV</b> .....	11
<b>3.1 Schulden aus „alten Zeiten“</b> .....	11
<b>3.2 Beitragsschulden aus Zeiten der sog. Deckungslücke:</b> .....	11
<b>3.3 Beitragsschulden, da der PKV-Vertrag zu spät abgeschlossen wurde (Prämienzuschlag gem. § 193 (4) VVG)</b> .....	11
<b>3.4 Folgen von Beitragsschulden für die Krankenversorgung</b> .....	13
<b>3.5 Wann endet das Ruhen bzw. tritt erst gar nicht ein?</b> .....	13
<b>Anhang:</b> .....	14
<b>BE vom 19.4.16, TOP 2:</b> .....	14

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 waren 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**

Alle Beitragsforderungen für zurückliegende Zeiten (reguläre Beiträge mit Leistungsansprüchen und abgesenkte (Ruhens-)beiträge ohne Leistungsansprüche) fallen unter die **Verjährungsregelungen** im § 25 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, aus 2008 seit 1.1.13 usw.

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 2019 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 2019 zahlen und zurück bis Dezember 2014. 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. Weiterhin unterliegen Beitragsforderungen der Kassen gegenüber dem Versicherten aus lfd. Rückständen i.d.R. § 52 SGB X: Zu beachten ist § 52 (2) SGB X i.V.m. § 197 BGB: Danach verjährt ein Beitragsanspruch, der durch unanfechtbar gewordenen Beitragsbescheid festgestellt wurde, erst in 30 Jahren. § 52 (2) SGB X ist nur anwendbar, wenn die KV durch unanfechtbaren Bescheid mit Verwaltungsakt den zu zahlenden Betrag beziffert hat und der Bescheid nachweislich zugestellt wurde.

### 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 durch den Versicherten wird der nachzuzahlende Beitrag erheblich abgesenkt, aber im Gegenzug bezahlt die KV 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 KV) gezahlt werden; im Gegenzug bezahlt die KV aber auch alle offenen Rechnungen aus dem lfd. Kalenderjahr und der letzten 4 Jahre.

Wurde die Chipkarte nach dem Ende der Mitgliedschaft noch benutzt – also Leistungen in Anspruch genommen (auch ggf. in sehr geringer Höhe), die bereits abgerechnet sind, obwohl keine Mitgliedschaft mehr bestand - ist die Abgabe einer Verzichtserklärung nicht möglich. Dies sehen die „Einheitlichen Grundsätze“ des GKV-Spitzenverbandes so vor. Es gibt ein Urteil des SG Stade vom 2.5.17 (S 15 KR 25/16) das zu dem Ergebnis kommt, bereits abgerechnete Leistungen würden nicht dazu führen, dass die Regelungen im § 256a SGB V nicht greifen. Man kann versuchen, dieses Urteil „ins Feld zu werfen“, aber ich will hier keine großen Hoffnungen erwecken. Es ist „nur“ ein SG-Urteil und das einzige, das ich kenne, das so entschieden hat.

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 825,00 € KV und PV seit dem 1.1.19).

### **1.2.1 Regelung bis zum 14.12.18:**

Nun musste man schnell handeln: Wurden innerhalb der Widerspruchsfrist von 1 Monat Einkommensunterlagen eingereicht, korrigierte die KK den Beitragsbescheid. Aber auch wenn der 1 Monat vorbei war, hatte 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 hatte man noch eine letzte Frist von 3 Monaten, Einkommensangaben und –unterlagen bei der KK einzureichen. Erfolgte das in der 3-Monatsfrist, so wurde der Beitrag auch rückwirkend ab Beginn der freiwilligen KV (sowohl OAV als auch regulärer Beitritt zur freiwilligen Versicherung) neu festgesetzt. Erfolgte auch in den 3 Monaten keine Reaktion des Versicherten, verblieb es bei der Einstufung zum Höchstbeitrag.

### **1.2.2 Regelung seit dem 15.12.18:**

Mit Änderung des § 240 SGB V durch das GKV-VEG mit Wirkung ab 15.12.2018 und den dazu gehörigen Beitragsverfahrensgrundsätzen (aktuell vom 18.3.20

<https://www.gkv->

[spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/grundprinzipien\\_1/finanzierung/beitragsbemessung/2020-03-](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/grundprinzipien_1/finanzierung/beitragsbemessung/2020-03-)

[18\\_Beitragsverfahrensgrundsätze\\_Selbstzahler\\_in\\_der\\_Fassung\\_der\\_Neunten\\_Aenderung.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/grundprinzipien_1/finanzierung/beitragsbemessung/2020-03-18_Beitragsverfahrensgrundsätze_Selbstzahler_in_der_Fassung_der_Neunten_Aenderung.pdf)

wurden die Bedingungen nunmehr erheblich verbessert (§ 6 Abs. 5 Satz 2 der Grundsätze). Es gibt nun 2 Möglichkeiten, auf die Beitragseinstufung Einfluss zu nehmen:

**a) Nachreichung von Einkommensunterlagen:**

„Weist ein Mitglied innerhalb einer Frist von zwölf Monaten, nachdem die Beiträge nach Satz 1 festgesetzt wurden, geringere Einnahmen nach, sind die Beiträge für die nachgewiesenen Zeiträume neu festzusetzen. Änderungen der Beitragsbemessung nach Satz 1 aufgrund eines später vorgelegten Nachweises sind erst zum ersten Tag des auf die Vorlage des Nachweises folgenden Monats zu berücksichtigen.“

Das bedeutet, dass die KK zwar weiterhin eine Einstufung zum Höchstbeitrag vornehmen kann, wenn keine Einkommensunterlagen eingereicht werden. Jetzt kann man aber innerhalb von 12 Monaten nach Erhalt des Beitragsbescheides die Einkommensunterlagen nachreichen und die KK muss dann die Beiträge für die nachgewiesenen Zeiträume aufgrund des nachgewiesenen Einkommens neu festsetzen. Ein Säumniszuschlag nach § 24 (1) SGB IV auf die rückständigen Beiträge wird in diesen Fällen nach Satz 5 nur hinsichtlich der korrigierten Beitragsforderung erhoben.

Die Neuregelung im § 240 SGB V hat keine sog. Rückwirkung, d.h. dass veränderte Einstufungen nur für die Zeit ab Inkrafttreten des Gesetzes, d.h. ab dem 15.12.18, geltend gemacht werden können.

**b) Es gibt keine Einkommensunterlagen, die nachgereicht werden könnten oder es werden Einkommensunterlagen nach Ablauf der 12 Monate nachgereicht:**

Selbst wenn keine Einkommensunterlagen eingereicht bzw. Einkommensunterlagen erst nach Ablauf der 12 Monate eingereicht werden, gibt es noch Möglichkeiten. Auszug aus der Begründung zum Gesetzentwurf (ebenfalls BT-DS 19/4454, S. 27):

„Die Neuregelung in § 240 Absatz 1 Satz 4 sieht darüber hinaus eine rückwirkende Korrektur der Beitragsfestsetzung auf den Höchstbeitrag in den Fällen vor, in denen das Mitglied zwar nach wie vor nicht den Nachweis geringerer Einnahmen erbringt, jedoch **aufgrund hinreichender Anhaltspunkte klar ist, dass die beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds die jeweils einschlägige Mindestbeitragsbemessungsgrundlage nicht überschreiten.**

Entsprechende Anhaltspunkte dafür können z. B. das Vorliegen von Hilfebedürftigkeit im Sinne der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach SGB II oder der Sozialhilfe nach SGB XII sein. Auch die im Wege einer fruchtlosen Vollstreckung der bestehenden Beitragsforderung festgestellte Vermögenslosigkeit des Mitglieds kann ein entsprechendes Indiz sein. Die Krankenkasse sollte zudem weitere Informationen über das jeweilige Mitglied und die Familienverhältnisse prüfen, bevor sie eine rückwirkende Anpassung der Beiträge vornimmt. Die „hinreichenden Anhaltspunkte“ stellen einen unbestimmten Rechtsbegriff dar, der grundsätzlich von der zuständigen Krankenkasse eigenverantwortlich ausgelegt und angewandt werden muss. Dabei ist davon auszugehen, dass die Krankenkassen hierzu einheitliche Vorgaben abstimmen werden.

Die Regelung gilt zeitlich unbeschränkt und bezieht sich auf alle vergangenen Zeiträume der Zwangseinstufung. Die rückwirkende Anpassung der Beiträge auf den Mindestbeitrag dient dem Abbau „fiktiver“ Beitragsschulden und soll für die Betroffenen Anreize setzen, den korrigierten Beitragsforderungen nachzukommen“ (BT-DS 19/4454, S. 27).

Nach Ablauf von 12 Monaten eingereichte Einkommensunterlagen führen nur dann zu einer rückwirkenden Korrektur, wenn sich aus den Unterlagen lediglich eine Einstufung zum Mindestbeitrag ergibt. Ebenso wird die Beitragseinstufung ohne Einreichung von Unterlagen nur dann rückwirkend korrigiert, wenn es ausreichende Hinweise dafür gibt, dass lediglich eine Einstufung zum Mindestbeitrag in Frage kommt.

Achtung: Eine rückwirkende Korrektur von Beitragseinstufungen, die vor dem 15.12.18 ergingen, ist daher nur möglich, wenn keine Einkommensunterlagen nachgereicht werden können, weil es keine gibt (Bestreitung des Lebensunterhaltes durch Ersparnisse, durch Betteln, Flaschen sammeln, Bezug von Lebensmitteln über die Tafel, Mahlzeiten in Suppenküchen etc.) oder aber wenn Einkommensunterlagen nachgereicht werden, die lediglich zu einer Einstufung zum Mindestbeitrag führen. Das bedeutet im Umkehrschluss: Sofern aufgrund der nachgereichten Unterlagen (außerhalb des 12-Monatszeitraumes) Beiträge – auch nur geringfügig - oberhalb des Mindestbeitrages zu entrichten wären, verbleibt es leider beim Höchstbeitrag!

Sowohl bei a) als auch bei b) erfolgt die Antragstellung auf rückwirkende Neufestsetzung bei der KK nicht über einen Überprüfungsantrag gem. § 44 SGB X, sondern über die Geltendmachung der Anwendung der Neuregelungen im § 240 SGB V. Bei Anträgen nach b) wirkt sich das Gesetz somit auch auf die Vergangenheit aus.

Das SG Düsseldorf führt am 19.6.20 unter S 50 KR 1106/19 folgendes aus:

„Hinreichende Anhaltspunkte dafür, dass die beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds die jeweils anzuwendende Mindestbeitragsbemessungsgrundlage nicht überschreiten, können nach Auffassung der Kammer zunächst insbesondere in der bloßen Angabe der tatsächlichen Einkommensverhältnisse liegen. Sofern keine Begleitumstände vorliegen, die eine Prüfung weiterer Informationen über das Mitglied notwendig erscheinen lassen, muss die bloße Auskunft über die tatsächlichen Einkommensverhältnisse bereits für sich genommen als hinreichende Anhaltspunkte erachtet werden. Hinreichend sind Anhaltspunkte dann, wenn sie sich in einer Gesamtschau aller Umstände des Einzelfalls in ein Gesamtbild einfügen, das an Gewissheit grenzt. Legt das Mitglied seine tatsächlichen Verhältnisse offen und bestehen keine besonderen Umstände, durch die diese in Zweifel zu ziehen sind, ist dieser Maßstab erfüllt. Dies gilt umso mehr, wenn das Gesamtbild nicht nur in sich schlüssig ist, sondern durch weitere Umstände gestützt wird. Dies ist der Fall, wenn beispielsweise in naher zeitlicher Abfolge vor oder nach dem Zeitraum einer freiwilligen Versicherung Leistungen der Grundsicherung bezogen wurden oder in der Versicherungshistorie bereits mehrere Zeiten der Versicherung auf Grund des Grundsicherungsbezugs mit Zeiten der freiwilligen Versicherung über wenige Monate abwechselten.“

Das SG Berlin hat am 24.1.19 unter S 56 KR 3411/18 ER folgendes ausgeführt:

„bb. Nach summarischer Prüfung besteht darüber hinaus ein Neufestsetzungsanspruch nach § 240 Absatz 1 Satz 4 SGB V für die Beitragsmonate Juni 2017 bis (ebenfalls) März 2018. Denn diese Regelung gilt unabhängig von der Mitwirkungserfüllung und verpflichtet die Kranken- und Pflegekasse (sogar) von Amts wegen zur unbegrenzt rückwirkenden Neufestsetzung der Beiträge. Im Gegensatz zur Regelung in Satz 3 muss der Anspruch nach Satz 4 nicht binnen einer Frist von 12 Monaten geltend gemacht werden. Er gilt jedoch ausschließlich für die Fälle, in denen das Einkommen des Versicherten die Mindestbemessungsgrenze nicht überschreitet.“

Und weiter:

„Die Antragsgegnerinnen haben aus den vorgelegten Einkommensunterlagen hinreichende Anhaltspunkte, dass höchstens Beiträge nach der Mindestbemessungsgrenze festzusetzen sind. Die nach Satz 4 erforderlichen Anhaltspunkte bestehen erst recht, wenn Einkommensnachweise vorgelegt wurden. Der Anspruch nach Satz 4 besteht neben dem aus Satz 3, was die Gesetzesbegründung ("darüber hinaus") verdeutlicht. Den Antragsgegnerinnen steht insoweit kein Ermessen zu. Es kommt auch nicht darauf an, ob und in welcher Höhe die Antragsgegnerinnen aus den Beitragsbescheiden schon erfolgreich vollstreckt haben oder die Antragstellerin auf die Beitragsschuld gezahlt hat. Insoweit gilt die Vorschrift auch, wenn ein Versicherter die Beitragsforderung erfüllt hat.“

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:

### 1.3 Stundung, Niederschlagung und Erlass

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

- Stundung
- Niederschlagung
- Erlass

Es gibt für den Umgang mit diesen Möglichkeiten vom GKV-Spitzenverband herausgegebene „Ausführungsvorschriften“, die sog. **Beitragserhebungsgrundsätze**, korrekt „Einheitliche Grundsätze zur Erhebung von Beiträgen, zur Stundung, zur Niederschlagung und zum Erlass sowie zum Vergleich von Beitragsansprüchen“, zu finden z.B. hier:

<https://www.barmer.de/blob/65996/2fc3fe6b86c4861015d45a2a3c2e593c/data/beitragserhebungsgrundsätze.pdf>

**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.

Aus den Beitragserhebungsgrundsätzen ergibt sich keine Vorschrift für die KKen, dass eine Ratenzahlungsvereinbarung nur dann angenommen wird, wenn die Beitragsschulden innerhalb von 12 Monaten getilgt sind.

**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 KVen die Rückstände, bei Alg II eher nicht, da ja noch Chancen bestehen, dass Einkommen erzielt wird.

Die KVen müssen über einen Antrag auf Ratenzahlung der Beitragsschulden einen Bescheid erlassen. Telefonisch wird ein solcher Antrag häufig komplett abgelehnt – ich empfehle in diesen Fällen einen konkreten schriftlichen Antrag mit der Bitte, einen schriftlichen Bescheid zu erlassen.

#### **1.4 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.

#### **1.5 Widerspruch gegen eine Beitragseinstufung (aktueller Beitrag) oder einen Bescheid mit Nachforderungen der Kasse**

Im Sozialrecht gilt in erster Linie der Grundsatz, dass ein Widerspruch eine aufschiebende Wirkung hat. Das würde in einem 1. Schritt bedeuten, dass aufgrund eines erhobenen Widerspruchs der Betrag (erstmal) nicht zu zahlen wäre (§ 86a (1) SGG).

**Aber ein Widerspruch bei der KK gegen einen (vermeintlich) fehlerhaften Bescheid hat leider keine aufschiebende Wirkung!** Denn der Gesetzgeber hat in bestimmten Fällen geregelt, dass ein Widerspruch ausnahmsweise keine aufschiebende Wirkung hat. Diese entsprechende Rechtsgrundlage findet sich im § 86 a (2) Nr. 1 SGG. Danach haben Beitragsbescheide in der Sozialversicherung im Falle eines Widerspruches keine aufschiebende Wirkung. D.h., obwohl gegen den Festsetzungs- oder Nachzahlungsbescheid Widerspruch erhoben wurde, muss man leider erst einmal zahlen. Das hört sich im ersten Anlauf nicht gut an, denn dann könnte die Kasse völlig rechtswidrig irgendwelche Beitragsbescheide erlassen und man wäre den Kassen ausgeliefert.

Nun kommt aber die Ausnahme; denn die Bescheide der Kassen sind häufig fehlerhaft. In dieser Konstellation besteht Möglichkeit, gem. § 86 b (1) Nr. 2 SGG die Feststellung der aufschiebenden Wirkung zu beantragen (Bescheid ist offensichtlich fehlerhaft). Diesen Antrag kann man allerdings nur dann stellen, wenn ernsthafte Zweifel an der Rechtmäßigkeit der Beitragsforderung der Kasse bestehen (§ 86 b (2) SGG) bestehen. Man kann diesen Antrag bei der Kasse oder direkt beim zuständigen Sozialgericht stellen.

#### **1.6 Sonderfall: Die Beitragsschulden sind vor dem 18. Lebensjahr (als Minderjährige/r) entstanden**

In diesen Fällen muss die sog. „Beschränkung der Minderjährigenhaftung“ gem. § 1629a BGB geprüft werden:

„Die Haftung für Verbindlichkeiten, die die Eltern im Rahmen ihrer gesetzlichen Vertretungsmacht oder sonstige vertretungsberechtigte Personen im Rahmen ihrer Vertretungsmacht durch Rechtsgeschäft oder eine sonstige Handlung mit Wirkung für das



Kind begründet haben, oder die auf Grund eines während der Minderjährigkeit erfolgten Erwerbs von Todes wegen entstanden sind, beschränkt sich auf den Bestand des bei Eintritt der Volljährigkeit vorhandenen Vermögens des Kindes; dasselbe gilt für Verbindlichkeiten aus Rechtsgeschäften, die der Minderjährige gemäß §§ 107, 108 oder § 111 mit Zustimmung seiner Eltern vorgenommen hat oder für Verbindlichkeiten aus Rechtsgeschäften, zu denen die Eltern die Genehmigung des Familiengerichts erhalten haben.“

Bsp.: Ein Elternteil hat für das minderjährige Kind einen Antrag auf freiwillige Weiterversicherung unterschrieben (z.B. weil die Eltern in die PKV gewechselt sind, die PKV das Kind aber nicht oder nur mit Leistungsausschlüssen aufnehmen wollte), dann aber die Beiträge für die freiwillige Versicherung nicht bezahlt. Bis zur Volljährigkeit sind daher Beitragsrückstände aufgelaufen. Das nun volljährige Kind haftet für diese Rückstände nur in Höhe des Vermögens, welches bei Eintritt der Volljährigkeit (also am 18. Geburtstag) bestanden hat. Bestand an diesem Tag kein Vermögen, gehen die Schulden nicht auf den nun volljährig gewordenen jungen Menschen über.

## 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. Besprechungsergebnis (BE) – „Niederschrift über die Besprechung der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Leistungsrecht“ - vom 14./15.6.2007 (beteiligt waren der AOK-Bundesverband, der IKK-Bundesverband, die See-Krankenkasse, der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, die Knappschaft, der Verband der Angestellten-Krankenkassen, der AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V. und der Bundesverband der Betriebskrankenkassen) ist lt. TOP 1 Nr. 10 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.“

Nun entfalten weder gemeinsame Rundschreiben (GR) noch Besprechungsergebnisse (BE) eine Rechtswirkung. Die Praxis zeigt aber, dass sich die gesetzlichen Krankenkassen an die Ausführungen in GR und BE halten und die dortigen Ergebnisse auch in die Praxis umsetzen, insbes. dann, wenn konkret darauf verwiesen wird.

## **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 „Ruhensregelungen 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 Schulden aus „alten Zeiten“**

**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: <https://www.gegen-hartz.de/news/pkv-antrag-auf-schuldenerlass>

#### **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 Unversichertheit 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.

Sowohl der PKV-Verband als auch einige Kommentare meinen nun, dass für die Berechnung des Prämienzuschlags nur die letzten 5 Jahre zugrunde gelegt werden können. Dies aber nicht aufgrund von Verjährung, sondern aufgrund von § 193 (4) Satz 3 VVG:

*Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war.*

In den meisten Fällen kann ja die Dauer der Nichtversicherung ermittelt werden (z.B. die ganze Zeit in Deutschland gelebt und auch in Deutschland gemeldet). Viele (s.o.) meinen nun, dass jemand, bei dem die Dauer der Nichtversicherung ermittelt werden kann (länger als 5 Jahre) nicht schlechter gestellt werden darf als jemand, bei dem die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden kann.

Das klingt soweit logisch. Nach meiner Erfahrung handhaben die PKVen das aber leider mit wenigen Ausnahmen nicht so und erheben den Prämienzuschlag ab 1.1.09 - dann allerdings korrekt nach den Vorschriften des § 193 (4) VVG.

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 Aufwendungserstattung 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.

Am 5.12.18 hat der BGH unter IV ZR 81/18 entschieden, dass der Versicherer auch bei Leistungen im NLT mit bestehenden Forderungen aufrechnen darf (nur im BT sei eine Aufrechnung nicht möglich). Eine Aufrechnung ist auch dann zulässig, wenn das Geld einem Dritten zusteht (i.d.R. den Leistungserbringern, wie Krankenhäuser, Ärzte etc.). Mit diesem Urteil geht die Intention des Gesetzgebers, auch im NLT eine Notfallversorgung sicher zu stellen, ins Leere. Denn jeder Versicherte im NLT hat Beitragsschulden, sonst wäre er ja nicht im NLT. Aufrechnung bedeutet, dass die PKV einen Erstattungsanspruch dem Grunde nach anerkennt, eine Erstattung aber nicht zur Auszahlung kommt, bis die gesamten Schulden getilgt sind. Der BGH meint, dass bei Nachweis der Bedürftigkeit nach SGB II oder XII der NLT ja sofort ende und damit die Notfallversorgung gesichert sei.

### **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.

Claudia Mehlhorn, Dipl.-Verwaltungswirtin (FH), Berlin

## **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.“