



Erlass und Ermäßigung von Beitragsschulden in der gesetzlichen Krankenversicherung

*Information für die Beraterinnen und Berater
im Deutschen Caritasverband und seinen Fachverbänden¹*

Das am 1. August 2013 in Kraft getretene Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung sieht für einzelne Versichertengruppen den Erlass bzw. die Ermäßigung von Beitragsschulden und Säumniszuschlägen vor (§ 256a SGB V). Die nähere Ausgestaltung hinsichtlich des Erlasses bzw. der Ermäßigung von Beitragsschulden wurde dem GKV-Spitzenverband übertragen. Dieser hat am 18. September 2013 „Einheitliche Grundsätze zur Beseitigung finanzieller Überforderung bei Beitragsschulden“ (EGBfÜB) veröffentlicht.

Hintergrund ist, dass bei Menschen – vor allem wenn sie in sozialen Notlagen waren – häufig Beitragsrückstände seit der Einführung der Versicherungspflicht aufgelaufen sind. Diese Beitragsrückstände sind regelmäßig durch die verspätete Meldung bei der Krankenkasse oder durch Überschuldung entstanden.

¹ Die vorliegende Information will den Beraterinnen und Beratern vor Ort hinsichtlich der Neuregelungen zu den Beitragsschulden in der gesetzlichen Krankenversicherung eine erste Orientierungshilfe geben. Neben Erläuterungen finden sich in der Anlage Muster schreiben und die einschlägigen Rechtsnormen. Die Rechtsberatung im konkreten Einzelfall kann die Orientierungshilfe nicht ersetzen.

Sobald Beitragsrückstände in Höhe von insgesamt mindestens zwei Monatsbeiträgen aufgelaufen sind und trotz Mahnung nicht beglichen wurden, ruht der Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 16 SGB V). Das bedeutet, der Mensch bleibt krankenversichert, erhält aber nur Leistungen, die zur Behandlung von akuten Schmerzzuständen oder akuten Erkrankungen, Leistungen die bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind und bestimmte Früherkennungsuntersuchungen von Krankheiten. Nicht gewährt werden Leistungen zur Verhütung von Krankheiten und deren Verschlimmerung, Leistungen zur Empfängnisverhütung, bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie die Behandlung chronischer Erkrankungen. Diese Leistungen werden von der Krankenversicherung erst wieder übernommen, wenn alle rückständigen Beiträge und die Beiträge für die Zeit des Ruhens gezahlt worden sind oder der Versicherte hilfebedürftig im Sinne des SGB II oder SGB XII wird.

A. Beitragsschulden

Nach § 256a SGB V i. V. m. den „Einheitliche Grundsätze zur Beseitigung finanzieller Überforderung bei Beitragsschulden“ (EGBfÜB) gilt für den Erlass und die Ermäßigung von Beitragsschulden und Säumniszuschläge folgendes:

1. „Stichtagsregelung“ bis zum 31. Dezember 2013 für Menschen, deren Versicherungspflicht von der Krankenkasse noch nicht festgestellt ist

Wer sich – trotz geltender Versicherungspflicht für Personen ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V) – bisher nicht bei der Krankenkasse gemeldet hat, bekommt Beitragsschulden und Säumniszuschläge erlassen, wenn er sich bis zum 31. Dezember 2013 bei seiner Krankenkasse meldet und seine Versicherungspflicht anzeigt (§ 256a Abs. 2 Satz 1 SGB V i. V. m. § 2 EGBfÜB). Ein entsprechendes Musterschreiben finden Sie im Anhang (Var. 1 „Stichtagsregelung“).

2. „Neufallregelung“ nach dem 31. Dezember 2013 für Menschen, deren Versicherungspflicht von der Krankenkasse noch nicht festgestellt ist

Wird die Versicherungspflicht erst nach dem 31. Dezember 2013 der Krankenkasse gemeldet, bekommen die betroffenen Menschen ihre Beitragsschulden nicht erlassen. Für den Nacherhe-

bungszeitraum – Zeitraum zwischen Eintritt der Versicherungspflicht bis zum Ende des Monats, der dem Tag der Anzeige vorhergeht – werden die nachzuzahlenden Beiträge auf Antrag ermäßigt. Für die Berechnung der ermäßigten Beiträge wird eine fiktive beitragspflichtige Einnahme in Höhe von zehn Prozent der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 SGB IV) für den Kalendermonat zugrunde gelegt. Das entspricht – nach der für das Jahr 2013 geltenden Bezugsgröße – einem monatlichen Krankenversicherungsbeitrag in Höhe von 41,77 Euro. Die auf die Beitragsforderungen entfallenden Säumniszuschläge werden erlassen (§ 256a Abs. 1 SGB V i. V. m. § 1 EGBfÜB). Ein entsprechendes Musterschreiben finden Sie im Anhang (Var. 2 „Neufallregelung“).

3. „Altfallregelung“ für Menschen deren Versicherungspflicht bereits festgestellt ist und Schulden aus dem Zeitraum zwischen Beginn der Versicherungspflicht und Meldung bei der Krankenkasse bestehen

Diese sogenannte „Altfallregelung“ gilt für Menschen, die sich bereits bei der Krankenkasse gemeldet haben und Beitragsschulden aus dem Nacherhebungszeitraum – der Zeit zwischen Beginn der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V (frühestens 1. April 2007) und dem Ende des Monats, der dem Tag der Anzeige vorhergeht – haben. Sie bekommen die bereits festgestellten Beitragsschulden und die darauf entfallenden Säumniszuschläge für den Nacherhebungszeitraum erlassen. Gleiches gilt für Vollstreckungskosten, Gebühren und Zinsen (§ 256a Abs. 2 Satz 2 SGB V i. V. m. § 3 EGBfÜB). Bereits gezahlte Beiträge und Säumniszuschläge werden nicht zurück erstattet. Zudem gibt es keinen Erlass von Beitragsrückständen, die nach der Anzeige und Feststellung der Versicherungspflicht bei der Krankenkasse entstanden sind.

Die Krankenkassen sind gehalten, die in Betracht kommende Fälle, in denen eine laufende Mitgliedschaft nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 besteht, sukzessive aufzugreifen und den Erlass von Beiträgen und Säumniszuschlägen einzelfallbezogen zu prüfen und umzusetzen. Stundungs- bzw. Ratenzahlungsvereinbarungen über die Beiträge des Nacherhebungszeitraums sind zum 31. Juli 2013 zu beenden. Gleiches gilt für die Vollstreckungsaufträge. Von der Erlassregelung sind aber auch Beitragsansprüche aus Versicherungsverhältnissen erfasst, in denen keine laufende Mitgliedschaft nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V besteht (vgl. Begründung im besonderen Teil § 3 EGBfÜB auf S. 12). Der Deutsche Caritasverband empfiehlt, grundsätzlich einen Antrag zu stellen. Ein entsprechendes Musterschreiben finden Sie im Anhang (Var. 3 „Altfallregelung“).

4. Weitere Voraussetzungen für alle Alternativen:

Neben der Meldung bei der Krankenkasse innerhalb der jeweiligen Zeiträume ist in allen Fallkonstellationen Voraussetzung für einen Erlass bzw. eine Ermäßigung der Beitragsschulden, dass

- die Menschen im Nacherhebungszeitraum keine Leistungen in Anspruch genommen haben oder – wenn dies doch der Fall war - auf eine nachträgliche Kostenübernahme bzw. Kostenerstattung durch die Kasse verzichten (§ 256a Abs. 4 i. V. m. §§ 1-3 EGBfÜB).
Diese Voraussetzung gilt nicht für mitversicherte Familienangehörige.

Hinweis: Hier müssen die Beraterinnen und Berater im Deutschen Caritasverband und seinen Fachverbänden im Einzelfall prüfen, ob für den Betroffenen der Antrag auf Erlass/Ermäßigung der Beiträge mit dem einhergehenden Verzicht auf die Inanspruchnahme von Leistungen oder der nachträgliche Versicherungsschutz sinnvoller ist, z.B. weil die Zahlung der Beitragsschulden günstiger ist als die Kostenübernahme von Leistungen, die durch die Krankenbehandlung entstanden sind.

Entscheidet sich der Betroffene dafür, dass eine Kostenübernahme bzw. –erstattung für bereits in Anspruch genommene Leistungen im Nacherhebungszeitraum erfolgen soll, ist der Erlass bzw. die Ermäßigung von Beiträgen nicht möglich. In diesem Fall muss geprüft werden, ob die erhöhten Säumniszuschläge rückwirkend von fünf Prozent auf ein Prozent abgesenkt werden können (Antrag erforderlich).

- der Nacherhebungszeitraum mehr als drei Monate umfasst (§§ 1-3 EGBfÜB).

5. Personengruppen, die von dem Erlass / der Ermäßigung von Beitragsschulden in der gesetzlichen Krankenversicherung profitieren

Die Regelungen gelten für Menschen, deren Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V besteht bzw. bestand, als die Beitragsschulden und Säumniszuschläge angefallen sind. Die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V setzt voraus, dass kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall besteht bzw. bestand. Eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall lässt die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr.

13 SGB V entfallen.² Vom Erlass der Beitragsschulden ausgenommen sind in der GKV freiwillig Versicherte. Für sie kommt lediglich eine Ermäßigung der Säumniszuschläge in Betracht (s.u.).

6. Verfahren

Für einen Erlass bzw. die Ermäßigung von Beitragsschulden müssen die betroffenen Menschen einen formlosen Antrag bei ihrer Krankenkasse stellen. Dieser Antrag sollte mit Blick auf den Stichtag 31. Dezember 2013 und der bis dahin geltenden günstigeren Schuldenerlass-Regelung schnellstmöglich gestellt werden! Zuständig ist grundsätzlich die gesetzliche Krankenkasse, bei der zuletzt eine Versicherung bestanden hat.

B. Säumniszuschläge

Zudem gibt es für freiwillig Versicherte und Pflichtversicherte ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V) eine Neuerung hinsichtlich der Säumniszuschläge. Die Regelung über einen erhöhten Säumniszuschlag in Höhe von fünf Prozent pro Monat für diese Menschen (§ 24 Abs. 1a SGB IV), ist entfallen. Seit August 2013 gilt für alle Beitragsrückstände der einheitliche Säumniszuschlag in Höhe von einem Prozent.

Noch nicht gezahlte, erhöhte Säumniszuschläge, die nicht nach einer der oben genannten Regelungen erlassen werden, werden rückwirkend von fünf Prozent auf ein Prozent abgesenkt. Der Differenzbetrag wird erlassen. Hierfür ist ein formloser Antrag bei der Krankenversicherung notwendig, wenn das Beitragskonto geschlossen ist, d.h. keine laufende Mitgliedschaft zugrunde liegt (§ 4 EGBfÜB). Diese Regelung ist besonders für freiwillig Versicherte relevant, da sie nicht von einem Beitragserlass profitieren. Ein Erlass bereits gezahlter Säumniszuschläge ist nicht möglich. Ein entsprechendes Musterschreiben finden Sie im Anhang.

² Einzelheiten zu der Frage, ob Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V besteht, entnehmen Sie bitte der Orientierungshilfe für Personen ohne ausreichende Absicherung im Krankheitsfall, Seite 4 ff.; <http://www.caritas.de/diecaritas/deutscher Caritasverband/verbandszentrale/arbeitsbereiche/sozialrecht/.aspx?searchterm=orientierungshilfe>

C. Regelungen für Versicherte in der privaten Krankenkasse

1. Erlass der Prämienzuschläge

Für Versicherte in der privaten Krankenversicherung ist ein Erlass für die erhobenen Prämienzuschläge vorgesehen, wenn der Vertragsabschluss bis zum 31. Dezember 2013 beantragt wird. Dies gilt für bis zum 31. Juli 2013 abgeschlossene Verträge und noch ausstehende Prämienzuschläge entsprechend (§ 194 Abs. 4 VVG).

2. Notlagentarif

Zudem wurde für Beitragsschuldner in der privaten Krankenversicherung ein sogenannter Notlagentarif eingeführt (§ 12h VAG). In diesem Tarif werden Menschen versichert, die mit ihren Beitragszahlungen zwei Monate im Rückstand sind. Der Leistungsanspruch ist auf das Nötigste begrenzt, z.B. auf die Behandlung akuter Erkrankungen. Aufwendungen für versicherte Kinder und Jugendliche, für Vorsorgeuntersuchungen und zur Früherkennung von Krankheiten und für Schutzimpfungen werden auch im Notlagentarif erstattet.

Die Prämie wird für alle Versicherten im Notlagentarif einheitlich kalkuliert und soll nicht höher sein, als es zur Deckung der Aufwendungen für Versicherungsfälle aus dem Tarif notwendig ist. Altersrückstellungen werden nicht aufgebaut. Bestehende Altersrückstellungen sind bis zu 25 Prozent auf die monatliche Prämie anzurechnen.

Anhang: Musterschreiben

Musterschreiben: Antrag auf Erlass von Beiträgen und Säumniszuschlägen bei Anzeige der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V bis zum 31. Dezember 2013 (Var. 1 „Stichtagsregelung“)

Absender

An
Krankenkasse

Ort, Datum

Antrag auf Erlass von Beiträgen und Säumniszuschlägen bei Anzeige der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V (Stichtagsregelung)

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit zeige ich meine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V an. Ich beantrage die Feststellung meiner Versicherungspflicht und den Erlass von Beiträgen und Säumniszuschlägen im Nacherhebungszeitraum. Gleichzeitig erkläre ich, dass ich keine Leistungen der Krankenversicherung in Anspruch genommen habe bzw. den Verzicht auf die Kostenübernahme bzw. Kostenerstattung dieser Leistungen.

Das Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderungen bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung i. V. m. den Einheitliche Grundsätze zur Beseitigung finanzieller Überforderung bei Bei-

tragsschulden des GKV-Spitzenverbands sieht vor, dass Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, deren Mitgliedschaft noch nicht festgestellt ist, sämtliche zu zahlende Beiträge und darauf entfallende Säumniszuschläge für den Zeitraum zwischen Eintritt der Versicherungspflicht und Ende des Monats, der dem Tag der Anzeige vorhergeht (Nacherhebungszeitraum) von ihrer Versicherung erlassen werden, wenn sie sich bis zum Stichtag 31. Dezember 2013 bei ihrer Krankenkasse melden. Voraussetzung für den Erlass ist zudem, dass die Versicherten für den Nacherhebungszeitraum auf die rückwirkende Erstattung von Leistungen durch die Kasse verzichten.

Ich bitte um eine schriftliche Bestätigung, dass sämtliche zu zahlende Beiträge und darauf entfallende Säumniszuschläge für den Nacherhebungszeitraum erlassen werden.

Mit freundlichen Grüßen

(Unterschrift)

Musterschreiben: Antrag auf Ermäßigung von Beiträgen und Erlass der Säumniszuschlägen bei Anzeige der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V nach dem 31. Dezember 2013 (Var. 2 „Neufallregelung“)

Absender

An
Krankenkasse

Ort, Datum

Antrag auf Ermäßigung von Beiträgen und Erlass der Säumniszuschlägen bei Anzeige der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V (Neufallregelung)

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit zeige ich meine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V an. Ich beantrage die Ermäßigung von Beiträgen und Erlass der Säumniszuschläge. Gleichzeitig erkläre ich, dass ich keine Leistungen der Krankenversicherung in Anspruch genommen habe bzw. den Verzicht auf die Kostenübernahme bzw. Kostenerstattung dieser Leistungen.

Das Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderungen bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung vom i. V. m. den Einheitliche Grundsätze zur Beseitigung finanzieller Überforderung bei Beitragsschulden des GKV-Spitzenverbands sieht vor, dass Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, deren Mitgliedschaft noch nicht festgestellt ist, sämtliche zu zahlende Beiträge für den Zeitraum zwischen Eintritt der Versicherungspflicht bis zum Ende des Monats, der dem Tag der Anzeige vorhergeht (Nacherhebungszeitraum) ermäßigt werden, wenn sie sich nach dem

Stichtag des 31. Dezembers 2013 bei ihrer Krankenkasse melden. Die auf den Nacherhebungszeitraum entfallenden Säumniszuschläge sind zu erlassen.

Voraussetzung für die Ermäßigung der Beiträge ist zudem, dass die Versicherten für den Nacherhebungszeitraum auf die rückwirkende Erstattung von Leistungen durch die Kasse verzichten.

Ich bitte um eine schriftliche Bestätigung, dass sämtliche zu zahlende Beiträge für den Nacherhebungszeitraum ermäßigt und die darauf entfallenden Säumniszuschläge erlassen werden.

Mit freundlichen Grüßen

(Unterschrift)

Musterschreiben: Antrag auf Erlass von Beiträgen und Säumniszuschlägen bei Anzeige der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V bis zum 31. Juli 2013 (Var. 3 „Altfallregelung“)

Absender

An
Krankenkasse

Ort, Datum

Antrag auf Erlass von Beiträgen und Säumniszuschlägen bei Anzeige der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V

Versicherungsnummer: ...

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Bescheid vom ..., Az ... wurde meine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V festgestellt und ich wurde zur Zahlung von Krankenversicherungsbeiträgen und Säumniszuschlägen in Höhe von ... Euro für den Nacherhebungszeitraum aufgefordert.

Ich beantrage den Erlass sämtlicher ausstehender Beiträge und Säumniszuschläge innerhalb des Nacherhebungszeitraums. Ich erkläre, dass ich keine Leistungen der Krankenversicherung in Anspruch genommen habe bzw. den Verzicht auf die Kostenübernahme bzw. Kostenerstattung dieser Leistungen.

Das Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderungen bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung i. V. m. den Einheitliche Grundsätze zur Beseitigung finanzieller Überforderung bei Bei-

tragsschulden des GKV-Spitzenverbands sieht vor, dass Versicherungspflichtigen nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, deren Mitgliedschaft bereits bis zum 31. Juli 2013 festgestellt worden ist, sämtliche zu zahlende Beiträge und die darauf entfallenden Säumniszuschläge für den Zeitraum zwischen Eintritt der Versicherungspflicht und Ende des Monats, der dem Tag der Anzeige vorhergeht (Nacherhebungszeitraum) von ihrer Versicherung erlassen werden. Voraussetzung für den Erlass ist, dass die Versicherten für den Nacherhebungszeitraum auf die rückwirkende Erstattung von Leistungen durch die Kasse verzichten.

Ich bitte um eine schriftliche Bestätigung, dass sämtliche Beiträge und darauf entfallende Säumniszuschläge für den Nacherhebungszeitraum erlassen werden.

Mit freundlichen Grüßen

(Unterschrift)

Musterschreiben: Antrag auf Reduzierung der Säumniszuschläge in Höhe von fünf Prozent auf ein Prozent und Erlass des Differenzbetrags

Absender

An
Krankenkasse

Ort, Datum

Antrag auf Reduzierung der Säumniszuschläge in Höhe von fünf Prozent auf ein Prozent und Erlass des Differenzbetrags

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich die Reduzierung meiner erhöhten Säumniszuschläge von fünf Prozent auf ein Prozent und den Erlass des Differenzbetrags.

Ich war von ... bis ... bei ... (Krankenkasse) krankenversichert. (Alternative: Ich bin seit ... bei ... (Krankenkasse) krankenversichert.)

Mit Bescheid vom ..., Az ... wurde ich zur Zahlung von Säumniszuschlägen in Höhe von fünf Prozent aufgefordert.

Das Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderungen bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung i. V. m. den Einheitlichen Grundsätzen zur Beseitigung finanzieller Überforderung bei Beitragsschulden (EGBfÜB) des GKV-Spitzenverbands sieht vor, dass noch nicht gezahlte erhöhte Säumniszuschläge, die nicht erlassen werden, rückwirkend von fünf auf ein Prozent abgesenkt und der Differenzbetrag erlassen werden, § 4 EGBfÜB.

Ich bitte um schriftliche Bestätigung, dass sämtliche Säumniszuschläge von fünf auf ein Prozent reduziert und der Differenzbetrag erlassen werden.

Mit freundlichen Grüßen

(Unterschrift)

Anhang: Rechtsgrundlagen (Stand: 07.10.2013)

I. SGB IV (Auszug)

§ 18 SGB IV Bezugsgröße

(1) Bezugsgröße im Sinne der Vorschriften für die Sozialversicherung ist, soweit in den besonderen Vorschriften für die einzelnen Versicherungszweige nichts Abweichendes bestimmt ist, das Durchschnittsentgelt der gesetzlichen Rentenversicherung im vorvergangenen Kalenderjahr, aufgerundet auf den nächsthöheren, durch 420 teilbaren Betrag. (Hinweis: Gem. § 2 Absatz 1 Sozialversicherungs-RechengrößenVO 2013 beträgt die Bezugsgröße für die Sozialversicherung im Jahr 2013 jährlich 32 340 Euro und monatlich 2 695 Euro)

(2) Die Bezugsgröße für das Beitrittsgebiet (Bezugsgröße [Ost]) verändert sich zum 1. Januar eines jeden Kalenderjahres auf den Wert, der sich ergibt, wenn der für das vorvergangene Kalenderjahr geltende Wert der Anlage 1 zum Sechsten Buch durch den für das Kalenderjahr der Veränderung bestimmten vorläufigen Wert der Anlage 10 zum Sechsten Buch geteilt wird, aufgerundet auf den nächsthöheren, durch 420 teilbaren Betrag. (Hinweis: Gem. § 2 Absatz 2 Sozialversicherungs-RechengrößenVO 2013 beträgt die Bezugsgröße (Ost) für die Sozialversicherung im Jahr 2013 jährlich 27 300 Euro und monatlich 2 275 Euro)

(3) Beitrittsgebiet ist das in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannte Gebiet.

§ 24 SGB IV Säumniszuschlag

(1) Für Beiträge und Beitragsvorschüsse, die der Zahlungspflichtige nicht bis zum Ablauf des Fälligkeitstages gezahlt hat, ist für jeden angefangenen Monat der Säumnis ein Säumniszuschlag von eins vom Hundert des rückständigen, auf 50 Euro nach unten abgerundeten Betrages zu zahlen. Bei einem rückständigen Betrag unter 100 Euro ist der Säumniszuschlag nicht zu erheben, wenn dieser gesondert schriftlich anzufordern wäre.

(2) Wird eine Beitragsforderung durch Bescheid mit Wirkung für die Vergangenheit festgestellt, ist ein darauf entfallender Säumniszuschlag nicht zu erheben, soweit der Beitragsschuldner glaubhaft macht, dass er unverschuldet keine Kenntnis von der Zahlungspflicht hatte.

II. SGB V (Auszug)

§ 5 SGB V Versicherungspflicht

(1) Versicherungspflichtig sind

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,
2. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld nach dem Dritten Buch beziehen oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch ab Beginn des zweiten Monats bis zur zwölften Woche einer Sperrzeit (§ 159 des Dritten Buches) oder ab Beginn des zweiten Monats wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 157 Absatz 2 des Dritten Buches) ruht; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,
 - 2a. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch beziehen, soweit sie nicht familienversichert sind, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 24 Absatz 3 Satz 1 des Zweiten Buches bezogen werden; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,
3. Landwirte, ihre mitarbeitenden Familienangehörigen und Altenteiler nach näherer Bestimmung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte,
4. Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes,
5. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
6. Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Abklärungen der beruflichen Eignung oder Arbeits-erprobung, es sei denn, die Maßnahmen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht,

7. behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in Blindenwerkstätten im Sinne des § 143 des Neunten Buches oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind,

8. behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die einem Fünftel der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung,

9. Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, unabhängig davon, ob sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben, wenn für sie auf Grund über- oder zwischenstaatlichen Rechts kein Anspruch auf Sachleistungen besteht, bis zum Abschluß des vierzehnten Fachsemesters, längstens bis zur Vollendung des dreißigsten Lebensjahres; Studenten nach Abschluß des vierzehnten Fachsemesters oder nach Vollendung des dreißigsten Lebensjahres sind nur versicherungspflichtig, wenn die Art der Ausbildung oder familiäre sowie persönliche Gründe, insbesondere der Erwerb der Zugangsvoraussetzungen in einer Ausbildungsstätte des Zweiten Bildungswegs, die Überschreitung der Altersgrenze oder eine längere Fachstudienzeit rechtfertigen,

10. Personen, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten, sowie zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigte; Auszubildende des Zweiten Bildungswegs, die sich in einem förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnitts nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz befinden, sind Praktikanten gleichgestellt,

11. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruchs mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte des Zeitraums Mitglied oder nach § 10 versichert waren,

11a. Personen, die eine selbständige künstlerische oder publizistische Tätigkeit vor dem 1. Januar 1983 aufgenommen haben, die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie mindestens neun Zehntel des Zeitraums zwischen dem 1. Januar 1985 und der Stellung des Rentenanspruchs nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren; für Personen, die am 3. Oktober 1990 ihren Wohnsitz im Beitrittsgebiet hatten, ist anstelle des 1. Januar 1985 der 1. Januar 1992 maßgebend,

12. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie zu den in § 1 oder § 17a des Fremdrentengesetzes oder zu den in § 20 des Gesetzes zur Wiedergutmachung nationalsozialistischen Unrechts in der Sozialversicherung genannten Personen gehören und ihren Wohnsitz innerhalb der letzten 10 Jahre vor der Stellung des Rentenanspruchs in das Inland verlegt haben,

13. Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und

- a) zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder
- b) bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in Absatz 5 oder den in § 6 Abs. 1 oder 2 genannten Personen gehören oder bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten.

(2) Der nach Absatz 1 Nr. 11 erforderlichen Mitgliedszeit steht bis zum 31. Dezember 1988 die Zeit der Ehe mit einem Mitglied gleich, wenn die mit dem Mitglied verheiratete Person nicht mehr als nur geringfügig beschäftigt oder geringfügig selbständig tätig war. Bei Personen, die ihren Rentenanspruch aus der Versicherung einer anderen Person ableiten, gelten die Voraussetzungen des Absatzes 1 Nr. 11 oder 12 als erfüllt, wenn die andere Person diese Voraussetzungen erfüllt hatte.

(3) Als gegen Arbeitsentgelt beschäftigte Arbeiter und Angestellte im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 gelten Bezieher von Vorruhestandsgeld, wenn sie unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes versicherungspflichtig waren und das Vorruhestandsgeld mindestens in Höhe von 65 vom Hundert des Bruttoarbeitsentgelts im Sinne des § 3 Abs. 2 des Vorruhestandsgesetzes gezahlt wird.

(4) Als Bezieher von Vorruhestandsgeld ist nicht versicherungspflichtig, wer im Ausland seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einem Staat hat, mit dem für Arbeitnehmer mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt in diesem Staat keine über- oder zwischenstaatlichen Regelungen über Sachleistungen bei Krankheit bestehen.

(4a) Auszubildende, die im Rahmen eines Berufsausbildungsvertrages nach dem Berufsbildungsgesetz in einer außerbetrieblichen Einrichtung ausgebildet werden, stehen den Beschäftigten zur Berufsausbildung im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 gleich. Teilnehmer an dualen Studiengängen stehen den Beschäftigten zur Berufsausbildung im Sinne des Absatzes 1 Nummer 1 gleich. Als zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 gelten Personen, die

als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden.

(5) Nach Absatz 1 Nr. 1 oder 5 bis 12 ist nicht versicherungspflichtig, wer hauptberuflich selbständig erwerbstätig ist.

(5a) Nach Absatz 1 Nr. 2a ist nicht versicherungspflichtig, wer unmittelbar vor dem Bezug von Arbeitslosengeld II privat krankenversichert war oder weder gesetzlich noch privat krankenversichert war und zu den in Absatz 5 oder den in § 6 Abs. 1 oder 2 genannten Personen gehört oder bei Ausübung seiner beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätte. Satz 1 gilt nicht für Personen, die am 31. Dezember 2008 nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a versicherungspflichtig waren, für die Dauer ihrer Hilfebedürftigkeit.

(6) Nach Absatz 1 Nr. 5 bis 7 oder 8 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 versicherungspflichtig ist. Trifft eine Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 6 mit einer Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 7 oder 8 zusammen, geht die Versicherungspflicht vor, nach der die höheren Beiträge zu zahlen sind.

(7) Nach Absatz 1 Nr. 9 oder 10 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 bis 8, 11 oder 12 versicherungspflichtig oder nach § 10 versichert ist, es sei denn, der Ehegatte, der Lebenspartner oder das Kind des Studenten oder Praktikanten ist nicht versichert. Die Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 9 geht der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 10 vor.

(8) Nach Absatz 1 Nr. 11 oder 12 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 bis 7 oder 8 versicherungspflichtig ist. Satz 1 gilt für die in § 190 Abs. 11a genannten Personen entsprechend. Bei Beziehern einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, die nach dem 31. März 2002 nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 versicherungspflichtig geworden sind, deren Anspruch auf Rente schon an diesem Tag bestand und die bis zu diesem Zeitpunkt nach § 10 oder nach § 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte versichert waren, aber nicht die Vorversicherungszeit des § 5 Abs. 1 Nr. 11 in der seit dem 1. Januar 1993 geltenden Fassung erfüllt hatten und deren Versicherung nach § 10 oder nach § 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte nicht von einer der in § 9 Abs. 1 Nr. 6 genannten Personen abgeleitet worden ist, geht die Versicherung nach § 10 oder nach § 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte der Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 vor.

(8a) Nach Absatz 1 Nr. 13 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 bis 12 versicherungspflichtig, freiwilliges Mitglied oder nach § 10 versichert ist. Satz 1 gilt entsprechend für Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches und für Empfänger laufender Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes. Satz 2 gilt auch, wenn der Anspruch auf diese Leistungen für weniger als einen Monat unterbrochen wird. Der Anspruch auf Leistungen nach § 19 Abs. 2 gilt nicht als Absicherung im Krankheitsfall im Sinne von Absatz 1 Nr. 13, sofern im Anschluss daran kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall besteht.

(9) Kommt eine Versicherung nach den §§ 5, 9 oder 10 nach Kündigung des Versicherungsvertrages nicht zu Stande oder endet eine Versicherung nach den §§ 5 oder 10 vor Erfüllung der Vorversicherungszeit nach § 9, ist das private Krankenversicherungsunternehmen zum erneuten Abschluss eines Versicherungsvertrages verpflichtet, wenn der vorherige Vertrag für mindestens fünf Jahre vor seiner Kündigung ununterbrochen bestanden hat. Der Abschluss erfolgt ohne Risikoprüfung zu gleichen Tarifbedingungen, die zum Zeitpunkt der Kündigung bestanden haben; die bis zum Ausscheiden erworbenen Alterungsrückstellungen sind dem Vertrag zuzuschreiben. Wird eine gesetzliche Krankenversicherung nach Satz 1 nicht begründet, tritt der neue Versicherungsvertrag am Tag nach der Beendigung des vorhergehenden Versicherungsvertrages in Kraft. Endet die gesetzliche Krankenversicherung nach Satz 1 vor Erfüllung der Vorversicherungszeit, tritt der neue Versicherungsvertrag am Tag nach Beendigung der gesetzlichen Krankenversicherung in Kraft. Die Verpflichtung nach Satz 1 endet drei Monate nach der Beendigung des Versicherungsvertrages, wenn eine Versicherung nach den §§ 5, 9 oder 10 nicht begründet wurde. Bei Beendigung der Versicherung nach den §§ 5 oder 10 vor Erfüllung der Vorversicherungszeiten nach § 9 endet die Verpflichtung nach Satz 1 längstens zwölf Monate nach der Beendigung des privaten Versicherungsvertrages. Die vorstehenden Regelungen zum Versicherungsvertrag sind auf eine Anwartschaftsversicherung in der privaten Krankenversicherung entsprechend anzuwenden.

(10) [nicht belegt]

(11) Ausländer, die nicht Angehörige eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, Angehörige eines Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder Staatsangehörige der Schweiz sind, werden von der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 13 erfasst, wenn sie eine Niederlassungserlaubnis oder eine Aufenthaltserlaubnis mit einer Befristung auf mehr als zwölf Monate nach dem Aufenthaltsgesetz besitzen und für die Erteilung dieser Aufenthaltstitel keine Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhalts nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 des Aufenthaltsgesetzes besteht. Angehörige eines anderen Mitgliedstaates der Europäischen Union, Angehörige eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder Staatsangehörige der Schweiz werden von der Versiche-

rungspflicht nach Absatz 1 Nr. 13 nicht erfasst, wenn die Voraussetzung für die Wohnortnahme in Deutschland die Existenz eines Krankenversicherungsschutzes nach § 4 des Freizügigkeitsgesetzes/EU ist. Bei Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz liegt eine Absicherung im Krankheitsfall bereits dann vor, wenn ein Anspruch auf Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt nach § 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes dem Grunde nach besteht.

§ 16 SGB V Ruhen des Anspruchs

(1) Der Anspruch auf Leistungen ruht, solange Versicherte

1. sich im Ausland aufhalten, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthalts erkranken, soweit in diesem Gesetzbuch nichts Abweichendes bestimmt ist,

2. Dienst auf Grund einer gesetzlichen Dienstpflicht oder Dienstleistungen und Übungen nach dem Vierten Abschnitt des Soldatengesetzes leisten,

2a. in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes stehen,

3. nach dienstrechtlichen Vorschriften Anspruch auf Heilfürsorge haben oder als Entwicklungshelfer Entwicklungsdienst leisten,

4. sich in Untersuchungshaft befinden, nach § 126a der Strafprozeßordnung einstweilen untergebracht sind oder gegen sie eine Freiheitsstrafe oder freiheitsentziehende Maßregel der Besserung und Sicherung vollzogen wird, soweit die Versicherten als Gefangene Anspruch auf Gesundheitsfürsorge nach dem Strafvollzugsgesetz haben oder sonstige Gesundheitsfürsorge erhalten.

Satz 1 gilt nicht für den Anspruch auf Mutterschaftsgeld.

(2) Der Anspruch auf Leistungen ruht, soweit Versicherte gleichartige Leistungen von einem Träger der Unfallversicherung im Ausland erhalten.

(3) Der Anspruch auf Leistungen ruht, soweit durch das Seearbeitsgesetz für den Fall der Erkrankung oder Verletzung Vorsorge getroffen ist. Er ruht insbesondere, solange sich das Besatzungsmitglied an Bord des Schiffes oder auf der Reise befindet, es sei denn, das Besatzungsmitglied hat nach § 100 Absatz 1 des Seearbeitsgesetzes die Leistungen der Krankenkasse gewählt oder der Reeder hat das Besatzungsmitglied nach § 100 Absatz 2 des Seearbeitsgesetzes an die Krankenkasse verwiesen.

(3a) Der Anspruch auf Leistungen für nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherte, die mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand sind und trotz Mahnung nicht zahlen, ruht nach näherer Bestimmung des § 16 Abs. 2 des Künstlersozialversicherungsgesetzes. Satz 1 gilt entsprechend für Mitglieder nach den Vorschriften dieses Buches, die mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand sind und trotz Mahnung nicht zahlen, ausgenommen sind Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 und Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind; das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile gezahlt sind oder wenn Versicherte hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches werden. Ist eine wirksame Ratenzahlungsvereinbarung zu Stande gekommen, hat das Mitglied ab diesem Zeitpunkt wieder Anspruch auf Leistungen, solange die Raten vertragsgemäß entrichtet werden.

(4) Der Anspruch auf Krankengeld ruht nicht, solange sich Versicherte nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit mit Zustimmung der Krankenkasse im Ausland aufhalten.

§ 256a SGB V Ermäßigung und Erlass von Beitragsschulden und Säumniszuschlägen

(1) Zeigt ein Versicherter das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 erst nach einem der in § 186 Absatz 11 Satz 1 und 2 genannten Zeitpunkte an, soll die Krankenkasse die für die Zeit seit dem Eintritt der Versicherungspflicht nachzuzahlenden Beiträge angemessen ermäßigen; darauf entfallende Säumniszuschläge nach § 24 des Vierten Buches sind vollständig zu erlassen.

(2) Erfolgt die Anzeige nach Absatz 1 bis zum 31. Dezember 2013, soll die Krankenkasse den für die Zeit seit dem Eintritt der Versicherungspflicht nachzuzahlenden Beitrag und die darauf entfallenden Säumniszuschläge nach § 24 des

Vierten Buches erlassen. Satz 1 gilt für bis zum 31. Juli 2013 erfolgte Anzeigen der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 für noch ausstehende Beiträge und Säumniszuschläge entsprechend.

(3) Die Krankenkasse hat für Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 sowie für freiwillige Mitglieder noch nicht gezahlte Säumniszuschläge in Höhe der Differenz zwischen dem nach § 24 Absatz 1a des Vierten Buches in der bis zum 31. Juli 2013 geltenden Fassung erhobenen Säumniszuschlag und dem sich bei Anwendung des in § 24 Absatz 1 des Vierten Buches ergebenden Säumniszuschlag zu erlassen.

(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regelt das Nähere zur Ermäßigung und zum Erlass von Beiträgen und Säumniszuschlägen nach den Absätzen 1 bis 3, insbesondere zu einem Verzicht auf die Inanspruchnahme von Leistungen als Voraussetzung für die Ermäßigung oder den Erlass. Die Regelungen nach Satz 1 bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und sind diesem spätestens bis zum 15. September 2013 vorzulegen.

III. Einheitliche Grundsätze zur Beseitigung finanzieller Überforderung bei Beitragsschulden (Regelung des GKV Spitzenverbands)

§ 1 Ermäßigung von Beiträgen und Erlass von Säumniszuschlägen bei Anzeige der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V nach dem 31. Dezember 2013

(1) Zeigt ein Versicherter das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V erst nach einem der in § 186 Abs. 11 Satz 1 oder 2 SGB V genannten Zeitpunkte an, sind die für die Zeit seit dem Beginn der Versicherungspflicht bis zum Ende des Monats, der dem Tag der Anzeige vorhergeht (Nacherhebungszeitraum), zu zahlenden Beiträge auf den Betrag zu ermäßigen, der sich unter Zugrundelegung einer beitragspflichtigen Einnahme in Höhe von 10 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV für den Kalendermonat ergibt. Die Ermäßigung erfasst nicht den vom Rentenversicherungsträger bei Bezug einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 249a SGB V zu tragenden Beitragsanteil. Eine Ermäßigung der Beiträge setzt voraus, dass das Mitglied schriftlich erklärt, während des Nacherhebungszeitraums Leistungen für sich nicht in Anspruch genommen zu haben oder im Falle in Anspruch genommener Leistungen auf eine Kostenübernahme oder Kostenerstattung zu verzichten. Eine Ermäßigung der Beiträge scheidet aus, wenn der Nacherhebungszeitraum nicht mehr als drei Monate umfasst.

(2) Sofern im Falle der Ermäßigung von Beiträgen nach Absatz 1 auf die Beitragsforderung für den Nacherhebungszeitraum Säumniszuschläge nach § 24 SGB IV zu erheben sind, sind diese zu erlassen. Die Erhebung von Säumniszuschlägen bei Nichtzahlung der Beitragsforderung bleibt unberührt.

§ 2 Erlass von Beiträgen und Säumniszuschlägen bei Anzeige der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V bis zum 31. Dezember 2013

(1) Zeigt ein Versicherter das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V bis zum 31. Dezember 2013 an, sind die für die Zeit seit dem Beginn der Versicherungspflicht bis zum Ende des Monats, der dem Tag der Anzeige vorhergeht (Nacherhebungszeitraum), zu zahlenden Beiträge zu erlassen. Für den Erlass ist für jeden Monat des Nacherhebungszeitraums ein Beitrag anzunehmen, der dem Beitrag entspricht, der für den ersten Monat nach dem Nacherhebungszeitraum nach Maßgabe des § 227 SGB V zu erheben ist. Der Erlass erfasst nicht den vom Rentenversicherungsträger bei Bezug einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 249a SGB V zu tragenden Beitragsanteil. Ein Erlass der Beiträge setzt voraus, dass das Mitglied schriftlich erklärt, während des Nacherhebungszeitraums Leistungen für sich nicht in Anspruch genommen zu haben oder im Falle in Anspruch genommener Leistungen auf eine Kostenübernahme oder Kostenerstattung zu verzichten. Ein Erlass der Beiträge scheidet aus, wenn der Nacherhebungszeitraum nicht mehr als drei Monate umfasst.

(2) Sofern im Falle des Erlasses von Beiträgen nach Absatz 1 auf die Beitragsforderung für den Nacherhebungszeitraum Säumniszuschläge nach § 24 SGB IV zu erheben sind, sind diese zu erlassen.

§ 3 Erlass von Beiträgen und Säumniszuschlägen bei Anzeige der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V bis zum 31. Juli 2013

(1) Hat ein Versicherter das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V bis zum 31. Juli 2013 angezeigt, sind die für die Zeit seit dem Beginn der Versicherungspflicht bis zum Ende des Monats, der dem Tag der Anzeige vorhergeht (Nacherhebungszeitraum), noch nicht gezahlten Beiträge zu erlassen. Ein Erlass der Beiträge setzt voraus, dass das Mitglied schriftlich erklärt, während des Nacherhebungszeitraums Leistungen für sich nicht in Anspruch genommen zu haben oder im Falle in Anspruch genommener Leistungen auf eine Kostenübernahme

oder Kostenerstattung zu verzichten. Ein Erlass der Beiträge scheidet aus, wenn der Nacherhebungszeitraum nicht mehr als drei Monate umfasst. Der Erlass setzt bei geschlossenen Beitragskonten grundsätzlich einen Antrag voraus.

(2) Sofern im Falle des Erlasses von Beiträgen nach Absatz 1 auf die Beitragsforderung für den Nacherhebungszeitraum Säumniszuschläge nach § 24 SGB IV zu erheben waren, sind diese zu erlassen. Gleiches gilt für Vollstreckungskosten, Gebühren und Zinsen. Absatz 1 Satz 4 gilt entsprechend.

§ 4 Erlass erhöhter Säumniszuschläge

Noch nicht gezahlte Säumniszuschläge in Höhe der Differenz zwischen dem nach § 24 Abs. 1a SGB IV in der bis zum 31. Juli 2013 geltenden Fassung erhobenen Säumniszuschlag und dem sich bei Anwendung des § 24 Abs. 1 SGB IV ergebenden Säumniszuschlag sind für Mitglieder nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V sowie für freiwillige Mitglieder zu erlassen. Der Erlass setzt bei geschlossenen Beitragskonten grundsätzlich einen Antrag voraus.

§ 5 Sachlicher Anwendungsbereich

Beiträge im Sinne der Regelungen der §§ 1 bis 3 sind die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung und zur sozialen Pflegeversicherung.

§ 6 Inkrafttreten, Bekanntmachung

(1) Die Grundsätze treten am Tag nach der Beschlussfassung durch den Verwaltungsrat in Kraft. Sie werden nach der Zustimmung durch das Bundesministerium für Gesundheit wirksam.

(2) Die Grundsätze werden im elektronischen Bundesanzeiger und auf der Internetseite des GKV Spitzenverbandes bekannt gemacht.

IV. VAG

§ 12h Notlagentarif

(1) Nichtzahler nach § 193 Absatz 7 des Versicherungsvertragsgesetzes bilden einen Tarif im Sinne des § 12b Absatz 2 Satz 1. Der Notlagentarif sieht ausschließlich die Aufwunderstattung 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 beim Robert Koch-Institut gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfiehlt, zu erstatten.

(2) Für alle im Notlagentarif Versicherten ist eine einheitliche Prämie zu kalkulieren, im Übrigen gilt § 12 Absatz 1 Nummer 1 und 2. Für Versicherte, deren Vertrag nur die Erstattung eines Prozentsatzes der entstandenen Aufwendungen vorsieht, gewährt der Notlagentarif Leistungen in Höhe von 20, 30 oder 50 Prozent der versicherten Behandlungskosten. § 12 Absatz 1c Satz 1 bis 3 gilt entsprechend. Die kalkulierten Prämien aus dem Notlagentarif dürfen nicht höher sein, als es zur Deckung der Aufwendungen für Versicherungsfälle aus dem Tarif erforderlich ist. Mehraufwendungen, die zur Gewährleistung der in Satz 3 genannten Begrenzungen entstehen, sind gleichmäßig auf alle Versicherungsnehmer des Versicherers mit einer Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Absatz 3 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes erfüllt, zu verteilen. Auf die im Notlagentarif zu zahlende Prämie ist die Alterungsrückstellung in der Weise anzurechnen, dass bis zu 25 Prozent der monatlichen Prämie durch Entnahme aus der Alterungsrückstellung geleistet werden.

V. VVG

§ 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht

(1) Die Krankenversicherung kann auf die Person des Versicherungsnehmers oder eines anderen genommen werden. Versicherte Person ist die Person, auf welche die Versicherung genommen wird.

(2) Soweit nach diesem Gesetz die Kenntnis und das Verhalten des Versicherungsnehmers von rechtlicher Bedeutung sind, ist bei der Versicherung auf die Person eines anderen auch deren Kenntnis und Verhalten zu berücksichtigen.

(3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5 000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5 000 Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die

1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder
2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder
3. Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben oder
4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.

Ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter Krankheitskostenversicherungsvertrag genügt den Anforderungen des Satzes 1.

(4) Wird der Vertragsabschluss später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht nach Absatz 3 Satz 1 beantragt, ist ein Prämienzuschlag zu entrichten. Dieser beträgt einen Monatsbeitrag für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel eines Monatsbeitrags. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war. Der Prämienzuschlag ist einmalig zusätzlich zur laufenden Prämie zu entrichten. 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. Wird der Vertragsabschluss bis zum 31. Dezember 2013 beantragt, ist kein Prämienzuschlag zu entrichten. 8Dies gilt für bis zum 31. Juli 2013 abgeschlossene Verträge für noch ausstehende Prämienzuschläge nach Satz 1 entsprechend.

(5) Der Versicherer ist verpflichtet,

1. allen freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten
 - a) innerhalb von sechs Monaten nach Einführung des Basistarifes,
 - b) innerhalb von sechs Monaten nach Beginn der im Fünften Buch Sozialgesetzbuch vorgesehenen Wechselmöglichkeit im Rahmen ihres freiwilligen Versicherungsverhältnisses,
2. allen Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sind, nicht zum Personenkreis nach Nummer 1 oder Absatz 3 Satz 2 Nr. 3 und 4 gehören und die nicht bereits eine private Krankheitskostenversicherung mit einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen vereinbart haben, die der Pflicht nach Absatz 3 genügt,
3. Personen, die beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben, soweit sie zur Erfüllung der Pflicht nach Absatz 3 Satz 1 ergänzenden Versicherungsschutz benötigen,
4. allen Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die eine private Krankheitskostenversicherung im Sinn des Absatzes 3 mit einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen vereinbart haben und deren Vertrag nach dem 31. Dezember 2008 abgeschlossen wird,

Versicherung im Basistarif nach § 12 Abs. 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes zu gewähren. Ist der private Krankheitskostenversicherungsvertrag vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen, kann bei Wechsel oder Kündigung des Vertrags der Abschluss eines Vertrags im Basistarif beim eigenen oder einem anderen Versicherungsunternehmen unter Mitnahme der Alterungsrückstellungen gemäß § 204 Abs. 1 nur bis zum 30. Juni 2009 verlangt werden. Der Antrag muss bereits dann angenommen werden, wenn bei einer Kündigung eines Vertrags bei einem anderen Versicherer die Kündigung nach § 205 Abs. 1 Satz 1 noch nicht wirksam geworden ist. Der Antrag darf nur abgelehnt werden, wenn der Antragsteller bereits bei dem Versicherer versichert war und der Versicherer

1. den Versicherungsvertrag wegen Drohung oder arglistiger Täuschung angefochten hat oder
2. vom Versicherungsvertrag wegen einer vorsätzlichen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht zurückgetreten ist.

(6) Ist der Versicherungsnehmer in einer der Pflicht nach Absatz 3 genügenden Versicherung mit einem Betrag in Höhe von Prämienanteilen für zwei Monate im Rückstand, hat ihn der Versicherer zu mahnen. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Prämienrückstandes an Stelle von Verzugszinsen einen Säumniszuschlag in Höhe von 1 Prozent des Prämienrückstandes zu entrichten. Ist der Prämienrückstand einschließlich der Säumniszuschläge

zwei Monate nach Zugang der Mahnung höher als der Prämienanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer ein zweites Mal und weist auf die Folgen nach Satz 4 hin. Ist der Prämienrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Prämienanteil für einen Monat, ruht der Vertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Das Ruhen des Vertrages tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch ist oder wird; die Hilfebedürftigkeit ist auf Antrag des Versicherungsnehmers vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch zu bescheinigen.

(7) Solange der Vertrag ruht, gilt der Versicherungsnehmer als im Notlagentarif nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert. Risikozuschläge, Leistungsausschlüsse und Selbstbehalte entfallen während dieser Zeit. Der Versicherer kann verlangen, dass Zusatzversicherungen ruhen, solange die Versicherung nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes besteht. Ein Wechsel in den oder aus dem Notlagentarif nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes ist ausgeschlossen. Ein Versicherungsnehmer, dessen Vertrag nur die Erstattung eines Prozentsatzes der entstandenen Aufwendungen vorsieht, gilt als in einer Variante des Notlagentarifs nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert, die Leistungen in Höhe von 20, 30 oder 50 Prozent der versicherten Behandlungskosten vorsieht, abhängig davon, welcher Prozentsatz dem Grad der vereinbarten Erstattung am nächsten ist.

(8) Der Versicherer übersendet dem Versicherungsnehmer in Textform eine Mitteilung über die Fortsetzung des Vertrages im Notlagentarif nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes und über die zu zahlende Prämie. Dabei ist der Versicherungsnehmer in herausgehobener Form auf die Folgen der Anrechnung der Alterungsrückstellung nach § 12h Absatz 2 Satz 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes für die Höhe der künftig zu zahlenden Prämie hinzuweisen. Angaben zur Versicherung im Notlagentarif nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes kann der Versicherer auf einer elektronischen Gesundheitskarte nach § 291a Absatz 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vermerken.

(9) 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. Dabei ist der Versicherungsnehmer so zu stellen, wie er vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes stand, abgesehen von den während der Ruhenszeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhenszeit vorgenommene Prämienanpassungen und Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gelten ab dem Tag der Fortsetzung.

(10) Hat der Versicherungsnehmer die Krankenversicherung auf die Person eines anderen genommen, gelten die Absätze 6 bis 9 für die versicherte Person entsprechend.

(11) Bei einer Versicherung im Basistarif nach § 12 des Versicherungsaufsichtsgesetzes kann das Versicherungsunternehmen verlangen, dass Zusatzversicherungen ruhen, wenn und solange ein Versicherter auf die Halbierung des Beitrags nach § 12 Abs. 1c des Versicherungsaufsichtsgesetzes angewiesen ist.