

Einheitliche Grundsätze zur Beseitigung finanzieller Überforderung bei Beitragsschulden

vom 4. September 2013¹

Auf der Grundlage des § 256a Abs. 4 SGB V, der durch Artikel 1 Nr. 2d des Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung vom 15. Juli 2013 (BGBl I S. 2423) eingefügt worden ist,

regelt der GKV-Spitzenverband² einheitlich für alle Krankenkassen:

§ 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.

¹ Das Bundesministerium für Gesundheit hat den Einheitlichen Grundsätzen zur Beseitigung finanzieller Überforderung bei Beitragsschulden vom 4. September 2013 am 16. September 2013 zugestimmt.

² Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 217a SGB V.



(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 (Nacherhe-



bungszeitraum), 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.



Begründung

Allgemeiner Teil

Mit dem Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung vom 15. Juli 2013 (BGBl I S. 2423) ist der erhöhte Säumniszuschlag in Höhe von 5 vom Hundert des gerundeten rückständigen Beitrags zur Kranken- und Pflegeversicherung, der von den Versicherungspflichtigen nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V sowie von freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem zweiten Rückstandsmonat zu erheben war (§ 24 Abs. 1a SGB IV), ab 1. August 2013 abgeschafft worden. Gleichzeitig haben die Krankenkassen nach § 256a Abs. 3 SGB V die für die Vergangenheit erhobenen, aber noch nicht gezahlten Säumniszuschläge im Umfang der Differenz zwischen dem erhöhten Säumniszuschlag und dem regulären Säumniszuschlag (§ 24 Abs. 1 SGB IV) zu erlassen. Darüber hinaus sind in § 256a Abs. 1 und 2 SGB V weitere Maßnahmen vorgesehen, die auf den Abbau und die Vermeidung von Beitragsschulden für die Gruppe der Versicherungspflichtigen nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V abzielen:

- Ø Für Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, deren Mitgliedschaft bereits bis zum 31. Juli 2013 festgestellt worden ist, sollen die für den Zeitraum zwischen dem Eintritt der Versicherungspflicht und der Anzeige der Voraussetzungen der Versicherungspflicht bei der Krankenkasse bereits festgestellten Beitragsansprüche, die noch nicht gezahlt worden sind, sowie darauf entfallende Säumniszuschläge erlassen werden („Altfallregelung“).
- Ø Für Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, deren Mitgliedschaft noch nicht festgestellt worden ist und die sich bis zum Stichtag 31. Dezember 2013 bei der Krankenkasse melden, sollen sämtliche für den Zeitraum zwischen dem Eintritt der Versicherungspflicht und der Anzeige der Voraussetzungen der Versicherungspflicht bei der Krankenkasse festgestellten Beitragsansprüche sowie darauf entfallende Säumniszuschläge erlassen werden („Stichtagsregelung“).
- Ø Für Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, die sich erst nach dem Stichtag 31. Dezember 2013 bei der Krankenkasse melden, sollen die für den Zeitraum zwischen dem Eintritt der Versicherungspflicht und der Anzeige der Voraussetzungen der Versicherungspflicht bei der Krankenkasse festgestellten Beitragsansprüche ermäßigt werden („Neufallregelung“).



Die Ausgestaltung der näheren Voraussetzungen für den Erlass von Beiträgen bzw. den Umfang der Beitragsermäßigung im Sinne des § 256a Abs. 1 bis 3 SGB V ist dem GKV-Spitzenverband nach § 256a Abs. 4 SGB V übertragen. Den damit einhergehenden Regelungsauftrag erfüllt der GKV-Spitzenverband mit den vorliegenden Einheitlichen Grundsätzen zur Beseitigung finanzieller Überforderung bei Beitragsschulden.

Die gesetzlichen Vorschriften in § 256a Abs. 1 und 2 SGB V sind als so genannte intendierte Ermessensentscheidungen ausgestaltet („... soll die Krankenkasse ...“). Das bedeutet, dass die Entscheidung zwar grundsätzlich in das Ermessen der Krankenkasse gestellt ist, der Gesetzgeber aber vorgegeben hat, wie im Regelfall die Ermessensentscheidung auszusehen hat. Der GKV-Spitzenverband hat im Rahmen seines Regelungsauftrags die Ausgestaltung der Bedingungen für eine Beitragsermäßigung und einen Erlass von Beiträgen und Säumniszuschlägen konkret vorgegeben. Danach besteht kein weiterer Ermessensspielraum für die Krankenkasse. Dementsprechend bedarf es in diesen Fällen, in denen die Krankenkasse dem gesetzlich vorgegebenen Regelfall zu folgen hat, keiner gesonderten Begründung der Entscheidung.

Besonderer Teil

zu § 1

Die Regelung zur Beitragsermäßigung für Versicherte, die 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 für den Beginn der Mitgliedschaft definierten Zeitpunkte (frühestens 1. April 2007) anzeigen, basiert auf § 256a Abs. 1 SGB V. Sie wird ab 2014 relevant. Für Anzeigen über das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V bis zum 31. Dezember 2013 findet die für den Versicherten günstigere Regelung des § 2 Anwendung.

Die Beitragsermäßigung ist der bisherigen, auf § 186 Abs. 11 Satz 4 SGB V basierenden Satzungsregelung der Krankenkassen bzw. der hierzu ergangenen Empfehlung der (ehemaligen) Spitzenverbände der Krankenkassen nachgebildet. Der Anwendungsbereich der neuen Regelung setzt im Unterschied zur bisherigen Regelung in § 186 Abs. 11 Satz 4 SGB V jedoch nicht voraus, dass der Versicherte die verspätete Feststellung der Versicherungspflicht unverschuldet nicht zu vertreten hat. Die Gründe, die zur verspäteten Anzeige geführt haben, bleiben daher unberücksichtigt. Es ist davon auszugehen und entspricht der Intention des Gesetzgebers, dass die Anzahl der Personen, bei denen das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V erst ab dem Jahr 2014 festgestellt und für die die dargestellte Beitragsermä-



Bigung relevant wird, überschaubar ist und zudem rückläufig sein wird. Dies liegt zum einen daran, dass mit der Stichtagsregelung für den Erlass von Beiträgen nach § 256a Abs. 2 Satz 1 SGB V in Verb. mit § 2 ein großer Anreiz zur zeitnahen Meldung für diejenigen Personen geschaffen wurde, die noch immer ohne festgestellte Mitgliedschaft durch eine Krankenkasse sind. Darüber hinaus werden mögliche Versicherungslücken, die nach dem Ende einer Pflichtversicherung oder einer Familienversicherung entstehen konnten und mit Blick auf eine spätere Feststellung der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V unter Umständen zu erheblichen Beitragsnacherhebungen geführt haben, künftig im Rahmen der „obligatorischen Anschlussversicherung“ im Status einer freiwilligen Mitgliedschaft (vgl. § 188 Abs. 4 SGB V) geschlossen, sodass für die zu einer nachrangigen Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V führenden Sachverhalte kaum Raum mehr bleibt.

Die Beitragsermäßigung findet in dem Umfang statt, wie auch freiwilligen Mitgliedern im Rahmen der beitragsrechtlichen Anwartschaftsversicherung eine Reduzierung ihrer beitragspflichtigen Einnahmen einzuräumen ist. Dies ist sachgerecht, weil auch in der Anwartschaftsversicherung die Leistungsansprüche ruhen. Sofern eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung bezogen wird, ist zu berücksichtigen, dass die Ermäßigung nicht den vom Rentenversicherungsträger nach § 249a SGB V zu tragenden Beitragsanteil erfasst. Diese Besonderheit trägt dem Umstand Rechnung, dass nur der Versicherte von der Beitragsermäßigung partizipieren soll, nicht hingegen ein an der Beitragsaufbringung beteiligter Dritter. Bei Bezug einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung werden die vom Versicherten zu tragenden Beiträge grundsätzlich durch Einbehalt gezahlt. Ist bei der Zahlung der Rente die Einbehaltung des Versichertenbeitragsanteils unterblieben, sind die rückständigen Beiträge nach Maßgabe des § 255 Abs. 2 SGB V aus der weiterhin zu zahlenden Rente einzubehalten. Übersteigt die Höhe des einbehaltenen Beitragsanteils des Versicherten den ermäßigten Beitrag, ist sicherzustellen, dass der Versicherte nur mit dem ermäßigten Beitrag belastet bleibt. Der Beitragsanteil des Rentenversicherungsträgers nach § 249a SGB V ist hiervon nicht erfasst.

Für eine Ermäßigung des nachzuzahlenden Beitrags ist eine schriftliche Erklärung des Versicherten über den Verzicht auf die Inanspruchnahme von Leistungen für den in Rede stehenden Zeitraum unverzichtbar; weitergehende Prüfungen seitens der Krankenkasse sind in diesem Zusammenhang nicht erforderlich. Nur wenn das Mitglied keine Leistungen beansprucht, ist eine Beitragsermäßigung einzuräumen. Entscheidet sich das Mitglied dagegen im Falle bereits in Anspruch genommener Leistungen für eine Kostenübernahme bzw. -erstattung und damit gegen die Abgabe einer entsprechenden Verzichtserklärung, kommt eine Beitragsermäßigung nicht in Betracht. Insofern steht dem Mitglied diesbezüglich ein Entscheidungsrecht zu. Eine etwaige Leis-



tungsanspruchnahme durch die nach § 10 SGB V mitversicherten Familienangehörigen des Mitglieds steht der Ermäßigung nicht entgegen.

Nicht jede verspätete Anzeige über das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V führt zur Beitragsermäßigung für den Nacherhebungszeitraum. Nach den Intention des Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung sollen die durch die verspätete Anzeige entstehenden erheblichen Beitragsansprüche für die Vergangenheit begrenzt bzw. beseitigt werden. Beitragsnacherhebungen für relativ kurze Zeiträume sind von der Zielsetzung nicht erfasst und daher für das Mitglied zumutbar. Dies gilt umso mehr, als freiwilligen Mitgliedern der GKV seit jeher eine dreimonatige Anzeigefrist für den Beitritt eingeräumt wurde und bei Ausschöpfung dieser Frist Beiträge immer auch für den in der Vergangenheit seit Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft liegenden (relativ kurzen) Zeitraum zu fordern waren. Es dient daher sowohl der Beitragsgerechtigkeit zwischen vergleichbaren Versichertengruppen als auch der Reduzierung des Verwaltungsaufwands auf Seiten der Krankenkassen, eine Ermäßigung nur dann einzuräumen, wenn der Nacherhebungszeitraum mehr als drei Monate (Bagatellgrenze) umfasst. Insofern ist zu berücksichtigen, dass nach den Strukturprinzipien der als Risikoversicherung geltenden gesetzlichen Krankenversicherung Beiträge, und zwar volle Beiträge, für jeden Tag der Mitgliedschaft zu zahlen sind und eine Ermäßigung nach dem Leistungsanspruchnahmeverhalten grundsätzlich nicht vorgesehen ist.

Eine Beitragsermäßigung ist nicht ausgeschlossen, wenn bei Beginn der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ein Beitrittsrecht zur freiwilligen Krankenversicherung bestand, dieses jedoch nach einem entsprechenden Hinweis der Krankenkasse auf die Beitrittsmöglichkeit nicht ausgeübt wurde.

Der Anwendungsbereich der Erlassregelung in Absatz 2 hinsichtlich des auf die Beitragsnacherhebung entfallenden Säumniszuschlags dürfte relativ eingeschränkt sein. Dies liegt daran, dass nach § 24 Abs. 2 SGB IV Säumniszuschläge auf bescheidgestützte Beitragsforderungen für die Vergangenheit nicht zu erheben sind, soweit der Beitragsschuldner glaubhaft macht, dass er unverschuldet keine Kenntnis von der Zahlungspflicht hatte. Scheidet die Nichterhebung von Säumniszuschlägen nach § 24 Abs. 2 SGB IV dagegen im Einzelfall aus, weil der Versicherte bezüglich der Nacherhebung nicht unverschuldet säumig war, führt dies nach der Systematik des § 24 SGB IV zu einer zwingenden Erhebung des Säumniszuschlags; im Anschluss daran ist der Säumniszuschlag zu erlassen (Erfassung in Liste A). Mit Blick auf das Ergebnis dieser sich in zeitlicher Abfolge ergebenden Schritte bestehen keine Bedenken, wenn der auf die Beitragsnacherhebung entfallende Säumniszuschlag auch bei formaler Anwendung der Erlassregelung des § 256a Abs. 1



Halbsatz 2 SGB V gar nicht erst erhoben wird; in diesem Fall wird auf die Erfassung in Liste A verzichtet.

Ist die Beitragsforderung für den Nacherhebungszeitraum erst einmal festgestellt und dem Versicherten bekanntgegeben, führt die Nichtzahlung der Beitragsnachforderung – ebenso wie die Nichtzahlung der laufenden Beiträge – zur Erhebung von Säumniszuschlägen für jeden angefangenen Monat der Säumnis.

zu § 2

Die Regelung dient der Umsetzung des § 256a Abs. 2 Satz 1 SGB V. Sie sieht einen vollständigen Beitragserlass einschließlich der darauf entfallenden Säumniszuschläge für zurückliegende Zeiten in den Fällen vor, in denen Personen, die als Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V in Betracht kommen, aber bislang noch nicht gegenüber der Krankenkasse in Erscheinung getreten sind, das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V bis zum Stichtag 31. Dezember 2013 der Krankenkasse anzeigen („Stichtagsregelung“). Der Erlass erfasst sämtliche für die Zeit seit dem Beginn der Versicherungspflicht bis zum Beginn des Monats der Anzeige (Nacherhebungszeitraum) zu zahlenden Beiträge. Damit wird die Kenntnis über die konkrete Höhe des Beitrags, den es zu erlassen gilt, vorausgesetzt. Zur Begrenzung des Verwaltungsaufwandes kann die Krankenkasse darauf verzichten, den zu erlassenden Beitrag anhand der individuellen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des einzelnen Mitglieds für den Nacherhebungszeitraum zu ermitteln. Stattdessen kann sie den monatlichen Beitrag, der für die laufenden Beiträge nach Feststellung der Versicherungspflicht ermittelt wird, fiktiv für jeden Monat des Erlasszeitraumes ansetzen, um ihn auf dieser Grundlage zu erlassen.

Die nach Feststellung der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V durch die Krankenkasse ab Beginn des Monats der Anzeige entstehenden (laufenden) Beitragsansprüche bleiben von der Regelung unberührt.

Wie auch bei der Ermäßigung nach § 1 wird für den Erlass nach § 2 vorausgesetzt, dass das Mitglied im Nacherhebungszeitraum keine Leistungen in Anspruch genommen hat oder ein Verzicht auf die Kostenübernahme bzw. Kostenerstattung erklärt wird. Darüber hinaus ist der Erlass ausgeschlossen, wenn der Nacherhebungszeitraum nicht mehr als drei Monate beträgt (Bagatellgrenze). Auf die nähere Begründung für diese Bedingungen in den Ausführungen zu § 1 wird verwiesen. Die Bewertung zu § 1 hinsichtlich des eingeschränkten Anwendungsbereichs des Erlasses von Säumniszuschlägen gilt gleichermaßen. Anstatt der Erhebung von Säumniszuschlägen und



anschließendem Erlass kann von der Möglichkeit der Nichterhebung ebenfalls Gebrauch gemacht werden.

zu § 3

Der auf § 256a Abs. 2 Satz 2 SGB V basierende Beitragserlass nach § 3 („Altfallregelung“) unterscheidet sich von der Regelung in § 2 im Wesentlichen dadurch, dass die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V vor dem 1. August 2013 bereits festgestellt wurde. Die Erlassregelung erfasst allerdings nur die für die Zeit seit dem Beginn der Versicherungspflicht bis zum Beginn des Monats der Anzeige (Nacherhebungszeitraum) noch nicht gezahlten Beiträge und Säumniszuschläge. Daneben sind auch die auf den Nacherhebungszeitraum entfallenden und noch nicht gezahlten Kosten der Zwangsvollstreckung, Gebühren und Zinsen erlassfähig. Eine Erstattung der für den Nacherhebungszeitraum bereits gezahlten Beiträge und Säumniszuschläge sowie Kosten und Gebühren kommt nicht in Betracht. Die Inanspruchnahme von Leistungen im Nacherhebungszeitraum durch das Mitglied schließt den Erlass vollständig aus, und zwar unabhängig davon, zu welchem Zeitpunkt innerhalb des Nacherhebungszeitraums und in welchem Umfang Leistungen beansprucht wurden. Darüber hinaus ist der Erlass ausgeschlossen, wenn der Nacherhebungszeitraum nicht mehr als drei Monate beträgt (Bagatellgrenze). Auf die nähere Begründung für diese Bedingungen in den Ausführungen zu § 1 wird verwiesen.

Die nach Feststellung der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V durch die Krankenkasse ab Beginn des Monats der Anzeige entstandenen (laufenden) Beitragsansprüche sowie hierauf entfallende Säumniszuschläge nach § 24 Abs. 1 SGB IV bleiben von der Regelung unberührt. Unberührt bleibt auch das Ruhen von Leistungen, wenn trotz des Erlasses noch nicht gezahlter Beiträge für den Nacherhebungszeitraum weiterhin die Voraussetzungen des § 16 Abs. 3a Satz 2 SGB V bestehen.

Die Krankenkassen sind gehalten, die in Betracht kommenden Fälle, in denen eine laufende Mitgliedschaft nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V 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 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. In diesen Fällen bedarf es für den Erlass grundsätzlich eines Antrags. Das Antragserfordernis soll die Krankenkassen von unverhältnismäßig hohem administrativen Aufwand entlasten, der insbesondere in den ersten Monaten der Umset-



zung im Umgang mit geschlossenen Beitragskonten gesehen wird. Der Antrag ist weder an eine Form noch an Fristen gebunden. Er kann mithin jederzeit formlos gestellt werden. Im wohlverstandenen Interesse des Versicherten kann die Krankenkasse von Antragstellungen absehen bzw. solche als gegeben voraussetzen. Dies kann beispielsweise dann sinnvoll sein, wenn im Rahmen der Weiterverfolgung des Beitragsanspruchs ein Erlass geboten erscheint (z. B. im Rahmen etwaiger Handlungen zur Verjährungsunterbrechung) oder wenn der Erlass mit vertretbarem Aufwand, z. B. im Zuge der fortschreitenden administrativen Umsetzung, operativ erreichbar ist.

zu § 4

Nach § 256a Abs. 3 SGB V sind die von Versicherungspflichtigen nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V sowie von freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung noch nicht gezahlten Säumniszuschläge in Höhe der Differenz zwischen dem bis zum 31. Juli 2013 geltenden erhöhten Säumniszuschlag nach § 24 Abs. 1a SGB IV (5 v. H. des gerundeten rückständigen Beitrags für jeden Monat der Säumnis ab dem zweiten Rückstandsmonat) und dem regulären Säumniszuschlag nach § 24 Abs. 1 SGB IV (1 v. H. des gerundeten rückständigen Beitrags für jeden Monat der Säumnis) zu erlassen. Ein Erlass bereits gezahlter (erhöhter) Säumniszuschläge ist hiernach nicht möglich.

Darüber hinaus sieht § 4 ein grundsätzliches Antragserfordernis für den Erlass von Säumniszuschlägen bei geschlossenen Beitragskonten vor. Das Antragserfordernis soll die Krankenkassen von unverhältnismäßig hohem administrativen Aufwand entlasten, der insbesondere in den ersten Monaten der Umsetzung im Umgang mit geschlossenen Beitragskonten, das heißt solchen, denen keine laufende Mitgliedschaft zugrunde liegt, gesehen wird. Der Antrag ist weder an eine Form noch an Fristen gebunden. Er kann mithin jederzeit formlos gestellt werden. Im wohlverstandenen Interesse des Versicherten kann die Krankenkasse von dem Antragserfordernis absehen bzw. ein solches als gegeben voraussetzen. Dies kann beispielsweise dann sinnvoll sein, wenn im Rahmen der Weiterverfolgung des Beitragsanspruchs ein Erlass von erhöhten Säumniszuschlägen geboten erscheint (z. B. im Rahmen etwaiger Handlungen zur Verjährungsunterbrechung) oder wenn der Erlass mit vertretbarem Aufwand, z. B. im Zuge der fortschreitenden administrativen Umsetzung, operativ erreichbar ist.

zu § 5





Die neue Regelung des § 256a SGB V, auf die diese Grundsätze gestützt sind, gilt über eine entsprechende Verweisung in § 60 Abs. 1 Satz 2 SGB XI für die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung gleichermaßen. Insofern gilt auch hinsichtlich der Ermäßigung und des Erlasses von Beiträgen der im Mitgliedschafts- und Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung stark ausgeprägte Grundsatz, dass die Pflegeversicherung der Krankenversicherung folgt.

zu § 6

Die Grundsätze treten nach der Beschlussfassung durch den Verwaltungsrat als zuständigem Organ in Kraft. Sie bedürfen zu ihrer Wirksamkeit nach § 256a Abs. 4 Satz 2 SGB V der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit.

Die Grundsätze als sonstiges autonomes Recht sind öffentlich, das heißt in einer allgemein zugänglichen Art, bekanntzumachen. Nach Absatz 2 erfolgt die Bekanntmachung im elektronischen Bundesanzeiger. Darüber hinaus werden die Grundsätze auch im Internet bereitgestellt.

