

Glossar zum

Zusatzbeitrag

in der GKV





INHALT

A Zusatzbeitrag	3
1. Allgemeines	3
2. Rechtscharakter	3
3. Satzungsautonomie	4
4. Beitragspflichtiger Personenkreis	5
5. Höhe und Bemessung	5
6. Beitragsfreiheit	8
7. „Überforderungsklausel“	9
8. Tragung des Beitrags	15
9. Übernahme des Zusatzbeitrags durch Dritte	15
10. Zahlung des Beitrags	17
11. Verfahrensrechtliche Aspekte	18
B Prämienzahlung	19
1. Allgemeines	19
2. Berechtigter Personenkreis	21
3. Auszahlungsmodelle	21
C Sonderkündigungsrecht	21
1. Allgemeines	21
2. Ausübung des Sonderkündigungsrechts	22
3. Hinweispflicht der Krankenkasse	24
4. Mitgliedschaftsrechtliche Auswirkungen	27
5. Beitragsrechtliche Auswirkungen	28
RECHTSGRUNDLAGEN	30

A Zusatzbeitrag

1. Allgemeines

Krankenkassen, die mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht auskommen, müssen entsprechende Fehlbeträge ausgleichen. Falls sie ihren Finanzbedarf nicht durch andere Maßnahmen decken können, haben sie von ihren Mitgliedern einen Zusatzbeitrag zu erheben (§ 242 SGB V). Die Krankenkasse hat dann in ihrer Satzung zu bestimmen, dass und in welcher Höhe von den Mitgliedern ein Zusatzbeitrag erhoben wird. Die Zahlungsmodalitäten sind weitgehend der einzelnen Krankenkasse im Rahmen der Satzungsautonomie überlassen. Dabei sieht das Gesetz allerdings eine Begrenzung des Zusatzbeitrags bei finanzieller Überforderung des Versicherten vor (vgl. Abschnitt B 7).

Das Gesetz sieht keine Zeitpunkte für eine etwaige Erhebung bzw. Anpassung des Zusatzbeitrags vor, sodass dieser nicht nur zu Beginn eines Kalenderjahres, sondern auch im Laufe des Kalenderjahres erstmalig erhoben oder verändert werden kann. Aufgaben im Zusammenhang mit der Erhebung des Zusatzbeitrags können die Krankenkassen im Rahmen des § 197b SGB V auch durch Arbeitsgemeinschaften oder durch Dritte wahrnehmen lassen. Nach der Gesetzesbegründung darf der Inhalt einer entsprechenden Beauftragung jedoch keine der der Krankenkasse obliegenden Kernaufgaben betreffen.

2. Rechtscharakter

Nach der Gesetzesbegründung ist der Zusatzbeitrag Teil des Sozialversicherungsbeitrages des Versicherten. Es handelt sich um einen Beitrag im Sinne des Krankenversicherungsrechts, nicht jedoch um einen Teil des Gesamtsozialversicherungsbeitrages nach § 28d SGB IV. Unter den Gesamtsozialversicherungsbeitrag fallen danach die Beiträge in der Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung für kraft Gesetzes versicherte Beschäftigte oder Hausgewerbetreibende, die vom Arbeitgeber zu zahlen sind (§ 28e Abs. 1 Satz 1 SGB IV). Der Zusatzbeitrag ist hingegen vom Mitglied zu tragen und – bis auf den Personenkreis der Versicherungspflichtigen nach § 5 Abs. 1 Nr. 7 und 8 SGB V – vom Mitglied zu zahlen. Ein Einzug des



Beitrages im Quellenabzugsverfahren durch den Arbeitgeber oder andere Dritte ist gesetzlich nicht vorgesehen.

Die gemeinsamen Vorschriften über Beiträge im SGB IV gelten für den Zusatzbeitrag, soweit sie sich nicht ausschließlich auf den Gesamtsozialversicherungsbeitrag beziehen oder nicht durch besondere (vorrangige) Vorschriften über den Zusatzbeitrag im Gesetz ausgeschlossen sind.

3. Satzungsautonomie

Soweit der Finanzbedarf einer Krankenkasse durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht gedeckt ist, hat sie in ihrer Satzung zu bestimmen, dass von ihren Mitgliedern ein Zusatzbeitrag erhoben wird. Die gesetzliche Regelung über die Erhebung des Zusatzbeitrags ist als ein verpflichtender Vorgang konzipiert, der insoweit den Krankenkassen kein Ermessen einräumt.

§ 194 Abs. 1 Nr. 4 SGB V schreibt die Mindestinhalte für eine Satzungsregelung über den Zusatzbeitrag vor. Danach muss die Satzung der Krankenkasse eine Regelung zur

- Festsetzung,
- Fälligkeit und
- Zahlung

des Zusatzbeitrags nach § 242 SGB V enthalten.

Die konkrete Form der Festsetzung des Zusatzbeitrags ist der einzelnen Krankenkasse überlassen. Sie kann ihn entweder als pauschalen Zusatzbeitrag oder in Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen (prozentualer Zusatzbeitrag) festlegen.

Hinsichtlich der Fälligkeit und Zahlungsweise gibt § 194 Abs. 1 Nr. 4 SGB V den Krankenkassen einen unter Berücksichtigung der Grundsätze des § 76 SGB IV relativ weiten Regelungsspielraum.



Über die gesetzlich festgelegten Mindestinhalte hinaus kann es zweckmäßig sein, in der Satzung der Krankenkasse einzelne fakultative Regelungen über die konkrete Ausgestaltung des Verfahrens festzulegen, z. B.:

- Gewährung von Skonti bei Vorauszahlung des Zusatzbeitrags
- Zahlungswege, z. B. verpflichtende Abbuchung per Lastschrift

4. Beitragspflichtiger Personenkreis

Der Zusatzbeitrag ist von allen Mitgliedern der betreffenden Krankenkasse zu erheben. Eine Beschränkung auf bestimmte Mitgliedergruppen ist nicht zulässig. In diesem Zusammenhang sind auch die krankenversicherungspflichtigen Arbeitnehmer, deren Beschäftigungsverhältnis nach § 7 Abs. 1a und 3 SGB IV und damit deren Mitgliedschaft erhalten bleibt, die Rentenantragsteller, die nach § 189 SGB V als Mitglieder gelten, sowie die Personen, deren Mitgliedschaft nach den §§ 192 und 193 SGB V erhalten bleibt, als Mitglieder anzusehen.

5. Höhe und Bemessung

5.1 Allgemeines

Nach der Vorgabe des § 242 Abs. 3 Sätze 1 und 2 SGB V haben die Krankenkassen den Zusatzbeitrag so zu bemessen, dass er zusammen mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und den sonstigen Einnahmen die im Haushaltsjahr voraussichtlich zu leistenden Ausgaben und die vorgeschriebene Auffüllung der Rücklage deckt. Ergibt sich während des Haushaltsjahres, dass die Betriebsmittel der Krankenkasse einschließlich der Zuführung aus der Rücklage zur Deckung der Ausgaben nicht ausreichen, ist der Zusatzbeitrag zu erhöhen.

Nach der Gesetzesbegründung kann der Zusatzbeitrag nur als Pauschale oder in Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen festgelegt werden. Diese Festlegung kann nur für alle Mitglieder der Krankenkasse einheitlich getroffen werden. Mischformen, die z. B. einen bestimmten Prozentsatz der beitragspflichtigen Einnahmen,



mindestens aber einen bestimmten EUR-Betrag (beispielhaft den in § 242 Abs. 1 Satz 3 SGB V erwähnten Betrag von 8 EUR) vorsehen, sind nicht zulässig.

Die Grundsätze der §§ 223 bis 225 SGB V finden auf den Zusatzbeitrag in Gänze Anwendung. Damit ist der Zusatzbeitrag grundsätzlich für jeden Kalendertag der Mitgliedschaft zu zahlen. Dieser Grundsatz darf nicht, z. B. mit dem Ziel der Verwaltungsvereinfachung, durch Satzungsregelungen durchbrochen werden. So darf der Zusatzbeitrag beispielsweise nicht für einen ganzen Kalendermonat erhoben werden, wenn die Mitgliedschaft nur für einen Teil des Kalendermonats bestanden hat. Bestimmte Personenkreise sind nach den §§ 224, 225 SGB V beitragsfrei (vgl. Abschnitt B 6).

Die Gewährung von Rabatten (Skonti) bei der Zahlung des Zusatzbeitrags für längere Zeiträume ist zulässig, soweit dem Grundsatz der vollständigen Erhebung der Beitragseinnahmen (§ 76 Abs. 1 Satz 1 SGB IV) ausreichend Rechnung getragen wird (vgl. Abschnitt B 10.3).

5.2 Pauschaler Zusatzbeitrag

Der Zusatzbeitrag kann als ein einkommensunabhängiger feststehender Betrag – und bei einer Höhe bis 8 EUR monatlich ohne Rücksicht auf die beitragspflichtigen Einnahmen – erhoben werden.

Bei einem pauschalen Zusatzbeitrag muss es sich nicht zwangsläufig um einen Monatsbetrag handeln. Denkbar ist auch die Festlegung eines pauschalen Zusatzbeitrags, der sich auf einen längeren Zeitraum, z. B. ein Kalenderjahr, bezieht – unabhängig davon, ob ggf. Teilbeträge in kürzeren Abständen zu zahlen sind. Umgekehrt bedeutet dies nicht, dass bei einem als monatlicher Betrag festgesetzten Zusatzbeitrag die Zahlung unbedingt monatlich erfolgen muss.

Ein pauschaler Zusatzbeitrag ist auch dann zu erheben, wenn der Krankenversicherungsbeitrag auf der Grundlage der Beitragsbemessungsgrenze berechnet wird (Höchstbeitrag). Nach § 223 Abs. 3 SGB V sind lediglich die beitragspflichtigen Einnahmen auf die Beitragsbemessungsgrenze begrenzt.



5.3 Prozentualer Zusatzbeitrag

Der Zusatzbeitrag kann alternativ in Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen festgelegt werden.

Auch der Zusatzbeitrag in Form eines prozentualen Beitrages muss nicht zwangsläufig als monatlicher Betrag festgesetzt bzw. erhoben werden.

Nach der Überforderungsklausel des § 242 Abs. 1 Satz 2 SGB V ist der Zusatzbeitrag auf 1 v. H. der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds begrenzt. Die Überforderungsklausel stellt damit den höchstmöglichen Beitragssatz für den prozentualen Zusatzbeitrag dar.

Der prozentuale Zusatzbeitrag wird von der Regelung des § 242 Abs. 1 Satz 3 SGB V, wonach der Zusatzbeitrag ohne Einkommensprüfung erhoben wird, wenn er den Betrag von 8 EUR nicht übersteigt, nicht beeinflusst. Ergibt sich also aus dem Beitragssatz für den prozentualen Zusatzbeitrag ein Zusatzbeitrag von weniger als 8 EUR, so ist nur dieser Zusatzbeitrag zu entrichten und darf nicht auf 8 EUR aufgestockt werden.

Für den Zusatzbeitrag sind im SGB V keine besonderen Regelungen hinsichtlich der beitragspflichtigen Einnahmen vorgesehen. Daher gelten als Bemessungsgrundlage für den Zusatzbeitrag die beitragspflichtigen Einnahmen, die auch Grundlage für die Bemessung des allgemeinen Beitrages zur Krankenversicherung sind. Zur Anwendung kommen damit die üblichen Bestimmungen des SGB V (§§ 226 bis 240 und 244 SGB V), die darauf aufbauenden untergesetzlichen Regelungen, wie z. B. die Regelungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 240 Abs. 1 Satz 1 SGB V und die gemeinsamen Vorschriften des SGB IV (§§ 20, 23a bis 23c SGB IV). Es bestehen keine Bedenken, wenn zu erwartendes einmalig gezahltes Arbeitsentgelt bereits im Vorgriff auf die Zahlung bei der Bemessung des Zusatzbeitrags Berücksichtigung findet.

Auch § 223 Abs. 3 SGB V, wonach die beitragspflichtigen Einnahmen auf die Beitragsbemessungsgrenze begrenzt sind, ist im Anwendungsbereich des prozentualen Zusatzbeitrags zwingend zu beachten.



Änderungen der beitragspflichtigen Einnahmen wirken sich für die Bemessung des allgemeinen Krankenversicherungsbeitrages und des Zusatzbeitrages von demselben Zeitpunkt an aus, sofern nicht verfahrensrechtliche Bestimmungen dem entgegenstehen.

Von dem Arbeitsentgelt aus einer geringfügigen Beschäftigung im Sinne des § 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV ist kein prozentualer Zusatzbeitrag zu berechnen. Es handelt sich weder um eine beitragspflichtige Einnahme nach § 226 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V noch nach § 240 SGB V.

6. Beitragsfreiheit

Bei Anspruch auf Krankengeld, Mutterschaftsgeld, Erziehungsgeld, Elterngeld

Die Beitragsfreiheit in den Fällen des § 224 SGB V erstreckt sich auf den Zusatzbeitrag, unabhängig davon, ob er als pauschaler oder prozentualer Zusatzbeitrag erhoben wird.

Die Beitragsfreiheit aufgrund des Anspruchs auf Krankengeld bezieht sich sowohl auf den kraft Gesetzes bestehenden Anspruch auf Krankengeld als auch auf den nach § 44 Abs. 2 Nr. 2 und 3 SGB V oder § 46 Satz 3 SGB V gewählten gesetzlichen Krankengeldanspruch.

In analoger Anwendung dieser Regelung trifft die Beitragsfreiheit auch auf den Bezug von Verletztengeld, Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld zu. Dies beeinflusst allerdings nicht die nach § 251 Abs. 1 SGB V bestehende Beitragspflicht des Rehabilitationsträgers.

Die Beitragsfreiheit besteht darüber hinaus bei Anspruch auf Wahltarifkrankengeld nach § 53 Abs. 6 SGB V, sofern es eine Erwerbseinkommensersatzfunktion vergleichbar dem gesetzlichen Krankengeld erfüllt. Dies ist grundsätzlich zu unterstellen, wenn das Wahltarifkrankengeld der Höhe nach mindestens der Hälfte des Beitrages entspricht, der fiktiv unter Anwendung des § 47 SGB V als Brutto-Krankengeld zu zahlen wäre. Bei den Arbeitnehmern mit Anspruch auf Wahltarifkrankengeld (Per-

sonengruppe nach § 44 Abs. 2 Nr. 3 SGB V) kann unter der Annahme, dass die dieser Gruppe angebotenen Krankengeldtarife im Regelfall an dem bei Arbeitsunfähigkeit wegfallenden Arbeitsentgelt ausgerichtet sind, ohne nähere Prüfung eine ausreichende Erwerbseinkommensersatzfunktion des Wahltarifkrankengeldes unterstellt werden. Für diesen Personenkreis besteht damit bei Anspruch auf Wahltarifkrankengeld generell Beitragsfreiheit nach § 224 SGB V.

Da sich die Beitragsfreiheit nach § 224 SGB V nur auf die darin genannten Leistungen erstreckt, sind Einnahmen, die das Mitglied neben dem Bezug von Entgeltersatzleistungen erzielt, beitragspflichtig. Dies gilt dann auch für den in seiner Höhe unmittelbar an die beitragspflichtigen Einnahmen gekoppelten prozentualen Zusatzbeitrag. Ist der Zusatzbeitrag hingegen als pauschaler Beitrag ausgestaltet, ist dieser während des Bezuges von Krankengeld grundsätzlich in unveränderter Höhe zu entrichten, wenn keine vollständige Beitragsfreiheit besteht.

7. „Überforderungsklausel“

7.1 Allgemeines

Um individuelle soziale Härten zu vermeiden, ist der Zusatzbeitrag auf 1 v. H. der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds begrenzt. Davon abweichend wird der Zusatzbeitrag bis zu einem Betrag von monatlich 8 EUR ohne Einkommensprüfung erhoben (§ 242 Abs. 1 Sätze 2 und 3 SGB V). Die Einkommensüberprüfung („Härtefallprüfung“) hat daher erst dann zu erfolgen, wenn der Zusatzbeitrag mehr als 8 EUR monatlich beträgt. Dieser Schwellenwert vermeidet verwaltungsaufwändige Härtefallprüfungen bei Krankenkassen, die nur einen geringen Zusatzbeitrag erheben.

Die Härtefallprüfung kommt nur bei einem Zusatzbeitrag in Form eines pauschalen Zusatzbeitrags von mehr als 8 EUR monatlich in Frage, da dieser unabhängig von der Höhe der individuellen beitragspflichtigen Einnahmen erhoben wird. Mit einem prozentualen Zusatzbeitrag werden gesonderte Härtefallprüfungen von vornherein vermieden, weil bereits für die Feststellung der Höhe des Zusatzbeitrags eine individuelle Einkommensfeststellung stattfindet.



Nicht zulässig sind Satzungsregelungen, nach denen die Krankenkasse grundsätzlich einen Zusatzbeitrag in Höhe eines bestimmten Prozentsatzes der beitragspflichtigen Einnahmen, mindestens aber pauschal 8 EUR erhebt. Gleiches gilt für eine Regelung, die grundsätzlich eine Pauschale in Höhe von mehr als 8 EUR (z. B. 12 EUR) vorsieht, den Zusatzbeitrag für Mitglieder mit niedrigerem Einkommen aber in Höhe von 8 EUR verlangt. § 242 Abs. 1 SGB V sieht lediglich vor, dass die Krankenkasse einen Zusatzbeitrag i. H. v. bis zu 8 EUR ohne Prüfung der Höhe der Einnahmen des Mitglieds erheben kann. Hierbei handelt es sich um eine Regelung zur Verwaltungsvereinfachung. Dies bedeutet nicht, dass die Krankenkasse bei einem höheren Zusatzbeitrag (z. B. 12 EUR) mindestens 8 EUR erheben darf, vielmehr muss in einem solchen Fall eine individuelle Härtefallprüfung erfolgen. Diese kann z. B. auch ergeben, dass Mitglieder mit geringerem Einkommen einen Zusatzbeitrag von weniger als 8 EUR zu zahlen haben.

Beispiel 1:

Die Krankenkasse erhebt von ihren Mitgliedern ab 1. Oktober 2009 einen Zusatzbeitrag von monatlich 8 EUR.

Ein Auszubildender mit einem monatlichen Arbeitsentgelt von 600 EUR macht eine finanzielle Überforderung geltend.

Eine Minderung des Zusatzbeitrags auf 6 EUR (1 v. H. von 600 EUR) monatlich ist nicht möglich. Der Zusatzbeitrag ist unabhängig von der Höhe der individuellen beitragspflichtigen Einnahmen in Höhe von 8 EUR zu erheben.

Beispiel 2:

Die Krankenkasse erhebt von ihren Mitgliedern ab 1. Oktober 2009 einen Zusatzbeitrag von monatlich 10 EUR.

Bei einem versicherungspflichtigen Rentner werden im Rahmen der Härtefallprüfung beitragspflichtige Einnahmen (Zahlbetrag der Rente) von 700 EUR festgestellt.

Der Zusatzbeitrag ist auf 7 EUR (1 v. H. von 700 EUR) monatlich begrenzt. Eine Anhebung auf 8 EUR monatlich ist nicht zulässig.

Beispiel 3:

Die Krankenkasse erhebt von ihren Mitgliedern ab 1. Oktober 2009 einen Zusatzbeitrag von 0,25 v. H. der beitragspflichtigen Einnahmen.

Bei einem versicherungspflichtig Beschäftigten werden beitragspflichtige Einnahmen (Arbeitsentgelt) von 2.400 EUR monatlich festgestellt.

Der Zusatzbeitrag ist auf 6 EUR (0,25 v. H. von 2.400 EUR) monatlich begrenzt. Eine Anhebung auf 8 EUR monatlich ist nicht zulässig.



Eine finanzielle Überforderung ist von der Krankenkasse nicht generalisierend bzw. von Amts wegen bei der Festsetzung des Zusatzbeitrags oder zu einem späteren Zeitpunkt, z. B. nach Ablauf eines Kalender- oder Zeitjahres, zu beachten bzw. zu prüfen, denn in der Regel sind der Krankenkasse die aktuellen beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder nicht bekannt.

Es ist daher zulässig, dass die Krankenkasse, wenn ihr die aktuellen beitragspflichtigen Einnahmen nicht bekannt sind, den Zusatzbeitrag mit einem Bescheid in voller Höhe festsetzt. In dem Bescheid muss dann aber zwingend darauf hingewiesen werden, dass der Zusatzbeitrag auf 1 v. H. der beitragspflichtigen Einnahmen begrenzt ist und auf welche Weise eine finanzielle Überforderung geltend gemacht werden kann. Eine Härtefallprüfung findet dann nur auf Antrag des Mitglieds statt.

Eine auf ein Kalenderjahr bezogene Verfahrensweise schließt nicht aus, dass die von der Überforderungsklausel erfassten Mitglieder die Möglichkeit haben, bereits unterjährig einen Härtefall geltend zu machen und damit eine zeitnahe Herabsetzung des Zusatzbeitrags zu erreichen.

7.2 Feststellung der beitragspflichtigen Einnahmen

7.2.1 Allgemeines

Sofern während der laufenden Erhebung des Zusatzbeitrags eine finanzielle Überforderung geltend gemacht wird, sind die aktuellen beitragspflichtigen Einnahmen festzustellen. Einmalzahlungen können auch im Rahmen der Überforderungsklausel nur dann in die Prüfung einfließen, wenn und soweit sie für die Bemessung des allgemeinen Beitrages zur Krankenversicherung Berücksichtigung finden.

Sofern erst nach Ablauf eines bestimmten längeren Zeitraumes, z. B. eines Kalenderjahres, eine Überforderung geltend gemacht wird, kann im Regelfall auf die für diesen Zeitraum bereits feststehenden beitragspflichtigen Einnahmen zurückgegriffen werden.



Im Folgenden wird auf die spezifischen Merkmale der einzelnen Mitgliedergruppen eingegangen.

7.2.2 Freiwillige Mitglieder und sonstige Personen im Geltungsbereich des § 240 SGB V

Für freiwillige Mitglieder und sonstige Personengruppen, deren beitragspflichtige Einnahmen nach § 240 SGB V bestimmt werden, sind im Rahmen der Überforderungsklausel die von der Krankenkasse im Zusammenhang mit dem Krankenversicherungsbeitrag erhobenen beitragspflichtigen Einnahmen, ggf. unter Beachtung der jeweiligen Mindestbeitragsbemessungsgrenze, zu Grunde zu legen. Einer gesonderten Feststellung der beitragspflichtigen Einnahmen im Rahmen der Überforderungsklausel bedarf es aufgrund der ansonsten stattfindenden turnusmäßigen Einkommensprüfung nicht.

7.2.3 Versicherungspflichtig Beschäftigte

In der Regel stehen der Krankenkasse für diese Personengruppe keine Angaben zum aktuellen Arbeitsentgelt zur Verfügung. Das ggf. in der letzten Entgeltmeldung angegebene beitragspflichtige Arbeitsentgelt kann von der Krankenkasse in der Regel nicht für die Ermittlung des aktuellen Arbeitsentgelts herangezogen werden. Stattdessen ist von dem Beschäftigten ein aktueller Entgeltnachweis vorzulegen. Grundlage dafür ist § 206 Abs. 1 SGB V.

Handelt es sich nicht um ein monatlich gleichbleibendes Arbeitsentgelt, kann unter Heranziehung der in den letzten drei Kalendermonaten erzielten Arbeitsentgelte auf ein durchschnittliches Arbeitsentgelt abgestellt werden.

Zu erwartendes einmalig gezahltes Arbeitsentgelt ist bereits bei der Prüfung der aktuellen finanziellen Überforderung zu berücksichtigen, wenn es mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit gezahlt werden wird.



Bei der Prüfung der finanziellen Überforderung für abgelaufene Zeiträume, z. B. für das letzte Kalenderjahr, kann entweder auf das bereits gemeldete Arbeitsentgelt oder auf Entgeltnachweise zurückgegriffen werden.

7.2.4 Bezieher von Arbeitslosengeld

Für diesen Personenkreis verfügt die Krankenkasse in der Regel nicht über die Informationen hinsichtlich individueller beitragspflichtiger Einnahmen. Diese betragen 80 v. H. des dem Arbeitslosengeld zugrunde liegenden Arbeitsentgelts; bei einer gleichzeitig ausgeübten nicht geringfügigen Beschäftigung sind davon 80 v. H. des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts abzuziehen (§ 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V).

Nach § 206 Abs. 1 SGB V ist das Mitglied verpflichtet, als Nachweis der beitragspflichtigen Einnahmen den Leistungsbescheid der Arbeitsagentur vorzulegen, der das dem Arbeitslosengeld zu Grunde liegende Arbeitsentgelt (Leistungsentgelt) ausweist. Soweit bei einer gleichzeitig ausgeübten Beschäftigung das daraus erzielte Arbeitsentgelt ermittelt werden muss, ist vom Mitglied auf der Grundlage des § 206 Abs. 1 SGB V ein aktueller Entgeltnachweis vorzulegen.

Auf Antrag der betroffenen Krankenkasse stellt die Bundesagentur für Arbeit im sog. MOZU-Verfahren jeden Monat in Datensatzform die Monatszusammenstellung, in der für jeden Leistungsbezieher die beitragspflichtigen Einnahmen angegeben sind, (vgl. Anlage 5 des gemeinsamen Rundschreibens zum Meldeverfahren zwischen der Bundesagentur für Arbeit beziehungsweise den kommunalen Leistungsträgern und den Krankenkassen in der Fassung vom 26. Februar 2009) zur Verfügung.

7.2.5 Versicherungspflichtige Rentner

Über den aktuellen Zahlbetrag der Rente als beitragspflichtige Einnahme (§ 237 Satz 1 Nr. 1 SGB V) liegen der Krankenkasse in der Regel keine Informationen vor. Damit wäre die Höhe des aktuellen Zahlbetrages der Rente grundsätzlich vom Versicherten im Rahmen des § 206 Abs. 1 SGB V zu erheben.



Für die Ermittlung der versichertenbezogenen Renten als beitragspflichtige Einnahmen ist das maschinelle KVdR-Meldeverfahren um zwei entsprechende Amtshilfeeinsuchen erweitert worden (vgl. Niederschrift zu TOP 5 der Besprechung der Arbeitsgruppe „Datensätze KV-RV“ am 14. Mai 2009). Damit werden die aktuellen Rentenhöhen für alle betroffenen Mitglieder im Bedarfsfall und auf Antrag der Krankenkasse von den Rentenversicherungsträgern übermittelt.

8. Tragung des Beitrags

8.1 Allgemeines

Nach § 251 Abs. 6 Satz 1 SGB V hat den Zusatzbeitrag nach § 242 SGB V das Mitglied (allein) zu tragen. Diese Aussage wiederholt § 250 Abs. 1 SGB V im Wege der Klarstellung für den Personenkreis der Versicherungspflichtigen.

Damit wird der Zusatzbeitrag grundsätzlich nur von den Mitgliedern aufgebracht. Dritte, wie insbesondere die Arbeitgeber, Rentenversicherungsträger und die Bundesagentur für Arbeit, sind an der Aufbringung des Zusatzbeitrags nicht beteiligt.

Für Bezieher von Leistungen nach dem SGB II und SGB XII ist unter bestimmten Voraussetzungen eine Übernahme des Zusatzbeitrags vorgesehen (vgl. Abschnitt B 9).

9. Übernahme des Zusatzbeitrags durch Dritte

9.1 Bezieher von Leistungen nach dem SGB II

Bezieher von Leistungen nach dem SGB II (Arbeitslosengeld II und Sozialgeld) haben, wenn sie Mitglieder einer Krankenkasse sind, den Zusatzbeitrag zu tragen und an die Krankenkasse zu zahlen. Der Zusatzbeitrag wird im Regelfall nicht von dem zuständigen Leistungsträger nach dem SGB II übernommen, denn den betroffenen Leistungsbeziehern ist es grundsätzlich zumutbar, die Krankenkasse zu wechseln, wenn die Krankenkasse erstmalig einen Zusatzbeitrag erhebt oder diesen erhöht. Über das Sonderkündigungsrecht ist sichergestellt, dass eine finanzielle (Mehr-



)Belastung für das Mitglied in diesen Fällen nicht entsteht (§ 242 Abs. 1 Sätze 4 und 5 SGB V).

Für die Fälle, in denen der Wechsel der Krankenkasse jedoch „eine besondere Härte“ bedeuten würde, kann die Bundesagentur für Arbeit den Zusatzbeitrag für Bezieher von Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld übernehmen (§ 26 Abs. 4 SGB II). Nach der Gesetzesbegründung ist dabei an Konstellationen gedacht worden, in denen den Leistungsbezieher ein Wechsel der Krankenkasse nicht zugemutet werden kann, weil z. B. ein Mitglied aufgrund eines speziellen Behandlungsprogramms oder einer besonderen Versorgungsform, die nur seine Krankenkasse anbietet, ein nachvollziehbares Interesse hat, bei dieser Krankenkasse Mitglied zu bleiben.

Im Zusammenhang mit dem Hinweis nach § 175 Abs. 4 Satz 6 SGB V haben die Krankenkassen die gemeldeten Bezieher von Arbeitslosengeld II gleichzeitig auf die Möglichkeit einer Übernahme des Zusatzbeitrags bzw. erhöhten Zusatzbeitrags hinzuweisen.

Bei der Übernahme des Zusatzbeitrags handelt es sich um eine Ermessensleistung der Bundesagentur für Arbeit, die von den individuellen Verhältnissen des Einzelfalles abhängt.

Für den Fall, dass Personen allein durch die Tragung eines erstmalig erhobenen Zusatzbeitrags oder erhöhten Zusatzbeitrags hilfebedürftig würden, sieht § 26 Abs. 4 Satz 2 SGB II eine entsprechende Anwendung der beschriebenen Regelung vor.

Auch wenn § 26 Abs. 4 SGB II nur die Bundesagentur für Arbeit erwähnt, wird davon ausgegangen, dass diese Vorschrift gleichermaßen auf die Optionskommunen nach § 6b SGB II zutrifft, soweit sie die zuständigen Leistungsträger sind.

9.2 Bezieher von Leistungen nach dem SGB XII

§ 32 Abs. 1 und 2 SGB XII legt fest, für welche gesetzlich krankenversicherten Personen unter bestimmten Voraussetzungen der Träger der Sozialhilfe die Beiträge zur Krankenversicherung übernimmt (Absatz 1) oder übernehmen kann (Absatz 2).



Nach § 32 Abs. 4 SGB XII umfasst die Übernahme der Beiträge nach den Absätzen 1 und 2 auch den Zusatzbeitrag. Insoweit bilden der allgemeine Beitrag zur Krankenversicherung und der Zusatzbeitrag eine Einheit.

10. Zahlung des Beitrags

10.1 Allgemeines

Nach dem Grundsatz des § 252 Abs. 1 Satz 1 SGB V sind, soweit gesetzlich nichts Abweichendes bestimmt ist, die Beiträge von demjenigen zu zahlen, der sie zu tragen hat. Damit ist der Zusatzbeitrag in der Regel vom Mitglied selbst zu zahlen.

In § 252 Abs. 1 Satz 2 SGB V ist explizit klargestellt, dass der Zusatzbeitrag für Bezieher von Arbeitslosengeld II nicht von der Bundesagentur für Arbeit oder den Optionskommunen gezahlt wird. Für versicherungspflichtige Rentner wird im Wege einer Klarstellung in § 255 Abs. 1 Satz 1 SGB V die Aussage getroffen, dass der Zusatzbeitrag nicht bei der Zahlung der Rente einzubehalten und vom Rentenversicherungsträger zu zahlen ist.

10.2 Fälligkeit/Zahlungsweise

Nach § 194 Abs. 1 Nr. 4 SGB V und § 23 Abs. 1 Satz 1 SGB V obliegt es der Krankenkasse, die Fälligkeit und Zahlung des Zusatzbeitrags in der Satzung zu bestimmen.

Dabei ist die Krankenkasse nicht an eine monatliche Zahlungsweise gebunden. Die Krankenkasse kann in der Satzung auch bestimmen, ob die Zahlung des Zusatzbeitrags im Vor- oder Nachhinein für den Zahlungszeitraum erfolgen soll. Dabei ist sie jedoch an die Maxime der rechtzeitigen und vollständigen Erhebung der Einnahmen (§ 76 Abs. 1 SGB IV) gebunden.

Die Gewährung von Skonti (Zahlungsabzug) bei langfristigen Vorauszahlungen des voraussichtlichen Zusatzbeitrags (z. B. für 3, 6 oder 12 Monate) wird für zulässig erachtet, soweit damit der Grundsatz des § 76 Abs. 1 SGB IV nicht außer Acht gelas-

sen wird. Davon kann im Allgemeinen dann ausgegangen werden, wenn sich die Höhe des Skonto an den marktüblichen Zinssätzen für Geldanlagen mit entsprechender Laufzeit orientiert und die Krankenkasse damit den zunächst entstehenden Einnahmeausfall durch Zinsgewinne und geringeren Verwaltungsaufwand kompensieren kann.

Von dem in der Satzung festgelegten Fälligkeitszeitpunkt hängt ab, bis wann das Sonderkündigungsrecht ausgeübt werden kann. Bei einer länger als monatlich festgelegten Fälligkeit haben die Mitglieder – ungeachtet der gleichlangen Frist für die Hinweispflicht der Krankenkasse – entsprechend länger Zeit, das Sonderkündigungsrecht auszuüben.

Auch die Zahlungswege und die näheren Bedingungen dazu können in der Satzung festgelegt werden. Als vorrangiger Zahlungsweg bietet sich die Abbuchung im Wege der Lastschrift an. Darüber hinaus ist empfehlenswert, in der Satzung festzulegen, welcher Tag bei den einzelnen Zahlungswegen als Tag der Zahlung gilt.

11. Verfahrensrechtliche Aspekte

Die Pflicht zur Zahlung des Zusatzbeitrags, der Beginn der Erhebung, die Höhe des Zusatzbeitrags und die Zahlungsmodalitäten sind gegenüber dem Mitglied als Beitragsschuldner grundsätzlich mit einem Bescheid festzustellen. Eine Bekanntgabe in Mitgliederzeitschriften wird ebenfalls als zulässig erachtet.

In den Bescheid bzw. die Mitgliederzeitschrift kann gleichzeitig der nach § 175 Abs. 4 Satz 6 SGB V zwingend vorgeschriebene Hinweis auf das Sonderkündigungsrecht (vgl. Abschnitt D 3) aufgenommen werden, sofern nicht aufgrund eines Wahltarifs noch eine dreijährige Bindung an die Mitgliedschaft besteht.

Wenn der Krankenkasse bei erstmaliger Erhebung eines Zusatzbeitrags oder Änderung des Zusatzbeitrags die aktuellen beitragspflichtigen Einnahmen nicht bekannt sind, ist sie berechtigt, ohne vorangestellte Prüfung einer finanziellen Überforderung den Zusatzbeitrag (hier: in Form eines pauschalen Zusatzbeitrags) zunächst in voller Höhe festzusetzen. Die Krankenkasse ist dann jedoch verpflichtet, in dem Bescheid auf die Überforderungsklausel des § 242 Abs. 1 Satz 2 SGB V und die näheren Be-



dingungen der Geltendmachung einer finanziellen Überforderung hinzuweisen. Bei einem Zusatzbeitrag bis zu 8 EUR monatlich ist dieser Hinweis aufgrund der besonderen Regelung des § 242 Abs. 1 Satz 3 SGB V nicht erforderlich.

Der Beitragsbescheid hat auch Hinweise über die Zahlungsweise bzw. die möglichen Varianten der Zahlungsweise, die Fälligkeit des Zusatzbeitrags und ggf. die Angabe von möglichen Skonti zu enthalten.

Wird der Zusatzbeitrag gegenüber dem Mitglied zusammen mit dem allgemeinen Krankenversicherungsbeitrag festgesetzt, ist der gesondert berechnete Zusatzbeitrag in dem Beitragsbescheid als gesonderter Beitrag auszuweisen.

Für den Fall einer ggf. mit der Gewährung eines Skonto gekoppelten Vorauszahlung des prozentualen Zusatzbeitrags für längere Zeiträume sollte der Bescheid eine Vorbehaltsklausel nach § 32 Abs. 1 SGB X enthalten, um bei während des Vorauszahlungszeitraumes eintretenden Änderungen die beitragspflichtigen Einnahmen und damit den Zusatzbeitrag zeitnah anpassen zu können.

Soweit die beitragspflichtigen Einnahmen und die darauf basierenden Beiträge – insbesondere in der freiwilligen Krankenversicherung – durch einen einstweiligen Bescheid, festgesetzt sind, kann auch der als Prozentsatz der beitragspflichtigen Einnahmen erhobene Zusatzbeitrag nur vorläufig erhoben werden. In dem Bescheid ist daher auf die vorläufige Wirkung ausdrücklich hinzuweisen.

Im Fall der Bekanntgabe der erstmaligen Erhebung des Zusatzbeitrags in einer Mitgliederzeitschrift bedarf es zusätzlich eines Beitragsbescheides, sofern ein Verwaltungsvollstreckungsverfahren eingeleitet werden soll.

B Prämienzahlung

1. Allgemeines

Soweit die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds den Finanzbedarf einer Krankenkasse übersteigen, kann sie nach § 242 Abs. 2 Sätze 1 bis 3 SGB V in ihrer Satzung bestimmen, dass Prämien an ihre Mitglieder ausgezahlt werden. Auszahlungen



dürfen erst vorgenommen werden, wenn die Krankenkasse ihrer Verpflichtung nach § 261 SGB V (Rücklage) nachgekommen ist. Auszahlungen an Mitglieder, die sich mit der Zahlung ihrer Beiträge im Rückstand befinden, sind ausgeschlossen.

Weitere Bedingungen oder Vorgaben zur Zahlung von Prämien sieht das Gesetz nicht vor. Damit besteht für die Krankenkassen eine weitreichende Satzungsautonomie in Hinsicht auf Anspruchsvoraussetzungen, Höhe und Zahlungsmodalitäten einer derartigen Prämie.

Die aus den Betriebsmitteln aufgebrachten Prämien im Sinne des § 242 Abs. 2 SGB V haben einen eigenständigen rechtlichen Charakter. Es handelt sich weder um Beiträge, noch um Prämien im Sinne des § 53 SGB V.



2. Berechtigter Personenkreis

Nach § 242 Abs. 2 Satz 1 SGB V dürfen Prämien nur an Mitglieder ausgezahlt werden. Wenn die Krankenkasse eine Prämie ausschüttet, muss sie jedoch grundsätzlich allen Mitgliedern eine Prämie zukommen lassen. Damit können Dritte, wie z. B. Arbeitgeber, die an der Aufbringung des allgemeinen Krankenversicherungsbeitrages beteiligt sind, von einer Prämie nicht profitieren.

Gesetzlich ist nicht eingeschränkt, ob für die Auszahlung der Prämie die Eigenschaft als Mitglied zu einem bestimmten Stichtag oder zu bestimmten Stichtagen maßgebend ist oder die Prämienzahlung anteilig für die Zeit der Mitgliedschaft erfolgt. Weitere Modelle sind denkbar.

Auszahlungen an Mitglieder, die sich mit der Zahlung ihrer Beiträge in Rückstand befinden, sind nach § 242 Abs. 2 Satz 3 SGB V ausdrücklich ausgeschlossen.

3. Auszahlungsmodelle

In Hinsicht auf die Höhe bzw. Bemessung und die Zahlung der Prämie sieht das Gesetz keine Einschränkungen der Satzungsautonomie vor. Denkbar ist z. B. eine von den gezahlten Beiträgen unabhängige oder abhängige Prämie, die in einem monatlichen Betrag oder auch in Beträgen für längere Zeiträume, z. B. für ein Jahr, festgelegt wird.

Die Satzung muss auch über die Fälligkeit der Prämienzahlung bestimmen.

C Sonderkündigungsrecht

1. Allgemeines

Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Krankenkasse grundsätzlich mindestens 18 Monate gebunden (§ 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V). Abweichend davon kann die Mitgliedschaft bei der Teilnahme an einem Wahltarif, für den eine dreijährige Mindestbindungsfrist gilt, ebenfalls frühestens zum Ablauf



dieser Mindestbindungsfrist gekündigt werden (§ 53 Abs. 8 Sätze 2 und 3 SGB V). Die dreijährige Bindungsfrist überlagert insoweit die 18-monatige Bindungsfrist.

Durch die Neuregelung des § 175 Abs. 4 Satz 5 SGB V wird den Mitgliedern einer Krankenkasse vom 1. Januar 2009 an ein Sonderkündigungsrecht eingeräumt, wenn die Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erhebt, den Zusatzbeitrag erhöht oder die Prämienzahlung (§ 242 Abs. 2 SGB V) verringert.

Die Mitgliedschaft kann in diesen Fällen auch ohne Einhaltung der grundsätzlich bestehenden 18-monatigen Bindungsfrist gekündigt werden. Auf das Sonderkündigungsrecht hat die Krankenkasse ihre Mitglieder spätestens einen Monat vor der erstmaligen Fälligkeit hinzuweisen. Eine wirksam ausgeübte Kündigung aufgrund des Sonderkündigungsrechts hat zur Folge, dass der Zusatzbeitrag bzw. der erhöhte Zusatzbeitrag vom Mitglied bis zur Beendigung der Mitgliedschaft nicht erhoben wird.

Nach § 175 Abs. 4 Satz 5 SGB V kann das Sonderkündigungsrecht „abweichend von Satz 1“ ausgeübt werden. Das heißt aber nicht, dass nur in den Fällen, in denen die 18-monatige Bindungsfrist noch nicht abgelaufen ist, das Sonderkündigungsrecht ausgeübt werden kann. Das Sonderkündigungsrecht besteht lediglich ohne Beachtung der 18-monatigen Bindungsfrist. Damit verfügen Mitglieder auch nach Ablauf der 18-monatigen Bindungsfrist über das Sonderkündigungsrecht einschließlich der sich daraus ergebenden beitragsrechtlichen Schutzmechanismen.

Da das Sonderkündigungsrecht ausdrücklich nur abweichend von der 18-monatigen Bindungsfrist besteht, kommt während einer dreijährigen Bindungsfrist in Folge der Teilnahme an einem Wahltarif das Sonderkündigungsrecht nicht zur Anwendung.

2. Ausübung des Sonderkündigungsrechts

Das Sonderkündigungsrecht kann ausgeübt werden, wenn

- die Krankenkasse erstmalig einen Zusatzbeitrag erhebt,
- den bereits zuvor erhobenen Zusatzbeitrag erhöht oder
- die Prämienzahlung (nach § 242 Abs. 2 SGB V) verringert oder ganz wegfallen lässt.

Ob die Erhebung des Zusatzbeitrags oder die Erhöhung eines bereits erhobenen Zusatzbeitrags sich unmittelbar auf die Beitragsbelastung des Mitglieds auswirkt, ist ohne Bedeutung. Das Sonderkündigungsrecht steht daher auch den Mitgliedern zu, bei denen ein Dritter zur Tragung des Zusatzbeitrags verpflichtet ist (vgl. § 251 Abs. 6 Satz 2 SGB V) oder den Zusatzbeitrag im Rahmen seiner Leistungsgewährung übernimmt (vgl. § 32 Abs. 4 SGB XII).

Das Sonderkündigungsrecht setzt im Übrigen eine vor dem Zeitpunkt der Erhebung des Zusatzbeitrags, der Erhöhung eines bereits erhobenen Zusatzbeitrags oder der Prämienverringerung bestehende Mitgliedschaft nicht voraus. Daher können auch diejenigen Mitglieder vom Sonderkündigungsrecht Gebrauch machen, deren Mitgliedschaft mit dem Zeitpunkt der Erhebung des Zusatzbeitrags, der Erhöhung eines bereits erhobenen Zusatzbeitrags oder der Prämienverringerung beginnt.

Mitgliedern steht ferner auch dann ein Sonderkündigungsrecht zu, wenn ihre Krankenkasse mit einer oder mehreren anderen Krankenkassen fusioniert und die neu entstandene Krankenkasse erstmalig einen Zusatzbeitrag erhebt oder einen Zusatzbeitrag erhebt, der höher ist als der bislang erhobene Zusatzbeitrag der nicht mehr existierenden Krankenkasse (analoge Anwendung der Urteile des BSG vom 2. Dezember 2004 - u. a. B 12 KR 23/04 R, USK 2004-40); Gleiches gilt, wenn die durch die Fusion neu entstandene Krankenkasse eine geringere Prämienzahlung nach § 242 Abs. 2 SGB V vorsieht als die nach der Fusion nicht mehr existierende Krankenkasse. Dies gilt nur für die Mitglieder derjenigen fusionierten Krankenkasse, für die es zu einer Beitragsanhebung oder einer Prämienverringerung kommt.

Nach ausdrücklicher Bestimmung des § 53 Abs. 8 Satz 2 SGB V gilt abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V, dass die Mitgliedschaft frühestens zum Ablauf der mit einem Wahltarif einhergehenden dreijährigen Bindungsfrist nach § 53 Abs. 8 Satz 1 SGB V gekündigt werden kann. Mitglieder, die einen Wahltarif in Anspruch nehmen und daher an ihre Krankenkasse für die Dauer von drei Jahren gebunden sind, können das Sonderkündigungsrecht nach § 175 Abs. 4 Satz 5 SGB V nicht ausüben.

Die Kündigung muss - vorbehaltlich einer rechtzeitig nachgekommenen Hinweispflicht der Krankenkasse (vgl. folgender Abschnitt) - bis zum Ablauf des Tages der erstmaligen Fälligkeit der Beitragserhebung, Beitragserhöhung oder Prämienverrin-



gerung der Krankenkasse zugegangen sein. Der Krankenkassenwechsel vollzieht sich dann entsprechend § 175 Abs. 4 Satz 2 SGB V mit Ablauf des übernächsten Kalendermonats.

3. Hinweispflicht der Krankenkasse

Nach § 175 Abs. 4 Satz 6 SGB V hat die Krankenkasse ihre Mitglieder auf das Sonderkündigungsrecht spätestens einen Monat vor erstmaliger Fälligkeit (des erstmalig erhobenen bzw. des erhöhten Zusatzbeitrags oder der verringerten Prämienzahlung) hinzuweisen. In dieser Vorschrift wird nicht näher bestimmt, wie die Hinweispflicht konkret auszugestalten ist. Der Hinweis kann in Form von mitgliederindividualisierten Schreiben erfolgen. In diesem Fall wird der Hinweis in der Regel mit dem Bescheid über die erstmalige Erhebung oder Erhöhung des Zusatzbeitrags bzw. Verringerung der Prämienzahlung verbunden werden. Informationen in Mitgliederzeitschriften sind als Hinweis im Sinne des § 175 Abs. 4 Satz 6 SGB V ebenfalls zulässig, sofern diese deutlich und (nachweisbar) rechtzeitig erfolgen.

Eine Hinweispflicht besteht auch, wenn es im Zusammenhang mit einer Fusion von Krankenkassen für einen Teil der Mitglieder der neu entstandenen Krankenkasse zur Erhebung bzw. Erhöhung des Zusatzbeitrags oder zur Verringerung bzw. zum Wegfall der Prämienzahlung kommt.

Beispiel 1:

Erstmalige Erhebung eines Zusatzbeitrags zum 1.5.2010
In der Satzung der Krankenkasse ist als Fälligkeit der 15. des Folgemonats bestimmt.

- Erstmalige Fälligkeit am 15.6.2010
- Hinweispflicht auf das Sonderkündigungsrecht bis zum 15.5.2010
(Maßgebend ist der Zugang des Schreibens bzw. der Mitgliederzeitschrift beim Mitglied.)

Die Krankenkasse weist auf das Sonderkündigungsrecht fristgerecht



hin am	5.5.2010
➤ Die Kündigung muss der Krankenkasse spätestens vorliegen am	15.6.2010
Eingang der Kündigung am	27.5.2010
➤ Die Mitgliedschaft endet am	31.7.2010
➤ Neue Mitgliedschaft ist nachzuweisen bis zum Ende der Kündigungsfrist am	31.7.2010

Bei Verringerung einer Prämienzahlung gilt als Fälligkeit im Sinne des § 175 Abs. 4 Sätze 5 und 6 SGB V der Tag, an dem die unveränderte Prämienzahlung fällig wäre.

Fällt die Prämie weg und gibt es damit keinen nächsten Fälligkeitstag, ist es für die nähere Bestimmung des Sonderkündigungsrechts erforderlich, ein fiktives Fälligkeitsdatum im Sinne des § 175 Abs. 4 Satz 6 SGB V zu bestimmen:

Beendet eine Krankenkasse die Prämienzahlung, die bisher nach der Satzung zu bestimmten wiederkehrenden Zeitpunkten erfolgte bzw. erfolgen sollte (z. B. jeweils am 31. März für das vorangegangene Kalenderjahr), wird es als sachgerecht angesehen, als fiktives Fälligkeitsdatum den Tag nach Ablauf eines Monats nach der Veröffentlichung der Satzungsänderung anzusehen. Wird die letzte Prämienzahlung erst nach diesem Tag fällig, gilt dieser letzte Fälligkeitstag als Fälligkeit im Sinne des § 175 Abs. 4 Satz 6 SGB V. Ist nicht ein bestimmter Fälligkeits- bzw. Auszahlungstag, sondern ein Termin vorgesehen, bis zu dem die Auszahlung erfolgen kann, gilt dieser letztmögliche Auszahlungszeitpunkt als Fälligkeitstag in diesem Sinne.

Ist in der Satzung ein bestimmter einmaliger Zeitraum oder Zeitpunkt benannt, für den bzw. an dem oder bis zu dem eine Prämie ausgeschüttet wird (z. B. bis 31. März 2011 für den Zeitraum vom 1. Januar 2010 bis 31. Dezember 2010), und wird – ohne eine Satzungsänderung - anschließend keine Prämie mehr gewährt, ist als Fälligkeitstag im Sinne des § 175 Abs. 4 Satz 6 SGB V der Tag anzusetzen, an dem die letzte Prämienzahlung fällig wird. Frühestens gilt als Fälligkeitstag der letzte Tag des Zeitraumes, für den zuletzt eine Prämie gezahlt wird. In diesem Fall handelt es sich ebenfalls um eine Prämienverringerung im Sinne des § 175 Abs. 4 Satz 5 SGB V.

Kommt eine Krankenkasse ihrer Hinweispflicht nicht fristgerecht nach, verschiebt sich für das Mitglied die Erhebung oder die Erhöhung des Zusatzbeitrags und die Frist für die Ausübung des Sonderkündigungsrechts um den entsprechenden Zeitraum (§ 175 Abs. 4 Satz 7 SGB V). Obwohl dies aus dem Gesetzestext nicht explizit hervor geht, muss diese Rechtsfolge auch für die Verringerung oder den Wegfall der Prämienzahlung gelten. Andernfalls könnte durch Verzögerung oder einen gar nicht erfolgten Hinweis eine vorzeitige Sonderkündigung hinausgeschoben bzw. gänzlich verhindert werden.

Beispiel 2:

Wie Beispiel 1, aber

die Krankenkasse weist auf das Sonderkündigungsrecht verspätet hin am 25.5.2010

➤ Die Kündigung muss der Krankenkasse spätestens vorliegen bis zum 25.6.2010

Eingang der Kündigung am 18.6.2010

➤ Die Mitgliedschaft endet am 31.8.2010

➤ Neue Mitgliedschaft ist nachzuweisen bis zum Ende der
Kündigungsfrist am 31.8.2010

Kommt die Mitgliedschaft rückwirkend zu einem Zeitpunkt zustande, an dem die Krankenkasse noch keinen bzw. keinen erhöhten Zusatzbeitrag erhoben hat, und kann die Krankenkasse dementsprechend das Mitglied erst später auf ein Sonderkündigungsrecht hinweisen, kommt es zu einer entsprechenden Verschiebung des Sonderkündigungsrechts.

Beispiel 3:

Wie Beispiel 1, aber

am 5.10.2010 stellt die Krankenkasse Versicherungspflicht fest ab 1.4.2010

Die Krankenkasse weist gleichzeitig auf das Sonderkündigungsrecht verspätet hin.

Zugang des Hinweises beim Mitglied am	8.10.2010
➤ Die Kündigung muss der Krankenkasse spätestens vorliegen bis zum	8.11.2010
Eingang der Kündigung am	2.11.2010
➤ Die Mitgliedschaft endet am	31.1.2011
➤ Neue Mitgliedschaft ist nachzuweisen bis zum Ende der Kündigungsfrist am	31.1.2011

Kommt die Mitgliedschaft hingegen rückwirkend zu einem Zeitpunkt zustande, an dem die Krankenkasse bereits einen Zusatzbeitrag bzw. einen erhöhten Zusatzbeitrag erhebt, ist ein Sonderkündigungsrecht nicht einzuräumen.

Der Hinweis im Sinne des § 175 Abs. 4 Satz 6 SGB V allein stellt keinen Verwaltungsakt dar. Jedoch kann der Hinweis mit dem Bescheid, mit dem der Zusatzbeitrag bzw. der erhöhte Zusatzbeitrag oder die verringerte Prämie festgesetzt wird, verbunden werden. Mit dem Hinweis ist der Versicherte umfassend über die in § 175 Abs. 4 Sätze 6 und 7 SGB V beschriebenen Voraussetzungen des Sonderkündigungsrechts, die Fristen und die Auswirkungen zu informieren. Dabei muss mindestens das maßgebende Datum der Fälligkeit als letzter Tag für die Ausübung des Sonderkündigungsrechts konkret angegeben werden.

4. Mitgliedschaftsrechtliche Auswirkungen

Das Sonderkündigungsrecht hebt die Bindungswirkung nach § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V auf, löst aber gleichzeitig bei der neu gewählten Krankenkasse eine neue Bindungswirkung aus. Wird das Sonderkündigungsrecht hingegen nicht genutzt, ist dies nicht mit einer passiven Ausübung des Wahlrechts gleichzusetzen. Es beginnt dann nicht erneut eine 18-monatige Bindungsfrist. Der Versicherte kann dann zu einem späteren Zeitpunkt die Mitgliedschaft unter den Voraussetzungen des § 175 Abs. 4 Sätze 1 und 2 SGB V kündigen.

Im Falle eines rechtswirksam ausgeübten Sonderkündigungsrechts endet die Mitgliedschaft entsprechend § 175 Abs. 4 Satz 2 SGB V mit Ablauf des auf die Kündi-

gung folgenden übernächsten Kalendermonats. Dabei ist es unerheblich, zu welchem Zeitpunkt der das Sonderkündigungsrecht begründende Umstand, z. B. die erstmalige Erhebung des Zusatzbeitrags, wirksam wird.

5. Beitragsrechtliche Auswirkungen

5.1 Bei wirksam ausgeübtem Sonderkündigungsrecht

Eine wirksame Kündigung aufgrund des Sonderkündigungsrechts hat nach § 242 Abs. 1 Satz 4 SGB V zur Folge, dass vom Mitglied der erstmalig erhobene Zusatzbeitrag bis zur Beendigung der Mitgliedschaft nicht erhoben wird bzw. nicht erhoben werden darf. Soweit das Sonderkündigungsrecht wegen einer Erhöhung des Zusatzbeitrags ausgeübt wird, hat dies nach § 242 Abs. 1 Satz 5 SGB V zur Folge, dass vom Mitglied bis zur Beendigung der Mitgliedschaft lediglich der bislang erhobene (nicht erhöhte) Zusatzbeitrag zu erheben ist.

Ein derartiger Schutzmechanismus ist bei einer Verringerung der Prämienzahlung nicht vorgesehen. Eine Verringerung bzw. der Wegfall der Prämienzahlung entfaltet auch bei einem aus diesem Grund wirksam ausgeübten Sonderkündigungsrecht Wirkung. Das heißt, in diesem Fall besteht für die verbleibende Zeit der Mitgliedschaft nur Anspruch auf die niedrigere Prämie.

5.2 Bei nicht wirksam ausgeübtem Sonderkündigungsrecht

Ist auf das Sonderkündigungsrecht rechtzeitig hingewiesen worden und macht das Mitglied von dem Sonderkündigungsrecht keinen Gebrauch oder ist die Kündigung aus irgendeinem Grund nicht wirksam, ist der Zusatzbeitrag in vollem Umfang zu entrichten.

Wird das Mitglied von seiner Krankenkasse erst verspätet auf das Sonderkündigungsrecht hingewiesen und macht es von dem dann eingeräumten Sonderkündigungsrecht keinen Gebrauch, ist der Zusatzbeitrag vollständig nach zu entrichten. In diesem Fall verschiebt sich nach § 175 Abs. 4 Satz 7 SGB V lediglich die Erhebung oder die Erhöhung des Zusatzbeitrags und damit die Fälligkeit. Diesen Schluss lässt



Glossar zum Zusatzbeitrag in der GKV

auch § 242 Abs. 1 Sätze 4 bis 6 SGB V zu, nach denen nur im Fall der fristgemäßen Ausübung des Sonderkündigungsrechts der Zusatzbeitrag bzw. der erhöhte Zusatzbeitrag nicht erhoben wird und der Zusatzbeitrag bei nicht wirksamer Kündigung in vollem Umfang erhoben wird.

Da sich die „Erhebung“ dann „um den entsprechenden Zeitraum“ verschiebt, tritt die Fälligkeit grundsätzlich einen Monat nach dem Zugang des Hinweises über das Sonderkündigungsrecht ein und fällt damit mit dem Tag zusammen, bis zu dem das Sonderkündigungsrecht ausgeübt werden kann.



RECHTSGRUNDLAGEN

§ 242 SGB V

Kassenindividueller Zusatzbeitrag

(1) Soweit der Finanzbedarf einer Krankenkasse durch die Zuweisungen aus dem Fonds nicht gedeckt ist, hat sie in ihrer Satzung zu bestimmen, dass von ihren Mitgliedern ein Zusatzbeitrag erhoben wird. Der Zusatzbeitrag ist auf 1 vom Hundert der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds begrenzt. Abweichend von Satz 2 erhebt die Krankenkasse den Zusatzbeitrag ohne Prüfung der Höhe der Einnahmen des Mitglieds, wenn der monatliche Zusatzbeitrag den Betrag von 8 Euro nicht übersteigt. Von Mitgliedern, die das Sonderkündigungsrecht nach § 175 Abs. 4 Satz 5 wegen der erstmaligen Erhebung des Zusatzbeitragsfristgemäß ausgeübt haben, wird der Zusatzbeitrag nicht erhoben. Wird das Sonderkündigungsrecht wegen einer Erhöhung des Zusatzbeitrags ausgeübt, wird der erhöhte Zusatzbeitrag nicht erhoben. Wird die Kündigung nicht wirksam, wird der Zusatzbeitrag im vollen Umfang erhoben.

(2) Soweit die Zuweisungen aus dem Fonds den Finanzbedarf einer Krankenkasse übersteigen, kann sie in ihrer Satzung bestimmen, dass Prämien an ihre Mitglieder ausgezahlt werden. Auszahlungen dürfen erst vorgenommen werden, wenn die Krankenkasse ihrer Verpflichtung nach § 261 nachgekommen ist. Auszahlungen an Mitglieder, die sich mit der Zahlung ihrer Beiträge in Rückstand befinden, sind ausgeschlossen. Prämienauszahlungen nach Satz 1 sind getrennt von den Auszahlungen nach § 53 zu buchen und auszuweisen.

(3) Die Krankenkassen haben den Zusatzbeitrag nach Absatz 1 so zu bemessen, dass er zusammen mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und den sonstigen Einnahmen die im Haushaltsjahr voraussichtlich zu leistenden Ausgaben und die vorgeschriebene Auffüllung der Rücklage deckt. Ergibt sich während des Haushaltsjahres, dass die Betriebsmittel der Krankenkasse einschließlich der Zuführung aus der Rücklage zur Deckung der Ausgaben nicht ausreichen, ist der Zusatzbeitrag durch Änderung der Satzung zu erhöhen. Muss eine Kasse kurzfristig ihre Leistungsfähigkeit erhalten, so hat der Vorstand zu beschließen, dass der Zusatzbeitrag bis zur satzungsmäßigen Neuregelung erhöht wird; der Beschluss bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde. Kommt kein Beschluss zustande, ordnet die Aufsichtsbehörde die notwendige Erhöhung des Zusatzbeitrags an. Klagen gegen die Anordnung nach Satz 4 haben keine aufschiebende Wirkung.

(4) Der Spitzenverband Bund legt dem Deutschen Bundestag über das Bundesministerium für Gesundheit spätestens bis zum 30. Juni 2011 einen Bericht vor, in dem die Erfahrungen mit der Überforderungsklausel nach Absatz 1 wiedergegeben werden. Die Bundesregierung überprüft anhand dieses Berichts, ob Änderungen der Vorschrift vorgenommen werden sollen.



§ 175 SGB V **Ausübung des Wahlrechts**

(1) bis (3) ...

(4) Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Krankenkasse mindestens 18 Monate gebunden, wenn sie das Wahlrecht ab dem 1. Januar 2002 ausüben. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Die Krankenkasse hat dem Mitglied unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist. Erhebt die Krankenkasse ab dem 1. Januar 2009 einen Zusatzbeitrag, erhöht sie ihren Zusatzbeitrag oder verringert sie ihre Prämienzahlung, kann die Mitgliedschaft abweichend von Satz 1 bis zur erstmaligen Fälligkeit der Beitragserhebung, der Beitragserhöhung oder der Prämienverringerung gekündigt werden. Die Krankenkasse hat ihre Mitglieder auf das Kündigungsrecht nach Satz 5 spätestens einen Monat vor erstmaliger Fälligkeit hinzuweisen. Kommt die Krankenkasse ihrer Hinweispflicht nach Satz 6 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, verschiebt sich für dieses Mitglied die Erhebung oder die Erhöhung des Zusatzbeitrags und die Frist für die Ausübung des Sonderkündigungsrechts um den entsprechenden Zeitraum. Die Sätze 1 und 4 gelten nicht, wenn die Kündigung eines Versicherungsberechtigten erfolgt, weil die Voraussetzungen einer Versicherung nach § 10 erfüllt sind, Satz 1 gilt nicht, wenn die Kündigung erfolgt, weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll. Die Krankenkassen können in ihren Satzungen vorsehen, dass die Frist nach Satz 1 nicht gilt, wenn eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse der gleichen Kassenart begründet werden soll. Die Kündigung der Mitgliedschaft durch eine Person, die am 2. Februar 2007 oder später erfolgt, um in ein privates Krankenversicherungsunternehmen zu wechseln, ist unwirksam, wenn die Voraussetzungen des § 6 Abs. 1 Nr. 1 zu diesem Zeitpunkt nicht vorliegen.

(5) und (6) ...